

Vergaderjaar 2018–2019

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 557

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 28 februari 2019

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 7 februari 2019 overleg gevoerd met de heer Bruins, Minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 15 juni 2018 inzake inwerkingtreding apothekersvrijstelling in Rijksoctrooiwet (Kamerstuk 29 477, nr. 491);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 17 augustus 2018 inzake financieel arrangement voor het geneesmiddel daratumumab (Kamerstuk 29 477, nr. 515);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 2 augustus 2018 inzake stand van zaken terugroepactie van een aantal medicijnen met de grondstof valsartan dat is verontreinigd (Kamerstuk 29 477, nr. 514);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 juli 2018 inzake vergoeding geneesmiddel nusinersen (Kamerstuk 29 477, nr. 512);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 10 juli 2018 inzake beleidsreactie preventief gebruik van hiv-remmers (PrEP) (Kamerstuk 29 477, nr. 511);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 juli 2018 inzake stand van zaken inzake uitvoering moties over medicinale cannabis (Kamerstuk 29 477-484-485-486) (Kamerstuk 29 477, nr. 508);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 juli 2018 inzake levering van extra medicinale cannabis aan Duitsland (Kamerstuk 29 477, nr. 507);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 september 2018 inzake internationaal onderzoek valsartan (Kamerstuk 29 477, nr. 517);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 oktober 2018 inzake sluiskandidaten eerste helft 2019 (Kamerstuk 29 477, nr. 521);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 2 oktober 2018 inzake voortgang financiële arrangementen voor geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 520);**

- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 8 oktober 2018 inzake inzicht in collectieve middelen voor medicijnontwikkeling (Kamerstuk 29 477, nr. 522);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 9 november 2018 inzake stand van zaken betreffende uitvoering verschillende pakketmaatregelen per 1 januari 2019 (Kamerstuk 29 689, nr. 940);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 november 2018 inzake akkoord over openbare verlaging van prijzen voor geneesmiddelen tegen hepatitis C (Kamerstuk 29 477, nr. 525);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 30 november 2018 inzake stand van zaken leveringsproblemen anticonceptiepil (Kamerstuk 29 477, nr. 526);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 10 december 2018 inzake reactie op verzoek commissie inzake het bericht «Voor 40 miljoen euro aan medicijnen wordt onnodig weggegooid» (Kamerstuk 33 654, nr. 34);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 5 december 2018 inzake terugroepactie valsartan (Kamerstuk 29 477, nr. 528);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 20 december 2018 inzake reactie op verzoek commissie over aanvullende beschermingscertificaten (ABC's) (Kamerstuk 29 477, nr. 531);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 december 2018 inzake tijdelijke opname van tisagenlecleucel (Kymriah) in het basispakket (Kamerstuk 29 477, nr. 535);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 20 december 2018 inzake nieuwe terugroepactie valsartan (Kamerstuk 29 477, nr. 534);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 20 december 2018 inzake reactie op de motie van het lid Dik-Faber over de vergoedingslimieten in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) (Kamerstuk 29 477, nr. 501) (Kamerstuk 29 477, nr. 533);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 20 december 2018 inzake voortgangsbrief geneesmiddelenbeleid (Kamerstuk 29 477, nr. 532);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 14 december 2018 inzake export van extra medicinale cannabis naar Italië (Kamerstuk 29 477, nr. 529);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 17 december 2018 inzake ontwerpregeling tot wijziging van de bijlage bij de Regeling maximumprijzen geneesmiddelen in verband met het actualiseren van de maximumprijzen voor geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 530);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 februari 2019 inzake vijfde monitor Geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg (msz) (Kamerstuk 29 477, nr. 539);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 februari 2019 inzake reactie op verzoek commissie over SPC rapporten, waaronder het rapport van Technopolis Group, wettelijke kaders voor magistraal bereiden en samenstelling werkgroep dwanglicenties (Kamerstuk 29 477, nr. 538);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 februari 2019 inzake actie-agenda verantwoord gebruik opioïden (Kamerstuk 29 477, nr. 537);

- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 januari 2019 inzake reactie op de aangeboden petitie «Fampyra moet in het basispakket» van 29 januari 2019 (Kamerstuk 29 477, nr. 543);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 februari 2019 inzake implementatie PrEP-verstrekking en medische begeleiding in Nederland (Kamerstuk 29 477, nr. 542);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 februari 2019 inzake stand van zaken leveringsproblemen anticonceptiepil (Kamerstuk 29 477, nr. 541).**

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Lodders
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Van den Berg, Pia Dijkstra, Dik-Faber, Geleijnse, Van Gerven, Lodders, Edgar Mulder, Ploumen, Renkema en Arno Rutte,

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

Aanvang 14.59 uur.

De voorzitter:

Het valt van nature stil, dus laten we van start gaan. Iedereen van harte welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Uiteraard heet ik de Minister voor Medische Zorg welkom, met zijn ambtelijke ondersteuning. Een welkom aan de Kamerleden en aan de mensen die hier het debat volgen. Ik wil ook de mensen die meeluisteren in de Klompézaal van harte welkom heten, en dat geldt ook voor de mensen die thuis meekijken.

Aan de orde is het algemeen overleg over het geneesmiddelenbeleid. Ik ga zo dadelijk als eerste de heer Van Gerven het woord geven. We hebben een spreektijd afgesproken van zes minuten, dus ik zal een seintje geven als u die tijd nadert. Ik spreek af dat we twee interrupties hanteren in de eerste termijn. Ik merk op dat mevrouw Ellemeet zich heeft afgemeld. Zij wordt vervangen door de heer Renkema, die er even niet is maar vast en zeker weer terugkomt. Allereerst het woord aan de heer Van Gerven, die spreekt namens de fractie van de SP. Gaat uw gang.

De heer Van Gerven (SP):

Voorzitter. We spreken vandaag over het geneesmiddelenbeleid. Hoewel het vooral over de inhoud zou moeten gaan, zijn de kosten van geneesmiddelen dominant. Dat komt doordat Big Pharma steeds verder gaat in haar winsthonger en het tevreden stellen van de aandeelhouders. Big Pharma plukt en casht en lijkt elk moreel kompas te zijn kwijtgeraakt. Medicijnprijzen gaan vele malen over de kop, als de patenten in handen vallen van die Big Pharma. Novartis verzesvoudigde van de ene op de andere dag de prijs van het kankermiddel Lutathera. Het boekte daarnaast een winst van 3,4 miljard dollar. U hoort het goed: 3,4 miljard dollar over 2018, ruim 25% van de omzet. Aan de andere kant zien we de kostenstijging van dure geneesmiddelen in ziekenhuizen: 9% in 2017. In combinatie met het hoofdlijnenakkoord waarin in 2022 een groei van 0% is afgesproken met de ziekenhuizen, is dat een ziekelijke combinatie. Je ziet dat de winsthonger van Big Pharma andere vormen van ziekenhuiszorg verdringt en dat kan en mag zo niet doorgaan.

Nu is Minister Bruins aan het praten met Big Pharma, maar met praten alleen kom je er niet. Het komt aan op daadkrachtig handelen, om de macht van Big Pharma te breken. Geneesmiddelen zijn te beschouwen als een nutsvoorziening. Het zijn nutsvoorzieningen en beteugeling van de markt is dan ook dringend noodzakelijk. Wat te doen? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de patiënten die medicijnen krijgen waar zij recht op hebben? Dat moeten we collectief organiseren en we moeten de macht van Big Pharma breken, daar waar de markt faalt.

Eerste vraag aan de Minister: hoe staat het met de onderhandelingen met Novartis en krijgen alle patiënten die dat nodig hebben Lutathera? Ten tweede: hoe staat het met de magistrale bereidingen van apothekers en academische ziekenhuizen? Hoe is thans de situatie bij het middel CDCA? Kan de magistrale receptuur niet wettelijk gelijkgesteld worden aan geneesmiddelen gemaakt door de farmaceutische industrie?

Is de Minister bereid over te gaan tot de nationale inkoop van geneesmiddelen, om enerzijds de prijzen te beteugelen en anderzijds belangenver-

strengeling tussen ziekenhuizen en geneesmiddelenleveranciers en belangenverstrengeling bij apothekers te voorkomen? Is dit niet noodzakelijk, omdat dure geneesmiddelen andere ziekenhuiszorg verdringen? Een groei van 9% – ik herhaal het nog maar eens – terwijl de rest van de ziekenhuiszorg nauwelijks nog mag groeien, dat legt een bom onder de ziekenhuiszorg. De vraag aan de Minister is of de geneesmiddelen van ziekenhuizen niet uitgezonderd moeten worden van het ziekenhuisbudget. Ik kom daarop omdat postcodegeneeskunde weer zijn intrede heeft gedaan in het land. Steeds vaker verwijzen ziekenhuizen dure patiënten door naar andere ziekenhuizen. In de monitor medisch-specialistische zorg is sprake van 28 van de 43 onderzochte ziekenhuizen en in vijf ziekenhuizen kregen 80 patiënten niet het medicijn wat ze nodig hadden. Mijn vraag aan de Minister is of hij dit gaat verbieden, want postcodegeneeskunde mag niet. Ik heb ook een motie klaarliggen, want dat moet echt de wereld uit geholpen worden.

Is de Minister bereid om er via wetgeving voor te zorgen dat Big Pharma niet meer kan cashen bij via Nederlands onderzoeksgeld ontwikkelde geneesmiddelen en om de onrechtvaardige doorverkoop van deze ontdekkingen te verbieden? Wil de Minister een nationaal fonds geneesmiddelenonderzoek ondersteunen, voor het maken van betaalbare geneesmiddelen? Wil hij ook een reclameverbod voor geneesmiddelen invoeren? Dan kan de prijs van geneesmiddelen fors omlaag en dan zal er ook minder en minder duur worden voorgeschreven door artsen.

Dan een aantal andere zaken. De afbouwmedicatie bij psychofarmaca. Worden alle afbouwschema's, de zogenaamde taperingstrips, vergoed, als de behandelend arts dit schema samen met de patiënt opstelt?

Dan medicijnen voorgeschreven op medische noodzaak. Als de arts een merkpreparaat medisch noodzakelijk vindt, dan moet de apotheker dit afleveren. Dat hebben we in de Kamer bij motie vastgelegd. Maar dat gebeurt vaak niet, omdat het de apotheker dan geld kost. Is de Minister bereid deze perverse prikkel uit het systeem te halen, zodat de patiënt daar geen last van heeft?

En dan het middel Fampyra. Ik zie dat heel veel mensen die dat middel nodig hebben, hier aanwezig zijn; MS-patiënten die baat hebben bij het loopmiddel, zoals het in de volksmond wordt genoemd. Ik verzoek de Minister om dat voorwaardelijk weer in het pakket opnemen. Geef die patiënten het voordeel van de twijfel.

En waarom? De neurologen als beroepsgroep staan achter de vergoeding van dat middel, omdat zij zien dat het bij een bepaalde groep patiënten werkt. Patiënten staan erachter. Hoe kan het dan zijn dat dit middel toch niet het voordeel van de twijfel krijgt? Dan is er toch iets niet in orde met het beoordelingssysteem. Ook daarover komt een motie, want daar zijn we met een aantal fracties mee bezig, tenzij de Minister dat wil toezeggen. Ik denk dat dit eigenlijk ook logisch is. De Minister heeft ruimte geboden door te zeggen dat hij het goed vindt dat er weer onderzoek komt naar de werking van het middel. Dan zou ik zeggen: als we die stap zetten, zet dan ook de tweede stap, in het belang van vele patiënten die aangeven daar baat bij te hebben.

De voorzitter:

U heeft nog tien seconden.

De heer Van Gerven (SP):

Oxycodon heeft de Minister zelf op de agenda gezet. Even een paar korte vragen. Welke invloed heeft reclame? Bij de ranglijstjes van ziekenhuizen wordt ook gekeken of pijnbestrijding goed wordt gedaan. Heeft dat niet een negatieve invloed, in de zin dat er veel wordt voorgeschreven? Zou het ook kunnen komen doordat paracetamol 1.000 mg uit het pakket is gehaald? Zouden we dat niet weer in het pakket moeten opnemen, bijvoorbeeld als alternatief voor oxycodon?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Ploumen, die spreekt namens de fractie van de Partij van de Arbeid. Gaat uw gang.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Voor 2.000 mensen – en een aantal van hen zijn hier vandaag aanwezig – maakt het middel Fampyra het verschil tussen liggen en lopen. Tienduizenden mensen steunden de petitie met de oproep aan de Minister om Fampyra weer op te nemen in het basispakket. De Partij van de Arbeid vraagt al bijna een jaar om een second opinion op het oordeel van het Nederlands Zorginstituut. Wij zetten vraagtekens bij de kwaliteit van het onderzoek dat wordt gedaan en wij hechten zeer aan het oordeel van de neurologen en van de patiënten die baat hebben bij dat middel.

Daarom is het goed dat de Minister nu heeft besloten om die second opinion ook uit te voeren, maar ik vind het echt onbegrijpelijk dat de Minister niet ook heeft besloten om Fampyra ten tijde van dat onderzoek op te nemen in het basispakket en gewoon te vergoeden voor de mensen die daar baat bij hebben. De begroting van VWS is om en nabij 70 miljard en we hebben het bij die vergoeding over een paar miljoen. Voor een individu is het een middel dat best duur is om op te brengen; niet iedereen kan dat doen. In het grote geheel zou dat toch mogelijk moeten zijn, temeer daar patiënten zelf aangeven dat zij daardoor misschien minder of helemaal geen beroep hoeven te doen op thuiszorg?

Ik hoop, in navolging van collega Van Gerven, echt op een toezegging van de Minister. Hij heeft een goede eerste stap gezet. Minister, zet nu ook die tweede stap, in het belang van de mensen die allemaal baat hebben bij Fampyra, en vergoed dat middel alstublieft.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, er is een vraag van de heer Rutte. Gaat uw gang.

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

Er zullen vandaag veel woorden gewisseld worden over Fampyra. We hebben allemaal de petitie in ontvangst genomen. Ik zie hier een deel van de patiënten die dagelijks baat hebben bij dat middel. Dat hebben we allemaal gezien. Maar mevrouw Ploumen zegt wat anders, namelijk dat zij twijfelt aan de deskundigheid van Zorginstituut Nederland. Dat is nogal wat. Vandaag hebben we het over Fampyra, maar alle geneesmiddelen en de vraagstukken daaromtrent – of ze wel of niet in het pakket komen, of er een goede balans is tussen kosten en effectiviteit – worden beoordeeld door Zorginstituut Nederland. Als zij het niet doen, dan is het aan ons. Op basis waarvan twijfelt mevrouw Ploumen aan de deskundigheid van Zorginstituut Nederland en welk alternatief stelt zij voor?

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik hecht eraan dat de heer Rutte mijn woorden precies weergeeft. Ik heb het gehad over de kwaliteit van dit onderzoek. Dat is iets anders dan een algemeen oordeel over het werk van het Zorginstituut. Dat gezegd hebbende zijn er wel bemerkingen te maken over de wijze waarop het Nederlands Zorginstituut het onderzoek naar Fampyra heeft uitgevoerd. Die bemerkingen zijn een beetje technisch, voorzitter, maar als u mij toestaat, noem ik er drie. Dat probeer ik zo kort mogelijk te doen. De eerste. Ik heb begrepen dat als je evidencebased onderzoek wil doen – dat wil natuurlijk iedereen – je dit eigenlijk doet op basis van zowel wetenschappelijke kennis en de kennis van de hulpverleners en medici, als de ervaringen van cliënten. Het Zorginstituut heeft, voor zover ik dat kan beoordelen, en ik geloof dat ik dat goed heb gezien, bij de beoordeling

van Fampyra maar een van die drie bronnen gebruikt. Dat is ook de klacht van de neurologen geweest. Het tweede is dat de gebruikte methodiek minder geschikt wordt geacht voor kleine groepen patiënten. Relevante gegevens worden niet opgenomen omdat ze niet in de systematiek passen. Er is ook gebleken dat de Fampyragebruikers na stopzetting van de medicatie achteruitgingen – dat is ook wat patiënten ons vertellen – en placebogebruikers niet. Dat gegeven heeft het Zorginstituut buiten beschouwing gelaten, maar het EMA heeft dat gegeven wel in de overwegingen meegenomen. Nogmaals, het gaat mij specifiek om dit onderzoek. Dat is ook waarom wij al zolang aandringen op een second opinion.

De voorzitter:

Afrondend, de heer Rutte.

De heer Arno Rutte (VVD):

Er is ruimte om op basis van specifieke gegevens nu alsnog te kijken of er toch ruimte is voor vergoeding voor een specifieke groep. Daar ben ik groot voorstander van. Daar vinden wij elkaar ook. Ik vind het wel heel kwetsbaar als we de beoordeling van Zorginstituut Nederland op basis van deze casus ter discussie stellen. Die beoordeling gebeurt bij ieder geneesmiddel. Ik heb nog nooit meegemaakt bij de vraagstukken rondom de vergoeding van een geneesmiddel dat het klip-en-klaar was dat alle partijen zeiden: Zorginstituut Nederland heeft het helemaal bij het juiste eind. Er zijn altijd medisch specialisten te vinden die zeggen: het moet niet. Zij hebben daar argumenten voor. Er zijn farmaceutische bedrijven die zeggen dat het echt vergoed moet worden. Daar hebben ze ook argumenten voor. Er zijn patiënten die zeggen baat te hebben bij een middel. Soms zeggen we toch: we doen het niet. Op het moment dat we Zorginstituut Nederland niet meer geloven, wat voor vastigheid hebben we hier dan nog in deze commissie onder onze voeten om te zeggen dat we wel of niet vergoeden, behalve dan dat het dan een politiek oordeel wordt? Dat wil ik zien te voorkomen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Nogmaals, mijn punt is dat dit onderzoek voor dit middel vraagt om een second opinion. Dat hebben we een jaar geleden al gedaan. De Minister doet dat ook. Het is goed om te horen dat de heer Rutte dat steunt. Die vraag naar de second opinion komt natuurlijk ergens vandaan. Naar Fampyra is op verschillende plekken – als ik het een beetje huiselijk mag zeggen – onderzoek gedaan. Op basis daarvan zijn verschillende uitkomsten geregistreerd. Dat heeft ons ertoe doen besluiten om ons in te zetten voor zo'n second opinion, dus ben ik blij dat de Minister dat ook doet. Tegen de heer Rutte zeg ik nogmaals dat het mij specifiek gaat om het oordeel over dit onderzoek en niet om de kwaliteit van het Zorginstituut in het algemeen. Overigens ben ik van mening dat je toch altijd zelf moet blijven denken.

De voorzitter:

U vervolgt uw betoog.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Voorzitter. Dan de macht van de farmaceutische industrie. De Amerikaanse Kamer van Koophandel in Nederland heeft namens een aantal farmaceuten een boze brief aan de Minister gestuurd. We hebben ook de reactie van de Minister gehoord. Nu zijn die luitjes nogal snel aangebrand, is mijn ervaring, maar ik zou toch tegen de Minister willen zeggen: beschouw die brief vooral als een aanmoediging om er nog een tandje bij te doen. Collega Van Gerven verwees al naar de schandelijke prijsverhoging door de fabrikant Novartis van een middel dat nota bene met geld

van de belastingbetaler, publieke middelen, ontwikkeld is. Ik zou graag van de Minister willen weten welke consequenties hij trekt uit het gesprek met Novartis. Wat is een volgende stap? Gaat Novartis openheid geven over hoe de prijs tot stand is gekomen? En een specifieke vraag. Novartis heeft ook de grondstoffenleverancier opgekocht – het bedrijf is althans overgenomen door Novartis. Dit betekent dat ze de hele keten in handen hebben. Mij lijkt dat een zaak voor de ACM, omdat ik mij echt afvraag of de keten zo gemonopoliseerd mag worden. Ik zou aan de Minister willen vragen welke rol hij voor zichzelf en voor de ACM ziet. Welke stappen gaat hij zetten om de ACM in positie te brengen om hier een oordeel over te geven? Welke mogelijkheden ziet hij samen met Europese collega's? Voorzitter. In het radioprogramma 1 op 1 zei de Minister dat hij de conclusie deelt dat het systeem op basis waarvan medicijnen gepatenteerd worden, failliet is. Die conclusie trok ik in een stuk in The Lancet, dat ik schreef met de ambtsvoorganger van de Minister, Edith Schippers. Wat betekent dat voor de concrete acties die de Minister gaat ondernemen? Dank voor de steun aan die positie.

Voorzitter. Dan de no-dealbrexit en de gevolgen voor de zorg. Veel dank voor het werk dat door de Minister en zijn ondersteuning is gedaan om echt heel precies in kaart te brengen, voor zover dat mogelijk is, wat de consequenties van een no-dealbrexit kunnen zijn voor de verkrijgbaarheid van sommige medicijnen in Nederland. De Minister constateert dat er toch problemen te voorzien zijn met de verkrijgbaarheid. Mijn vraag is de volgende. We hebben vorige week na veel debat een noodwet aangenomen. Zou de beschikbaarheid van medicijnen en hulpmiddelen niet bij uitstek een onderwerp zijn waar deze noodwet zijn nut kan bewijzen? Voor dit soort gevallen zou die toch gemaakt zijn? Graag een reactie van de Minister.

Voorzitter. Mijn laatste punt gaat over de tekorten aan medicijnen. Ook daar heeft de Minister ons een informatieve brief over gestuurd, met name rond de leveringsproblemen van de anticonceptiepil. De Minister stelt in de brief voor om de voorraden te vergroten tot vier maanden. De afgelopen maanden hebben vrouwen bijna letterlijk met de pet in de hand voor de balie van de apotheek gestaan. Ze kregen, als het meezat, één stripje mee. Vrouwen gingen onderling ruilen. Op Marktplaats werd erin gehandeld. Totaal onacceptabel. Die vier maanden lijken mij half werk. Waarom neemt de Minister niet gewoon wettelijke maatregelen, want dit is volgens mij een moment waarop de overheid moet optreden en groothandels, apothekers, fabrikanten moet disciplineren. Ook is dit een moment waarop de overheid ervoor moet zorgen dat de middelen die mensen nodig hebben – dat geldt niet alleen voor de anticonceptiepil, maar ook voor andere middelen – gewoon verkrijgbaar zijn. Ik hoop dat de Minister daartoe bereid is. Ik dank hem daar alvast voor. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Renkema, die spreekt namens de fractie van GroenLinks. Gaat uw gang.

De heer Renkema (GroenLinks):

Voorzitter, dank u wel. In zijn algemeenheid geldt dat zorg mensen altijd direct raakt in hun leven. Dat geldt misschien wel in het bijzonder voor geneesmiddelen. Die kunnen voor mensen het verschil maken tussen lopen of niet lopen, tussen wel een besmetting oplopen of geen besmetting oplopen of zelfs tussen leven en dood. We hebben het vanmiddag wel over technische onderwerpen, maar dit raakt mensen direct. We kregen een paar weken geleden een petitie aangeboden door mensen met MS bij wie het medicijn Fampyra dit belangrijke verschil maakt in hun leven. Het is weliswaar een medicijn dat lang niet bij alle mensen met MS aanslaat, maar waarbij al heel snel duidelijk is of dat wel

of niet het geval is. Hier zijn onderzoekers en wetenschappers het nationaal en internationaal over eens.

Voorzitter. Laat heel helder zijn – het kwam net al even aan de orde – dat de besluitvorming rond toelating van medicijnen ingewikkeld is. Die vraagt ook om uiterste zorgvuldigheid. Bij de toelating, of liever gezegd de afwijzing, zijn in onze Kamer verschillende bezwaren voorgelegd. Zo zou belangrijk internationaal onderzoek naar de werking van Fampyra niet zijn meegenomen, net zomin als de kennis van neurologen. Maar vooral blijken ook de praktijkkennis van hulpverleners en de ervaringskennis van patiënten onderbelicht. Mijn fractie is blij dat Biogen, de NVN en het Zorginstituut verder onderzoeken of het mogelijk is om Fampyra toch te vergoeden, maar wij maken ons zorgen over patiënten met kleine inkomens die de komende zes maanden dit middel zelf moeten betalen. Twee vragen hierover. Als over zes maanden blijkt dat Fampyra toch kan worden vergoed, is er dan een mogelijkheid om een terugbetaalregeling te treffen of deze patiënten op een andere wijze te compenseren? Tweede vraag: is er een meldpunt waar patiënten terecht kunnen die vragen of bedenkingen hebben over de vergoeding van hun medicijn? Graag hierop een reactie.

Voorzitter. Een vergelijkbare impact geldt voor mensen met de spierziekte SMA. Voor hen is het medicijn Spinraza een reddingsboei. We zien dat het in alle omringende landen om die reden verstrekt wordt. Op 11 juli is bekendgemaakt dat het geneesmiddel Spinraza alleen verstrekt wordt aan jonge kinderen tot 9,5 jaar. Voor oudere kinderen en volwassenen wordt alleen een voorlopige toelating toegezegd, maar de Minister heeft wel aangegeven zo snel mogelijk duidelijkheid aan de patiënten te willen geven. Zeven maanden na deze brief is er naar ons weten feitelijk niets gebeurd. In de tussentijd is de conditie van die oudere kinderen, maar ook volwassenen verder verslechterd. Welke stappen gaat de Minister ondernemen om deze patiënten wel zo snel mogelijk te helpen? Graag ook hierop een reactie.

Dan een heel ander medicijn: PrEP. Samen met D66 heeft mijn fractie zich hardgemaakt voor het beschikbaar stellen van PrEP plus de wenselijke bijbehorende begeleiding voor de groep mensen met een verhoogd risico op besmetting met hiv. Mijn fractie vindt de traagheid waarmee dit toegezegde middel voor deze mensen beschikbaar komt ronduit onbevredigend. Elke dag wachten betekent nieuwe hiv-infecties. We hebben samen met Pia Dijkstra van D66 en mijn collega Corinne Ellemeest schriftelijke vragen ingediend. Uit de antwoorden maken we op dat de Minister in zijn planning afkoerst op komende zomer. Kan hier niet meer vaart achter gezet worden, zo vraag ik de Minister. Kan hij garanderen dat er niet nog meer vertraging komt? Waarom kiest hij niet voor een tijdelijke noodregeling voor alle huidige gebruikers? Graag ook hierop een reactie. Voorzitter. Dan een heel positief bericht: het bezoek en daarmee ook de steun – zo zien we dat – van de Minister aan het laboratorium van de apotheker Paul Lebbink in Den Haag. Hij heeft het heft van de magistrale bereiding in eigen handen genomen. Met dit bezoek laat de Minister zien dat ook hij, net als GroenLinks, vindt dat magistrale bereiding soms het gewenste, maar ook benodigde tegenwicht kan bieden aan farmaceuten die de hoofdprijs willen verdienen. Daarin kan en moet wat ons betreft de Minister een belangrijke rol spelen. Niet voor niets heeft mijn fractie met de motie het kabinet gevraagd om de praktische en juridische bezwaren rond magistrale bereiding in kaart te brengen. Ik vraag de Minister wat de eerste bevindingen zijn. Kan hij daar iets over melden?

Voorzitter. Ten slotte de terecht grote consternatie over medicijntekorten. De anticonceptie kwam vanmiddag al aan de orde. We zien over en weer beschuldigingen tussen enerzijds zorgverzekeraars en anderzijds apothekers. Allerlei vermeende oorzaken worden genoemd. Ik noem er een paar. Het tekort zou veroorzaakt worden door het doorgeslagen preferentiebeleid, door export van schaarse medicijnen naar het

buitenland, door zo'n kwetsbare keten van productie, door de grote afhankelijkheid van een zeer beperkt aantal grondstoffenleveranciers. Allerlei verschillende oorzaken, maar wat is het nu? Wij vinden het de hoogste tijd voor een gedegen en écht onafhankelijk onderzoek naar de oorzaken met daarbij een internationale vergelijking, zodat we gericht kunnen werken aan oplossingen. Is de Minister dit eens met GroenLinks? Graag een reactie.

Een andere ontwikkeling die grotere medicijntekorten kan opleveren, is de brexit. Dit punt kwam al kort aan de orde. Wij hebben waardering voor de voortvarendheid die de Minister hier laat zien. Onze zorg ligt nog bij de onduidelijkheid voor patiënten. We begrijpen heel goed dat de Minister de lijst van onmisbare geneesmiddelen waarbij een leveringsprobleem zou kunnen ontstaan, niet gaat publiceren. Maar hoe gaat hij de onzekerheid bij patiënten wegnemen? Er is inmiddels een loket en er komt een campagne voor de zorgsector. Maar waar kunnen patiënten met vragen of zorgen over de brexit terecht? Hoe worden de patiëntenorganisaties daarbij betrokken? Graag ook daarop een reactie.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van den Berg, die spreekt namens de fractie van het CDA. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. Op de eerste plaats vinden wij het verheugend dat de Minister opnieuw onderzoek laat doen naar Fampyra en daarbij met name de mensen betreft die dus wél een positief effect daarvan merken. Wij kijken met veel belangstelling uit naar de resultaten. Veel van de patiënten die we bij de petitieaanbieding hebben gezien, zijn hier aanwezig. We hopen op een goed resultaat daarvan.

Voorzitter. Zorg moet bereikbaar en betaalbaar zijn, maar ook beschikbaar. Dat brengt mij bij de tekorten. Die beschikbaarheid is een probleem. Het CDA vraagt al jaren om een aanpak daarvan. We hebben vandaag nieuwe voorstellen gepubliceerd, die ik graag via de bode aan de Minister wil overhandigen.

De voorzitter:

Ik neem aan dat er geen bezwaar tegen bestaat dat dit stuk ter inzage wordt gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Kamer.

(Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.)

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

Nu moet men namelijk het verwachte tekort melden bij de werkgroep tekorten, maar de conclusie is dat dit onvoldoende is. Het CDA wil daarom dat voorraden verplicht gemeld worden en dat hierop ook gehandhaafd wordt. Daarnaast willen wij dat in kaart wordt gebracht welke kwetsbaarheden er zijn in de productie van kritische geneesmiddelen. Zo hebben wij begrepen dat er voor antibiotica slechts enkele grote productielocaties zijn, waarvan de meerderheid in China is. Dat maakt ons kwetsbaar.

Voorzitter. Hoe zit het met de medicijntekorten voor de BES-eilanden in het Caribisch gebied?

Ten aanzien van de brexit hebben wij enkele ziekenhuizen gebeld. Het blijkt dat het Verenigd Koninkrijk verantwoordelijk is voor 20% van de beoordeling van de geneesmiddelen voor EU-toelating en dat er in Nederland ook medicijnen zijn met een Verenigd Koninkrijktoelating, maar geen EU-toelating. Gaat de Minister coullance toepassen voor deze medicijngroep om deze toch beschikbaar te houden? Voor 50 medicijnen is nog geen oplossing, maar is er intussen wel inzicht in de risicogenees-

middelen en wanneer wordt dat openbaar? Zoals mijn collega van GroenLinks net vroeg: komt er een patiëntenmeldpunt? Hoe gaat de Minister voorkomen dat er een koehandel komt en hoe zorgt hij ervoor dat er juist een ijzeren voorraad wordt gerealiseerd? Dat is om te voorkomen wat we zagen op Marktplaats met de anticonceptiepil.

Voorzitter. Voor hulpmiddelen zijn de zorgen nog groter. Binnen de Europese Unie moeten hulpmiddelen gecertificeerd worden door een notified body, zoals men die noemt. Nu blijkt dat 45% van alle hulpmiddelen die in Europa worden geproduceerd en maar liefst 70% van alle hulpmiddelen die van buiten Europa komen, een certificering hebben van een Britse notified body. Na 29 maart is die certificering niet meer geldig. De Minister stelt dat veel bedrijven zich nog niet voldoende bewust zijn van de gevolgen. De Minister start een campagne, maar is dat wel tijdig genoeg? Gaat hij voor deze medische hulpmiddelen nu een noodwet maken of de noodwet gebruiken? Een van de ziekenhuizen meldt dat hun stents, die men gebruikt als de vaten erg kwetsbaar worden, uit het Verenigd Koninkrijk komen.

Voorzitter. We hebben inmiddels ook vragen gesteld over de vervangende apothekersorganisatie in de Hoeksche Waard. Wij begrijpen dat niet overal de apotheken kunnen openblijven en dat er alternatieven voor worden bedacht. Maar nu zien we toch verontrustende berichten in de krant dat er medicijnen worden verstrekt waardoor patiënten bijvoorbeeld een allergische reactie hebben. Het kan niet zo zijn dat wij twee soorten zorg gaan krijgen. Ook in de regio moet de zorg veilig zijn.

Voorzitter. Dan dure medicijnen. Die zijn een zorgpunt voor ons en, zo zie ik, ook bij de collega's. Natuurlijk mogen farmabedrijven een goed rendement maken, een vergoeding ontvangen voor R&D en ook nog voldoende verdienen om weer te kunnen blijven investeren in de toekomst. Echter, nu wordt de prijs bepaald door wie het beste kan onderhandelen en wat de gek ervoor wil betalen. Novartis en Leadiant zijn recente voorbeelden van uitwassen. Dat moet stoppen. Hoge medicijnkosten leiden tot verdringing van de zorg, zoals ook door collega Ploumen werd genoemd. We krijgen nu eindelijk betere en eenduidige registraties, zoals vooral de Patiëntenfederatie heeft voorgesteld. Nu zijn er allerlei aparte registraties, wat tot veel administratieve lasten leidt en bovendien weinig inzichtelijk is. Bovendien kost het veel geld. Is de Minister bereid om te zoeken naar een systeem waarin de prijs wordt bepaald door een percentage van de winstmarge, door een percentage voor R&D, door de productiekosten, maar ook door hoe effectief een medicijn is en door hoeveel gebruik er is van een medicijn? Als een medicijn effectiever is dan een concurrerend medicijn, mag je dat wat ons betreft ook best een stukje in de prijs zien. Maar het gaat wel allemaal naar redelijkheid en billijkheid. We zijn er dan ook niet blij mee dat het Zorginstituut het macrobeslag verhoogt naar 10 miljoen euro. Dat betekent dat er onder 10 miljoen euro geen onderzoek meer is. Dat kan tot oneigenlijk gebruik en onverwachte medicijnkosten leiden.

Voorzitter. Verder willen wij – dat is net ook aan de orde gekomen – dat er betere contracten komen als een patent overgaat van een kennisinstituut naar een bedrijf. We weten dat TNO een hele mooie deeltjesversneller heeft. Daarmee kan het onderzoek in fase 1 sterk worden vermindert. Daarmee kan ook nog worden bepaald hoeveel men nodig heeft voor een bepaald onderzoek. Wij willen graag dat de Minister ... Ik zie de voorzitter kijken; daarom was ik even afgeleid. Wij willen graag dat de Minister zorgt dat er veel betere contracten komen en dat dit dus ook tot voordelen leidt, als men van die deeltjesversneller gebruik heeft gemaakt.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is nu het woord aan de heer Geleijnse, die spreekt namens de fractie van 50PLUS. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. In deze zes minuten een zevental onderwerpen. Ik begin met het verspillen van medicijnen. Het verspillen en weggooien van medicatie is slecht voor het milieu en past ook niet bij het terugdringen van de zorgkosten. De Minister geeft in zijn brief van december 2018 aan dat altijd moet worden afgewogen wat enerzijds noodzakelijk en veilig is en anderzijds wat praktisch is voor de patiënt en onnodige terhandstellingskosten voorkomt. Die veelbesproken en vaak niet begrepen terhandstellingskosten lijken een efficiënte werkwijze soms in de weg te staan. Ik vraag de Minister dan ook of hij bereid is daar nog eens kritisch naar te kijken. Is er nog nieuws te melden naar aanleiding van de stakeholdersbijeenkomst van 28 november, waar alle partijen bereid waren om gezamenlijk te kijken of hergebruik van dure medicijnen mogelijk is. In hoeverre blijft deze Minister betrokken?

Dan de verpakkingen van medicijnen. Kan de Minister een toelichting geven op de meest recente pogingen om hergebruik vaker mogelijk te maken door de juiste verpakking te gebruiken?

De **voorzitter**:

Ik onderbreek u even. U klinkt voor mij heel erg goed, maar het lampje van de microfoon is niet aan. Ik twijfel even ...

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

Hier is het wel aan.

De **voorzitter**:

Dat lampje is dus stuk. Bij dezen een signaal voor de bode: het lampje van de heer Geleijnse doet het niet. Ik was even bezorgd dat dit niet goed zou worden opgenomen in de Handelingen, of niet goed verstaanbaar zou zijn. maar gaat u gerust verder. U bent luid en duidelijk.

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

Heel goed. Ik neem aan dat ik ruim de tijd heb om alsnog mijn verhaal af te maken.

Ik was dus gebleven bij verpakkingen van medicijnen. Kan de Minister een toelichting geven op de meest recente pogingen om hergebruik vaker mogelijk te maken door de juiste verpakking te gebruiken? 50PLUS begrijpt dat dit alleen rendabel is vanaf een bepaald bedrag en dat dit niet voor alle medicijnen een oplossing is, maar met alle innovaties van de laatste tijd vraag ik me af of er echt voldoende onderzoek is geweest. En van dichtbij weet ik dat verpakkingen van medicijnen vaak voor frustraties zorgen. Soms kiezen mensen ervoor het medicijn niet te gebruiken, simpelweg omdat ze de verpakking niet openkrijgen. Kent de Minister deze signalen en zijn hierover nog ontwikkelingen te melden?

Dan de al eerder besproken medicijntekorten. Ik citeer uit een artikel in het NRC: «Het is een doordeweekse ochtend in de Haagse apotheek. Als de schuifdeuren opengaan, springen de medewerkers op. Sonja Keizers heeft geen tijd voor klanten. In de hoek doet ze de administratie. En tegenwoordig bestaat die voor het overgrote deel uit het beantwoorden van maar één vraag: hoe komt zij in hemelsnaam aan medicijnen voor haar patiënten? De stand van zaken? Ze telt. 200 verschillende medicijnen zijn niet op tijd geleverd.» Vorig jaar waren er ruim 750 verschillende medicijnen langer dan twee weken niet beschikbaar. Elke maand moesten apothekers bij 580.000 voorschriften op zoek naar een alternatief. Verhalen en schrijnende situaties bereiken de media in onze mailboxen. Een aantal vragen. Wie is er in de ogen van de Minister verantwoordelijk en eindverantwoordelijk voor medicijntekorten, en welke rol ziet hij voor zichzelf? Hoe vaak is er gebruikgemaakt van de aangepaste regeling Geneesmiddelenwet om bij een tijdelijk tekort op een eenvoudige wijze een vervangend geneesmiddel uit het buitenland te halen, en hebben

zorgverzekeraars die middelen dan ook vergoed? En kan de Minister toezeggen dat hij niet wacht met het aanpassen van de Geneesmiddelenwet, als het gaat om de kwantitatieve formulering in plaats van de kwalitatieve formulering? En kan hij dan ook toezeggen dat de wetswijziging nog voor het zomerreces naar de Kamer komt, of liever nog voor het meireces?

Dan vervuilde medicijnen. 50PLUS heeft met verbijstering de berichten gelezen over bloeddrukverlagende medicijnen die vervuild zijn met verhoogde concentraties kankerverwekkende stoffen. De afgelopen zes jaar hebben 160.000 Nederlanders vervuilde valsartanpillen ingenomen. Gaat de Minister vanaf heden de Inspectie voor de Gezondheidszorg verplichten om medicijnen voortaan structureel op z'n minst vaker te testen of deze van goede kwaliteit zijn? En het kan toch niet zo zijn dat patiënten eerst moeten betalen voor een vervuild medicijn, en bij het terugbrengen naar de apotheek een vervanger meekrijgen, die ze ook moeten betalen, terwijl ze het bedrag van de vorige medicijnen niet terugkrijgen. Dit is voor 50PLUS onbestaanbaar. Is de Minister dat met ons eens, en wat gaat hij eraan doen?

Dan de medicatiebeoordeling. Kan de Minister ons de stand van zaken melden wat betreft de nieuwe multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen? Wanneer is deze nieuwe richtlijn beschikbaar? Kan de Minister aangeven in hoeverre alle vormen van medicatiebeoordelingen voor vergoeding in aanmerking komen? 50PLUS heeft eerder bij monde van mevrouw Sazias bij de begrotingsbehandeling gevraagd hoe de jaarlijkse medicatiebeoordeling beter onder de aandacht kan worden gebracht. De Minister gaf toen aan dat mee te nemen in het periodiek overleg met de huisartsenorganisatie en de Kamer nader te berichten. Kan de Minister daar inmiddels meer over vertellen?

Het op een na laatste onderwerp is Fampyra. Ik heb uiteraard kennisgenomen van de petitie. We hebben de reactie van de Minister gezien: opnieuw onderzoek doen. Ik wil me eigenlijk beperken tot maar één vraag: is de Minister bereid om, lopende het onderzoek, de vergoedingenwet uit het basispakket vorm te geven?

Tot slot tapering. Taperingstrips zijn nodig om het gebruik van verschillende medicijnen, waaronder slaap- en kalmeringsmiddelen, af te bouwen. Samen met de SP heeft 50PLUS schriftelijke vragen gesteld. In 2016 werden die strips nog door enkele verzekeraars uit coulance vergoed, maar inmiddels is dat niet meer het geval. Drie vragen. Als de studie die de Minister aanhaalt in de beantwoording van de schriftelijke vragen, meer handvatten gaat bieden voor verantwoord afbouwen, komt dan de vergoeding dichterbij? Komt vergoeding ook dichterbij als tapering onderdeel gaat worden van een richtlijn? Medio mei verwachten we immers een definitieve tekst over de afbouw van medicijnen, op initiatief van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en anderen. En mijn allerlaatste vraag, voorzitter. Waardeert de Minister een advies van de Gezondheidsraad op dit gebied?

Dank u.

De voorzitter:

Dank u. Ik geef nu het woord aan de heer Rutte, die spreekt namens de fractie van de VVD. Ga uw gang.

De heer Arno Rutte (VVD):

Voorzitter. Als je de zesde spreker bent, hebben heel veel mensen al waardevolle dingen gezegd over geneesmiddelen, bijvoorbeeld over de enorme waarde die geneesmiddelen vertegenwoordigen voor patiënten. Er zitten er vandaag ook heel veel in de zaal, en ik begrijp ook nog in een zaal hieronder. En dat is evident; mensen kijken vaak jaren uit naar geneesmiddelen, vaak innovatieve geneesmiddelen, tot ze eindelijk op de

markt komen en vergoed kunnen worden, in de verwachting en hoop dat hun kwaliteit van leven daardoor verbeterd wordt. En zelfs de partijen die het minst enthousiast zijn over de farmaceutische industrie zijn vaak wel enthousiast over de producten die worden gerealiseerd. En dan zitten wij hier ook vaak in moeilijke dilemma's: hoe gaan we daar nu mee om. Want we zien steeds vaker dat de geneesmiddelen buitengewoon hoge prijzen hebben. Dat is niet de enige uitdaging in de gezondheidszorg. Er wordt weleens net gedaan alsof dure geneesmiddelen het enige prijsopdrivende effect is in de zorg, maar dat is niet waar. Het is wel een aangelegen probleem en uitdaging, zeker als die prijsvorming soms volstrekt onverklaarbaar is.

En wat zien we dan? We zien twee dingen, en die zijn al een aantal jaren gaande. We zien een overheid die zich steeds steviger wapent tegen dure geneesmiddelen, met steun vanuit de Kamer. We hebben tegenwoordig een sluis voor middelen die normaal via het ziekenhuis zouden zijn verstrekt, en direct in het pakket terecht waren gekomen. We zeggen nu: nee, wacht even, we vinden de prijsvorming op zich exceptioneel, we gaan eerst maar eens heel stevig onderhandelen. En terecht, je kunt niet onbeperkt tegen een producent zeggen: u stelt een prijs en wij vergoeden dat dan maar; dat kan niet. Dus de overheid wapent zich, op allerlei manieren. Ik ben al lang bezig met het onderwerp, maar elke keer word ik weer verrast. Ik kreeg een schema onder ogen van hoe zo'n toelating tot het pakket in de praktijk gaat. De fase bij het EMA, de Europese toelating, heb je dan gehad. Daarna kwam er een heel ingewikkeld stroomschema dat ik hier vandaag niet kan reproduceren, ook niet na jarenlang woordvoerders gezondheidszorg voor de VVD te zijn geweest. Ik kan het u niet verklaren, zo ingewikkeld was het. En al die stappen kosten tijd, en al die stappen zijn bedoeld om tegenmacht te bieden ten opzichte van monopolistisch opererende farmaceutische bedrijven.

Dus we wapenen ons. En aan de andere kant wapenen farmaceutische bedrijven zich ook. Die denken: het duurt steeds langer, het wordt steeds ingewikkelder; ik doe de prijs omhoog, want ik ga ook meer kwijt raken want er wordt hard onderhandeld. We zien het gewoon gebeuren. Iedereen is weer boos, en we vechten het uit via de pers. Als kind van de jaren zeventig en jaren tachtig herken ik het een beetje: het lijkt wel de Koude Oorlog; bewapening aan twee kanten, steeds tot de tanden toe bewapend; en niemand geeft toe, want de eerste die toegeeft, verliest het spel. Toch weten we ook op basis van die Koude Oorlog dat je uiteindelijk stappen zult moeten zetten en elkaar moet toenaderen om tot ontwapening te komen, om tot een vorm van vrede te komen en weer een perspectief voor de toekomst. Ik maak me er zorgen over dat dit nu niet zo lijkt te zijn. De taal verhardt zich over en weer. De overheid wapent zich. We krijgen bijvoorbeeld weer een gepeperde brief van boze fabrikanten. Het leidt tot niks, alleen maar steeds meer verontwaardiging. En de patiënt lijkt de dupe te worden. Ik maak me daar zorgen over.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, een vraag van mevrouw Ploumen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Ja, voorzitter. Ik word er verder niet zo warm of koud van, hoor, over de toon van het debat. Ik vind namelijk dat het niet om gelijkwaardige grootheden gaat. Kijk, de overheid is er om ervoor te zorgen dat alle burgers toegang hebben tot zorg, en dat die zorg betaalbaar blijft. Farmaceuten hebben een winst oogmerk; zo zitten ze nou eenmaal in elkaar. Dat is ook niet mijn voornaamste punt van zorg. Maar het gaat mij om het volgende, en daar zou ik de heer Rutte graag over horen: hoe kijkt hij er nu tegenaan dat het medicijn bij Novartis is ontwikkeld met publiek geld, dat vervolgens eigenlijk de hele keten gemonopoliseerd is, en dat er vervolgens, zonder rekenschap af te leggen van hoe die prijs tot stand

komt, zo'n hoge prijs komt? Zou de heer Rutte met mij een oproep willen doen aan de farmaceutische industrie en aan de Minister om af te dwingen om veel meer transparant te zijn over die prijsopbouw?

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

Ik hield een wat beschouwend betoog dat nog niet klaar is. Dat is niet erg; deze vraag is ook relevant. Ik kwam op deze casus zelf niet terug omdat daar binnenkort een apart plenair debat over wordt gehouden. Maar nu de vraag gesteld is, wil ik het er best over hebben.

Ten eerste vind ik de suggestie van mevrouw Ploumen om de ACM te laten kijken naar het feit dat de hele keten gesloten is, interessant. Daar valt zeker iets voor te zeggen. De andere kant van de medaille is ook waar. Ik heb daar ook wat collega's over gehoord. Geven wij technologie niet veel te makkelijk en veel te laagdrempelig in handen van anderen? Dan praten we bijvoorbeeld over dit geneesmiddel van Novartis, maar het kan ook gaan over heel andersoortige technologische vindingen bij onze universiteiten. Verkopen we dat niet te makkelijk? Moeten we daar niet veel scherper op zijn? Nou, als mensen daar scherp op willen zijn, dan ben ik het daarmee eens.

Tot slot de prijsvorming van dit specifieke middel, nog helemaal afgezien van het feit dat het ontwikkeld is op een universiteit in Nederland. De onderliggende perceptie daarvan is valuebased pricing. De hele farmaceutische industrie is doorspekt van valuebased pricing. Sterker nog, als je daar wat van vindt en je zegt er wat over, krijg je hele gepeperde mails in de trant van «ja, maar dat is nu eenmaal het concept; zo werkt het». Ik ben niet enthousiast over valuebased pricing. Ik ben heel erg enthousiast over valuebased healthcare, maar dat is wel even heel wat anders. Dat voelt als een vorm van maatschappelijke chantage, en dat moeten we niet doen. Dus ik zou heel graag willen dat dat anders zou kunnen. Ik denk dat er andere modellen mogelijk zijn, bijvoorbeeld via transparantie. Mevrouw Van den Berg had daar ook voorstellen voor. Het is niet een one size fits all, maar ik zou zeggen: stop met die valuebased pricing.

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dank aan de heer Rutte voor die antwoorden. Misschien nog één vraag aan hem. Wij hebben samen met de SP en GroenLinks – en de deugd zit vandaag in het midden – een initiatiefnota gemaakt met meer dan 60 voorstellen voor hoe die macht van de farmaceutische industrie in te perken. We hebben ook voorstellen gedaan om het systeem echt te wijzigen. De heer Rutte was daar niet heel enthousiast over. Na wat er de afgelopen maanden is gebeurd, zou ik hem dan mogen vragen of we dat gesprek misschien nog een keer zouden kunnen hebben, en we dan misschien op wat meer steun van hem zouden kunnen rekenen bij een aantal van die voorstellen? Dit is een aanbod voor een gesprek met de heer Rutte, om te bekijken of we samen een aantal van die voorstellen opnieuw onder de aandacht van de Minister kunnen brengen.

De **voorzitter**:

We gaan kijken of de heer Rutte op dat aanbod ingaat. Ga uw gang.

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

Bij het notaoverleg over die nota kon ikzelf niet aanwezig zijn; dat heeft mijn collega De Lange gedaan. We hebben het wel intensief van tevoren afgestemd. Wij stonden helemaal niet negatief tegenover de notitie aan sich. We konden alleen niet alle 60 voorstellen steunen. Wij zitten daar dus genuanceerd in. Er zitten een heleboel verstandige dingen in, maar ook een aantal dingen waarvan ik denk: zo werkt het niet, zo gaat het niet

lukken. Maar volgens mij zijn er heel veel dingen die we met elkaar delen en die ons ook vooruitbrengen, dus we staan niet lijnrecht tegenover elkaar. Ik geloof niet in alles wat daarin staat; daar moet ik eerlijk in zijn. Volgens mij is dat ook in dat notaoverleg gewisseld.

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

Het is in ieder geval goed om te horen dat ook meneer Rutte zich zorgen maakt over de stijging van allerlei medicijnkosten.

Wij hebben eerder met de voorganger van de heer Rutte, mevrouw De Vries, een motie ingediend waarin wij de Minister vroegen of hij biomarkers en andere testen zou kunnen bevorderen. Is meneer Rutte het met het CDA eens dat we misschien in een stadium komen dat we zeggen dat alle middelen die in de sluis komen, gewoon verplicht een biomarker moeten hebben, en anders gewoon niet in aanmerking komen? En als een medicijn minder dan 50% effectief blijkt te zijn, dan moet ook die whole genome sequencing – een moeilijk woord – of in ieder geval een verdere test met DNA verplicht worden, voordat wij naar zo'n medicijn willen kijken.

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

Ik ben er even tussenuit geweest. Het klopt, ik ken die motie van CDA en VVD ook. Het idee dat je samen met een geneesmiddel ook de marker zou moeten meeleveren, vind ik een interessante gedachte. Daar heb ik in het verleden zelf ook wat mee gedaan. Maar het hangt wel een beetje af van de aard van het middel. Sommige middelen werken inderdaad bij een heel brede populatie, en daarbij speelt dat dus niet. Maar bij heel veel dure oncolytica is dit bijvoorbeeld relevant. Ik ben er dus een enorme voorstander van. Ik zal zo ook nog iets zeggen over whole genome sequencing, maar ik ben er dus een groot voorstander van dat we het gebruik van die biomarkers blijven bevorderen. En als het verstandig is om te zeggen dat er, als er een marker aanwezig is, die ook moet worden meegeleverd, dan vind ik dat een logische conclusie.

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

Ja, want oncologische medicijnen zijn gemiddeld maar 20% tot 30% effectief. Is meneer Rutte het er dan mee eens dat je in ieder geval al bij oncologische medicijnen die in de sluis komen, zo'n biomarker verplicht zou moeten stellen, terwijl dat nu maar in twee derde van de gevallen aanwezig is?

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

Het gaat dan met name om immunotherapeutische middelen. Het is dan inderdaad verstandig om een marker te vinden, omdat het van tevoren al duidelijk is dat ze bij sommige patiënten wel werken en bij andere niet. Het punt is wel dat er niet altijd een marker is. Daar moet je dus naar op zoek gaan. Dan moet je extra research doen; mevrouw Van den Berg vertelde daar ook al iets over. Maar als het kan, vind ik dat een goed idee.

De **voorzitter**:

U vervolgt uw betoog.

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

Ja, voorzitter. In mijn betoog had ik het over de koude oorlog waar we in terechtkomen. Die laten we vandaag ook echt niet in één keer ontdooien. Ik hoorde al een aantal voorstellen waarvan ik dacht dat we daarin mee kunnen gaan, omdat die allemaal kunnen helpen. Ik wil ook een ander voorstel doen. Met name voor patiënten die te maken hebben met een zeldzaam ziektebeeld kan een nieuw geneesmiddel echt het verschil maken tussen leven en dood, tussen wel of geen kwaliteit van leven. Maar hoe kleiner het ziektebeeld, hoe moeilijker het is om aan data te komen,

en hoe vaker het gebeurt dat het alleen al heel lang duurt voordat het middel überhaupt in zicht komt. En als dan ook nog eens extra nader onderzoek wordt gedaan op het moment dat een middel al eventueel op de markt had kunnen zijn, dus op het moment dat het EMA al heeft gezegd «sla de laatste onderzoeksfase maar over, laten we het maar gaan gebruiken», dan lopen ondertussen de extra onderzoekskosten alleen maar op en neemt de wanhoop van de patiënt toe. Ik zou heel graag willen dat de Minister, daar waar mogelijk, bevordert dat bij kleine indicatiegebieden, als het EMA heeft gezegd om het onderzoek in twee fasen te doen en niet in drie, die middelen versneld naar de Nederlandse patiënt komen. Ik verbind daar wel twee voorwaarden aan. Mits dat kan tegen een acceptabele prijs, want als de ontwikkeltijd korter is en de terugverdientijd langer, dan moet dat tegen een acceptabele prijs kunnen, ook omdat het aanbod dan eerder wordt gedaan. Hierover valt met ons te praten. En ten tweede moet je wel heel goed bijhouden wat de effectiviteit en de bijwerkingen van het middel zijn, want dat kan een reden zijn om uiteindelijk toch te zeggen: hier kunnen we niet mee door. Maar is de Minister bereid om die stappen vaker te zetten, en wat minder vaak vanuit Nederland bij dit soort middelen op de rem te gaan staan en te zeggen: we doen nog wat nader onderzoek, we kijken verder? Dat nadere onderzoek jaagt namelijk wel de kosten op, maar levert heel vaak heel weinig op. Juist als patiëntenpopulaties klein zijn, kun je met nader onderzoek ook niet heel veel nieuw inzicht verwerven. Ik doe een indringend beroep op de Minister om daar eens serieus naar te kijken. Tot slot. Mevrouw Van den Berg had het al over markers, over op zoek gaan naar welk middel bij welke patiënt werkt. Dat kan heel specifiek, maar dat kan ook breeduit. Breeduit wordt dat gedaan door de Hartwig Medical Foundation, die whole genome sequencing. Maar de Hartwig Medical Foundation lijkt ertegenaan te lopen dat de subsidiestromen om dit werk te kunnen blijven doen, heel vaak gericht zijn op een bepaald ziektebeeld, een beperkt ziektebeeld of bepaalde specifieke tumoren. Wat de Hartwig Medical Foundation nou juist doet, is het hele genoom in kaart brengen, kijken of er verbanden zijn en bekijken welke therapie specifiek voor een patiënt zou kunnen werken. Is de Minister bereid ook daar even kritisch naar te kijken, zodat in ieder geval ook deze foundation toegang kan krijgen tot subsidiegelden via ZonMw, om dat belangrijke werk te kunnen blijven doen? Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Nog een vraag van de heer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

Voorzitter. Ik had verwacht dat de VVD ook wel zou ingaan op het feit dat hier heel veel mensen, heel veel MS-patiënten aanwezig zijn, om te horen wat de politiek vindt van de vergoeding van Fampyra. Ik wil dat dus ook vragen: hoe staat de VVD in die discussie? En is het eigenlijk niet raar dat de Minister zegt dat we dit opnieuw gaan onderzoeken? Dat doe je eigenlijk dan alleen maar omdat je weet dat er een effect is, en dat het waarschijnlijk effectief is. Maar de discussie gaat vooral over de mate waarin, en dat ook nog eens gerelateerd aan de prijs, want dat is altijd de discussie. Zou het feit dat we het weer gaan onderzoeken, ook niet automatisch moeten inhouden dat we het ook weer voorwaardelijk toelaten tot het pakket? Dat hebben we namelijk in eerste instantie eigenlijk ook gedaan. Zou de VVD die lijn steunen?

De heer Arno Rutte (VVD):

Ik ben niet op Fampyra ingegaan omdat daar gisteren een heel heldere brief van de Minister over verscheen. Ik ben blij dat dat gebeurt. Maar nu de vraag mij wordt gesteld, biedt dat mij wel de kans om erop in te gaan. Fampyra is een bijzondere casus. Dit geneesmiddel toelaten tot het pakket

wordt nu niet voor de tweede keer beoordeeld, zoals men zegt, maar voor de derde keer. Het is de eerste keer afgewezen door Zorginstituut Nederland. Daarna waren er heel veel aanwijzingen dat het middel toch heel veel effect bleek te hebben. De vorige Minister heeft toen een voorlopige toelating geregeld, precies zoals de heer Van Gerven zegt. Met een voorlopige toelating wordt het middel vergoed en moeten er gaandeweg door die vergoeding ook nieuwe data worden gegenereerd om te kijken naar de effectiviteit. Vervolgens werd het op basis van die data toch weer afgewezen. Dit is een unieke situatie. Normaal gesproken is dat echt einde oefening. Ik ben er toch blij mee dat de partijen elkaar gevonden hebben om toch nog een keer te kijken naar een beoordeling van de effectiviteit, juist omdat er zo veel patiënten zijn – en die hebben we ook gezien – die zeiden: ik reageer waanzinnig op dat middel. Daar ben ik dus heel erg voor, maar een hernieuwde voorlopige toelating kennen we eigenlijk helemaal niet. Ik zou niet eens weten of dat past in onze wet- en regelgeving. Laat ik het zo zeggen: ik ben benieuwd wat de Minister daarover kan melden. Ik ben er niet helemaal principieel tegen, en daar gaat het mij niet om, maar hier doet zich wel een heel unieke situatie voor.

De voorzitter:

Afrondend, meneer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

Ja, voorzitter. Daar gaan wij over. De politiek doet altijd de laatste afweging, wij kunnen tot iets beslissen. Laat ik het zo zeggen: eigenlijk treft de fabrikant, Biogen, hier ook wel blaam. Ik vind het een beschamende vertoning, dat een fabrikant die een middel op de markt brengt dan ook niet zelf in staat is om ondubbelzinnig de werking en effectiviteit ervan aan te tonen. Er valt dus wat te zeggen over het onderzoek dat de afgelopen jaren is gedaan om de effectiviteit aan te tonen. Maar dat laat onverlet dat de patiënten de dupe zijn van het onvolledige onderzoek dat nu is gedaan. En we moeten ook constateren dat de beroepsgroep, dus de neurologen, in zijn geheel vóór is. Daar is geen discussie over.

De voorzitter:

Ja, en uw vraag ...

De heer Van Gerven (SP):

Mijn vraag is dus of, gezien deze bijzondere situatie, de patiënt dan toch niet het voordeel van de twijfel zou moeten hebben. En u kent het oordeel van de Minister. Die heeft gisteren een brief gestuurd. Hij zet maar een van de twee stappen. Hij zegt: onderzoek prima, maar vergoeding, nee. Wat mij betreft kan dat geen goede uitkomst zijn van dat debat.

De voorzitter:

Uw punt en vraag zijn duidelijk. De heer Rutte.

De heer Arno Rutte (VVD):

Nogmaals, het is echt een unieke situatie die zich hier voordoet. Ik ga niet te diep treden in wie er blaam treft of niet. Het is bijzonder dat we opnieuw gaan kijken en dat we opnieuw willen kijken. Ik steun dat, ik vind dat van belang. Ik heb er ook zelf met het Zorginstituut over gesproken. Hier zitten veel nuances aan in vergelijking met het buitenland. De manier van behandelen is in Nederland soms heel anders. Maar gezien wat hier gebeurt, vind ik het heel goed dat er opnieuw wordt gekeken. En wat betreft in zo'n fase opnieuw voorlopig vergoeden: we kennen die situatie niet, dat is echt een unieke situatie. Ik wil echt de reactie van de Minister afwachten. En ik wil ook echt weten of dit past binnen wettelijke kaders, want even in een AO de wet aanpassen, is wel een heel forse stap.

De voorzitter:

Dank u wel. U was aan het einde van uw betoog? Dat betekent dat ik graag de heer Mulder het woord geef, die spreekt namens de fractie van de PVV. Ga uw gang.

De heer Edgar Mulder (PVV):

Ja, en laat die wet aanpassen net de reden zijn waarom wij dit AO wilden voeren. Daarom zitten we vandaag juist ook iets eerder bij elkaar voor het geneesmiddelenbeleid. De hoofdreden was en is het feit dat MS-patiënten het geneesmiddel niet meer vergoed krijgen per 1 januari. En dat klopt natuurlijk niet. Geen enkele patiënt zou zelf moeten betalen, want daarvoor is er natuurlijk ook die hoge premie. Blijkbaar gaat het bij Fampyra mis in de beoordeling of een patiënt er baat bij heeft. Maar die beoordeling wordt niet gedaan door de patiënt, niet door de behandelend arts en ook niet door de betrokken zorgverleners. Dat gebeurt door het Zorginstituut. Maar dat Zorginstituut is dus strenger dan beoordelingscommissies in de landen om ons heen. En er is een oplossing: dat is het voorstel van de MS-werkgroep van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Dat komt, heel kort, eigenlijk neer op: gepast gebruik met start- en stopcriteria, en daardoor zou de huidige groep van ongeveer 2.000 patiënten behandeld kunnen worden. Dit kan een echte oplossing zijn, want uit de kwalificatie van het Zorginstituut blijkt dat het dit keer niet zit in de financiën. Die twee dingen samen zouden dus een echte oplossing moeten zijn. En het werd al eerder gezegd dat gisteren het bericht kwam dat de partijen hierover in gesprek gaan en dat de uitkomst daarvan over zes maanden wordt verwacht. Hartstikke goed nieuws, en complimenten aan de Minister dat hij dat doet. Maar er ontbreekt natuurlijk één aspect: de vergoeding. Want de patiënten moeten het nog steeds zelf betalen. De PVV wil vandaag, ondanks dat het een probleem is, toch de toezegging van de Minister dat dit geregeld wordt. De kosten zijn geen probleem, en het helpt de mensen, dus laat hen alstublieft niet in een rolstoel belanden.

Over naar de schaarste en tekorten aan medicijnen. Dat wordt in deze commissie vaker besproken. Maar dat exporterende apothekers bijdragen aan tekorten van medicijnen, is natuurlijk bizar. En ik vind dan even bizar de reactie van de Minister, die zegt dat de IGZ hierover geen signalen heeft ontvangen. Nu weet ik niet waar de IGZ en de Minister de laatste maanden zijn geweest, maar kranten en tv-uitzendingen stonden hier vol mee. Dus hoe kan het dat dit niet herkend wordt? Eigenlijk past dit wel in een soort mantra van de Minister, want zo ging het ook met de incidenten rond de sluiting van het ziekenhuis in Lelystad. Ik vind dat echt niet kunnen. De PVV wil zich aansluiten bij de oproep van de zorgverzekeraar VGZ om een onafhankelijk onderzoek te starten naar, een heel nieuw begrip, «exporterende apothekers». Ook op dit punt wil de PVV graag een toezegging van de Minister.

Dan ook nog heel goed nieuws. De horizonscan van het ministerie toont aan dat er honderden nieuwe geneesmiddelen aan zitten te komen. Soms doet de farmaceutische industrie dus wel hartstikke goede dingen. Dat zijn oplossingen op het gebied van kanker, en dat is geweldig nieuws. Wat dan minder fijn is, is dat als die geneesmiddelen uiteindelijk worden goedgekeurd voor de Europese markt, ze niet allemaal direct op de markt komen, maar de sluis in gaan, en vooral als ze wat duurder zijn. Ik heb gelezen dat ze daar gemiddeld 506 dagen in zitten, voordat ze uiteindelijk bij de patiënt komen. Dat betekent dat je een patiënt met kanker soms anderhalf jaar laat wachten op een geneesmiddel, terwijl dat bijvoorbeeld in Duitsland al wel beschikbaar is. Tja, dat lijkt me ook niet verantwoord. Wat ons betreft zouden er minstens twee stappen gezet moeten worden. Ten eerste een maximale doorlooptijd in de sluis van 90 dagen. Graag een reactie daarop: is dat mogelijk en wat zouden daarvan de eventuele nadelen zijn? En we zouden heel graag willen dat alle onderhandelingen

rondom die sluisperiode transparant worden. We moeten als Kamer kunnen controleren wat er precies wordt afgesproken. Transparantie voor alles.

Ik ga dan over naar het volgende. Wat ook transparant zou moeten worden, is de inkoopprijs die ziekenhuizen betalen voor geneesmiddelen. We kunnen nu alleen achterhalen wat ze declareren, maar dat zijn altijd lijstprijzen, oftewel de maximale prijzen. De kortingen kennen we hier met zijn allen niet. Dat is eigenlijk een verkeerd soort prikkel. Eigenlijk heeft het daarmee voor ziekenhuizen geen zin om goedkopere varianten van die geneesmiddelen in te kopen, want ze krijgen die dan toch volledig vergoed. Als je daarover nadenkt, is het misschien ook goed om te beseffen dat het misschien doemdenken is om te zeggen dat alleen de prijs van geneesmiddelen de andere zorg verdrijft. Wij als PVV zien liever dat geneesmiddelen mensen beter maken, waardoor zij weer kunnen deelnemen aan de maatschappij.

Tot slot, voorzitter. De Minister heeft in de media hele stoere taal gebezigd tegenover de farmaceuten. Maar wat doet hij concreet, wat zijn nu de feitelijke afspraken? In het algemeen is de PVV nooit zo voor actieplannen van met name dit kabinet ...

De heer **Arno Rutte** (VVD):
Weet wat je vraagt!

De heer **Edgar Mulder** (PVV):
Ja. Vragen we er een keer om ... Maar op dit punt zouden wij best een actieplan van de Minister willen zien. Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Ik geef nu graag het woord aan mevrouw Dijkstra, die spreekt namens de fractie van D66. Ga uw gang.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Dank u wel, voorzitter. We hebben een hele volle agenda, dus ik val maar meteen met de deur in huis. Fijn dat door het Zorginstituut, Biogen en de Nederlandse Vereniging van Neurologie wordt onderzocht welke patiënten baat hebben bij Fampyra. Maar ook bij mij leeft natuurlijk de vraag hoe we die periode overbruggen tot de resultaten van dit onderzoek er zijn voor de mensen die nu geen vergoeding krijgen en het ook niet zelf kunnen betalen. Ik sluit me dus aan bij de vragen die daarover gesteld zijn.

Medicijnen werken steeds vaker voor een kleine groep patiënten. Gerichtere medicijnen kunnen ook effectiever zijn. De meeste innovatieve middelen werken zelfs op het gen van een individu; de heer Rutte is daarop ingegaan. Het Zorginstituut moet dan soms toch een negatief advies geven, omdat een geneesmiddel niet effectief is voor de hele patiëntengroep. Ik hecht echt grote waarde aan het oordeel van het Zorginstituut, want op wie moeten we anders afgaan? Ik vraag de Minister juist daarom om nog eens met het Zorginstituut en de patiëntenverenigingen te bekijken of de huidige werkwijze echt toekomstbestendig is. Als een methode die het Zorginstituut nu gebruikt, betekent dat een nieuwe generatie innovatieve middelen die goed werken voor patiënten, toch geweerd worden omdat die middelen niet werken voor alle patiënten, dan constateer ik dat we het Zorginstituut de 21ste eeuw in moet brengen. Dat moet dan wat veranderen.

Een voorwaarde voor een aanpak die meer gericht is op patiëntengroepen is dat we betere kennis opbouwen over welke behandeling helpt, bij wie en waarom. En dat moeten we goed registreren. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan de leeftijdsgrens bij Spinraza, waar we het ook al over gehad hebben in deze Kamer. Dat moeten we registreren op een vergelijkbare manier, zodat die data door verschillende partijen gebruikt kunnen

worden. Het Zorginstituut is bezig met een uitvoeringstoets, maar die duurt nogal langer dan gepland. Ik zou graag van de Minister willen weten hoe dat komt, wat de belangrijkste knelpunten daarbij zijn voor een goede patiëntenregistratie, en hoe hij die denkt op te lossen.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, een vraag van mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ja, voorzitter. Ik luister met instemming naar het betoog van mevrouw Dijkstra – en dat zal haar niet verbazen – over het belang om – in haar woorden – de methodieken van het Zorginstituut de 21ste eeuw in te brengen. Mag ik haar dan ook het volgende vragen? Laten we specifiek kijken naar Fampyra. De kanttekeningen die zij plaatst bij de huidige methodiek, hebben verregaande consequenties voor de mensen die baat hebben bij Fampyra. Kan zij zich ook aansluiten bij ons pleidooi om Fampyra gedurende die periode van second opinion, die juist nodig is om die bezwaren te ondervangen, op te nemen in het basispakket? Ik voel veel overeenstemming tussen onze bezwaren.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik vraag inderdaad – en dat hebt u kunnen horen – wat de Minister voor deze patiëntengroep kan doen. Uit zijn brief blijkt niet dat er enige sprake kan zijn van vergoeding. Maar ik zou toch wel graag willen weten hoe we dit met elkaar oplossen, vooral nu er opnieuw onderzoek wordt gedaan. Anderen hebben al aangegeven dat dat erop duidt dat we vinden dat het vorige onderzoek niet klopte of deugde. Ik ben heel erg blij dat dit op deze manier wordt opgepakt, maar ik zou wel graag van de Minister willen weten welke consequenties hij ziet voor de patiëntengroep die het nu niet zelf kan betalen. Fampyra is wel beschikbaar, maar je moet het wel kunnen betalen. Ik wil heel graag het antwoord van de Minister daarop horen.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Dan ga ik verder, en kom ik bij PrEP. Vanaf deze zomer kunnen mensen met een hoog risico op hiv PrEP krijgen. En wat heel belangrijk is: daarbij worden ze vanuit de GGD begeleid. Ik vind het goed dat er nu duidelijkheid is over het wanneer. Ik ben ook positief over de uitbreiding van vijf naar alle GGD's, want ik vind dat je postcode niet moet bepalen of je dit middel moet krijgen. Maar ik vind het wel allemaal heel erg lang duren. Mijn zorg zit dan ook bij de bestaande gebruikers, die nu geen begeleiding krijgen. De Gezondheidsraad heeft in zijn advies expliciet gezegd: de begeleiding van mensen die PrEP gebruiken, is urgent. Ik snap de beslissing om PrEP aan te besteden. Ik snap ook dat dat tot vertraging leidt. Maar juist omdat de Gezondheidsraad zo'n nadruk legt op die begeleiding, en deze «urgent» noemt, vraag ik aan de Minister wat hij denkt te doen aan de begeleiding van bestaande gebruikers: kan daarmee nu wel al worden begonnen? Ik wacht het antwoord van de Minister even af, maar voor mij weegt dit wel zwaar. Dat is een kleine bijna-aankondiging van een motie. Maar dit is pas de eerste termijn, dus ik wacht rustig af wat de Minister zegt.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, een vraag van de heer Van Gerven. Ga uw gang.

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

Ja, voorzitter. Ik werd getriggerd door de term «postcode». Mevrouw Dijkstra: dat hoort niet bij PrEP en het is goed dat alle GGD's dat kunnen aanbieden. Maar nu is er ook sprake van postcodegeneeskunde bij dure geneesmiddelen. Dat kunnen we constateren uit het onderzoek dat uit de monitor voor dure geneesmiddelen komt. We hebben dat in het verleden in de Kamer verboden. We hebben gezegd dat zoiets niet aan de orde mag zijn. Denk aan Herceptin, ongeveer tien jaar geleden. We leven in het hier en nu. Vindt D66 dat postcodegeneeskunde bij dure geneesmiddelen verboden zou moeten worden?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Het verschil tussen de SP en D66 is altijd dat de SP heel graag spreekt van «verboden». D66 kijkt daar wat anders tegenaan. Maar dat dit onwenselijk is, is zeker. En dat we daar maatregelen tegenover moeten zetten, is ook zeker. Maar of je dat in de vorm doet van verbieden ...

Voorzitter, ik slikte een stofje in en kan bijna niet meer praten. Vindt u het goed als er zo even op doorga? Ik ben ook nog niet klaar met mijn inbreng. Ik neem even een slokje. Ach, ik heb dit ooit ook bij het Journaal gehad in een live-uitzending ...

Goed, ik ga toch door, misschien gaat het weer over. Wat ik belangrijk vind, is dat we ervoor zorgen dat dure geneesmiddelen overal toegankelijk zijn voor mensen die ze nodig hebben. Mijn gekuch is geen emotie, voorzitter, maar gewoon mijn stem die wegvalt.

De **voorzitter**:

De heer Van Gerven, afrondend.

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

Tja ... Politiek is ook emotie, dus daar is niks mis mee. Ik las het en het viel mij op dat er totaal geen aandacht was voor die schokkende cijfers van ziekenhuizen die dure patiënten verwijzen naar andere ziekenhuizen, en dat dat steeds meer toeneemt. Volgens mijn optelsom krijgen 80 patiënten dan gewoon niet het middel dat ze nodig hebben, omdat dat kennelijk te duur is of wat dan ook. Zou het niet een oplossing zijn dat we de dure geneesmiddelen of de geneesmiddelenkosten weer uit het ziekenhuisbudget halen? Want die groei van 9% jaarlijks leidt tot dit soort postcode-geneeskunde. Wat vindt D66 van dat idee?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik ben altijd bereid naar alle ideeën te luisteren, dus ook naar dit. Ik ga niet meteen zeggen dat ik dit een goed idee vind, want we hebben een aantal jaren geleden, ik denk alweer een jaar of acht à negen geleden, niet voor niks die dure geneesmiddelen in het ziekenhuisbudget gebracht. Maar je moet altijd kijken of iets wel of niet goed werkt. Ik ben benieuwd naar de reactie van de Minister. En ik ben graag bereid om hierover na te denken.

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

Mevrouw Dijkstra vroeg net terecht of alle methodes die het Zorginstituut gebruikt, wel geschikt zijn voor alle nieuwe vindingen voor patiënten of medicijnen, juist omdat die soms maar voor een beperkte groep geschikt zijn. Is mevrouw Dijkstra het dan met ons eens dat er veel meer gebruikgemaakt moet worden van biomarkers en testen, en dat je dat in sommige situaties misschien wel als verplichte eis moet stellen, juist omdat het maar voor zo'n beperkte groep effectief is? Je ziet nu vaak bij oncologische medicijnen dat men wat probeert, dat dat niet werkt, dat men dan een ander medicijn gebruikt en zo eigenlijk doorgaat totdat men het meest effectieve medicijn voor de patiënt heeft gevonden.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Volgens mij heeft mevrouw Van den Berg mij in een vorig AO over geneesmiddelen ook deze vraag gesteld, of bij het notaoverleg, dat weet ik niet meer. En volgens mij heb ik toen ook gezegd dat ik daar wel een voorstander van ben. Dat antwoord geef ik nu dus ook.

De voorzitter:

U vervolgt uw betoog.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Dank u wel. Dat lukt ook weer, nu. De niet-beschikbare medicijnen zijn een groot probleem: in 2018 769 middelen, in 2010 was dat vier keer zo weinig. We hebben dus echt een probleem, en dan heb ik het nog niet eens over brexit en de problemen die dat kan opleveren, ondanks de vele inspanningen van het CBG om naar alternatieven te zoeken. Ik vind dat echt schokkend, de hoeveelheid medicijnen die niet beschikbaar zijn. Dat betekent namelijk dat elke dag patiënten gevraagd wordt om over te stappen op een ander geneesmiddel. Wat mij betreft kan de verwarring die dat veroorzaakt tot forse bijwerkingen leiden. Die hebben grote impact op het dagelijks leven van patiënten. Dus mijn vraag aan de Minister is: hoe kan het dat die tekorten zo hoog zijn opgelopen in tien jaar tijd? En: hoe gaat de Minister die trend keren? De Minister heeft al eens gezegd: grotere voorraden. Daar ben ik ook een groot voorstander van, maar wie gaat die dan aanleggen? Moet dat de fabrikant zijn, moet dat de groothandel zijn? De apotheek heeft daar namelijk echt geen ruimte voor. Tegelijkertijd zijn er, zoals de collega naast mij al zei, apothekers die geneesmiddelen doorverkopen naar het buitenland. Dat is onbegrijpelijk en onverantwoord, als we hier zelf tekorten hebben. Vooral ook voor de apothekers die alles uit de kast halen om bij een tekort passende alternatieven voor hun patiënten te vinden, vind ik dat heel erg. De Minister heeft ertoe opgeroepen: meld die gevallen, want wij kennen ze niet. Maar ik zou de Minister willen vragen om hierin wel zelf de regie te nemen. Kan hij vertellen wat hij gaat doen om te voorkomen dat dit doorgaat?

Voorzitter. Dan iets wat iedereen al besproken heeft: Novartis heeft de prijs van een kankermedicijn verzesvoudigd, terwijl het al in de jaren tachtig door het Erasmus MC is ontwikkeld. Dat het wettelijk kan, betekent niet dat het juist is. Ik sluit mij aan bij de vragen die daarover gesteld zijn, maar ik wil ook wijzen op het patentrecht. Dat biedt te weinig mogelijkheden om grip te krijgen op de prijzen en de toets op innovatie van een weesgeneesmiddel is niet streng genoeg. De NZa heeft er vorige week al voor gewaarschuwd. Dure middelen worden te duur. Wat mij betreft moeten we het patentrecht grondig herzien, maar de Minister heeft al eerder aangegeven dat hij daar later in het voorjaar nog op terugkomt. Ik wil daarom nu alleen aan de Minister vragen om hier ook binnen Europa expliciet aandacht voor te vragen.

Ik stop ermee, voorzitter. Ik heb nog heel veel meer, maar dat komt wel in de tweede termijn. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik tot slot het woord aan mevrouw Dik-Faber, die spreekt namens de fractie van de ChristenUnie. Gaat uw gang.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil beginnen met deze Minister te complimenteren voor de wijze waarop hij de discussie aangaat met de grote farmaceuten over de prijs van geneesmiddelen. We weten dat hij achter de schermen vaak al scherpe prijsonderhandelingen voert, maar het is ook goed om publiekelijk te laten zien dat dit kabinet de belangen van de patiënten vooropstelt. Om hoge prijzen na het verlopen van een patent te voorkomen, moeten we de aanvullende beschermingscertificaten tegen

het licht houden. Dit heeft de Minister in het vorige algemeen overleg toegezegd. Er liggen nu drie rapporten. Wat zijn de vervolgstappen van de Minister? Het blijft wat stilletjes op dit punt. Dat is mijn eerste vraag. Dan de vergoedingslimieten in het geneesmiddelenvergoedingssysteem. De Minister wil niet overgaan tot een herberekening van de vergoedingslimieten. Als reden daarvoor noemt hij dat we al andere maatregelen nemen en dat de daadwerkelijke opbrengsten en gevolgen van herberekening ook voor de patiënt onzeker zijn. Ik snap dat er veel onzekerheden zijn, maar nietsdoen en vasthouden aan vergoedingslimieten die twintig jaar geleden voor het laatst zijn herijkt, voelt voor mij heel onbevredigend. Ik heb het gevoel dat er lucht zit tussen de limieten en de prijzen en dat we daarom de limieten naar beneden kunnen bijstellen, ook om farmaceuten te stimuleren om hun prijzen concurrerend te houden. Ik snap dat een algehele herijking veel onzekerheid met zich meebrengt, maar kan de Minister niet voor een klein cluster geneesmiddelen een experiment starten om te kijken wat een herijking doet? Hiermee kunnen we beter zicht krijgen op de voor- en nadelen.

Voorzitter. De leveringsproblemen van geneesmiddelen blijven een bron van zorg, en dan heb ik het nog niet eens over de brexit. Uit cijfers van de KNMP blijkt dat er in 2018 aan 769 geneesmiddelen een tekort was. Sinds 2010 zien we een jaarlijkse stijging. Ik weet dat er verschillende oorzaken zijn, maar heeft dit probleem, los van de ondernomen acties bij individuele middelen, ook op macroniveau de volle aandacht van het ministerie? Hoe verhouden de tekorten in Nederland zich tot de tekorten in andere landen en welke concrete maatregelen worden er genomen om een kentering te brengen in de stijging van het aantal tekorten?

Voorzitter. Het Zorginstituut heeft Fampyra vorig jaar beoordeeld als onvoldoende effectief om voor een vergoeding in aanmerking te komen. Tot 1 april 2018 was er sprake van een voorwaardelijke toelating. Daarna heeft de fabrikant besloten om het middel te vergoeden aan de huidige groep gebruikers. Per 1 januari van dit jaar is deze vergoeding echter gestopt. Ik ben blij dat de Minister met mij en vele anderen inziet dat Fampyra voor de groep gebruikers wel degelijk van grote waarde is. Ik heb dan ook waardering voor de nieuwe stap die de Minister heeft gezet, waarbij het Zorginstituut samen met de fabrikant en de beroepsgroep specifiek gaat kijken naar de groep mensen bij wie het middel wel werkt. Ik wacht dit onderzoek natuurlijk in spanning af. Maar ook mijn vraag is: kan de Minister nog iets doen in de tussenliggende periode voor de mensen die gebruikmaken van Fampyra en dit middel niet kunnen betalen? Graag een reactie.

Voorzitter. Ik heb al eens eerder aangegeven dat ik de indruk heb dat de toetsingsprocedures van het Zorginstituut niet passend zijn voor medicijnen voor specifieke groepen. Te vaak hoor ik dat uit onderzoeksresultaten blijkt dat medicijnen onvoldoende werkzaam zijn voor de gehele populatie, terwijl individuele verhalen van mensen dit tegenspreken. We willen bovendien met elkaar toe naar personalised medicine. Medio 2019 komt er een specifieke regeling voor weesgeneesmiddelen, conditionals en medicijnen die wel door het EMA zijn goedgekeurd maar met minder bewijs tot de markt zijn toegelaten. Dat is mooi nieuws. Maar worden de toetsingsprocedures van het Zorginstituut ook aangepast, zo vraag ik de Minister.

De voorzitter:

Voordat u naar het volgende punt gaat, heeft de heer Renkema een vraag.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Ik grijp even terug op het vorige punt van mevrouw Dik-Faber, namelijk Fampyra. Zij begon haar bijdrage vanmiddag met de opmerking dat dit kabinet de belangen van patiënten centraal stelt. Ik ken de ChristenUnie als een partij waarvoor dat ook geldt. Het is een partij die kijkt naar de

patiënt en ook betrokken is bij patiënten. Er zijn veel mensen hier die zich druk maken over dit onderwerp. Ik hoor mevrouw Dik-Faber zeggen dat zij graag een reactie van de Minister wil, maar ik zou graag op dit moment willen weten hoe de ChristenUnie hier zelf naar kijkt. Verschillende partijen hebben hier gezegd: we willen een andere oplossing. Pleit mevrouw Dik-Faber ook voor een uitzondering? Kan zij daar iets meer over zeggen?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik wil hier inderdaad uitgebreid bij stilstaan, omdat ik dit ook echt als een probleem zie. We hebben een medicijn waarvan het Zorginstituut zegt: het is niet effectief voor de populatie als geheel. Een paar weken geleden hebben we een petitie in ontvangst genomen. Ik ga ervan uit dat de heer Renkema daar ook bij aanwezig was. We werden toen geconfronteerd met mensen die zeiden: voor mij is het wel werkzaam. Dat was niet alleen bij de petitie aan de orde. Ik heb ook heel veel mails gekregen in mijn mailbox van mensen die zeggen: de conclusie van het Zorginstituut klopt niet. Ik ben dus blij met deze stap van de Minister. Hij zegt: ik wil Biogen en de vereniging van artsen erbij hebben, zodat we samen met het Zorginstituut kunnen kijken wat we wél kunnen doen. Ik loop inderdaad aan tegen die tussenliggende periode. Ik snap heel goed dat de heer Renkema en anderen daar vragen over hebben gesteld. Ik heb dat ook gedaan. Mevrouw Dijkstra heeft dat zojuist ook gedaan. Ik zou het heel graag willen, maar ik wil wel alle ins en outs daarvan overzien. Als we nu een uitzondering gaan maken – wat ik in de kern ontzettend graag wil – dan wil ik wel kunnen overzien wat dat voor mogelijke gevolgen in de toekomst heeft. Moeten we dan wetgeving aan gaan passen? Dat kunnen we niet even in een algemeen overleg met elkaar regelen, hoe graag ik dat ook zou willen. Ik wil echt graag alle ins en outs kunnen overzien en daarom maak ik dit ook onderdeel van het debat van vanmiddag. Vraag mij niet om nu een knoop door te hakken, maar geloof dat ik goed naar patiënten heb geluisterd en dat we zeker voor de mensen die zeggen «dit is voor mij echt een groot bedrag; dat kan ik niet betalen» alles op alles zetten om tot een oplossing te komen.

De **voorzitter**:

Afrondend, meneer Renkema.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Als ik het goed begrijp, zegt mevrouw Dik-Faber: ik hecht aan de procedures van het Zorginstituut. Maar ze zegt ook dat het blijkbaar niet goed is gegaan, omdat er patiënten zijn voor wie dit medicijn gewoon werkt. Die patiënten heeft ze ook gesproken. Mijn vraag is: misschien is zij niet bereid om meteen de wet te wijzigen, maar is zij wel bereid om de politieke ruimte te nemen om in deze specifieke situatie voor deze specifieke groep patiënten een uitzondering te maken?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik heb zojuist gezegd wat ik daarover wilde zeggen en wat ik daarover op dit moment kon zeggen. Ik ben met alle plezier bereid om uitzonderingen te maken, maar als we dat nu doen, dan moeten we ook naar de toekomst kijken. Hoe gaan we het dan met elkaar organiseren? Als we nu voor dit medicijn een uitzondering maken, dan zullen we dat ook in de toekomst voor andere medicijnen moeten doen. Ik wil dat ontzettend graag. Dat is de basis. Maar ik kan op dit moment in dit algemeen overleg niet overzien wat ik daarmee opentrek. Ik heb ook heel veel vragen over de procedures van het Zorginstituut. Mijn allergrootste vraag gaat over de hele procedure van toelating. Ik vind het ontzettend merkwaardig dat het Zorginstituut tot de conclusie komt dat het middel niet effectief is voor de populatie als geheel, terwijl het voor individuele patiënten wel werkzaam

is. Dan volstaan de procedures van het Zorginstituut niet meer. Volgens mij komt de Minister ook met een regeling om dit te verbeteren. We zijn met elkaar op weg. Laten we stap voor stap kijken hoe we patiëntgroepen tegemoet kunnen komen, met een warm hart en met beleid.

De voorzitter:

U vervolgt uw betoog.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Voorzitter. Even een heel ander onderwerp: medicinale cannabis. We zien in de afgelopen jaren een sterke stijging van de export van medicinale cannabis. Keer op keer wordt het maximaal aantal kilo's en de termijnen overschreden. Het gaat om maximaal 100 kilo per jaar voor drie jaren, en dat wordt overschreden. Nederland wordt hiermee de medicinalecannabisexporteur van Europa. Onder andere Duitsland en Italië hebben al meerdere keren grote hoeveelheden geïmporteerd. Het kromme hieraan is dat de Nederlandse patiënt er baat bij heeft dat we zo veel mogelijk exporteren, omdat hierdoor de Nederlandse prijs omlaag kan. Is dit het verdienmodel dat we willen? Ik wil de Minister vragen om een fundamentele bezinning op dit thema, waarbij hij ook in gesprek gaat met zijn Europese collega's. Door iedere keer in te stemmen, worden de landen niet aangemoedigd om zelf in hun productiefaciliteit te voorzien, en dat lijkt mij uiteindelijk wel een wenselijke situatie als bijvoorbeeld ook Italië productiefaciliteiten organiseert.

Tot slot. Het is goed dat de Minister zijn verantwoordelijkheid zal nemen om het gebruik van zware pijnstillers aan te pakken. Vooral de toename van het gebruik van oxycodon is schrikbarend. We hebben in de VS gezien tot welke schrijnende toestanden dit kan leiden. De actieagenda mag wat mij betreft nog wel wat steviger. Er wordt nu vooral kennis verzameld en de vinger aan de pols gehouden. De Minister wil wachten tot patiënten met een hulpvraag op het gebied van medicijn- of opiaatafhankelijkheid een beroep doen op zorg. Moeten we niet veel proactiever zijn en nu al concrete stappen zetten? De stijging van het gebruik van oxycodon geeft hiervoor voldoende aanleiding. Het harmoniseren van de richtlijnen gaat veel te lang duren. Hoe zorgen we op korte termijn dat huisartsen alternatieven gaan aanbieden voor oxycodon en daarbij ook het gesprek aangaan over het nut en de gevaren van pijnbestrijding? Welke mogelijkheden ziet de Minister om ook de afbouw van medicatie te vergoeden en daarbij de Vereniging Afbouwmedicatie te betrekken? Tot slot: is de Minister bereid om de verslavingszorg proactief in te schakelen om artsen te helpen om het gebruik van opioïden terug te dringen?

Dat waren mijn vragen in eerste termijn. Ik zie uit naar de antwoorden. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. We zijn daarmee gekomen aan het einde van de eerste termijn aan de zijde van de Kamer. Ik stel voor om de vergadering voor vijftien minuten te schorsen en daarna de Minister de gelegenheid te geven om over te gaan tot de beantwoording. In de richting van mevrouw Van den Berg wil ik nog het volgende zeggen. U heeft een nota aangeboden aan de Minister. Als u die ook onder de leden wilt verspreiden, dan is het handig als u die ook met ons deelt, maar dat laat ik uiteraard aan u.

De vergadering wordt van 16.22 uur tot 16.42 uur geschorst.

De voorzitter:

Aan de orde is het algemeen overleg over het geneesmiddelenbeleid. De eerste termijn van de zijde van de Kamer hebben we afgerond. Ik geef nu graag het woord aan de Minister voor de beantwoording in eerste termijn, maar niet dan nadat ik met de leden heb afgesproken dat ik een tweetal

interruptions toesta in de richting van de Minister. Het woord is aan de Minister. Misschien wil hij ook even aangeven hoe hij de beantwoording wil structureren.

Minister Bruins:

Voorzitter, dank. Er zijn ongelofelijk veel vragen gesteld, over heel veel onderwerpen. Ik wil een aantal onderwerpen, onderwerpen waarover u meestal allemaal een vraag hebt gesteld, bundelen. Daarna loop ik nog een aantal vragen door van verschillende fracties. Het zijn er wel veel. Er zijn ook veel blokjes. Ik noem ze graag even. Ik begin met Fampyra. Vervolgens komen Spinraza, geneesmiddeltekorten, valsartan, Novartis, PrEP, opioïden en brexit. En dan op volgorde van sprekers. Allereerst Fampyra. U heeft daar allemaal over gesproken. In de zaal zie ik een hele hoop mensen die ik in de afgelopen periode heb gesproken, omdat zij zeggen baat te hebben bij Fampyra. Dat heeft mij ertoe gebracht om Biogen, de leverancier, en de Nederlandse Vereniging voor Neurologie aan tafel te vragen, samen met het Zorginstituut, om te kijken of aanvullend onderzoek mogelijk is. Gelukkig is aanvullend onderzoek mogelijk. Daarvoor ben ik dank verschuldigd aan alle drie de groepen, het Zorginstituut, Biogen en de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. U heeft mij gevraagd of, voordat dat aanvullende onderzoek van resultaten is voorzien, de vergoeding voor Fampyra op een of andere manier kan worden geregeld. Het eerlijke antwoord is dat dat niet kan, want wij hebben in de Zorgverzekeringswet opgeschreven dat voor een vergoeding bewezen effectiviteit een voorwaarde is. Daar zou je dus eigenlijk een punt moeten zetten. Maar dat voelt voor mij ongemakkelijk, dat voelt voor u ongemakkelijk en – ik kijk mensen in de zaal aan – dat voelt ook voor hen ongemakkelijk. We weten ordegrootte wat het kost. De prijs voor een maand gebruik van Fampyra is, als ik de prijsopgave van Biogen goed heb begrepen, € 128. Dat is voor iedereen veel geld, maar voor sommige mensen met een kleine beurs is dat gewoon heel veel geld. Toch ben ik van mening dat deze vraag primair moet worden gericht aan Biogen. Ik vind dat Biogen in de tussentijd, wetende dat wij opnieuw in afwachting zijn van een onderzoek en onderzoeksresultaten over een bewijs voor de effectiviteit van Fampyra ... Nogmaals, ook ik heb de afgelopen weken en maanden mensen gezien die tot voor kort in een rolstoel zaten maar nu hard hollend over het Plein in mijn richting komen. Dat is fantastisch! Ik ben ook blij met die drie partijen, met Biogen, het Zorginstituut en de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Zij hebben de bereidheid om na te gaan voor welke groep het werkt. Het appel over de vergoeding ligt al bij Biogen. Men weet van dat appel. Dat is eigenlijk ook zo ver als ik op dit moment wil gaan. Ik zou u heel graag een sluitender antwoord willen geven, maar alles wat ik nu extra zeg, doet af aan het appel dat ik bij Biogen heb gelegd. Ik ben dus voornemens om u zo spoedig mogelijk te informeren, in aanvulling op de eerdere brief die ik u heb gestuurd waarin staat dat er het komende halfjaar snoeihard moet worden gewerkt om dat aanvullende onderzoek te doen, om dat bewijs van effectiviteit te krijgen voor een deel van de groep. Een aantal van u sprak over een groep van 2.000 patiënten. Wij hopen natuurlijk dat het voor veel mensen een bewezen effectief medicijn kan zijn, maar het zal niet voor alle 2.000 zo zijn. Dat is niet een waarschuwing vanuit de politiek, maar vanuit de onderzoekers, vanuit de wetenschap. Dat gaan we horen als dat aanvullende onderzoek is gedaan. Ik begrijp uw appel, maar ik heb nog huiswerk te doen. Ik kan u op dit moment geen preciezer antwoord geven dan dit, maar uw brede aandacht voor het thema «wat doe je financieel in de tussenliggende periode», helpt mij geweldig in mijn overleg met Biogen.

De heer Edgar Mulder (PVV):

Warme en vriendelijke woorden van de Minister, waarvoor dank. Ook dank voor de inschatting dat dit belangrijk is en dat we eigenlijk wat

zouden moeten doen. Ik kan me voorstellen dat de Minister het niet eens zo erg vindt als de Kamer de Minister dwingt om toch per direct te vergoeden. Klopt dat?

Minister Bruins:

Nee, dan hebt u mijn betoog toch niet goed beluisterd. Ik wil hier een appel doen op de leverancier van het middel Fampyra. Wij kunnen hier geen politieke uitspraak doen over bewezen effectiviteit. Dat weten wij niet. Wij weten niet voor wie het middel Fampyra effectief is. Wij hebben een aantal mensen hier onder ons en een aantal mensen thuis die zeggen: voor mij werkt het; laat dat onderzoek doen. Als het voor een zekere groep een bewezen effectief medicijn is – dat hebben we vaker gezien – dan is het ook in het basispakket verzekeraar. Als wij er nu een andere uitspraak over doen, nemen wij het over van de wetenschap. Dan geven wij ongelofelijk veel precedentwerking. Sorry voor dat rotwoord, maar wij krijgen dit dan ongelofelijk veel vaker. Daarom is mij er veel aan gelegen om een appel te doen op Biogen. Daar hoeft ik geen ruimte voor u van te vragen. Daar ben ik mee bezig. Uit uw oproep merk ik wel dat u graag snel helderheid wilt. U en andere mensen. Daar werk ik echt hard aan.

De voorzitter:

Afrondend, de heer Mulder.

De heer Edgar Mulder (PVV):

Ik stel vast dat de mensen het nu zelf moeten betalen. Iedereen, ook een brede meerderheid in deze Kamer volgens mij, constateert dat niemand daar blij mee is. Was het maar zo dat de Minister morgen een advies krijgt en zekerheid kan geven, maar het kan ook nog wel weken, misschien maanden, duren. Als je toch constateert dat een grote meerderheid van mening is dat we wat moeten doen, moet de Minister het ons niet kwalijk nemen dat we dit straks toch proberen af te dwingen in het VAO, dat vast en zeker aangevraagd gaat worden.

Minister Bruins:

Ik neem u natuurlijk helemaal niks kwalijk, want ik geloof dat we in de kern met zijn allen aan dezelfde kant van het touw trekken. We willen heel graag dat Fampyra voor een grote groep mensen een bewezen effectief medicijn is. We zien ook dat het niet makkelijk is voor sommige mensen om € 128 te betalen. Dat is niet door iedereen makkelijk op te brengen. Ik wijs u er aan de andere kant op dat wij een ongelofelijk mooi stelsel hebben. Heel veel geneesmiddelen komen automatisch in het pakket terecht. Wij moeten daar ontzettend zuinig op zijn. Dus als u het mij op de man af vraagt, zeg ik: in de tussenliggende periode moet de fabrikant dit betalen. Daar doe ik nu ook een appel op. Alles wat u daar extra aan doet, zorgt ervoor dat de overheid op de een of andere manier gaat betalen. Mijn appel is het krachtigst als ik in de richting van die fabrikant kan wijzen.

De heer Edgar Mulder (PVV):

Voorzitter, alleen nog even ...

De voorzitter:

Nee, of u moet uw tweede interruptie willen gebruiken. De interrupties gaan in tweeën. Meneer Van Gerven, gaat uw gang.

De heer Van Gerven (SP):

De Minister zet de patiënt in als drukmiddel richting Biogen. Dat is de politiek onwaardig. Argumenten over precedentwerking en dat het wettelijk niet kan, zijn altijd redenen om iets niet te doen. Maar de Minister zou nu wel iets moeten doen. Hij zou de garantie af moeten geven dat we

linksom of rechtsom ervoor zorgen dat de patiënt niet de dupe wordt. Hij zorgt maar voor een betalingsregeling. De Minister is ook niet consequent. Hij zegt dat hij ziet dat het werkt. Waarom wordt het dan niet vergoed? Hoe kan dat?

Minister Bruins:

Het is hier niet de Minister die iets ziet, het is het Zorginstituut dat onderzoek doet. Op basis van dat onderzoek van het Zorginstituut wordt gekeken naar een bewezen effectiviteit van een geneesmiddel. Zo hebben we dat met elkaar afgesproken. Ik vind het een groot goed dat we dat hebben afgesproken. Het was, dacht ik, in het debat van vorig jaar juni dat de Kamer bij motie volgens mij met algemene stemmen heeft aanvaard dat waarde wordt gehecht aan het advies van het Zorginstituut en dat we daarvan niet moeten afwijken. Daar ben ik het geheel en al mee eens. Daarom ligt mijn route op het doen van een appel aan in dit geval leverancier Biogen.

De voorzitter:

Afrondend, de heer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

De Minister kan wel naar huis. «Er ligt een advies van het Zorginstituut. Punt. Daar wijk ik niet van af.» Maar we hebben hier te maken met een controversieel advies. De specialisten zeggen: «De uitkomst is dat het voor een bepaalde groep werkt. We hebben alleen verkeerde criteria gehanteerd in het onderzoek dat is gedaan.» En een grote groep patiënten geeft aan dat het voor hen wel werkt. De Minister refereert daar ook zelf aan. Dan moet het toch zo zijn ... Ik betwijfel niet dat het Zorginstituut naar eer en geweten zijn werk doet; daar gaat het niet om. Maar het Zorginstituut komt tot een conclusie die voor discussie vatbaar is. Ik zei het al: de patiënten en de specialisten, toch twee belangrijke groepen in zo'n discussie, zeggen dat de uitkomst van het onderzoek van het Zorginstituut niet klopt en dat een bepaalde groep er wel voor in aanmerking hoort te komen. Dan moet het toch mogelijk zijn dat de Minister en de politiek zeggen: we gaan het linksom of rechtsom wél vergoeden?

Minister Bruins:

Daarom doen we dat aanvullende onderzoek. De specialisten zeggen ook bij mij aan tafel dat de conclusies van het onderzoek dat het Zorginstituut al gedaan heeft, juist en goed zijn. Ze doen daar niks aan af. Daarom ben ik blij dat er nu aanvullend onderzoek kan worden gedaan. Met u zou ik natuurlijk dolgraag willen dat we de effectiviteit van het middel kunnen aantonen. En «we» is dan het Zorginstituut. Voor de tussentijd, een periode van in de orde van grootte van zes maanden, doe ik een appel op Biogen. Gehoord hebbende dit debat denk ik dat ik met nog grotere woorden in de richting van de fabrikant het gesprek kan voeren.

De voorzitter:

U vervolgt ... Nee, mevrouw Ploumen nog. Gaat uw gang.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Ik ga toch nog even door op het antwoord van de Minister. Zoals ik al zei, ben ik blij dat de Minister gehoor geeft aan de vraag van patiënten om er opnieuw naar te laten kijken. Maar er breekt nu wel een lange periode van onzekerheid aan. Mensen moeten het nu zelf betalen. Het onderzoek gaat om en nabij de zes maanden duren. Dat kunnen er ook nog weleens acht worden. Dat betekent voor mensen die baat hebben bij Fampyra, dat heel 2019 dus eigenlijk toch weer in het teken staat van onzekerheid. Wat kan de Minister doen om kijkend naar eerdere ervaringen – het medicijn is

eerder al voorwaardelijk ter beschikking gesteld – die onzekerheid voor mensen te verkleinen?

Minister Bruins:

In de kern is er maar één mogelijkheid: een appel doen op Biogen. Ik moet het echt afwachten. Hoe lastig ik het ook vind, maar hoe meer extra woorden ik daaraan spendeer in dit debat, hoe zwakker het appel op Biogen wordt. Dan moet ik kijken welke alternatieven er nog zijn, en die zijn er niet zo heel veel voor ons. Ik moet dus kijken wat het gesprek met Biogen oplevert. Daar moet ik beginnen. Maar ik heb u goed gehoord. Ik heb de Kamer heel goed gehoord. Ik heb ook de ondertekenaars van de Fampyrapetitie goed gehoord. Ik ben aan het kijken waar vooruitlopend op bewezen effectiviteit er een financiële regeling mogelijk is. Als ik die had gevonden, dan had ik die al opgeschreven in de brief van gisteren, want ik weet wel ongeveer hoe de ondertekenaars van de petitie erover denken en ook wel hoe u erover denkt. Maar ik had het nog niet gevonden. Dit is zover als ik ben gekomen. Ik vraag ruimte om – het is nu begin februari – u binnen enkele weken, dus ergens tussen 7 februari en 7 maart, in die tijdspanne, nader te informeren. Dat zou mooi zijn.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Ploumen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Dat wachten wij af. Er zijn natuurlijk wel alternatieve vormen te bedenken. Collega's spraken bijvoorbeeld al over de beschikbaarstelling van PrEP, waar gedeeltelijk subsidie op mogelijk is. Ik vraag de Minister om in het gesprek met klem dat beroep op Biogen te doen, om het ons te laten weten als wij er iets aan kunnen bijdragen – ik kom er elke dag langs met de bus naar huis – en om ondertussen ook door te gaan met het zoeken naar andere mogelijkheden, juist ook om de periode van onzekerheid voor patiënten zo kort mogelijk te maken.

Minister Bruins:

Ik hoop niet dat mevrouw Ploumen een steen door de ruit gooit bij de fabrikant. Ik zelf sluit niks uit, maar ik wou het nog een tijdje proberen met een goed gesprek. Ik zeg dat in de richting van de Kamer. Ik zeg dat ook in de richting van de mensen die hier vandaag bij ons aanwezig zijn. Ik voel dit echt op mijn schouders drukken. Tegelijkertijd: we hebben een heel mooi zorgsysteem, dat het verdedigen waard is. Dat is een beetje een kil argument, maar ik zeg met alles wat in me zit: het beeld van iemand die opstaat uit een rolstoel, van de dochter waarvan de moeder vertelt dat ze drie maanden geleden niet mobiel was en die nu hardlopend over het plein kan gaan, gaat mij door merg en been. Dus de motivatie was er al. Die heeft u als Kamer ook nadrukkelijk naar voren gebracht. Maar ik heb hier echt nog even tijd voor nodig. Mag ik 7 maart aanhouden?

De voorzitter:

7 maart komt de reactie. Er is nog een vraag van de heer Renkema.

De heer Renkema (GroenLinks):

Dat criterium van bewezen effectiviteit heeft alles te maken met de groepen die worden vergeleken: gebruikers en personen die dat medicijn niet gebruiken. Vanmiddag is al het nodige gezegd over de vraag of dat nou altijd de meest effectieve manier is om aan te tonen dat een medicijn werkt, aangezien medicijnen steeds slimmer worden en mensen daarin steeds meer van elkaar verschillen. Is de Minister bereid om ten aanzien van die wettelijke procedure over bewezen effectiviteit – daar verschuilt hij zich op dit moment toch wel wat achter: er ligt nu eenmaal dit resultaat,

dus daar moet ik me aan houden – te kijken naar de werkwijze van het Zorginstituut, juist ook in het licht van nieuwe ontwikkelingen?

Minister Bruins:

Ik verschuil mij helemaal nergens achter. Ik vertel u alleen hoe we de boel met elkaar hebben ingericht in de Zorgverzekeringswet. Ik denk dat het belangrijk is dat ik dat doe, want er is niks mooier en niks makkelijker dan met een groot gebaar te zeggen: financier maar raak. Dan gaat het volgende debat weer over de kosten in de zorg: hoe kan het toch dat die kosten zo opleven? Dat schiet dus niet op. Ik vind de vraag van de heer Renkema wel interessant. Ik verbind die aan een vraag die mevrouw Dijkstra heeft gesteld. Zij heeft in andere woorden een soortgelijke opmerking gemaakt. Ik zou dat de moeite waard vinden in de vorm van een technische briefing over de werkwijze van het Zorginstituut, waar dan ook uw bewindspersoon graag bij is, als dat mogelijk is. De Kamer zet daar, op z'n voorzichtigst gezegd, bepaalde vraagtekens bij. Ik vind dat vervelend, want ik vind dat het Zorginstituut ongelooflijk behulpzaam is geweest bij dit aanvullend onderzoek. Ze hebben zich bij het meedenken hierover echt tot het uiterste gestretcht. Daar ben ik hen erkentelijk voor. Aan de andere kant willen wij ook niets anders dan bewezen effectieve zorg. Ik zit dus te denken aan een soort gesprek, een technische briefing, waarin we de procedure van nu eens tegen het licht kunnen houden, evenals de wijze waarop je volgens het Zorginstituut mensen die reageren, responden op een medicijn, beter kunt betrekken bij je onderzoek. Dat gaat dus iets verder dan alleen de papieren. Ik zou u een soort themabijeenkomst daarover willen aanbieden. Een variant daarop is dat ik u daar eerst een brief over aanbied. Maar het goede gesprek hier met het Zorginstituut gun ik ons allemaal.

De voorzitter:

Dat aanbod zullen we uiteraard in de procedurevergadering bespreken. Afrondend, de heer Renkema. Gaat uw gang.

De heer Renkema (GroenLinks):

Het is mooi om dat te onderzoeken. Dit onderzoek werkt met quasi-experimenteel design; er worden groepen vergeleken. Bij 20% van de mensen blijkt het te werken. Dan vind ik het op dit moment doorverwijzen naar de fabrikant, het een appel doen op de fabrikant toch te weinig. Mijn vervolgvraag is dan ook: kan de Minister in de brief van 7 maart ook helderheid scheppen over hoe hij, als dat appel niet succesvol blijkt te zijn, deze mensen, deze 20% voor wie het gewoon werkt, tegemoetkomt in deze periode?

Minister Bruins:

Dit is natuurlijk een van de punten. Het Zorginstituut moet uitzoeken voor welke groep mensen het werkt. Ik begrijp heel goed dat u verder vraagt als ik niet een sluitend antwoord krijg van Biogen. Wat zijn dan de mogelijkheden? Dat heb ik nu zo langzamerhand wel gehoord. Dat ga ik dus ook doen in die brief. Ik was ook niet van plan om die brief pas op 7 maart te sturen, maar uiterlijk op 7 maart.

De voorzitter:

Dank u wel. Een vraag van mevrouw Dijkstra.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Het is eigenlijk een opmerking. De Minister suggereert dat ik niet weet hoe het Zorginstituut werkt en biedt aan om een bijeenkomst te organiseren waarin dat aan ons wordt uitgelegd. Ik heb vrij recent met het Zorginstituut gesproken. Dat heb ik de afgelopen jaren ook regelmatig gedaan. Dat is ook altijd heel fijn. Ik heb grote waardering voor het Zorginstituut.

Maar ook daar zelf is er het besef dat je door de nieuwe, innovatieve middelen, die veel meer maatwerk vragen, moet komen tot een ander soort beoordeling van de effectiviteit. Ik weet dat het Zorginstituut daar zelf ook naar op zoek is en daarmee bezig is, dat ook het Zorginstituut die wens heeft en dat het Zorginstituut het ook helemaal niet leuk vindt om patiënten die daar om een middel komen vragen, de deur te moeten wijzen. Dat laatste is ook voor hen een hele nare situatie. Maar ze hebben natuurlijk een verantwoordelijkheid. Het is dus niet zozeer vanuit kritiek als «ze doen het niet goed». Nee, mijn zorg is of het Zorginstituut voldoende op de toekomst is voorbereid. Op welke manier wordt daar nu aan gewerkt? En wanneer kunnen we daar wat van verwachten? De ontwikkelingen gaan snel.

Minister Bruins:

Het zou in die bijeenkomst juist over dat tweede deel kunnen gaan. Ik ga u niet uitleggen hoe het Zorginstituut werkt. Dat weet u, de Kamer, inderdaad wel. Het Zorginstituut is daar ook transparant over. Het gaat juist over die nieuwe methodieken en over die deelgroepen, als je zo mag spreken over mensen. Ik zou het dus interessant vinden om u dat aan te bieden, omdat dat een opdracht, een opgave, een vraag is voor het Zorginstituut en voor ons. Dat zou ons kunnen helpen. Maar dat is dan wel veel algemener dan alleen wat betreft Fampyra. Ik denk dat het een nuttige bijeenkomst zou kunnen zijn.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

Dat over Fampyra.

Voorzitter. Er was ook een vraag over Spinraza. Die heb ik hier maar achteraan gedaan, omdat het hierbij opnieuw gaat over het bedrijf Biogen. Een van u zei vanmiddag dat het nogal stil is. Maar er wordt op dit moment door Biogen, het UMC Utrecht en Spierziekten Nederland hard gewerkt aan een onderzoeksvoorstel. Ik verwacht dat eigenlijk wel binnen een halfjaar. Ook hierbij is goed onderzoek naar de effectiviteit van het medicijn nodig. We praten dan over de groep mensen vanaf 9,5 jaar, omdat de effectiviteit voor de andere groep gelukkig al bewezen is. Daar wordt heel hard aan gewerkt. Maar dat onderzoek moet nog wel uitgevoerd worden. We hebben heel regelmatig, ook vandaag nog, contact. Dat onderzoeksvoorstel is wel noodzakelijk, omdat we in dat geval misschien gebruik zouden kunnen maken van een voorwaardelijktoelatingsregeling. Binnen een halfjaar hoop ik u te kunnen vertellen dat het onderzoeksvoorstel gereed is. Dat over Spinraza.

Voorzitter. Ik kom op de tekorten. Er is een vraag gesteld over de anticonceptiepillen, maar die gold eigenlijk breder. Het is op z'n minst vervelend als een medicijn niet beschikbaar is. We hebben daarover naar aanleiding van wat we zagen bij de anticonceptiepillen, een aantal keren gedebatteerd. Sinds twee jaar, of misschien iets langer, bestaat de Werkgroep Geneesmiddelentekorten, waarbij alle verschillende partijen uit de farma aan tafel zitten: producenten, groothandel, apothekers en ook het departement. Daarbij is de goede afspraak gemaakt dat als een tekort dreigt, dat wordt gemeld. Want als je het meldt, kun je er maatregelen tegen nemen. Over het algemeen werkt dat meldsysteem goed, maar het werkt niet altijd goed, want anders had zich dat tekort aan anticonceptiepillen niet voorgedaan.

Ik ben dus aan het kijken – dat heb ik u ook laten weten in een brief – of we de regelingen niet in die zin kunnen aanpassen dat we niet alleen een wettelijk verankerde oproep doen om voldoende voorraden aan te houden, maar dat ik er ook iets van een getalscriterium, een maat in aanbreng. We hebben door onze oogharen gekeken – dat geldt vooral de

mensen ter rechterzijde van mij – en gedacht: als je nou eens een viermaandsvoorraad zou aanhouden, zou je dan niet de meeste tekorten voor kunnen zijn? Als er dan een productiestoring of een andere oorzaak van een tekort is, dan heb je nog medicijnen op voorraad. Zo'n maatregel heeft de charme van de eenvoud, leek mij. Ik ben nu met de verschillende partijen aan tafel, want er zitten natuurlijk allerlei haken en ogen aan. Wie moet dan die voorraad aanhouden? Wie gaat dat betalen? Die gesprekken voeren we. Ik denk dat ik voor de zomer daar wel een stap verder in ben. Eerder dacht ik dat ik daarvoor de wet zou moeten wijzigen, maar ik hoop dat dat misschien niet nodig is en dat het via een AMvB of ministeriële regeling kan. Dan zou het tempo er een beetje in kunnen blijven. Dat zou ons dus kunnen helpen.

Helpt dat altijd? Nee, dat helpt ons niet altijd, want u en ik beseffen dat de geneesmiddelenmarkt een internationale markt is, waarbij de afhankelijkheid van grondstoffen van elders een thema is dat internationaal speelt. Dit is niet iets wat je even in Nederland regelt. Het is niet zo dat alle producenten van grondstoffen in Nederland zitten. Die zitten in toemende mate in China, India, Latijns-Amerika en andere landen. Dat is allemaal geen bezwaar, als er maar wordt geleverd en als het maar deugdelijke grondstoffen zijn, waar geen onregelmatigheden in zitten. Ik vind de beschikbaarheid van medicijnen en het bestrijden van tekorten wel een thema om Europees te agenderen. Ik zal dat thema dan ook zetten op de agenda van de nieuwe Commissie, die er komt na de EP-verkiezingen in mei en die zelf een nieuwe, eigen agenda maakt.

Ik wil nog een paar andere dingen doen. Ik heb de inspectie gevraagd om gedetailleerd onderzoek te doen naar de problemen van het afgelopen jaar met de levering van de anticonceptiepil. Als we een meldingssysteem met elkaar hebben afgesproken, waarom heeft dat dan toch onvoldoende gewerkt? Dat is één. Twee: de IGJ doet ook in bredere zin onderzoek naar leveringsonderbrekingen bij geneesmiddelen. Dat gaat dus verder dan alleen de anticonceptiepil. Wat zijn daarvan de oorzaken? En waar kun je die aanpakken? Ten derde hebben we een lijst van maatregelen, een soort werkwijze, van de Werkgroep Geneesmiddelentekorten. Ik heb u die volgens mij in het najaar van 2017 toegestuurd. Wat kun je doen als zich een tekort aandient? Ik denk dat het tijd is om die twaalf maatregelen van de Werkgroep Geneesmiddelentekorten te evalueren, om te kijken waar ze aangescherpt moeten worden en om te kijken of we daarin verbeteringen kunnen aanbrengen. Dat zijn de concrete punten waar ik op dit moment mee bezig ben. Daarom vind ik een extra onderzoek naar tekorten van geneesmiddelen, naast de dingen die ik nu al heb benoemd, op dit moment niet noodzakelijk.

De apotheek die exporteert, kan ook een oorzaak van tekorten zijn. Ik ben er tegen dat apotheken gaan zitten handelen in een situatie dat er een tekort is of dreigt. Daarom roep ik actief iedereen die dat signaleert, waar die zich ook bevindt in de keten, op om dat te melden bij de inspectie. Een paar weken geleden heb ik dat ook bij het NOS-Journaal gedaan. We hebben vanmorgen nog even gebeld. Die meldingen leveren nog niet tientallen signalen op. Is dat nou goed nieuws? Of moeten we het instrument van het signaleren versterken? Ik denk dat het dat laatste is. Groothandels zien niet dat naar het buitenland exporteren door apothekers op grote schaal gebeurt. Voor de groothandelaren is het exporteren verboden. Dat hebben we bij convenant afgesproken. In ieder geval is het voor de groothandel gewoon verboden als er een tekort is of dreigt. Dit over het punt van de geneesmiddelentekorten.

De heer **Edgar Mulder** (PVV):

Ons verzoek was eigenlijk of u een echt onderzoek wilde doen, niet alleen een paar telefoontjes. U zegt dat het niet veel voorkomt. Maar dat weten we eigenlijk niet zeker. Wat is het probleem dat u geen onderzoek doet?

Minister Bruins:

Ik ben afhankelijk van die signalen. Het gaat dus niet om een paar telefoontjes. Dat blijf ik ook doen: ik wil wel het hele jaar kijken of er signalen worden ontvangen over apothekers die ten onrechte exporteren. Als er een overschot is aan medicijnen, dan mag een apotheker die een groothandelsvergunning heeft ook exporteren. Ik denk dat de spreker dat met mij eens is. Dat is niet het vraagstuk waar wij hier vanmiddag over spreken. Het gaat hier om het oplossen van een tekort aan medicijnen of om de dreiging van het ontstaan van een tekort. Die signalen wil ik actief bijhouden. Daar wil ik u ook aan het eind van het jaar over berichten. Dat is voor mij meer dan een paar telefoontjes doen. Dus dat mag u best zien als een toezegging.

De voorzitter:

De heer Mulder, afrondend.

De heer Edgar Mulder (PVV):

In uw woorden: een toezegging om signalen op te vangen. Maar ik had graag een proactieve houding van u gezien, waarbij u een echt onderzoek doet en waarbij u actief op de markt gaat kijken. Daar zou ik heel graag een toezegging op willen. Als u het op die manier zou kunnen invullen, dan zijn we wat dat punt betreft heel tevreden.

Minister Bruins:

Dat klinkt wel heel zuinig eigenlijk.

De heer Edgar Mulder (PVV):

Anders ga ik een VAO aanvragen.

Minister Bruins:

Dat moet ik even zien te vermijden. Ik kom terug op het punt dat ik u eerder noemde. Ik denk dat ik die viermaandsvoorraad wil installeren. Dat is een denkidée. Ik ben op dit moment aan het bekijken of dat een logische maatregel is. Als ik daarmee kom, dan heb ik daarvoor natuurlijk een onderbouwing nodig. Ik hoop u voor de zomer in ieder geval iets over de voortgang te laten horen. Dan moet ik ook kijken naar de beschikbaarheid van medicijnen en de voorraden, ook bij apothekers. Ik kijk dan dus niet aan de kant van de tekorten, maar aan de kant van de noodzakelijke voorraad die moet worden aangehouden. Ik hoop u dan wel iets van kwantitatieve informatie te bieden, maar dan kijk ik weer net iets verder dan alleen naar de tekorten.

De heer Edgar Mulder (PVV):

Voorzitter, ...

Minister Bruins:

Voorzitter, tot zover mijn inspanning.

De heer Edgar Mulder (PVV):

Nee, serieus, ik kon het niet laten. We waren zo dichtbij! Het is niet zo dat dit geen probleem was; het was de afgelopen maanden wél een groot probleem. Er zijn mensen geweest die de eigen, Nederlandse voorraden hebben moeten terugkopen tegen drie keer de prijs. Mijn enige vraag is: het zou toch mooi zijn als de Minister daarnaar een onderzoek deed, al was het alleen maar om onze zorgen weg te nemen?

De voorzitter:

U maakt hiervan heel handig gebruik om uw interruptie uit te breiden. Ik geef het woord aan de Minister. We hebben wel de toezegging die de Minister zojuist gedaan heeft, namelijk om voor de zomer kwantitatieve

informatie met de Kamer te delen. Kwantitatieve informatie moet je toch zelf ergens op gaan halen, lijkt mij. Die hebben we genoteerd.

Minister Bruins:

Over het punt dat de heer Mulder nu inbrengt inzake parallelle handel of gesjacher met partijen naar het buitenland: als ik daar de vinger achter krijg, dan vind ik dat relevante informatie. Dan betrek ik er dat natuurlijk bij, want zo willen we het niet hebben. Wij willen het aantal medicijntekorten echt tot het absolute minimum beperken. We praten hier over patiëntbelang. We willen natuurlijk eigenlijk het liefst dat voor iedereen elk medicijn altijd beschikbaar is. En dan staat het ver van u en ver van mij dat, in een situatie van een dreigend tekort of een bestaand tekort, een apotheker dat medicijn exporteert voor eigen gewin. Nogmaals, de signalen dat dit bij groothandels op grote schaal plaatsvindt zijn er niet, maar ik ga actief op zoek naar die signalen. Dat heb ik u eerder gezegd en dat zeg ik u nu. Met het oog op de wettelijke bepaling, of de AMvB-bepaling, wil ik u die onderbouwing aanbieden. En dan moet u maar beoordelen of dat voldoende is. Ik denk van wel.

De voorzitter:

Een tweede vraag van de heer Renkema. Gaat uw gang.

De heer Renkema (GroenLinks):

Ja, ik tel ook mee.

Ik was toch wel teleurgesteld over het antwoord van de Minister: extra onderzoek naar deze thematiek is gewoon niet noodzakelijk. Veel mensen maken zich druk over de geneesmiddeltekorten. We hebben daar al een aantal voorbeelden van gezien; we weten niet wat er in de toekomst gaat gebeuren. Eigenlijk zegt de Minister: ik heb de Werkgroep Geneesmiddeltekorten; daar kan ik het gesprek mee voeren en dat is goed. Wij denken dat een onafhankelijke blik, echt van buiten, waarbij je ook kijkt naar andere landen en andere situaties, meerwaarde kan hebben. Laat ik het als volgt zeggen. In die commissie zitten zorgverzekeraars, farmacie, apothekers. «The usual suspects», zeg ik maar even, praten daar met elkaar. Ik zou heel graag een blik van buiten willen hebben. Ik heb daar eigenlijk geen goede argumenten tegen gehoord. Waarom zou dat geen meerwaarde hebben?

Minister Bruins:

Ik vind de blik van de inspectie een deskundige blik of, zo u wilt, een blik van buiten. Er lopen al een hele hoop onderzoeken. Staat u mij toe dat ik dat onderzoek eerst doe; dan kunnen we van daaruit weer verder kijken. Het is heel makkelijk om nu te zeggen «laten we maar een extra onderzoek doen». Ik vind dat wij via de inspectie al verschillende lijnen hebben uitgezet. Laat mij die eerst eens volgen en laten we dan verder kijken. Het internationale vraagstuk van geneesmiddelen en geneesmiddeltekorten zullen we echt in Europees verband moeten aanpakken omdat die handel nu eenmaal een wereldhandel is geworden. Ik wil dus eigenlijk maar gewoon blijven bij wat ik u eerder heb toegezegd.

De voorzitter:

Afrondend, de heer Renkema. Gaat uw gang.

De heer Renkema (GroenLinks):

Ik vind dat toch jammer. Nogmaals, een onafhankelijke blik van buiten is wat mij betreft juist even verder kijken dan inspectie. Ik denk dat er juist ook in andere landen, en ook in andere sectoren wellicht, aanknopingspunten zijn om die problematiek aan te pakken. Ik heb geen vervolgvraag, maar ik vind het wel teleurstellend dat er geen bereidheid is om daar eens echt diep in te duiken.

Minister Bruins:

Die bereidheid is er juist wel. Dat is het punt waarmee ik begon. De zittende Commissie is bijna uitgewerkt. Een nieuwe Commissie treedt na de verkiezingen aan. Ik heb u gezegd dat ik dit thema op de agenda wil zetten. Ik wil het dus in internationaal perspectief bekijken. Dat is niet alleen maar een onderzoek doen om het onderzoek. Dat is onderzoeken om te kijken of maatregelen kunnen worden getroffen. Dat lijkt mij de meest praktische weg. Dus dat internationale aspect wil ik allerm minst wegpoetsen, want dat vind ik net als de heer Renkema van groot belang. Tot zover de tekorten.

Dan Valsartan, een medicijn tegen hoge bloeddruk waarvoor afgelopen zomer in Nederland, maar ook in 24 andere landen een recall is geweest. Het betrof een recall op apothekersniveau. In praktische termen houdt dat in: maakt u het doosje maar leeg, en als u toe bent aan een nieuw doosje, dan gaat u naar de apotheek en dan krijgt u een alternatief voor Valsartan mee. De afweging om de recall op apothekersniveau te doen heeft de inspectie destijds gemaakt omdat snel stoppen misschien een tekort zou opleveren. Dat zou weer ten nadele zijn van de patiënten. Dus daarom is deze recall er geweest. Helaas hebben we de afgelopen jaren nog een paar keer een soortgelijke recall gezien, met een andere vorm van onzuiverheid in het medicijn. Dat is aanleiding geweest om onderzoek te doen naar de oorzaak van die vervuiling. Dat onderzoek, dat is gedaan op EMA-niveau, leidt tot de conclusie dat de grondstoffen altijd moeten worden getest voordat je ze gebruikt. Dat klinkt als heel logisch en dat vinden we ook allemaal heel logisch, maar bij de intensiteit van dergelijk onderzoek blijft het altijd een vraagpunt: hoe kun je dat doen? Ik vind dat de inspectie daar dicht op heeft gezeten. Ik heb uw Kamer daar geloof ik vier keer een bericht over gestuurd. We zitten er allemaal niet op te wachten; die onzuiverheden moeten er natuurlijk wel uit. Ik vind dat wel belangrijk. Als je het weet, kun je het eruit halen. Daar kun je op testen, en niet alleen op middelniveau, maar ook op batchniveau. Ik denk toch dat dit de aanpak is, ook voor de komende jaren: we moeten intensief blijven controleren op de kwaliteit van de medicijnen.

Dat is wat ik over Valsartan zou willen zeggen, voorzitter.

De voorzitter:

Een vraag van de heer Gelijmse. Gaat uw gang.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Ik ken de verschillen in de gradaties van terugroepacties. Ik weet dat, als het geen op de persoon gerichte terugroepactie is, een medicijn gewoon betaald moet worden door de patiënt. Stel dat iemand die nu het middel heeft, op het nieuws en in de krant ziet dat daar mogelijk kankerverwekkende stoffen in zitten. Hij brengt het medicijn terug naar de apotheek omdat hij nog een voorraad heeft voor twee maanden, maar moet daar dan toch voor betalen. Vervolgens moet hij ook het nieuwe medicijn betalen. Dat is toch wel van de gekke. Ik wil de Minister toch vragen of daar echt niet eens naar gekeken kan worden. Ik vind het toch echt bijzonder. Ik verwijs naar het consumentenrecht dat geldt als je iets terugbrengt wat niet werkt. Als een van de mensen hier in de zaal een mixer of een andere keukenmachine terugbrengt omdat die niet werkt, krijgt hij of zij toch ook het geld terug?

Minister Bruins:

Ik ben het helemaal met u eens. Ik vind dat ook heel gek. Ik moet er echt even in duiken. Wij willen voor iedereen veilige medicijnen. Dat je twee keer betaalt voor hetzelfde, daar kan ik met mijn pet niet bij. Dat heb ik eerder gezegd in een ander verband. We moeten echt even uitzoeken of dit bij de apotheek ligt of dat de apotheek het kan verhalen bij de

groothandel. Ik weet het niet. Ik ben op zoek naar feiten en cijfers, maar dit ga ik keurig uitlopen.

De voorzitter:

Afrondend, de heer Geleijnse.

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

Dank voor deze toezegging. Ik hoop dat u eruit komt en over niet al te lange tijd de Kamer met een brief informeert.

Minister Bruins:

Ik ga u zeker die brief sturen, naar ik hoop met dezelfde duidelijkheid als waarmee u de vraag heeft gesteld, zeg ik in de richting van de heer Geleijnse.

De voorzitter:

Wellicht kunt u er een termijn aan koppelen, om en nabij, die wij kunnen noteren bij de toezeggingen? Voor de zomer?

Minister Bruins:

Voor de zomer. Het is al bijna zomer! Nee, voorjaar, voorzitter. Hoe duidelijker de signalen zijn die ik krijg, hoe makkelijker ik erin kan duiken. Maar ik moet echt even zoeken. Ik kende dit voorbeeld niet. Ik ben dus blij dat uw Kamer dit meldt. Ik duik erin en ik geef er in het voorjaar graag een reactie op per brief.

Voorzitter. Dan wil ik graag over naar Novartis. U heeft het eigenlijk allemaal gezegd: het weesgeneesmiddel Lutathera van Novartis is zes keer duurder dan de bereiding in de ziekenhuizen. Ik vind dit een voorbeeld van zoals het niet moet. Ik heb dat ook laten weten aan Novartis Nederland evenals aan Novartis internationaal, niet met een telefoontje maar met een gesprek vis-à-vis. Verandert de wereld na één gesprek? Nee. De manier van prijsberekening is voor Novartis heel logisch. Zij hanteren «valuebased pricing», zoals zij het noemen, een manier van berekenen die zij heel logisch vinden. Ik zet daar mijn vraagtekens bij. Ik ben graag bereid om van dat vraagteken een uitroep-teken te maken, maar dan vind ik dat Novartis moet laten weten hoe de prijs is opgebouwd. Door transparantie kunnen we het zien en volgen, en kunnen we er weer wat van vinden. Maar als die transparantie ontbreekt, wordt het wel heel erg ingewikkeld. Dat is de boodschap die ik heb gegeven. Ik ben graag bereid om het gesprek verder te voeren met Novartis, en waar «Novartis» staat kunt u ook meerdere fabrikanten lezen die ik de afgelopen periode heb gesproken en nog zal spreken. Maar het begint wel bij transparant zijn over die medicijnprijzen.

Mij valt op dat je mailbox helemaal volloopt als dit thema aan snee komt. Dit wordt dus breed gedeeld bij u en in de samenleving. Wij willen heel graag die goede geneesmiddelen hebben, maar we willen ook heel graag een redelijke prijs. Ik weet zeker dat het «druppelen op een steen», zoals ik het in een eerder debat heb genoemd, effect heeft, maar ik weet alleen niet precies wanneer het effect heeft. Ik sta niet te juichen als een farmaceut een rechtszaak tegen mij aanspant, maar er is er inmiddels een, zo ik heb gelezen. Ik zal u graag op de hoogte houden van de vorderingen op dat punt.

Er is natuurlijk wel meer over te zeggen. Deze discussie moet je niet beperken tot professionals. Het gaat immers over patiëntenbelang. Ik ben blij dat het magistraal bereiden van Lutathera in een aantal Nederlandse ziekenhuizen mogelijk is. Ook ben ik blij – voor zover ik ergens blij over ben – met de toezegging die ik van Novartis heb gekregen dat ze dat ingrediënt, de werkzame stof, ter beschikking houden, ook voor de magistrale bereiding. Die toezegging heeft de baas van Novartis gegeven. Zij doen dat ook voor een redelijke prijs. We zien die prijs dus niet skyhigh

gaan. Dat wil ik wel vermeld hebben. Als het anders wordt, zal ik u dat ook laten weten. Bij dit onderwerp is dit toch weer een klein beetje goed nieuws in de grote boze wolk, om het zo maar te zeggen. Het gesprek voeren is dus één maatregel, het magistraal bereiden en het daarvoor ruimte bieden – wat goed is, denk ik – is een andere mogelijkheid. De derde route is ook hierbij de Europese route. Het gaat om een weesgeneesmiddel waarbij marktexclusiviteit is afgesproken voor een periode van tien jaar. Die tien jaar kan best een goede periode zijn. Het gaat om een kleine groep patiënten. Stel je voor dat er heel veel en heel duur onderzoek is gedaan. Dat een farmaceut dan de ruimte krijgt om dat terug te verdienen, is prima. Zo is dat op Europees niveau afgesproken. Maar als het nou niet zo is en als er niet veel onderzoek is gedaan, als men gewoon bezig is geweest om zijn handel te ontdoen van concurrentie, is dan zo'n tienjaarsmarktexclusiviteit nog wel gerechtvaardigd? De vraag stellen is hem beantwoorden; wat mij betreft dus niet. Ik vind dat een thema waarvoor we de weesgeneesmiddelenregeling van Europa tegen het licht moeten houden. Ook deze staat dus op het lijstje. De heer Van Gerven, meen ik, vroeg of het medicijn nog wel – gelukkig – bij de patiënten terechtkomt. Maakt het deel uit van het verzekerd pakket? Ja, zeker. Ik weet ook dat Novartis met verzekeraars in gesprek is om afspraken te maken over de prijs. Dat zijn dus allemaal goede berichten. Maar we zijn er nog niet. Waar «Novartis» staat, kun je ook andere geneesmiddelenfabrikanten lezen. We zijn er nog niet. Ik merk wel dat ook Novartis ermee zit. We voelen natuurlijk een spanning. Aan de ene kant zijn er het medicijn en de nog komende medicijnen, waarvoor we een fabrikant als Novartis echt wel weer nodig hebben, ook in Nederland. Echt waar, we kunnen niet zonder. Aan de andere kant vragen we een redelijke prijs. Die spanning blijft er dus in zitten. Met dit thema zijn we echt dit hele jaar, deze hele kabinetsperiode, in de komende tien jaar nog niet klaar.

Dat over Novartis. Mag ik over naar PrEP?

De voorzitter:

Toch nog niet. Mevrouw Ploumen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Nee, voorzitter, want ik had de Minister ook nog gevraagd naar de rol van de ACM. Kan een fabrikant zo'n hele keten monopoliseren? Het is goed dat Novartis het ter beschikking blijft stellen, maar wij willen niet afhankelijk zijn van de goedertierenheid van een farmaceut, met alle respect. Ze zijn hun eigen code aan het opstellen, zo heb ik begrepen, maar misschien kunnen ze zich hangende de uitwerking daarvan gewoon al fatsoenlijk gedragen. De ACM, en ook de Europese mededingingsautoriteit, zouden hier toch iets van moeten vinden? Ik zou heel graag willen dat de Minister daarmee in gesprek gaat, misschien ook met zijn collega van Economische Zaken. Dat is een van de manieren waarop we sneller dan de lange termijn stappen met zevenmijlslaarzen kunnen zetten, wat mij betreft.

Minister Bruins:

Dat vind ik een hele goede suggestie. ACM heeft net een nieuwe voorzitter gekregen. Het lijkt me heel goed om die aandacht hiervoor te vragen. Dan begin ik nationaal. Internationaal kan ook. Aandacht voor dit soort constructies, ook de samenhang tussen het medicijn en de grondstoffenleverantie, waarover mevrouw Ploumen het had, lijkt mij een prima idee. Mevrouw Ploumen sprak ook over iets van een code die in voorbereiding is, op te zetten door de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen. Ik begrijp dat daaraan gewerkt wordt. Het gaat misschien niet helemaal zo hard als ik zou willen, maar it takes more than two to tango in dit geval, omdat ook een hele hoop leden moeten meedoen. Maar vooralsnog ben ik hoopvol

dat we een stap zetten. Als zo'n gedragscode of zo'n samenwerkings-MoU iets oplevert en er een resultaat is te melden, zal ik u dat gezwind laten weten.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dank voor de toezegging van de Minister om met ACM in gesprek te gaan. Zou hij ons ook daarover nader willen informeren? Dat lijkt me wel relevant.

Minister Bruins:

Zo langzamerhand gaan ze hier aan mijn rechterkant zuchten ... Maar dat lijkt me een prima idee.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik wil het ook wel doen, hoor, dat gesprek!

Minister Bruins:

Nee, nee, nee. Of misschien vinden ze het wel prettiger als u het doet. Vreemde ogen dwingen. De ACM, de Autoriteit Consument & Markt, is de laatste jaren veel meer aandacht gaan besteden aan het thema zorg. Ik zal ze even vragen om een update waar die extra aandacht toe leidt. Ik weet in ieder geval dat ze veel meer capaciteit beschikbaar hebben dan een jaar of wat geleden. Hun helpdeskfunctie voor allerlei zorgpartijen is ook veel beter toegerust dan een aantal jaren geleden. We horen heel regelmatig dat een vorm van samenwerking niet mag vanwege de ACM. De ACM is graag bereid om uit te leggen wat er wel en wat er niet mag. Ik ga dus werken aan zoiets als: waaruit blijkt die extra aandacht van de ACM voor de productie van geneesmiddelen, de grondstoffen, de leveranties, niet te veel stenen in één mandje en dergelijke? Daar ga ik aan werken. Dat vind ik een leuk onderwerp.

De voorzitter:

Kunt u een termijn koppelen aan de brief die u heeft toegezegd?

Minister Bruins:

Voor de zomer, voorzitter.

De voorzitter:

Dan noteren we die.

Minister Bruins:

En als u gaat aandringen: dit voorjaar!

(Hilariteit)

Minister Bruins:

Voorzitter, even weer serieus. Een aantal van u heeft een punt gemaakt over PrEP. Wij werken aan de hand van een advies van de Gezondheidsraad, dat dateert van ongeveer tien maanden geleden. Op basis daarvan hebben we een onderzoekssetting bedacht voor het ter beschikking stellen van PrEP en het monitoren daarvan. Dat zal worden gedaan door het RIVM. Ik heb u daarover in december van het afgelopen jaar een brief geschreven. Nu staat ons niks meer in de weg om tot uitvoering, tot de start te komen. Ik begrijp van sommigen van u dat dat misschien lang duurt; mevrouw Dijkstra heeft daarop gewezen. Maar ik vind het belangrijk dat de prijs voor dat middel gunstig is voor iedereen. Ik vind dus ook dat die aanbesteding nu moet gebeuren. Dat kost een maand

of vier, vijf. Maar ondertussen kunnen er natuurlijk nu al intakegesprekken, monitoringgesprekken, door de coördinerende acht GGD's plaatsvinden. Daaraan staat niks in de weg. Alleen de beschikbaarheid van PrEP, die hoort bij dat onderzoek, zal dus pas rond de zomer zijn. Ik benadruk graag dat wij stap voor stap en zorgvuldig te werk gaan en in dit tempo toewerken naar dit resultaat. Ik verwacht dus dat wij over een maand of vier, vijf die aanbesteding rond hebben. Nogmaals, de voorbereidingen en de monitoring hoeven daar niet op te wachten. De coördinerende GGD's zijn op de hoogte. Zij zijn bij de voorbereiding betrokken. Zij kunnen dus eigenlijk nu aan de slag, zou ik zeggen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik ben het met de Minister eens dat het goed is dat die aanbesteding plaatsvindt, zoals ik heb aangegeven. Daardoor zal de prijs voor iedereen gelijk zijn en ontstaan er geen verschillen. Maar mijn zorg, die naar ik heb begrepen ook de zorg van GroenLinks is, zit erin dat de mensen die nu al zelf PrEP gebruiken geen begeleiding krijgen, terwijl de Gezondheidsraad juist heeft aangegeven dat dat zo belangrijk is. Mijn vraag is dus eigenlijk: zouden we er niet toch als een soort tussenregeling voor kunnen zorgen dat de GGD's voor de mensen die wel PrEP gebruiken, nu al ook de begeleiding kunnen geven? Dan zouden we kunnen zeggen dat we voor de nieuwe aanvragers, nieuwe gebruikers, kunnen wachten op de aanbesteding. Maar zo kunnen we de huidige gebruikers in elk geval begeleiden in het gebruik daarvan. Dat is toch wel een hele belangrijke bij dit onderwerp.

Minister **Bruins**:

Ik gebruik het woord «monitoring»; misschien moet ik daar het woord «begeleiding» gebruiken. Maar ik denk dat de meeste GGD's de groep mannen waarover we het hierbij hebben, wel behoorlijk goed in beeld hebben. Het enige is dat de PrEP-vergoeding, die behoort bij de start van dat onderzoek, nog niet geregeld is. Daarvoor moeten we nog tot de zomer wachten. Daarbij gaat het bij dagelijks gebruik om een bedrag van tussen de € 30 en € 40 per persoon per maand, naar ik inmiddels heb begrepen. Dat zijn dus ook weer niet vreselijk grote bedragen, vind ik. Ik ga daar dus geen financiële regeling voor treffen. Maar dat is misschien ook niet de bedoeling.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Dat vraag ik ook niet. Ik vraag geen financiële regeling voor de PrEP-gebruikers. Ik vraag die voor de GGD's. Gisteren hebben hiv-artsen al aangegeven dat ze nu zelf in het gat gaan springen. Daar is geen financiering voor. Voor de periode tot de aanbesteding rond is, is dat gewoon niet geregeld. Mijn vraag gaat dus over die periode, voor de mensen die al PrEP gebruiken maar daar geen begeleiding bij krijgen en die toch een beroep doen op de GGD's. Mensen gebruiken het middel soms ook op een manier die helemaal niet werkt, en betrekken het zelf via internet, terwijl we er met dit hele project van het beschikbaar maken van PrEP met begeleiding van GGD's juist voor willen zorgen dat het op de goede manier gebeurt.

Minister **Bruins**:

Ik begrijp niet helemaal goed waar nou de behoefte zit. Ik heb net gezegd dat intake en monitoring echt vanaf nu kunnen beginnen bij de coördinerende GGD's. Het lijkt me prima om dat te doen. Ik heb dat artikel ook in de krant gelezen, maar ik begrijp niet wat we extra moeten doen. De aanbesteding van PrEP moet nog geregeld worden. Dat kost een aantal maanden. Maar we kunnen echt nu beginnen. En ik denk dat bij de meeste

GGD's het overgrote deel van de groep waar we het over hebben, al in beeld is, omdat er al contacten zijn. Ik begrijp dus niet wat er extra nodig is.

De voorzitter:

Er wordt eigenlijk een tegenvraag gesteld. Daarom geef ik mevrouw Dijkstra nog de gelegenheid om te reageren.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik heb het proberen uit te leggen. Een feit is dat PrEP gewoon lang op zich laat wachten. Ik zie het nog even los van het feit dat wij hierover al een paar jaar bezig zijn. Uiteindelijk is het vorig jaar door deze Minister na het advies van de Gezondheidsraad ook in gang gezet. Daarna was iedereen blij: PrEP zou eindelijk beschikbaar komen met de juiste, goede begeleiding. In december wordt het weer uitgesteld. Nu krijgen we weer te horen dat het nog vijf maanden duurt. Er valt gewoon een groep tussen wal en schip. Er zijn heel veel hiv-infecties bij gekomen, terwijl dat niet het geval zou zijn geweest als PrEP gebruikt had kunnen worden. We hebben ook met elkaar vastgesteld dat het heel veel duurder is om een patiënt met een hiv-infectie een leven lang medicijnen te moeten geven dan om PrEP ter beschikking te stellen. Dat is de achtergrond van mijn vraag.

Minister Bruins:

Ik herhaal: het onderzoek start echt zo snel als mogelijk. Daarvoor is nodig dat die aanbesteding is voltooid. Dat kost een aantal maanden. In de tussentijd is PrEP beschikbaar. Mensen moeten het zelf betalen; het gaat om een bedrag tussen de € 30 en € 40 per maand. Intake, monitoring, het kan allemaal echt nu starten. Daar hoeft niet op gewacht te worden. Volgens mij zijn we echt aan de ene kant zorgvuldig bezig en maken we ook stappen. Ik heb ze u al een paar keer uitgelegd in brieven aan de Kamer. Ik denk dat we daarmee op het goede spoor zitten. Voorzitter. Mag ik van PrEP naar de opioïden? Ik heb u onlangs een brief gestuurd waarin staat dat het gebruik van die zware pijnstillers de laatste jaren enorm is gestegen. Als je daar met veldpartijen over spreekt, schrikken zij daar eigenlijk ook van. Ik denk dat er daarom langs verschillende wegen maatregelen moeten worden getroffen om te kijken waar opioïdengebruik kan worden ingedamd. Aan de ene kant zijn er natuurlijk patiënten die veel pijn hebben. Voor hen hoop je, wil je, dat een zware pijnstiller altijd beschikbaar is, en dat de voorschrijvende arts en de patiënt daarover de goede afspraken maken; laat ik dat gezegd hebben. Maar er zijn ook situaties waarbij een patiënt van het ziekenhuis naar de huisarts gaat en er overdracht van medicatie plaatsvindt. Dat is zo'n moment waarop je even goed moet kijken of alles nog nodig is. Is het mogelijk om van oxycodon op een minder zwaar middel over te stappen? Ik denk dat die bewustwording, voorlichting en communicatie een thema vormen om op te pakken. Dat wil ik doen in samenspraak met de meest betrokken partijen: artsen, farmacie. Dat is één. Daarnaast is het nodig, denk ik, dat we meer weten over dat opioïdengebruik, het gebruik van die zware pijnstillers. We weten van andere landen dat het tot verslaving kan leiden en daarmee tot ontwrichting van gezinnen en ontwrichting in de werksituatie, zodat mensen hun baan niet meer kunnen doen. Het is van een heel andere orde, maar uit Amerika hebben we ook begrepen dat het het beroep op de verslavingszorg enorm doet toenemen. Dat zijn allemaal onwenselijke gevolgen, en die wil je eigenlijk een halt toeroepen. Daarvoor heb ik echt de opinie van professionals nodig. Die breng ik dus rond de tafel. Ik heb hierbij eigenlijk ook de hulp van de verslavingszorg nodig, omdat die misschien wel de eersten zijn die zien dat het gebruik van die zware pijnstillers oploopt. Dus we moeten zo concreet mogelijk zijn in het treffen van maatregelen om het gebruik van die zware pijnstillers in te dammen. Een en ander moeten we doen onder de

erkenning dat, één, er de laatste jaren steeds meer aandacht komt voor pijnbestrijding – ik denk dat dat ook goed is – en, twee, dat voor patiënten die een beroep doen op die hele zware pijnstillers deze ook beschikbaar blijven en dat deze patiënten daarop moeten kunnen vertrouwen. Dat is natuurlijk in de handen van de voorschrijvend arts, maar ik denk dat bewustwording hierin een belangrijke rol kan spelen.

De heer Van Gerven vroeg naar de samenhang met het uit het pakket halen van paracetamol. Dat verband zie ik niet. Ik zou ook heel erg voorzichtig willen zijn om die twee op een hoop te gooien, want paracetamol is echt van een veel, veel, veel lichtere sterkte dan de middelen waarover wij hier spreken. Bovendien zagen we in de afgelopen jaren een stijging en de uitpakketname van die bepaalde soort paracetamol gaat pas 1 januari van dit jaar in. Dat verband zie ik dus niet. Blijft staan dat ik van mening ben dat we het gebruik van die zware pijnstillers echt moeten zien in te dammen. Een eenvoudige oplossing is niet voorhanden maar wel belangrijk. Dat over de opioïden.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

De Minister gaf zojuist aan dat hij de verslavingszorg hier ook bij wil betrekken. Ik denk dat dat heel goed is, ook omdat juist die groep bij uitstek het belang kan onderstrepen van zorgvuldig voorschrijven. Mijn vraag is dus eigenlijk hoe de Minister die groep erbij wil betrekken. Is hij verder ook bereid om te kijken naar de afbouw van medicatie? Daar hebben we regelmatig debatten over. Ik weet bijvoorbeeld dat 50PLUS er ook vaak op hamert. We zijn wel goed in het voorschrijven en het vergoeden van medicijnen, maar de afbouwmedicatie wordt vaak niet vergoed of ingezet. Die twee elementen wil ik graag onder de aandacht van de Minister brengen.

Minister **Bruins**:

Dat is niet tegen dovemansoren gezegd. Ik denk dat ik begin met: hoe betrek je de verslavingszorg hierbij? Ik denk dat ik begin met Trimbos te bellen en daarna andere professionals. We kunnen een taskforce samenstellen en ik zou het fijn vinden als daar ook een vertegenwoordiger uit de verslavingszorg bij is; dat vind ik belangrijk.

Het punt van de afbouwmedicatie. Ik gaf het voorbeeld van een patiënt die overgaat van een ziekenhuisarts naar een huisarts. Dat is zo'n moment. Maar überhaupt kijken naar afbouwmedicatie is ook zo'n onderwerp, waarvan ik denk dat er door de wetenschappers en de veldpartijen over moet worden gesproken om te kijken of partijen elkaar kunnen vinden in een aanpassing van een standaardwerkwijze of iets in die geest. Het is even zoeken; als ik de oplossing had, had ik «m wel verteld. Maar het lijkt me wel goed om dat thema van de afbouwmedicatie daarbij te betrekken.

De **voorzitter**:

Voldoende? Dan de heer Van Gerven. Die ziet van zijn vraag af. Meneer Geleijnse, gaat uw gang.

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

Het is meer een technische vraag, voorzitter. Wanneer gaat de Minister antwoord geven op de vragen over tapering?

Minister **Bruins**:

Straks. Die zitten in het stapeltje «Geleijnse».

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

Het stapeltje «Geleijnse».

Minister **Bruins**:

Het stapeltje «Geleijnse». Nog één algemeen thema en dan loop ik daarna nog graag een aantal vragen van de Kamer door.

Dat is het onderwerp «brexit». Wij hebben vandaag het debat over geneesmiddelen, maar anders hadden we dat in maart gehad. Ik had u dan ook pas in maart een brief gestuurd over de update van hoe we op het thema «volksgezondheid en brexit» zitten. Dat is de voortgangsbrief, waar ik u op 20 december over heb geïnformeerd. Omdat we het debat nu hebben, heb ik de brief voor nu gemaakt en de belangrijkste boodschap daarin gaat eigenlijk over de geneesmiddelen. Met dank aan het CBG! Ik wil dat graag gezegd hebben, want die hebben monnikenwerk verricht voor de 2.700 geneesmiddelen waar er een afhankelijk bestaat tussen Nederland en Engeland.

Het CBG is die hele lijst aan het doorvlooien om te kijken waar er kritische medicijnen zitten, waar niet snel een alternatief voor voorhanden is. Het zijn er nu, zeg ik iets te huiselijk, nog ordegruote 50 die op de zeef blijven liggen. Daar moet nog een oplossing voor worden bedacht. Daar zijn we heel hard mee bezig. We kijken of er een andere fabriek is. We kijken of ze in een ander land kunnen worden geproduceerd en we hebben ook nog een soort ultimatum remedium: je zou in sommige gevallen ook nog een ontheffing kunnen verlenen voor het geval dat het allemaal noodzakelijk is in een no-dealbrexitsituatie. Die ontheffing is allemaal papierwerk. We zijn ook aan het nadenken over de mogelijkheid dat er onverhoopt toch ergens geneesmiddelen op de kade blijven staan, omdat die ferry niet vaart. Kunnen we daar ook wat voor bedenken? Ik vind dat we daar behoorlijk praktisch in zijn.

Ik heb u aangegeven dat ik dat aantal van 50 geneesmiddelen heel graag het liefst naar nul wil reduceren; als het aan mij ligt, gaat het zo snel mogelijk naar nul. Ik zal u dat dan ook laten weten. De lijst wordt voornamelijk kleiner, maar er kan er ook weer eens eentje «bijpoppen», omdat een fabrikant zijn maatregelen toch niet efficiënt heeft georganiseerd. Dan wordt het lijstje weer iets langer. Ik hoop niet dat dat gebeurt. Tussen die 50 staan ook medicijnen met verschillende sterktes en volgens mij tellen ze dan twee keer mee op de lijst. Ik hoop dat dat lijstje snel kleiner kan worden, maar daar is echt nog wel wat werk te doen. Ik heb het lijstje niet aangehecht bij de brief die ik naar de Kamer heb gestuurd, omdat ik weet dat er dan het risico van hamsteren kan ontstaan. Het lijstje heeft ook een zekere interesse in andere landen, merk ik, maar ik moet natuurlijk wel werken met dat lijstje. Ik moet bijvoorbeeld op zoek naar een andere groothandel, die dat medicijn mogelijk ergens anders kan leveren. En als dat niet kan, is dan bijvoorbeeld bereiding in een ziekenhuisapotheek mogelijk? Naar dat soort maatregelen kijk ik en ik zal u daarvan op de hoogte houden. Het is een beetje kort, maar wat mij betreft tot zover over de brexit.

De voorzitter:

Ik dacht dat er een vraag was van de heer Rutte, maar dat is niet zo. We gaan verder met de heer Renkema. Hij sprak al buiten de microfoon, maar misschien kan hij even zijn vraag herhalen.

De heer Renkema (GroenLinks):

Ik had ook een vraag over brexit. Waar kunnen patiënten zich melden als ze zich zorgen maken over mogelijke tekorten? Er komt wel een campagne over de brexit voor de instellingen, maar waar kunnen de patiënten die zich zorgen maken, naartoe?

Minister Bruins:

In zijn algemeenheid hebben we hiervoor het Meldpunt Zorg bij de inspectie ingericht. Dat is het meest bekend, maar ik kan me ook voorstellen dat mensen zich voor die tijd ook bij u of mij hebben gemeld. Wij kunnen dat dan doorgeven aan datzelfde Meldpunt Zorg. Het loopt

daar, gelukkig, niet storm, maar laten we dat zo houden. Het komt heel precies als je maatregelen treft voor een situatie waarvan we hopen dat die niet aan bod komt.

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

Een vraag voordat het blokje over de brexit wordt afgerond. Het gaat vandaag over geneesmiddelen en wij hadden ook vragen gesteld over medische hulpmiddelen, omdat dat even urgent is. Misschien is het nog wel urgenter, nu wij hebben gehoord hoeveel medische hulpmiddelen er zijn en dat die ook veel minder goed in kaart zijn gebracht. Kan de Minister daarop reageren en op hoe hij de patiënten daarover gerust kan stellen?

Minister **Bruins**:

De geneesmiddelen, dat waren er al een heleboel, maar medische hulpmiddelen zijn er ongelofelijk veel. Daar is alleen maar een ruwe inschatting van te maken, maar het zijn er meer dan een half miljoen. Je moet hier echt bij elke zorginstelling in Nederland de vraag neerleggen: wat heeft u in uw voorraadkast staan aan medische hulpmiddelen en kunt u kijken welke daarvan uit Engeland komen en welke mogelijk niet meer bruikbaar zijn na 29 maart?

In veel gevallen zijn er alternatieven voorhanden. Er zijn ook heel veel zorginstellingen die er inmiddels actief aan werken om op te sporen waar hun hulpmiddelen vandaan komen. Uiteindelijk zal er nog een behoorlijk technische discussie moeten plaatsvinden over de CE-markering die op hulpmiddelen staat. Volgens de regelen der kunst verloopt die op het moment dat er sprake is van een no-dealbrexit. Waar wij aan werken – dat overleg vindt niet alleen vandaag maar al een hele tijd plaats – is het in Europees verband treffen van een noodmaatregel voor het geval dat zo'n no-dealbrexit zich afspeelt. Ik koers daarbij op een Europese afspraak, opdat die hulpmiddelen ook na 29 maart kunnen worden geleverd. Het is een beetje gek om te zeggen, maar daar heeft Nederland een beetje een voortrekkersrol gekregen, omdat het niet bij iedereen zo scherp voor de bril staat. Ik wil hier wel gezegd hebben dat we hier al een hele tijd mee bezig zijn, niet alleen richting Europa, maar ook richting het veld. Ik heb u vandaag iets laten weten over een campagne, maar dat lijkt dan net of dat het begin is, terwijl wij zorginstellingen hier al heel lang op wijzen. «Jongens, kijk alsjeblieft in je voorraadkast wat je hebt aan hulpmiddelen en kijk of er een alternatief voor beschikbaar is.»

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw Van den Berg.

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

Wat wij aangaven, is dat nu meer dan 50% van het totaal in Engeland wordt gecertificeerd. We hebben enkele ziekenhuizen gebeld en die zeggen: wij weten gewoon niet waar het vandaan komt. Ik begrijp dat de Minister zegt dat hij zijn pijlen op Europa richt om het samen te doen, maar uiteindelijk gaat het erom dat de Minister bereid is om hier in Nederland coulance toe te passen als het toch Europees niet gaat lukken.

Minister **Bruins**:

Ik weet niet zeker of ik «coulance» hier het goede woord vind. Ik ben op zoek om te zorgen dat hulpmiddelen met een bijzonder karakter voor patiënten beschikbaar blijven. Ik heb hier niet een coulanceregeling voor fabrikanten in gedachten, maar ik zoek naar een mogelijkheid om, waar nodig in Europees verband, een afspraak te maken over het beschikbaar houden van die hulpmiddelen. Daar ben ik naar op zoek. Gelukkig weten zorginstellingen in veel gevallen wel waar hun spullen vandaan komen. Ze kopen deze zelf in en kunnen dat zelf navragen. Maar we zijn er natuurlijk

niet om die zorginstellingen in de steek te laten, dus als ergens een urgent vraagstuk opkomt, dan hoop ik dat te bestrijden met die maatregel in Europees perspectief, maar als er iets anders nodig is, dan houd ik me daarvoor beschikbaar. Ik vind dat we dat soort problemen moeten aanpakken, minimaliseren en als het effe kan oplossen. Dit waren de algemene onderwerpen en dan heb ik ook nog tien mapjes met vragen.

De voorzitter:

Ik wil de beantwoording niet tekortdoen, maar ik kijk ondertussen ook naar de klok.

Minister Bruins:

Dat vind ik prima, voorzitter. Ik doe mijn uiterste best. Als u vindt dat ik te lang praat, moet u dat ook zeker zeggen.

De heer Van Gerven vroeg naar magistrale bereidingen. Daar hebben we het over gehad. Het is en blijft mogelijk. In het voorjaar wil ik nog een brief sturen aan de Kamer om te verduidelijken, voor u, maar zeker ook voor apothekers, wanneer magistrale bereiding of apothekersbereiding mogelijk is. Wat is dan een eigen patiëntengroep? In welk geval kan het wel en in welk geval kan het niet? We zijn aan het werken aan die verduidelijking en we hopen dat op een praktische manier vorm te geven. Dat laat ik u weten.

Hij vroeg ook of ik voor of tegen een nationale geneesmiddeleninkooporganisatie ben. Ik ben ertegen. Ik vind dat geneesmiddelen het best en het scherpst ingekocht kunnen worden door lokale spelers, dus daar wil ik geen verandering in brengen.

Moeten geneesmiddelen worden uitgezonderd van het hoofdlijnenakkoord? Nee, dat wil ik niet. Die geneesmiddelen aanspraken en -vergoedingen zijn juist een onderdeel van het hoofdlijnenakkoord en daar wil ik niet vanaf.

Over postcodegeneeskunde verschillen de heer Van Gerven en ik echt van mening. Er is geen sprake van postcodegeneeskunde. De NZa zegt in haar laatste monitor geen signalen te hebben dat patiënten niet de geneesmiddelen krijgen die zij nodig hebben, en dat vind ik een geruststellend bericht.

Er gaat geen debat voorbij zonder dat er wordt gevraagd naar een nationaal fonds voor geneesmiddelenonderzoek. Dat wil ik ook niet inrichten. Ik vind echt dat initiatieven vooral vanuit de markt moeten komen. Daar waar de markt hapert, hebben wij talloze regelingen. Ik heb u daarover vorig jaar in oktober in een brief geïnformeerd. We kijken waar we een extra inspanning kunnen doen, vaak in geld of in wetenschappelijke kennis, om geneesmiddelenontwikkeling die niet snel genoeg gaat, een stap naar voren te brengen. Dan moet u denken aan programma's rond antibioticaresistentie.

Dan het reclameverbod. Bent u bereid om een reclameverbod voor fabrikanten in te voeren? Nee, dat is geen Nederlandse maar een Europese aangelegenheid. Geneesmiddelenreclame is al gebonden aan regels. De consumentenreclame voor receptgeneesmiddelen is al langer Europees verboden.

Dan de taperingstrips. Zorgverzekeraars vergoeden taperingstrips als het rationele farmacotherapie betreft. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om te beslissen of deze geneesmiddelen aan de criteria voor rationele farmacotherapie voldoen. Daar wou ik het bij laten.

Als de arts een merkpreparaat voorschrijft, wordt dit niet altijd door de apotheker meegegeven. Is de Minister bereid om deze perverse prikkel uit het systeem te halen? Nee, ik ben daar niet toe bereid. Geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, dosering en toedieningsvorm zijn onderling vervangbaar, ongeacht of het een merk- of een generiek middel is, dat is de hoofdregel. We hebben laatst bij de begroting besproken dat in het

bestuurlijk overleg over wisselen van geneesmiddelen nadere afspraken worden gemaakt over het begrip «medische noodzaak». Daar hoop ik u voor de zomer nog over te berichten.

Over oxycodon heb ik het gehad.

Over Leadiant kan ik nog niet veel zeggen, maar naar ik hoop wel in de loop van deze maand.

Het was een beetje met zevenmijlslaarzen, maar dit was het in de richting van ...

De voorzitter:

De heer Van Gerven heeft een vraag.

De heer Van Gerven (SP):

Er is wel sprake van postcodegeneeskunde. Steeds meer ziekenhuizen gaan patiënten verwijzen. Dat blijkt uit de monitor over geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg. Dat is een zorgelijke ontwikkeling. Van een kwart van de ziekenhuizen is het nu al meer dan de helft, blijkt uit die monitor.

Ik citeer: «Het aantal patiënten bij de vijf ziekenhuizen die niet zijn behandeld met een geneesmiddel met een vergelijkbare therapeutische waarde, varieert tussen 0 en 50. Het gemiddelde is 16 patiënten. Voor deze patiënten hebben we niet gevraagd of ze een ander type behandeling kregen.»

Zoals ik dat lees, komt uit dit onderzoek naar boven dat 80 patiënten niet het middel krijgen dat zij nodig hebben. Mijn vraag is: klopt dat? Is de Minister met mij van mening dat die hele discussie over dure geneesmiddelen prima is, maar dat de patiënten gewoon het middel moeten krijgen waar zij recht op hebben en dat dit er niet van af mag hangen in welk postcodegebied het ziekenhuis ligt?

Minister Bruins:

Ja, ik ben van mening dat mensen de juiste medicijnen moeten krijgen en dat dat niet moet afhangen van de postcode waarin ze zitten. Iedereen heeft recht op goede zorg, ongeacht wat je postcode is. Ik heb behoefte aan meer tekst en informatie van de heer Van Gerven, want voor het verwijzen van het ene naar het andere ziekenhuis kunnen er tal van redenen zijn. Dat zou ook een zorginhoudelijke reden kunnen hebben. Ik houd vast aan de opmerking die ik zojuist heb gemaakt over de NZa-monitor, maar dit is allerm minst iets wat ik van mij wil schuiven, want ik vind het thema «goede zorg voor iedereen in Nederland» van groot belang.

De heer Van Gerven (SP):

Ik begrijp dat ik de Minister overval.

Minister Bruins:

Nou ...

De heer Van Gerven (SP):

Ja, want hij ontkent het. Maar goed, ik heb dit in de monitor gelezen en dit lijkt mij postcodegeneeskunde. Ik ga die zin niet herhalen. Mag ik de Minister vragen om nog eens goed te kijken naar de tekst van die monitor en de conclusies die daaraan verbonden worden? Volgens mij is er toch echt sprake van dat patiënten die middelen niet krijgen en dat kan niet de bedoeling zijn. Is de Minister bereid om er later op te reageren? Dit mag niet gebeuren.

Minister Bruins:

Postcodegeneeskunde is een heel naar begrip. Dat wil je niet. Je wil voor iedereen in Nederland goede zorg. Dat was ook de reden om aan de NZa

te vragen om in de monitor na te gaan of er sprake is van postcodege-neeskunde – ik hoop niet dat ik de heer Van Gerven daarmee overval – maar volgens hun niet. Dat vind ik een goed bericht. Dan hebben we twee teksten die tegenover elkaar liggen. Ik wil me graag blijven verdiepen in dit thema, want voor mij is zeker dat goede zorg in Nederland niet afhankelijk moet zijn van je postcode.

Dan kom ik bij het mapje Renkema, want de vragen van mevrouw Ploumen heb ik inmiddels beantwoord. Meneer Renkema had nog een punt over de magistrale bereiding. Ik denk dat het beste is om ermee te volstaan dat ik voor het voorjaar die brief schrijf, waarin ik preciezer wil zijn over wat er mogelijk is met apothekersbereiding en magistrale bereiding, welke ruimte daarvoor is, om u meer inzicht te geven, en een apotheker iets meer duidelijkheid over wanneer het wel of niet kan. Die brief maak ik dit voorjaar af.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Mag daar een datum aan worden gekoppeld?

De **voorzitter**:

Ik hoorde de Minister «het voorjaar» zeggen.

Minister **Bruins**:

2019.

De **voorzitter**:

En de zomer begint op 21 juni, dus dat is in ieder geval voor 21 juni, maar over het algemeen is dat medio mei, denk ik.

Minister **Bruins**:

Voorzitter. Mevrouw Van den Berg vroeg of er meer inzicht kan komen in de winstpercentages van farmaceuten, de R&D-vergoeding, de productiekosten en de schaalkorting. Het lijkt mij nuttig om beter inzicht in de prijsopbouw te krijgen. Ik wil om die reden wel onderzoek laten doen, om meer inzicht te krijgen in het ecosysteem van de geneesmiddelenontwikkeling en welke financiële stromen daar internationaal in lopen. Dat is net een niveau hoger, want dan kan ik gebruikmaken van algemene bronnen, zoals jaarverslagen en dat soort informatie. Ik kan natuurlijk niet onderhandelingsinformatie van farmaceuten gebruiken.

Ik zie de vraag van mevrouw Van den Berg zo dat het erom gaat de financiële stromen en de prijsopbouw meer inzichtelijk te maken, in internationaal perspectief. Dat helpt ons waarschijnlijk een stapje. Daarnaast vind ik dat de geneesmiddelenonderhandelingen veel meer in Europa moeten gebeuren. Dat heb ik eerder in de richting van de heer Renkema ook gezegd. Misschien kan dit onderzoek, op deze manier geformuleerd, ook behulpzaam zijn.

Een andere vraag was of er door het Zorginstituut geen onderzoek wordt gedaan onder een beslag van 10 miljoen. Wij vinden onderzoek naar kosteneffectiviteit heel belangrijk, maar de capaciteit bij het Zorginstituut is niet oneindig. Om die reden heb ik de grens iets verlegd: van een budgetimpact van 2,5 miljoen naar 10 miljoen. Voor alle geneesmiddelen is het interessant om onderzoek te doen naar kosteneffectiviteit, maar ook vanmiddag rust ons oog voornamelijk op de dure medicijnen. Daarom wil ik voor de budgetimpact die grens op 10 miljoen handhaven en niet terugbrengen naar 2,5 miljoen.

Ik denk dat ik daarmee de vragen van de CDA-fractie ook in grote lijnen heb beantwoord.

De **voorzitter**:

Ik zie dat er nog een vraag is blijven liggen.

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

Er zijn meerdere vragen blijven liggen, maar de voornaamste vraag betreft ons voorstel dat kennisinstituten betere contracten moeten maken, op het moment dat zij met publiek geld kennis ter beschikking stellen. Ik heb de deeltjesversneller van TNO genoemd, net als de samenwerking met Pfizer. Je kunt zeggen dat het prima is als dat gebeurt, maar dan moet daar ook wat tegenover staan. It takes two to tango.

Minister **Bruins**:

Jazeker. Deze vraag had u al eerder gesteld, maar dat is geen reden om deze niet nogmaals te beantwoorden. We hebben de NFU gevraagd om te kijken naar het thema maatschappelijk verantwoord licenseren, waarbij de overdracht tussen kennisinstituut en fabrikant een belangrijke rol speelt. De NFU verwacht dit voorjaar met informatie daarover te komen. Deze vraag hebben wij eerder gehad, bij de begroting. Ik denk dat het de NFU wel lukt om dit voorjaar met nieuwe informatie te komen.

Voorzitter. De heer Geleijnse vroeg of de Minister bereid is om kritisch te kijken naar verspilling. Ja, dat ben ik zeker. Ook al zijn pillen lang niet altijd duur, terugbrengen is nog altijd een punt om naar te kijken. Het is best ingewikkeld. Terugbrengen is één ding, maar dan moet je het of vernietigen of hergebruiken. Vernietigen gaat meestal goed, maar misschien is er nog een gesprek noodzakelijk, en daar wil ik als VWS wel bij zijn, om te voorkomen dat de apotheker die dat aflevert bij de plaatselijke vuilstort, daar extra voor moet betalen. Dat schijnt in de praktijk nog wel voor te komen, hoor ik. Ik weet niet hoe groot dat probleem is, maar ik wil de VNG vragen om daar aandacht voor te hebben.

Bij hergebruik, de andere mogelijkheid om verspilling tegen te gaan, zoek je natuurlijk naar mogelijkheden om te kijken of die medicijnen nog goed zijn. Zijn ze niet buiten de koelkast geweest? Daar zijn in technische zin wel weer hulpmiddeltjes voor te bedenken, zoals een sensor op de verpakking. Maar wat doe je met zo'n sensor op de verpakking als die twee kwartjes kost? Is dat dan nog te rechtvaardigen? Het thema verspilling is niet nieuw, maar ik ben een beetje aan het zoeken of we er nog praktische maatregelen aan toe kunnen voegen.

Dan gaat u mij natuurlijk vragen of er ook nog iets kan worden gemeld. Dat wordt voor de zomer. Dan zal ik die verpakkingen er ook bij nemen. Ik heb daar op dit moment niets nieuws over te melden. Ik zal kijken of ik over het hergebruik van dure medicijnen, met alle waarborgen daaromheen, voor de zomer iets extra's kan melden, op basis van die stakeholderbijeenkomst van 28 november.

De **voorzitter**:

Mevrouw Dik-Faber heeft hierover een vraag.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Mijn fractie heeft het onderwerp «verspilling in de zorg» ook aan de orde gesteld bij de begrotingsbehandeling, afgelopen najaar. Daarover is een motie ingediend en aangenomen. Dat had nogal wat voeten in de aarde. Ik zou het op prijs stellen als de Minister bij zijn toezegging aan de heer Geleijnse ook de uitvoering van die motie wil meenemen. Daar staat in: «verzoekt de regering, een overzicht te maken van de nu lopende acties, gericht op het tegengaan van verspilling». Wij zouden daar in het voorjaar van 2019 een rapportage over krijgen. De regering wordt tevens verzocht in overleg te treden met zorgverzekeraars, fabrikanten en andere relevante partijen, om in kaart te brengen welke aanvullende stappen mogelijk zijn. Er ligt dus een motie. Ik vind het heel fijn dat er nu ook toezeggingen zijn aan de heer Geleijnse, zodat we het onderwerp met elkaar op de agenda houden. Ik zou het fijn vinden als de Kamer daarover informatie krijgt die geïntegreerd naar ons toe komt.

Minister Bruins:

Dat lijkt mij een prima idee, want die twee dingen gaan over hetzelfde. Ik verbind ze aan elkaar en ik zorg dat u daar voor de zomer, dus in het voorjaar, informatie over krijgt.

Dan de medicatiebeoordeling. Op dit moment is de richtlijn medicatieveiligheid aan herziening toe. Dat wordt vooral door veldpartijen gedaan. Ik weet niet precies wanneer die af is, maar dat laat ik u weten. Wanneer? Voor de zomer.

Over de taperingstrips heb ik al antwoord gegeven.

De voorzitter:

Ik zie dat de heer Geleijnse nog een openstaande vraag heeft.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Ik heb meer specifieke vragen gesteld over de taperingstrips, naar aanleiding van de studie die in uw antwoord op onze schriftelijke vragen wordt genoemd en naar aanleiding van de richtlijn die er mogelijk aankomt, namelijk of u onderzoek van de Gezondheidsraad op prijs zou stellen.

Minister Bruins:

Ik dacht dat ik het in hoofdlijnen al had gezegd. Geneesmiddelen worden vergoed als er sprake is van een rationele farmacotherapie. Een van de criteria is dat de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur. Doorgaans is opname in de richtlijn een indicatie voor het bestaan van wetenschappelijk bewijs en daarmee dus reden voor vergoeding. Dat is wat anders dan dat een individuele arts een individuele afspraak maakt. Ik hoop dat ik het daarmee heb verduidelijkt.

De voorzitter:

Ik stel even voor om dat te parkeren tot de tweede termijn.

Minister Bruins:

De heer Rutte van de VVD vroeg of de Minister bij kleine patiëntgroepen de middelen versneld bij de patiënt kan laten komen, mits is voldaan aan voorwaarden zoals veiligheid en werkzaamheid. Ik wil u dit voorjaar een nieuwe regeling voorleggen voor voorwaardelijke vergoeding van weesgeneesmiddelen die door de EMA onder voorwaarden zijn toegelaten. De toelating van EMA is dan al gepasseerd, maar bij het Zorginstituut is de vergoeding dan nog een hangende vraag. Ik denk dat die regeling waar de heer Rutte op doelde, vooral ziet op ernstige ziekten, zoals kanker, en op zeldzame ziekten. Ik denk dat we door zo'n nieuwe tegemoetkomingsregeling met voorwaardelijke vergoeding de geneesmiddelen sneller bij de patiënten kunnen krijgen. In het voorjaar zal het gesprek over die regeling vooral erover gaan dat de veiligheid voor de patiënt zeker moet zijn gesteld, dus die moet er niet onder lijden dat wij fase 3 skippen, maar ik neem aan dat de heer Rutte dat met mij eens is. Hij vroeg ook of de Minister bereid is om kritisch te kijken naar subsidiestromen, zoals aan de Hartwig Medical Foundation. Ik leef nog in het zalige bewustzijn dat wij via ZonMw verschillende studies hebben gefinancierd, waarin ook de Hartwig Medical Foundation participeert. Daarvoor is recent geld beschikbaar gekomen via ZonMw, dus ik dacht dat wij hadden voorzien in een oplossing.

De voorzitter:

Einde blokje Rutte. De heer Rutte heeft een vraag. Gaat uw gang.

De heer Arno Rutte (VVD):

Dan ga ik toch even terug naar het eerste punt: de versnelde toelating. Ik vind het heel fijn dat de Minister met een regeling wil komen. Dat is echt

een goed idee. Ik kijk uit naar die regeling, want dan kunnen we die ook beoordelen. Aan het eind zei de Minister dat de veiligheid geborgd moet zijn. Natuurlijk is niemand erop tegen om dat te doen, maar bij heel zeldzame ziekten is die derde fase in het geneesmiddelenonderzoek de fase waarin de veiligheid wordt aangetoond. Dit gaat om middelen waarin die derde fase doelbewust wordt overgeslagen, omdat er zo weinig patiënten zijn en er zo weinig data te genereren zijn. Als je de ultieme veiligheid zou willen, komt het nooit meer op de markt. Mag ik het zo begrijpen dat de Minister ook daar genuanceerd naar kijkt? Ik heb juist gevraagd om start/stopcriteria tijdens gebruik. Als tijdens gebruik blijkt dat er bijwerkingen zijn, dan kun je alsnog stoppen.

Minister Bruins:

Ja, dat kan ik makkelijk toezeggen, omdat ik denk dat er op het moment van toelating door de EMA al belangrijke vragen rondom veiligheid zijn beantwoord. Ervan uitgaande dat wij op basis van wat de EMA al heeft toegelaten die voorwaardelijke regeling in elkaar steken, denk ik dat die versnelling van het tempo erin kan worden gebracht.

De voorzitter:

Afrondend, de heer Rutte.

De heer Arno Rutte (VVD):

Dan ga ik door naar het tweede punt, want daar hoeft ik niet meer bij stil te staan. Die regeling gaan we zien en beoordelen. Daar ben ik echt blij mee. Over de Hartwig Medical Foundation krijg ik andere signalen, namelijk dat ZonMw heel erg kijkt naar indicatiegebied of naar bepaalde typen tumoren, terwijl de Hartwig Medical Foundation heel breed kijkt. Dat zou kunnen schuren. Als ik daar concrete signalen heb, kan ik die dan onder de aandacht van de Minister brengen en is hij bereid om daarnaar te kijken?

Minister Bruins:

Zeker.

Dan kom ik bij de vraag van de heer Mulder over de maximale doorlooptijd van geneesmiddelen in de sluis. Ik dacht dat de heer Mulder sprak over 500 dagen.

De heer Edgar Mulder (PVV):

507.

Minister Bruins:

De gemiddelde doorlooptijd, inclusief beoordeling en alles, is bij mijn weten een maand of negen, dus dat is in ieder geval flink minder dan de 507 dagen die u noemt. Dat is ook wel de tijd die nodig is om op een goede manier die onderhandelingen te voeren. Als ik van tevoren afspreek dat onderhandelingen bij een beoordeling niet langer mogen duren dan 90 dagen, dan trek ik aan het kortste eind, dus ik ben niet van plan om een maximale doorlooptijd in de orde van grootte van 90 dagen af te spreken. Als u vraagt om te proberen deze zo kort mogelijk te houden, ter wille van de patiënt, dan ben ik het gauw met u eens, zeg ik via de voorzitter in de richting van de heer Mulder.

Het actieplan voor de farma, dat heb ik goed genoteerd. De heer Mulder stelt prijs op een actieplan van de zijde van het kabinet.

De heer Edgar Mulder (PVV):

Of de Minister dat niet verder wil vertellen, want dan heb ik in de fractie weer wat uit te leggen.

Minister Bruins:

Meneer Mulder wil graag een actieplan. In hoofdlijnen heb ik aan de hand van de Novartiscasus drie belangrijke lijnen genoemd en die wil ik best herhalen. Eén: u kunt erop rekenen dat ik nog vele gesprekken wil en zal voeren met individuele farmaceutische bedrijven, maar dat kan ook in collectief verband, om ze aan te spreken op hun gedrag, omdat ik vind dat transparantie van medicijnprijzen belangrijk is. Ik zal ook altijd zeggen: natuurlijk wil ik uw innovatieve kracht graag behouden, maar matig uw prijzen, dan kunnen we het langst toe met een systeem waar goede medicijnen voor een redelijke prijs beschikbaar zijn in Nederland. Dat is één. Twee: verduidelijken waar magistrale bereiding mogelijk is en zorgen dat een apotheek van een ziekenhuis, bijvoorbeeld in de Novartiscasus, dan ook de ruimte ervaart om dat te doen. Daar wil ik ook aandacht aan besteden. Het derde spoor is het Europese spoor en dat betreft het thema van grondstoffen of grondstoftekorten en de marktexclusiviteit, de drie rapporten waarover we eerder hebben gesproken. Op dat punt zie ik een heel clustertje van activiteiten die ik met de nieuwe Commissie wil gaan bespreken. Tot zover het actieplan in hoofdlijnen. Ik denk dat de andere punten van de heer Mulder al eerder zijn besproken.

Dan kom ik bij de vragen die zijn gesteld door mevrouw Dijkstra van D66, over de bestaande en de voorgestane werkwijze van het Zorginstituut Nederland, waarover ZIN ook zelf een mening heeft. Het idee van een werkbespreking lijkt me interessant.

Over PrEP hebben we het gehad.

Zij vroeg ook of de Minister in Europa expliciet aandacht kan vragen voor herziening van het patentrecht. De drie rapporten van het najaar hebt u gehad. Ik had beloofd dat u voor eind maart een reactie krijgt. Een punt is zeker, namelijk dat we de boer op zullen moeten wat betreft de weesgeestesmiddelen en de marktexclusiviteit voor tien jaar.

Dan de vraag waarom het zo lang duurt voordat de uitvoeringstoets voor registers er komt en waarom het zo verbrossend is naar discipline. In een opdracht aan het Zorginstituut heb ik gevraagd om meer regie te nemen op de totstandkoming en het beheer van registers die noodzakelijk zijn voor pakketbeheer. Het Zorginstituut heeft mij laten weten dat dit nieuwe kennis en expertise vraagt. Het is een zeer complex vraagstuk, waar ook andere partijen bij betrokken moeten worden. Maar die uitvoeringstoets maak ik nog dit kwartaal af.

Tot slot de vragen van mevrouw Dik-Faber. Die aanvullende beschermingscertificaten maken deel uit van de drie Europese studies, waarover u in het eerste kwartaal een reactie krijgt.

Zij vroeg ook of ik bereid ben een experiment te starten naar de herberekening van een klein cluster van het GVS, om de voor- en nadelen van herberekening in kaart te brengen. Die vraag hebben we al eerder besproken. Waar zit dat op vast? Herberekening kan leiden tot een lagere vergoeding aan de fabrikant. Die lagere vergoeding aan de fabrikant kan leiden tot een hogere bijbetaling voor de patiënt. Ik vind dat ik heel sterk in mijn schoenen moet staan om van tevoren te zeggen dat je zo'n experiment aangaat en dat het juridisch klip-en-klaar en deugdelijk moet zijn waarom ik voor die pilot kies en niet voor een andere. Daarom heb ik zorgen om zo'n experiment op te starten en ben ik ook niet van plan om dat te doen. Ik heb het nu iets puntiger gezegd dan bij de begroting, maar het komt wel op hetzelfde neer.

Dan de medicinale cannabis. Er doen inderdaad veel landen een beroep op Nederlandse medicinale cannabis. Het is natuurlijk een compliment waard dat we dat in Nederland op een goede manier kunnen maken. Dat draagt eraan bij dat de prijs iets omlaag gaat; dat is ook prettig. We kunnen iets van de revenuen voor Nederlands beleid gebruiken. In de afspraken met elk land begint het altijd met een brief aan de Minister, dus ik krijg die brieven persoonlijk en in elk antwoord dat de deur uitgaat, gaat het erom terughoudend te zijn bij het toekennen van zo'n aanvraag. Bijna alle aanvragen voor medicinale cannabis door andere landen worden

gemotiveerd met het punt dat er in eigen land een eigen productiefaciliteit wordt gemaakt. Soms krijgen we een herhaald verzoek omdat die productiefaciliteit nog niet tot stand is gekomen. Wees ervan overtuigd dat er niet een grote snoepwinkel klaarstaat en dat we uitventen voor wie het ook maar vraagt. Die terughoudendheid die ik in de woorden van mevrouw Dik-Faber heb geproefd, voel ik ook en daar handel ik ook naar in de praktijk.

Over oxycodon hebben we het inmiddels gehad en over het geneesmiddelenvergoedingssysteem ook. Het was een beetje met zevenmijlslaarzen, maar ik hoop dat ik de belangrijkste vragen heb beantwoord.

De voorzitter:

Ik zie dat mevrouw Dik-Faber nog een vraag heeft. Wilt u nu een interruptie of zullen we overgaan naar de tweede termijn?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Dank u, voorzitter. Ik moet helaas zo meteen de vergadering verlaten. Mijn vraag gaat nog even over de export van medicinale cannabis. Ik heb begrepen dat er ook afspraken zijn gemaakt met landen waarnaar we exporteren. Ik ben niet tegen het gebruik van medicinale cannabis, want ik zie het grote voordeel voor patiënten, maar ik vind ook dat landen hierin hun eigen verantwoordelijkheid moeten nemen. Als een land als Italië keer op keer zegt aan de slag te gaan met de eigen productiefaciliteit, maar het niet doet en de export aan dat land verveelvoudigt, dan is er in het systeem binnen Europa iets niet op orde. Daarom vraag ik de Minister om bezinning op dit punt. Wat kunnen we nog doen om die landen aan te sporen zelf hierin hun verantwoordelijkheid te nemen?

Minister Bruins:

Ik denk dat het uitspreken van terughoudendheid de belangrijkste oproep is. Voor de rest zijn er inderdaad criteria voor levering, overigens niet alleen aan Europese landen. Het land moet lid zijn van de VN en het moet partij zijn bij internationale verdragen, bijvoorbeeld over verdovende middelen. Zo zijn er nog een aantal voorwaarden. Nogmaals, ik sta hier niet als verkoper in een snoepwinkel. Ik ben best bereid een ander land ter wille zijn, omdat wij goede medicinale cannabis leveren, maar een beetje piano aan, zeg ik ook tegen de Italianen.

De voorzitter:

Daarmee zijn wij gekomen aan het einde van de eerste termijn van de Minister. Ik zie dat er behoefte is aan een tweede termijn. Dan geef ik als eerste de heer Van Gerven het woord. In de tweede termijn is er maximaal twee minuten spreektijd. Ik vraag u om interrupties bij elkaar zo veel mogelijk te voorkomen, dan kunnen we de Minister nog de gelegenheid geven voor de beantwoording. Het woord is aan de heer Van Gerven.

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

Voorzitter, nog een paar punten. In een VAO zullen we de discussie voortzetten over Fampyra, want het is toch onbevredigend dat een aantal MS-patiënten daar baat bij heeft en dat niet geregeld is dat dat vergoed wordt. Wordt vervolgd.

Het tweede punt gaat over de stijging van de kosten in de ziekenhuizen bij de dure geneesmiddelen met 9%, vanwege de hoge prijsstelling en de winsthonger van Big Pharma. Wil de Minister bevestigen dat als die uitgaven stijgen van 1,9 miljard naar 2,1 miljard, die meerkosten van 200 miljoen ten koste gaan van het andere deel van het budget voor de ziekenhuizen? Klopt dat? Betekent dat niet dat er daardoor een bom ligt onder het hoofdlijnenakkoord, dat in 2022 uitgaat van 0%?

Mijn derde vraag gaat over afbouwschema's bij antidepressiva. Het multidisciplinair document over afbouwen is vastgesteld in september

2018 en dat is nu leidraad voor de vergoeding. Daarin staan voorbeelden genoemd, maar ik begrijp dat verzekeraars die als absoluut zien en zeggen dat zij alleen die twee schema's vergoeden. Dat is niet de bedoeling, volgens mij. Kan daar een toelichting op komen?

Tot slot, receptgeneesmiddelen op medische noodzaak, voorgeschreven door de arts. De Kamer heeft, met uitzondering van GroenLinks en de VVD, destijds aangenomen dat die dan vergoed moeten worden; geen discussie, de arts bepaalt dat en niet de apotheker. De praktijk is een andere en dat komt onder andere vanwege de vergoedingssystematiek bij apothekers, die minder vergoed krijgen of minder overhouden als er «medische noodzaak» op staat en het een merkgeneesmiddel is. Dat is toch een perverse prikkel, vraag ik nog een keer aan de Minister. Wil hij die perverse prikkel eruit halen? De patiënt heeft recht op dat merkmiddel, als dat nodig is, en dat mag niet afhangen van de portemonnee van de apotheker.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter. Dank aan de Minister voor een aantal toezeggingen. Ik ben blij dat de Minister stappen zet om de macht van de farmaceutische industrie in te perken en dat hij zich kritisch en stevig opstelt. Ik ben zeer blij met de toezegging om in gesprek te gaan met de ACM en met de Europese mededingingsautoriteit, als ik het goed begrepen heb. Dat zou ook wel mijn wens zijn. Ik kijk uit naar wat dat gesprek heeft opgeleverd.

Ik heb de Minister ook horen zeggen, onder andere in antwoord op vragen van collega Dijkstra, dat er dit voorjaar nog een brief komt over hoe het systeem van patenten en octrooien eigenlijk niet meer past op de werkelijkheid anno 2019 en wat we daaraan zouden kunnen veranderen. Wat mij betreft staat dat in het licht van dat het huidige systeem failliet is en dat we met elkaar moeten kijken naar nieuwe ontwikkelmodellen, waarbij de toegankelijkheid voor patiënten centraal staat en niet de winstmaximalisatie van de farmaceut.

Dan over de brexit. Nogmaals dank aan de Minister en iedereen die eraan gewerkt heeft om duidelijk te krijgen waar potentieel problemen zijn. Ik wil hierover nog één vraag stellen. Ziet de Minister de noodwet die we hebben aangenomen, ook als het vangnet voor eventuele problemen die zich kunnen voordoen? Is hij bereid om daar dan ook een beroep op te doen?

Tot slot spreek ik de hoop uit, voor alle mensen die Fampyra gebruiken en daar baat bij hebben, dat er heel snel duidelijkheid komt. Ik vind dat dit hoort bij de taakopvatting van de Minister. Ik hoop dat hij zo snel als mogelijk duidelijkheid kan geven over het vergoeden van Fampyra.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Renkema.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil de Minister bedanken voor de beantwoording van de vragen en de uitgebreide reactie. Wat betreft Fampyra vind ik het toch wel bijzonder dat er een appel aan de fabrikant wordt gedaan inzake de vergoeding. Eigenlijk kiest de Minister om zo te zeggen voor een private oplossing. Ik begrijp dat de Minister zijn kaarten wat tegen de borst houdt voor dat gesprek, in dit geval met de fabrikant, maar ik ben wel teleurgesteld dat de contouren van een publieke oplossing niet aan de orde zijn gekomen bij de Minister. Ik denk dat zo'n publieke oplossing dan vanuit de Kamer moet komen.

Dan over Spinraza. Ik vind het lang duren. Er komt over een halfjaar pas een onderzoeksvoorstel. Dan moet dat onderzoek dus nog beginnen. Ik had echt gehoopt op een hoger tempo en meer ambitie op dit punt. Ik vind dat de patiënten die dit betreft, erg lang in onzekerheid moeten blijven.

Dan over onderzoek naar geneesmiddelentekorten. Ik heb het gevoel dat we vanmiddag misschien wat langs elkaar heen hebben gesproken. Er wordt verwezen naar de inspectie. Die reageert op signalen, meldingen en klachten. Dat klopt. Maar ik heb er behoefte aan dat er wordt uitgezoomd en wordt gezegd: wat is er aan de hand als het gaat om het geneesmiddelentekort? Dat kan niet alleen via een werkgroep met alle betrokken partijen. Ik vind dat de Kamer daarmee ook te weinig inzicht krijgt in de oorzaken van de problemen, de mogelijke oplossingsrichtingen en de politieke keuzes die wij kunnen maken om de problematiek op te lossen. Onze fractie overweegt dan ook een motie op dit punt.

Tot slot ben ik nieuwsgierig naar de brief over magistrale bereiding. Ik ga ervan uit dat expliciet wordt ingegaan op de motie van GroenLinks op dit punt.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg.

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

Dank u wel, voorzitter. Op de eerste plaats ook onze dank aan de Minister voor al zijn antwoorden en dat hij onderzoek laat doen om de financiële stromen van farmabedrijven beter in zicht te krijgen. Hij heeft ook bevestigd wat ik net zei over de kennisoverdracht van instituten en publiek geld; hoe we daar op een betere manier mee om kunnen gaan bij patenten.

Ik ben ook verheugd dat de Minister veel aandacht geeft aan de tekorten aan geneesmiddelen. Wij hopen natuurlijk dat hij de CDA-voorstellen daarin verder zal verwerken. We zagen net dat abusievelijk op de voorpagina 2018 staat, maar dat zullen wij natuurlijk aanpassen.

Nog drie korte punten. Ik had in mijn inbreng ook gevraagd naar de tekorten aan medicijnen op de BES-eilanden, in het Caribisch gebied. Een punt waar ik niet aan toe kwam, is dat wij van verschillende kanten horen dat mensen niet meer met cash kunnen betalen bij apotheken. Dat is toch een groot zorgpunt. We hebben tweeënhalf miljoen mensen die laaggeletterd zijn of die bijvoorbeeld vanwege schuldenproblematiek liever met papiergeld betalen dan met zo'n plastic pasje. Kan de Minister daarop reageren?

Wij hadden vragen gesteld over genterapie. Wij moeten concluderen uit de antwoorden dat Nederland ongeveer als enige het strenge regime toepast. Dat leidt tot een ongelijk speelveld ten opzichte van andere Europese landen. We zien dat men best bereid is, ook in de sector, om te werken aan quarantaine, want ik begreep dat een van de punten was dat het misschien in het afvalwater kan komen. Is de Minister bereid om een brede inventarisatie van de knelpunten te laten uitvoeren op het vlak van cel- en genterapie?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Geleijnse.

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

Dank, voorzitter. Ook dank aan de Minister voor alle antwoorden, in het bijzonder in het mapje-Geleijnse. Dat was vrij volledig, maar ik heb er volgens mij één gemist. Dat is de vraag over de uitvoering van de aangenomen motie-Sazias over het breder onder de aandacht brengen

van de medicatiebeoordeling. Misschien heb ik niet goed opgelet, maar dat hoor ik dan zo van u.
Ik sluit me wat betreft Fampyra aan bij de woorden van mevrouw Ploumen. Ik denk dat we vooral snel duidelijkheid moeten geven. De Kamer zal actie ondernemen richting het VAO, denk ik, maar ik doe ook een beroep op de Minister en op de andere partijen ten gunste van alle mensen die hier zitten en meeluisteren, dat snelheid echt bovenaan staat. Ik dank de Minister voor de toezegging over het onderzoek naar dubbele kosten bij vervuilde medicijnen, over de mogelijkheden om dat op te lossen. Dat geldt ook voor zijn toezegging over de wijziging van de regelgeving over voorraden van geneesmiddelen. Ik wacht af of dat een beetje rap gaat. Hij noemde zelf een algemene maatregel van bestuur, maar elke regelgeving die snel gaat is perfect. Ook daar is snelheid vereist wat ons betreft, dus ik wacht dat rustig af.
Daar wil ik het voor vandaag bij laten.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Rutte. Gaat uw gang.

De heer Arno Rutte (VVD):

Of de Koude Oorlog vandaag beslecht is, tussen de overheid aan de ene kant en farmaceutische bedrijven aan de andere kant, dat betwijfel ik. Of er al enige ontspanning is, weet ik ook niet. Ik vind wel dat we een goed overleg hebben gehad, waarin heel veel onderwerpen over de tafel zijn gegaan en de Kamer en de Minister elkaar op veel punten vinden. Dat is heel goed, want als wij al tegenover elkaar staan, wordt het helemaal ingewikkeld.

Ik ben buitengewoon gelukkig met het feit dat de Minister met een regeling komt voor versnelde toelating van geneesmiddelen voor hele smalle indicatiegebieden. Ik geloof echt dat we daar een enorme stap vooruit kunnen zetten, sowieso door sneller perspectief te bieden aan patiënten, maar als we het slim doen, ook door sneller helderheid te geven aan farmaceutische bedrijven. Dat zou positieve invloed kunnen hebben op de kosten. Laat dat misschien een klein stukje ontspanning zijn dat we vandaag met elkaar kunnen bereiken.
Daar wou ik het graag bij laten, dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Het woord is aan de heer Mulder. Gaat uw gang.

De heer Edgar Mulder (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Vandaag is het geven en nemen. De PVV geeft de Minister vandaag dat wij niet een volledig onderzoek krijgen naar exporterende apotheken en dat we slechts een kwantitatieve invulling krijgen die hij proactief gaat opvragen. Dat geven we hem, maar we gaan niet akkoord met het antwoord over de vergoeding voor Fampyra. Wij willen nog steeds per direct een vergoeding voor die MS-patiënten die dit middel nodig hebben. Dat kan ook. Het gaat slechts om een periode van zes maanden. Financieel is er geen enkel probleem, zeker gezien het feit dat er de afgelopen jaren voor miljarden meevallers waren. Het verstoppen achter het systeem van de Zorgverzekeringswet is onnodig, want er is dus geld. Het kan ook op andere manieren. We hebben bijvoorbeeld een regeling voor veelbelovende zorg, met een budget van 105 miljoen, dat openstaat voor dit jaar. Het kan dus gewoon wel. We zullen als PVV, of anders samen met andere partijen, u gaan dwingen via een motie in het VAO.

De voorzitter:

Dank u wel. Tot slot het woord aan mevrouw Dijkstra. Gaat uw gang.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Ook ik wil de Minister danken voor zijn antwoorden en zijn inzet als het gaat om geneesmiddelen en de beschikbaarheid daarvan voor iedereen die deze nodig heeft. Ik snap dat hij een beroep doet op Biogen, en dat deed ik ook. Ik hoop inderdaad dat we daar snel iets over horen. De versnelde toelating die de heer Rutte aan de orde heeft gesteld, vind ik ook heel belangrijk. Dat wil ik nog even opmerken, want ik kwam daar zelf niet meer aan toe.

En dan PrEP. Om te kunnen afwegen of ik bij dat VAO een motie indien, heb ik nodig of het antwoord van de Minister betekent dat hiv-behandelaren die zeggen dat zij PrEP-gebruikers nu zelf behandelen, die gebruikers kunnen doorsturen naar die GGD's? Dat zei de Minister in feite. Kunnen PrEP-gebruikers die het middel via internet of via de huisarts krijgen, zich ook melden bij die GGD's? Wordt er dan meteen gestart met de begeleiding? Dat is voor mij een hele belangrijke vraag. Dank u wel, voorzitter. Hier laat ik het bij.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde van de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Ik geef de Minister de gelegenheid voor zijn beantwoording in tweede termijn. Het woord is aan de Minister.

Minister Bruins:

Voorzitter. De concrete aanleiding voor het debat van vanmiddag was de petitie die is aangereikt over Fampyra. Ik vind dat we er vanmiddag een heel indringend gesprek over hebben gevoerd en dat gesprek is nog niet ten einde. Dat realiseerde ik mij toen ik de brief stuurde die u de afgelopen dagen heeft ontvangen. Ik kan wel zeggen dat ik uw aansporing niet nodig heb, maar ik begrijp heel goed waar uw vraag naartoe gaat. Ik zal mijn best doen om u ver voor 7 maart een nadere brief te geven, omdat u dat verlangt, maar ook omdat mensen op de tribune en elders dat verlangen. Dat er daarnaast ook nog een VAO komt, dat klinkt altijd een beetje dreigend, maar ik vind dat wel prima. Lang leve de democratie! Dan zijn er een paar vragen die ik nog graag wil beantwoorden, zoals over die stijging bij de dure geneesmiddelen. Het budget van de medisch-specialistische zorg groeit nog in de komende jaren, maar de groei vlakt af. De heer Van Gerven kijkt een beetje ... Er komen de komende jaren nog miljarden bij, maar die groei vlakt wel af. Met die stijging bij dure geneesmiddelen is rekening gehouden bij de totstandkoming van die hoofdlijnenakkoorden, maar uiteindelijk wordt het bedrag er niet groter van. Die reflectie had de heer Van Gerven nog van mij tegood. Dan moet ik even kijken naar de afbouwschema's bij antidepressiva, want dat heb ik niet zo in een keer voor de bril staan. De heer Van Gerven verwijst naar een multidisciplinair document, dat begint met te stellen dat er nog onvoldoende bewijs is voor concrete manieren van bouwen. Zorgverzekeraars mogen simpelweg niet vergoeden vanuit de premie als er geen bewijs is. Nieuwe informatie kan leiden tot een ander standpunt. Daar moet de beroepsgroep het over eens worden.

De heer Van Gerven (SP):

Er is afgesproken om dat te vergoeden. We hebben er in het plenaire debat ook over gesproken. Daar heeft de Minister gezegd dat er een consensusdocument komt. Dat ligt er. Dat is dat document van december 2018. In dat document staan voorbeelden. Dat wordt door verzekeraars zo geïnterpreteerd dat alleen dat schema wordt vergoed en er worden weer allerlei beperkingen opgelegd, terwijl de psychiater of degene die de patiënt behandelt, een afbouwschema wil maken en dat ook vergoed wil krijgen. Zo moeilijk kan dat toch niet zijn? We waren het er allemaal over eens. De Minister zei dat hij zich daar hard voor ging maken. Het is ook belangrijk. We hebben vanmiddag ook de discussie over oxycodon

gevoerd. Wil de Minister toezeggen dat het niet alleen gaat om dat ene schema dat toevallig op bladzijde 6 van dat document staat, maar dat het gaat om een afbouwschema dat bijvoorbeeld een psychiater samen met de patiënt samenstelt?

Minister **Bruins**:

Nee, als er een onduidelijk document is – maar ik wist niet dat er onduidelijkheid was over dat document – dan vind ik dat daarover duidelijkheid moet worden geschapen en daar wil ik mij best voor inzetten. Ik ga nu niet een toezegging doen over een pagina waarvan ik niet precies weet wat erop staat, want dat vind ik levenslink.

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

Komt u daar dan nog op terug? Ik hoop dat mijn vraag duidelijk is. Hier staat één voorbeeld en dat wordt door de verzekeraars dwingend gebruikt, heb ik begrepen, terwijl er een afbouwschema op maat, per patiënt moet komen. Dat kan dit schema zijn, maar dat kan ook een ander schema zijn. Dat is mijn vraag.

Minister **Bruins**:

Ik weet niet precies waaraan de heer Van Gerven refereert en ik vind het ingewikkeld om een opvatting te formuleren over een document van anderen, dus dat ga ik schriftelijk doen, voorzitter.

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

Op welke termijn? Kan dat voor het VAO?

Minister **Bruins**:

Als het VAO in het najaar is, maar dat zal wel niet ... Nee, dat weet ik niet. Het hangt er even vanaf, maar ik zal mijn best doen.

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

Dat moet kunnen, want dat is allemaal bekend. Ik zie iemand daar helemaal rechts van u, die weet er alles van.

Minister **Bruins**:

U kijkt niet graag naar rechts, dus ... In de loop van deze maand.

Dan over de medische noodzaak. Ik heb in eerste termijn gezegd dat ik de uitkomsten van een werkgroep wil afwachten. Als we het eens zijn over dat criterium «medische noodzaak» en de toepasselijkheid daarvan, dan ga ik ervan uit dat dan ook de perverse prikkel eruit is gehaald. Ik refereer hier aan mijn woorden in de eerste termijn.

Mevrouw Ploumen vroeg een bevestiging of ik niet alleen met de nationale Autoriteit Consument & Markt wil spreken, maar ook met de Europese. Ik had eigenlijk een volgorde aangebracht, maar ik kan ook met allebei spreken. Daar heb ik geen enkel bezwaar tegen.

Dan over de brief over de patenten. In eerste termijn heb ik aan mevrouw Dijkstra toegezegd, in herhaling op een eerdere toezegging, dat de drie rapporten die over patentrecht gaan, van een reactie worden voorzien. Hoe duidelijker, hoe beter. Daar werk ik aan. Ik moet die nog maken, dus tegen die tijd moet u die op de een of andere manier appreciëren.

Tot slot, is de brexitnoodwet ons vangnet voor het gezondheidsdomein? Eigenlijk is dat niet nodig, omdat wij de Geneesmiddelenwet hebben. Op basis daarvan denk ik, met het inzicht van nu, dat ik voldoende ruimte heb om in geval van nood een maatregel te treffen, zodat de beschikbaarheid van geneesmiddelen kan worden gegarandeerd.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dank daarvoor. Nog even naar de reactie op die drie rapporten. Ik bouw even verder op wat mevrouw Dijkstra zei. Over patenten en octrooien

meen ik te weten dat ook het Minister van Economische Zaken daar een vinger in de pap heeft. Ik zou heel graag van de Minister willen horen dat hij ervan uitgaat dat het belang van betaalbare medicijnen voor het belang van winstmaximalisatie van bedrijven gaat, om het gemakshalve maar zo te noemen, dus dat hij ook in reactie daarop zich prominent zal roeren en duidelijk zal maken dat het hier juist gaat om toegankelijkheid van zorg en niet per se om de belangen van bv Nederland of bv Europa.

Minister Bruins:

Mevrouw Ploumen maakt het wel heel ingewikkeld, als je gezamenlijk met een ander departement een reactie moet bedenken op drie rapporten. Daarin is dit de weging: aan de ene kant het belang van patentrecht, zorgen dat er nieuwe geneesmiddelen op de markt kunnen komen, dat het esprit van innovatieve partijen behouden blijft, en aan de andere kant het patiëntenbelang. U mag ervan verzekerd zijn dat bij het tot stand brengen van de reactie op die drie rapporten voor mij het patiëntenbelang altijd vooropstaat. Dat patiëntenbelang waaiert weer uit naar twee kanten: het ene punt is dat er goede medicijnen zijn voor de patiënt van vandaag en van morgen; het andere punt is de betaalbaarheid voor die patiënten. Zo verwacht ik ook dat het overleg met de collega van EZ zal verlopen. Ja, voor mij staat patiëntenbelang voorop.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Dank aan de Minister voor die bevestiging. Zou het helpen als we de Minister van Economische Zaken onze initiatiefnota over het breken van de macht van farma zouden toesturen?

Minister Bruins:

Die hulpvraag hoeft u aan mij niet te stellen. Ik geloof dat u en uw collega's voldoende bij machte zijn om zelf die vraag van een antwoord te voorzien.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Het antwoord komt van links, hoor ik hier.

Minister Bruins:

Dan kan ik beter het antwoord geven: stuur maar op.

De heer Renkema stelt in het vooruitzicht dat hij wellicht komt met een motie over onderzoek naar geneesmiddelentekorten. Die wacht ik af. De nota die ik van mevrouw Van den Berg van het CDA heb ontvangen, waarvoor dank, zal ik natuurlijk bestuderen.

Dan de BES-tekorten. Even zoeken. Dat is eigenlijk de portefeuille-Blokhuis, zou ik bijna zeggen. De BES-eilanden worden vanuit de Nederlandse groothandels beleverd en hebben toegang tot dezelfde geneesmiddelen als in Nederland. Op dit moment zijn er geen signalen dat er sprake is van tekorten, maar het is waarschijnlijk dat op de BES-eilanden vergelijkbare vraagstukken spelen als in Nederland. Ik neem dat onderwerp mee in de eerdergenoemde werkgroep over geneesmiddelentekorten.

Niet meer cash betalen bij apotheken. Hierover heb ik even contact gehad met het Ministerie van Financiën, die een werkgroep over maatschappelijk belang betalingsverkeer heeft. Daar komt dit vraagstuk aan bod. Ik weet van mijn collega dat hij het klantbelang voorop wil stellen, dus ook ervoor pleit om cash beschikbaar te houden. Ik zal uw opmerking nogmaals onder de aandacht brengen van deze werkgroep bij het Ministerie van Financiën.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Het is urgent aan het worden, omdat een paar ketens vanaf 1 februari geen cashbetaling meer accepteren.

Minister Bruins:

Nee, het voorbeeld was mij duidelijk. De spanning zit niet zozeer tussen het Ministerie van Financiën en mij, maar het zit er meer in dat volgens Europese wetgeving private partijen, waaronder apothekers, niet verplicht zijn om cashgeld te accepteren.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Het zijn misschien private ondernemingen, maar wel met publiek geld betaald, dus daar wilden wij toch een ander accent leggen dan bij de bakker die taartjes verkoopt, ik noem maar wat. Wij krijgen ook als argument dat cashgeld niet veilig is. Als je kijkt naar de medicijnen of de pijnstillers die zij in de winkel hebben staan, dan is dat toch ook een risico, dachten wij.

Minister Bruins:

Ik hoef niet zo heel erg overtuigd te worden. Ik kan mij heel goed voorstellen dat er een groep mensen is – niet alleen ouderen, niet alleen op het platteland – die het prettig vindt dat een geneesmiddel voorhanden is en om zo nodig met cashgeld te kunnen betalen. U hoeft mij niet te overtuigen, maar ik ga er niet over. Daarom bied ik aan dat ik het met de collega van Financiën zal bespreken, opdat het in die werkgroep over het maatschappelijk belang van betalingsverkeer aan bod komt.

Dan over genterapie. Is de Minister bereid een brede inventarisatie van knelpunten te laten uitvoeren op het vlak van cel- en genterapie? Ik hoop dat ik de vraag goed heb. Het is de Minister van IenW die het voortouw heeft bij regelgeving omtrent genetisch gemodificeerde organismen. Recent is geantwoord op Kamervragen van het CDA, dacht ik, dat de Minister van IenW de afgelopen jaren meerdere keren zo'n brede knelpunteninventarisatie heeft uitgevoerd op het terrein van genetisch gemodificeerde organismenregelgeving.

Dan nog de vraag van de heer Geleijnse of ik het thema medicatiebeoordeling breder onder de aandacht wil brengen, naar aanleiding van de motie-Sazias bij de begroting. Daar ga ik achteraan en daar geef ik schriftelijk antwoord op. Dat doe ik nog deze maand.

In de betogen van de heren Mulder en Rutte zaten geen vragen meer.

Tot slot nog een vraag van mevrouw Dijkstra: kunnen artsen de mannen waar wij over spreken, de MSM-groep, doorsturen naar die GGD's? Ja, volgens mij kan dat vanaf heden, ter inventarisatie. Start de begeleiding nu? Nee, de begeleiding start niet, want die begint pas bij de start van het onderzoek, dus als PrEP beschikbaar is, dus dat zal rond de zomer zijn. Ik heb al eerder gezegd dat monitoring en intake volgens mij niet hoeven te wachten tot al die PrEP-middelen over vier of vijf maanden beschikbaar zijn. Dat kan nu ook al worden gedaan. Ik denk dat het ook al voor een groot deel gedaan is. Ik denk dat die groep voor een groot deel bij die acht coördinerende GGD's bekend is.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik denk dat wij zo niet bij elkaar komen, dus ik zal hierover een motie indienen.

De voorzitter:

Dat is geen vraag.

Minister Bruins:

Ik denk dat de conclusie van mevrouw Dijkstra juist is.

De voorzitter:

U gaat de motie tegemoet zien. U was aan het eind gekomen van uw beantwoording. Daarmee zijn wij aan het einde gekomen van de beantwoording in tweede termijn. De Minister heeft een heel aantal

toezeggingen gedaan. De toezeggingen die niet eerder aan de orde zijn geweest of die schriftelijk worden gedeeld met de Kamer, zal ik met u doornemen.

- Uiterlijk 7 maart informeert de Minister de Kamer over het gesprek met Biogen over Fampyra.
- Dit voorjaar informeert de Minister de Kamer over voorraden van apothekers, met hierin kwantitatieve informatie en signalen over exporterende apotheken.
- De Minister informeert de Kamer in het voorjaar middels een brief over de eigen betalingen van patiënten bij het terugroepen van medicijnen.
- Dit voorjaar zal de Kamer worden geïnformeerd over het gesprek met de ACM over de extra aandacht voor de productie van geneesmiddelen en de rol van de ACM hierbinnen.
- De Minister informeert de Kamer dit voorjaar schriftelijk over de magistrale bereidingen, met hierin een nadere duiding van de mogelijkheden hiervan.
- Voor de zomer stuurt de Minister een brief over het bestuurlijk overleg met betrekking tot het wisselen van geneesmiddelen.
- Voor de zomer stuurt de Minister een brief over de verspilling van medicatie, waarin ook de uitvoering van de motie van het lid Dik-Faber wordt meegenomen.
- Dit voorjaar zal een nieuwe regeling aan de Kamer worden gestuurd over voorwaardelijke vergoeding van weesgeneesmiddelen.
- De Minister informeert de Kamer in de loop van deze maand schriftelijk over zijn opvatting over de passage in het multidisciplinair document Afbouwen SSRI's en SNRI's.
- Deze maand informeert de Minister de Kamer schriftelijk over het thema medicatiebeoordeling.

De heer Van Gerven heeft een VAO aangevraagd. Dat zullen wij doorgeleiden naar de Griffie. De heer Van Gerven zal dan de eerste spreker zijn. Ik zie dat mevrouw Ploumen nog iets wil zeggen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

De Minister heeft niet alleen toegezegd om met de ACM in gesprek te gaan, maar ook met de Europese mededingingsautoriteiten. Dat heeft hij net nog even bevestigd.

De **voorzitter**:

Zeker, maar de Minister doet zo veel toezeggingen dat we proberen deze wat krapper te formuleren. Het verslag van dit algemeen overleg is altijd leidend over de toezeggingen.

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

Ik begrijp dat er geen aparte toezegging is over medicijntekorten, want de Minister komt met een integrale brief. Hij heeft vandaag ook expliciet gezegd dat hij onderzoek zal laten doen naar de financiële stromen van farmabedrijven. Volgens mij is dat wel een nieuwe toezegging.

De **voorzitter**:

Dat gaan we nog even nakijken en dat zullen we toevoegen aan de lijst met toezeggingen.

Daarmee zijn wij aan het eind gekomen van dit algemeen overleg. Mag ik de Minister en zijn ondersteuning hartelijk danken voor de bijdrage aan dit debat? Dat geldt uiteraard ook voor de Kamerleden. Hartelijk dank. Dank voor uw belangstelling. Dat geldt natuurlijk ook voor de mensen die dit debat beneden hebben gevolgd en de mensen die het debat op een andere manier hebben gevolgd. Zeer bedankt voor uw belangstelling. Ik wens u allen wel thuis en een prettige avond.

Sluiting 18.56 uur.