

Vergaderjaar 2016–2017

**29 477**

**Geneesmiddelenbeleid**

**Nr. 419**

## **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 1 maart 2017

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 9 februari 2017 overleg gevoerd met mevrouw Schippers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 juni 2016 over de stand van zaken werkgroep geneesmiddelenkortingen (Kamerstuk 29 477, nr. 389);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 juni 2016 over de voortgang van de financiële arrangementen geneesmiddelen 2016 (Kamerstuk 29 477, nr. 386);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2016 inzake kiwi-model inkoop en vergoeding geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 390);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 juli 2016 inzake herberekening Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) (Kamerstuk 29 477, nr. 391);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 september 2016 met een reactie op het verzoek van het lid Voortman, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 6 september 2016, over het bericht dat farmaceuten miljoenen betalen aan artsen (Kamerstuk 32 620, nr. 178);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 september 2016 ter aanbieding van de antwoorden op vragen van de commissie over het afschrift van het antwoord m.b.t. reactie op samenvatting van gesprek van Geneesmiddelenbulletin van 2 mei 2016 (Kamerstuk 29 477, nr. 395);**
- **de verzamelbrief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 september 2016 inzake bedrijfsbezoek farmaceutisch bedrijf Roche B.V. (Kamerstuk 29 477, nr. 394);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 december 2016 met de tweede monitor geneesmiddelen Medisch Specialistische Zorg (MSZ) (Kamerstuk 29 477, nr. 399);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 november 2016 inzake consultaties Europese Commissie weesgeneesmiddelen (Kamerstuk 22 112, nr. 2247);**

- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 december 2016 inzake farmacotherapeutische informatievoorziening voor patiënten (Kamerstuk 29 477, nr. 404);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 december 2016 inzake actieplan gepast gebruik van geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 405);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 december 2016 over de stand van zaken werkgroep geneesmiddelentekorten (Kamerstuk 29 477, nr. 403);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2016 inzake evaluatie overheveling groeihormonen (Kamerstukken 29 477 en 29248, nr. 402);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 juni 2015 inzake plan van aanpak psychofarmaca (Kamerstuk 31 996, nr. 73);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 januari 2017 inzake Nederlandse kandidatuur Europees Geneesmiddelenagentschap (EMA) (Kamerstukken 29 477 en 34648, nr. 410);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 januari 2017 met een reactie op het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over voorwaarden voor veilig voorschrijven en het resultaat van de pilot meldingeninformatie Verpleging en Verzorging (V&V) (Kamerstuk 29 477, nr. 409);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 december 2016 inzake de brief van de NZa naar aanleiding van monitor geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 408);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 december 2016 inzake status vergoeding van twee geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 407);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 december 2016 over de stand van zaken moties en toezeggingen (Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 129);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 januari 2017 inzake samenwerking advisering vaccinaties (Kamerstuk 32 793, nr. 255);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 januari 2017 ter aanbieding van het rapport Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid (Kamerstuk 29 477, nr. 413);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 januari 2017 inzake barcodering primaire verpakking geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 412);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 februari 2017 ter aanbieding van de antwoorden op vragen van de commissie over Voortgang Visie op geneesmiddelen: Nieuwe geneesmiddelen snel bij de patiënt tegen aanvaardbare kosten (Kamerstuk 29 477, nr. 397) (Kamerstuk 29 477, nr. 414);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 januari 2017 met het verslag van de zesjaarlijkse OESO Health Ministerial in Parijs en van de jaarlijkse bijeenkomst van het World Economic Forum in Davos (WEF) (Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 130).

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

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De griffier van de commissie,  
Post

**Voorzitter: Van Gerven**  
**Griffier: Sjerp**

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Bruins Slot, Pia Dijkstra, Van Gerven, Rutte, Vermue en Voortman,

en mevrouw Schippers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 10.02 uur.

**De voorzitter:**

Goedemorgen allemaal. Ik open hierbij het algemeen overleg over het geneesmiddelenbeleid en het beleid met betrekking tot de psychofarmaca. Het is gecombineerd. Ik heet de Minister en haar medewerkers welkom, evenals de Kamerleden en natuurlijk het rijk opgekomen publiek dat ik hier zie. Even voor de orde: we hebben vier minuten spreektijd per fractie, maar we hebben drie uur voor dit overleg. Ik zal dus niet al te strak met die spreektijd omgaan. Ik denk dat we daarvoor wel de mogelijkheid hebben. Ik sta twee interrupties per fractie toe.

**Mevrouw Vermue (PvdA):**

Voorzitter. Geneesmiddelen zijn voor veel patiënten letterlijk van levensbelang. Daarom is het belangrijk dat geneesmiddelen voor iedereen toegankelijk zijn. Ik heb het dan over betaalbare en beschikbare geneesmiddelen, maar zeker ook over veilig gebruik. De Minister heeft veel in gang gezet, maar het is tijd voor actie en resultaat.

De betaalbaarheid van geneesmiddelen staat al lange tijd op de agenda. De Minister heeft in haar geneesmiddelenvisie geschreven dat ze dit punt wil aanpakken, onder andere door dure geneesmiddelen in de sluis te plaatsen, waardoor er meer tijd is om te onderhandelen met de leveranciers. Ziet de Minister ook mogelijkheden om geneesmiddelen die met overheidsgeld ontwikkeld worden voor een veel lager tarief op de markt te brengen door bijvoorbeeld de onderzoeksbevindingen openbaar te maken? Hoe staat het met het transparanter maken van de kosten? Het is van belang goed zicht te houden op de inzet en effectiviteit van het groeiend aantal dure geneesmiddelen.

Voor een goed geneesmiddelenbeleid is betrokkenheid van patiënten essentieel. Hoe wordt hun toegankelijkheid tijdens de sluisperiode geborgd? Hoe worden patiëntenverenigingen precies betrokken bij het op de markt brengen van nieuwe geneesmiddelen? Uitgerekend bij schildklierpatiënten, voor wie stabiliteit in de medicatie van groot belang is, was vorig jaar een tekort aan geneesmiddelen. De oude productielocatie van de fabrikant ging dicht voordat de nieuwe geopend werd. Hiervan werden de patiënten de dupe, iets wat voor de Partij van de Arbeid ongehoord is. Daarom willen wij dat de Minister actie onderneemt.

Er is wekelijks contact tussen de IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg) en het CBG (College ter Beoordeling van Geneesmiddelen) over dreigende tekorten, maar de Partij van de Arbeid wil dat er vooraf afspraken worden gemaakt in plaats van achteraf. Een goede informatievoorziening tussen alle betrokkenen is daarbij essentieel, maar lost het probleem niet op. Om die reden is er ook een wet aangenomen waarin boetes worden uitgedeeld wanneer een verwijtbaar tekort aan geneesmiddelen ontstaat. Hoe zit het met de handhaving van deze wet? Vorig jaar zijn de boetes verhoogd. Wat is het concrete effect hiervan? Daarnaast willen we dat er duidelijke afspraken met de producenten van geneesmiddelen worden gemaakt over het voorkomen van tekorten. Hoe denkt de Minister hierover?

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Dit is een terecht punt van mevrouw Vermue. Het CDA heeft vorig jaar nog een actieplan geschreven voor het aanpakken van de geneesmiddelenkortingen, maar op het ministerie is een werkgroep hiermee al bijna tweeënhalf jaar bezig. Wanneer verwacht mevrouw Vermue eindelijk het resultaat daarvan?

Mevrouw **Vermue** (PvdA):

Dit is heel terechte vraag van mevrouw Bruins Slot. Dit is exact de reden dat ik er in mijn inbreng op hamer en begon met de vraag wanneer we nu resultaat mogen verwachten. Dat is ook mijn vraag aan de Minister. Er wordt heel veel in gang gezet, er zijn heel veel werkgroepen aan de slag, maar wat levert het op en wanneer merken we iets van het resultaat ervan?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Het CDA vindt echt dat het te lang duurt. De geneesmiddelenkortingen zijn de afgelopen jaren alleen maar opgelopen. We zitten nu bijna op 700 tekorten. Ik weet dat er tot op dit moment nog geen enkele boete is opgelegd. Ik ben altijd samen opgetrokken met de heer Otwin van Dijk om hier echt werk van te maken. Hoe kijkt mevrouw Vermue hiertegen aan?

Mevrouw **Vermue** (PvdA):

Ik blijf hier graag gezamenlijk in optrekken. Vandaar ook mijn aanvullende vraag: wat kunnen we doen bij het maken van afspraken vooraf met leveranciers? In de contractafspraken zouden afspraken gemaakt kunnen worden, bijvoorbeeld over het beschikbaar hebben van een voorraad voor ten minste een jaar of een leveringsgarantie. Dus: voorkomen vooraf en handhaven achteraf.

Een ander belangrijk punt is de medicatieveiligheid. In de licht van de medicatiebeoordeling zien we bijvoorbeeld dat die bij ouderen nog te vaak niet zorgvuldig is. Wanneer die wel goed zou zijn, zou 50% van alle medicatiegerelateerde opnamen bij ouderen voorkomen kunnen worden. Waarom benaderen we alleen de risicogroep «75 jaar en ouder met ten minste zeven geneesmiddelen»? Is het in het kader van preventie niet juist goed om ook te kijken naar de groep «65 jaar en ouder met ten minste vijf geneesmiddelen per dag»? Daarvoor is het nodig dat huisartsen, specialisten en apothekers meer samenwerken en dat ook familieleden, mantelzorgers en andere naasten betrokken worden. Hoe zit het met de zorgverzekeraars CZ en VGZ, die de medicatiebeoordeling nog steeds onder het eigen risico laten vallen? Wat gaat de Minister hieraan doen? De Minister heeft een informatieraad ingesteld voor betere richtlijnen van medicatiebeoordeling en roept de apothekers en zorgverzekeraars op om de vergoeding voor medicatiebeoordeling opnieuw te bespreken. Dit zijn goede maatregelen, maar ze hebben nog onvoldoende resultaat.

**De voorzitter:**

Dat was uw inbreng? Dat was keurig binnen de tijd.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. Nieuwe dure geneesmiddelen toegankelijk en betaalbaar houden: dit is een mooi streven. De toegankelijkheid knelt echter af en toe. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) schreef begin december dat er soms tijd verstrijkt voordat een patiënt het optimale middel krijgt omdat er overleg tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder moet plaatsvinden. Zorgverzekeraars hebben geen plan klaarliggen over de manier waarop ze patiënten begeleiden als ze in de loop van een behandeling een geneesmiddel nodig hebben dat de instelling niet heeft ingekocht. Ze wachten of de instelling hierover contact met hen opneemt. Er tikt eigenlijk te veel tijd weg tussen het moment waarop een patiënt het geneesmiddel nodig heeft en het moment waarop het verstrekt wordt. Is

de Minister het met het CDA eens dat dit ontoelaatbaar is? Wanneer ontvangt de Kamer de nadere rapportage van de Nederlandse Zorgautoriteit hierover? Die had in januari moeten komen.

Het betaalbaar houden van dure geneesmiddelen moet ook via Europese regels aangepakt worden. In de antwoorden op de publieke consultaties die de Minister eind november stuurde, staat dat het oorspronkelijk de bedoeling was de marktexclusiviteit van geneesmiddelen te verkorten als producenten onredelijke winsten zouden maken. Het is echter nog nooit gebeurd. Waarom wordt er geen gebruik van deze mogelijkheid gemaakt? Gisteren zagen we nog een item op Nieuwsuur: sommige geneesmiddelen kunnen wel 90% goedkoper. Waarom maakt Europa geen gebruik van de genoemde maatregel? Wil de Minister hier werk van maken? In antwoord op het manifest van de samenwerkende politieke jongerenorganisaties met de titel License to Heal, een mooi initiatief, schrijft de Minister dat ze de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) heeft gevraagd advies te geven over voorwaarden die gesteld kunnen worden aan geneesmiddelenonderzoeken met publiek geld. Dat is een goede insteek van de Minister. Wanneer komt dit advies en worden de suggesties, zoals die in het manifest gedaan worden, in het advies meegenomen?

Ik had het er net al even over met mevrouw Vermue: toegankelijkheid is ook in het geding als er geneesmiddelentekorten optreden. Op de Nederlandse markt neemt al jaren het aantal geneesmiddelen toe waaraan tijdelijk of structureel een tekort is. Daarom heb ik afgelopen najaar namens het CDA een plan geschreven en gevraagd om met concrete voorstellen te komen om tekorten tegen te gaan. Helaas was de reactie van de Minister tot nu toe teleurstellend. Ze schreef namelijk dat ze wachtte op de resultaten van de werkgroep Geneesmiddelentekorten en dat ze er uitgebreid op zou terugkomen. Sinds het najaar is het echter heel erg stil gebleven. Wanneer krijgt de Kamer het eindverslag? Hoe staat het met deze werkgroep? Wanneer is deze voor het laatst bijeengekomen? Farmaceuten en tussenhandel die verwijtbaar tekorten doen ontstaan, zouden fors beboet moeten worden. Het CDA pleit hier al jaren voor. De Minister is gelukkig bezig om de motie van het CDA uit te voeren. Zijn de beleidsregels waarmee de direct op te leggen boetes verhoogd worden naar € 150.000 inmiddels doorgevoerd? Dit zou rond januari gebeuren. De Minister is ook bezig met een wetsvoorstel om de boete te verhogen naar € 820.000. Dat is een redelijk bedrag; ook het midden- en kleinbedrijf krijgt deze boete opgelegd. Wanneer krijgen we dit wetsvoorstel? Lukt het de Minister om het nog voor het einde van haar periode naar de Kamer te sturen? Kan de Minister aangeven hoeveel boetes er tot op dit moment daadwerkelijk zijn opgelegd? Die vraag stelde mevrouw Vermue ook al. Vorige week hoorden we op het nieuws dat de medicatieveiligheid niet op orde is, waardoor het aantal vermijdbare opnames toeneemt. Wat doet de Minister specifiek om de uitwisseling van de medicatiegegevens te verbeteren? Ze heeft hierover een uitgebreide brief gestuurd, maar ik wil weten welke stappen ze op korte termijn zet.

Ik wacht even op de bel. Ik had het over de medicatieveiligheid en dat er nog steeds heel veel vermijdbare opnames zijn en dat het van belang is om nieuwe stappen te zetten om de kwaliteit te verbeteren. Er zijn natuurlijk twee partijen bij betrokken als om ziekenhuizen en apothekers gaat. Moet de verbetering nu vooral bij de apothekers plaatsvinden? Ligt het probleem vooral daar of ligt het vooral bij de ziekenhuizen? Welk tempo verwacht de Minister bij deze verbetering?

Ik kom tot een afsluiting. We zien dat de brexit met zich meebrengt dat sommige Europese instanties een teruggave van Londen eisen. Het is goed dat de Minister haar best gaat doen om het EMA, the European Medicines Agency, naar Nederland te halen. Daarvoor heeft ze Schiphol op het oog. Ik vraag de Minister echter om ook Zuid-Limburg als optie te overwegen. Dat ligt regionaal namelijk ook heel goed ten opzichte van

vliegvelden en andere instanties. Mijn vraag is dus of ze niet alleen Schiphol wil overwegen, maar ook Zuid-Limburg.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Zuid-Limburg is bij dezen in the picture.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Voorzitter. Vandaag spreken wij over geneesmiddelen en psychofarmaca. Met belangstelling volg ik de internationale en nationale werkzaamheden van de Minister op dit terrein. Voor GroenLinks staat de toegankelijkheid van geneesmiddelen voor patiënten voorop. Daarom ben ik benieuwd naar de huidige stand van zaken en ambities van de Minister. Ik sluit me aan bij wat het CDA en de PvdA hebben gezegd over medicijntekorten. Mijn fractie was erg positief over het voorstel van Wouter Bos om de winstmarges van farmaceutische bedrijven te maximaliseren naar 10%. Het is een erg sterk signaal dat de voorzitter van een ziekenhuis zich hierover uitspreekt. De Minister geeft aan dat ze achter dit principe staat, maar dat het op dit moment nog aan concrete acties op dit terrein ontbreekt. Het breken van de perverse big pharma-industrie, die absurd hoge prijzen in stand houdt door een monopolistische positie, is naar mijn mening een belangrijke prioriteit. Met het breken van die macht ontstaan er immers lagere prijzen waarmee de toegankelijkheid van medicijnen voor mensen die deze nodig hebben, wordt gegarandeerd.

Internationale maatregelen zijn nodig om deze industrie aan te pakken. Ik moedig de Minister dan ook aan om hier verder mee door te gaan, zodat er sneller stappen kunnen worden gezet. In mijn ogen gaat het nog te langzaam. Hopelijk wordt de urgentie ook voor andere landen steeds duidelijker. Van de Minister hebben we al een schriftelijke reactie over de Europese samenwerking ontvangen, waarvoor dank. Ik vraag me echter af of er in de tussentijd nog vorderingen zijn gemaakt. Hebben naast Zwitserland en Ierland al meer landen formeel aangegeven voor samenwerking te willen gaan? Wat zijn de vervolgstappen als de resultaten in 2018 bekend zijn? Graag krijg ik een reactie van de Minister. Ik wil ook weten wat er gebeurt als een en ander niet van de grond komt. Heeft de Minister een deadline voor ogen waarna we zelf tot concrete actie overgaan? We kunnen natuurlijk niet eeuwig wachten tot anderen hetzelfde willen als wij.

Het initiatief License to Heal van onze politieke jongerenorganisaties om medicijnen algemeen toegankelijk te maken, omarm ik van harte. Ik ben blij dat ook de Minister het belang hiervan inziet en zich hiervoor wil inzetten. Dus complimenten daarvoor. De principes over transparantie en kosten voor onderzoek en ontwikkeling, voorwaarden aan licenties van kennisinstellingen en toegankelijkheid van medicijnen voor ontwikkelingslanden worden breed ondersteund. Het CDA heeft hierover net al iets gezegd; ik heb even niet paraat of de PvdA dat ook gedaan heeft. Ik hoor graag van de Minister wat zij in de tijd die haar in deze kabinetsperiode nog rest, kan doen om hiervoor een en ander klaar te zetten voor bijvoorbeeld een formatiebespreking.

In Duitsland zijn er interessante ontwikkelingen op het gebied van regulering van de farmaceutische industrie. Er is bijvoorbeeld begin 2012 een wet aangenomen waarbij farmaceutische bedrijven een jaar de tijd krijgen om de meerwaarde van een nieuw medicijn aan te tonen. Als dat niet lukt, valt het medicijn onder de groep generieke geneesmiddelen en is het dus een stuk goedkoper. Is het een idee om dit ook in Nederland in te voeren? Bij dit soort maatregelen hoeven we niet te wachten op andere landen. Op nationaal niveau is de Minister bezig met horizonscans en hieruit voortvloeiend een horizonscan-plus. Welke extra taken heeft de horizonscan-plus ten opzichte van de horizonscan? Verwacht de Minister dat naar aanleiding van de horizonscan-plus de inkoop van dure geneesmiddelen beter gefaciliteerd kan worden? De Minister geeft aan dat de

horizonscan op zichzelf niet leidt tot lagere prijzen, maar dat is toch juist het doel van zo'n initiatief? Welke rol ziet zij voor zich bij het faciliteren ervan?

De Minister wacht vooral initiatieven uit de sector af voor het ontwikkelen van alternatieve businessmodellen bij de inkoop van geneesmiddelen. Het is goed dat de sector hiermee bezig is, maar natuurlijk moet de overheid de regie voeren. De Minister wil de patentwetgeving kritisch bekijken en experimenteren met nieuwe businessmodellen. Wanneer gaat een en ander echt van start? Ziet de Minister aanleiding om de wetgeving nu al aan te passen? Er worden veel dingen onderzocht, maar er wordt nog niet echt doorgepakt. We kennen de feiten goed genoeg om niet langer af te wachten en alvast actie te ondernemen. Ik ken de Minister als een zeer daadkrachtig mens en zie graag dat ze ook op dit dossier wat meer daadkracht toont.

De heer **Rutte** (VVD):

Voorzitter. Het is vandaag exact tien jaar geleden dat mijn vader overleed aan kanker. Gisteren was ik met onder anderen de voorzitter, de heer Van Gerven, en met mijn buurvrouw op links, Pia Dijkstra, bij een bijeenkomst van KWF Kankerbestrijding. Tijdens deze bijeenkomst werd heel nadrukkelijk naar voren gebracht, in het bijzonder door patiënten, hoe extreem belangrijk het is dat nieuwe geneesmiddelen die kans bieden op verlenging van leven en misschien wel totale genezing snel bij de patiënt komen. Het is mooi dat we in een tijd leven waarin nieuwe ontwikkelingen elkaar razendsnel opvolgen, zoals immunotherapeutische behandelingen, die echt nieuwe kansen en perspectief bieden voor heel veel patiënten. Tegelijkertijd kennen we de dilemma's die ermee gepaard gaan. De behandelingen werken voor kleine groepen patiënten en zijn verschrikkelijk prijzig. Waar staan we nu met elkaar? Het systeem waarmee we werken om geneesmiddelen te ontwikkelen en naar de patiënt te brengen, stamt nog uit de jaren zestig en zeventig. Het biedt ongelooflijk veel zekerheden op het terrein van geneesmiddelveiligheid, maar tegelijkertijd rammelt de patiënt aan de poort en zegt: ik wil het en ik wil het nu. Het ontwikkelen van een geneesmiddel duurt nu soms wel dertien tot veertien jaar, terwijl de therapeutische waarde veelal na zes jaar bekend is. Niemand is gelukkig met het huidige systeem. Ik wil graag de frustratie van de patiënt die zit te wachten, wegnemen en hem snel toegang kunnen geven. Ook de arts is gefrustreerd. Hij ziet immers dat er nieuwe middelen aankomen, maar hij kan of mag deze nog niet geven. En op het moment dat de middelen beschikbaar zijn, zijn de prijzen zo gigantisch hoog dat de arts misschien gaat twijfelen. Tevens is er sprake van frustratie bij de fabrikant, die alle fasen van geneesmiddelenontwikkeling moet doorlopen alvorens hij zijn middel eindelijk op de markt mag brengen. Dit voert de prijs alleen maar verder op. De enige instanties die er fundamenteel iets aan kunnen doen, zijn de FDA (Food and Drug Administration) in Amerika en het EMA in Europa. Het EMA komt misschien naar Nederland. Deze mag zich van mij in Limburg vestigen, maar als Groninger zeg ik: er gaat niets boven Groningen. Ik geef het enkel in overweging. Het is campagnetijd, dus het mag allemaal.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik maak hier toch bezwaar tegen, want Limburg heeft wel degelijk goede faciliteiten om een dergelijke instantie te herbergen. Het is iets te kort door de bocht van de heer Rutte om het weg te zetten met de opmerking dat het campagnetijd is. Ik heb hierover ook schriftelijke vragen ingediend.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik ga er verder niet op in. Limburg is ongetwijfeld ook zeer geschikt om het EMA te ontvangen. Het is sowieso goed als het EMA naar Nederland komt.



In Amerika organiseerde de door velen verguisde Donald Trump vorige week een bijeenkomst met Big Pharma. Men moet het filmpje gewoon eens bekijken om te zien wat daar gebeurt. Trump zegt: jongens, die middelen van jullie zijn hartstikke mooi, maar de ontwikkeltijd moet korter en daar gaan jullie maar mooi aan werken; ik geef de FDA opdracht om de termijnen te verkorten. Het is wat kort door de bocht, op z'n Trumps, maar in de basis heeft hij wel een beetje gelijk. De grote vraag is of wij in Europa ook in staat zijn om tot andere modellen te komen. Kan Nederland hierin de lead nemen? Ziet de Minister mogelijkheden om niet alleen het EMA naar Nederland te halen, maar om ook echt namens de Nederlandse artsen, patiënten en misschien de farmaceutische industrie een pledge te houden voor het aanpassen van ontwikkelmodellen, in het belang van iedereen?

Dit brengt mij op de huidige praktijk. Om geneesmiddelen goed bij de patiënt te krijgen, zijn therapeutische tests nodig. De Minister beschreef dit in haar brief over gepast geneesmiddelengebruik. Ze komt met een subsidie voor het ontwikkelen van diagnostische tests, maar deze worden reeds gebruikt. Er lijkt soms onduidelijkheid te bestaan over de vraag wie ze moet betalen. Zitten de tests in een dbc (diagnose-behandelcombinatie), zitten ze in een DOT (dbc's Op weg naar Transparantie), moet de fabrikant ze betalen? Deze onduidelijkheid kan leiden tot verminderd gebruik van de diagnostische tests waardoor we de middelen niet bij de juiste patiënt krijgen. Is het een idee om de NZa goed naar de financiering te laten kijken, zodat snel duidelijk is op welke wijze we een en ander goed kunnen inbedden?

In de praktijk worden behandelingen met dure geneesmiddelen steeds vaker geconcentreerd in een beperkt aantal centra, zoals het Antoni van Leeuwenhoek. Daar is alle kennis aanwezig, zijn de diagnostische testen, wordt de patiënt goed begeleid en komt het middel ook bij de juiste patiënt. Voor iemand die in Hoogeveen woont, heeft het echter een enorme impact als hij voor zijn behandeling naar Amsterdam moet. Hij is hiertoe bereid wat betreft het deel waarvoor dat echt nodig is. Veel zaken, zoals nazorg en nacontroles, zouden echter ook gewoon in het regionale ziekenhuis kunnen plaatsvinden. Het lijkt erop dat de financiering hiervoor onduidelijk is of hieraan in de weg staat. Is de Minister bereid om te bekijken of het beter, slimmer en anders kan, in het belang van de patiënt?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Ik begin met mij te verontschuldigen. Ik was te laat en moet straks na de eerste termijn van de Kamer weer weg. Ik kom hier een beetje binnenwaaien. Dat is niet mijn gewoonte, maar soms gaat het niet anders. Ik wilde graag bij dit AO aanwezig zijn.

Bij sommige overleggen staan er brieven van jaren geleden op de agenda. Het oudste stuk op de agenda van vandaag dateert echter van juni 2016, wat nog niet zo lang geleden is. Het geneesmiddelenbeleid staat hoog op de agenda. Gezien de ontwikkelingen is dit van belang. Belangrijke en waardevolle ontwikkelingen dragen eraan bij dat steeds meer patiënten langer kunnen blijven leven. De ontwikkelingen vragen wel om maatregelen, omdat de kosten blijven toenemen. Ik sluit me wat dat betreft aan bij de opmerking van de heer Rutte dat we moeten bekijken op welke manier de processen en systemen kunnen worden versneld. Ik heb hierover een vraag aan de Minister. Over slechts vijf weken zijn de verkiezingen. Met alles wat de Minister nu zegt, regeert zij een beetje over haar eigen graf heen. Is zij echter met mij van mening dat de regierol expliciet bij de Minister van VWS moet liggen?

Om de ontwikkelingen op het terrein van toegankelijkheid in de gaten te houden, voert de NZa een halfjaarlijkse monitor uit. Hieruit blijkt dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich inspannen om de uitgaven aan geneesmiddelen te beperken, ook al zijn de totale uitgaven gestegen. Zorgverzekeraars nemen steeds meer risico's op zich, maar zorgaan-

bieders ervaren nog steeds knelpunten. Voorts komt uit de monitor naar voren dat de patiënt het meest optimale middel soms met vertraging krijgt. Dit is een zorgelijke uitkomst. De Minister zegt dat zij de vinger aan de pols houdt, maar wat bedoelt zij daar precies mee? Als ik zelf niet bij de beantwoording aanwezig ben, luistert mijn fractie mee. De gehele fractie zit op het puntje van haar stoel.

Het zorgen voor toegankelijkheid vraagt om samenwerking. Een mooi voorbeeld op dit terrein is het initiatief van de verschillende politieke jongerenorganisaties die, gesteund door veel andere organisaties, het manifest License to Heal hebben gelanceerd. Hierin wordt onder meer opgeroepen om voorwaarden te stellen aan licenties van kennisinstellingen, die een groot deel van het fundamenteel onderzoek doen en waar heel veel publiek geld in zit. De Minister heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving om advies gevraagd, met als aandachtspunt de verhouding tussen publieke en private opbrengsten. Wanneer verwacht de Minister dat dit advies klaar is? Kan hierin expliciet gekeken worden naar de licentievoorwaarden?

Om de medicatieveiligheid te bevorderen, heb ik reeds in 2011 een amendement ingediend waarmee apothekers in staat worden gesteld om met toestemming van de patiënt relevante labwaarden op te vragen, te raadplegen en te bewaren. Uit het vervolgonderzoek medicatieveiligheid blijkt dat het gewenste resultaat nog niet behaald is, terwijl dit wel belangrijk is voor de patiëntveiligheid. We hebben net het nieuws gehoord over de polyfarmacie, dus de taak van de apothekers is heel belangrijk. Hoe zorgen we ervoor dat apothekers eenvoudig aan de juiste informatie komen en dat huisartsen deze daadwerkelijk aanleveren?

Ook op het punt van uniforme barcodering is nog winst te behalen voor de patiëntveiligheid. Hierover heb ik heel vaak met de Minister van gedachten gewisseld. Barcodering draagt bij aan de vergroting van de patiëntveiligheid en lijkt ook kosteneffectief te zijn. Dit moet voortvarend opgepakt worden door betrokkenen, aldus de Minister. Waarom liggen er dan nog geen plan en invoeringsdatum? Dat zou namelijk voortvarend zijn. Wat is er gebeurd met de ambitie om het ook Europees te regelen? Ik eindig met een positieve noot. De aandacht voor het onderwerp geneesmiddelenbeleid maakt dat de farmaceutische industrie zich meer bewust lijkt te worden van haar belangrijke maatschappelijke rol in andere Europese landen. Er zijn afspraken gemaakt met de farmaceutische industrie om de uitgaven voor geneesmiddelen op de lange termijn binnen de perken te houden. Eerder vroeg ik de Minister of zij ook in Nederland de industrie wil betrekken. Wat is de stand van zaken? Vindt de Minister het een idee om de industrie als gesprekspartner te betrekken bij de totstandkoming van eventuele nieuwe hoofdlijnenakkoorden?

### **Voorzitter: Bruins Slot**

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

Voorzitter. Gisteren hadden we een politiek café in Dudok over dure kankergeneesmiddelen. Een van de conclusies was dat dure geneesmiddelen voor elke patiënt in Nederland beschikbaar moeten zijn, mits ze veilig zijn en op een fatsoenlijke manier worden verstrekt. Dit grondrecht bespreken we ook vandaag tijdens het laatste debat met deze Minister over het geneesmiddelenbeleid. De vraag is of we dit recht kunnen garanderen en wat de rol moet zijn van de politiek, het kabinet en de farmaceutische industrie. Gisteren kwam heel duidelijk naar voren dat de regie ontbreekt. De Minister ontbrak letterlijk. Ik duid het haar niet euvel, want ze heeft natuurlijk van alles te doen. De regie, dus dat de overheid de lead heeft om ervoor te zorgen dat eenieder het medicijn krijgt dat hij of zij nodig heeft, wordt node gemist. Dit blijkt eens te meer uit de nieuwsuitzending van gisteravond over het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis. Het is toch te gek dat een geneesmiddel met publiek geld wordt ontwikkeld,

dat het voor een heel laag bedrag aan de industrie wordt gegeven en dat wij het vervolgens voor heel veel geld kunnen terugkopen om het aan de patiënt te geven. Dat is natuurlijk volstrekt verkeerd. Mijn vraag aan de Minister is op welke manier we de regie terugpakken. Hoe zorgen we ervoor dat we er zelf over gaan? License to Heal heeft het goede voorstel gedaan om voorwaarden te stellen aan met publieke middelen ontwikkelde geneesmiddelen. Dit moeten we verder ontwikkelen.

De Minister heeft de afgelopen jaren veel steken laten vallen. Ze is er niet in geslaagd om de geneesmiddelenprijzen te beteugelen. Ze had de Wet geneesmiddelenprijzen kunnen aanscherpen, maar dit heeft ze niet gedaan. Ze heeft de geneesmiddelenreclame, de farmaceutische industrie, op dit punt geen strobreed in de weg gelegd. Wat betreft de onderhandelingen over dure medicijnen, de transparantie en de geneesmiddelen in de sluis buigt de Minister voor de industrie. Niets is transparant. We weten niet wat de prijs is van een middel dat ze heeft uitonderhandeld. We kennen de kostprijs van de middelen niet en dat is onbestaanbaar, temeer daar de geneesmiddelenmarkt eigenlijk geen markt is. De patiënt weet niet of een middel werkt en hoe duur het is. Hij heeft geen machtsmiddelen, omdat hij afhankelijk is van de industrie, van de arts en ook van het feit dat wij het met ons allen opbrengen. Dat is dus heel iets anders dan wanneer een individuele burger iets wel of niet koopt. De markt faalt en wat doet de overheid om dit te corrigeren?

Ik kom op de controlestructuur. Kan de Minister aangeven op welke wijze het middel nivolumab effectief wordt gemonitord en gecontroleerd? Ik sprak met het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Bij hemat oncologie wordt gebruikgemaakt van een onafhankelijk registratiesysteem, maar niet bij solide tumoren. Hoe zit dat?

Een ander punt betreft de patiëntveiligheid. Het laatste nieuws is dat dagelijks één à twee patiënten worden opgenomen vanwege verkeerd medicijngebruik. Hoe kunnen we dit tackelen?

Ik kom terug op de medicijncheck voor ouderen, waar de Kamer voor is. Kan die worden uitgevoerd voor alle 65-plussers die vijf medicijnen gebruiken?

Afrondend kom ik op het gebruik van psychofarmaca in verpleeghuizen. Hier is geen enkele vooruitgang geboekt. 60% van de patiënten die in verpleeghuizen verblijven, gebruikt psychofarmaca. We moeten ons afvragen of dit terecht is. Is de Minister het met mij eens dat het beter is om ervoor te zorgen dat er meer handen aan het bed zijn dan dat de ouderen die in verpleeghuizen verblijven pillen in de mond krijgen?

**De voorzitter:**

Een mooie afronding. Ik geef u het voorzitterschap terug.

**Voorzitter: Van Gerven**

De vergadering wordt van 10.34 uur tot 10.46 uur geschorst.

**Minister Schippers:**

Voorzitter. Het lijkt lang geleden, maar slechts één jaar geleden kwamen we met de geneesmiddelenvisie. Hierin stonden radicale beleidswijzigingen. Er moet behoorlijk veel gebeuren om een radicale omslag waar te maken. De geneesmiddelenvisie is een brede visie op een veelheid van terreinen. Sommige aspecten liggen op nationaal niveau, maar heel veel aspecten liggen op internationaal niveau. Dit compliceert het dossier. We moeten ons goed realiseren dat Nederland op internationaal niveau 1% à 2% van de wereldmarkt uitmaakt. In de gremia waar ik namens Nederland en onze mensen acteer, proberen we mensen van andere landen maximaal met ons mee te krijgen, zodat we een breder front krijgen. Ik heb drie maanden geleden een voortgangsbrief geschreven over de stand van zaken van allerlei onderdelen. We onderhandelen momenteel

met vier landen. Zwitserland en Ierland hebben aangegeven zich te willen aansluiten. Dat is heel erg mooi. Een land kan zich overigens niet zomaar aansluiten. Er moet achter de voordeur heel veel worden gelijkgesteld. Alle beoordelingsinstituten en instituten die erover gaan, zoals in België en Oostenrijk, moeten gestroomlijnd worden. Dit moet bij elk nieuw land weer gebeuren. Het is heel positief dat deze landen hebben aangegeven zich te willen aansluiten. We hebben dergelijke gesprekken ook met Frankrijk en Italië gevoerd. De gesprekken waren positief. De situatie in deze landen is momenteel echter lastig, omdat er verkiezingen zijn. Het ligt daar dus even stil. Er vinden wisselingen plaats. Onze gesprekspartner in Italië is inmiddels ergens anders naartoe gegaan. Dit geeft complicaties waar Nederland niets aan kan doen. Als een land zich aansluit, hebben we ineens een inwonersaantal van 100 miljoen. Dat is een ander inwonersaantal dan 17 miljoen. Het is dus van groot belang dat we dit internationaal doen.

De wind is internationaal uit een andere hoek gaan waaien. Bij een vergadering bij de OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) zaten ook Japan en Canada aan tafel. In de Verenigde Staten verandert er veel; niet alleen onder Trump gebeurt dit, ook onder zijn voorganger gebeurde het al. Als we dit allemaal bij elkaar optellen – we krijgen steeds meer zicht op de horizon – komen er heel mooie producten aan die we met elkaar niet kunnen opbrengen. Daar heeft helemaal niemand baat bij. De industrie overigens ook niet, want die moet haar producten verkopen. De OESO heeft aangegeven dat zij actief aan de slag gaat met alternatieve businessmodellen. Er wordt binnen de OESO dus capaciteit hierop ingezet. De analyse die onder ons voorzitterschap op Europees niveau is afgesproken, loopt nog even, zoals ik de Kamer heb laten weten, maar is volop in gang.

Een weesgeneesmiddel krijgt allemaal top-ups op de patenten. In hoeverre belemmert of stimuleert dit innovatie? Dit wordt momenteel op Europees niveau geanalyseerd. Het gesprek is op gang. Er is internationaal wat in beweging. Ik heb in mei een rondetafelgesprek georganiseerd met de industrie, want ik ben van mening dat je niet alleen over elkaar moet praten, maar ook met elkaar. We hebben geprobeerd een agenda vast te stellen. In december hadden we in Portugal een tweede rondetafelgesprek. Uit het tweede rondetafelgesprek bleek echter dat er een duidelijk verschil van mening bestaat tussen de industrie en de aanwezige Ministers over waar het naartoe moet en wat we van elkaar verwachten.

Als we het hebben over «de industrie» lijkt het alsof iedereen in de industrie hetzelfde denkt. Dit is niet zo. Er zijn veel bedrijven die willen meedenken over de wijze waarop we een en ander anders kunnen inzetten of anders kunnen vormgeven. Mijn inzet is om die industrie aan tafel te hebben. Er is ook industrie – ik zal niet noemen welke – die met haar handen over elkaar gaat zitten en zegt: het is jouw probleem. Ik ben in Davos geweest. Ik heb veel CEO's (chief executive officers) gesproken van grote internationale bedrijven die belangrijke medicijnen produceren of in de pijn hebben. Er is een groot verschil tussen de ene en de andere fabrikant. We moeten bekijken op welke manier we ons kunnen verbinden met de fabrikanten die daadwerkelijk willen meedenken. Ik ben niet uit op een derde rondetafelgesprek, want het heeft weinig zin om in zijn algemeenheid te praten met de industrie en haar koepels.

Ik heb in Davos bij collega's en de industrie getoetst of we niet één terrein kunnen nemen waarover iedereen zorgen heeft, zoals antibioticaresistentie. Het duurt veel te lang voordat nieuwe antibiotica door de procedure komen die we in Europa hebben vastgesteld. Ik ben het met de heer Rutte eens dat de Europese regelgeving is gestoeld op bulkmedicijnen. 55% van de oncologische medicijnen is al een weesgeneesmiddel. Die geneesmiddelen zijn voor kleine groepen. We moeten de Europese regelgeving veranderen. Hiervan ben ik overtuigd. Hier zet ik keihard op

in. Ik heb echter wel andere landen nodig die dit ook vinden. Hier zit heel veel koudwatervrees. We vinden allemaal dat er nieuwe antibiotica moeten komen. We zien allemaal het probleem dat die onvoldoende worden ontwikkeld. De fabrikanten die ermee bezig zijn, zijn zeer bereidwillig om te bekijken op welke wijze we anders kunnen betalen; niet per pil, maar misschien met een abonnementstarief of een ontwikkeltarief, of dat we eerder instappen bij een fabrikant. Er zijn fabrikanten die mij hebben laten weten dat ze er heel erg voor openstaan om te bekijken op welke wijze we dit anders kunnen doen. Het lijkt mij veel zinniger om specifiek op een casus te zitten dan in zijn algemeenheid met de gehele industrie afspraken te maken, want dan gaan de afspraken zo snel als de langzaamste wil en komen we niet snel genoeg tot een verandering.

De heer **Rutte** (VVD):

Het is heel goed om te horen dat de Minister aangeeft zich ten volle te willen inzetten om de internationale regelgeving voor de ontwikkeling van geneesmiddelen aangepast te krijgen en dat zij zich inzet om dit te doen met de antibiotica. Dit kan ik van harte steunen. Hier is internationaal veel steun voor. Ze schetst echter ook dat het noodzakelijk is dat de modellen rond de kankergeneesmiddelen veranderen, die steeds vaker weesgeneesmiddelen worden. Ik snap dat het lastig is en dat er landen zijn die heel moeilijk doen, maar kan er vanuit Nederland niet heel helder worden gemaakt dat het op dit gebied anders móét? Middelen moeten veel eerder, als ze nog in de pijplijn zitten, naar patiënten kunnen worden gebracht. Wat is ervoor nodig om dit internationaal beter te laten landen? Wat kunnen wij doen?

Minister **Schippers**:

Er zijn twee acties ingezet. Ten eerste de analyse die op Europees niveau plaatsvindt. Dit kan niet sneller. Er zitten allerlei patentverlengende dingen op. De oude regelgeving moet worden aangepast. De huidige regels in Europa veroorzaken heel veel vertraging. Dit kan veel beter. Het gaat veel te langzaam. Daarom ben ik overgeschakeld op antibioticaresistentie. Ten tweede vinden we dat er bij antibiotica andere businessmodellen moeten komen. Dit vindt de industrie ook, dus hier is een gedeeld belang. In zijn algemeenheid komen we niet verder. Laten we zo'n casus pakken om daadwerkelijk doorbraken te organiseren. Dit heb ik afgelopen januari in Davos voorgesteld aan heel veel individuele CEO's en collega's, en in plenaire debatten. Ik bekijk samen met andere landen of we in Europa sneller stappen kunnen zetten in plaats van dat we het gehele terrein meenemen. Ik kan hiervan nog geen resultaat melden, want ik heb dit proces pas kortgeleden heel erg actief ingezet.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik snap heel goed dat de Minister nog geen resultaat kan laten zien. Het is internationaal ook buitengewoon ingewikkeld. Ik deel de inzet van harte. Er waait op dit moment een totaal andere wind in de VS, ook op dit dossier. Trump geeft de FDA feitelijk de opdracht om het maar anders te gaan doen. Nederland kan dit soort dingen niet zomaar realiseren. Heeft de Minister een idee op welke manier we kunnen voorkomen dat er uiteindelijk een soort directief vanuit Amerika komt over de wijze waarop het anders moet? Kunnen we in Europa aan de bal blijven? Wat is hiervoor nodig?

Minister **Schippers**:

Ik heb vele gesprekken gevoerd, ook met mijn Amerikaanse collega; een democraat, die overigens ook wilde wijzigen. We moeten ons niet vergissen: de Amerikanen betalen de hoofdprijs. Zij betalen nog veel meer voor hun medicijnen dan Europa. Ze hebben heel goed gekeken naar wat er het afgelopen jaar in Europa is gebeurd. Ik ben blij dat ook Trump de

noodzaak ervan inziet. We moeten oppassen dat als ze daar minder betalen, wij niet meer betalen. We moeten met elkaar de rekening naar beneden zien te krijgen. Dit kan best. We proberen hierover contact te onderhouden. We moeten echter ook naar onszelf kijken. Op Europees niveau is de regelgeving van de vorige eeuw. We moeten die aanpassen aan de regelgeving die nodig is voor de huidige medicijnen. Hiervoor denk ik steeds meer steun te krijgen, zeker als we beginnen met een medicijn waarover geen discussie bestaat dat het er moet komen en dat er behoefte aan is.

Ik ga straks in op alle specifieke vragen. Op nationaal niveau hebben we niet stilgezeten. In de brief hebben we een update gegeven van de stand van zaken. We zijn natuurlijk druk bezig met het inkoopplatform. Er wordt een persoon aangesteld die dit gaat opzetten. Het moet voor de kabinetswisseling staan en lopen. Daarnaast werken we natuurlijk samen met de verzekeraars en de ziekenhuizen die moeten aangeven voor welke medicijnen het nuttig is als we op nationaal niveau de handen ineenslaan en gezamenlijk inkopen.

**De voorzitter:**

Ik wil zelf een interruptie over het inkoopmodel plaatsen. De Minister zegt dat zij probeert om daar meer landelijke regie op te zetten. Een bekend probleem is dat een aantal ziekenhuizen veel dure geneesmiddelen, vaak kankergeneesmiddelen, hebben, terwijl er ook afspraken zijn over volumegroei. Hoe denkt de Minister die problematiek te tackelen? Wat vindt zij van het idee om een aantal dure kankergeneesmiddelen uit het ziekenhuisbudget te halen en het probleem landelijk te regelen om te voorkomen dat er een soort risicoselectie plaatsvindt of dat ziekenhuizen dure patiënten naar elkaar verwijzen in plaats van ze adequaat te behandelen?

**Minister Schippers:**

In de praktijk worden alle dure geneesmiddelen al in de nacalculatie van de contracten van de verzekeraars meegenomen. Wat dat betreft is het geen acute situatie. De ziekenhuizen zien wel daadwerkelijk de uitgaven voor deze geneesmiddelen toenemen. Op bepaalde onderdelen nemen de kosten toe, maar op andere onderdelen kan er door procesinnovatie, door dingen anders aan te pakken of door goede afspraken met de anderhalvelijnszorg te maken, voor gezorgd worden dat dingen efficiënter gebeuren. We moeten niet kijken naar steeds maar opplussen en opplussen, maar naar het feit dat ziekenhuizen aan de ene kant hogere uitgaven hebben – daar is geen discussie over mogelijk, dat is zo – en aan de andere kant ervoor moeten zorgen dat ze dingen anders aanpakken. Dat kan, want er zijn veel mogelijkheden waardoor men geld kan overhouden om aan die dure geneesmiddelen te besteden. De nacalculatie zorgt in ieder geval voor de waarborg voor de patiënt.

**De voorzitter:**

Mogen we dan concluderen dat ziekenhuizen die zeggen dat ze patiënten niet kunnen behandelen omdat ze te hoge uitgaven hebben voor dure geneesmiddelen of kankergeneesmiddelen ernaast zitten, omdat die extra kosten door de verzekeraars vergoed worden of zouden moeten worden?

**Minister Schippers:**

Een patiënt heeft recht op behandeling conform de richtlijnen, die gebaseerd zijn op de stand van de wetenschap. Als een ziekenhuis die behandeling niet kan leveren, moet het dat vooraf aangeven. Ik voel er niks voor – maar dat weet de Kamer, want dat gesprek hebben we eerder gevoerd – om een apart kader voor dure geneesmiddelen te maken. Vroeger hadden we allemaal verschillende kaders, zoals een kader voor medisch-specialistische kosten. Daar moeten we niet weer naartoe. Een

ziekenhuis moet altijd kijken naar de terreinen waarop het efficiënter kan werken en waaraan het het overgehouden geld kan besteden. De patiënt heeft daar recht op. Als een ziekenhuis niet kan leveren volgens de richtlijnen moet het dat aangeven en een patiënt doorverwijzen of wel leveren.

We zijn met alternatieve businessmodellen aan de slag gegaan, maar we zijn natuurlijk afhankelijk van wat ons wordt aangereikt. We hebben heel slechte ervaringen met een overheid die zelf medicijnen gaat produceren en met grote verliezen. We hebben ook gezien dat verzelfstandiging ervoor zorgt dat iets binnen no time winstgevend is. Een overheid moet dat echt niet doen. We hebben Fair Medicine maar ook het Antoni van Leeuwenhoek (AVL) gesteund. Dat kwam gisteren met een heel rationeel voorstel dat vraagt om te kijken naar een manier om combinatietherapie met oudere, al uit patent gelopen, medicijnen op te pakken met de generieke industrie. Dat is een ongelooflijk belangrijk voorstel. Ik ga met hen om de tafel om te bekijken op welke manier we dat voorstel kunnen uitwerken en wat de overheid daarin kan betekenen.

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving hebben we gevraagd naar de alternatieve businessmodellen waarbij we natuurlijk ook de suggesties van de jongerenorganisaties meenemen. Ik was heel positief verrast dat die dit belangrijke punt hebben opgepakt. Ze hebben een hartstikke goed doordacht, mooi manifest gemaakt. Ik was het er ook grotendeels mee eens. In het gesprek met de RVS zullen we uiteraard de aspecten meenemen die ook in mijn visie staan: als de samenleving geld aan de universiteit geeft voor de ontwikkeling van fundamenteel onderzoek en dit vervolgens wordt opgepakt, moeten we echt kijken naar de wijze waarop we met die investeringen omgaan. Ik heb het «dubbel betalen» genoemd, maar het is echt een belangrijk punt. Ik kan me voorstellen dat we wat op een universiteit wordt ontdekt publiek maken. Of we maken een afspraak waardoor we ervoor zorgen dat het voor degene die ervoor betaald heeft, de belastingbetaler, wat oplevert. We moeten het slimmer aanpakken. De OESO is hier ook mee bezig. Ik kom op de herberekening van het GVS (geneesmiddelenvergoedings-systeem). We stuiten op heel gevoelige punten. Het blijkt dat er grote bijbetalingen plaatsvinden als de prijs door de industrie niet verlaagd wordt. Dat betekent dat de patiënt daar echt grote schade van kan hebben. We hebben berekend dat dit in de duizenden euro's per jaar kan lopen. We hebben twintig clusters gedefinieerd waar het iets oplevert en bekijken binnen welke clusters een patiënt kan switchen naar een goedkoper geneesmiddel, zodat de bijbetalingen ontlopen kunnen worden. Ook voor de diagnostische testen moeten we het dubbel betalen regelen. We hebben bij ZonMw een subsidie van 10 miljoen uitgezet. Het programma staat vast en er kan gestart worden, maar er wordt wel bekeken op welke manier we dubbel betalen kunnen voorkomen. We willen niet een subsidie geven om iets te ontwikkelen en vervolgens heel veel geld moeten betalen voor het gebruik van de diagnostische tests. Dit wordt daarin verwerkt. Als dat gedaan is, kan er een call uitgaan. De heer Rutte vroeg hoe er wordt betaald als het ontwikkelen van de diagnostische test geen onderdeel is van het ontwikkelen van geneesmiddelen. Hij ziet dat er momenteel heel dure geneesmiddelen worden ontwikkeld waarbij de diagnostische test er eigenlijk naast ontwikkeld wordt. Ik zal de NZa vragen om uit te werken op welke manier we dat het beste kunnen aanpakken. Dat moet natuurlijk wel. Van een aantal geneesmiddelen weten we dat die bij 80% van de mensen die ze krijgen niet werken. Die mensen hebben wel last van allerlei bijwerkingen. De diagnostische tests zijn ontzettend belangrijk om te voorkomen dat mensen medicijnen slikken die niets voor hen doen. Het programma voor het gepast gebruiken van geneesmiddelen loopt volop. Ziekenhuizen en verzekeraars zijn druk bezig met deze materie. De actieve omzetting van biosimilars door Erasmus MC en de Sint Maartens-

kliniek is echt op de wagon. Er gebeurt momenteel ongelooflijk veel op dit terrein. Het beleid is geen papier gebleven, want er is het afgelopen jaar veel in actie gezet en gedaan.

Ik ga naar het beantwoorden van de vragen. Waarom maakt Europa geen gebruik van maatregelen om goedkopere middelen te krijgen, vraagt mevrouw Bruins Slot. We hebben in Europa fors ingezet. Vrijwillige samenwerking is haalbaar. Verplichte samenwerking niet, ook omdat er systemen zijn zoals dat in Duitsland. Duitsland voelt niet voor Europese samenwerking omdat het daar door de verzekeraars wordt geregeld. We kunnen wachten tot iedereen zich bij ons aansluit, maar we hebben gezegd dat we van start gaan met degenen die het belang ervan inzien. De samenwerking moet ook leiden tot meer transparantie, zowel van en in de richting van de industrie als tussen lidstaten. Als we onderhandelen is er transparantie over de onderhandelingen. Het onderzoek naar gewenste en ongewenste effecten van huidige aanvullende mechanismen in Europa loopt, zoals ik in mijn inleiding aangaf.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik waardeer de inspanning van de Minister in Europa om dit voor elkaar te krijgen, maar mijn specifieke vraag ging over het fiche dat de Minister naar de Kamer heeft gestuurd. Daarin staat dat de oorspronkelijke afspraken over weesgeneesmiddelen waarvoor marktexclusiviteit is, verkort kunnen worden als blijkt dat producenten onredelijke winsten kunnen behalen. Welke mogelijkheden zijn er om daar werk van te maken? Ik vraag dit omdat de Minister dit zelf aan de Kamer heeft geschreven. De praktische uitvoering kwam ik in het stuk niet tegen, terwijl het wellicht een drukmiddel is om ervoor te zorgen dat we lagere prijzen krijgen door geneesmiddelen eerder uit het patent te halen.

Minister **Schippers**:

Dat is onderdeel van het onderzoek dat is ingezet door de Europese Commissie. We doen overigens samen met Economische Zaken (EZ) onderzoek naar gewenste en ongewenste effecten van de prikkels die in het huidige systeem zitten. As we speak, krijg ik een update. De marktexclusiviteit voor geneesmiddelen kan volgens de Europese verordening worden verkort van tien naar zes jaar. Lidstaten kunnen het EMA vragen een onderzoek in te stellen naar de vraag of een weesgeneesmiddel nog wel voldoet aan alle criteria. Een belangrijk criterium is de vraag of geneesmiddelen voorgeschreven worden aan meer dan 5 op de 10.000 patiënten in de Europese Unie. Intrekking op grond van excessieve winsten kan alleen als een geneesmiddel geregistreerd wordt onder het criterium dat exclusiviteit noodzakelijk is voor de return on investment. Slechts heel weinig geneesmiddelen, één à twee, worden op die wijze geregistreerd. Daarmee is het intrekken van marktexclusiviteit op grond van hoge winsten heel erg moeilijk. Ik wil daarover wel in discussie gaan. De analyse is er niet voor niets. We hebben daar ongelooflijk hard voor moeten werken. De Kamer zal het niet geloven, maar niet alle lidstaten waren even enthousiast over de analyse. We hebben hem gerealiseerd en als die uitkomt, dan willen we goed voorbereid zijn om op basis daarvan druk te zetten. Daarom doe ik onderzoek met EZ.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik was op zoek naar die actiebereidheid. De Minister noemt twee criteria. Het tweede criterium geldt maar voor een of twee middelen die onder die bijzondere voorwaarden zijn geregistreerd. Het eerste criterium is dat een geneesmiddel aan meer dan 5 op 10.000 mensen wordt voorgeschreven. Dan kan men bij het EMA een verzoek doen om het uit het patent te halen. Hoe vaak is dat gebeurd? We zien inmiddels de ontwikkeling dat de indicatie ten opzichte van de oorspronkelijke aanvraag uitgebreid wordt. Dat zijn ook wegen om op door te gaan.



**Minister Schippers:**

Volgens mij is het precies andersom. Er wordt in indicaties geknipt waardoor men gebruik kan maken van de huidige richtlijn. Het gehele arsenaal van vragen over hoe men ermee omgaat en in hoeverre in de indicaties geknipt wordt, hebben we expliciet meegegeven bij het opstellen van de analyse en de beantwoording van de vraag of de regelgeving daardoor een rem of een stimulans is geworden. We denken dat die op onderdelen een belemmering is geworden. Het kan best zijn dat het op andere onderdelen nog steeds een belangrijke stimulans is. Ik wil daar op basis van de analyse de nuance in zoeken.

De heer Rutte vroeg of we de toegang tot belangrijke medicijnen, waaronder middelen tegen kanker, sneller kunnen realiseren en andere modellen kunnen ontwikkelen. Deze vraag heb ik eigenlijk al beantwoord. We hebben regulering en daar wil ik niet overheen vliegen. De regulering heeft wel degelijk een belangrijke reden, namelijk dat wij graag willen dat alle medicijnen veilig zijn. Aan de ene kant willen we dingen uitsluiten die in het verleden ernstig zijn misgegaan. Aan de andere kant zijn de regels niet toegesneden op vele nieuwe ontwikkelingen en moeten we bekijken hoe we ze kunnen moderniseren. Het zou overigens enorm helpen als we op Europees niveau meer zouden samenwerken op het terrein van de HTA (Health Technology Assessment) om te bepalen welke therapeutische meerwaarde een geneesmiddel heeft en of het kosteneffectief is. We kunnen met de HTA ongelooflijk veel parallel schakelen. Voor een nieuw geneesmiddel op de markt doen we nu allemaal ons eigen onderzoekje en vervolgens ons eigen vergoedingsonderzoek. We zitten met 27 landen in één Europese Unie maar hebben daarvan geen enkel voordeel als er een nieuw geneesmiddel wordt gelanceerd. Alles gaat nog op de ouderwetse manier. We zouden er veel meer uit kunnen halen. Nederland is op dit punt echt bereid om samen te werken.

De heer Van Gerven zegt dat ik de regie totaal niet in handen heb en vraagt of het geen tijd wordt om de regie te nemen. Met de geneesmiddelenvisie en de acties die eruit volgen, heb ik meer dan ooit de regie genomen. De nationale inkoop, die ik nu twee jaar doe, bestond voorheen helemaal niet. Dit betekende dat wij helemaal niet onderhandelden. Een intramuraal geneesmiddel kwam eigenlijk automatisch in het pakket. Wij zetten nu een nationale inkoop samenwerking op. We stimuleren alternatieve businessmodellen en maken ons daar sterk voor. Wij hebben de regie genomen over vele onderwerpen op het terrein van de visie. We hebben dit niet zomaar gedaan; het was echt nodig.

Ik kom op het voorstel van Wouter Bos over de winstmarges. Kunnen we niet gewoon zeggen dat iedere industrie 10% winst maakt? Ik kan als Nederlandse Minister niet afkondigen dat de fabrikanten, die bijna allemaal in de Verenigde Staten, Engeland of in een aantal Scandinavische landen zijn gevestigd, vanaf morgen maximaal 10% winst maken. Ik ben het overigens met de Kamer en de heer Bos eens dat de farmaceutische sector in vergelijking met andere sectoren veel meer winst maakt. In de afgelopen twintig jaar was de gemiddelde winst 17%. Dat is echt hoog. Er is geen sprake van een echte markt in het geval van monopolistische innovatieve middelen. Omdat er geen concurrentie is, hebben we een betere balance of power nodig waarbij de inkoper een sterkere positie heeft. Ik wil daarom op Europees en nationaal niveau samenwerken. In vergelijking met andere landen zit Nederland in de hoogste categorie van het bruto nationaal product (bnp). Wij betalen in de ziekenhuizen de hoofdprijs, want de prijs wordt afgemeten aan het bnp. We moeten dus bekijken hoe we het beter kunnen aanpakken. Ik kan geen maximale winst afkondigen, maar wel de inkoopmacht op nationaal en Europees niveau versterken en alternatieve businessmodellen stimuleren. We moeten gezamenlijk het gesprek met de industrie aangaan over een andere aanpak, zeker met de industrie die er de noodzaak van inziet. Wij zetten ten volle in op deze weg.

## **Voorzitter: Bruins Slot**

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

Ik heb een aanvullende vraag over de voorstellen om de winst van de industrie te beheersen. Een belangrijk element daarbij is transparantie. Ik weet niet of de Minister er nog expliciet op terugkomt. Op welke manier kunnen we duidelijkheid krijgen over wat een geneesmiddel echt kost? Gisteren hoorden we tijdens het politiek café dat een nieuw te ontwikkelen geneesmiddel gemiddeld 300 miljoen kost, maar ook dat het 1 miljard of 2 miljard kost. Ik weet niet welk bedrag het juiste is, maar ze kunnen niet alle drie waar zijn. Het is een van de drie of nog een ander bedrag. Op welke manier kunnen we ervoor zorgen dat de kosten van geneesmiddelen transparant worden zodat de samenleving kan beoordelen of het terecht is dat we die prijs ervoor betalen?

Minister **Schippers**:

Ik kan niet één bedrag noemen voor het ontwikkelen van een geneesmiddel, want dit is heel erg divers en hangt ook af van de weg die is afgelegd. Als op de afgelegde weg heel veel dingen zijn mislukt maar er uiteindelijk een geneesmiddel uitkomt dat werkt, dan moeten natuurlijk ook alle mislukkingen worden gefinancierd. Ik kan de vraag in zijn algemeenheid niet beantwoorden. Aan het geneesmiddel voor hepatitis C is wereldwijd een gigantisch bedrag verdiend, wat onmogelijk te verklaren is uit de kosten voor onderzoek en ontwikkeling. De prijsstelling van de farmaceutische industrie is helemaal geen optelsom van ontwikkelings- en onderzoekskosten met een marge erop voor de mislukkingen en daar bovenop een gezonde winstmarge, want er moet een gezond bedrijfsleven zijn dat weer verder kan ontwikkelen. Voor geneesmiddelen met een enorme impact kijkt men de willingness to pay, wat men bereid is te betalen, en daar zit natuurlijk een probleem. Laat ik het medicijn tegen hepatitis C als voorbeeld nemen. Ik kan de fabrikant niet dwingen mij te vertellen welke ontwikkelings- en productiekosten hij heeft gemaakt. Het bedrijf is ook niet in Nederland gevestigd. De fabrikant heeft er geen baat bij om deze kosten weer te geven, want hij weet welke winst hij heeft gemaakt. Als ik eisen aan de fabrikant stel waaraan hij niet wil voldoen, brengt hij zijn geneesmiddel gewoon niet op de Nederlandse markt. Hiermee benadeel ik dus mijn patiënten

Voor geneesmiddelen met een groot macrobeslag hebben we de sluis ingesteld. We onderhandelen over die geneesmiddelen. Er zijn echter ook fabrikanten van geneesmiddelen in de sluis die, ondanks dat wij ernaar vragen, niet bereid zijn om ons inzicht in hun ontwikkelings- en productiekosten te geven. Dit is een groot probleem. We kunnen besluiten het geneesmiddel niet te vergoeden, maar dan is het niet toegankelijk voor onze patiënten. De fabrikanten kunnen de 1% à 2% die ons deel van hun markt uitmaakt wel lijden. Geen enkele collega van mij begint hieraan, want iedereen denkt uiteraard in de eerste plaats aan zijn eigen patiënten. We proberen nu op Europees niveau de handen ineen te slaan en een groter blok te vormen. We kunnen dit alleen doen als we het samen doen.

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

Er is eigenlijk sprake van chantage door de farmaceutische industrie. Laten we de discussie over de sluisgeneesmiddelen als voorbeeld nemen. De samenleving en het parlement als controlerend orgaan weten niet wat de Minister heeft onderhandeld omdat de industrie niet wil dat dit transparant en openbaar wordt. Het is toch van de gekke dat dit gebeurt? Moet de Minister dan niet de kat de bel aanbinden? Het is een soort armpje drukken, of hoe moet ik het noemen? Ik weet dat de Minister transparantie wil, maar als alle landen buigen voor de industrie, verandert er nooit iets. Hoe komen we een stap verder met de transparantie, zodat we precies weten hoe het zit met bijvoorbeeld de sluisgeneesmiddelen?

**Minister Schippers:**

Ik wacht op de suggestie van de heer Van Gerven over de manier waarop ik de kat de bel aanbind, maar ik weet dat ik hier als Minister geen vragen mag stellen. Het enige dat we kunnen doen, is de inkoopmacht versterken. Over de geneesmiddelen in de sluis ben ik wel transparant. Ik doe dit niet per geneesmiddel, maar ik ben transparant over de totale opbrengst van alle geneesmiddelen in de sluis over één à anderhalf jaar. Dit laat ik de Kamer weten. De Kamer kan controleren of dat enige zoden aan de dijk zet. Per geneesmiddel betekent het ofwel dat ik het niet vertel en alleen opgeteld laat zien, ofwel dat ik geen deal heb. Als ik geen deal heb, heb ik twee keuzes: of ik betaal de hoofdprijs of het is voor de patiënt niet toegankelijk. Als de Kamer een derde weg weet, ben ik daar heel benieuwd naar.

**Voorzitter: Van Gerven**

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Ik volg de redenatie van de Minister over het versterken van de inkoopmacht. We staan dan veel sterker. In dit licht is het interessant dat landen als Frankrijk en Italië zich willen aansluiten bij het initiatief van de Minister, want dan kunnen we een echte doorbraak tot stand brengen. Is het mogelijk om parallel aan dit pad, dat GroenLinks steunt, naar andere mogelijkheden te kijken? Ik noemde zelf het voorbeeld van de Duitse wet die een bedrijf een jaar de tijd geeft om de meerwaarde van een geneesmiddel aan te tonen. Als het niet lukt, valt het onder de groep generieke geneesmiddelen. Is dit een mogelijke richting? Ik probeer mee te denken.

**Minister Schippers:**

Voordat er verkeerde dingen in de pers verschijnen, moet ik eerst zeggen dat Ierland en Zwitserland hebben gezegd dat ze graag willen meedoen. Met Frankrijk en Italië hebben we gesprekken gevoerd die heel erg constructief en positief waren en waarover ik natuurlijk heel enthousiast was. In deze landen staan echter verkiezingen voor de deur en ik hoop dat de nieuwe mensen voortgaan op dit pad. In Duitsland werkt het als volgt. De fabrikant moet bij het op de markt brengen van een nieuw middel een dossier indienen. In het begin geldt de prijs die de fabrikant vraagt. Het dossier wordt vervolgens beoordeeld, net zoals dit in Nederland door het Zorginstituut Nederland wordt gedaan. Binnen zes maanden volgt een oordeel over de meerwaarde ten opzichte van de reeds bestaande producten. Als het middel geen meerwaarde heeft, krijgt het nieuwe product de prijs van reeds bestaande, vergelijkbare middelen. Wij hebben een gelijksoortige procedure in ons systeem zitten. De enige reden waarom Duitsland zich niet bij ons zou aansluiten – als het dat al zou willen, maar daar wil ik niet op preluderen – is dat het een heel ander systeem heeft. Wij hadden ook dit systeem waarin de verzekeraars of de ziekenhuizen de inkoop deden. Dat gebeurt in Duitsland. Twee jaar geleden vond ik het te ver gaan en heb ik besloten te onderhandelen over medicijnen met een groot beslag. In Duitsland gebeurt dit niet.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Het is dus niet mogelijk om parallel aan de route om zo veel mogelijk landen te betrekken bij het versterken van de inkoopmacht, ook de stap zetten die ik noemde? Kan dit niet naast elkaar plaatsvinden?

**Minister Schippers:**

De manier waarop Duitsland het aanpakt, bestaat in allerlei varianten in andere landen. Er is niet één land dat niet toetst op therapeutische meerwaarde en niet de vraag stelt of een middel een toevoeging aan het arsenaal is. Wij volgen deze stappen en tot nu toe hebben we alle geneesmiddelen toegelaten als een middel van therapeutische

meerwaarde was en wij het kosteneffectief vonden. Dit punt komt duidelijk naar voren in de Europese vergaderingen en dat is natuurlijk treurig. Ik sluit niet uit dat het een keer niet lukt met een geneesmiddel in de sluis. Dat sluit ik zeker niet uit. Ik spreek collega's die veel geneesmiddelen al langere tijd niet meer op hun markt hebben omdat ze het domweg niet kunnen betalen. Er is een aanzienlijk arsenaal aan geneesmiddelen dat in Nederland wel verkrijgbaar is. Nederland heeft een hepatitis-C-programma voor alle groepen die er baat bij kunnen hebben, onder condities die we hebben afgesproken met de professionals en onder allerlei gepastgebruikcondities. Ik heb de Kamer daarover een brief gestuurd. Er zijn echter landen waarin zo'n programma zeer beperkt toegankelijk is. Ik wil niet dat dit ons voorland is, laat ik het zo zeggen. Transparantie is ongelooflijk belangrijk, maar ik moet ook bezien wat de belangen van de patiënten zijn en hoe ik hieraan tegemoet kan komen. In het samenwerkingsverband hebben wij afgesproken om transparant te zijn. Hoe groter het verband wordt, hoe transparanter wij zijn ten opzichte van andere landen.

Dan is er de belangrijke vraag van de Partij van de Arbeid hoe de toegankelijkheid in de sluis is geborgd. Ten eerste is de sluis alleen voor geneesmiddelen met een hoog financieel risico. Op korte termijn, enkele maanden nadat het middel op de markt komt, kan de inzet van de sluis als gevolg hebben dat patiënten vertraagd toegang hebben tot geneesmiddelen. Te dure geneesmiddelen zijn niet meer zomaar in het ziekenhuis toepasbaar. We plaatsen nieuwe middelen waarvan de prijs bekend is in de sluis als die prijs op macroniveau bezien en per persoon heel hoog is. Het is dan nog geen onderdeel van het pakket en we gaan onderhandelen. Als we tot een deal komen, komt het middel in het pakket. Die onderhandelingsstermijn is dus een vertraging in de toegankelijkheid. Op een gegeven moment, of dat nu onder mij gebeurt of onder een van mijn opvolgers, komt er een geneesmiddelenfabrikant die niet wil dalen met zijn prijs. Dan moeten we tegen onze patiënten zeggen dat we het middel niet leveren. Sommige geneesmiddelen zijn, ik zeg maar wat, tegen de 100% te duur voor kosteneffectiviteit. Als we met die leverancier in een patstelling komen, kan het voorkomen dat het niet lukt om tot overeenstemming te komen. Gelukkig hebben we dit nog niet aan de hand gehad.

Mevrouw **Vermue** (PvdA):

Ik begrijp de redenering van de Minister over de toegankelijkheid, maar vraag me af of er mogelijkheden zijn om naar een meer voorwaardelijke toelating te gaan, waarbij de toelating naar patiënten voor risico van de leveranciers geborgd is en achteraf compensatie kan plaatsvinden als men er in de sluisprocedure wel uitkomt.

Minister **Schippers**:

Het gebeurt soms dat fabrikanten alvast op hun kosten vergoeden aan patiënten, maar die kosten betalen we achteraf niet terug. Een geneesmiddel dat op de markt komt, kan niet direct worden toegepast, zeker niet als er allerlei waarborgen voor goed gebruik omheen moeten. De periode dat een geneesmiddel in de sluis zit, kan ook gebruikt worden door bijvoorbeeld ziekenhuizen die voornemens zijn om het betreffende middel toe te passen, om alles in gereedheid te brengen zodat ze het, als het wordt toegelaten, meteen kunnen toepassen. Dan is er ook weer niet zo veel verlies van tijd.

Ten tweede weten we, als we beter aan horizonscanning kunnen doen, veel beter wat eraan komt. Dit is een heel belangrijke ontwikkeling waar niet alleen Nederland maar alle landen van de Europese Unie mee bezig zijn en proberen meer in samen te werken. We willen een integraal, openbaar en zo objectief mogelijk overzicht van de innovatieve geneesmiddelen die op de markt verwacht worden en de voorziene ontwikkelingen daarin. We kunnen de inkoop beter organiseren als we weten dat

het eraan komt. We worden er niet door overvallen en partijen kunnen tijdig afspraken maken over wat nodig is in de zorgverlening – in de praktijk zien we vaak dat er dingen moeten worden aangepast – maar ook over financiering. VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) kan de middelen voor de sluis selecteren en Zorginstituut Nederland weet welke middelen eraan komen en welke middelen het moet beoordelen. Wat is het verschil tussen horizon en horizon-plus? VWS heeft in eerste instantie het doel om middelen vroegtijdig te signaleren en financiële arrangementen af te sluiten, en heeft op die basis een horizonscan uitgevoerd. Deze bevat voor veel meer partijen relevante informatie en daarom willen we de scan professionaliseren en verder ontwikkelen. Ik heb Zorginstituut Nederland de opdracht gegeven om dit te doen. De plus zit op verschillende vlakken. Het dient doelen van verschillende partijen zoals verbetering van de informatie in de scan, de samenwerking met veldpartijen die vertegenwoordigd zijn in werkgroepen, onder andere de industrie die natuurlijk heel goed weet wat er in de pijplijn zit, en uitbreiding van de informatie, bijvoorbeeld ten aanzien van Bayer similars. Het is een uitbreiding van het proces.

Mevrouw Bruins Slot vraagt naar het rapport van de NZa over de zorgplicht. Dit rapport wordt op zijn vroegst dit voorjaar verwacht. Als ik het heb, wordt het direct doorgestuurd naar de Kamer.

Wat bedoel ik met een vinger aan de pols houden ten aanzien van de rapportage van de NZa over de zorgplicht die nog wordt verwacht? Ik houd contact met de NZa om het belang van het zo snel mogelijk brengen van de resultaten van dit onderzoek te onderstrepen. Het moet wel zorgvuldig gebeuren. De vinger aan de pols houdt in dat we met enige regelmaat informeren naar de stand van zaken en of er vertraging is, zodat we niet worden verrast.

Ik kom bij de centralisatie van dure geneesmiddelen en het organiseren van de nazorg. De heer Rutte zei dat het lastig is als iemand in Hoogeveen woont en voor nazorg naar Amsterdam moet. Ik ben het met hem eens dat het ontzettend belangrijk is dat de nazorg, als dat kan, in de eigen omgeving wordt georganiseerd. Tegelijkertijd is de centralisatie belangrijk, omdat we dan expertise kunnen bundelen en ervaring niet verspreiden. Uiteindelijk gaat het om de vraag wat kan en wat in het belang van de patiënt is. Het is echt de opdracht van de ziekenhuizen om samen te bezien of ze dit beter kunnen doen. Het is de opdracht van het regioziekenhuis om in overleg te gaan over een patiënt die een arts eerder terug wil zien. We hebben oncologen die landelijk samenwerken en in een vereniging zitten. Dit moet echt goed worden georganiseerd, waarbij kwaliteit vooropstaat. Het kan ook kwaliteit zijn om de zorg dicht bij huis te hebben.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik ben het zeer met de Minister eens dat het in eerste instantie aan de oncologen is om te bekijken wat centraal moet en wat decentraal kan. Ik heb de indruk dat deze gesprekken plaatsvinden. Wellicht kan dit beter. Ik krijg ook de indruk dat de financiering soms in de weg staat. Als men een patiënt moet verplaatsen naar een gecentraliseerd centrum, wordt daar voor de financiering een DOT geopend en kan men de patiënt niet zomaar terugnemen en opnieuw een DOT openen. Dan wordt er twee keer betaald en dat wil niemand. Kan hier een probleem zitten? Kan de NZa dit bekijken? Of moeten ziekenhuizen elkaar een factuur sturen en is het praktisch op te lossen?

Minister **Schippers**:

Juist hierom is de rol van de verzekeraar belangrijk. Het is op zich niet moeilijk om onderling te verrekenen – we zien wel vaker dat patiënten verschillende behandelaars hebben – maar het is heel belangrijk dat er afspraken over worden gemaakt. Zoals gezegd doet de NZa een scan op

de zorgplicht. Hiermee kunnen we beter zien hoe dit is geregeld. Ik ben het met de heer Rutte eens dat ziekenhuizen het samen moeten regelen als dat kan. Kwaliteit staat voorop.

De heer **Rutte** (VVD):

De NZa doet een scan op de zorgplicht. Ik weet niet hoever die al is gevorderd. Is het mogelijk om deze vraag mee te nemen, om na te gaan of er belemmeringen zijn om dit soort zaken vorm te kunnen geven? Het gaat echt om praktische bezwaren die wellicht met eenvoudige middelen kunnen worden opgelost.

Minister **Schippers**:

Ik vraag aan de NZa of men dit nog kan meenemen. Als het kan, doet de NZa het.

Ik kom bij het manifest License to Heal. Het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving gaat in op de voorstellen die ook in het manifest staan. De vraag was of de licenties, het dubbel betalen zeg ik maar even huiselijk, worden meegenomen. Dit rapport zal samen met het EZ-onderzoek naar patenten en het EU-onderzoek echt een goed beeld geven. Een nieuwe Minister moet aan de slag met het verwerken van de resultaten ervan.

Mevrouw Dijkstra vroeg of de industrie voldoende gesprekspartner is en of dit beter kan. We hebben de rondetafelgesprekken met de industrie gehad. In Nederland sluiten we hoofdlijnenakkoorden. Ik kan me zo voorstellen dat er bij nieuwe hoofdlijnenakkoorden ook wordt bekeken of er een hoofdlijnenakkoord op de farmacie moet komen, waarvoor verschillende partijen in de keten worden uitgenodigd. Daar kan ik niet op vooruitlopen, maar ik kan me het wel voorstellen.

Hoe zorgen we dat nivolumab goed wordt gebruikt? Het Zorginstituut Nederland heeft vastgesteld dat er een register nodig is. De beroepsgroep heeft zich gecommitteerd aan gepastgebruikafspraken, toepassing in expertisecentra en het bijhouden van een register. De wetenschappelijke vereniging NVALT (Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose) heeft de uitvoering van het register op zich genomen. Ik denk dat dit heel belangrijk is. We willen meer met registers werken. Een geneesmiddel kan veelbelovend zijn, maar uiteindelijk moeten we in de praktijk zien of de beloften worden waargemaakt. Wat nu gebeurt met nivolumab is heel belangrijk. We moeten volgen wat een medicijn in de praktijk doet.

**Voorzitter: Bruins Slot**

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

Ik haalde nivolumab aan, maar mijn vraag is breder. Op het gebied van de hemato-oncologie, de bloedkankers en lymfeklierkanker, heeft het IKNL een soort begeleidende rol. Dit is ook een onafhankelijke rol om ervoor te zorgen dat er een goede registratie is van de effecten en de bijwerkingen van geneesmiddelen. Voor de solide tumoren zoals een longtumor is dit niet gelukt. Er ligt wel het aanbod van het IKNL om dit te doen, maar er is kennelijk een zekere tegenstelling tussen de longartsen die het zelf doen en de wetenschappelijke vereniging NVALT, die het in eigen hand wil houden. Is het niet verstandig om hiervoor landelijk verdere afspraken te maken, omdat een onafhankelijke beoordeling van de effectiviteit van de middelen van cruciaal belang is?

Minister **Schippers**:

Ik deel deze notie met de heer Van Gerven. Ik denk dat het ongelooflijk belangrijk is dat we dit doen. Er zijn verschillende partijen betrokken en zij hebben ook belang bij registers. Het is dus een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Het kan zijn dat men op onderdelen van mening verschilt, maar

dan is het van belang om er zo snel mogelijk uit te komen. Ik wil die gezamenlijke verantwoordelijkheid overigens laten terugkomen in de financiering van de registers. Ik ga daarom uit van financiering op basis van gedeelde kosten. Ik ben hierover in gesprek met partijen, ook over de manier waarop we het moeten organiseren. Er moet een regiehouder worden aangewezen. Ook over die rol ben ik in gesprek. Wie krijgt die rol? Een belangrijke taak van de regiehouder is het toezien op het hanteren van een eenduidige werkwijze in de ontwikkeling van een register, zodat alleen die data worden uitgevraagd die nodig zijn voor beslissingen over pakkettoelating en gepast gebruik. Het is heel belangrijk dat dit gestandaardiseerd gebeurt en door iedereen wordt bijgehouden. We moeten hierbij voorkomen dat er dubbele of parallelle uitvragen van data plaatsvinden. We zijn hierover in gesprek. Ik wil graag versnelling aanbrengen in die regievoering. De heer Van Gerven en ik hebben hierbij hetzelfde doel.

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

We kunnen het hematologie-oncologieregister als een best practice beschouwen. Kunnen we dit register als leidend principe nemen voor de overige sectoren? Zijn alle data die in zo'n register staan openbaar en voor iedereen toegankelijk? Zo is het een belangrijk instrument waarmee iedereen kan toetsen.

Minister **Schippers**:

Wij nemen hierin good practices mee en niet alleen Nederlandse goede voorbeelden. Ook internationaal zien we heel goede voorbeelden. Die nemen we mee in de gesprekken over de manier waarop we een en ander zo goed mogelijk kunnen opzetten. Hierbij geldt dat zo veel mogelijk dingen openbaar zijn, natuurlijk met inachtneming van de privacywetgeving. Er zitten immers nogal wat medische en persoonlijke gegevens in. Daar moeten we natuurlijk goed op letten.

**Voorzitter: Van Gerven**

Minister **Schippers**:

De Partij van de Arbeid vraagt of ik mogelijkheden zie om goedkopere geneesmiddelen met publiek geld te ontwikkelen. Ik denk dat het met publiek geld ontwikkelen van geneesmiddelen een pad is dat we niet op kunnen gaan. Of ik heb het verkeerd begrepen en de PvdA vraagt in hoeverre de overheid wil stimuleren dat er alternatieven worden ontwikkeld. Die weg ga ik echt heel duidelijk wel op. Ten eerste subsidiëren we met publiek geld fair medicine. Ten tweede bekijken we actief bij allerlei andere alternatieven die zich aandienen of we er iets positiefs in kunnen betekenen en of we er een versnelling aan kunnen geven. Vandaar ook dat ik met het nieuwe initiatief van het Antoni van Leeuwenhoek met wetenschappers om de tafel wil gaan zitten.

Patiënten zijn natuurlijk goed betrokken bij de ontwikkeling van geneesmiddelen, omdat het onderzoek plaatsvindt met patiënten, maar het kan wel beter. Bij geneesmiddelenonderzoek via ZonMw is er een patiëntenvertegenwoordiging. Deze beoordeelt ook echt mee.

Wat betreft de diagnostische tests heb ik al toegezegd dat ik de NZa laat kijken naar de financiering. Ik moet een beetje opschieten, want ik heb nog heel veel mapjes.

De medicatiebeoordeling moet beter, laat ik daar helder over zijn. Die beoordeling gaat niet zoals wij, de Kamer maar ook ik, die hadden ingezet. Het duurt allemaal ontzettend lang. Er is, ik geloof in 2008, een richtlijn ontwikkeld. Die bleek door het veld moeilijk uitvoerbaar te zijn en er kwamen allerlei complicaties bij. De nieuwe richtlijn is zo goed als af en wordt in maart gepresenteerd. Dat is een belangrijke stap. Deze richtlijn moet uitvoerbaar zijn en is door de partijen zelf uitgevoerd. De informatie-

voorziening moet verbeterd worden. Volgens mij is het zover af dat dit ook voor de zomer kan gebeuren. Het is nu echt aan de orde dat we de medicatieveiligheid beter regelen in Nederland, want het aantal vermijdbare ongelukken daarmee is veel te groot.

Ook over de medicatiebeoordeling hadden we afspraken gemaakt en ook daarbij zien we knelpunten. Ik heb gisteren nog een huisarts gesproken die zei: daar hebben we geen tijd voor. Ik heb tegen hem gezegd dat dit zo belangrijk is voor een patiënt en dat er dan gewoon afspraken over gemaakt moeten worden. Doet de huisarts het zelf? Stelt hij hier iemand voor aan? Doet de apotheker het? Doet de apotheker het in samenwerking met de huisarts? Hoe dan ook, het moet gewoon gebeuren. Er is hierbij enorm veel kwaliteits- en veiligheidswinst te maken; het moet dus gebeuren. Laten we in ieder geval beginnen met de groep met het hoogste risico, de 70-plussers, daarna kunnen we het altijd uitbreiden. De noodzaak is er om zo snel mogelijk met de medicatiebeoordeling te beginnen met de groep waarvoor deze het allerbelangrijkste is. Ook de inspectie heeft dit geconstateerd in haar rapport Veilig voorschrijven moet beter. Het is ook zo dat de inspectie goed kan handhaven als we alles voor elkaar hebben. Nu is er niet gehandhaafd aangezien de richtlijn massaal niet werd nageleefd omdat men die eigenlijk niet uitvoerbaar vond. Het heeft even geduurd, maar als alles straks goed staat, is het natuurlijk zaak dat de inspectie ook daadwerkelijk gaat handhaven. De inspectie heeft met de beroepsgroepen afspraken over de groeicijfer van het aantal medicatiebeoordelingen die ze dan handhaaft. Volgens de groeicijfer van dit jaar dienen alle 220.000 patiënten uit de risicogroep «75 jaar en ouder, gebruikers van zeven geneesmiddelen of meer of met een verminderde nierfunctie» een jaarlijkse medicatiebeoordeling te krijgen. Dat zal de NZa dan ook handhaven.

Ben ik bereid een dringend appel te doen op de twee zorgverzekeraars om de medicatiebeoordeling uit het eigen risico te halen? We hebben de beoordeling zelf onder het eigen risico gebracht. We hebben de maatregelen zo genomen in al onze vereveningen dat we ook tegen verzekeraars hebben gezegd: probeer met het eigen risico veel actiever in te zetten op die dingen waarbij het vanuit uw optiek nodig is of waarbij een aanbieder is bij wie het kan. Meerdere grote zorgverzekeraars hebben de medicatiebeoordeling buiten het eigen risico geplaatst. Patiënten kunnen daarop ook hun zorgverzekeraar kiezen. Ik vind dat we het niet kunnen afdwingen. We kunnen het alleen afdwingen als de nationale overheid het ook uit het eigen risico haalt. Dan hebben we het voor iedereen vastgesteld. Licht het probleem bij de apothekers of bij de ziekenhuizen? Uit onderzoek van het Erasmus MC en de inspectie blijkt dat apothekers veel verbeteringen hebben doorgevoerd. Bij de voorschrijvers zijn echt nog verbeteringen mogelijk. Er zijn heel concrete aanbevelingen gedaan. We gaan ervan uit dat het nu breed wordt opgepakt. Gegevensuitwisseling vindt niet altijd goed plaats.

Ten aanzien van de mogelijkheid voor apothekers om laboratoriumwaarden te kunnen aanvragen voor situaties waarvoor dit van belang is uit oogpunt van medicatieveiligheid geldt het volgende. Op grond van de Geneesmiddelenwet is het alleen toegestaan aan beroepsgroepen met een voorschrijfbevoegdheid om labwaarden aan te vragen. In het algemeen gaat het hierbij om artsen en specialisten en voor een beperkte groep andere beroepsgroepen met voorschrijfbevoegdheid. Daar hoort de apotheker niet bij. Het uitbreiden van de beroepsgroepen voor het aanvragen van laboratoriumwaarden met apothekers is alleen mogelijk als deze daartoe ook gekwalificeerd en opgeleid zijn. Het hoeft in de praktijk helemaal geen problemen op te leveren. Als de apotheker van mening is dat er toch laboratoriumwaarden aangevraagd moeten worden, zal hij contact zoeken met de huisarts of de specialist om te vragen dit alsnog te doen.



Met betrekking tot de uniforme barcodering is er recentelijk een rapport verschenen over de kosten en de baten. Het is altijd belangrijk om die te weten alvorens ergens aan te beginnen. Voor veel middelen, 70%-80%, hebben we al een barcodering. Een aantal ziekenhuizen gebruikt deze ook. De werkgroep Barcodering wordt om een plan gevraagd om deze verder toe te passen, eventueel in Europees verband, maar zo nodig alleen in Nederlands verband.

Ik kom bij de tekorten. We hebben al eerder met elkaar besproken dat er geen boetes waren opgelegd bij tekorten. We weten allemaal dat ook de inspectie zelf met een zaak bezig is waarin ze haar eigen cadans moet volgen, ook omdat er wettelijk voorgeschreven beroepsmogelijkheden zijn bij deze trajecten. Het traject van de inspectie loopt nog; ik kan er dus geen uitspraken over doen. Het is niet zo dat er niets gebeurt. Dan zou ik de werkgroep echt tekortdoen. Er wordt ontzettend hard gewerkt om tekorten te voorkomen. Soms liggen de oorzaken van de tekorten buiten het bereik van de participanten in zo'n werkgroep. Als er een grondstof-fentekort is, kunnen we van alles afspreken, maar dan kan daar weinig anders aan gedaan worden dan ervoor zorgen dat het zo snel mogelijk voor elkaar komt. Er zijn mogelijkheden geschapen om veel eerder beschikbaarheidsproblemen te melden. Er is ook een meldpunt ingericht. Ik vind dat er ontzettend hard gewerkt wordt in de werkgroep en daarover heb ik ook aan de Kamer geschreven. Misschien is het allemaal niet zo heel erg zichtbaar, maar achter de schermen wordt er wel degelijk hard aan gewerkt.

Neemt het aantal geneesmiddelentekorten af? We zijn steeds meer afhankelijk van internationale ketens, stromen en fabrikanten. Hierover hebben we ook op Europees niveau gesproken. Dit is niet een exclusief Nederlands probleem. Dit is een probleem dat voor alle landen geldt. In een aantal landen heeft men exact dezelfde problemen als wij en in een aantal landen heeft men én de problemen die wij hebben én door parallellexport nog eens geneesmiddelen die om heel andere redenen tekorten laten zien. Die landen hebben eigenlijk een nog veel groter probleem. Dat is ook de reden waarom Slowakije dit punt heeft geagendeerd. Er wordt in de werkgroep hard gewerkt en wat op Nederlands terrein gedaan kan worden, wordt gedaan. De afronding van de werkgroep is naar verwachting in het eerste kwartaal van 2017, waarna een verslag aan de Kamer volgt waarin alle potentiële maatregelen worden besproken. Maar nogmaals, de partijen weten elkaar nu veel beter te vinden, zoals recentelijk ook bleek bij een casus waarin een tekort voor patiënten met vereende krachten is afgewend.

Ik deel dus niet de mening dat het langzaam gaat. Momenteel wordt de laatste hand gelegd aan een routekaart met oplossingsrichtingen, communicatieplan, vergoedingen, verhoging bestuurlijke maximale boete en vergoedingen van geneesmiddelen uit het buitenland. Zorgverzekeraars maken steeds strengere afspraken over leveringszekerheid en hetzelfde geldt voor apotheken met groothandels.

Wanneer komt het wetsvoorstel voor verhoging van de boete naar € 800.000? Het wetsvoorstel is gemaakt. Het advies van de Raad van State is net binnen. Na verwerking hiervan wordt het voorstel naar de Kamer gestuurd en kan ze zich hierover een oordeel vormen. De beleidsregel voor een hogere boete is doorgevoerd. De ingangsdatum is binnenkort. De beleidsregel is klaar en zal dus binnenkort ingaan. We streven ernaar het eindverslag van de werkgroep Tekorten voor 1 april naar de Kamer te sturen.

Hoeveel boetes zijn er al opgelegd bij het uitblijven van levering? Dat heb ik net aangegeven. Daar lopen de trajecten momenteel.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik dank de Minister voor haar heldere uitleg. De Minister zegt dat er achter de schermen hard wordt gewerkt en veel gebeurt. Voor een Kamerlid is dit

echter lastig te controleren als er geen concreet resultaat naar de Kamer komt. De Minister zegt nu april, maar die datum is al verschillende keren opgeschoven. Wanneer denkt zij zelf een oordeel te geven over wat ze wel of niet wil invoeren en uitvoeren?

Minister **Schippers:**

Dat zal ik tegelijkertijd meesturen, zodat we daarmee geen vertraging oplopen.

Ik kom bij het EMA. Laten we heel eerlijk zijn: we hebben 27 landen, ik geloof niet dat deze 27 zich allemaal gekandideerd hebben voor het EMA, maar wel heel veel. Het is niet zo dat Nederland als enige zijn vinger heeft opgestoken. Dat is logisch, want het EMA is een heel belangrijke organisatie met een heel grote spin-off. Wat heel erg belangrijk is voor het EMA, is een zeer uitgebreid internationaal netwerk van aanvliegeroutes, omdat het heel veel vergaderingen heeft waar mensen vanuit de gehele wereld naartoe moeten kunnen vliegen. Het EMA ontvangt jaarlijks 65.000 bezoekers uit Europese landen, Amerika, Azië en Australië. Wat Nederland misschien kan bieden – ik weet wel zeker dat wij dat kunnen bieden – met Schiphol, kan een aantal andere landen niet bieden. Daar hebben we misschien een voordeel. De beoordeling van geneesmiddelen is tijdkritisch vanwege allerlei wettelijke beslistermijnen. De organisatie heeft haar werkprocessen dus zo ingedeeld dat de vele experts op het juiste moment kunnen invliegen. Ik denk dat wij hierbij een groot voordeel hebben. In deze regio hebben we ook een grote hotelcapaciteit, huisvesting, internationale scholen en een veilige, internationaal aantrekkelijke woonomgeving. Dat heeft Limburg overigens ook, misschien zelfs wel beter. De aanvliegeroute is dus echt heel erg belangrijk. We doen onze uiterste best om tegemoet te komen aan de eisen die zo'n organisatie stelt en in de concurrentieslag zetten we ons beste beentje voor. Als het EMA een andere regio ambieert, ben ik de eerste die daaraan wil voldoen. Het feit dat het EMA naar Nederland komt, vind ik het allerbelangrijkste, belangrijker nog dan de regio.

Tot slot kom ik bij de vraag van de heer Van Gerven: de doelstelling om het gebruik van psychofarmaca tot nul te reduceren. Dat is altijd heel erg lastig, maar het is wel ongelooflijk belangrijk. Hoe doe je dat? Dat doe je door bewustwording en cultuurverandering, en die zijn altijd lastig te wijzigen. Artsen en verplegend en verzorgend personeel moeten leren meer creativiteit oplossingen te bedenken om probleemgedrag te verminderen of te voorkomen. Waar komt het gedrag vandaan? Kunnen we het anders aanpakken? Psychofarmaca zullen nooit uitgebannen kunnen worden, maar we moeten met elkaar inzetten op vermindering van gebruik. Dat is ook in lijn met het wetsvoorstel Zorg en dwang, dat in de Eerste Kamer voorligt.

De Staatssecretaris heeft in zijn brief van 29 maart aangegeven dat in het kader van «Het kan beter met minder» diverse trajecten in gang zijn gezet om het veld te ondersteunen, juist bij die bewustwording en cultuurverandering. Dat zijn onder meer de uitwerking en de implementatie van de tien uitgangspunten, vijftig pilots, leernetwerken, richtlijnontwikkeling en themabijeenkomsten die Vilans de komende tijd in het land organiseert. Ook is de Staatsecretaris in gesprek met de inspectie over de manier waarop het toezicht op onvrijwillige zorg, waaronder het oneigenlijk gebruik van psychofarmaca feitelijk valt, kan worden geoptimaliseerd.

De **voorzitter:**

Ik dank de Minister voor haar beantwoording in eerste termijn. We gaan over naar de tweede termijn van de Kamer. Ik hanteer een spreektijd van ongeveer anderhalve minuut per fractie.

Mevrouw **Vermue** (PvdA):

Voorzitter. Ik dank de Minister voor de beantwoording. Zij geeft aan dat er al heel veel in gang is gezet en loopt. Het is een goed voorstel van de Minister om in het Europese speelveld te kijken naar de industrie die wil meewerken. Hoe belonen we deze partijen en hoe verbinden we ze met elkaar ten opzichte van de industrie die minder welwillend is? Het lijkt me goed om dit aan de hand van specifieke casuïstiek te bekijken.

Binnenkomt verschijnen een onderzoek van EZ en het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving waarin wordt ingegaan op de suggesties van de jongerenorganisaties. Ik ben blij dat deze worden meegenomen. In mijn eerste termijn verwees ik er al naar middels mijn vraag hoe we voorkomen dat geneesmiddelen dubbel betaald worden. Moeten we de rapporten echt afwachten of kunnen we alvast eerste stappen zetten? Zijn er bijvoorbeeld mogelijkheden om resultaten die door medisch wetenschappelijk onderzoek geboekt worden, openbaar te maken?

Ik kom nog even terug op de sluisprocedure. De Minister geeft aan dat zij de kosten die fabrikanten aan patiënten vergoeden achteraf niet terugbetaalt. Hoe borgen we dan toch de toegankelijkheid voor patiënten? Dit is nog steeds een zorg. Hoe aannemelijk is het immers dat leveranciers middelen gratis ter beschikking stellen? Ik hoor graag een reactie van de Minister.

Ik realiseer me dat er hard gewerkt wordt door de werkgroep Geneesmiddelentekorten. Ik ben blij dat de aanbevelingen in het eerste kwartaal van 2017 naar de Kamer worden toegezonden en dat er strengere afspraken over leveringszekerheid worden gemaakt. Moet de leveringszekerheid echter niet een standaardonderdeel van de afspraken worden? Wil de Minister hier nog even op ingaan?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. Het CDA vindt de toegankelijkheid van geneesmiddelen voor patiënten enorm belangrijk. Enerzijds gaat het om de betaalbaarheid van geneesmiddelen en anderzijds om voldoende beschikbaarheid van geneesmiddelen, dus het tegengaan van tekorten. Wat betreft de betaalbaarheid van dure geneesmiddelen is de Minister met een aantal acties bezig. Vooral de acties betreffende het scherper maken van de regelgeving voor patenten vindt het CDA belangrijk. Er komt een onderzoek van Economische Zaken. Wanneer verwacht de Minister dit? De politieke jongerenorganisaties hebben samen met KWF Kankerbestrijding een mooi manifest gemaakt, License to Heal. De Minister is er net als het CDA positief over. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving komt met een rapport met suggesties. De Minister zegt hoopvol dat er dan een nieuwe Minister mee aan de slag kan gaan. Hiermee hoor ik de Minister voor het eerst duidelijk zeggen dat het waarschijnlijk op het bordje van iemand anders komt te liggen. De Minister loopt nu non-verbaal vooruit op een nieuw kabinet, maar laten we die speculaties hier maar niet doen. Wanneer verwacht zij het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving?

Mijn laatste punt betreft het feit dat de Nederlandse Zorgautoriteit zich zorgen maakt over de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen, omdat de communicatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder niet goed gaat waardoor patiënten pas laat hun geneesmiddelen krijgen. In sommige gevallen heeft een instelling een bepaald geneesmiddel niet en moeten er eerst afspraken met de zorgverzekeraar worden gemaakt, wat ook niet goed schijnt te lopen. De Minister zegt dat het rapport ergens dit voorjaar verschijnt. Aanvankelijk was de deadline in januari. Wanneer is het voorjaar afgelopen? In de Tweede Kamer is dat weleens in juli. Ik hoor graag van de Minister wanneer we de resultaten kunnen verwachten. In juni begint immers de inkoop voor het jaar 2018 en dan kunnen we de lessen die worden getrokken gelijk meenemen om te voorkomen dat patiënten in de kou komen te staan.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Voorzitter. De Minister gaf aan dat zij constructieve gesprekken heeft gevoerd met enkele andere landen over de stand van zaken aldaar. Dit is heel interessant. Op het moment dat zich naast Ierland en Zwitserland nog meer landen aansluiten, kunnen we echt een doorbraak krijgen. Ik ben er dus zeer positief over.

Over License to Heal bestaat brede overeenstemming. De Minister geeft aan dat zij het manifest ook in de adviesaanvraag voor de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving meeneemt. Ik sluit me aan bij de vragen die mevrouw Bruins Slot gesteld heeft. Dit onderwerp wordt zo breed gedragen en op geen enkele wijze als controversieel gezien dat ik me goed kan voorstellen dat er ook in een demissionaire fase stappen worden gezet. Het is niet nodig om allerlei zaken stil te leggen en eerst af te wachten wie de volgende Minister wordt, ongeacht of het wederom deze Minister wordt of iemand anders. Tevens vind ik het interessant dat de Minister de samenwerking wil zoeken met bedrijven die welwillend zijn. Tot slot, er wordt veel in gang gezet. Dit is positief. Alles wat sneller kan, is natuurlijk zeer te ondersteunen. Het spijt me, maar ik moet nu helaas door naar een andere afspraak.

**De voorzitter:**

Dank voor uw inbreng. U bent verontschuldigd.

De heer **Rutte** (VVD):

Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar uitgebreide beantwoording en in het bijzonder voor de twee toezeggingen die zij mij gedaan heeft. Ten eerste laat zij de NZa kijken naar de structurele financiering van diagnostische tests in de praktijk. Ten tweede zal de NZa in het onderzoek in het kader van de zorgplicht bekijken of er nog dingen kunnen worden geregeld om de nazorg regionaal goed te borgen. Beide zaken zijn van groot belang, de een om ervoor te zorgen dat het geneesmiddel bij de juiste patiënt terechtkomt en er geen twijfel bestaat over de vraag wie de tests daarvoor moet betalen, en de ander om ervoor te zorgen dat de kwaliteit van leven van een patiënt gedurende diens behandeling zo hoog mogelijk is.

Veel complimenten voor de inzet van de Minister op internationaal niveau. Ze zijn al vaak gedeeld, maar het valt echt te prijzen dat de Minister keer op keer in Europa zegt dat we wat moeten met het ontwikkelmodel van geneesmiddelen. Op antibiotica is de Minister volledig in de lead. Ik hoop dat zij, missionair of demissionair, haar inzet de komende maanden vasthoudt en het grote belang van andere vernieuwde businessmodellen voor geneesmiddelen blijft aanjagen. Dit is van heel groot belang, in het bijzonder voor de kwaliteit van leven van de patiënten. Ik werd gegrepen door een artikel in het Dagblad van het Noorden van anderhalf week geleden over Bas-Peter Dijkema, een jongeman van 21 met taaislijmziekte, die vorig jaar februari acht weken in het ziekenhuis belandde als gevolg van een eenvoudige luchtweginfectie. Hij kon niets meer, maar dankzij een nieuw geneesmiddel heeft hij drie weken geleden 100 kilometer op de Weissensee geschaatst met een longcapaciteit van maar liefst 70%. Dit mogen we nooit vergeten.

**Voorzitter: Bruins Slot**

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

Voorzitter. In eerste termijn vergat ik aandacht te vragen voor het Geneesmiddelenbulletin (GeBu). De Kamer heeft een bezwaarschrift van het Geneesmiddelenbulletin ontvangen. Kan de Minister bekijken of een en ander oplosbaar is? Door financiële problemen zijn enkele schriftelijke nummers van het Geneesmiddelenbulletin niet verschenen. Het zou goed zijn als het Geneesmiddelenbulletin als luis in de pels volwaardig zijn

werk kan doen. De discussie gaat over heel weinig middelen, zeker in vergelijking tot de miljarden waarover we vandaag spreken. Het zou heel zonde zijn als het Geneesmiddelenbulletin zijn werk niet goed kan doen. Onlangs hebben we plenair gesproken over de vraag of zware paracetamol en vitamines in het basispakket moeten blijven. Ik vraag de Minister – waarschijnlijk stuurt zij het pakketadvies nog naar de Kamer – om hier positief tegenover te staan. Het betreft relatief goedkope medicijnen waar veel mensen baat bij hebben. Het is echt in het belang van onze volksgezondheid als voornoemde middelen in het pakket blijven.

Tot slot kom ik op de discussie over de medicijncheck en patiëntveiligheid in ziekenhuizen. De Minister zet in op een medicijncheck voor 75-plussers met zeven geneesmiddelen of meer. Is de richtlijn echter niet bedoeld voor alle mensen boven de 65 jaar die vijf of meer geneesmiddelen gebruiken? Moet dat de inzet niet zijn, gelet op de toename of in ieder geval niet de afname van het aantal mensen dat wegens verkeerd medicijngebruik in ziekenhuizen wordt opgenomen?

### **Voorzitter: Van Gerven**

#### **Minister Schippers:**

Voorzitter. Ik dank de leden voor hun inbreng. Ik wil één ding helder maken. Tot op de laatste dag van mijn ministerschap zal ik maatregelen nemen. Ik voel me namelijk zeer gesteund door de Kamer wat betreft de richting en de maatregelen die we voorbereiden. Het is in ieders belang, van zowel de patiënt als de premiebetaler, dat we op dit dossier doorgaan. Als ik te hard ga, moet de Kamer aan de bel trekken, maar we proberen het beleid en de visie uit te voeren zoals we deze hebben uitgezet.

Mevrouw Vermue vraagt of we de industrie die wil meewerken, kunnen belonen. Die positieve benadering sta ik graag voor. Het is een beetje te gemakkelijk om de industrie weg te zetten in de trant van «ze zijn allemaal hetzelfde en ze willen niks», want dat is gewoon niet zo. Ik word veelvuldig benaderd met leuke nieuwe ideeën. We moeten proberen om met elkaar te zoeken naar een betaalbare oplossing waar de patiënt bij gebaat is. Ik ben het derhalve met mevrouw Vermue eens.

Wat betreft het dubbel betalen is de vraag gesteld of we de rapporten moeten afwachten of dat we nu al aan de slag kunnen. Gisteren heb ik wetenschappers van het Antoni van Leeuwenhoek helder horen zeggen dat zij een en ander zelf ook bekijken. Zij maken immers de afspraken. We hoeven dus geen rapporten af te wachten. Bij nieuwe vindingen kunnen we nu al aan de slag. Ik neem dit punt mee in het gesprek dat ik met het Antoni van Leeuwenhoek aanga over de nieuwe voorstellen.

Dan kom ik op de toegang voor de patiënten. Als een middel in de sluis zit, betaalt tot nu toe de farmaceut veelal voor het gebruik door patiënten. Een farmaceut kan op een dag echter besluiten dat hij dit niet meer doet. Laten we hier eerlijk over zijn. Het hoeft geen liefdadigheid te zijn. Ik wil even iets heel helder stellen. Als we onderhandelen over de prijs en een fabrikant wil niet voldoende zakken, is er op een gegeven moment weleens sprake van een toegankelijkheidsprobleem. Dan kunnen we besluiten om het niet in het pakket op te nemen. Dit betreft geneesmiddelen die zo duur zijn dat een gemiddelde Nederlander, maar ook een rijke Nederlander, het niet lang volhoudt. Doen we dit niet, dan verdringen we andere zorg. Het is dus heel lastig. Leveringszekerheid is een belangrijk onderdeel van de afspraken die in de werkgroep Geneesmiddeltekorten worden gemaakt, zodat het ook een standaardonderdeel wordt van de contracten.

Mevrouw Bruins Slot vraagt wanneer de onderzoeken van EZ komen. Dit zal begin 2018 zijn. Het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving wordt in het najaar van 2017 verwacht en de NZa heeft nog drie maanden nodig. Bij de NZa zal ik ook het verzoek van de heer Rutte over de nazorg van oncologische behandelingen expliciet inbrengen.

Natuurlijk heeft dit ook betrekking op andere behandelingen die door expertisecentra worden uitgevoerd. Aangezien de NZa nog drie maanden nodig heeft, neem ik aan dat ze dit gewoon kan meenemen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik dank de Minister voor het noemen van de heldere termijnen. Ik voel zelfs een lichte teleurstelling dat het onderzoek van Economische Zaken pas begin 2018 komt. Wat zijn de redenen dat men hier een aanzienlijke tijd voor nodig heeft?

Minister **Schippers**:

We moeten de juiste onderzoekers vinden, we moeten de onderzoeksvraag scherp stellen en het is een ingewikkeld onderzoek. De Europese Unie, die ook onderzoek doet, hanteert dezelfde termijn. Bovendien willen we het onderzoek heel grondig doen. Op basis van de uitkomsten zetten we immers daadwerkelijk stappen. Als de Europese Unie veel sneller was, zou ik alles op alles zetten, iedereen onder druk zetten en meer capaciteit gebruiken om het ook sneller te doen. We kunnen pas stappen zetten als we alles op tafel hebben. Het is niet erg dat EZ net zoveel tijd neemt als de Europese Unie. Als we alles op tafel hebben, wil ik echter wel een goed onderzoek waarmee de politiek daadwerkelijk iets kan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Betekent dit dat als de Europese Unie vertraagt, dat het Nederlandse onderzoek ook vertraagt? Is het echt een zelfstandig traject? De Europese Unie wil namelijk nogal eens vertragen op dit soort dossiers, tot mijn teleurstelling.

Minister **Schippers**:

Nee, het is echt een apart traject. Het is dus af wanneer het af is. Het is niet gekoppeld aan het Europese traject. Ik vind License to Heal heel positief. Het is sowieso positief dat jongerenorganisaties zich hierover gebogen hebben. Het is een goed manifest en het past ook heel goed bij de geneesmiddelenvisie. Ik ben het eens met een heleboel acties die erin staan. We hebben er al een aanzienlijk deel van ingezet, zoals de samenwerking met bedrijven die bereidwillig zijn. De heer Rutte bevestigt de twee toezeggingen die ik heb gedaan ten aanzien van de NZa. De heer Van Gerven had een vraag over het Geneesmiddelenbulletin. Het bulletin wordt gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het tijdschrift is gratis voor de lezers. We zetten al een tijdje in op digitale beschikbaarheid. GeBu is een belangrijke partner in de informatievoorziening. Naar onze mening loopt het traject goed. Ik weet niet welke andere informatie de heer Van Gerven heeft.

**Voorzitter: Bruins Slot**

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

Het Geneesmiddelenbulletin is gedurende drie maanden niet verzonden aan de mensen die het altijd krijgen, waaronder tienduizenden artsen. Dit heeft met financiële problematiek te maken. De Minister is voorstander van het benutten van digitale mogelijkheden. Daarnaast blijft het van belang dat het bulletin gedrukt blijft worden en wordt meegestuurd met Medisch Contact en andere bladen die de voorschrijvers van medicijnen krijgen.

De **voorzitter**:

De vraag is helder.

Minister **Schippers**:

Ik zet inderdaad in op digitale beschikbaarheid. Ik weet niet welke problemen er bestaan. Ik vraag na wat de oorzaak is en hoe het precies zit.

**De voorzitter:**

Op welke termijn kunt u de Kamer dit laten weten?

**Minister Schippers:**

Dat kan vrij snel. Het is namelijk een kwestie van even bellen. De Kamer kan hierover binnen twee weken schriftelijk worden geïnformeerd.

**Voorzitter: Van Gerven**

**Minister Schippers:**

De heer Van Gerven vraagt naar het pakket. Besluiten worden altijd jaarlijks op één moment genomen. Dit bespreken we altijd in juni. Ik wil dat hiermee ook doen. Ik wil er zeker niet op vooruitlopen. We hadden allang gewild dat de medische check helemaal was uitgevoerd. Dit is niet gelukt. Alles staat nu goed. Er is een richtlijn en er is informatievoorziening. Alles is klaar. Als start is geregeld dat de inspectie dit jaar toeziet op alle 75-plussers die zeven medicijnen of meer slikken. Dit is niet het eindplaatje. We beginnen met de groep waar de urgentie het hoogst is. Vervolgens wordt stapsgewijs uitgebreid naar een jongere groep en dus naar de suggestie van de heer Van Gerven, namelijk de 65-plussers met vijf medicijnen.

**Voorzitter: Bruins Slot**

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

Wat staat er in de richtlijn exact als eindverhaal? We beginnen met de hardnekkige groep van 220.000. Is dit de groep van 65-plussers met vijf medicijnen?

**Minister Schippers:**

Ik neem dit mee in de brief die ik over twee weken schrijf.

**Voorzitter: Van Gerven**

**De voorzitter:**

Ik constateer dat er geen behoefte is aan een VAO. Ik dank de Minister voor haar inbreng en de Kamerleden en het publiek voor hun aanwezigheid.

Ik loop de toezeggingen op hoofdlijnen langs.

- De Kamer ontvangt komend voorjaar het NZa-rapport zorgplicht.
- De bevindingen van de werkgroep Geneesmiddelen tekorten worden het eerste kwartaal 2017/april 2017 aan de Kamer gezonden.
- Het wetsvoorstel over hoge boetes wordt na advisering van de Raad van State spoedig aan de Kamer gezonden.
- Het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving is komend najaar gereed.
- Het EZ-rapport wordt begin 2018 verwacht.
- De Kamer wordt over twee weken bericht over het vraagpunt met betrekking tot het Geneesmiddelenbulletin en de medicijncheck.

Dit waren de toezeggingen.

Sluiting 12.17 uur.