

Vergaderjaar 2014–2015

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 306

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 18 november 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 2 oktober 2014 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **geneesmiddelenbeleid**.
(De volledige agenda is opgenomen aan het eind van het verslag.)

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

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

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

Voorzitter: Lodders
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Bruins Slot, Klever, Krol, Kuzu, Leijten, Lodders, Rutte en Voortman,

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

Aanvang 14.00 uur.

De **voorzitter**: Ik verwacht nog een aantal leden, maar ik wil toch starten met dit algemeen overleg over het geneesmiddelenbeleid, want ik wil de mensen die op tijd zijn, niet tekort doen. Ik heet de Minister en haar ondersteuning zeer hartelijk welkom, evenals de Kamerleden en de mensen die dit debat op de publieke tribune volgen, dan wel op een andere manier.

Mevrouw Pia Dijkstra is wegens ziekte vanmiddag niet aanwezig. Ik wil een spreektijd van vijf minuten hanteren en een tweetal interrupties toestaan.

De heer **Kuzu** (PvdA): Voorzitter. Het geneesmiddelenbeleid moet er nadrukkelijk zijn voor de patiënt, niet voor farmaceuten, niet voor zorgverzekeraars en niet voor apothekers. De PvdA wil dat een patiënt altijd kan vertrouwen op een toegankelijk en hoogwaardig geneesmiddelenpakket en dat de arts de geneesmiddelenkeuze maakt op basis van medische argumenten en doelmatigheid. Goedkoop waar het kan, duur waar het moet. Het ingezette preferentiebeleid heeft de kostenstijging in de zorg beteugeld. Daar zijn we trots op, maar we moeten nu doorpakken. Daarbij zet de PvdA in op een betere betaalbaarheid, maar nog sterker op de belangen van de patiënt. Daar draait het immers allemaal om. Het moet dus niet gaan op de manier waarop Biogen Idec het doet met het geneesmiddel Tecfidera, namelijk octrooi aanvragen op een allang bestaande werkzame stof en de prijs verhogen met 65% waardoor MS-patiënten uiteindelijk tien keer zo duur uit zijn als psoriasispatiënten en ook nog eens flink moeten bijbetalen. Tegelijkertijd maken ze ook nog reclame in het patiëntenblad van MS. Wij hebben hier al schriftelijke vragen over gesteld, maar gezien de actualiteit zou ik de Minister om een reactie op deze affaire willen vragen.

Ik wil nu ingaan op de bekostiging. De Partij van de Arbeid wil dat Nederland de maximale geneesmiddelenprijs baseert op tien referentielanden en dat we de maximale prijs per middel dan met de laagste drie prijzen uit de tien referentielanden berekenen. Ik heb namens de fractie van de Partij van de Arbeid daar een initiatiefwet over ingediend en ik heb inmiddels advies van de Raad van State. De herziene versie kan elk moment via Parlis in de mail van de collega's ploffen. Ik reken op hun steun.

We hebben na het laatste AO een motie ingediend over de vergoedingslimiet in het kader van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). We hebben kort na dat AO een stand van zaken gekregen, maar ruim een jaar later wacht ik nog steeds op de proefberekening, maar ook op de opdrachtformulering, waarover we de Minister hebben bevestigd in een motie. Die opdrachtformulering zou er al moeten zijn. Sinds wanneer is die er dan? Kan die ook per omgaande naar de Kamer worden gestuurd?

De geheime prijsafspraken met de farmaceutische sector zijn de fractie van de Partij van de Arbeid een doorn in het oog. De Kamer kan zo niet controleren of het arrangement het patiëntenbelang dient. Als de Minister stelt dat transparantie een negatieve invloed heeft op het afdwingen van lagere prijzen, gebruikt zij een drogreden. De Duitse Krankenkasse maakt

de prijsafspraken verplicht openbaar. Dit leidt tot transparantie, betere prijzen en goede beschikbaarheid van geneesmiddelen. Nederland moet uit de houdgreep. De fractie van de Partij van de Arbeid pleit ervoor dat verzekeraars voor de patiënt inzichtelijk maken hoeveel zij werkelijk betalen voor een medicijn. Dat kan niet als er sprake is van een prijsarrangement dat geheim is. De werkelijk door zorgverzekeraars betaalde prijs telt immers voor het eigen risico. Bovendien is de werkelijk betaalde prijs belangrijk voor de voorschrijvend arts om doelmatig te kunnen voorschrijven.

Nu we het toch hebben over transparantie het volgende. In het verleden hebben wij weleens schriftelijke vragen gesteld over het transparantieregister. Dat register tracht inzichtelijk te maken welke financiële belangen er zijn tussen artsen en farmaceuten. Burgers kunnen via de website alleen zoeken op basis van het BIG-nummer of naam en woonplaats van de arts. Ik heb aan de Stichting Transparantieregister Zorg gevraagd of ik een bestand kan krijgen met alle gegevens. Dat kan niet. Dan denk je: lekker transparant. Ik ben op werkbezoek geweest bij de Stichting Transparantieregister Zorg om in de database te kijken. Er zijn sprekers op congressen die € 20.000 krijgen en een farmaceut die 4,6 miljoen euro betaalt voor een onderzoek. Volgens de stichting zijn dat fouten die in het systeem zitten. Ik heb kort voor dit AO een brief gekregen van de stichting, maar ik wil de Minister vragen of zij begrijpt dat mijn vertrouwen in zelfregulering door de sector op dit punt ernstig is beschadigd. Ik wil haar ook vragen of de evaluatie die de Stichting Transparantieregister Zorg op dit moment uitvoert, voor het nieuwe jaar naar de Kamer gestuurd kan worden.

Het toenemende geneesmiddelentekort is verontrustend. Afwijken van de gebruikelijke medicatie is onwenselijk voor de patiënt en schaadt het preferentiebeleid. De Minister gaat de tekorten wat mij betreft wat zachtaardig te lijf met de werkgroep Geneesmiddelentekorten, waar partijen vrijblijvend met elkaar kunnen spreken, kunnen babbelen. De Partij van de Arbeid wil een actievere rol voor de belangrijke spelers. Apothekers hebben de gegevens om te kunnen bepalen wat hun patiënten nodig hebben. Groothandels kopen steeds vaker een te lage voorraad in. Dat is onbegrijpelijk. De sector zou zich ook moeten afvragen: waarom ben ik op deze wereld? Ik hoop dat het antwoord is: voor de patiënt. Laten we er voor zorgen, Minister, dat de sector eindelijk verantwoordelijkheid neemt voor patiënten.

Ik sla vanwege de tijd een puntje over en ga naar mijn afronding. De Minister gaf aan tijdens het Nederlandse EU-voorzitterschap in te zullen zetten op Europese samenwerking op geneesmiddelengebied. De Partij van de Arbeid wil dat de procedures voor registratie en toelating kritisch worden bekeken. We moeten naar uniformering en af van de losse eilandjes. Maakt de Minister zich hier hard voor? De PvdA maakt zich ook grote zorgen over de overheveling van het geneesmiddelenbeleid van de commissie gezondheidszorg naar de commissie industrie. Wat ons betreft, gaat dit ten koste van de patiënt. Ik wil de Minister vragen om hier stelling tegen te nemen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik hoor veel zaken waar ik het mee eens ben, onder andere dat geneesmiddelen er horen te zijn voor de patiënt en niet voor de winsten van de farmaceutische producent. Nu is in Europa de Commissievoorzitter Juncker van plan om het geneesmiddelenbeleid de komende jaren onder te brengen bij de commissie interne markt, in plaats van ...

De **voorzitter**: Wat is uw vraag?

Mevrouw **Leijten** (SP): ... in plaats van bij de commissie gezondheidszorg. Wat vindt de heer Kuzu daarvan?

De heer **Kuzu** (PvdA): Dat was volgens mij de laatste opmerking die ik in mijn betoog heb gemaakt. Ik heb de Minister daarover een vraag gesteld, want ik maak mij daar inderdaad zorgen over. Ik vind dat het thuishoort bij de commissie gezondheidszorg en niet bij de commissie industrie.

Mevrouw **Leijten** (SP): Wat moet de Minister wat de Partij van de Arbeid betreft dan doen?

De heer **Kuzu** (PvdA): Zij moet stelling nemen en ervoor zorgen dat Nederland kenbaar maakt dat het deze portefeuille beter vindt passen bij de commissie gezondheidszorg in plaats van de commissie industrie. Dit is een makkelijke interruptie, ik ben moeilijkere interrupties gewend.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Stelling nemen alleen is niet genoeg. Op dit moment hebben al zeven landen gezegd: dit kan niet op deze manier, dit moet zo snel mogelijk veranderen. Ik neem aan dat ook de heer Kuzu zegt dat Nederland het volgende land moet zijn dat zegt: dit gaan we zo niet doen.

De heer **Kuzu** (PvdA): Om het nog duidelijker te zeggen: ik vind dat Nederland het achtste land moet worden dat hier nee tegen zegt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vind dit een buitengewoon verstandige opstelling van de heer Kuzu. Daarmee denk ik dat we in de Tweede Kamer al bijna op een meerderheid zitten. Is de heer Kuzu ook bereid om, als de Minister hier anders tegen aankijkt, hierover een motie in te dienen?

De heer **Kuzu** (PvdA): Ja.

De heer **Rutte** (VVD): Vindt de heer Kuzu het niet juist heel verstandig dat we het nu onder interne markt gaan brengen, aangezien meer concurrentie tot meer en betere medicijnen kan gaan leiden?

De heer **Kuzu** (PvdA): Als ik over dit onderwerp gesprekken heb met belanghebbenden, zeg ik altijd dat we het hebben over het geneesmiddelenbeleid. Geneesmiddelen zijn middelen die erop gericht zijn om te genezen. Dat is wat mij betreft echt iets wat thuishoort bij het commissariaat gezondheidszorg en niet bij het commissariaat interne markt. Ik begrijp het wel als de heer Rutte zegt dat hier ook internemarktwesties aan zitten, maar het hoort toch echt bij gezondheidszorg. Wij zeggen hier toch ook niet: laten we de geneesmiddelenportefeuille niet meer onderbrengen bij VWS, maar bij Economische Zaken?

De heer **Rutte** (VVD): In de wetenschap dat 18% van alle gelden in de farmacie wordt geïnvesteerd in innovatie en dat de farmacie daarmee een van de allerbelangrijkste innovatieve industrieën ter wereld is, misschien wel de grootste innovatieve industrie ter wereld, en als we zouden kunnen regelen dat de toelatingsprocedures voor geneesmiddelen blijven zoals ze zijn, dan valt er toch echt wel wat voor te zeggen om die innovatie nog verder aan te jagen, aangezien er daardoor juist meer geneesmiddelen komen. Het is dan ook heel verstandig om dat onder interne markt te brengen.

De heer **Kuzu** (PvdA): Daar zit echt een verschil van interpretatie en prioriteit tussen de Partij van de Arbeid en de VVD. Ik vind dat geneesmiddelen echt bij gezondheidszorg horen en niet bij industrie. Het is inderdaad een sector waar geld wordt verdiend en ik ben het er ook mee eens dat we Europees het een en ander verder moeten reguleren, maar wel onder het kopje gezondheidszorg.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Ik vraag graag aandacht voor de onacceptabele discrepantie in prijs tussen het nieuwe MS-middel Tecfidera, met als werkzame stof dimethylfumaraat, en het allang in Nederland verkrijgbare generieke dimethylfumaraat dat wordt voorgeschreven bij de diagnose psoriasis. Tecfidera is een psorinovo. Dat zijn allebei geneesmiddelen. Psorinovo is niet als zodanig in Nederland in de handel, maar het is wel een middel met dezelfde grondstof. Nu komt het: een patiënt betaalt voor het ene middel meer dan € 13.000 per jaar meer dan voor het andere middel. En dit prijsverschil is nergens op gebaseerd. De enige reden is dat men Tecfidera heeft laten registreren als medicijn voor MS en dat het andere middel, dat net zo geneeskrachtig is, niet is geregistreerd. Hoe gaat de Minister dit oplossen? € 13.000 verschil per patiënt per jaar is onacceptabel. Hoe heeft het Zorginstituut Nederland kunnen toestaan dat de verstrekking van het goedkope geneesmiddel niet onder de basisverzekering valt? Gaat de Minister dit oplossen? Zo ja, wanneer is het dan opgelost?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb ook berichten gekregen dat specialisten zeggen dat het eigenlijk bizar is wat er gebeurt. Eerst kon men voor een aantal tientjes een middel voorschrijven, dat inderdaad een off-label middel is, terwijl nu plotseling voor Tecfidera bakkenvol geld moet worden uitgegeven. Vindt mevrouw Leijten het ook niet een goed idee om te kijken of er misschien nog andere geneesmiddelen zijn waarbij hetzelfde gebeurd is?

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat lijkt mij zeer zinvol. Ik vind het onbestaanbaar dat je al jarenlang een geneesmiddel kunt voorschrijven voor een bepaalde ziekte, maar dat op het moment dat het slim gepatenteerd wordt door in dit geval Biogen, de prijs opeens enorm omhoog schiet. Als dat op andere vlakken ook gebeurt, dan horen we dat te stoppen. Daarom vraag ik ook hoe het Zorginstituut dit heeft kunnen toestaan. Dit heeft namelijk te maken met de procedures. Als daarbij, in dit geval, reumatologen of neurologen niet gehoord worden of geen gehoor krijgen, dan hebben we echt een verkeerd vergoedingensysteem op dit vlak. We weten dat de farmaceutische industrie maar al te graag iets patenteert of langer in patent laat zitten als ze daar dan meer geld aan kunnen verdienen. Het lijkt mij dat als die procedure voor meer geneesmiddelen geldt, we dat uit moeten zoeken en uit moeten bannen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb nu nog het idee dat het om een vrij uitzonderlijke situatie gaat met dit geneesmiddel, maar je ziet op dit vlak wel nieuwe ontwikkelingen. Ik heb ook het idee dat dit een achterdeurtje kan worden om goedkopere generieke geneesmiddelen van de markt te weren ten gunste van specialistische geneesmiddelen. Zouden we daarom niet beter moeten onderzoeken of dit inderdaad een onwenselijke achterdeur kan worden?

Mevrouw **Leijten** (SP): Op dit moment is het dus mogelijk om een grondstof die gebruikt wordt voor een bepaalde aandoening te registreren als geneesmiddel voor een andere aandoening en dan een hogere prijs te vragen. Dat wordt dan blijkbaar ook opeens door Zorginstituut Nederland en wellicht ook door Europese regelgeving als een specialistisch geneesmiddel gezien. Ik vind het onwenselijk dat dat gebeurt. Het is onwenselijk dat een apotheker het niet gewoon op grondstof kan voorschrijven en kan verstrekken, maar dat wordt dwars gezeten. Ik denk dat je de achterdeur dicht kunt gooien als je op grondstof registreert en aflevert, want dan maakt het niet meer uit of het gepatenteerd is voor de ene of voor de andere ziekte. Ik zou graag zien dat dit opgelost wordt. Volgens mij is het op te lossen door de stofnaam voor te schrijven. Dat de grondstof voor de ene aandoening ook voor de andere

kan werken, dat is goed inzicht, maar dat hoeft niet te leiden tot dure geneesmiddelen. Ik zou het dus op deze manier willen oplossen, maar als het in de registratie ook verkeerd gaat, dan hoor ik dat graag.

Dan de nieuwe antistollingsmiddelen, de bloedverdunners. Voorgaande jaren hebben we daar veel over gedebatteerd. We hebben toen namelijk de NOAC's toegelaten. We hebben nu cijfers gekregen over de registratie van bijwerkingen en we zijn daarover verontrust. Het aantal meldingen voor de nieuwe antistollingsmiddelen bij Lareb is per gebruiker, zoals het nu lijkt, 40 keer zo hoog als voor de traditionele middelen. Je kunt je afvragen of dit komt omdat het een nieuw middel is, waardoor mensen de bijwerkingen bijhouden of dat we het eigenlijk al wisten. Wisten we namelijk niet al vanuit de Verenigde Staten dat er een veel hoger bijwerkingenresultaat was? Ik wil de Minister dan ook vragen hoe zij er nu tegen aankijkt dat deze gezondheidsrisico's gelopen worden. Zou het niet beter zijn om een pas op de plaats te maken met deze middelen, waarbij ze voorzichtiger voorgeschreven worden en ze niet, zoals de Minister dat heeft gedaan, als een deal worden ingekocht?

De voorzitter van de Europese Commissie Jean-Claude Juncker heeft besloten de geneesmiddelen en medische producten niet langer onder het commissariaat gezondheidszorg en consumentenbelangen te laten vallen, maar onder interne markt en industrie. Dat is natuurlijk heel goed voor deze big pharma sector, waar men jaar in jaar uit 20% winst maakt op geneesmiddelen. Dat is ongekend hoog, zeker in tijden van crisis. Eigenlijk is de sector er zelf ook verbaasd over dat men zo succesvol is met het behalen van winst. Nogal wiesde dat ze graag onder de bescherming van de commerciële markt willen vallen, want allerlei publieke belangen, zoals transparantie, testresultaten en bijwerkingen, zouden weleens overschaduwde kunnen worden door de commerciële en concurrentiebelangen. Daarom is het geneesmiddelenbeleid in 2009 ook onder de commissie gezondheidszorg geschaard.

De Minister heeft een brief gekregen van 28 organisaties van Europese koepels van artsen, apothekers, studenten, patiënten, ziekenhuizen, zorginstellingen, noem maar op. Zij zijn verbijsterd en bezorgd over het besluit van Juncker. Ik wil graag vandaag van de Minister weten of zij zich aansluit bij deze organisaties. Ik zou graag willen dat ze dat doet, want wij moeten het signaal afgeven dat geneesmiddelen er zijn voor de patiënt en niet voor de commerciële markt.

De **voorzitter**: Voor de leden die wat later binnen zijn gekomen, wijs ik erop dat we hebben afgesproken dat u twee interrupties mag plegen.

De heer **Rutte** (VVD): Heeft mevrouw Leijten voorbeelden van succesvolle medicijnen die niet door bedrijven zijn ontwikkeld?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik weet niet waar de vraag naartoe gaat, maar wat mij betreft is de geneesmiddelenindustrie van zodanig publiek belang dat je die niet de bescherming van de commissie interne markt moet geven, maar de publieke opdracht van de commissie gezondheidszorg. Dat is waar mijn pleidooi vandaan komt.

De heer **Rutte** (VVD): Daar zullen mevrouw Leijten en ik misschien een klein beetje van mening over verschillen. Dat je goed toezicht moet houden op geneesmiddelen, streng moet zijn bij de toelating en dergelijke daar zullen we het snel over eens worden. Maar er wordt hier gedaan alsof we te maken hebben met een of andere foute industrie en niet meer dan dan. Dan zou je denken: dan doen ze kennelijk allemaal foute dingen en doet men het elders beter. Daarom nogmaals de vraag: welke succesvolle geneesmiddelen zijn niet door de industrie ontwikkeld?

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat we op dit moment te maken hebben met farmaceuten die onze geneesmiddelen ontwikkelen en dat we dat niet publiek doen, daar kunnen we een debat over voeren. Het gaat echter om de vraag hoe we omgaan met toelating, transparantie en bescherming van de belangen van patiënten. Ik vind dat dat beter zal gaan bij de commissie gezondheidszorg. Als vanwege concurrentiebelangen bepaalde testresultaten of bepaalde bijwerkingen niet openbaar zijn, dan kunnen er grote drama's ontstaan. De heer Rutte vraagt om succesverhalen, maar we kunnen vele voorbeelden geven van te snel toegelaten geneesmiddelen, die nog niet genoeg getest waren, maar waarbij een commercieel belang boven het patiëntenbelang ging. Volgens mij was het niet voor niets dat Europa in 2009 heeft besloten dat het patiëntenbelang voor het commerciële belang gaat. We moeten nu niet weer een stap terug zetten. Ik begrijp dat de VVD dat wel graag zou willen doen. Daarin verschillen we dan inderdaad enorm van mening.

De heer **Rutte** (VVD): Dan is het antwoord op mijn vraag kennelijk: geen, geen middelen die zijn ontwikkeld buiten de industrie om.

De **voorzitter**: Graag via de voorzitter, mijnheer Rutte. U had uw interruptie al gebruikt en ik vraag mevrouw Leijten dan ook om haar betoeg te vervolgen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Mijn volgende vraag gaat over vervalste geneesmiddelen. In 2010 toonde een groot onderzoek aan dat maar liefst een op de tien ondervraagden weleens een receptplichtig medicijn kopen via illegale bronnen. Het onderzoek toont aan dat de markt in Nederland van nagemaakte medicijnen goed is voor bijna 80 miljoen. Er zijn sindsdien vele rapporten verschenen en er zijn ook heel wat debatten gevoerd. Maar er is nog niet zo veel veranderd. Op 29 september, dus afgelopen week nog, schrijft de Minister in een brief in reactie op een motie van de collega's Bruins Slot en Pia Dijkstra met de oproep om het aanbod van medicijnen en medische hulpmiddelen via internet te laten dalen, dat de samenwerking tussen betrokken instanties eerst beter moet worden en dat het tot die tijd niet mogelijk is om concrete doelstellingen vast te stellen. De SP is daar echt heel teleurgesteld over. Wij zouden graag zien dat er een meldpunt voor vervalsingen komt bij Lareb, dat internetverkoop aan banden wordt gelegd, dat er een uniforme barcodering komt en dat er een effectieve en strafrechtelijke handhaving komt. Als laatste vraag ik de Minister of ze het Geneesmiddelenbulletin snel helderheid wil geven over de voortzetting van het bestaan.

De heer **Krol** (50PLUS/Baay-Timmerman): Voorzitter. Kortgeleden maakte het CBS bekend dat in 2019 de helft van de bevolking uit 50-plussers zal bestaan. Dat heeft veel gevolgen voor de maatschappij en het te voeren overheidsbeleid. En ook op het terrein van de farmacie. De meeste 50-plussers zijn gelukkig gezond, maar met het stijgen van de leeftijd neemt de kans op veelvuldig gebruik van medicatie steeds verder toe. Gebruik van verschillende medicatie kan behoorlijk riskant zijn, zeker bij ouderen die toch al een kwetsbare gezondheid hebben. Daarom is 50PLUS ook erg ingenomen met de toenemende aandacht hiervoor, zoals in de kwaliteitsagenda van het bestuurlijk overleg farmacie. Blij zijn we bijvoorbeeld met de herziening van de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Toch heb ik hierover nog enkele vragen. Mijn indruk is dat de verbetering van de medicatiebeoordeling nog onvoldoende uit de verf komt. Dit is voor ouderen extra belangrijk omdat gebleken is dat veel medicijnen helemaal niet getest zijn op ouderen. Er is in Nederland onderzoek naar gedaan en daaruit blijkt dat heel veel artsen zich er zorgen over maken dat de dosering voor ouderen heel anders moet zijn dan voor de geteste personen. Wat zijn de gedachten van de

Minister daarover? Is de Minister het eens met de constatering dat de veiligheid en de effectiviteit van geneesmiddelen op ouderen op deze wijze onvoldoende is?

Er wordt door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie onderzocht welke groep patiënten het meeste baat heeft bij een medicatiebeoordeling. Hoe staat het nu met dat onderzoek? Hoe is dit onderzoek opgezet? En vooral, wanneer kunnen we de resultaten verwachten? Ik ben voor een gedegen en gefundeerd beleid, maar ik kan toch al wel voorspellen dat de groep ouderen met een zorgvraag en meerdere chronische aandoeningen veel baat kan hebben bij een medicatiebeoordeling. Daarom stelt 50PLUS het volgende voor. Wat vindt de Minister van het idee om hangende het onderzoek een medicatiebeoordeling verplicht te laten uitvoeren bij minimaal vijf geneesmiddelen en een zorgindicatie? Of dat voor intramurale of extramurale zorg is, maakt dan niet uit. Door het hanteren van dit criterium weet je dat je de groep met enige mate van gezondheidsproblemen, ofwel de meest risicovolle groepen, te pakken hebt. Met het overheidsbeleid dat mensen langer thuis moeten blijven wonen, is een soort apk voor medicijnen in onze ogen geen overbodige luxe.

Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en in dit geval ook apothekers komen maar moeilijk bij elkaar. Zorgaanbieders vinden de vergoeding voor een medicatiebeoordeling te laag, zo observeren NPCF en Unie KBO.

Zorgverzekeraars vinden op hun beurt de kwaliteit van de beoordelingen te laag. Dit riekt naar een impasse, waar de patiënt de dupe van wordt. Wat doet de Minister aan dit probleem en welke oplossingen ziet zij? In april was ongeveer 75% van de apothekers opgeleid om een medicatiebeoordeling conform de richtlijnen uit te voeren. Per 1 januari 2015 zou de hele beroepsgroep opgeleid moeten zijn. Hoe is het met de voortgang? Volgens de huidige richtlijn komen 700.000 personen in aanmerking voor een medicatiebeoordeling, maar daarvoor ontbreekt de capaciteit. Is in kaart gebracht voor hoeveel beoordelingen er op dit moment wel capaciteit is? Zo ja, wat is de capaciteit dan?

Er worden kwaliteitsindicatoren ontwikkeld voor medicatiebeoordelingen. Volgens Unie KBO en NPCF zijn de gegevens daarvan waarschijnlijk pas in 2018 beschikbaar voor apothekers. Dat moet volgens ons veel eerder, want het gaat hier om medicatieveiligheid van mensen en een goede beoordeling kan zorg- en medicijnkosten besparen, en in het uiterste geval ook onnodige ziekenhuisopnames. Ziet de Minister mogelijkheden om deze indicatoren eerder beschikbaar te hebben?

Tot slot wil ik nog twee punten naar voren brengen. Veel mensen met meerdere chronische aandoeningen bezoeken verschillende specialisten in het ziekenhuis. Ons bereiken signalen dat deze specialisten lang niet altijd met elkaar overleggen en daardoor soms middelen voorschrijven die met elkaar botsen. Hoe kan iets dergelijks ondervangen worden? Is de Minister het met 50PLUS eens dat ook hier voorkomen beter is dan genezen?

Helemaal tot slot heb ik nog de belangrijke vraag hoe de Minister ervoor gaat zorgen dat de mogelijkheid van een medicatiebeoordeling breder bekend wordt onder het publiek. Het is in de ogen van 50PLUS namelijk erg belangrijk dat zorggebruikers op de hoogte zijn van het bestaan van dit belangrijke preventie-instrument.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. De nieuwe EU-chef Jean-Claude Juncker besloot onlangs om het geneesmiddelenbeleid niet langer een zaak van het directoraat gezondheidszorg te laten zijn, maar het over te hevelen naar het directoraat interne markt. Voor mijn fractie is dat een opmerkelijke verschuiving. Wij vinden dat hier een verkeerd signaal van uitgaat. Wat ons betreft moet vooropstaan dat het geneesmiddelenbeleid een bijdrage levert aan het publieke belang en niet primair aan het marktbelang. Wat is de reactie van de Minister hierop? Hoe ziet

zijzelf de positie van het geneesmiddelen dossier in Europa? Wat zullen de gevolgen hiervan zijn voor de manier waarop het geneesmiddelenbeleid in de Europese Unie besproken wordt? Is de Minister het met mij eens dat het publieke belang en niet het marktbelang centraal moet staan? De Minister stelt vaak, terecht, dat Nederland maar een van de vele spelers op het geneesmiddelenbeleid is en dat als wij iets willen veranderen, wij dit minimaal op Europese schaal moeten doen. Maar dan moeten op Europees niveau ook de goede prioriteiten gesteld worden. Er heeft zich inmiddels al een meerderheid in de Tweede Kamer afgetekend om in Europa een punt te maken van die verschuiving. Ik wil graag van de Minister horen of zij bereid is om zich aan te sluiten bij de zeven landen die dat al gedaan hebben.

Jaarlijks zouden 19.000 ziekenhuisopnames voorkomen kunnen worden als mensen geneesmiddelen op de juiste manier zouden slikken. Goede voorlichting is dus noodzakelijk. Veel mensen laten zich daarbij tegenhouden door de kosten die dat met zich brengt. De begeleiding van de apotheek is namelijk onderdeel van het eigen risico, net als de medicijncheck. De apothekers geven het signaal af dat patiënten de begeleiding van de apotheek, zoals het eerste uitgiftegesprek, weigeren terwijl deze wel noodzakelijk is voor de medicatieveiligheid van de patiënt. Ook is de toegankelijkheid tot een goede medicijncheck voor mijn fractie erg belangrijk, want daar zit nu juist de meerwaarde van een apotheker. Het gaat om de menselijke maat en niet om het doosjes schuiven.

Wat ons betreft hoort deze zorg dan ook niet onder het eigen risico te vallen. Ik kan mij voorstellen dat de kosten van het uitsluiten van deze zorg van het eigen risico lang niet opwegen tegen de opbrengsten van besparingen door minder onnodige ziekenhuisopnames en extra zorg door medicatiefouten. Is de Minister bereid om dit te onderzoeken? Daarnaast zou een betere bekostiging van deze zorg ook bij kunnen dragen aan een betere kwaliteit van de medicatiebeoordeling. NPCF heeft hierover gisteren een duidelijk signaal afgegeven. Ik krijg hierop graag een reactie van de Minister.

De manier waarop prijzen van geneesmiddelen tot stand komen, is met nevelen omgeven. De Minister vindt dat het de farmaceutische industrie zou sieren als zij transparanter zou zijn over de wijze waarop de prijzen tot stand komen. Maar meer transparantie vragen of afdwingen, daar begint ze vooralsnog niet aan. De inzet van mijn fractie blijft dat we van de farmaceutische industrie meer transparantie mogen en moeten vragen over de manier waarop zij met publiek geld omgaat. Ze moet transparant zijn over hoeveel van elke euro die wij betalen voor medicijnen, naar ontwikkeling en onderzoek gaat en hoeveel er wordt uitgegeven aan marketing en reclame. Wat mijn fractie betreft, moeten we meer toe naar een systeem waarbij gezondheidswinst en onderzoek meer gestimuleerd worden dan marketing en vergroten van het aandeel.

De Minister heeft groot gelijk wanneer zij zegt dat Nederland maar een van de vele spelers is op dit terrein en dat we hier als Nederland alleen moeilijk beweging in kunnen krijgen. Maar dat betekent niet dat je geen ambities kunt hebben, want zonder ambities in Nederland kunnen we ook niet verwachten dat Europa wel het goede voorbeeld zal geven. Transparantie vragen betekent natuurlijk ook dat je zelf ook zo transparant mogelijk moet zijn. De Minister zit met fabrikanten van dure geneesmiddelen om tafel om de uitgaven voor die geneesmiddelen naar beneden te krijgen. Zij zegt dat via prijsafspraken al tientallen euro's bespaard zijn. Ik zou haar daar heel graag mee willen complimenteren, maar het lastige is dat ik niet kan weten waarmee precies, want ik weet niet wat de afspraken zijn, wat er besproken is, hoeveel er uiteindelijk bespaard is, wie er aan de brief meegeschreven hebben en of de Minister zelf echt kan weten hoeveel op die manier bespaard is. Wat bespreekt de Minister eigenlijk aan de onderhandelingstafel met de geneesmiddelenfabrikanten? Heeft zij het daar ook over meer duidelijkheid over de manier waarop de fabrikant

tot de prijs is gekomen? Dat is toch wat je wilt weten. Ik kan mij geheel aansluiten bij wat de heer Kuzu daarover heeft gezegd. Waar de transparantie ook wringt, is bij een overleg als het Apollo Netwerk. Jarenlang heeft dit netwerk overlegd zonder dat er transparantie was over wie het bekostigde en wat er besloten was, maar de fundamentele vraag waar we als Kamer over in debat moeten, is hoe het ministerie omgaat met lobbyclubs. We hebben al discussie gevoerd over de manier waarop bij de NZa werd omgegaan met dienstreizen. We zien het nu ook weer met het Apollo Netwerk.

Ik heb ten slotte nog één vraag en die gaat over Product Development Partnerships. Dat is een voorbeeld van publiek-private samenwerking die middels een alternatieve benadering ook toegang tot R&D hebben. Ik heb begrepen dat de bekostiging daarvan in gevaar zou zijn. We hebben hier een mail over gekregen. Ik begrijp dat dit te technisch is voor dit debat, maar ik zou die mail graag via de commissie willen doorspelen aan de Minister en willen vragen om een schriftelijke reactie daarop.

De **voorzitter**: Ik hoor van de Minister dat die mail al is doorgeleid en wellicht ook direct bij het ministerie is aangekomen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Patiënten zien sinds dit jaar op de rekening van de apotheek staan dat zij extra moeten betalen vanwege een eerste-uitgiftegesprek. Op zich is transparantie goed, maar tegelijkertijd is uit onderzoek van de Consumentenbond gebleken dat dit gesprek zelden wordt gevoerd. Dit levert onduidelijkheid en veel ergernis op bij mensen. Het CDA vraagt de Minister of dit systeem niet op de schop kan. De vergoeding zou bijvoorbeeld niet per medicijn, maar slechts een keer per bezoek in rekening gebracht moeten worden. Er moet ook gekeken worden naar een andere naam. In de vele mails die ik hierover krijg, merk ik dat mensen daar enorm over struikelen. Dit betreft de korte termijn. Daarnaast is mijn vraag aan de Minister hoe we de financiering van de apotheken op de lange termijn moeten regelen. Zou de Minister willen onderzoeken of de financiering van de apotheken niet meer zou moeten aansluiten bij de nieuwe bekostiging van de huisarts? Juist ook omdat we willen dat er in de eerste lijn een heel sterke verbinding tussen komt.

Apothekers moeten er steeds vaker met kunst- en vliegwerk voor zorgen dat patiënten niet merken dat bepaalde medicijnen niet op voorraad zijn. Het CDA vindt dat zorgelijk. Vorig jaar kwam dit al bij meer dan 400 medicijnen voor. Dit levert hoge kosten op voor apothekers en voor de patiënten ongemak en soms zelfs acute gezondheidsproblemen. De Minister constateert vervolgens in haar brief dat dit vooral een internationaal probleem is en dat de patiënt er gelukkig niet al te vaak last van heeft. Het CDA vindt deze reactie geen recht doen aan de problematiek. In het rapport van Berenschot wordt namelijk juist geconcludeerd dat er in bepaalde gevallen door geneesmiddelentekorten wel degelijk gezondheidsschade optreedt, en dat juist bij de kwetsbaarste patiënten. Wil de Minister samen met de sector in overleg gaan en bezien of er een kritieke geneesmiddelenlijst kan komen? Op die lijst moet dan worden aangegeven dat, als er een tekort komt aan die geneesmiddelen, er meteen een gezondheidsprobleem is en er direct gezondheidsschade optreedt. Daar moet dan ook een soort oplossing aan vast zitten, bijvoorbeeld het aanhouden van voldoende voorraden om dat te voorkomen. Dit is trouwens een werkwijze die ik vanuit Defensie gewend ben.

De handel in vervalste medicijnen is inmiddels zo winstgevend – de SP zei dat ook al – dat zelfs drugshandelaren overstappen op dit soort geneesmiddelen. Een recent onderzoek laat zien dat meer dan 60% van de via internet verhandelde medicijnen vervalst is. Het spreekt voor zich dat dit een gevaar is voor de volksgezondheid. Een jaar geleden heb ik samen met D66 een motie hierover ingediend. Een jaar later ligt er eindelijk een

brief van de Minister, maar die is toch wel een beetje teleurstellend. De Minister heeft keurig op een rij gezet wat er gedaan wordt. Het meest tastbare resultaat is dat er een logo komt voor legale internetapotheken, dat overigens pas eind 2015 gebruikt gaat worden. Concrete doelstellingen zijn te lastig om te formuleren, zegt de Minister. Is de Minister dan bereid om streefnormen voor de opsporing vast te stellen? Gaat de Minister nu eindelijk het Medicrime-verdrag ondertekenen? Als laatste op dit punt de vraag, want dit is echt booming business voor de criminelen, hoeveel fte de inspectie concreet heeft om de vervalste geneesmiddelen aan te pakken. Ik krijg steeds antwoorden dat ze binnen een bepaalde afdeling voor tig aantal taken heel veel mensen hebben, maar ik heb zo het vermoeden dat het nog weleens kan tegenvallen.

Het preferentiebeleid heeft belangrijke resultaten geboekt, maar heeft ook de nodige negatieve effecten gehad. De Minister is inmiddels met de sector in gesprek gegaan om deze negatieve effecten tegen te gaan. Maar feit is wel dat de ondergrens bij veel geneesmiddelen bereikt is. Wat kan de Minister doen om de nadelen van het preferentiebeleid structureel te ondervangen?

Bij de overheveling van specialistische geneesmiddelen is afgesproken dat wisseling van medicatie alleen mag als daar een medische noodzaak voor is. De Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening (EGV) constateert echter dat patiënten wel degelijk om niet-medische redenen moeten switchen van geneesmiddel. Tegelijkertijd hebben we de afgelopen tijd ook veel berichten van zorgverzekeraars, zorgverleners en patiëntenverenigingen gekregen die zeggen dat zij dit beeld eigenlijk niet herkennen. Hoe ziet de Minister dit? Worden de signalen over dat niet om medische noodzaak switchen in het Bestuurlijk Overleg Medisch Specialistische Zorg besproken?

De heer **Kuzu** (PvdA): Onlangs kwam het bericht in het nieuws dat de overheveling van die geneesmiddelen naar het intramurale budget vertraging oploopt, dat er een standstill is. Wat vindt mevrouw Bruins Slot daarvan?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vind het heel verstandig dat de Minister ons heeft geschreven dat er een pas op de plaats wordt gemaakt om te kijken wat precies de effecten daarvan zijn. Daar heeft het rapport van de Stichting EGV natuurlijk een belangrijke rol in gespeeld.

De heer **Kuzu** (PvdA): Hoe beoordeelt u dan het rapport van de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ), waarin wordt aangegeven dat de helft van alle patiënten weleens naar het ziekenhuis gaat om medicatie op te halen en dat de tevredenheid van de patiënten is toegenomen? De patiënten zijn tevreden over de overheveling naar de ziekenhuisapothek. Wat is uw reactie daarop?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is heel goed om te kijken welke positieve effecten het heeft gehad, maar als je het echt zorgvuldig wilt doen, moet je ook alle negatieve effecten in beeld hebben. Voor een deel heeft het op mensen inderdaad een positief effect gehad. De Minister heeft echter op goede gronden in haar brief geschreven dat er ook een aantal negatieve effecten is. Ik vind het heel verstandig dat zij ervoor zorgt dat ze die eerst onder controle heeft, zodat mensen niet onnodig zorgen hebben. Het gaat bijvoorbeeld nog niet zo goed met de communicatie tussen ziekenhuisapothekers en apothekers. Er blijft nog weleens wat informatie liggen en dat is buitengewoon slecht als het gaat om de gezondheid van patiënten.

De **voorzitter**: Interrupties gaan in tweeën, mijnheer Kuzu. U kunt wel uw tweede interruptie gebruiken.

De heer **Kuzu** (PvdA): Ik spaar het nog even op.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De heer Krol stelde terecht een vraag aan de Minister over de medicatiereview. De medicijnen-ak, dat is inderdaad een begrip dat we er ook wel voor gebruiken. Unie KBO en NPCF hebben ook een brief aan de Kamer gestuurd, waarin staat dat er zorgwekkende signalen hierover zijn, terwijl het tegelijkertijd zo'n belangrijk instrument is. Wat gaat de Minister doen met deze zorgwekkende signalen van Unie KBO en NPCF?

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. De afgelopen twee jaar hebben we bijna een miljard euro minder uitgegeven aan geneesmiddelen. Dat is een flinke meevaller voor de schatkist, maar dit roept ook de vraag op waarom de Minister er in de ramingen zo ver naast zat en wat dit betekent voor de ramingen voor de komende jaren. Als mogelijke oorzaken voor de daling worden de overheveling, lagere prijzen, lagere vergoedingen en minder verstrekkingen genoemd. Dit laatste, minder verstrekkingen, baart mij zorgen. Puur op basis van de bevolkingsgroei en de vergrijzing zou voor 2013 een toename van het geneesmiddelengebruik met bijna 2% verwacht mogen worden. Dit was in 2013 echter 1,1%. Hoe verklaart de Minister deze daling?

Het geneesmiddelengebruik in Nederland ligt al lager dan gemiddeld en daalt dus nog verder. In Nederland wordt slechts € 322 per persoon uitgegeven aan geneesmiddelen. Ter vergelijking: in Duitsland is dat € 524 en in België € 404. Wij zijn in Nederland dus heel goed bezig. Mijn fractie stoort zich daarom aan de discussie over een prijsplafond voor dure kankermedicijnen. Alsof die geneesmiddelen een lastige kostenpost zijn en weinig opleveren. In plaats van grenzen stellen aan de prijs, zouden we moeten investeren in genetische tests die voorspellen of de kankerbehandeling succesvol zal zijn of niet. Als voorbeeld noem ik de MamaPrint, die het risico op uitzaaiingen bij borstkanker nauwkeurig kan voorspellen. Hierop wordt de behandeling vervolgens aangepast, met als resultaat een grote kostenbesparing en een betere kwaliteit van leven. Het heeft echter jaren geduurd voordat zorgverzekeraars ertoe overgingen om deze test te vergoeden. Dit soort tests zijn de investering waard. Steeds vaker zal voorspeld kunnen worden of een chemokuur zal werken of niet. Hiermee kunnen we dus beter besparen op dure kankermedicijnen, dan door een prijsplafond in te stellen. Is de Minister dit met mij eens? Dit brengt mij op het punt van de innovatie. Nederland dreigt achterop te raken als het gaat om het aandeel nieuwe innovatieve geneesmiddelen. We bevinden ons niet in het rijtje landen van Duitsland, Zwitserland, Noorwegen en Zweden, maar we zitten in het rijtje van Ierland, Tsjechië, Hongarije en Italië. Willen we dat wel of is dit juist een reden dat we onder het Europese gemiddelde zitten qua uitgaven aan geneesmiddelen doordat we minder nieuwe geneesmiddelen toelaten of voorschrijven? Ik krijg hier graag een reactie op van de Minister en vraag haar wat ze hieraan zou willen doen.

Ik ben blij met de openheid die de Minister heeft gegeven over het Apollo Netwerk. We wachten nog op het overzicht van de overige netwerken. Hoe belangrijk het is dat er inzicht is in activiteiten van de farmaceutische industrie, bewijst weer de voorgenomen portefeuilleverdeling in Brussel. Andere woordvoerders hebben het daar ook al over gehad. De farmalobby heeft het voor elkaar gekregen om het geneesmiddelenbeleid los te weken van het directoraat gezondheidszorg en het over te over te brengen naar het directoraat industrie. Dat is een grote overwinning voor de farma, want dit betekent minder strenge regelgeving en meer commerciële mogelijkheden. Diverse landen hebben al bezwaar aangetekend. Wanneer gaat de Minister hiertegen protesteren?

Sinds kort hebben we een bureau Prijsarrangementen Geneesmiddelen. Mijn fractie is niet principieel tegen prijsarrangementen. Ik hoef maar de

kwestie Pompe en Fabry aan te halen. Het was een last resort voor deze weesgeneesmiddelen. Zoals de ontwikkelingen nu gaan, lijken prijsarrangementen echter een ontsnappingsroute te worden voor geneesmiddelen waarvan de meerwaarde of de kosteneffectiviteit niet of onvoldoende is aangetoond. Wordt de reguliere weg van toelating en vergoeding niet omzeild door farmaceuten door gelijk aan te kloppen bij dit nieuwe ambtenarenbureau? Ten slotte zitten daar 4 fte en die moeten ook wat te doen hebben. Kan de Minister hierop reageren?

Ik wil een kwestie aankaarten die in de media is geweest. Dat betreft het eerste terhandstellingsgesprek bij het leveren van medicijnen door de apotheek. Daar is ook al over gesproken. Ik ga ervan uit dat de Minister op de hoogte is van de steekproef van de Consumentenbond. Ik heb er zelf ook heel veel mails over gekregen. Patiënten begrijpen dat tarief van € 6 niet en zeker niet als er helemaal geen gesprek heeft plaatsgevonden. Ik ben niet zozeer tegen het tarief op zich, maar iets in rekening brengen wat niet heeft plaatsgevonden, is fraude. Heeft de NZa dit al opgepakt? Wat gaat de Minister hieraan doen?

Tot slot nog een opmerking over de gezamenlijk inkoop van dure geneesmiddelen door twaalf ziekenhuizen onder de paraplu van Achmea. Er wordt gesproken over een miljoenenbesparing en dat klinkt natuurlijk goed. Het laat echter ook meteen zien waar het om gaat, namelijk om de laagste prijs. Maar hoe zit het met de kwaliteit en wat betekent dit initiatief concreet voor patiënten? Een deel van de besparing zou naar een innovatiefonds gaan. Ook dat klinkt goed, maar alleen die twaalf ziekenhuizen mogen aanspraak maken op dat fonds. Een tijdje geleden schetste ik in een ander debat een toekomstbeeld van de Achmea-patiënt die naar het Achmea-ziekenhuis moet en Achmea-medicijnen krijgt. Die toekomst is opeens heel erg dichtbij en daar word ik niet vrolijk van. Die Achmea-patiënt zou op zijn minst een fors lagere premie moeten betalen. Ik ben benieuwd of dat er komt.

Waar ik wel vrolijk van wordt, is het initiatief van apotheek Diaconessenhuis in Leiden. Die hebben een medicijnautomaat in gebruik genomen. De patiënt krijgt per sms een afhaalbericht met een code en kan de medicijnen vervolgens uit de automaat halen, ook buiten openingstijden van de apotheek. Proficiat! Ik hoop dat meer apotheken dit initiatief zullen overnemen.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. In een algemeen overleg over geneesmiddelen zou toch niet onvermeld mogen blijven dat die geneesmiddelen een enorme bijdrage leveren aan de gezondheidszorg in Nederland. Als je kijkt naar gezondheidswinst en het oprekken van de levensverwachting, dan hebben we de grootste slag geslagen met de introductie van de riolering. Vervolgens heeft de vaccinatie ons allen een stuk ouder en gezonder gemaakt, maar kort daarna komen toch echt de geneesmiddelen. De geneesmiddelenindustrie is ook de meest innovatieve industrie ter wereld. Er is geen enkele andere bedrijfstak die 18% van zijn omzet investeert in research and development. Ik vind dat ik dat moet zeggen, omdat de farmaceutische industrie – dat is vandaag ook weer gebeurd – vaak wordt neergezet als een industrie van grote graaiers die het alleen maar om geld gaat. Daarom vind ik ook echt dat hier gezegd moet worden dat zonder die industrie de geneesmiddelen, die wij vervolgens graag willen hebben, er simpelweg niet zouden zijn. Zonder die winsten zou er geen geld zijn voor de noodzakelijke research and development voor nieuwe geneesmiddelen om ziekten te kunnen genezen waar mensen nu nog aan dood gaan.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat er 18% – ik heb ook gezien dat het maximaal 15% is – van de winst wordt geïnvesteerd in nieuwe middelen, klinkt heel mooi, maar dat een derde naar aandeelhouders gaat en een andere derde naar reclame, artsenbezoeken en het organiseren van nepcongressen, zou

er ook wel bij vermeld mogen worden. Daar gaat dus de rest van de winst naartoe. Wat zijn dat voor belangen, vraag ik dan aan de VVD. Zijn het niet vooral commerciële belangen die daarmee worden gediend? Vindt de VVD het echt voldoende dat maar 18% naar onderzoek voor nieuwe medicijnen gaat? Is dat niet eigenlijk een beetje weinig?

De heer **Rutte** (VVD): Ik vind het een beetje verbijsterend dat deze de vraag gesteld wordt. Ten eerste worden de feiten verdraaid. Het gaat niet om 18% van de winst, maar om 18% van de omzet. We hebben het over de meest innovatieve industrie ter wereld. Er is geen enkele industrietak die zo veel geld van de omzet investeert in research and development. U kunt uw best doen, maar u zult ze niet vinden. Een bedrijf zal echter ook aan marketing moeten doen, zal zijn spullen moeten verkopen en zal reclame moeten maken. Dat is allemaal doodnormaal. Het is simpelweg zo dat er buiten die farmaceutische industrie geen geneesmiddelen worden ontwikkeld en worden gemaakt. In de Sovjet-Unie is nog nooit een geneesmiddel ontwikkeld dat wij hier gebruiken. Iedereen die kwaad spreekt over deze sector, moet niet tegelijkertijd wegstijgen van de enorme maatschappelijke baten van het farmaceutische model, die er niet zouden zijn als we dat niet in stand zouden houden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Uit onderzoeken naar de kostenopbouw door de farmaceutische industrie zelf blijkt dat research and development echt zwaar achterblijven bij promotie, reclame maken, het organiseren van nepcongressen, artsenbezoeken en noem maar op. Het is prima als u zegt dat er wordt geïnvesteerd in het ontwikkelen van nieuwe medicijnen, maar dan moet u ook het hele verhaal vertellen en zeggen dat dat echt achterblijft bij dat wat de farmaceutische industrie investeert in de afzetmarkt.

De heer **Rutte** (VVD): Men zal ook in andere zaken dan research and development moeten investeren. Dat neemt niet weg dat het aandeel research and development in de farmaceutische industrie groter is dan in welke andere bedrijfstak dan ook en dat deze bedrijfstak als enige geneesmiddelen ontwikkelt en dat blijft doen. De meeste wetenschap en research and development vinden plaats in deze industrie. Dat staat mevrouw Leijten misschien niet aan, omdat zij niet gelooft dat uit bedrijven goede producten kunnen voortkomen en ze vindt dat overheden dat moeten doen, maar die overheden doen het niet en hebben het nooit gedaan. Dat zou dus iets meer een andere toon ten aanzien van deze industrie rechtvaardigen. Maar daar zullen we het waarschijnlijk niet over eens worden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Een andere toon klinkt mooi, maar 18% ...

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten, interrupties gaan in tweeën en u hebt al twee keer een vraag gesteld. Ik vraag de heer Rutte dan ook om zijn betoog te vervolgen. Dan hebben we ook nog tijd voor een tweede termijn, waarin dit punt wellicht ook nog aan de orde zal komen.

De heer **Kuzu** (PvdA): Voorzitter. Ik ga even door op het punt van mevrouw Leijten. Ik kreeg laatst nog een mail – ik denk dat de heer Rutte die mail ook heeft gehad – met het kopje «Nieuwe medicijnen voegen niets toe». Daarin wordt gesteld dat de meeste nieuwe geneesmiddelen op de markt in Nederland, Duitsland en Frankrijk niets toevoegen. Dat is het eerste punt waar ik graag een reactie op krijg. Het tweede punt is dat de heer Rutte ook aanwezig was op de septemberborrel van Nefarma. Daar was ik ook.

De **voorzitter**: Ik wil u toch vragen om uw interrupties kort en bondig te houden en een vraag te stellen aan de heer Rutte.

De heer **Kuzu** (PvdA): Op die borrel gaf de heer Van den Dungen aan dat hij ook een maatschappelijkere opstelling van farmabedrijven wenste. Ik zie dat in de inbreng van de heer Rutte niet terug. Ik hoop dat dat nog komt.

De heer **Rutte** (VVD): Ik ben nog maar aan het begin van mijn betoog. Ik zal de heer Kuzu niet teleurstellen ten aanzien van zijn tweede punt. Dat komt helemaal goed.

Zijn eerste punt was dat nieuwe geneesmiddelen niets toevoegen. Laat duidelijk zijn: nieuwe geneesmiddelen die niets toevoegen, moeten we niet introduceren. Er zijn echter heel veel nieuwe middelen die wel degelijk wat toevoegen. We staan aan het begin van een revolutie met nieuwe therapeutische middelen, waardoor voor melanomen en voor longkanker voor het eerst echt genezing mogelijk lijkt. Het gaat mij echt veel te ver om te zeggen dat die middelen niets toevoegen, want die voegen heel veel toe. Dat stelt ons wel voor nieuwe dilemma's en daar kom ik in mijn betoog nog op terug.

De heer **Kuzu** (PvdA): Dan ga ik daar even op door. Slechts 4% werd beoordeeld als een nuttig geneesmiddel. Dus 96% voegt misschien wel iets toe, maar te weinig. Dit zijn bekende cijfers. Kan de heer Rutte daar eens op reageren?

De heer **Rutte** (VVD): Dat kan ik alleen herhalen: als een middel niets toevoegt, dan moeten we het niet toelaten. Zo simpel is het. Dan moeten we kijken naar de toelatingscriteria. Ik kan de industrie niet verbieden om die middelen te ontwikkelen, maar het is aan ons om te beslissen of we die middelen toelaten en of we die ook in de praktijk gebracht willen hebben.

Het is dus een belangrijke industrie die veel research doet en middelen produceert die we anders niet hadden gehad en daarmee genezing brengt waar we anders dood zouden gaan gegaan. Dat neemt niet weg dat er ook forse dilemma's zijn, bijvoorbeeld ten aanzien van mooie nieuwe middelen die nu beschikbaar komen, zoals immunotherapie, personalized medicine, waardoor heel ernstige ziektes waar mensen nu dood aan gaan, genezen kunnen worden, want deze middelen komen met een heel hoge prijs. Dat heeft verschillende redenen. De hoeveelheid research die erin is gestoken, is enorm en vaak is de doelgroep waarvoor ze ter beschikking komen, heel klein, wat kan leiden tot een enorm hoge prijs per patiënt. De vraag is hoe we daarmee omgaan. KWF heeft die discussie fors op de agenda gezet. De Minister zegt dat zij nog heel veel rek ziet als het gaat om passend gebruik. Door te zorgen dat het middel alleen bij de patiënt komt waarvoor we denken dat dat effectief is, kunnen we nog heel lang voort en kunnen we deze middelen ook goed beschikbaar houden. Mijn vraag aan de Minister is wat ingewikkeld, maar ik wil graag dat ze daarop reflecteert. Hoeveel rek zit er in het thema passend gebruik? Kunnen we het daarmee inderdaad volhouden? Het zou geweldig zijn als dat lukt. Ik krijg echter ook signalen dat dat misschien niet altijd zal lukken.

Als het indicatiegebied van een nieuw middel klein is, is de prijs heel erg hoog. Maar ik krijg ook signalen dat voor sommige middelen het indicatiegebied in een keer een stuk groter wordt – het was eerst alleen voor een melanoom beschikbaar, maar het blijkt later ook te werken tegen longkanker – en dan zou op dat moment de prijs wellicht moeten dalen. Hoe krijgen we dat voor elkaar? Welk mechanisme kunnen we inzetten om te zorgen dat als het indicatiegebied groter wordt, niet automatisch de kosten worden gemaximeerd, maar dat dan ook de prijs per verstrekking omlaag gaat?

Mevrouw Klever zei net ook al: we dreigen in Nederland niet meer voorop te lopen qua innovatie bij geneesmiddelen. Ik krijg signalen dat een van de redenen daarvoor te maken heeft met de wat ondoorzichtige procedures om een middel in Nederland op de markt te krijgen of om dat geëvalueerd te krijgen. Ik vraag de Minister of zij die signalen herkent en, zo ja, of het dan mogelijk is om daar wat meer transparantie in te betrachten.

Er zijn middelen waarvoor het traditionele verdienmodel niet blijkt te werken. De belangrijkste daarvan zijn de middelen waar de Minister zich zeer voor inzet, namelijk de antibiotica. Ze loopt voorop in de internationale strijd tegen antibioticaresistentie. Dat is heel goed, maar de vraag is wat zij al heeft kunnen bereiken, met name ten aanzien van het ontwikkelen van nieuwe antibiotica. Niemand stapt namelijk in een verdienmodel, waarin wij zeggen: maak een middel, zodat wij het op de plank kunnen laten liggen, want zodra je het gebruikt raken mensen weer resistent. Dat is echt een heel ingewikkeld dilemma. Hetzelfde dilemma, maar dan in iets mindere mate, lijkt ook te bestaan rondom vaccins. Het kost heel veel tijd om vaccins te ontwikkelen en we hebben zeer hoge veiligheidseisen. Het lijkt erop dat de ontwikkeltijd van een vaccin daardoor te lang wordt om het nog met enige verdienste op de markt te kunnen brengen. We kunnen dan twee dingen doen. We zouden de veiligheidsregels kunnen versoepelen, maar dat ligt gevoelig omdat we vaccins in gezonde mensen stoppen. Hoewel, op het moment dat er een vaccin tegen ebola zou komen, zou iedereen dat willen hebben. Dat is dus een kant van de medaille. Aan de andere kant zouden we wellicht de patenten kunnen verlengen. Ik krijg hierop graag een reactie van de Minister.

Mevrouw **Klever** (PVV): De heer Rutte deed een heel interessant voorstel.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Ik word nu buiten de microfoon voor lobbyist uitgemaakt door mevrouw Leijten en ik accepteer dat simpelweg niet. Dan moet ze de feiten ook leveren waaruit blijkt dat dat zo is. Ik vind het echt een schaamteloze aantijging en ik vind dat onacceptabel. Dat wilde ik toch even zeggen. Het is ook niet voor het eerst dat me dit overkomt vanuit de hoek van de SP. Ik vind dat echt niet acceptabel.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik begrijp het dat de heer Rutte daar even boos over is.

De heer Rutte had het interessante idee dat op het moment dat een medicijn voor meerdere aandoeningen gebruikt gaat worden, de prijs niet moet stijgen – daar had mevrouw Leijten net een voorbeeld van – maar juist zou moeten dalen. Heeft de heer Rutte ook een idee hoe je dat dan zou moeten vormgeven?

De heer **Rutte** (VVD): Dat weet ik niet precies. Dat is ook de reden waarom ik dat vraag. Het zou de farmaceutische sector sieren als men dat zelf zou doen, dat op het moment dat het indicatiegebied veel groter wordt, men de prijs daarop aanpast. Dat is een kant van de medaille. Wellicht kunnen we ook aan de kant van de inkoop iets doen met prijsarrangementen. Ik heb echter geen kant-en-klare oplossing, maar ik vind wel dat het die kant op zou moeten gaan.

Mevrouw **Klever** (PVV): Je zou, als je een geneesmiddel toelaat, daar gelijk ook een prijszonderhandeling aan toe kunnen voegen en je zou bij toelating al kunnen afspreken dat er een maximumprijs is en dat die alleen naar beneden mag gaan op het moment dat er meerdere toepassingen mogelijk zijn. Ik vraag dit aan de heer Rutte, maar ik ben natuurlijk ook benieuwd naar de reactie van de Minister hierop.

De heer **Rutte** (VVD): Ik stel voor dat de Minister deze suggestie meeneemt in haar antwoord. Als mevrouw Klever daarmee kan leven, dan vind ik dat goed. Ik verzet mij niet tegen die suggestie. Het is een manier.

De vergadering wordt van 14.58 uur tot 15.14 uur geschorst.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Je zou het niet zeggen na de eerste termijn van de Kamer – waar ik de leden overigens hartelijk voor dank – maar het gaat ontzettend goed met het geneesmiddelenbeleid. De afgelopen jaren hebben wij ten opzichte van de ramingen 2 miljard euro bespaard met het geneesmiddelenbeleid. Dan kun je zeggen dat de ramingen niet goed waren, maar daarvoor zaten we altijd boven de ramingen. Deze kosten zijn dus heel moeilijk te ramen. Met die 2 miljard hebben wij voorkomen dat er voor 1,2 miljard uit het pakket moest, wat mensen dan allemaal zelf hadden moeten betalen. Dat is een enorme verdienste waar we heel blij mee moeten zijn. Ik denk ook dat we het beleid niet te luchthartig terzijde moeten schuiven, want daar zitten grote risico's in. Het is niet zo dat er altijd meevallers zijn. VWS kent eigenlijk nauwelijks meevallers. Laten we dan ook tevreden zijn dat we ze een keer wel hebben en kijken hoe we dat voort kunnen zetten.

Dat wil niet zeggen dat er geen knelpunten zijn. Wij zijn het huis van de problemen, dus wij spreken hier ook graag over problemen. Die hebben wij ook en daar moeten we mee aan de slag, maar ik voelde mij toch wel geroepen om te zeggen dat we door het geneesmiddelenbeleid en de ontwikkeling van onder andere het preferentiebeleid, de overhevelingen, het uit patent lopen en het hele cluster, een aantal dingen niet hebben hoeven doen die we anders wel hadden moeten doen. Daar ben ik zelf in ieder geval een gelukkig mens door.

We zien wel dat er enorme ontwikkelingen plaatsvinden in de farmacie en dat die ontwikkelingen zich in een hoog tempo opvolgen. Er komen steeds meer generieke producten op de markt, die de betaalbaarheid vergroten. Maar aan de andere kant worden ook nieuwe innovatieve en dure geneesmiddelen geïntroduceerd. Er wordt door de veldpartijen hard gewerkt aan het verbeteren van zaken als gepast gebruik, medicatieoverdracht en therapietrouw. De sector zit ook in een bestuurlijk overleg rond de tafel om te kijken hoe we het niet alleen met het schuiven van doosjes, maar ook met het zorginhoudelijke aspect van de farmacie beter kunnen doen. Hoe kunnen we het beter doen als het gaat om therapietrouw en om medicatieoverdracht? Het doel daarvan is om het geneesmiddelenbeleid, de betaalbaarheid en de kwaliteit daarvan hand in hand te laten lopen.

We zien dus dat de uitgaven voor geneesmiddelen extramuraal dalen en dat de groei intramuraal wordt afgeremd. Dat beleid moet wat mij betreft worden doorgezet. Er ontstaat wel in toenemende mate een spanning tussen prijs en toegang tot innovatieve geneesmiddelen. Dat is een enorm dilemma. De heer Rutte schetste het eigenlijk al. We krijgen steeds meer personalized medicine, dus medicijnen voor een klein groepje patiënten, waarvan de ontwikkelingskosten hoog zijn, wat op die paar patiënten terugverdiend moet worden. We zien dat bijvoorbeeld bij oncologische medicijnen. Het is niet voor niets dat oncologen, maar ook de patiëntenvereniging mij een brief hebben gestuurd over de kosten van die medicijnen. De groepen worden kleiner en het is heel duur om die medicijnen te ontwikkelen.

Ik wil innovatieve geneesmiddelen zo snel mogelijk beschikbaar stellen aan de patiënten. Je zou namelijk maar een heel ernstige ziekte hebben, weten dat er ergens een medicijn is en dat die in een aantal landen ook al beschikbaar is voor patiënten, maar niet in je eigen land. Het is dan ook een belangrijke doelstelling om die innovatieve medicijnen beschikbaar te stellen aan patiënten, zeker als het gaat om medicijnen voor ernstige ziekten waar geen alternatief voor is.

Tegelijkertijd willen wij de kosten in de hand houden en de veiligheid en werkzaamheid borgen. Daarom hebben wij de afgelopen periode geëxperimenteerd met nieuwe pakketinstrumenten. Ik heb de Kamer daar eerder al over geïnformeerd. Een instrument is de voorwaardelijke toelating. Dat is een belangrijke stap om die innovatieve geneesmiddelen, onder strenge condities, sneller voor de patiënt beschikbaar te krijgen. We hebben eerder al gesproken over een aantal middelen. Ik had eigenlijk verwacht dat een aantal van u zou vragen waarom die nog niet voorwaardelijk zijn toegelaten. Dat is nog niet gebeurd, omdat we strenge condities hebben. Ik wil vooraf precies afspreken waar men aan moet voldoen. Kun je je onderzoeksgegevens leveren? Wat moet je leveren? Kun je aantonen dat het middel ook werkzaam is? Als we tussendoor zien dat het middel eigenlijk zwaar onderpresteert, moet ik het ook tussendoor weer uit de vergoeding kunnen halen. Ik wil daar dus met patiënten, artsen, de industrie en iedereen afspraken over maken voordat we het toelaten, zodat we ook allemaal weten waar we aan toe zijn als dat gebeurt. Dat kost tijd, maar ik vind dat het heel serieus en zorgvuldig moet gebeuren. Verder zijn er de prijsarrangementen die ik sluit met individuele fabrikanten. Dat betreft alleen geneesmiddelen met hoge, moeilijk beïnvloedbare prijzen en medicijnen die geen alternatief kennen, want anders kan een zorgverzekeraar of een ziekenhuis onderhandelen. Dat zijn medicijnen waarvoor de markt faalt. Je hebt één medicijn en je hebt patiënten met een heel ernstige ziekte en die patiënten willen heel graag dat medicijn. Maar dat is duur, veel te duur. Ik heb heel goed gekeken naar andere landen en ik heb met veel collega's van andere landen gesproken. We wisten daardoor toen we met dit beleid begonnen, dat fabrikanten over het algemeen bedingen dat het prijsarrangement niet publiek wordt. Je kunt dan zeggen: dan laat ik het of dan neem ik genoegen met een heel ander arrangement, zoals Duitsland doet. Maar je kunt ook zeggen: we gaan, net als landen als het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, België en de ons omringende landen, onderhandelen. Wij betaalden de hoofdprijs, maar zij onderhandelden met de fabrikant over lagere prijzen. Wij konden echter niet zien wat zij eraf kregen, en wij betaalden in Nederland dus de hoofdprijs. Ik kan het medicijn uit het pakket houden, maar dan is het niet toegankelijk voor de patiënten en dat terwijl het altijd gaat om medicijnen voor heel ernstige ziekten.

Ik heb daarom gezegd: wij gaan die onderhandelingen aan, maar dan kan ik wat we afgesproken hebben niet publiek maken. Ik ga iedere keer wel de onderhandelingen in met de bedoeling om de informatie publiek te maken, maar als dat in de onderhandelingen sneuvelt, dan vind ik dat we op Europees niveau onze krachten moeten gaan bundelen. Al die landen onderhandelen nu namelijk allemaal apart met dezelfde fabrikanten. Mij is echter gebleken dat in iedere geval een aantal landen daar niet zo op zit te wachten. Dat zijn met name grotere landen, die dat liever zelf voor hun eigen bevolking regelen. Ik heb tegelijkertijd ook ontdekt dat een aantal kleinere landen daar, net als wij, wel voor voelen. Nog niet zo lang geleden is er onder leiding van Frankrijk een vergadering geweest over een bepaald middel, waarbij we allemaal van elkaar wisten dat we daarover aan het onderhandelen waren. We hebben toen de klokken gelijk kunnen zetten.

Ik zou echter nog een stap verder willen gaan. Ik zou eigenlijk met meer landen op Europees niveau voor deze bijzondere middelen, waar geen alternatieven voor zijn – anders kun je concurrentie krijgen en dan ben ik niet nodig – een breder beleid op willen stellen. Maar alles in Europa gaat moeizaam en is moeilijk. Ook na die Franse vergadering is het nog niet zo dat we gemeenschappelijk onderhandelen. We doen dat nog allemaal apart. Mijn keuze daarbij is: of we betalen heel veel geld of we onderhandelen. We betaalden altijd veel geld, maar op een gegeven moment geeft Zorginstituut Nederland dan aan dat het niet meer kosteneffectief is. Dat

betekent dat je het uit het pakket laat. Dan is het eigenlijk een last resort om dan toch te onderhandelen en het zodoende toch in het pakket te krijgen.

De **voorzitter**: Voordat ik het woord geef aan de heer Kuzu voor een interruptie, wil ik met de leden afspreken in deze termijn van de Minister maximaal twee interrupties te plegen.

De heer **Kuzu** (PvdA): Ik prijs de Minister voor het feit dat zij zegt dat de oplossing hiervoor in Europa ligt. Maar tegelijkertijd hebben we te dealen met de situatie van dit moment. De Minister geeft ook aan dat transparantie belangrijk is. Ik wil dan toch even ingaan op de situatie in Duitsland. De Minister had het over grote landen en Duitsland is het grootste land in de Europese Unie. Hoe verhoudt het beleid van Nederland wat betreft die prijsarrangementen zich tot wat men in Duitsland doet?

Minister **Schippers**: Ik gaf net al aan dat je grote prijsverlagingen kunt bedingen als je de prijzen niet openbaar maakt. De Kamer weet, zeker na het wetsvoorstel waar zij zo druk mee bezig is, als geen ander dat openbare prijzen worden meegenomen in de referentieprijssystemen. Dat is de reden waarom fabrikanten niet genegen zijn om lagere prijzen af te spreken en die openbaar te maken. Dan daalt namelijk in alle landen de referentieprijs. Dat is voor hen een sterke prikkel om dat niet te willen. Duitsland is inderdaad het enige land dat de prijzen wel openbaar maakt. Andere landen doen dat niet. De prijzen van nieuwe dure geneesmiddelen waren in Duitsland dan ook hoger dan in andere Europese landen. Door het gezamenlijk onderhandelen door de Krankenkasse over een vergoedingsprijs zijn de voorheen hoge prijzen in Duitsland een beetje in lijn gebracht met die in de rest van Europa. Overigens kan een groot land als Duitsland altijd meer dan een klein land als Nederland. Het is helemaal niet zo moeilijk voor de farmaceutische industrie om te zeggen: dat landje, daar verkopen we 2% van onze pillen aan en daarom hebben we helemaal geen zin in veel gezeur. Ik ben daar dus voorzichtig in. U moet van mij aannemen dat ik zonder de vertrouwelijke afspraak geen lagere prijzen kan bedingen voor de premiebetaler. Als ik dat wel zou kunnen – ik zet daar wel altijd op in – zou ik de prijzen natuurlijk openbaar maken.

De heer **Kuzu** (PvdA): Geeft de Minister hiermee aan dat we in de houdgreep zitten van de farmaceutische industrie? Is de Minister bereid om samen met haar ambtsgenoot in Duitsland afspraken te maken zoals Duitsland die maakt? Wat vindt de Minister van de rol van de Kamer in dezen? Zij is er in eerste instantie om het beleid te controleren, maar kan nu de arrangementen die zijn afgesproken eigenlijk niet controleren. Ik moet het aannemen, maar ik kan het niet controleren. Daar zit ik hier niet voor.

Minister **Schippers**: Dat klopt, maar dat wist u ook toen ik eraan begon, want ik heb dat aangegeven. Ik herinner mij heel goed dat we een debat hebben gevoerd over de NOAC's, omdat ook daar de prijzen niet van bekend werden. Wij zijn overigens ook bij de NOAC's vol vuur begonnen om die wel openbaar te maken. Op een gegeven bleek echter dat je geen deal kunt sluiten als je dat doet. Je kunt het een houdgreep noemen, maar het is een kwestie van marktfalen. Hier is echt sprake van marktfalen. Ik wil, zoals ik eerder aan de Kamer heb toegezegd, wel kijken hoe de Tweede Kamer geïnformeerd kan worden over de opbrengsten van de arrangementen, zodat zij daar toch nog naar kan kijken. Het is voor mij geen wenselijke situatie, maar het is ook een beetje take it or leave it. Anders gaan we het met zijn allen betalen via een pakket, maar dat is niet wenselijk omdat de kosteneffectiviteit dan negatief beoordeeld wordt door Zorginstituut Nederland. Ik zie het zelf echter als een tussenstap, omdat ik

er nog steeds vertrouwen in heb dat als je maar lang genoeg volhoudt in Europa, je met andere landen gezamenlijk kunt onderhandelen. Dan heb je een krachtigere positie en kun je wel transparantie afdwingen op de prijzen die je dan met elkaar bedingt. Maar Nederland verkeert in zijn eentje niet in een positie om dat te kunnen.

Ik zal hierover echter zeker het gesprek aangaan met mijn Duitse collega. Ik heb hem nog niet ontmoet. Maar mijn ervaring tot nu toe is dat men er in Europa niet heel erg op zit te wachten dat Nederland aanhaakt bij andere landen. Dat geldt nu even niet voor Duitsland, maar ik weet dat wel van twee andere grote landen waar we het geprobeerd hebben. Ik zie voor deze specifieke geneesmiddelen, waarvoor de markt faalt, echt de oplossing in het samenwerken door landen. Het alternatief vind ik ongunstiger dan de prijsarrangementen waar ik voor gekozen heb.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Die laatste zin is interessant. Eigenlijk geeft de Minister aan dat het een keuze is tussen twee opties, waarbij de een, die transparantie, misschien wel meer haar voorkeur heeft, maar waar zij nadelen in ziet en het daarom voorlopig toch maar op deze manier doet. De Minister zegt nu wel toe dat ze met Duitsland in overleg zal gaan. Betekent dit dat het wel haar streven is om te komen tot transparante prijsbesprekingen?

Minister **Schippers**: Dat weet de Kamer al, want we hebben hier al uitgebreid over gesproken. Ik vind dat we zo transparant mogelijk moeten zijn. Als we prijsarrangementen moeten afsluiten, waarbij we niet kunnen vertellen wat de prijs is, vind ik dat geen prettige situatie. Het punt is dat er nu sprake is van een dilemma. Het gaat om een medicijn voor ernstig zieke patiënten, waar geen alternatief voor is, en dat nu niet in het pakket zit en dus niet toegankelijk is voor patiënten. Ik kan ze ook voor hoge kosten wel in het pakket doen, namelijk voor de prijs die de fabrikant vraagt. Ik heb vanaf het begin gezegd dat ik in Europa zou gaan proberen om meer medestanders te vinden om de onderhandelingen gezamenlijk te doen. Ik heb grote landen daar al over gesproken. Mijn Duitse collega heb ik nog niet ontmoet, maar die voeg ik nog aan mijn lijstje toe. Ik heb echter wel met allerlei andere landen gesproken. Ik weet ook niet of Duitsland aanwezig was bij de bijeenkomst die Frankrijk had georganiseerd. Ik hoor nu dat Duitsland daar wel aanwezig was. Mijn ambtenaren hebben daar dus al wel mee gesproken, maar ik heb nog niet met mijn ambtsgeenoot gesproken. Ik zal dat echter zeker nog oppakken. Het gaat overigens niet alleen om Duitsland. Portugal heeft ook grote problemen met een middel voor hepatitis C, waar wij allemaal over in onderhandeling zijn. We hebben allemaal hetzelfde probleem en dilemma.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dan vat ik dit op als een stap op weg. Daar zijn we het dan over eens. We zijn nu dus niet tevreden met de huidige manier van werken, maar dit is een stap op weg naar echt transparante prijsafspraken.

Minister **Schippers**: Ik heb dit altijd gezien als een tijdelijke situatie, al weten we hoe moeizaam het gaat. Een aantal mensen dat hier zit, voert die gesprekken met andere landen. Zij weten hoe moeilijk het is om vorderingen te maken. Het kan dus nog wel een tijdje duren. Ik zeg niet over deze situatie: hier zijn we tevreden mee en zo doen we het voortaan.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het gaat ook om de deals over NOAC's. De Minister zegt de hele tijd dat daar geen alternatief voor op de markt is. Maar als het gaat om de antistollingsmiddelen is dat natuurlijk niet helemaal het geval. Er waren namelijk al traditionele geneesmiddelen. Als er geen deal was gekomen, was de prijs te hoog geweest voor introductie op de Nederlandse markt. Had de Minister daar dan niet mee kunnen

schermen naar onder andere Boehringer? Had ze niet gewoon kunnen zeggen: dan is er dus geen deal, dan komt u niet op de Nederlandse markt en dan kunt u ook niet verdienen? Dat was toch wel degelijk het alternatief geweest.

Nadat de Minister de deal heeft gesloten met een eerste fabrikant van de NOAC's heeft zij in antwoord op Kamervragen aangegeven dat ze ook een deal heeft gesloten met een tweede fabrikant voor vergelijkbare geneesmiddelen. Als er meerdere fabrikanten met dezelfde soort geneesmiddelen zijn, is er toch geen sprake van marktfalen? Klopt de redenering dan dus wel?

Minister **Schippers**: Ik probeer om het budgetbeslag voor die middelen naar beneden te krijgen, zodat we er minder voor betalen, maar ze wel krijgen. Dat is de inzet. De NOAC's zijn niet zomaar op de markt gebracht in concurrentie met andere middelen. Het gaat erom dat de andere middelen die al op de markt zijn, niet aanslaan bij patiënten, waardoor zij een probleem hebben. Daar kunnen NOAC's een oplossing voor bieden. We hebben dus niet gezegd: we gooien dit gewoon op de markt en iedereen die zo'n NOAC wil proberen, kan dat doen. We hebben een leidraad afgesproken met artsen waar zij zich aan moeten houden. Die leidraad zegt precies wanneer zij die NOAC's wel en wanneer zij die niet voor mogen schrijven. Ze worden ook alleen voorgeschreven door artsen die die leidraad gebruiken. Er is dus wel degelijk een bijzondere situatie aan de orde.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb een beetje moeite met dit antwoord, want ik stelde een andere vraag. De Minister zegt: ik moet wel prijsafspraken maken want er is sprake van marktfalen, aangezien er geen alternatief is. Ik stel vast dat als het gaat om antistollingsmiddelen, dat alternatief er wel was, namelijk de oude, traditionele middelen. Dan heeft de Minister een machtsmiddel en kan zij zeggen: als het niet openbaar mag, kunt u die middelen niet op de Nederlandse markt introduceren. De tweede vraag ging erover dat er op dit moment dus al twee fabrikanten zijn die vergelijkbare middelen maken, waarmee het argument van marktfalen en de noodzaak om niet-transparante prijsafspraken te maken, ook geen opgeld meer doet. Ik heb het dan niet over de leidraad en het voorschrijven, want het is wel duidelijk dat de SP en de Minister op dat punt erg van mening verschillen. Het gaat hier even om het instrument van die onderhandelingen en het niet transparant maken van die prijzen. Volgens mij gaat het in beide gevallen niet op.

Minister **Schippers**: Ik geef wel antwoord, maar het is niet het antwoord dat mevrouw Leijten graag wil horen. Mijn antwoord is dat het niet zo is dat dit middel gelijk is aan de middelen die er al waren, maar dat er situaties zijn waarin de middelen die er al waren niet helpen, niet het effect hebben dat nodig is voor de patiënt en dat dit voor die patiënten een bijzonder middel is en dat het dus een aparte positie heeft. Wij hebben daarbij nog gezegd dat als je dit gewoon op de markt brengt, de kans bestaat dat men gaat substitueren en dat mensen die gewone antistollingsmiddelen krijgen, dan misschien overgezet worden. Dat willen we niet en daarom hebben we een leidraad opgesteld. Dat hebben we samen met de artsen gedaan. De artsen hebben aangegeven dat het voor bepaalde groepen patiënten belangrijk is dat dit geneesmiddel kan worden voorgeschreven. Daarom hebben artsen een leidraad gemaakt, aan de hand waarvan kan worden nagegaan welke groepen dat betreft en in welke gevallen het middel mag worden voorgeschreven. Het is dus wel degelijk een middel met een toegevoegde waarde, want het is voor patiënten voor wie de bestaande middelen niet voldeden. De prijzen voor de middelen waarover wij prijsafspraken hebben gemaakt, waren te hoog. We wilden dat die prijzen naar beneden zouden gaan,

omdat die middelen anders niet in het pakket zouden komen. Dat is namelijk het alternatief. Het gaat ook nog wel een keer gebeuren dat ik ga onderhandelen en dat een fabrikant niet voldoende met zijn prijs wil zakken. Dan komt het middel niet in het pakket en dan krijg ik vast Kamervragen waarom het niet in het pakket komt. Dan kan ik nu al zeggen dat dat is omdat de prijs dan te hoog is. Als de periode van dit prijsarrangement is afgelopen – die arrangementen zijn namelijk niet tijdsloos, maar lopen drie jaar – dan is het aan zorgverzekeraars om te onderhandelen om de prijs van die middelen naar beneden te krijgen.

Wij verwachten in de toekomst echt iets anders van een apotheker dan wat hij in het verleden heeft gedaan. Er werd wel oneerbiedig gesproken over doosjesschuivers. Dat hebben ze overigens altijd uitstekend gedaan, maar wij verwachten nu van een apotheker dat hij veel meer zorgverlener gaat worden. Daarover hebben we allerlei gesprekken gevoerd en daar is een nieuw financieringssysteem uitgekomen. Mevrouw Bruins Slot vroeg of er een nieuw financieringssysteem komt, maar er is dus net een nieuw financieringssysteem. Met dat financieringssysteem kunnen de zorgverlenersaspecten beloofd worden, zodat de apotheker die ook daadwerkelijk gaat vervullen. Anders zegt hij: ik wil het wel doen, maar ik word er niet voor betaald.

De apotheker die wij graag als zorgverlener willen hebben, moet een gesprek voeren als iemand voor het eerst een nieuw medicament krijgt. Die € 6 is overigens geen vast tarief, maar is een gemiddelde. Daar wordt over onderhandeld met de zorgverzekeraar. De apotheker is verplicht om zo'n gesprek bij uitgifte van nieuwe medicijnen te voeren. Als mensen dat gesprek niet krijgen, is dat onterecht. Als je het zichtbaar maakt op de rekening, heeft dat het nadeel dat mensen zien dat ze niet krijgen waar ze wel voor betalen. Dat is echter ook weer een voordeel, want mensen zien het en denken dan: ik betaal hier iets en dat moet ik ook krijgen. Zij moeten dat gesprek ook krijgen. Dus een apotheker die zo'n gesprek niet voert, blijft in gebreke en niet alleen omdat hij ervoor betaald wordt. Eerder werd hij daar ook al voor betaald, maar toen zat het in een bulk. Het is nu expres apart gezet, zodat iemand die aan de balie komt ook weet: ik moet dat gesprek hebben.

De apotheker is dus verplicht om dat gesprek te voeren. Dat wil ik ook niet afschaffen. Sterker nog, ik wil eigenlijk veel verder gaan op deze weg. Ik wil dat een apotheker ook beloofd wordt als hij inspanningen verricht op het gebied van therapietrouw en als hij een medicijncheck doet bij oudere mensen die verschillende medicamenten slikken. Ik wil juist dat de zorgverzekeraar meer van dat soort dingen gaat inkopen bij de apotheker en dat de apotheker onderdeel uitmaakt van het netwerk van zorgverleners in de eerste lijn. Ik zou die weg dus juist willen verbreden. Ik begrijp het dat er aandacht is gevraagd voor iets wat heel veel mensen dwars zit. Dat begrijp ik ook heel goed, want er staat € 6 op je rekening en je hebt daar niets voor gekregen. Die mensen moeten weten dat ze dat gesprek wel moeten krijgen. De inspectie moet er ook op handhaven dat apothekers dat gesprek voeren.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister maakte een enigszins flauwe opmerking: mevrouw Bruins Slot moet toch weten dat het systeem net veranderd is? De Minister weet dat ik dat weet. Zij weet ook dat zij ondertussen de financiering van de huisartsen heeft veranderd, zij weet dat de verpleging en verzorging naar de Zorgverzekeringswet zijn gegaan en zij weet dat in het beleid dat het ministerie voert, er heel erg voor gekozen wordt om de eerste lijn dichter bij elkaar te brengen. Bij de huisartsenbesteding worden bepaalde delen van de besteding sowieso ingekocht. Dat is niet het geval bij de apotheker, die wel die zorgverlenende taak moet uitvoeren. Is het op dat punt niet interessant om toch eens te kijken of er tot een aanpassing moet worden gekomen om zo de ene besteding meer in lijn te brengen met de andere?

Minister **Schippers**: Ik zie dit niet als eindpunt, maar ben heel blij dat de stappen die we gezet hebben, echt de stappen naar de zorgverlenerskant zijn. Die stappen zou ik verder willen ontwikkelen. Ik zou niet een nieuw bekostigingssysteem willen ontwikkelen voor de apothekers. Wel wil ik dat via het bestuurlijk overleg, waarin iedereen bij elkaar zit, steeds verdere stappen worden gezet waarin zorgverlenerschap wordt beloond. Daarin ga je multidisciplinaire zorg belonen als een apotheker die geeft en moet veel scherper worden wat de plaats van de farmaceutische zorg is. Ik ben het met mevrouw Bruins Slot eens dat wat we nu hebben, geen eindstation is. Ik zou wel willen voortborduren op de weg die we nu ingaan en die in gezamenlijkheid verder ontwikkelen. Daarin kan een apotheker zeggen «dat wil ik wel leveren en eigenlijk kan ik dat ook heel goed, maar ik word er niet voor betaald» en een zorgverzekeraar kan daarin zeggen «ik vind het heel belangrijk dat je dat levert». Laten we eerlijk zijn, twee jaar geleden heb ik een onderzoek aan de Kamer gestuurd waarin je enorme bedragen ziet die met therapietrouw te maken hebben. Er is een enorme winst te behalen als mensen hun kuren afmaken en hun pillen op tijd slikken. Het model dat we nu hebben, wil ik verder ontwikkelen richting nog meer zorgverlenerschap.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De vraag die ik in dat kader aan de Minister heb gesteld, is of zij bereid is om te onderzoeken of een vergelijkbare opbouw als bij de huisartsen, met segment 1 en 2, een mogelijkheid is. Als je bijvoorbeeld een basistarief apotheken zou bieden, zouden zij daarin sowieso een medicatiereview doen en op therapietrouw kunnen sturen. Nu zie je dat zorgverzekeraars het niet of te weinig inkopen en dat er onduidelijkheden over zijn. Ik vraag de Minister niet om het nu toe te zeggen, maar of zij bereidwillig is om vanuit die systematiek te kijken naar de vervolgentwikkeling van de financiering van de apotheker.

Minister **Schippers**: We hebben nog maar heel kort vrije tarieven voor de apothekers. Er zijn veel dingen veranderd in het zorglandschap. De bekostiging van de apothekers is recentelijk veranderd, net als die van de huisartsen, van de wijkverpleegkundigen, van de ziekenhuizen en van de ggz, intramuraal en de basis-ggz. Iedereen heeft nieuwe tarieven. We moeten ook een beetje rust hebben. Het gaat om dingen die in 2012 zijn ingegaan. Dat is twee jaar geleden. Ik wil niet ADHD'erig door de zorgsector heen gaan. Laten we kijken hoe we dit systeem uit kunnen bouwen. Ik wil de suggestie van mevrouw Bruins Slot best meenemen om te kijken naar die andere systemen, waarbij elementen op een andere manier worden bekostigd, zoals bij de eerste lijn. Dat wil ik wel inbrengen in het bestuurlijk overleg, maar het moet wel gaan om een langzame ontwikkeling van het bekostigingssysteem zoals het is ingezet.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik word zeer enthousiast als ik de Minister erover hoor vertellen dat zij het zorgverlenerschap van de apotheker verder wil versterken. Zij zegt dat zij in het bestuurlijk overleg wil nagaan hoe dat verder kan worden vormgegeven. Is zij bereid om te bezien of zaken zoals het advies van de apotheker buiten het eigen risico zouden moeten komen, net als een consult van de huisarts? Dat hoeft niet morgen, maar ik kan mij voorstellen dat het op langere termijn aan de orde komt.

Minister **Schippers**: Het lastige daaraan is dat als je dat gaat doen, er een heleboel dingen zijn waarvan ik wil dat de apotheker die gaat doen, namelijk het meer zorgverlener zijn, op hetzelfde vlak zitten. Daarmee haal je langzamerhand de apotheekzorg uit het eigen risico, en daarvan ben ik geen voorstander. Ik wil dat we juist enorme stappen zetten op het vlak van therapietrouw en de medicatie-apk. Om dat allemaal uit het eigen

risico te halen, vind ik niet heel erg in het systeem passen en niet wenselijk.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De Minister haalde zelf een onderzoek aan over het belang van therapietrouw. Zij geeft aan dat de apotheker daarin een belangrijke rol kan spelen. We vinden het belangrijk dat mensen gebruikmaken van huisartsenzorg en daarom zit die niet in het eigen risico. Je zou hier dezelfde redentatie op kunnen toepassen. Ik heb gevraagd of de Minister bereid is om dit aan de orde te stellen in het bestuurlijk overleg. Is zij bereid om de uitkomsten van dat overleg te rapporteren aan de Kamer?

Minister **Schippers**: Om met dat laatste te beginnen, het bestuurlijk overleg is een regulier overleg waarin ook allerlei knelpunten besproken worden. Het lijkt mij een enorm gedoe om te beginnen aan verslagen van de vergaderingen, maar ik kan best weleens een update geven van wat er zoal in zo'n bestuurlijk overleg is besproken. Het lijkt mij prima als we een paar van zulke overleggen doen en ik de Kamer daarna ervan op de hoogte stel. Het is niet zo dat belangrijke zorg of preventieve zorg altijd buiten het eigen risico vallen. In de hele gezondheidszorg valt heel belangrijke zorg onder het eigen risico, net als heel belangrijke preventieve handelingen. Ik zou dat hierbij niet als argument willen gebruiken. We zijn op zoek naar nieuwe antibiotica waarvoor geen resistentie bestaat. Het doel daarvan is om die op de plank te laten liggen of zo min mogelijk voor te schrijven. Dat is geen businessmodel waar veel ondernemers enthousiast van worden, want die stoppen heel veel geld in R&D terwijl ze vervolgens niks verkopen. Dat model functioneert niet. Dat is niet alleen voor Nederland een zorg, maar ook internationaal. Wij spreken elkaar daar veel over. Vorige week ben ik naar de Verenigde Staten geweest. Toen is daar uitgebreider over gesproken. Toen we in juni hier een conferentie over antibioticaresistentie hadden, hebben we ook daarover gesproken. Ik heb een werkgroep bij elkaar geroepen van allerlei deskundigen vanuit de industrie, de kennisinstituten en de universiteiten om na te gaan of er alternatieve businessmodellen mogelijk zijn. Ik wil niet dat Nederland alleen het wiel uitvindt, want ik weet dat men in het Verenigd Koninkrijk ook alternatieven aan het bedenken is, net als in de Verenigde Staten en Europa. Ik wil bekijken wat er allemaal gebeurt en waar lacunes zitten. Ik ga na waar wij een bijdrage kunnen leveren, bijvoorbeeld omdat we in Nederland een universiteit met heel specifieke kennis hebben of omdat we ergens heel goed in zijn. Wij gaan niet kijken waar we dingen dubbel kunnen doen, maar wel waar we extra dingen kunnen doen. Ik ben daar erg gemotiveerd voor, want zoals bekend maak ik mij grote zorgen over resistentie. Ik denk dat we ons allemaal daar grote zorgen over zouden moeten maken. Alleen mensen die ermee te maken hebben gehad, bijvoorbeeld omdat een van hun familieleden ineens in het ziekenhuis lag met een blaasontsteking of een heel simpele infectie en er na zes antibioticakuren gelukkig nog één laatste antibioticum was dat werkte, zien pas de ernst van de situatie in. Ik ben zeer gemotiveerd om daar met elkaar de oplossing voor te vinden. We hebben alle krachten nodig, publiek en privaat, om hier iets voor te vinden en om er een beetje tempo in te krijgen.

De heer **Rutte** (VVD): Alle lof voor de inzet van de Minister op dit punt, maar heeft zij enig idee over een tijdspad van wanneer oplossingen in zicht komen? Dit is een inventariserende fase en er wordt nagedacht, maar dit probleem is ernstig en gaat niet zomaar weg. Weten we wanneer we echt kunnen gaan bouwen aan een oplossing? Is er al iets in zicht?

Minister **Schippers**: Nee, ik heb zelf nog geen oplossing. De WHO is ermee bezig. Iedereen is ermee bezig, maar er is nog geen oplossing. Wij

maken een plan. We gaan eerst inventariseren wat er al is, wat er ontbreekt en wat wij zouden kunnen doen. Ik spreek met de Kamer af dat als we daar wat van hebben, ik dat naar de Kamer stuur zodat zij kan meekijken. Ik heb geen idee hoe snel we hierin vooruit zullen gaan. Het liefst zou ik zeggen dat we het dit jaar hebben. Ik kan toezeggen dat ik erover rapporteer als we wat verder zijn en we wat meer contouren hebben van wat Nederland zou kunnen bijdragen aan dit probleem, nog even afgezien van het feit dat ik al heb aangekondigd dat dit voor ons voorzitterschap een belangrijk agendapunt is voor de Europese Unie.

De heer **Rutte** (VVD): Dit zijn allemaal heel goede initiatieven, waarbij vooral wordt gekeken naar de publieke kant van de zaak. Wordt ook de farmaceutische industrie op dit thema voldoende op haar eigen verantwoordelijkheid aangesproken? Er is misschien geen verdienmodel, maar er ligt wel een soort publieke verantwoordelijkheid bij deze industrie. Wordt dat aspect nadrukkelijk meegenomen?

Minister **Schippers**: Dat gebeurt. We zien dat de industrie een groot deel van het voorgestelde onderzoek financiert dat vanuit de Europese Unie wordt gedaan. Zij draagt daadwerkelijk met financiën bij om te kijken of oplossingen nodig zijn. Dat vind ik maatschappelijk ondernemen. Het is te prijzen dat zij dat doet. Ik vind het ook nodig, want ik denk dat we met elkaar de handen ineen moeten slaan om hier iets op te vinden. Velen hebben gesproken over belangrijke aspecten van de ontwikkeling van geneesmiddelen. Het gaat daarbij om kleinere doelgroepen en veel meer personalized medicatie. Mevrouw Klever stelde nog een heel belangrijk aspect aan de orde, namelijk de diagnostiek, die vaak onderbelicht is. Als je van tevoren kunt zien en testen of iets wel of niet werkt bij iemand, scheelt dat enorm. Ook daarvoor moeten we veel aandacht hebben. Het is een breed palet waarin iedereen zijn verantwoordelijkheid moet nemen: behandelaars, patiënten, zorgverzekeraars, farmaceutische industrie, diagnostische industrie. Het gaat om gepast gebruik, het gaat om het tegengaan van verspilling en het gaat om prijzen, die reëel moeten zijn en waarin maatschappelijke verantwoordelijkheid door moet klinken. Een aantal leden hebben vragen gesteld over Tecfidera. Dat is een – ik ga net als mevrouw Leijten mijn best doen – dimethylfumaraat, dat nu door apothekers zelf wordt bereid, een zogenaamde magistrale bereiding. Het middel kost € 0,30 per pil als de apotheker hem zelf maakt. Het middel wordt dan gebruikt voor onder meer psoriasis en MS. Het was niet geregistreerd voor welke indicatie dan ook en werd door de apotheker zelf bereid. Biogen Idec heeft onlangs de werkzame stof geregistreerd voor de behandeling van MS. De prijs die het bedrijf vraagt, is vele malen hoger dan het magistrale product. De verhouding is ongeveer € 1.000 tot meer dan € 13.000 per jaar. Hoe kan dat? Biogen Idec heeft een marktvergunning voor dit middel gekregen. De fabrikant kan dan een prijs stellen. De Europese hoofdregel is dat geneesmiddelen geregistreerd worden, maar een apotheker mag altijd zelf bereiden. Dat mag ook volgens de wet. Magistraal geneesmiddelen bereiden mag de apotheker doen voor zijn eigen patiënten. Doet hij dat voor meer patiënten en levert hij dat door, dan wordt hij Europees als fabriekje gezien. Dat mag niet. Deze situatie staat ook beschreven in een circulaire van de inspectie, die daarop handhaaft. Kwaliteit is belangrijk, dus registratie van geneesmiddelen moet zeker worden gestimuleerd, maar betaalbaarheid is ook belangrijk. Het is op zich logisch dat patiënten zo veel mogelijk met geregistreerde geneesmiddelen worden behandeld, maar het prijsverschil tussen de magistraal bereide pil en het geregistreerde geneesmiddel vind ik echt onmaatschappelijk groot. Ik vind het van belang dat de fabrikant zelf zijn verantwoordelijkheid hierin neemt. Het kan niet zo zijn dat fabrikanten onwenselijk hoge prijzen vragen. Zij moeten ook inzien dat het verschil tussen de productiekosten en de vraagprijs te groot is. Natuurlijk ga ik de

fabrikant daarop aanspreken. Zoals zo vaak het geval is bij geneesmiddelen, gaat het om Europese regelgeving. Mevrouw Bruins Slot vroeg of hier meer voorbeelden van zijn. Dat wil ik ook wel weten. Ik heb daarom gevraagd om dat na te gaan. De koninklijke weg om hier iets aan te veranderen, loopt via de Europese Unie. Ik zal er volop op inzetten om dat te veranderen, maar ik weet uit ervaring dat dit enige tijd duurt. In de tussentijd zal ik de fabrikant hierop aanspreken, maar ga ik ook met zorgverzekeraars en de inspectie in gesprek om te bezien of er andere oplossingen zijn. Voordat we de Europese regelgeving naar onze zin hebben aangepast, zou ik wel een oplossing hiervoor willen hebben.

Mevrouw **Leijten** (SP): De neuroloog die dit bij ons aanhangig heeft gemaakt, vraagt of het niet goed zou zijn als neurologen in Nederland gewoon dimethylfumaraat mogen voorschrijven. Dat is dus de grondstof, en niet de merknaam. Als het antwoord vandaag daarop ja is, zijn we er al. Dan betekent dit dat het andere middel, Psorinovo, als zodanig mag worden voorgeschreven. Dan zijn we eruit. Als dat een aanpassing vergt van een richtlijn of wat dan ook, vraag ik de Minister om dit zo snel mogelijk te regelen met Zorginstituut Nederland.

Minister **Schippers**: De neuroloog kan al op stofnaam voorschrijven; dat is het probleem niet. Het probleem is waar hij dat gaat kopen. Hij kan dat kopen bij een apotheek die dat zelf bereidt, maar die apotheek mag dat niet bereiden voor een heleboel patiënten en het doorverhandelen. Dat staat nu juist in de Europese regelgeving en de inspectiecirculaire. De neuroloog kan dus al op stofnaam voorschrijven. Ik zie het probleem net zoals u dat ziet. Ik zie dat het Europese aspecten heeft, aspecten voor de inspectie, aspecten voor de fabrikant en aspecten voor de zorgverzekeraars. Ik wil iedereen om tafel hebben om na te gaan hoe we dit kunnen oplossen, want dat wil ik net zo goed als u.

Mevrouw **Leijten** (SP): Omdat de vergoedingen van MS moeten lopen via Tecfidera, is het dus moeilijk om een ander middel voor te schrijven, ook al heeft het dezelfde grondstof en is het veel goedkoper. Als het geen probleem is op dit moment, dan kan ik mij niet voorstellen dat neurologen, die dit prijsverschil zien, het niet al gewoon doen. Er zit dus een probleem. Ik wil dat dit opgelost wordt. Ik zie dat ook de Minister wil dat het opgelost wordt. Kan zij binnen een week op papier aan de Kamer laten weten hoe het opgelost wordt? Dan is het voor alle neurologen in Nederland duidelijk dat zij dimethylfumaraat voor mogen schrijven en is er geen misverstand meer over het dure middel Tecfidera.

Minister **Schippers**: Als ik een oplossing heb, kan ik die communiceren, maar ik moet eerst een oplossing hebben. Ik had bedacht dat een apotheker het middel dan gewoon voor meerdere patiënten maakt, maar daartoe kan ik niet oproepen omdat dit niet conform de wijze is waarop we dit wettelijk geregeld hebben. Als Minister word je dan niet geacht om dat soort oproepen te doen. We moeten wel nagaan hoe we een oplossing kunnen verzinnen met elkaar. Ik ben daar zeer gemotiveerd voor, maar ik kan vooraf niet zeggen waar die oplossing nu zit, want anders had ik die al gehad en had ik die al voorgesteld. Ik zeg toe dat ik het niet zal vertragen, maar dat ik er behoorlijke spoed achter zal zetten om te kijken hoe we hier een oplossing voor kunnen verzinnen. Hoe snel dat gaat, kan ik vooraf niet melden.

De heer **Kuzu** (PvdA): Het is fijn dat de Minister en ik het eens zijn over deze boevenpraktijk van Biogen Idec. Het is ook fijn om van haar te horen dat zij hier actie op gaat ondernemen. Ik draag daarvoor een suggestie aan. Zorginstituut Nederland kijkt naar de kostenefficiëntie. Zouden we

het medicijn Tecfidera niet kunnen laten herbeoordelen door Zorginstituut Nederland?

Minister **Schippers**: Ik zou zeggen: kom met iedere suggestie naar ons toe. Wij nemen alles mee en kijken waar we een oplossing kunnen vinden.

De heer **Kuzu** (PvdA): Dat is prima. Een punt van orde, voorzitter. Ik zou graag willen dat dit niet wordt meegerekend in de turven die u zet voor de interrupties. We hebben één keer per jaar een algemeen overleg over geneesmiddelenbeleid. Ik zou willen dat u daar wat soepeler mee omgaat.

De **voorzitter**: Het was uw tweede interruptie. We gaan verder met de beantwoording van de Minister en we zien wel hoe we daar flexibel mee omgaan. Suggesties zijn welkom; die oproep heeft de Minister gedaan.

Minister **Schippers**: De heer Kuzu vroeg waar de proefberekening blijft. Die is openbaar en staat ook op de site. We hadden hem ook bij ons. Ik heb de proefberekening aan de griffier gegeven. Hij kan zo voor u een kopietje draaien. Pardon, ik bedoel natuurlijk de opdrachtformulering. De proefberekening zal in december beschikbaar zijn. De opdrachtformulering is op verzoek van de Kamer afgestemd met zorgverzekeraars. Het bestek van de aanbesteding is op 21 januari 2014 gepubliceerd in de Staatscourant en op TenderNed.

Een transparantieregister moet transparantie bieden. Als de Kamer zegt dat het nog niet voldoende transparant is en dat iedereen die zich erin verdiept tegen dit soort dingen aanloopt, ben ik zeer bereid om te bekijken hoe het transparanter kan. We zien dat ook bij het BIG-register, waarbij je vaak een nummer nodig hebt. Het transparantieregister bestaat nog niet zo lang. Wij zijn de enige lidstaat die zo'n register hebben. Dat wil niet zeggen dat we tevreden achterover kunnen leunen nu we dat hebben. Er moet gewerkt worden aan een betere toegankelijkheid door de stichting Transparantieregister Zorg. Ik zal informeren of de evaluatie in december naar de Kamer kan. Dan kunnen we er met elkaar naar kijken.

De heer **Kuzu** (PvdA): Mag ik dat noteren als toezegging?

De **voorzitter**: De toezeggingen worden aan het einde van dit debat opgesomd.

Minister **Schippers**: Het BIG-nummer, waar het nu mee gaat, is niet heel transparant. We willen het wel veel actiever gaan invoeren omdat heel veel dingen op BIG-nummer gaan. U kunt het als een toezegging zien – ik ga echter helemaal niet over de orde – dat ik in december met de evaluatie naar de Kamer kom als dat kan.

In de werkgroep geneesmiddelen tekorten spreek ik de sector aan op zijn verantwoordelijkheid en wordt gezocht naar oplossingen. Dit dossier speelt al jaren. We zien al jaren dat het gebeurt. Dat kan soms door heel plastische dingen komen, bijvoorbeeld omdat een fabriek geen grondstoffen heeft, of omdat iets kapot gaat waardoor de productie wordt stilgelegd. Er kunnen allerlei oorzaken over de hele wereld zijn. De geneesmiddelen gaan de grenzen over, waardoor wat elders gebeurt, een enorme impact heeft op wat in Nederland voorradig is. Daarom is het heel moeilijk om vanuit Nederland ervoor te zorgen dat de tekorten op te heffen zijn. Als ik zeg dat het een internationaal probleem is, is dat geen afschuiven. Als er een fabriek in India staat die niet voldoet aan bepaalde eisen en daarom dichtgaat, hebben we dus een punt met elkaar. We kunnen wel alle lijnen heel kort houden. Dat hebben we gedaan door die werkgroep op te richten. Daarin bekijken we wat we maximaal kunnen doen, ook om op Europees niveau aandacht te vragen. Als toezegging kan worden genoteerd dat ik binnen Europa aandacht zal vragen voor de

vraag of we dit niet nog slimmer kunnen doen. We moeten in elk geval de vermijdbare tekorten voorkomen.

Mevrouw Bruins Slot deed in dat kader naar analogie van Defensie de suggestie om een lijst op te stellen met kritieke geneesmiddelen. Bij Defensie is dat echter iets makkelijker. Daar gaat een bepaalde populatie ergens heen. Een heleboel medicijnen, bijvoorbeeld dure oncologische medicijnen, zijn al heel snel heel kritiek omdat er geen alternatief voor is. Ik denk dat het heel moeilijk is. Ik wil er wel naar kijken en zal dat zeker doen. Dat is een toezegging. Ik zal daarover aan de Kamer rapporteren.

De **voorzitter**: Even voor de orde van de vergadering, de toezeggingen worden aan het einde van de vergadering opgesomd. Het verslag is leidend daarin, dus daar verwijs ik altijd naar. We hoeven het debat aan het eind van dit algemeen overleg niet over te doen.

Minister **Schippers**: Ik had dat niet moeten zeggen. Ik wil hier wel naar kijken, maar mijn verwachtingen zijn iets lager dan die van mevrouw Bruins Slot. Ik denk dat het vrij complex zal zijn in de uitvoering. We zullen ernaar kijken en zullen het ook aan de orde stellen in de werkgroep, zodat die er ook naar kan kijken. Daarna kom ik erop terug.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik wil de Minister danken voor deze toezegging. Ik ben het met haar eens dat dit niet makkelijk zal zijn, maar het is goed dat dit onderwerp in de werkgroep besproken wordt. In het rapport van Berenschot zijn wel een aantal geneesmiddelen naar voren gekomen waarbij tekorten zijn geweest die direct gezondheidsschade tot gevolg hadden. Ziet de Minister ook dat dit soort informatie als uitgangspunt gebruikt kan worden om te bekijken welke middelen op de lijst met kritieke geneesmiddelen moeten komen te staan?

Minister **Schippers**: Zeker.

Een aantal leden hebben vragen gesteld over de geneesmiddelenportefeuille bij de Europese Commissie: wat vind ik ervan dat die onder de portefeuille industrie valt en niet zozeer onder die van volksgezondheid? Voor 2010 viel de portefeuille markttoelating, kwaliteit en veiligheid van hulp- en geneesmiddelen ook onder het directoraat interne markt. Ik ben neutraal in deze overgang. We moeten ervoor waken dat industriebelegingen geen oneigenlijke invloed krijgen op het kwaliteits- en veiligheidsbelang. Daarvoor moeten we waken. Hetzelfde geldt voor de portefeuille voedselveiligheid, die bij EZ zit. Is voedselveiligheid dan nog wel een leidend begrip? Ja, in mijn ogen wel, omdat de Staatssecretaris dat ook als leidend begrip hanteert. Zo moet ook dit directoraat-generaal interne markt wat mij betreft als leidend begrip krijgen dat je kwaliteit en veiligheid vooropstelt. Het beleid rond kwaliteit en veiligheid van geneesmiddelen moet dus gewaarborgd blijven. We hebben daar wet- en regelgeving voor in Europa. Ik ben er neutraal in omdat ik aan de ene kant begrijp en zie dat het onderdeel is van volksgezondheidsbeleid op allerlei terreinen zoals we dat voeren en aan de andere kant zie ik dat met name op het terrein van medische hulpmiddelen de nieuwe portefeuilledeling positief kan uitpakken omdat er meer oog zal zijn voor innovatie en flexibiliteit. Ik weet dat de lidstaten hierover verdeeld zijn. Een aantal landen hebben behoefte aan opheldering. Ik ga er persoonlijk niet over. De Europese Commissie is zelf verantwoordelijk voor de portefeuilledeling over de verschillende directoraten-generaal. De Commissie zal binnenkort aan het Europees parlement haar overwegingen voor een nieuwe verdeling toelichten.

De **voorzitter**: Mijnheer Kuzu, u was al met uw tweede interruptie begonnen, dus graag een korte vraag.

De heer **Kuzu** (PvdA): Dan heb ik een punt van orde. Aangezien de Minister neutraal is op dit punt en wij het belangrijk vinden om een visie van Nederland hierop neer te leggen bij de Europese Commissie, wil ik een VAO aanvragen.

De **voorzitter**: Waarvan akte.

Minister **Schippers**: Dat verbaast mij niet. Ik zal het oordeel hierover aan de Kamer laten, gezien mijn neutraliteit op dit terrein.

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten heeft een feitelijke vraag. Even kort, want dit gaat af van de tweede termijn. Ik kijk van lieverlee richting de klok.

Mevrouw **Leijten** (SP): Een Kamermeerderheid tekent zich af voor de voorkeur om het bij het geneesmiddelencommissariaat te houden. We kunnen er een VAO voor houden, maar de Minister kan ook toezeggen dat zij dat wil uitdragen. Is zij bereid om dat gewoon te doen? Je kunt hier koppen tellen en gewoon zien dat een meerderheid de Minister oproept om niet mee te gaan in het voorstel van de heer Juncker.

Minister **Schippers**: Ik heb zelf niet zo goed geteld. Als in tweede termijn blijkt dat dit het geval is en we daarmee een VAO kunnen voorkomen, kan ik dat doen.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat we dit in tweede termijn even nagaan.

Minister **Schippers**: Ik kom te spreken over mijn inzet op het terrein van geneesmiddelen in aanloop naar en tijdens het EU-voorzitterschap. Ik heb al gezegd wat mijn inzet is op het terrein van de antibioticaresistentie en het bijbehorende businessmodel. De contouren van de inzet op het vlak van de geneesmiddelen moet ik nog schetsen. Ik heb geleerd dat het goed is als je met de inkomende en de uitgaande voorzitter afstemt of je dingen gezamenlijk kunt doen zodat je meer impact hebt omdat je elkaar een beetje opvolgt in plaats van dat je even een halfjaar ertussendoor komt fietsen. Ik moet dat nog bespreken. Wij moeten sowieso nog onze prioriteiten aangeven als kabinet. Ik heb gezegd dat ik de ambitie heb om dit erop te zetten, maar het is nog geen kabinetsbesluit. We moeten goed de regelgeving doorlichten om na te gaan wat nuttig is om met elkaar te doen en wat niet, wat innovatie belemmert en niks toevoegt aan de veiligheid en waar hiaten zitten ten aanzien van de veiligheid. Het is allemaal «stapel, stapel, stapel» en een grote wirwar geworden. Mijn ambitie is om daar flink naar te kijken. Maar goed, ik kan het nog niet zwart-op-wit geven; daarover zullen we nog even moeten onderhandelen. De Kamer weet dan wel wat mijn persoonlijke inzet zal zijn.

Op 5 juli 2013 heb ik de Kamer een brief gestuurd over vervalsingen. De activiteiten voor de komende tijd heb ik daarin benoemd. VWS speelt een faciliterende rol door bijeenkomsten over vervalsingen te organiseren. Ik verwacht daarin actieve participatie van veldpartijen. De website internetpillen.nl wordt gehandhaafd. Eind 2014 vindt een bewustwordingsbijeenkomst plaats voor professionals. In 2015 komt er een vervolgcampagne die gericht is op gebruikers die via internet geneesmiddelen bestellen. Met betrokken partijen wordt bekeken hoe we binnen de bestaande organisatiestructuren de verbindingen kunnen versterken zodat we de beschikbare informatie over meldingen beter kunnen bundelen en de transparantie over voorvallen met vervalsingen kunnen verbeteren om het bewustzijn te vergroten en daarmee gezondheidsschade te voorkomen. Het verbieden van internetverkoop zie ik niet als oplossing voor het vervalsingsprobleem omdat verkoop door onbevoegden al strafbaar is, al dan niet via internet.

Een van de oplossingen voor de vervalsingen is de uniforme barcodering. Daarover hebben we al verschillende malen gesproken in de Kamer. Op 4 juli hebben we daar een constructieve bijeenkomst over gehad met allerlei veldpartijen. Afsproken is om in twee werkgroepen – de geneesmiddelen in de ene werkgroep en de medische hulpmiddelen in de andere – de afspraken uit te werken, vooruitlopend op de EU-regelgeving. Die hebben we namelijk nog niet. Die laat wat ons betreft te lang op zich wachten. Wij gaan alvast aan de slag, om het huiselijk te zeggen. Het is niet genoeg om een uniforme barcodering op het product aan te brengen. Het hele logistieke proces, bijvoorbeeld in het ziekenhuis, moet worden meegenomen in dat kader. Het streven is om deze afspraken met het veld eind 2014 klaar te hebben. Aan het eind van het jaar informeer ik de Tweede Kamer over de resultaten daarvan. We zijn bezig met de nadere uitwerking van de implementatie van de richtlijn vervalsingen, inclusief de gedelegeerde handelingen en uitvoeringshandelingen. In 2016 komt een vervolgonderzoek naar de omvang van de schade. Wij doen mee aan de Pangea-actie door douane, Interpol en de inspectie. De inspectie en de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit zullen de komende periode hun optreden tegen ongeregistreerde en gevaarlijke geneesmiddelen voortzetten.

Er is gevraagd of er een vast meldpunt voor vervalste geneesmiddelen moet komen bij Lareb. Instanties werken beter samen. Lareb is daarbij betrokken. Een apart meldpunt is niet nodig omdat er een plan van aanpak komt om alle meldingen goed te stroomlijnen. Ik zou zeggen: wacht even op dat plan van aanpak, zo kan de Kamer meekijken. Volgende week zal ik de Kamer een brief sturen waarin ik uiteenzet wat mijn visie is op onafhankelijke informatievoorziening. Daarin ga ik ook in op de toekomst van het Geneesmiddelenbulletin, dat deel uitmaakt van een groter geheel aan voorzieningen op het gebied van objectieve farmacotherapeutische informatieverstrekking, die via de subsidie van VWS mogelijk wordt gemaakt. Met de ondersteuning door VWS ondersteunen wij het belang van beschikbaarheid en toegankelijkheid van deze informatie. Als je subsidie geeft, moet je ook nagaan of de financiële ondersteuning op juiste wijze besteed en verantwoord wordt. Vanuit die verantwoordelijkheid evalueren wij op gezette tijden de subsidierelaties ter ondersteuning van het beleid. Dat is nu ook aan de orde.

De heer Krol heeft veel vragen gesteld over een medicatie-apk. Het is juist dat in geneesmiddelenonderzoeken ouderen, maar ook vrouwen en kinderen ondervertegenwoordigd zijn. Het is des te belangrijker om mogelijke bijwerkingen van geneesmiddelen in de praktijk goed te registreren. Als er bijwerkingen zijn, moeten patiënten én artsen die bij Lareb melden. Bij Lareb hebben we een punt waar we dat allemaal bij elkaar brengen. Lareb kan dan ook signaleren of er onverhoeds pieken zijn bij bepaalde geneesmiddelen. Vervolgens kan er actie worden ondernomen. Onderzoek naar specifieke effecten van geneesmiddelen bij bepaalde doelgroepen in de praktijk kan ook plaatsvinden in het kader van goed gebruik van geneesmiddelen.

De heer Krol voerde een onderzoek aan van de KNMP naar medicatiebeoordeling ten aanzien van ouderen. Wij weten niet precies op welk onderzoek hij doelt. Misschien kan hij dat geven zodat wij er op kunnen ingaan.

De heer **Krol** (50PLUS/Baay-Timmerman): Ik zal dat toesturen. Ik zou het op prijs stellen als de Minister erover zou willen nadenken om bij vijf verschillende geneesmiddelen standaard die beoordeling te laten plaatsvinden.

Minister **Schippers**: Ik ben nog lang niet klaar. We hebben richtlijnen waarin dat staat, maar we weten hoe lastig het is om die in de praktijk toe passen. De richtlijn Polyfarmacie bij ouderen is aan herziening toe.

Partijen hebben zelf het initiatief genomen om de richtlijn aan te passen. Ze maken op dit moment afspraken welke patiënten een medicatiebeoordeling nodig hebben. In de tussentijd, totdat de aanpassing van de richtlijn is gerealiseerd, zullen artsen en apothekers voornoemde afspraken gebruiken om te beoordelen of een patiënt een medicatiebeoordeling nodig heeft. Het gaat om patiënten die het meeste baat hebben bij medicatiebeoordeling. Het is de bedoeling dat medicatieproblemen veel eerder worden afgevangen, bijvoorbeeld door gebruik van medisch farmaceutische beslisregels, om fouten te voorkomen en die niet pas achteraf te herstellen door een medicatiebeoordeling. Dat is nog belangrijker.

Unie KBO en NPCF hebben in een brief gevraagd om een grotere rol van patiënten bij de medicatiebeoordeling. NPCF en Unie KBO zullen patiënten hierbij ondersteunen. Het gaat om de patiënt bij een medicatiebeoordeling. Een juiste medicatiebeoordeling kan alleen worden uitgevoerd met betrokkenheid van en een gesprek met de patiënt; laten we dat helder stellen. Partijen maken op dit moment onder leiding van de inspectie afspraken over welke patiënten in ieder geval een medicatiebeoordeling nodig hebben in verband met capaciteitsproblemen en gewijzigde inzichten met betrekking tot wie dat nodig heeft. In de tussentijd, totdat de aanpassing van de richtlijn is gerealiseerd, zullen artsen en apothekers voornoemde afspraken gebruiken om te beoordelen of een patiënt een medicatiebeoordeling nodig heeft. Het gaat alleen om patiënten die daarbij het meeste baat hebben.

Afspraken over shared savings maken tussen bijvoorbeeld zorgaanbieders en zorgverzekeraars is een aangelegenheid van deze twee partijen onderling. De zorgverzekeraars zijn aanwezig bij de gesprekken die de inspectie leidt over de medicatiebeoordeling. In gezamenlijkheid wordt de richtlijn aangepast en worden de inclusiecriteria vastgesteld. De hele inzet van het proces onder leiding van de inspectie is juist om te bevorderen dat apothekers en huisartsen een maximale inspanning leveren bij patiënten die een medicatiebeoordeling nodig hebben. De inspectie heeft aangegeven dat zij gaat handhaven op de richtlijn; de ouderenrichtlijn werd namelijk veel te weinig gebruikt.

Er is gevraagd of ik in het bestuurlijk overleg met de partijen in de eerste lijn kan komen. De impasse is doorbroken omdat partijen in goed overleg zijn om de medicatiebeoordeling voor patiënten die het nodig hebben, te verbeteren. Patiënten hebben tijdens het bestuurlijk overleg farmacie hun commitment uitgesproken met betrekking tot dit traject. Daar zal ik de partijen aan houden.

Hoe ga ik ervoor zorgen dat alle apothekers aan het einde van het jaar voldoende opgeleid zijn om de medicatiebeoordelingen uit te voeren? In het bestuurlijk overleg farmacie heb ik afgesproken dat het opleiden verzorgd wordt door de beroepsgroep. Veel apothekers zijn al opgeleid. Begin november houd ik opnieuw een bestuurlijk overleg farmacie. Daarin zal ik de beroepsgroep vragen naar de stand van zaken.

Er is gevraagd hoe we onwenselijke interacties tussen geneesmiddelen kunnen ondervangen aangezien er vaak verschillende voorschrijvers zijn. Het is cruciaal dat medicatiegegevens worden uitgewisseld. Op grond van de richtlijn Medicatieoverdracht in de keten is dit verplicht. In het kader van het bestuurlijk overleg farmacie wordt er hard aan gewerkt om deze overdracht te verbeteren.

Ik vind de taak om de bekendheid van de mogelijkheid tot de medicatiebeoordeling bij het publiek te vergroten weggelegd voor het veld. Unie KBO is hiermee bezig, maar ik zal in het bestuurlijk overleg het veld erop aanspreken hoe we dit veel beter voor het voetlicht kunnen krijgen.

Er is gevraagd hoe wij omgaan met lobbyclubs. Bij VWS wordt de deur platgelopen door lobbyclubs, zoals de farmaceutische industrie, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de LHV en Bogin. Op allerlei terreinen hebben mensen belangen. Ambtenaren moeten zo opgeleid zijn

en zo in het leven staan dat ze die belangen tegen elkaar afwegen en in het belang van de patiënt en van goede zorg een besluit nemen. Wij kijken heel erg naar die belangen. Dat kan de Kamer ook zien. Volgens de ramingen had de farmaceutische industrie ongeveer 2 miljard meer moeten verdienen, maar dat heeft zij niet gedaan. Dat is ook het gevolg van het beleid. Het preferentiebeleid heeft enorm veel gedaan voor winsten van fabrikanten. Wij voeren een heel kritisch beleid, een beleid waarmee we willen bereiken dat er niet meer betaald wordt dan nodig is, een faire prijs. Onze ambtenaren zijn zich heel erg bewust van hun positie. Zij zijn ervoor aangenomen om juist alles kritisch tegen elkaar af te wegen. We voeren daar een heel strak beleid op. De Kamer weet dat we sinds 2012 de reis- en verblijfskosten voor eigen rekening nemen en niet laten betalen door de partij die ons uitgenodigd heeft. We voeren daar een heel helder en transparant beleid op binnen VWS.

Ik kom te spreken over PDPs, waarover de Kamer een mail heeft gekregen. PDPs zijn Product Development Partnerships op het terrein van armoedegerelateerde ziekten. Nederland investeert daar al jaren in. Er is gevraagd of ik van plan ben om van die ervaringen te leren voor de ontwikkeling van nieuwe antibiotica en om bij mijn collega van Buitenlandse Zaken aan te dringen op continuering van Nederlandse steun. Het PDP-model is bij ons bekend. Op dit moment onderzoekt de WHO of het mogelijk en nuttig is om een vergelijkbaar initiatief op te richten dat, zoals ik net al zei, gericht is op ontwikkeling van nieuwe antibiotica. Dat is een interessante ontwikkeling. Als we eraan kunnen bijdragen, dan doen wij dat. Wij bekijken nu wat de WHO doet, wat andere landen doen en of daar hiaten in zitten. Afhankelijk van de verdere ontwikkelingen ben ik bereid om de opzet van een dergelijke PDP verder te ondersteunen via het Nederlandse partnershipprogramma met de WHO. Wat de ondersteuning van PDPs op het terrein van armoedegerelateerde ziekten betreft, verwijs ik naar collega Ploumen. Dat is flauw, maar ik vind het heel lastig om over andermans subsidiekader uitspraken te doen. Dat kan ik niet echt doen. Dat zal bij haar aan de orde gesteld moeten worden.

Er is gevraagd of ik bereid ben om streefnormen op te stellen voor opsporing. We weten dat er illegale dingen gebeuren. We hebben al met elkaar gesproken over de vraag hoe groot de omvang van fraude in de gezondheidszorg is. Dat is ontzettend lastig vast te stellen. Hierbij hebben we ook te maken met illegale activiteiten. Het zijn dingen die we niet wensen. We hebben daar allerlei initiatieven op gezet. Een heel belangrijke daarvan is het internetinitiatief. Als je gaat zoeken naar illegale geneesmiddelen, hebben wij een website die doet alsof die middelen daar verkocht worden. Vervolgens poept ineens een waarschuwing op. Daarop krijgen we heel negatieve reacties van mensen die zeggen: waar bemoei je je mee; ik mag toch zelf weten wat ik zoek op internet? Het is niet alleen maar positief, maar ik vind het heel belangrijk dat we die waarschuwing aan mensen geven. Mensen kunnen willens en wetens allerlei vage medicijnen kopen. Ik begrijp het gewoon niet. Je kunt op internet een doosje met blauwe pilletjes bestellen. Je weet bij God niet wat erin zit, maar je slikt het wel. Ik kan daar met mijn hoofd niet bij. We proberen mensen daarop te wijzen met campagnes, zoals de websites. We gaan daar ook mee door, maar het is heel lastig. We zijn bezig om betere samenwerking te organiseren. We werken aan een plan van aanpak. Ik bezie of we daar streefcijfers in op kunnen nemen. Als dat enigszins kan, zal ik dat doen. Het plan van aanpak zal ik aan de Kamer sturen als het klaar is.

Over het verdrag van Medicrime ben ik bespreking met het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Ik zie wel enige progressie op dat vlak. Ik kan nog geen datum noemen, maar ik heb afgelopen maandag de stand van zaken meegedeeld aan de Kamer. We maken wel stappen. Belangrijk is ook dat andere landen dat verdrag ondertekenen. Het heeft helemaal geen zin dat

wij als enige of slechts met een paar andere landen daaronder staan. Het moet echt breed ondertekend worden.

Er is gevraagd hoeveel fte wij voor de opsporing van vervalste geneesmiddelen hebben. De aparte afdeling opsporing is ongeveer 10 fte.

Vervalste geneesmiddelen hebben de volle aandacht van de inspectie.

Er is gesproken over de overheveling; daarbij gaat het om het switchen. Ik meen dat ik een schriftelijk overleg heb gevoerd met de Kamer over de overheveling van medicijnen. Ik vind dat artsen moeten voorschrijven conform de geldende behandelrichtlijnen. Als artsen patiënten omzetten, moet dit met waarborgen omkleed te zijn. Daarnaast dient de arts een gesprek hierover te hebben met de patiënt en hem te monitoren. Op dit moment werkt het veld aan een standpunt over switchen tussen biologische middelen. Kortom, de patiënt moet de middelen krijgen die voor hem nodig zijn.

De daling van de geneesmiddeluitgaven wordt veroorzaakt door meerdere factoren. Ik heb al gezegd dat het ontzettend lastig is om te ramen.

Jarenlang hebben we erboven gezeten en nu zitten we er weer onder en blijkt er weer een correctie te zijn. Iedere keer als we inleveren, bijvoorbeeld deze 2 miljard, is het een structureel bedrag. Dat lever je ook voor volgende jaar en het jaar daarop in. Er is dan sprake van een structurele daling van het kader. Het is ook heel lastig in te schatten. Je moet rekening houden met patenten en nieuwe geneesmiddelen die op de markt komen. We hebben gezien dat het preferentiebeleid, de Wet geneesmiddelenprijzen en het uit patent lopen van geneesmiddelen belangrijke factoren zijn waardoor de uitgaven lager zijn geworden. Ook is er een lagere groei van het geneesmiddelengebruik dan mocht worden verwacht. Verzekeraars hebben bovendien lagere prijzen dan verwacht afgesproken voor dienstverlening van apothekers en geneesmiddelen. Ik ben het mevrouw Klever eens dat de diagnostische testen kunnen bijdragen aan de betaalbaarheid. Ik kan niet inschatten hoe hoge vlucht dat gaat nemen. Ik ben bij bedrijven geweest die deze testen in de VS ontwikkelen voor heel dure geneesmiddelen. Ik denk dat daar heel veel potentie in kan zitten omdat je een behandeling niet start. Het gaat niet alleen om geld. Een behandeling starten die niet werkt is voor een patiënt natuurlijk heel vervelend en kan nare bijwerkingen hebben waarop je niet zit te wachten. Het gaat erom dat het juiste middel bij de juiste patiënt komt. Die ontwikkeling juich ik zeker toe. Ik vertrouw niet alleen op deze ontwikkeling. Zij is onderdeel van een breed palet, zoals een goede beoordeling door Zorginstituut Nederland, dat zich ook moet aanpassen aan ontwikkelingen in die markt. Verder gaat het om goede richtlijnen door de beroepsgroep. Die zijn ontzettend belangrijk. Daarnaast gaat het om gepast gebruik, om aanvullend onderzoek naar verbeterde toepassing en waar nodig om financiële arrangementen. Binnenkort krijg ik KWF op bezoek naar aanleiding van een rapport, want iedereen die een voorstel doet dat maatschappelijk bijdraagt, nodig ik uit om er verder over te praten. Dat zal ik in dit geval ook doen.

Ik ben het met de heer Rutte eens dat we eerst moeten kijken waar er lucht in een systeem zit voordat we met prijsplafonds gaan werken. Ik weet niet of we dat in the end altijd kunnen voorkomen. Eigenlijk doen we het in die zin al een beetje dat een geneesmiddel dat in het pakket zit, kosteneffectief moet zijn. Als het dat niet is, komt het niet in het pakket. Daarmee heb je al gezegd dat de therapeutische meerwaarde en de kosteneffectiviteit dusdanig moeten zijn dat het ook nuttig is om het op te nemen in het pakket. Het is niet zo dat wij alles maar blind in het pakket trekken. Dat is niet het geval; prijs speelt wel degelijk een rol. Met de Kamer ben ik voorzichtig om een discussie aan te gaan over de vraag wat een mensenleven waard is, waarbij we er zomaar een bedrag aan koppelen, en dat is het. Dat is veel te zwart-wit. De ene patiënt is de andere niet. Ik denk dat we dit veel genuanceerder moeten doen. Daar vinden we elkaar wel in.

Mevrouw Klever vroeg of er een reden is dat in Nederland minder innovatieve middelen worden voorgeschreven. Wij herkennen de stelling niet, maar misschien heeft mevrouw Klever gegevens die wij niet hebben. Het is altijd aardig om die te bekijken. Producten met een meerwaarde boven op de beschikbare middelen, worden door het Zorginstituut in het pakket opgenomen als ze kosteneffectief zijn en worden dus vergoed. Behandelaars bepalen de plaats in de behandeling. Zij bepalen wanneer een product wordt vergoed. Ik denk dat die combinatie een goede is. Immers, enerzijds moeten we een drempel hebben en anderzijds moeten we naar gepast gebruikt streven. De vergelijking tussen landen is soms moeilijk te maken door de verschillende behandelingen per land. Wat in het ene land een innovatie is, kan in een ander land weinig toevoegen, en andersom. Het kan zijn dat wij gegevens niet hebben. Als mevrouw Klever een artikel daarover heeft, is het aardig als wij daar ook eens naar kunnen kijken.

Mevrouw **Klever** (PVV): Misschien is het handig dat ik zeg waar ik het vandaan heb, zodat de Minister er ook eens naar kan kijken. Het betreft een staatje van IMS Health van juni 2013.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat u dit via de griffier aan de Minister doet toekomen. Dan brengen we het onder de aandacht van de Minister.

Minister **Schippers**: Er is gevraagd of prijsarrangementen een escape vormen voor fabrikanten die de meerwaarde van hun producten niet goed aantonen. Nee, fabrikanten moeten de therapeutische meerwaarde sowieso aantonen voordat het middel in het pakket komt. Als er een therapeutische minderwaarde is, komt het sowieso niet in het pakket. Dan sluiten we er ook geen prijsarrangement voor, want het moet echt een therapeutische meerwaarde hebben. Pas als het meerwaarde heeft én hoge kosten, kan zo'n middel in aanmerking komen voor een arrangement.

Er is gesproken over de gezamenlijke inkoop door Achmea. Er is gevraagd hoe het met de kwaliteit zit, wat de inkoop voor patiënten betekent en of die iets betekent voor de premie. De gezamenlijke inkoop van Achmea en ziekenhuizen beperkt zich vooralsnog tot de TNF-alfaremmers. De kwaliteit van de geneesmiddelen is gewaarborgd via de toelatings- en fabricage-eisen. Achmea en de ziekenhuizen hebben afgesproken de voordelen te delen: een derde voor de patiënt in de premie, een derde voor de ziekenhuizen en een derde voor een innovatiefonds. Ik vind zulke arrangementen niet verkeerd. Ik denk dat iedereen daar wel wat mee opschiet, behalve degene die het verkoopt.

Hoe gaan we om met de discussie over nieuwe dure geneesmiddelen en het beschikbaar houden daarvan? Ik heb daar al een beetje een voorschot op genomen. Het is niet zo dat ik niet verder kijk dan vandaag. Ik wil wel verder kijken en het gesprek aangaan. Ik ga het gesprek aan met KWF en met individuele onderzoekers. We moeten het gesprek alleen niet zwart-wit voeren. Kwaliteit van leven ontbreekt altijd in die discussie en voor je weet, is het een heel platgeslagen discussie terwijl het een genuanceerde discussie is. We hebben er nog geen klip-en-klare oplossingen voor.

Hoe krijgen we het voor elkaar dat de prijs omlaag gaat bij vergroting van de indicatiegebieden? Bij een nieuwe indicatie neem ik weer een nieuw vergoedingsbesluit over die indicatie. Als het een gewoon geneesmiddel is, moet dat eerst uitonderhandeld worden door een zorgverzekeraar of door een ziekenhuis, afhankelijk van of het extra- of intramuraal is. Dat is de geëigende weg in ons systeem. De verzekeraar ziet natuurlijk ook dat er een klein groepje patiënten is en dat er een argumentatie is voor een bepaalde prijs is of niet. Als dat niet het geval is en het een heel bijzonder

geneesmiddel betreft, dan hebben we een prijsarrangement als er een therapeutische meerwaarde is. Dan kan ik daarop inzetten.

De heer **Rutte** (VVD): Met mevrouw Bruins Slot en mevrouw Leijten ben ik in het LUMC geweest. Daar werd specifiek over deze casus gesproken. Het ging om een middel tegen melanoom, een heel klein indicatiegebied, dat waarschijnlijk binnenkort ook beschikbaar komt bij longkanker. Dan is er opeens een heel groot indicatiegebied. De grote zorg leeft dat men op dat moment onvoldoende in staat is om van dat middel de prijs voldoende omlaag te brengen. Welk scenario zou hierbij passen? Welke middelen kunnen worden ingezet om te voorkomen dat de hoge prijs van de melanoomindicatie een-op-een wordt geplakt op de longkankerindicatie?

Minister **Schippers**: Ik weet niet welk middel het is; dat kan ik zo niet beoordelen. Als het een middel is met alternatieven, dan is het een zaak van ziekenhuizen en zorgverzekeraars om daarover te onderhandelen. Als het een heel bijzonder middel is met een therapeutische meerwaarde waarvoor geen alternatieven zijn en waarop een hoog kostenbeslag ligt, dan gaan wij na of het nuttig is om daar een prijsarrangement op te sluiten. Als het aan alle voorwaarden voldoet – we doen het maar met een paar middelen; op dit moment betreft het acht arrangementen – zouden we daarnaar moeten kijken.

Er is gevraagd hoe ik ervoor ga zorgen dat bedrijven weten waar ze aan toe zijn als ze geneesmiddelen vergoed willen krijgen. Ik neem althans aan dat het gaat om het vergoed krijgen, want registratie op de markt verloopt via Europa. De afgelopen periode zijn pilots gestart met nieuwe beleidsinstrumenten, zoals de voorwaardelijke toelating en de financiële arrangementen. Samen met Zorginstituut Nederland werk ik aan de inbedding van deze instrumenten in het pakketbeheer. We kijken ook goed naar de procedures en de voorspelbaarheid voor de industrie. Bedrijven moeten van tevoren duidelijk kunnen inschatten welke instrumenten ze bij een vergoedingsaanvraag kunnen verwachten. Ook wil ik graag de eenloketgedachte bij een aanvraag voor een pakketvergoeding. Uiteindelijk moet het transparant opgenomen worden in de procedures, zoals Zorginstituut Nederland die nu ook voor reguliere pakketbeslissingen heeft opgesteld. Wij houden regulier contact met alle betrokken organisaties over de vraag waar het goed gaat en waar het beter zou moeten.

Het ontwikkelen van vaccins duurt heel lang. Is het dan nog wel lucratief en zijn daarvoor oplossingen mogelijk? Er zijn allerlei oplossingen denkbaar. Een optie kan zijn om octrooien te verlengen. Er zijn wel Europese octrooibepalingen. De ontwikkelingstijd is gelijk aan die van geneesmiddelen. Ik zou er nader naar willen laten kijken voordat ik er grote uitspraken over doe of er grote problemen zijn en of er vaccins niet meer op de markt komen die we wel heel graag zouden willen hebben. Als de Kamer mij dat toestaat, kijk ik daarnaar en kom ik erop terug.

Mevrouw **Klever** (PVV): Een van mijn vragen is blijven liggen. Die vraag ging over de terhandstellingskosten, die wel in rekening gebracht worden, ook als er geen gesprek plaatsvindt. Ik stelde deze vraag naar aanleiding van de proef van de Consumentenbond. Ziet de Minister dit als fraude? Er wordt namelijk iets in rekening gebracht wat niet geleverd is. Zo ja, wordt de NZa dan ingeschakeld?

Minister **Schippers**: Sorry. Het eerste deel van de vraag had ik beantwoord, maar het tweede deel niet. Partijen hebben dit aanhangig gemaakt bij de NZa.

De **voorzitter**: Ik dank de Minister voor de beantwoording in eerste termijn. Ik kijk naar de klok en denk dat er ruimte is voor een tweede

termijn als de leden daar behoefte aan hebben. Het wordt wel een korte. Ik stel maximaal twee minuten spreektijd per fractie voor. Het is goed om te melden wat het standpunt is van de individuele fracties over de Europese portefeuilleverdeling, zodat de Minister dat meeneemt.

De heer **Kuzu** (PvdA): Voorzitter. Om met dat punt te beginnen, wij zijn er voorstander van dat dit bij het commissariaat gezondheidszorg blijft. Ik dank de Minister enorm voor haar antwoorden tijdens het debat. Ik vroeg mij nog wel een ding af. We hebben innovatie als speerpunt van het beleid. De Minister kent mij als iemand die het vaak heeft over de prijs, maar ik zou ook graag de innovatieagenda willen aanmoedigen. Als ik de innovatieagenda van de Minister beluister, dan hoor ik voorwaardelijke toelating, prijsarrangementen, inbedden in pakketbeheer. Ik zou echt willen kijken naar de pareltjes in de farmaceutische industrie en een plan willen maken hoe we die pareltjes in de innovatieve farmaceutische industrie echt kunnen ondersteunen. Het gaat dan niet om de houdgreep van de big pharma, maar echt om de kleine pareltjes. Ik ben een keer in Leiden geweest bij het Bio Science Park. Daar zitten leuke bedrijfjes. Hoe kunnen we dat soort initiatieven verder brengen? Is de Minister bereid, een soort innovatieagenda op te stellen waarbij we concrete acties afspreken die niet raken aan het financiële beleid?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Ik was een antwoord verschuldigd aan de heer Rutte, die mij vroeg om een geneesmiddel te noemen dat niet door de farmaceutische industrie is ontwikkeld. Dat heb ik, namelijk Tecfidera. Daarvoor is een grondstof, dimethylfumaraat, geregistreerd voor de aandoening MS. Daarmee is een ander geneesmiddel met dezelfde generieke grondstof, maar met de toepassing voor huidziekten, psoriasis, de toegang tot de markt ontzegd. De prijs is wel met 65% gestegen, een stijging waarvan de Minister zegt dat die onmaatschappelijk groot is. Dat is het voorbeeld voor de heer Rutte! Dit is hoe de industrie werkt. Ik ben blij dat de Minister zegt dat zij dit niet wil en dat zij gaat kijken naar Europa en naar de wijze waarop het gaat met dit soort registraties. Zou het niet goed zijn als de Minister toestaat dat het recept dat opgesteld is naar grootbereiders wordt gestuurd, zodat er generieke tabletten gemaakt kunnen worden die kunnen worden afgeleverd op recept, dus individuele aflevering. Als dat kan, dan zijn we af van de Tecfidera en de hoge prijzen. Als de Minister dat toe zegt, dan hoeven we daarover geen motie in te dienen.

Het is duidelijk dat wij vinden dat de genoemde portefeuille niet naar interne markt moet. Vandaag heeft de nieuwe Eurocommissaris voor de interne markt, mevrouw Bienkowska, gezegd dat graag te willen omdat er dan subsidie mogelijk is voor het ontwikkelen van geneesmiddelen. Is het dan niet dubbel cashen voor de farmaceutische industrie? Zij krijgt subsidie voor het ontwikkelen van geneesmiddelen en zij eist vervolgens een jarenlang patent en een hoge prijs voor het geneesmiddel. Daardoor vangt zij dus twee keer.

Dan de transparantie van prijsarrangementen. Ik vraag de Minister nogmaals hoe het mogelijk is dat de NOAC's, orale antistollingsmiddelen, zijn toegelaten terwijl er een alternatief was, terwijl er twee geneesmiddelen waren van twee fabrikanten waarmee de Minister prijsafspraken heeft gemaakt. Dan was er toch geen sprake van een falende markt? Als ze niet kosteneffectief zouden zijn, zouden ze niet zijn toegelaten. Waarom heeft de Minister dit toch gedaan?

Ik heb gevraagd wanneer het risico zo groot is dat er een pas op de plaats gemaakt moet worden, maar die vraag is nog niet beantwoord. Ik zou het antwoord graag in tweede termijn nog horen.

De heer **Krol** (50PLUS/Baay-Timmerman): Mevrouw de voorzitter. Dank voor de beantwoording. Mij past enige bescheidenheid, want ik had vijf

punten aangekruist die voor mij erg belangrijk waren. Op alle vijf punten heb ik een fantastische reactie gekregen.

De **voorzitter**: Kijk, een tevreden mens!

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ik deel de conclusie van de heer Krol dat dit op zichzelf een constructief overleg was, maar gegeven de tijd neem ik aan dat de Minister het mij zal vergeven dat ik vooral inga op de punten waarover nog meningsverschillen bestaan. Het gaat vooral om de positie van het geneesmiddelenbeleid in Europa. Ik deel de zorgen van de SP en de PvdA hierover. De heer Kuzu heeft aangekondigd met een motie te komen, maar eigenlijk vind ik het jammer dat we dit alsnog via een motie moeten afdwingen. Deze opvatting wordt zo breed gedeeld in de Kamer, behalve door de VVD, dat ik liever had gezien dat dit toegezegd zou zijn. Wellicht komt dit nog in de tweede termijn.

De Minister heeft gezegd niet te willen bekijken of de apothekersbegeleiding uitgezonderd kan worden van het eigen risico. Zou zij dan in ieder geval bereid zijn om te onderzoeken wat de kosten ervan zouden zijn om deze begeleiding uit het eigen risico te halen versus de kosten die 19.000 extra ziekenhuisopnames met zich brengen? Ik vermoed dat dit nog weleens zo zou kunnen uitvallen dat het misschien toch wel aantrekkelijk is.

De Minister heeft gezegd dat we op weg zijn naar meer transparantie, maar dat we nu nog in een situatie zitten waarin dat niet kan. Ik beraad mij erop wat ik daarmee ga doen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor de antwoorden en de toezeggingen, onder meer voor de toezegging om na te gaan of bepaalde aspecten van de financiering van de huisartsen toegepast zouden kunnen worden op de apothekers. Wanneer verwacht de Minister daarover een reactie te kunnen sturen aan de Kamer?

De Minister zegt dat het heel goed is dat we het eerste uitgiftegesprek doen vanwege de transparantie. Ik vind die transparantie ook goed omdat dit uiteindelijk duidelijk maakt dat die kosten al jaren werden gedeclareerd zonder dat mensen wisten dat ze recht hadden op een gesprek. Het antwoord van de Minister op de vraag wat er gebeurt als dat gesprek niet gevoerd wordt, is duidelijk. In de praktijk zijn er echter meer problemen. Zo komt het eerste uitgiftegesprek nog voor elk nieuw medicijn dat wordt gegeven op de rekening terwijl je je eigenlijk kunt afvragen of dat niet per bezoek moet. Ook de naam is heel verwarrend. Als je apothekers en patiënten ernaar vraagt, blijken er best veel aspecten te zijn die nog niet goed lopen. Is het mogelijk om na te gaan of daar verbeteringen in kunnen worden aangebracht? De acceptatie van mensen met betrekking tot dit belangrijke onderdeel van de zorg is vrij gering. Ik deel de opmerking van mijn collega's die zeggen dat ze er heel veel mails over krijgen. Ik krijg die ook nog steeds, eigenlijk het hele jaar door. Er is dus iets niet op orde.

Ik heb een vraag gesteld over het preferentiebeleid. Het is succesvol beleid in de zin dat geneesmiddelen goedkoper zijn geworden; mijn complimenten daarvoor. Voor een aantal geneesmiddelen is de grens echter bereikt. Hoe kunnen we op die geneesmiddelen consolideren zonder dat we door het ijs zakken? Op de vraag wat de Minister kan doen om de nadelen van het preferentiebeleid structureel te ondervangen, heb ik nog geen antwoord gekregen.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Even heel kort. Ik heb een vraag gesteld over de daling van het aantal verstrekkingen van medicijnen. Op basis van de vergrijzing en de bevolkingsgroei zouden we een toename van 1,9% mogen verwachten, maar dit was vorig jaar slechts 1,1%. De

verklaring van de Minister hiervoor heb ik nog niet gehoord. Graag krijg ik nog een reactie op dit punt.

Wat betreft de portefeuillevdeling in Brussel, de PVV vindt het gezondheidsbelang echt prevaleren boven het industriebelang. Daarom dringen wij bij de Minister erop aan dat zij protesteert tegen deze verschuiving van de portefeuille farmaceutische industrie en dat zij zich sterk maakt om die weer terug te krijgen bij het directoraat gezondheidszorg.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Laat ik met de laatste kwestie beginnen: waar in Europa moet het geneesmiddelenbeleid worden ondergebracht? In tegenstelling tot wat velen zullen denken, zit ik daar niet heel principieel in. Ik vind niet dat het per se bij de een of bij de ander moet. Als een overgrote meerderheid in de Kamer vindt dat het vooral bij gezondheidszorg moet blijven, verzet ik mij daar niet tegen. Ik zie wel de voordelen als je de portefeuille wel degelijk bij interne markt zou onderbrengen. Het is geen heel groot principieel punt, zoals het dat voor anderen wellicht wel zo is.

Veel dank aan de Minister dat zij gaat kijken naar de eventuele belemmeringen bij de ontwikkelingen van vaccins. Ik ben benieuwd wat dit gaat opleveren. Als die belemmeringen er niet zijn, moeten we vooral doorgaan op de huidige wijze. Als die er wel zijn, ben ik heel benieuwd welke oplossingen aangedragen kunnen worden.

Het is heel goed dat de Kamer mede op de hoogte wordt gehouden van de ontwikkelingen bij het grote probleem van de antibioticakorten die zullen ontstaan en de ontwikkeling van nieuwe antibiotica. Dank dat wij daar gewoon goed bij mee kunnen kijken. Laten we vooral hopen dat er snel oplossingen komen.

Tot slot een woord van dank aan mevrouw Leijten, die een antwoord had op mijn vraag. Ik snapte het niet helemaal. Als iets niet door de industrie is ontwikkeld, zou je toch denken dat het heel goedkoop is. Daar zit vast iets omheen, maar daar hebben we het misschien een keer over buiten deze vergadering. Feit blijft dat de overgrote meerderheid van de middelen – ik denk 99,9% – wordt ontwikkeld door de farmaceutische industrie. Die industrie is van groot belang. We mogen daar af en toe best iets positiefs over zeggen. Dat is het enige wat ik vandaag heb willen doen.

De **voorzitter**: Ik zie mevrouw Leijten naar de microfoon grijpen, maar laten we het debat niet heropenen. Ik stel voor dat we de Minister de kans geven om de beantwoording in tweede termijn aan te vatten.

Minister **Schippers**: Voorzitter. De heer Kuzu had het over innovatie als speerpunt van beleid. Daarmee ben ik het zeer eens. Omdat innovatie verbetering moet opleveren, willen wij het in ons pakket accepteren. Wij willen graag dat onze patiënten dat krijgen. We hebben een topsector, LSH. Dat is een belangrijk platform, juist voor de parels. Ik zou het ontzettend leuk vinden om over het topsectorenbeleid en dit onderwerp een brief te sturen aan de Kamer, zodat ik haar daarover kan informeren. Ik heb hier een heel pakket dat ik kan voorlezen, maar ik stuur dat graag per brief zodat we daar eens over kunnen doorpraten en het ook iets meer voor het voetlicht kunnen brengen. Misschien ontbreekt dat er een beetje aan.

Mevrouw Leijten vroeg of we het grootbereiden kunnen toestaan. Dit was het eerste wat bij mij opkwam toen ik dit probleem zag, maar ik werd aan alle kanten geadviseerd dat ik dat niet mocht voorstellen omdat dit zomaar niet zou kunnen. Ik ga het nu ook niet toezeggen. Ik heb toegezegd dat we alles beoordelen. Ik kan verzekeren dat dit punt er een van is. We gaan alles bekijken wat kan en legaal is; dat vind ik ook wel belangrijk.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het zal toch niet voor het eerst zijn dat we hiermee geconfronteerd worden. Ik wil dit graag voor volgende week op een rij krijgen. Anders wil ik er een motie over indienen. Ik denk dat de route van grootbereiders die op recept bereiden en vervolgens de middelen toesturen, best een legale route kan zijn. Als dat niet zo is, kan ik er geen motie over indienen. De meningen lopen daarover uiteen. Als we die brief volgende week krijgen, kunnen we daarna bezien of we een motie erover indienen.

Minister **Schippers**: U zult dan een motie moeten indienen, maar die kan ik niet uitvoeren. Ik heb gezegd dat ik het een ontzettend belangrijk onderwerp vind, dat ik alles op alles ga zetten om een oplossing te vinden en dat ik dit meeneem in die oplossing. Het is echter heel ingewikkeld. Als mevrouw Leijten per se volgende week een oplossing wil, kan ik dat niet toezeggen. Ik zeg een inspanningsverplichting toe om maximale vaart erachter te zetten om een goede oplossing te vinden.

Mevrouw Leijten zegt dat het heel erg is om een subsidie vast te stellen voor de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen. Via de Europese Unie geven we subsidies om nieuwe antibiotica te ontwikkelen. Ik vind dat bij deze geneesmiddelen of bij dingen die niet tot stand komen, subsidie een instrument is dat je open moet houden. Ik zie overigens niet in – ik heb daar echter te weinig verstand van – waarom het bij het ene directoraat wel kan en bij het andere niet. Het lijkt mij dat het moet kunnen als je een beleid hebt waarin het kan, want we doen het nu ook. Voor antibiotica wordt nu ook subsidie gegeven om dingen te ontwikkelen. De Europese Unie betaalt een deel daarvan en de industrie een deel. Ik vind het argument met mevrouw Leijten niet heel legitiem, maar ik ben niet tegen subsidie voor ontwikkeling van geneesmiddelen. Je moet alleen voorwaarden stellen. Als een geneesmiddel uitkomt, moet je een maatschappelijke voortgang en prijsstelling hebben.

Mevrouw Leijten zegt niet te begrijpen wat ik gedaan heb met de NOAC's. Ik doe het om patiënten niet in de kou te laten staan; dat is mijn simpele oplossing. De mensen die in de NOAC's wel een oplossing vinden die zij niet hadden, wil ik ter wille zijn en een oplossing bieden. Dat is de reden waarom ik het doe.

Mevrouw Voortman vroeg waarom er een VAO moet komen voor de kwestie over het geneesmiddelenbeleid. Dat hoeft niet. Ik had gezegd dat als iedereen in tweede termijn zijn standpunt zou melden, ik zou tellen. Dat heb ik gedaan. Ik zal laten weten dat ook Nederland zich aansluit bij die zeven landen.

Ik kom te spreken over de kwestie van de apotheek en het eigen risico. Zo'n gesprek is verplicht. Je kunt niet zeggen: ik wil dat gesprek niet en ga die € 6 niet betalen. Nee, het gesprek is verplicht. Het feit dat het niet gevoerd en wel berekend wordt, is inmiddels door partijen aangemeld bij de NZa. Dat is namelijk niet zoals het moet.

Mevrouw Bruins Slot sprak over het toepassen van de bekostiging van de huisarts op de apotheker. Ik heb aangegeven dat ik ernaar ga kijken. Ik heb gezegd dat ik in het bestuurlijk overleg zal nagaan of er mogelijke overeenkomsten zijn en dat het heel lastig is om nu al daarop vooruit te lopen en te zeggen dat we met een resultaat komen. Ik heb toegezegd dat ik van een aantal bestuurlijke overleggen aan de Kamer zal verslaan wat daar gebeurt, wat er aan de orde is geweest en welke lijnen daar verder worden uitgewerkt. Dit punt kan ik daarin meenemen: het is aan de orde geweest, deze suggesties zijn gedaan en er is wel of geen draagvlak voor. Dat zou ik wel willen, maar ik kan geen termijn eraan koppelen. Ik kan wel uitspraken doen over de bestuurlijke overleggen. We hebben er net een gehad. Ik zal het in het overleg over de eerste lijn bespreken. Ik kom binnen een halfjaar bij de Kamer terug en zal vervolgens bekijken of er aanknopingspunten zijn.

Mevrouw Bruins Slot heeft een aantal dingen gezegd over transparantie. Ik weet dat er bij mensen onvrede bestaat. Dat gevoel zou ik ook hebben als ik geen gesprek krijg, maar wel een rekening voor een gesprek. Er moet op ingegrepen worden zodat die goede drive er komt. Er zijn verbeteringen mogelijk. Ik wil best de suggestie om te kijken naar de naam inbrengen bij de veldpartijen die daar zelf over gaan. Zij bepalen hoe ze iets noemen. Als een naamgeving leidt tot grote irritatie – ik weet niet of een nieuwe naam heel makkelijk is – is het wel een punt waar je naar kunt kijken om er verbeteringen in aan te brengen. Ik wil best nagaan hoe we dit kunnen verbeteren, maar het principe wil ik erin houden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het gaat breder dan dat. Nu kan het gesprek nog per geneesmiddel plaatsvinden, terwijl het logischer zou zijn om dat per bezoek te doen. Rondom de communicatie zijn er nog steeds allerlei problemen met dit gesprek. Mijn vraag is breder: kijk waar de knelpunten zitten en kijk of je er een aantal kunt weghalen. Ik begrijp dat de Minister niet bereidwillig is om het op een andere manier te gaan doen, maar we kunnen het misschien wel beter maken dan het nu is.

Minister **Schippers**: Ik zal het met de veldpartijen opnemen, die hier daadwerkelijk afspraken over maken. Het zijn vrije tarieven. Zorgverzekeraar en apotheker kunnen in de prijs variëren. Ook doen ze zelf de benaming. Dat zijn geen dingen die VWS bepaalt. Met deze partijen zal ik dit opnemen om na te gaan of we er verbeteringen in kunnen aanbrengen en, zo ja, hoe.

Mevrouw Bruins Slot vroeg of we het preferentiebeleid kunnen consolideren. Er zitten grote voordelen aan, maar er zijn ook een aantal knelpunten. Het schuurt hier en daar omdat je op de bodem zit. Ik heb de heren Rinnooy Kan en Reibestein bereid gevonden om daarover een rapport op te maken. Op basis daarvan zijn er daadwerkelijk stappen gezet om te consolideren. De situatie is niet onveranderd. Zorgverzekeraars hebben wel degelijk dingen erkend ten aanzien van de zorgplicht. Er zijn afspraken gemaakt en er is een checklist gemaakt. Ik denk dat dit de vraag is waaraan op dit moment wordt voldaan in de praktijk.

Mevrouw Klever stelde een vraag over het aantal medicaties. Er zijn allerlei geruchten en stellingen over waaraan dat zou liggen, maar wij weten het niet. Wij weten niet waarom het aantal gedaald is. Het is een feit.

Mevrouw **Klever** (PVV): We hebben het al eerder gehad over zorgmijden om financiële redenen. Het kan natuurlijk ook zijn dat mensen hun medicijnen niet ophalen om financiële redenen. Dan zouden wij ons zorgen moeten maken. De Minister zegt dat zij het niet weet, maar is zij bereid om het op zijn minst te onderzoeken?

Minister **Schippers**: Wat betreft zorgmijding krijgen we begin volgend jaar gegevens over de tweede lijn. Als we alle gegevens compleet hebben, kunnen we die naast elkaar leggen en er iets zinnigs over zeggen. Dat heeft hier geen betrekking op. Ik vind het ook een beetje moeilijk om overal onderzoek naar te gaan doen. Als ik naar de toezeggingen kijk die ik vandaag heb gedaan, doe ik al veel toezeggingen over wat wij gaan doen. Laten we ten aanzien van deze kwestie wachten op de cijfers die we begin volgend jaar krijgen en bekijken of we op basis daarvan zinnige conclusies kunnen trekken.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik vraag niet om een nieuw onderzoek, maar wellicht kunnen in het onderzoek naar zorgmijden ook deze cijfers over het aantal verstrekkingen meegenomen worden. Dan heb je alles in een keer.

Minister Schippers: Het zit niet in die cijfers, want dat is de tweede lijn. Dat probeerde ik net te zeggen. Er is een vrij uitgebreide database. Er wordt hier gezegd dat wij wel een poging willen wagen om te bezien of we daar iets van kunnen maken. Ik zeg toe dat ik schriftelijk rapporteer over de bevindingen die wij naar boven kunnen halen. Ik kom met een plan ten aanzien van de antibioticaresistentie. Ik wil daarover een vrij uitgebreide brief sturen aan de Kamer. Daarin zal ik allerlei facetten van infectieziektebestrijding meenemen. Ik heb een bijeenkomst bijgewoond over de Global Health Security Agenda van de Verenigde Staten. Daarin kwam van alles aan de orde, zoals zoonosen en allerlei andere onderwerpen. In dat kader zou ik dat graag willen meenemen.

De voorzitter: Ik dank de Minister voor de beantwoording in tweede termijn. Het onderwerp geneesmiddelenbeleid omvat ontzettend veel verschillende onderwerpen, zoals wel gebleken is uit de vragen en uit de reactie en de toezeggingen. Ik waag een poging om de toezeggingen met u te delen. Het is een hele lijst, dus ik ga er snel doorheen. Ik geef u nogmaals mee dat uiteraard het verslag dat van dit algemeen overleg wordt gemaakt, leidend is, ook in de toezeggingen. Ik zal de meest belangrijke toezeggingen noemen.

- Er komt een samenvatting van de bestuurlijke overleggen farmacie als er een aantal zijn geweest.
- Er wordt gezocht naar alternatieve antibiotica in verband met de resistentie. Een inventarisatie van de initiatieven komt naar de Kamer. Dat zal een uitgebreide brief zijn, maar die komt pas als de contouren duidelijk zijn.
- Bezien zal worden of de evaluatie van het transparantieregister in december aan de Kamer kan worden gestuurd.
- Er wordt een plan van aanpak inzake medicijnvervalsing opgesteld.
- Volgende week komt er een brief waarin op de positie van het Geneesmiddelenbulletin wordt ingegaan.
- De Minister zal reageren op het onderzoek van de KNMP naar medicijnbeoordeling op basis van de door de heer Krol aan te leveren nadere informatie.
- De Kamer zal een reactie ontvangen zodra mevrouw Klever haar mail heeft doorgestuurd met de tabel die betrekking had op het verschil in kosten.
- De Minister heeft toegezegd zich aan te zullen sluiten bij de zeven landen wat betreft de Europese portefeuilledeling.
- De Minister zal op een later moment een terugkoppeling geven over het bestuurlijk overleg eerste lijn. Het betreft daarbij de bekostiging.
- De laatste toezegging die ik genoteerd heb, betreft de zorgmijding.

Over de beschikbare informatie zal de Minister schriftelijk rapporteren. Dat waren de toezeggingen. De heer Kuzu heeft een VAO aangekondigd, maar op het betreffende punt is een toezegging van de Minister gekomen. Mevrouw Leijten heeft aangekondigd een motie in te willen dienen. Daarom zal er een VAO ingepland worden met als eerste spreker mevrouw Leijten.

Ik dank de Minister en haar ambtelijke ondersteuning voor hun aanwezigheid en de bijdrage aan dit algemeen overleg. Ik dank de leden voor de inbreng. Ik dank uiteraard de aanwezigen op de publieke tribune en degenen die dit debat op een andere wijze gevolgd hebben voor hun belangstelling.

Sluiting 16.58 uur.

Volledige agenda

1. *Verslag van de ronde tafel demedicalisering op 22 april 2013*
Kamerstuk 29 477-256 – Brief regering d.d. 15-07-2013
Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, M.J. van Rijn
2. *Aanbieding afschrift van de brief aan Stichting Portaal (voorheen CMR) waarin de uitkomsten van het overleg tussen VWS, CMR en Lareb met betrekking tot het melden van ernstige bijwerkingen zijn vastgelegd*
Brief regering d.d. 05-07-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
3. *Plan van aanpak geneesmiddelenkortoren*
Kamerstuk 29 477-255 – Brief regering d.d. 05-07-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
4. *Bestuurlijk overleg met de farmaceutische sector*
Kamerstuk 29 477-259 – Brief regering d.d. 17-09-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
5. *Antwoorden op vragen commissie over de prijsbepaling van geneesmiddelen*
Kamerstuk 29 477-258 – Brief regering d.d. 06-09-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
6. *Onderzoek beïnvloeding van leden van het College ter beoordeling van geneesmiddelen (CBG) door farmaceutische bedrijven*
Kamerstuk 29 477-266 – Brief regering d.d. 14-01-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
7. *Reactie op artikel AD d.d. 11 december 2013 inzake boeteoplegging door Europese Commissie aan 2 farmareuzen*
Kamerstuk 29 477-268 – Brief regering d.d. 04-02-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
8. *Beantwoording vragen commissie over het gepaster inzetten van de Diane-35 pil en de derde en vierde generatiepillen*
Kamerstuk 29 477-269 – Brief regering d.d. 06-02-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
9. *Reactie op verzoek van het lid Van Gerven over de uitspraken van een topman van Bayer dat kankermiddelen gemaakt worden voor de rijken*
Kamerstuk 29 477-270 – Brief regering d.d. 18-02-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
10. *Reactie op de vraag van het lid Bruins Slot over het bericht dat er iemand overleden zou zijn als gevolg van het gebruik van de Nuvaring*
Kamerstuk 29 477-271 – Brief regering d.d. 06-03-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
11. *Beantwoording vragen commissie over standpunt Pompe en Fabry*
Kamerstuk 29 477-279 – Brief regering d.d. 21-03-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
12. *Lijst van vragen en antwoorden over het Nationaal Plan Zeldzame Ziekten*
Kamerstuk 29 477-278 – Brief regering d.d. 14-03-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

13. Resultaten Bestuurlijk overleg farmacie
Kamerstuk 29 477-284 – Brief regering d.d. 09-04-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
14. Reactie op het rapport van het advies- en onderzoeksbureau Significant naar de mogelijkheden tot de vorming van één centrale organisatie voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen
Kamerstuk 29 477-285 – Brief regering d.d. 24-04-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
15. Reactie op een artikel in de Telegraaf van 19 maart 2014 inzake weigering van de IGZ om lijst met geneesmiddelen die stoffen bevatten uit de Ranbaxyfabriek in de Indiase plaats Toansa openbaar te maken
Kamerstuk 29 477-287 – Brief regering d.d. 15-05-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
16. Internationale activiteiten antibioticaresistentie
Kamerstuk 32 620-123 – Brief regering d.d. 10-06-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
17. Financiële arrangementen voor geneesmiddelen
Kamerstuk 29 477-289 – Brief regering d.d. 11-06-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
18. Reactie op signaleringsrapport «Toegankelijkheid van dure kanker geneesmiddelen – nu en in de toekomst» door de Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding (SCK)
Kamerstuk 29 477-290 – Brief regering d.d. 01-07-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
19. Voortgang Programma Goed Gebruik Geneesmiddelen van ZonMw
Kamerstuk 29 477-291 – Brief regering d.d. 14-07-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
20. Antwoorden op vragen van de commissie over de bekostiging geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg
Kamerstuk 29 248-270 – Brief regering d.d. 18-07-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
21. Toezeggingen naar aanleiding van het dertigledendebat Apollonetwerk
Kamerstuk 29 477-292 – Brief regering d.d. 02-09-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
22. Onderzoeksrapport Berenschot: Impact van geneesmiddelentekorten voor patiënten
Kamerstuk 29 477-293 – Brief regering d.d. 18-09-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
23. Antwoorden op vragen van de commissie over de ontwerpregeling tot wijziging van de bijlage bij de Regeling maximumprijzen geneesmiddelen
Kamerstuk 29 477-294 – Brief regering d.d. 18-09-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
24. Aanbieding Randvoorwaarden voor afspraken tussen partijen m.b.t. Voorwaardelijke Toelating
Kamerstuk 32 620-134 – Brief regering d.d. 19-09-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
25. Reactie op Gezondheidsraadadvies «Criteria voor de keuze van een vaccin tegen kinkhoest»

*Kamerstuk 32 793-154 – Brief regering d.d. 18-09-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

*26. Reactie op de motie van de leden Bruins Slot en Pia Dijkstra over terugdringen van de verkoop van illegale geneesmiddelen via het internet
Kamerstuk 33 599-12 – Brief regering d.d. 29-09-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

*27. Uitkomsten van de ministeriele conferentie over antibioticaresistentie die op 25 en 26 juni 2014 in Den Haag heeft plaatsgevonden
Kamerstuk 32 620-135 – Brief regering d.d. 30-09-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

*28. Antwoorden op vragen commissie over de overheveling specialis-
tische geneesmiddelen 2015
Kamerstuk 29 248-275 – Brief regering d.d. 29-09-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*