

Vergaderjaar 2020–2021

35 383

Initiatiefnota van de leden Sazias, Van den Berg en Veldman over urgentie invoering uitgebreid persoonlijk profiel

Nr. 9

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 2 maart 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 10 februari 2021 overleg gevoerd met mevrouw Van Ark, Minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de initiatiefnota van de leden Sazias, Van den Berg en Veldman over urgentie invoering uitgebreid persoonlijk profiel (Kamerstuk 35 383);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 14 oktober 2020 inzake reactie op de initiatiefnota van de leden Sazias, Van den Berg en Veldman over urgentie invoering uitgebreid persoonlijk profiel (Kamerstuk 35 383) (Kamerstuk 35 383, nr. 3).**

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Lodders
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn elf leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Van Beukering-Huijbregts, Van Brenk, Van Gerven, Kuiken, Lodders, Renkema, Sazias, Veldman en Wörsdörfer,

en mevrouw Van Ark, Minister voor Medische Zorg en Sport.

Aanvang 9.32 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen allemaal. Hartelijk welkom bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is een algemeen overleg over de initiatiefnota van de leden Sazias, Van den Berg en Veldman over de urgentie invoering uitgebreid persoonlijk profiel.

Dit behoeft een kleine toelichting. Een algemeen overleg is niet gebruikelijk bij een initiatiefnota. Meestal hebben we dan een notaoverleg waarin ook moties ingediend kunnen worden. We zaten heel erg krap met de bemensing. Dat is de reden waarom dit een algemeen overleg is. Dat is de reden waarom een van u gisteren bij de regeling al een aankondiging heeft gedaan van een VAO, een voortzetting van dit algemeen overleg. Daarbij kunnen dan alsnog moties worden ingediend. Vandaag dus geen moties. Dat zal waarschijnlijk morgen zijn. Het VAO is nog niet ingepland. Ik heet uiteraard de initiatiefnemers van deze initiatiefnota hartelijk welkom. Mevrouw Sazias hartelijk welkom, mevrouw Van den Berg hartelijk welkom en de heer Veldman hartelijk welkom. Uiteraard ook een heel hartelijk welkom aan de Minister voor Medische Zorg voor haar bijdrage aan dit debat. Dat geldt natuurlijk ook voor de ambtelijke ondersteuning en de ondersteuning van onze initiatiefnemers. Zij zullen dit overleg ongetwijfeld in een andere zaal volgen. Ik vind het netjes om ook hun hartelijk welkom te heten. Aan zo'n initiatiefnota is vaak heel veel werk besteed. Ook aan deze mensen welkom.

Daarmee heb ik volgens mij de huishoudelijke mededelingen gehad, zij het dat u twee minuten spreektijd heeft. Dat is niet heel erg lang. Ik ga snel van start, want onze eindtijd is 12.00 uur. Daar zitten we heel strikt aan vast. Voordat ik begin, zie ik mevrouw Van Brenk.

Mevrouw Van Brenk (50PLUS):

Voorzitter. Ik maak geen deel uit van de vaste Kamercommissie van VWS, maar ik hoop dat de collega's mij hier welkom heten.

De voorzitter:

Dank u wel. Terecht. Dat is een belangrijke huishoudelijke vraag; laat ik het maar zo formuleren. Hebben de leden bezwaar tegen deelname van mevrouw Van Brenk? Dat geldt volgens mij ook voor mevrouw Van Beukering. Zij willen namens hun partij tijdens dit algemeen overleg het woord voeren. Dat is geen probleem, dus hartelijk welkom.

Dan stel ik nu voor om van start te gaan. Ik begin aan mijn uiterst rechterzijde, bij mevrouw Van Beukering. Mevrouw Van Beukering doet haar inbreng namens de fractie van D66. Gaat uw gang, mevrouw Van Beukering.

Mevrouw Van Beukering-Huijbregts (D66):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil de initiatiefnemers en ondersteuning hartelijk danken voor de gedane moeite en voor het feit dat zij dit belangrijke onderwerp op de agenda zetten: de verdere personalisering van kankerbehandelingen. Meer persoonsgerichte zorg kan bijdragen aan gepast gebruik. Dat levert veel gezondheidswinst voor de patiënten op en kan in potentie een boel onnodige therapieën besparen, en daarmee ook geld

dat we weer voor andere zorg kunnen gebruiken. Wel vraag ik de initiatiefnemers of zij denken dat personalised medicine ook tot hogere zorgkosten zou kunnen leiden.

Als ik de initiatiefnota goed heb begrepen, mag ik deze met name als een oproep zien: zorg ervoor dat we niet achter de feiten aan lopen. Begrijp ik het goed dat de indieners vooral versnelling in het hele proces zoeken? Wat me opviel aan de nota is dat de indieners met name veel vragen stellen. Hebben zij het idee daar zelf inmiddels enige antwoorden op te kunnen formuleren, ook gelet op de kabinetsreactie? Zouden de initiatiefnemers daar in bredere zin op kunnen reflecteren? Ik deel namelijk de oproep van de initiatiefnemers, maar heb net als de Minister vragen bij hun voorstel om er via een taskforce voor te zorgen dat een uitgebreide DNA-test zo snel mogelijk voor iedere kankerpatiënt beschikbaar is en vergoed wordt. Het lijkt me namelijk niet verstandig dit te doen als dat nog niet voor iedere patiënt effectief is. Dan kan het ten koste gaan van andere zorg die patiënten veel beter helpt. Ons zorgbudget is immers niet oneindig. Daarom zou ik initiatiefnemers willen vragen of zij nog steeds achter het voorstel staan, of dat ze ook met name beogen wat ik wil, namelijk dat we bovenop de nieuwste ontwikkelingen op dit gebied zitten. Volgens mij is het Zorginstituut daar al goed mee bezig. Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Hartelijk dank voor uw bijdrage, mevrouw Van Beukering. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Kuik namens de fractie van het CDA. Gaat uw gang.

Mevrouw **Kuik** (CDA):

Voorzitter. Ik wil beginnen met de initiatiefnemers te bedanken voor het feit dat zij dit belangrijke onderwerp van de invoering van uitgebreide DNA-profielen op de agenda zetten. Dat is van belang voor patiënten. Door het analyseren van het DNA van bijvoorbeeld een tumor kan gerichter worden gekeken hoe de ziekte zo goed mogelijk te bestrijden is, zodat ook de patiënt de behandeling krijgt die nodig is, in plaats van overbehandeling. Dit kan ook nog eens iets doen voor de kosten, omdat je efficiënter en gerichter medicijnen en trajecten kunt inzetten.

Mijn vraag aan de Minister: als het zo is dat gepersonaliseerde trajecten door middel van diagnostiek via DNA-profielen een gerichtere behandeling voor kankerpatiënten kunnen opleveren, waarom is het dan nu zo dat ze vooral worden ingezet bij mensen die al te maken hebben met uitzaaiingen, en niet bij iedereen? Klopt het dat dit te maken heeft met het bekostigingssysteem? Dan zeg ik: dat is toch wel gek als je weet dat patiënten hier baat bij hebben en dit uiteindelijk ook nog eens besparend is. Hoe kijkt de Minister aan tegen een aparte bekostigingstitel?

Ik vraag de initiatiefnemers en de Minister wie de regie voert om de mogelijkheden van DNA-profielen in het hele land mogelijk te maken. Er zijn nu grote verschillen. Wij willen als CDA geen postcodediagnostiek, waarbij je maar geluk moet hebben met waar je woont voor de meest passende behandeling. Welke concrete acties zijn er om de DNA-test beschikbaar te stellen voor reguliere diagnostiek?

Tot slot. Met DNA-profielen komt er een hoop kennis in de database, waardoor medici meer leren over kanker en het goed bestrijden daarvan. Deze info moet natuurlijk goed bewaard worden, op technische grond. Maar daar zitten ook medisch-ethische kanten aan. Welke kaders worden hierbij vooropgesteld?

Dank, voorzitter.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van Brenk namens de fractie van 50PLUS. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Voorzitter. De Minister heeft in september 2020 aan het Zorginstituut Nederland gevraagd om een advies uit te brengen over moleculaire diagnostiek bij kanker. De voortekenen over de uitkomst van dit advies zijn weinig hoopgevend, omdat het geen concrete maatregelen zal bevatten. Het moedigt weer aan om verder onderzoek te doen. Dit, terwijl de urgentie voor een patiënt met kanker alleen maar groter is geworden. De voormalige voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Oncologie deed onlangs de volgende uitspraak: «We hebben wel de geneesmiddelen, maar we kunnen de patiënten niet vinden omdat de diagnostiek achterloopt.» We kijken door het sleutelgat een kamer in, waardoor we maar een deel zien, terwijl we de mogelijkheid hebben om de hele kamer te overzien door middel van de uitgebreide DNA-test.

Het door ZonMw gesubsidieerde PATH-project laat zien dat er grote verschillen zijn in de inzet van moleculaire diagnostiek tussen ziekenhuizen in Nederland. Dat betekent dat er ongelijkheid is in de toegankelijkheid van innovatieve medicijnen waarbij het DNA-profiel van de tumor van belang is. Want geen test, geen uitslag en geen medicijn. Daarmee wordt de toegankelijkheid van een behandeling beperkt door lokale diagnostiek. Dat kan en mag niet, zeker niet daar er een in Nederland ontwikkelde test is die alle relevante kenmerken voor de behandeling van de tumor vindt, en die zonder commerciële belangen tegen kostprijs wordt uitgevoerd. De uitgebreide DNA-test wordt in de huidige bekostigingsstructuur alleen niet vergoed, en moet worden gefinancierd uit de eigen middelen van een ziekenhuis. Dat is lang niet altijd overal mogelijk. Hierdoor ontstaan er in het land onwenselijke verschillen.

Voorzitter. Ik wil de initiatiefnemers hartelijk danken voor deze belangrijke nota, die voor veel kankerpatiënten een lichtpunt kan zijn in donkere dagen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan de heer Van Gerven. De heer Van Gerven spreekt namens de fractie van de SP. Gaat uw gang.

De heer Van Gerven (SP):

Dank u wel, voorzitter. Ook dank aan de initiatiefnemers voor de nota. Ik vond het ingewikkelde materie. Ik zal daarin niet de enige zijn. Het is heel belangrijk dat we de vooruitgang benutten die zit in dit systeem van het kijken naar het persoonlijke DNA-profiel, om op die manier verder te komen in de behandeling van patiënten.

Dat brengt mij bij mijn eerste vraag. Hoe effectief is die methode? Op papier is het heel logisch. Ik denk dan: dat moeten we doen. Maar werkt het ook? Er zijn wetenschappelijke vraagtekens bij hoe effectief de uitgebreide genome sequencing is, die DNA-test.

Het is al opgemerkt: als deze mogelijkheid er is, waarom dan niet voor iedereen? Hoe kunnen we borgen dat deze in elk ziekenhuis beschikbaar komt? Dat is natuurlijk ook een vraag aan de Minister. Hoe zouden we dat financieel kunnen borgen?

Ik heb ook nog een vraag over de medisch-ethische kant. Hoe borgen we dat deze informatie niet op straat komt te liggen, en dat er geen andere dingen mee kunnen gebeuren? Waar ligt de ethische grens? En ook: als je kijkt naar DNA-profielen kun je ook andere dingen op het spoor komen. Wat doen we met die bijvangst? Krijgen patiënten die te horen, of niet? Tot slot nog een vraag. Er is van ons uit, samen met het CDA, een initiatief om te komen tot een geneesmiddelenfonds. Dat is een onafhankelijk onderzoeksfonds. Dat kan men van ons verwachten. Zouden we dat bijvoorbeeld kunnen uitbreiden om ook onderzoek op dit gebied mogelijk te maken, waardoor onafhankelijk onderzoek beter gestalte kan krijgen?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik nu het woord aan de heer Wörsdörfer. De heer Wörsdörfer spreekt namens de fractie van de VVD. Gaat uw gang.

De heer Wörsdörfer (VVD):

Dank u wel. Ik ben blij dat de heer Van Gerven zegt dat hij het ingewikkeld vond, want dat vond ik ook. Daar kan ik me dus bij aansluiten. Toch is het goed dat de initiatiefnemers de urgentie van het werken met DNA-profielen nog eens even onderstrepen. Ik ben daarom blij dat we hier nog even met elkaar kunnen zitten om dat te bespreken.

Gezien de tijd heb ik heel kort een aantal vragen. De eerste is de volgende. Ik lees in de reactie van de Minister dat zij meent dat het initiatief en de voorstellen die gedaan worden min of meer ondersteuning van beleid zijn. Dan is de vraag aan de initiatiefnemers natuurlijk of zij daarmee het glas halfvol of halfleeg vinden. Zien zij aanvullingen op de reactie van de Minister waarmee zij meer urgentie kunnen geven aan het sneller gaan werken met DNA-profielen?

Tegelijkertijd lees ik dat er al stevig wordt ingezet op moleculaire diagnostiek. De vraag aan de Minister is of wij voldoende ruimte hebben om daarmee druk op de ketel te houden. Is het mogelijk om, daar waar partijen tegen whatsoever belemmeringen aanlopen, die meteen te kunnen melden, zodat die belemmeringen kunnen worden weggenomen en ontwikkelingen op dit vlak sneller een rol kunnen krijgen?

Ik sluit me aan bij de opmerking die mevrouw Kuik maakte: het gaat natuurlijk ook om de bekostiging. Op welke wijze kun je partijen prikkelen om ervoor te zorgen dat zij hierop volop inzetten? De kosten gaan immers voor de baten uit. Hebben ziekenhuizen en zorgverzekeraars wellicht extra prikkels nodig om ervoor te zorgen dat zij activiteiten bij dit onderwerp versnellen?

Dan mijn laatste vraag. De ontwikkeling van DNA-profielen en het opstellen van die profielen worden in een razend tempo goedkoper. Dat betekent ook dat pilots die in het verleden gedaan zijn maar die bijvoorbeeld gestopt zijn omdat ze te duur waren, langzaam weer in beeld komen. Mijn vraag is of daar voldoende rekening mee wordt gehouden. Wordt er nog eens gekeken naar pilots die liepen en waarvan je kunt zeggen: we willen daar toch nog een vervolg aan geven? Zou je niet periodiek rekening moeten houden met het steeds goedkoper worden van het opstellen van die profielen?

De voorzitter:

Hartelijk dank. Ik zie een vraag van de heer Van Gerven. Gaat uw gang.

De heer Van Gerven (SP):

Ik heb een vraag aan de VVD. Ik werd getriggerd door het eerste beslispunt in de nota. Dat ging over de zorg die we moeten ontwikkelen en koesteren; nieuwe zorg, maar ook zorg die al bestaat en die wellicht niet bewezen effectief is. Die niet-zinnige zorg zou uit het pakket moeten. Is dat geen rare koppeling, zou ik de VVD willen vragen. Laat ik het zo vragen: vindt u dat er pas iets nieuws in het pakket bij kan als er iets anders uit het pakket gaat op basis van de kostenontwikkeling?

De heer Wörsdörfer (VVD):

Ik kan natuurlijk niet voor de initiatiefnemers spreken, maar mij lijkt die koppeling niet nodig. Wat werkt wil je graag mogelijk maken, en wat niet werkt zou je zo snel mogelijk uit de pakketten moeten halen. Volgens mij ga je zo op een zinnige manier met deze materie om.

De voorzitter:

Afrondend, de heer Van Gerven.

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

Die suggestie wordt hier wel gewerkt. Ook het Zorginstituut heeft dat weleens geponeerd: je zou pas weer iets tot het pakket moeten toelaten als je er iets anders uithaalt. Ik vind dat een ongewenste koppeling. Je moet de wetenschap, artsen en onderzoekers ruim baan geven om het beste te ontwikkelen en te ontdekken voor hun patiënten, los van de vraag of er elders zorg geboden wordt die niet zinnig is. Onderschrijft de VVD die stelling?

De heer **Wörsdörfer** (VVD):

Nogmaals, ik heb niet het idee dat die suggestie gewekt wordt. Dat is misschien een vraag aan de initiatiefnemers. Voor de rest ben ik het eens met wat de heer Van Gerven net zei.

De **voorzitter**:

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

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Voorzitter, dank u wel. Ik wil eerst nog even de aanwezige fracties bedanken voor de steun aan de motie die gisteren in de Kamer is aangenomen over de MRI-scans in het bevolkingsonderzoek. Ik denk dat daarmee een grote stap is gezet.

Ik wil de initiatiefnemers heel hartelijk danken voor deze nota. Ik denk dat het heel belangrijk is dat dit thema opnieuw op de agenda staat. Dat blijkt ook uit de reacties en de position papers die we hebben gekregen. Maar ik ben ook kritisch. Zij stellen voor om een taskforce in te stellen zodat de knelpunten in kaart gebracht kunnen worden. Zouden we eigenlijk niet een stap verder moeten gaan en de moleculaire diagnostiek echt moeten inbedden in de zorg? Dat wordt ook betoogd door het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis. Als we dan zo'n taskforce instellen, moet die dan niet veel meer regie kunnen gaan voeren? Daar ontbreekt het volgens mij bij deze thematiek aan.

Voorzitter. Nog een punt van kritiek, maar ditmaal richting de Minister. Terwijl ik de initiatiefnota eigenlijk niet ambitieus genoeg vind, valt de reactie van de Minister mij wat tegen. Eigenlijk beschrijft ze wat er allemaal gebeurt en zegt ze: extra inzet op dit punt is niet nodig. Maar waarom zou je niet zoiets simpels kunnen maken als een betaaltitel voor wgs, whole genome sequencing? Dan is volgens mij een deel van de knelpunten opgelost. Kunnen we niet alvast een belangrijke stap nemen door dit toe te staan voor patiënten die hier baat bij hebben, namelijk patiënten waarvan de primaire tumor niet bekend is of fitte patiënten aan het eind van de standaardbehandeling? Graag een reactie op deze punten. Ten slotte nog een vraag aan de Minister. Het blijkt dat moleculaire diagnostiek op allerlei verschillende plekken op allerlei verschillende manieren plaatsvindt, en ook met verschillende uitkomsten. Dat hebben de initiatiefnemers ook goed onder woorden gebracht. Wat moet er gebeuren om deze praktijken bijeen te brengen, te leren van elkaar en te zorgen voor een veel meer uniforme aanpak, zodat iedereen, waar hij ook behandeld wordt, dezelfde kwaliteit van zorg krijgt?

Voorzitter, dank u wel.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Agema. Mevrouw Agema spreekt namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang. Excuus, mevrouw Van Brenk heeft nog een interruptie op de heer Renkema. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Op zich zijn de woorden van GroenLinks mij uit het hart gegrepen. Waarom hebben we geen betaaltitel? Is dat niet gewoon logisch? Kan de heer Renkema zich voorstellen dat zo'n taskforce kan helpen voor ziekenhuizen die hier onvoldoende mee bekend zijn, en dat die dit in de regio makkelijker kan vlottrekken, zodat je niet het risico loopt dat je geen toegang hebt als je bij een streekziekenhuis zit?

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Ik zei twee dingen. Ik sluit me volgens mij aan bij wat mevrouw Van Brenk aan mij vraagt. Het eerste is: als je een taskforce opricht, wat is dan de opdracht? Wat ik nu lees, is het in kaart brengen van knelpunten en opnieuw onderzoek bijeenbrengen. Ik heb gelezen wat er aan onderzoek wordt gedaan. Er ligt al heel veel op tafel. Ik vind het dus niet zo zinnig om zo'n taskforce dat te laten doen.

Als je dan toch een taskforce inricht, geeft die dan meer ruimte. Geef die meer regie in het hele stelsel. Dat zou ertoe kunnen leiden dat ziekenhuizen die hier nog weinig mee doen worden aangesproken, maar ook dat alle patiënten toegang krijgen tot dezelfde zorg. Vraag één is dus: wil je een taskforce, of wil je iets anders? Vraag twee: welke opdracht geef je die taskforce dan?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van Brenk, afrondend? Was het voldoende? Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Agema namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Veel dank aan de initiatiefnemers omdat zij de behandeling van kanker middels deze initiatiefnota onder de aandacht brengen. Wij maken ons ook al een hele poos zorgen over het feit dat de kankerbehandelingen in Nederland niet altijd het gewenste resultaat opleveren; hetzij door over- of onderbehandeling, hetzij door praktijkvariatie. Behandeling op basis van DNA-tumorprofielen is een ontwikkeling waar wij positief tegenover staan. Wij zouden die graag wat sneller van de grond zien komen. Het gaat ons nadrukkelijk om het verbeteren van de kwaliteit van de kankerzorg, en niet zozeer om financiële besparingen. Onder punt 3 van de nota, Van debatteren naar doen, stellen de indieners heel veel vragen waar ik me alleen maar bij kan aansluiten. Gezien de recente gebeurtenissen moeten we zeker ook stilstaan bij de privacy van de data.

Ik had daarentegen meer verwacht van de beslispunten bij punt 5. Daar staan twee voorstellen: een plan van aanpak van best practices en het instellen van een tasforce. Wij vinden dat hier niet echt veel urgentie uit spreekt. Dit sluit niet aan bij de titel van de initiatiefnota. Daarom de volgende vragen en opmerkingen aan de indieners. Is er nagedacht over maatregelen waar patiënten direct baat bij hebben, en die direct ingevoerd kunnen worden? Welke maatregelen zouden dat zijn?

We zijn het natuurlijk eens met het plan van aanpak om best practices sneller op te nemen, maar het lijkt of hier een koppeling bestaat met de uitstroom van niet bewezen effectieve zorg. Daarover hebben we al verschillende debatten gevoerd. Ik heb daar heel veel zorgen bij. Je zult soms een behandeling gewoon moeten uitproberen en daar moet je dan wel de kans voor krijgen. Het moet niet op voorhand zo zijn dat je bepaalde behandelingen niet kunt uitproberen, om te zoeken welke het beste aansluit, omdat de Kamer dat onmogelijk heeft gemaakt. Voorzitter, tot slot. We twijfelen over het instellen van de taskforce. We twijfelen niet zozeer over de taskforce, maar over hoe dat er dan moet komen uit te zien. Mijn vraag aan de indieners is dus: wat gaat die taskforce precies doen? Kunnen zij daarvan een beeld schetsen? De Minister schrijft dat zij wil dat het Zorginstituut die rol op zich neemt. Nou,

dat vind ik echt een vlag op een modderschuit. Dat moeten we echt niet doen. Op dit moment houden we als Kamer de werkwijze van het Zorginstituut tegen het licht. We zijn als fractie niet altijd even blij met wat er uit het Zorginstituut komt. Ik vind dat niet de aangewezen plek om de taskforce handen en voeten te geven. Ik vraag de indieners dus hoe de taskforce te werk gaat en gaat opereren.
Dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Ik zou willen voorstellen om de vergadering tot 10.15 uur te schorsen. Dat is ruim twintig minuten. Dan komen we terug voor de beantwoording, allereerst door de initiatiefnemers. Aansluitend zal de Minister voor Medische Zorg optreden als adviseur van de Kamer.

De vergadering wordt van 09.54 uur tot 10.15 uur geschorst.

De voorzitter:

Aan de orde is het algemeen overleg over de initiatiefnota van de leden Sazias, Van den Berg en Veldman over de urgentie invoering uitgebreid persoonlijk profiel. We zijn toegekomen aan de beantwoording door de initiatiefnemers. Ik geef zo dadelijk graag als eerste het woord aan mevrouw Sazias, daarna aan mevrouw Van den Berg, daarna aan de heer Veldman en tot slot aan de Minister voor Medische Zorg. Met de leden zou ik twee interrupties in tweeën richting de initiatiefnemers en de Minister willen afspreken. Dat is dus in totaal. Als er geen andere vragen zijn, dan geef ik aan mevrouw Sazias als eerste de gelegenheid. Gaat uw gang. Succes en geniet ervan.

Mevrouw Sazias (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil allereerst de leden danken voor de positieve reacties. Ik zal de dank ook doorgeven aan Inspire2Live, dat ons heeft geholpen met de totstandbrenging van deze nota. Ik ga eerst via de partijen langs de vragen.

De vraag van D66 was of personalised medicine leidt tot hogere kosten. Ik zou willen zeggen: integendeel. Nu zie je namelijk juist dat de effectiviteit van heel veel medicatie er eigenlijk niet toe doet. Helaas hebben we alleen cijfers uit 2015. We weten dat er toen 277 miljoen is uitgegeven aan overbehandeling. De efficiënte inzet van de elf duurste geneesmiddelen voor kanker betrof in 2015 slechts 30%. Dat is dus slechts 30% efficiëntie bij kankermedicijnen. Dat zijn dus cijfers uit 2015. U moet zich voorstellen dat het bij chemo en kankermedicijnen «baat het niet, dan schaadt het wel» is. Als het niet efficiënt is en niet werkt, dan word je er toch ziek en beroerd van. De bedoeling en het uitgangspunt van deze nota zijn ook wel degelijk om dat leed en die onnodige bijwerkingen tegen te gaan.

Dan het punt dat de indieners vooral versnelling zoeken. Ja, inderdaad zoeken wij versnelling. Wij zijn al anderhalf jaar geleden aan deze nota begonnen. Inmiddels zijn de ontwikkelingen alweer zó veel verder. Dat geldt eigenlijk ook een beetje wat betreft de taskforce. Vele anderen hebben daarnaar gevraagd. Inmiddels is er alweer zo vreselijk veel meer gebeurd, dat we ook veel sneller kunnen. Dat gaat vooral om de betaaltitel en de netwerken. Een aantal ziekenhuizen zijn bijvoorbeeld aangesloten bij het AVL en het Nederlands Kanker Instituut. Die ziekenhuizen doen deze testen al wel, maar heel veel ziekenhuizen ook niet. Dan krijg je inderdaad postcodediagnostiek. Dan krijg je dat de patiënten in een ziekenhuis elders niet de toegang tot de juiste medicatie krijgen. Dan de vraag: wie voert de regie? Ja, dat zou natuurlijk eigenlijk de Minister moeten zijn. De Minister moet ervoor zorgen dat de netwerken ontstaan. Het Zorginstituut komt op 31 maart met een finale beant-

woording. Wij zijn daar ook heel erg benieuwd naar. Maar de regie moet volgens ons bij de Minister liggen.

Dan de kaders van de medisch-ethische kant. Daarover hebben meerdere leden het gehad. Ook dat is iets waarmee het Zorginstituut al bezig is en waarop we het antwoord verwachten. Natuurlijk zitten er ethische kanten aan. We hebben het dan vooral over de data en het verzamelen daarvan. Aan de ene kant moet dat natuurlijk veilig. Aan de andere kant is het voor de wetenschap zeker van belang dat zij daar toegang tot houdt. Uit die data kunnen we namelijk verder leren.

Meneer Van Gerven had het over de nevenbevindingen. Ik kan u zeggen dat ik het persoonlijk heb meegemaakt bij het AVL en via Hartwig. Ik moet u zeggen dat dat enorm zorgvuldig ging. Weken van tevoren word je ervoor gewaarschuwd dat er nevenbevindingen kunnen zijn, dat er bijvangst kan zijn. Je krijgt dan de vraag of je dat wil weten of niet. Je krijgt een paar weken om daarover na te denken en er met je familie over te praten. Uiteindelijk krijg je daarover nog een keer een gesprek en teken je daarvoor. Er moet dan natuurlijk nog rekening worden gehouden met de vraag wat je doet met de data van de bijvangst als iemand het niet wil weten. Sla je die data dan toch op, geanonimiseerd natuurlijk, of laat je die weg? Over zulke zaken zouden het Zorginstituut en een eventuele taskforce zich kunnen buigen, want dat is natuurlijk van groot belang. Hoe kunnen we borgen dat het er in elk ziekenhuis komt, vroeg meneer Van Gerven. Ook dat zou eventueel een taak van de taskforce kunnen zijn. Het is van groot belang dat er in het land netwerken ontstaan waarbij uiteindelijk alle ziekenhuizen zijn aangesloten. Die netwerken zijn tegenwoordig geen oncologische netwerken meer, maar multidisciplinaire netwerken met oncologen, pathologen en laboranten. Het is inderdaad van het allergrootste belang dat alle ziekenhuizen hierbij aangesloten zijn en dat iedere patiënt daar dus toegang tot heeft. Dat geldt voor een patiënt met uitgezaaide kanker, maar vergis je niet wat betreft patiënten met een onbekende primaire tumor. Als iemand het ziekenhuis binnenkomt met uitzaaiingen en het niet duidelijk is welke tumor daaraan voorafgaat, wat de primaire tumor is, dan weet je dus niet of het gaat om longkanker, darmkanker of borstkanker. Het is zaak om dat wel te weten. Je kunt daar ook achter komen met die uitgebreide DNA-test. Dat is van groot belang, want anders heb je geen idee hoe de behandeling eruit moet zien.

Ik ben ook benieuwd naar de reactie van de Minister op het onderzoeksfonds waarover de heer Van Gerven sprak. Wij willen die zelf namelijk ook graag weten.

De VVD vraagt of het glas halfvol is of halfleeg. Dat weet ik eigenlijk niet. Als ik kijk naar de stand van de wetenschap, dan is het glas halfvol. Er kan namelijk zo vreselijk veel meer en het is zo veel beter toegespitst op de patiënten. Maar als ik kijk naar het beleid, dan is het glas halfleeg. Het gaat namelijk gewoon te langzaam met wat er allemaal kan. Er zijn inmiddels medicijnen die de weg naar de patiënt niet kunnen vinden. Die patiënten worden niet gevonden doordat het niet duidelijk is welke patiënten die bepaalde afwijking hebben.

De VVD vraagt ook naar de bekostiging. Dat is hier inderdaad het grootste probleem. Gemiddeld is het bedrag voor diagnostiek in de dbc zo'n € 600. D66 vroeg ook of zo'n DNA-test niet duur is. Wat kost dat nou? In het begin kostte het tegen de € 5.000. Er waren al dalingen en sinds afgelopen 1 januari is dat € 2.000. Je kunt je voorstellen dat de prijs alleen maar naar beneden gaat als we dat op nog grotere schaal uitrollen. Als je ervan uitgaat dat de gemiddelde kosten voor een kankerpatiënt € 100.000 per jaar zijn – dat is gemiddeld en vaak is het vele malen meer – dan kan die € 2.000 alleen maar nog meer opleveren. Dat kan als de uitkomst daarvan is dat er meer efficiëntie wordt bereikt.

Het vervelende is natuurlijk dat je na de DNA-test het bericht kunt krijgen dat er voor jou geen behandeling is. Dat is een heel naar bericht. Maar

aan de andere kant is het beter om geen chemo te nemen waarvan je alleen maar ziek wordt en die geen resultaat gaat geven. Zoals het nu althans gaat bij de Hartwig Foundation, is er ook het volgende voordeel. Iemand waarbij bepaalde afwijkingen in het DNA naar boven komen waarvoor er nog geen medicatie is, is ook op de hoogte van alle trials die er zijn. Dan kun je zo naar een mogelijke trial geleid worden. Ik kan u verzekeren dat de meeste mensen het met beide handen aangrijpen als ze uitbehandeld zijn en er nog zo'n mogelijkheid van een trial is.

Waar was ik gebleven? De ontwikkeling wordt goedkoper, ja.

Wat is de opdracht van de taskforce, vraagt GroenLinks. Ik zei net al dat we anderhalf jaar geleden zijn begonnen met het maken van de nota. Inmiddels zijn de ontwikkelingen al veel verder. Het proces rond de whole genome sequencing ligt eigenlijk al helemaal klaar. Het belangrijkste om nu te doen is enerzijds zorgen dat de betaaltitel er komt en anderzijds het opzetten van de netwerken. De betaaltitel kan en moet er nu meteen komen. Aan de netwerken moet nog worden gewerkt, wat de taskforce onder andere zou kunnen doen.

De PVV had een vraag over data en privacy. Ik heb daar al het een en ander over uitgelegd. De PVV zegt dat je soms een behandeling zult moeten uitproberen. Dat klopt. Vandaar ook die mogelijke trials, zoals ik zojuist zei, die nu al mogelijkheden bieden om een en ander uit te proberen bij patiënten voor wie geen behandeling is.

Gelukkig is daar inmiddels het DRUP-systeem voor, dat bij het AVL loopt. Dat systeem zorgt voor de uitwisseling van kankermedicijnen, die bijvoorbeeld voor longkanker zijn goedgekeurd maar mogelijk ook zouden kunnen helpen bij iemand met een bepaalde afwijking met darmkanker. Dat geneesmiddel is dan niet voor darmkanker geregistreerd, maar het DRUP-programma regelt dan de mogelijke uitwisseling. Er is dus al heel veel. De ontwikkelingen gaan ontzettend snel, en zoals u weet gaat de politiek heel erg langzaam. Het is zaak om de urgentie hiervan in te zien, ermee van start te gaan en niet langer te wachten, uitgaande van wat er al is en wat we al hebben.

De voorzitter:

Voor u verdergaat, is er een vraag van mevrouw Van Brenk. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Is mevrouw Sazias dan tevreden met het antwoord van de Minister, die zegt dat we het bij het Zorginstituut parkeren, dat die het wel oppakt en dat de taskforce niet nodig is?

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

In basis is de Minister positief, maar ik ben inderdaad ook niet tevreden. Ik krijg namelijk te weinig gevoel van urgentie uit de reactie van de Minister. We gaan het Zorginstituut in een tweede tranche dingen laten onderzoeken. Dat is prima, maar de urgentie is groot. We moeten de patiënten niet in de kou laten staan en hen nog langer laten wachten. Laten we zorgen dat we morgen met dit stuk diagnostiek beginnen, dat ons zo veel verder kan brengen.

De voorzitter:

Mevrouw Van Brenk, afrondend.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Wat is de barrière voor de betaaltitel? Wie houdt het tegen? Je zou zeggen dat als dat geregeld is, alles is opgelost.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Dan is nog niet alles opgelost, maar kunnen we in elk geval van start. Zoals ik al zei gaat het veel te langzaam. Het moet eerst allemaal nog even hier worden onderzocht, en bij het Zorginstituut, en dan nog een advies van die en een advies van een ander. De zaken zijn al duidelijk. Wij vragen de Minister vooral om de urgentie te zien en ervoor te zorgen dat de betaaltitel er morgen komt. Ik ben vast wat dingen vergeten, dus ik geef graag het woord aan mevrouw Van den Berg.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Sazias. We gaan het zien. Ik geef nu het woord aan mevrouw Van den Berg voor haar deel van de beantwoording. Gaat uw gang.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Volgens mij heeft mevrouw Sazias alle vragen beantwoord, maar ik vind het fijn dat ik de kans krijg om nog een paar reacties te geven.

De VVD vroeg of er voldoende druk op de ketel is. Volgens mij ligt daar het kernprobleem. De Minister zegt dat er heel veel dingen gebeuren, maar juist aan de ontwikkeling van de netwerken en de versnelling moet nog het nodige gebeuren. Je moet in de Achterhoek geen andere diagnostiek krijgen dan in Rotterdam, om maar een voorbeeld te noemen. Ten tweede zit er in het huidige systeem aan de bekostigingskant een perverse prikkel. De Minister zou daar terdege wat aan kunnen doen. Meneer Van Gerven van de SP en ook mevrouw Kuik van het CDA hebben met name aandacht gevraagd voor de bijvangst, de medisch-ethische kant en de data. Zeker met de ervaringen van de afgelopen weken moet er een heel duidelijk technisch veilig systeem zijn voor data. Zoals mevrouw Sazias aangaf, is het heel belangrijk dat geanonimiseerde data op metaniveau voor onderzoek beschikbaar zijn, want dat biedt nieuwe kansen en nieuwe mogelijkheden. Aan de andere kant moeten er heel duidelijke protocollen zijn. Daarom hadden we ook veel vragen over de medisch-ethische kant erin opgenomen. Mevrouw Sazias noemde het protocol van het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis. Dat moet overal integraal worden toegepast. Je moet in het ene ziekenhuis niet op een andere manier met data omgaan dan in een ander ziekenhuis, want dat geeft een onveilig gevoel.

Voorzitter. Hier zou ik het op dit moment bij willen laten.

De voorzitter:

Dank u wel. Er is nog een vraag van de heer Van Gerven. Gaat uw gang.

De heer Van Gerven (SP):

Ik wil nog even ingaan op de medisch-ethische kant en op wat je doet met de gegevens die uit onderzoek naar voren komen. Zijn de indieners van mening dat de patiënt toestemming moet geven dat zijn of haar onderzoeksgegevens worden gebruikt, bijvoorbeeld voor toekomstig onderzoek, ook al is dat niet direct van belang voor de behandeling van de patiënt?

De voorzitter:

U stelt die vraag aan mevrouw Van den Berg. Gaat uw gang, mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Het lijkt het CDA heel logisch dat dat gebeurt. Misschien dat de collega's ook nog daarop willen reageren. Als je data ter beschikking stelt, moet je daar heel bewust van zijn en weten wat ermee gebeurt en op welke manier ze worden verwerkt. Dat ben ik met meneer Van Gerven eens.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Dat gebeurt nu absoluut. Er wordt van tevoren gevraagd, bij het gesprek over de nevenbevindingen, of je data gedeeld mogen worden voor onderzoek. Daar teken je voor.

De **voorzitter**:

Dat is voldoende, zie ik aan de heer Van Gerven. Mevrouw Van den Berg was aan het einde van haar inbreng, dus ik geef het woord aan de heer Veldman. Gaat uw gang.

De heer **Veldman** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Met twee collega's die alle vragen al zo goed hebben beantwoord, is er eigenlijk nog weinig toe te voegen, maar laat ik een opmerking van de heer Van Gerven eruit lichten. Hij vroeg namelijk hoe effectief dit eigenlijk is. Dat is een hele relevante vraag, maar eigenlijk is die vraag misschien nog wel relevanter als je hem loslaat op de behandelingen.

Ik heb in mijn tijd als woordvoerder medische zorg heel veel werkbezoeken mogen afleggen en veel met oncologen gesproken. Na een x-aantal van die bezoeken kreeg ik een steeds beter beeld van waar we het eigenlijk over hebben. Op een gegeven moment gingen bij mij de ogen open. Mij werd gezegd dat men in de praktijk wel weet dat een chemokuur of een bepaalde behandeling kan werken, maar niet bij wie. Platter gezegd zei iemand tegen mij: eigenlijk doen we maar wat.

Vanuit die denklijn, en kijkend naar de nota zoals we die hebben opgesteld, gaat het er uiteindelijk om hoe je ervoor zorgt dat de behandeling die je hebt, effectief is. Dat doe je door een goede diagnose te stellen. Dat kan via dat persoonlijke profiel. Het is nu heel erg gericht op oncologie, maar volgens mij gaat het er in de volle breedte van de zorg straks vooral om dat we veel meer en veel beter aandacht aan de diagnosefase besteden, zodat de behandeling die je uiteindelijk inzet niet alleen medisch effectief is, maar ook bij de persoon past, en past bij datgene wat de patiënt wil en kan ondergaan. Het helpt dat je weet dat als je een chemokuur start, die chemokuur uiteindelijk helpt; spreek alle mensen maar die het hebben moeten ondergaan. Het is zonde om iets in te zetten waarvan je aan de voorkant al weet dat het de patiënt niet gaat helpen, als je ziet hoeveel leed erachter wekomt als iemand een chemokuur moet ondergaan. Dat kun je je allemaal besparen – het gaat mij dan niet om de kosten – als je aan de voorkant al weet dat zo'n behandeling helemaal geen zin heeft. Dat vraagt iets van de diagnosefase. Zoals mevrouw Sazias al aangaf, zijn we inmiddels anderhalf jaar geleden begonnen met het schrijven van deze nota. Het is na de indiening van de nota nu een jaar later. We zijn in het zorgveld alweer een aantal stappen verder. De oproep is uiteindelijk van de Kamer, want die moet dat doen, maar het zou mij een lief ding waard zijn als de Minister verdergaande stappen wil en gaat zetten in het onderzoek hoe je de diagnosefase van de dbc, de totale betaaltitel, kunt versterken. Moet je die misschien van de dbc losknippen en voor alle diagnoses een aparte betaaltitel maken? Mijn verwachting is dat de diagnosefase alleen maar belangrijker en groter wordt met de ontwikkeling van personalised medicine. Je zult dus anders met de bekostiging moeten omgaan. Deze Kamer heeft volgens mij afgelopen jaar al vaker over bekostiging gesproken. Ik kan mij zo voorstellen dat in het onderzoek naar goede bekostigingssystematieken ook het idee van diagnose extra aandacht kan krijgen.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Hartelijk dank. De heer Van Gerven en dan de heer Renkema. De heer Van Gerven, gaat uw gang.

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

Ik wil nog even inhaken op de effectiviteit van personalised medicine. Laten we een getal noemen. Stel dat een chemokuur in drie van de tien gevallen enig effect heeft en in zeven van de tien gevallen eigenlijk alleen maar meer schade toebrengt dan extra gezondheid brengt. Stel dat je via sequencing een beter profiel van de patiënt krijgt. In welke orde zouden de percentages dan bijvoorbeeld kunnen stijgen? Hoe hoog zou die 30% kunnen worden? Welke gegevens hebben jullie tot nu toe boven tafel kunnen krijgen over het verbeteren van de behandelingsmogelijkheden?

De heer **Veldman** (VVD):

Ik schud de cijfers niet zo uit de mouw, maar theoretisch kan het uiteindelijk groeien naar 100%. Zodra je op basis van het persoonlijke profiel beter weet wat wel en niet bij de patiënt werkt. Niet alleen de algemene ja/nee-vraag of je een chemokuur moet inzetten, maar ook de samenstelling van de kuur, zoals een beetje meer van dit en een beetje minder van dat. Dat kan uitmaken op basis van het persoonlijke profiel. Door juist in de diagnosefase te investeren, kun je op z'n minst de ambitie hebben om van die drie uiteindelijk tien te maken. Tien in de zin van dat als je het bij tien mensen inzet, het ook bij tien mensen werkt en dat je het bij die zeven bij wie het nu niet werkt, ook niet meer inzet. Het leed dat je iemand aandoet in het ondergaan van een kuur die niet werkt, kun je elkaar, en vooral de patiënt, besparen.

De **voorzitter**:

Afrondend, de heer ... Mevrouw Sazias nog? Excuus. Mevrouw Sazias, aanvullend.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Als ik nog iets daaraan mag toevoegen over de efficiency: dromen mag. Als we iets verder in de toekomst kijken, kun je naar aanleiding van het brede DNA-profiel op organoïds gaan testen; een stukje weefsel waarop je het mogelijke medicijn test. Je kunt dan meteen zien of het al dan niet werkt. Dan kun je inderdaad naar die 100%. Het mooie daarvan is dat je bij de ontwikkeling van medicijnen de derde trial niet meer nodig hebt. Dat brengt de kosten van de medicijnen ver naar beneden. Dat is nog toekomstmuziek, maar daar werken we wel naartoe. Dan heb je de hoogst mogelijke efficiëntie.

De **voorzitter**:

Afrondend, de heer Van Gerven.

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

Ik wil via de indieners bij de Minister de vraag neerleggen wat de stand van de wetenschap is op het thema waarover we het nu hebben en hoe de behandeling dan verbetert, temeer omdat het Zorginstituut daar toch nog vraagtekens bij plaatst en zegt dat verder onderzoek nodig is. Als we op theoretische gronden zeggen dat we het moeten doen, dan moet het z'n nut hebben. Ik ben benieuwd hoe de Minister daartegen aankijkt.

De **voorzitter**:

Die vraag parkeren we even. In de richting van de Minister de vraag om dit mee te nemen in haar beantwoording. Ik ga eerst nog even naar de vraag van de heer Renkema in de richting van de initiatiefnemers. De heer Renkema, gaat uw gang.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Mijn vraag gaat over de bekostiging, naar aanleiding van de bijdrage van de heer Veldman. We hebben in deze Kamer ontzettend veel discussies over behandelmethoden en ook over medicijnen. Bij de behandelme-

thoden gaat het erover of er misschien te veel knieoperaties worden gedaan en of je niet voor fysiotherapie moet kiezen. We hebben soms best heftige debatten over heel dure medicijnen gehad en of we die al dan niet gaan vergoeden. De heer Veldman zegt dat je in deze discussie ook moet kijken naar de kosten van diagnostiek. Wat kost de diagnostiek en wat levert het op? Mijn vraag is, en die stel ik aan de heer Veldman voor een eerste reactie, maar ik zou hem ook aan de Minister willen stellen: hoe kunnen we ervoor zorgen dat we in de toekomst de discussie over de bekostiging naar diagnostiek verschuiven? Wat is daarvoor nodig? Volgens mij is een algemeen beeld uit de initiatiefnota dat je het niet alleen moet hebben over wat een effectieve behandeling is, maar ook over hoe je ervoor zorgt dat je tot een goede, betaalbare en effectieve diagnostiek komt. Hoe kunnen we de bekostiging daarvoor veranderen? Heel concreet zitten we nog steeds in een stelsel waarin handelingen centraal staan.

De heer **Veldman** (VVD):

Precies. De heer Renkema slaat met dat laatste de spijker voor een groot deel op de kop. We hebben nu een systeem waarbij het inzetten van behandelingen wordt bekostigd en waarbij de diagnose onderdeel van het behandeltraject is. Het heet niet voor niets de «dbc».

Mijn pleidooi richt zich juist op het versterken van de diagnose. Je moet daarbij misschien wel tot een aparte betaaltitel komen om ervoor te zorgen dat de behandeling daarna zo effectief mogelijk is. Ik vind het vreemd dat we nu op basis van gebrek aan kennis een behandeling inzetten die vervolgens wordt gefinancierd omdat we het nou eenmaal zo hebben afgesproken. Mevrouw Van Beukering vroeg mij zojuist of het uiteindelijk niet tot meer kosten leidt. Volgens mij kan het tot substantieel minder kosten leiden als je veel méér op de diagnosefase inzet. Allerlei behandelingen die nu worden ingezet vanuit het idee van «we proberen het maar», hoeven dan niet te worden ingezet. Daarmee kunnen kosten worden bespaard, omdat je weet dat het niet gaat werken. Dat vraagt om extra intensivering en misschien ook wel een aparte betaaltitel of bekostiging van de diagnosefase. De diagnose wordt wellicht veel en veel belangrijker. Nou ja, misschien: die wordt veel en veel belangrijker dan tot op heden.

Tot op heden hadden we in z'n algemeenheid een behandeling beschikbaar, die op een patiënt werd losgelaten. Alleen, de tijd schrijdt voort. Vroeger had iedereen het over borstkanker. Inmiddels weten we dat er zeven of acht vormen van borstkanker zijn. Waar we het vroeger over kanker of dé oncologie hadden, spreek ik nu specialisten die in alvleesklierkanker zijn gespecialiseerd. Zij zeggen tegen mij dat ik voor maagkanker, dat er vlakbij zit, niet bij hen moet zijn, omdat zij daar geen verstand van hebben. Dat geeft maar aan hoe specialistisch het wordt. Dat vraagt dus ook iets van de diagnose. De diagnose maakt dat behandelingen die niet nodig zijn, niet meer worden ingezet. De diagnose moet onderdeel zijn van het traject waar de heer Renkema op doelt, namelijk het anders kijken naar het bekostigen van de zorg.

De **voorzitter**:

Afrondend, de heer Renkema.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Heel kort nog. We hebben inderdaad tegenwoordig de diagnosebehandelcombinatie. Het woord «combinatie» zegt het al. Pleit de heer Veldman voor het losknippen van de D en de C? Is er voor diagnose een aparte bekostiging en voor behandeling een aparte bekostiging? Geldt dat dan alleen voor kanker, of geldt dat breed?

De heer **Veldman** (VVD):

Ik vind het het onderzoeken waard. Ik weet niet of het dé oplossing is. Het kan «een» oplossing zijn voor het nu enigszins ondergesneeuwd zijn van de diagnose. Vind ik dat het de beste oplossing is? Dat moet worden uitgezocht. De taskforce of het Zorginstituut moet daar stappen in zetten, onder regie van de Minister, zodat we uiteindelijk meer en beter op de diagnosefase gaan inzetten dan we nu doen. Het tweede deel van de vraag is me ontschoten. Volgens mij had de heer Renkema ook nog een tweede vraag.

De heer **Renkema** (GroenLinks):
Geldt dat breed? Of specifiek voor kanker?

De heer **Veldman** (VVD):
Wat mij betreft wel. Deze nota gaat specifiek over de oncologie; over het DNA-profiel, gericht op de oncologische behandelingen. Ik kan mij voorstellen, kijkend naar de ontwikkeling van personalised medicine en ook andere ziekten, dat er in de volle breedte meer en betere aandacht voor de diagnosefase moet zijn. We hebben het nu over chemo, maar er zijn uiteraard andere behandelingen waar je als patiënt ook heel erg veel last van kunt hebben, die als ze niet nodig zijn ook niet ingezet hoeven te worden.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik wil daar een kleine aanvulling op geven. Het heeft niet alleen te maken met dat het nu samenzit in de diagnosebehandelcombinatie, maar ook met dat de diagnostiek bij het ziekenhuis zit. Er zit een perverse prikkel in het systeem, want het ziekenhuis geeft de opdracht nu aan zijn eigen microafdeling om het te onderzoeken. Als je de bekostiging splitst, kun je veel makkelijker de test bij een ander instituut laten doen dat in die ene ziekte is gespecialiseerd.

Er is op veel meer terreinen een wens om de diagnostiek meer te waarderen, want een goede diagnose voorkomt heel veel ellende en ook heel veel kosten. Het CDA heeft eerder bepleit dat dure medicijnen bijvoorbeeld per definitie een biomarker erbij moeten doen. De Minister heeft dat advies toen overgenomen. Alleen de biomarker zegt iets over de ziekte en het DNA-profiel zegt ook iets over de patiënt. Je zou dat eigenlijk in combi moeten doen. Maar ook dat is een stukje diagnostiek, waarvan de bekostiging op dit moment een perverse prikkel in het systeem heeft.

De **voorzitter**:
Dan geef ik nu het woord aan ... Ik hoor dat mevrouw Sazias daar nog een aanvulling op wil doen. Kort, mevrouw Sazias.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):
Ik wil nog heel kort iets aanvullen op de perverse prikkels. Je ziet dat inderdaad gebeuren. Er zit een vast bedrag aan diagnostiek in de dbc. Ziekenhuizen willen op de goedkoopste manier goede zorg kunnen leveren. Dan krijg je dat ze zelftestjes gaan inkopen, die maar een deel van de kamer zien en alleen door het sleutelgat kijken. De whole genome sequencing geeft een blik op de hele kamer.

De **voorzitter**:
Dan geef ik nu graag het woord aan de Minister voor Medische zorg voor de resterende vragen, die in haar richting zijn gesteld. Het woord is aan de Minister.

Minister **Van Ark**:
Dank u wel, voorzitter. Ik vervul bij dit notaoverleg vandaag de rol van adviseur aan de Kamer, maar ik wil graag beginnen met een groot woord

van dank aan de initiatiefnemers van deze initiatiefnota, vooral omdat het over dit onderwerp gaat. Ik weet hoeveel tijd erin gaat zitten en hoeveel werk het is. Ik ben ontzettend blij dat het is gelukt om dit onderwerp nog voor het verkiezingsreces met elkaar te kunnen behandelen. Ik weet dat er in ieders leven mensen zijn die ermee te maken krijgen, waardoor dit thema voor heel veel mensen leeft. Het geval van mevrouw Szias is heel persoonlijk. Zij vertelde er zojuist over. Politiek is soms ook heel persoonlijk; of het persoonlijke is politiek, om het zo te zeggen. Ik wil haar specifiek bedanken voor het feit dat zij haar persoonlijke ervaringen breder wil trekken. Dus graag een persoonlijk woord van dank, en een groot compliment en waardering aan de initiatiefnemers voor het agenderen van dit onderwerp. Het is een ongelofelijk belangrijk onderwerp. Ik dank ook de Kamer voor de inbreng.

Het is een onderwerp waar heel veel ontwikkeling in zit. Je zou kunnen zeggen dat we aan de vooravond van heel veel nieuwe ontwikkelingen staan, maar als ik de initiatiefnemers zo hoor, is de nieuwe dag al aangebroken. Het is zaak dat we met elkaar goed naar de ontwikkelingen kijken en dat we mensen daarmee zo veel mogelijk kunnen helpen. Het gaat over de inrichting van de zorg, specifiek de inrichting van het geneesmiddelenbeleid voor oncologische patiënten, en op welke wijze we de geneesmiddelen door technologische ontwikkelingen zo toepassen dat de inzet van cel- en genetherapie en de inzet van DNA-diagnostiek een betere inzet kan zijn voor de behandeling van patiënten. Ik hoop dat de initiatiefnemers in mijn reactie hebben gelezen dat ik de urgentie van dit onderwerp deel en dat ik graag actie erop onderneem. Het gaat om het belang van gepast gebruik. Er zijn uiteraard ook allerlei kostendiscussies, maar ik onderschrijf met de initiatiefnemers dat dit vooral gaat over de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg. Er gebeurt gelukkig al enorm veel, ook in ons land, om deze zorg voor patiënten toegankelijk te maken. Ik constateer dat we hetzelfde doel voor ogen hebben, namelijk de juiste zorg voor de juiste patiënt op het juiste moment. Het vraagstuk dat nu voorligt, is hoe de diagnostiek kan ondersteunen om dat mogelijk te maken.

Er is dus al veel mogelijk, maar er zijn ook veel vragen. De initiatiefnemers hebben de vragen in de initiatiefnota genoemd. Ik heb in het najaar van 2020 aan het Zorginstituut gevraagd om op een aantal van die vragen antwoord te geven. Ik heb hun specifiek gevraagd om bij het advies en de in de nota gestelde vragen deze initiatiefnota te betrekken. Het Zorginstituut levert het advies eind maart op. Ik heb van het Zorginstituut al gehoord dat de partijen die zij in de zorg spreken zéér enthousiast zijn over het lopende proces en graag meedenken over de toekomstige inzet van moleculaire diagnostiek. Daarom verwacht ik van het Zorginstituut niet zomaar een advies op dit thema, maar een rijk advies. Ik zeg wel, in de richting van mevrouw Van Brenk, dat ik denk dat er ook in dit advies nog vragen open zullen blijven, maar het bestaat wel degelijk uit een plan van aanpak hoe we dit verder vervolgen. Mijn advies aan de Kamer zou zijn, hoe jammer dat misschien ook voelt, om het advies af te wachten voordat we definitieve richtingen inslaan, omdat wat mij betreft de vorm, de organisatie, op de inhoud volgt. Eigenlijk vind ik het een beetje jammer, zeg ik heel eerlijk, dat het advies 31 maart komt, want die datum ligt net na de verkiezingen. Het zou natuurlijk heel mooi zijn als we het advies met de initiatiefnemers van deze nota zouden kunnen bespreken. Voorzitter. Er is vanuit de Kamer een aantal specifieke vragen in mijn richting gesteld waar ik graag antwoord op geef. Mevrouw Kuik vroeg waarom de diagnostiek vooral wordt ingezet bij mensen met uitzaaiingen en of dat met de bekostiging te maken heeft. Het klopt dat de bekostiging voor veel partijen een probleem is. Dat is precies de reden waarom ik het Zorginstituut heb gevraagd om de knelpunten rondom de bekostiging en de vergoeding van de moleculaire diagnostiek te inventariseren. Ik vind het van belang om dit advies goed te wegen. Als uit het advies naar voren

komt dat een aparte bekostigingstitel wordt ingeregeld, dan is het aan mij om daar de nodige vervolgacties aan te hangen. Ik zal dat dan ook doen. Uiteraard zal ik de Kamer daarover informeren.

Het interruptiedebat dat zojuist plaatsvond over hoe de diagnostiek en de bekostiging op elkaar inwerken, vond ik heel wezenlijk. In heel veel situaties is het geen probleem, maar als de ene kostenpost de andere belemmert, is dat iets om heel goed naar te kijken. Dat wil ik zeker doen. Dat is ook waarom ik dat aan het Zorginstituut heb gevraagd.

De voorzitter:

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

De heer Wörsdörfer (VVD):

Dat is natuurlijk prettig om te horen. De vraag daarbij is of in de opdracht om over dat model na te denken, ook rekening is gehouden met de vraag of de perverse prikkels op een andere manier invulling kunnen krijgen, zoals de initiatiefnemers zojuist aangaven. Wordt dat nadrukkelijk betrokken bij het kijken naar dat model?

Minister Van Ark:

Ik heb bij het Zorginstituut heel specifiek aandacht gevraagd voor de mogelijke knelpunten rondom de bekostiging en de vergoeding van moleculaire diagnostiek. Wat betekent het voor de bekostiging in de zorgpraktijk als je uitgebreider wilt diagnosticeren? Ik heb gevraagd om deze thematiek breed op te pakken. Wat hieronder ligt, is de discussie dat we naar de uitkomst van zorg willen kijken. Waar diagnose en bekostiging met elkaar samenhangen, is dat een heel relevant punt.

De voorzitter:

De Minister vervolgt.

Minister Van Ark:

Voorzitter. Mevrouw Kuik had een vraag over de regie en het tempo. Ik heb de kritische noten gehoord die de Kamer daarover heeft aangegeven, maar wat mij betreft ligt de regie om tot het advies te komen bij het Zorginstituut. Ik wil ook echt dat daar tempo wordt gemaakt. En waarom bij het Zorginstituut? Zij gaan uiteindelijk over de inhoud van het verzekerde pakket en over de doelmatige inzet van de middelen, maar ze kijken ook naar de doelmatigheid van de zorg. Wat zij ook heel goed kunnen doen, en dat doen ze ook via gesprekken met mensen in het veld, is in hun regierol het draagvlak voor het advies meenemen. Ze werken samen met de betrokken stakeholders. Daar zitten ook de deelnemers van het PATH-project in waarnaar de initiatiefnemers verwezen. Er is een kennisnetwerk dat ervoor wil zorg dragen dat je in iedere regio dezelfde kennis en toegang tot moleculaire diagnostiek hebt. Er is momenteel al een gedeelde infrastructuur voor kennis. Ook op andere terreinen in de zorg zie je dat als er kennis over een behandeling is, die snel is gedeeld, maar dat de hardware, de mogelijkheden tot onderzoek en de technische infrastructuur, op verschillende plekken is belegd. Ik ben het met de initiatiefnemers en mevrouw Kuik eens dat je een gelijk speelveld voor patiënten wilt en dat je dat in goede samenwerking kunt organiseren, waarvoor je de hele beroepsgroep nodig hebt.

De voorzitter:

Er is een vraag van mevrouw Kuik.

Mevrouw Kuik (CDA):

Volgens mij delen we allemaal dat we de postcodediagnostiek willen voorkomen. We zien echter dat het nu nog niet zo is en dat het nu nog niet op orde is. Wanneer gaan we dat wel voor het hele land op orde krijgen?

Minister Van Ark:

Ik herken de discussie uit andere debatten met de Kamer, waarin ik bijvoorbeeld met mevrouw Van den Berg een en ander heb gewisseld. Er gebeuren mooie dingen in de zorg, zoals goede innovaties en dingen die we hard nodig hebben. Dan ontstaat het probleem van opschalen. Daar zitten we nu eigenlijk in. We hebben dingen die mogelijk zijn en die willen we verbreden en voor iedereen mogelijk maken. We zouden dat uiteraard het liefst sneller willen, maar daar hebben we het Zorginstituut voor nodig. Als een betaaltitel wordt gemaakt, hebben we daar de NZa voor nodig. De infrastructuur moet worden ingericht. Dat is allemaal niet leuk en het is allemaal in de machinekamer, maar dat is wat die tijd kost. Dat is het opschalen waarover we met de Kamer al vele malen van gedachten hebben gewisseld. Dat is eigenlijk waarin we nu zitten. We hebben het hier over diagnostiek in den brede. Er zijn andere vormen van diagnostiek die al wel kunnen. Het gaat hier echter om een hele specifieke vorm. Als je in een bepaald ziekenhuis in behandeling bent waar die techniek niet voorhanden is, kun je worden verwezen. We willen dat de techniek voor iedereen beschikbaar is. Dat is de discussie waar we nu middenin zitten. Wat mij betreft is dit typisch een opschalingsdiscussie.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Kuik.

Mevrouw Kuik (CDA):

Dan is de vraag hoe snel we dat kunnen doen. Het is heftig als je een ziekte hebt. Je wilt dan op de best mogelijke manier worden geholpen. Het zou waardeloos zijn dat jij net in die regio woont waar ze daar minder verstand van hebben. Ik snap dat het Zorginstituut ermee bezig is, maar kan de Minister iets concreter aangeven wat de stip op de horizon is en wanneer we het in het hele land te zien krijgen?

Minister Van Ark:

Ik heb het Zorginstituut gevraagd om het advies 31 maart op te leveren. De voortekenen zijn dat het een rijk advies wordt waarin dit ook specifiek aan de orde is. Ik wil de acties die daaruit volgen terstond ter hand nemen. Je ziet op bepaalde onderdelen, bijvoorbeeld bij onbekende tumoren, dat het nu al breed gebeurt. Dus het kan al, maar we willen het uiteraard verbreden; dat zeg ik de initiatiefnemers na. Wat mij betreft zo snel mogelijk. Ik zal de Kamer naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut direct informeren. Ik denk dat ik dan ook meer over een tijdpad kan zeggen.

De voorzitter:

Er is een vraag van mevrouw Van Brenk.

Mevrouw Van Brenk (50PLUS):

Het rapport van het Zorginstituut komt op 31 maart. Kan de Minister bij benadering zeggen wanneer de betaaltitel voor dit onderwerp geregeld is?

Minister Van Ark:

Dat kan ik op dit moment niet zeggen, omdat ik niet weet wat het advies precies is. Het is overigens nu al wel mogelijk, maar het zit inderdaad in de huidige bekostiging, waardoor je situaties hebt dat het niet overal gebeurt. Dat herken ik met de initiatiefnemers. Ik vind het ook van belang, maar ik kan er niet op vooruitlopen. Wat ik de Kamer wel kan toezeggen, is dat ik het advies snel ter hand neem en de Kamer over de stappen informeer. De druk die de Kamer op dit proces zet, de druk op de ketel die u hier met z'n allen zet, voel ik ook. Die zorgt er bij mij voor dat ik het zo

snel mogelijk zal doen, maar ik kan er op dit moment geen termijn aan hangen.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Van Brenk.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Vanochtend was er een persbericht van het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis. Dat ziekenhuis gaat het nu aanbieden. Betekent dat dat een beperkt aantal patiënten toegang krijgt en een heleboel mensen dus niet? Ik kan me voorstellen dat het de Minister toch ook na aan het hart ligt dat een heleboel mensen dan naast het net vissen.

Minister Van Ark:

Jazeker. Het betoog van mevrouw Sazias raakte mij ook, omdat het een hele persoonlijke illustratie is van wat het met je doet als je met een ziekte wordt geconfronteerd. Je weet dat iets kan en stel je voor dat het er niet voor jou is. Dat raakt mij. Daar voel ik mij als Minister voor Medische zorg zeer aanspreekbaar op.

Tegelijkertijd hebben we hier te maken met iets nieuws: we willen het nu verbreden. We noemen het de vooravond, maar het is eigenlijk een nieuwe dag. Ik ben daarbij gebonden aan een aantal processtappen: uiteraard het advies van het Zorginstituut, maar ook de betaaltitel die vervolgens door de NZa moet worden gecreëerd. Dat kost tijd. In de tussentijd kan er steeds meer. Ik vind de kennisinfrastructuur in de beroepsgroep van groot belang, want als behandeling nog niet overal mogelijk is, kun je in de samenwerking wel doorverwijzen. Volgens mij is het goed om de druk erop te houden. We willen het zo snel mogelijk verbreden.

De voorzitter:

Dan is er nog een vraag van de heer Renkema.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Nog even over de dbc's, waar het in het interruptiedebat met de heer Veldman even over ging. De Minister zegt terecht dat ze op het advies wacht. Ik weet dat we een demissionair kabinet hebben, maar ik ben wel nieuwsgierig wat de Minister vindt van de gedachte om de D en de B los te knippen. We zitten in de huidige systematiek zo vast aan de combinatie van diagnostiek en de behandeling die meestal daarbij hoort, dat we het integraal vergoeden. Het zou goed zijn om dat los te maken. Is zij daar voorstander van?

Minister Van Ark:

Als je demissionair bent, past een bepaalde terughoudendheid. Ik ben in ieder geval blij dat de Kamer zo eensgezind is over het onderwerp waar we het vandaag over hebben. Ik hoef daarom volgens mij niet terughoudend te zijn als het advies straks komt. Dit is echter een heel breed vraagstuk. Daar past wel weer terughoudendheid. Als er belemmeringen zitten in de bekostiging van de verschuiving van medicatie naar diagnostiek, moeten we niet schromen om dat met elkaar te bespreken. Dat is een wezenlijk onderdeel van de adviesaanvraag aan het Zorginstituut. Hier ligt de discussie achter dat je niet meer voor de handeling betaalt maar voor de uitkomsten. Er zijn vele vormen van zorg waarbij deze problematiek minder of misschien zelfs niet speelt, maar in dit specifieke geval is het een thema waarin mogelijk een belemmering zit. Vandaar ook de aanvraag aan het Zorginstituut.

De voorzitter:

Afrondend, de heer Renkema.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Ik heb waardering voor het feit dat de Minister zegt dat zij een zorgvuldig proces wil doorlopen. Dat proberen we in Nederland altijd te doen. We hebben een Zorginstituut en een NZa, en er komt misschien een advies van de Gezondheidsraad. Dat leidt ertoe dat dit soort processen vaak heel veel tijd kosten, terwijl de ontwikkelingen ontzettend snel gaan. Zou de Minister nog eens op dat punt kunnen reflecteren? Ik vind zorgvuldigheid en het proces ook belangrijk, maar tegelijkertijd zit er ook een soort spanning tussen zo'n proces en het willen boeken van resultaten, in een veld waarin de onderzoekers zeggen dat er veel meer mogelijk is. Je proeft het ongeduld uit de position papers.

Minister **Van Ark**:

Herkenbaar. En terecht ook, denk ik, zeker als zo iets kan en het nog niet direct breed toepasbaar is. Tegelijkertijd: een van de dingen die het Zorginstituut bijvoorbeeld doet, is het draagvlak onder de zorgprofessionals meenemen, want je wilt dat het breed wordt gedragen. Maar het spanningsveld waar de heer Renkema het over had, dat is er. Laat ik het zo zeggen: de druk die de Kamer er nu op zet, helpt om straks op 31 maart, als het advies er is, direct aan de kabinetsreactie te gaan werken. Ik zal daar geen demissionaire terughoudendheid op voeren, want ik zie dat de Kamer zeer eensgezind is. Ik wil ook graag recht doen aan de nota van de initiatiefnemers.

Voorzitter. Mevrouw Kuik wees ook op de medisch-ethische kant. De initiatiefnemers hebben daar al het nodige over gezegd. Het is niet de eerste keer dat we op het thema diagnostische testen komen. Het verschilt per situatie hoe je daarmee omgaat. Ik herken wat mevrouw Sazias zei over de informatieplicht die de arts naar de patiënt heeft en dat de patiënt ook kan zeggen dat hij het niet wil weten. Het is vooral van belang dat de beroepsgroep hier goede afspraken over maakt en richtlijnen hierover opstelt. Dat gebeurt in andere situaties al, bijvoorbeeld bij de NIPT-test. Het allerbelangrijkste is dat je als patiënt goed bent geïnformeerd.

Mevrouw Sazias onderstreepte dat ook.

Voorzitter. De heer Van Gerven vroeg naar de effectiviteit van de methode. Hij zei dat het op papier eigenlijk heel logisch is, maar vroeg zich af hoe het in de praktijk gaat. Zoals de initiatiefnemers al zeiden, onderzoeken we momenteel in de WIDE-studie de effectiviteit van de brede test whole genome sequencing. We wachten de uitkomsten af. Het Zorginstituut kijkt momenteel samen met de behandelaren en de pathologen naar de plek van whole genome sequencing. Het is inderdaad van belang om daar praktijk en papier naast elkaar te zetten.

Mevrouw Kuik kaartte het thema volgens mij ook aan, maar de heer Van Gerven vroeg hoe we ervoor zorgen dat het voor iedereen beschikbaar komt en niet in het ene ziekenhuis wel en in het andere ziekenhuis niet.

Dat vraagstuk is expliciet onderdeel van de vragen die we het Zorginstituut hebben gesteld. Het gaat dan zowel om medisch-inhoudelijke vragen als ook om hoe we een en ander financieel kunnen borgen.

Voor de vragen over «bijvangst», zoals het werd genoemd, verwijs ik naar wat ik zojuist heb gezegd.

De heer Van Gerven vroeg nog of het onderzoek op dit gebied aan het onderzoekfonds kan worden gekoppeld, volgens het eerdere voorstel van mevrouw Van den Berg en de heer Van Gerven. Ik denk inderdaad dat het daarvan onderdeel zou kunnen uitmaken. Maar het laat onverlet dat er nu ook al mogelijkheden zijn om dit te financieren, bijvoorbeeld via ZonMw. De heer Renkema vroeg naar de betaaltitel. We hebben daar zojuist al een interruptiedebat over gehad. Ik wacht het advies van het Zorginstituut af, maar ik zal de Kamer zo snel mogelijk daarover informeren.

Er zijn op dit moment pilots voor specifieke patiëntgroepen – de heer Renkema vroeg daar ook naar – waaronder patiënten van wie de primaire

tumor onbekend is. De PTO-poliklinieken werken hieraan samen met de verschillende ziekenhuizen, dus we hoeven daar geen tijd te verliezen. Voorzitter. Ik meen dat ik daarmee de aan mij gestelde vragen heb beantwoord.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Ik zie nog een vraag van de heer Wörsdörfer.

De heer Wörsdörfer (VVD):

Ik had het voorbeeld gegeven van gelopen pilots die wellicht weer in beeld komen als je kijkt naar de razendsnelle ontwikkelingen van het goedkoper worden van het opstellen van die DNA-profielen. Ik wil heel graag weten wat de Minister daarvan vindt.

Minister Van Ark:

De bedoeling is om periodiek te gaan updaten. De initiatiefnemers vermeldden zojuist ook al dat de kosten naar beneden gaan, dus het is een relevante factor.

De voorzitter:

Dan zijn we daarmee gekomen aan het einde van de eerste termijn. Dat betekent dat ik wil doorgaan naar de tweede termijn. We hebben een derde van de spreektijd, maar dat is wel heel erg weinig, dus richt u voor de tweede termijn op een minuut. Ik kijk naar mevrouw Van Beukering. Zij is de eerste spreekster. Gaat uw gang.

Mevrouw Van Beukering-Huijbregts (D66):

Voorzitter, dank u wel. Ik denk dat de gedachtewisseling en de beantwoording vanochtend wel duidelijk hebben gemaakt hoezeer de hele Kamer naar dit onderwerp kijkt. Ik merk aan mijzelf hoe bijzonder ik het vind dat hier ook persoonlijke verhalen zijn gewisseld, dus dank daarvoor. Ik hoop dat als het rapport van het Zorginstituut eind maart komt, dat de versnelling gaat brengen waar we volgens mij allemaal om hebben gevraagd. Ik wil het hierbij houden en nogmaals de initiatiefnemers en ondersteuning hartelijk danken voor het op de agenda zetten van dit belangrijke onderwerp. Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van Beukering. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Kuik. Gaat uw gang.

Mevrouw Kuik (CDA):

Voorzitter. Ik sluit mij natuurlijk daarbij aan. Dank voor de beantwoording door de initiatiefnemers maar ook door de Minister. Goed om te horen dat de betaaltitel onderdeel van het onderzoek is. Ik ben ook blij dat de Minister zegt dat zij zich wat dat betreft niets van de demissionaire status aantrekt, dat ze aan de slag gaat en de Kamer heeft gehoord. Dat is fijn. Op het punt van de medisch-ethische kaders: de beroepsgroep moet een richtlijn opstellen. Ik neem aan dat dat ook gaat over het aan de voorkant al goed informeren, zodat mensen aan de voorkant weten waarvan ze eigenlijk iets wel of niet willen weten – ik denk dat dat wel belangrijk is – en niet op het punt als er al informatie beschikbaar is.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van Brenk voor haar tweede termijn. Gaat uw gang.

Mevrouw Van Brenk (50PLUS):

Voorzitter. Ik weet dat er al een vooraankondiging is van een VAO, dus volgens mij hoef ik dat niet meer aan te vragen. Maar ik kan me voorstellen dat het voor ons van belang is om toch zekerheid te hebben dat dit onderwerp prioriteit houdt en heeft, wie er straks ook terugkomt. Dat zou ik met een motie willen onderstrepen.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik het woord aan de heer Van Gerven. Gaat uw gang.

De heer Van Gerven (SP):

Voorzitter. Nog even kort een paar puntjes. Allereerst de constatering dat eigenlijk niemand hier voor postcodegeneeskunde is en dat we dus ervoor moeten zorgen dat als er een behandeling of nieuw diagnostisch onderzoek beschikbaar komt, het ook echt voor iedereen moet zijn die dat nodig heeft, los van welk ziekenhuis dan ook.

Ik zou nog wel graag een reactie van de Minister willen op de discussie over het pakket en de koppeling dat er pas iets bij kan komen als er ook iets uitgaat. Sommigen hebben gezegd dat dat niet wenselijk is. Wij willen dat ook niet koppelen, dus graag nog een reactie daarop.

Tot slot over de betaaltitel. De dbc is een erg bureaucratisch en onhandig gedrocht. We moeten voorkomen dat we het nog ingewikkelder maken, met nieuwe betaaltitels enzovoorts. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat het wel gebeurt maar dat we de betaling niet bureaucratischer en ingewikkelder maken?

Dat was het, voorzitter.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik nu het woord aan de heer Wörsdörfer voor de tweede termijn. Gaat uw gang.

De heer Wörsdörfer (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de indieners, en zeker ook dat zij met hun antwoorden nog eens onderstrepen hoe belangrijk de moleculaire diagnostiek is. Fijn dat we met z'n allen kunnen onderstrepen dat de ontwikkelingen zo snel gaan en dat dat allerlei mogelijkheden opent.

Ik ben blij met de antwoorden over de bekostiging. De Kamer is natuurlijk ongeduldig. Ik had liever dat het gisteren al was veranderd, maar dat kan niet. Dat begrijp ik ook wel. Ik vind het heel goed dat er wordt nagedacht over het model hoe je diagnoses bekostigt. Dat moet de reflectie geven op waar we staan. Je zou regelmatig moeten kijken of de ontwikkelingen weer een stap verder zijn, en of je nog eens moet kijken naar de wijze waarop je ervoor zorgt dat het veld daar nog eens extra inspanningen levert. Ik ben blij dat mevrouw Van Brenk een VAO daarvoor heeft aangevraagd. Dank voor nu voor de antwoorden.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan geef ik het woord aan de heer Renkema voor zijn tweede termijn. Gaat uw gang.

De heer Renkema (GroenLinks):

Voorzitter, dank u wel. Dank aan de initiatiefnemers en dank aan de Minister voor de antwoorden. Ik zei zonet al iets over dat dit soort processen vaak heel erg lang duurt. Ik vind dat we in de spiegel moeten kijken. Deze nota ligt er al heel erg lang. Vervolgens duurt het lang voordat er een reactie op komt en bespreken we hem nu pas. Ik hecht aan zorgvuldigheid in onze processen van beleidsvorming en beleidsuitvoering, maar we hebben het Zorginstituut, de NZa en de Gezondheidsraad en soms is een binnenbocht nodig. In die zin vind ik het jammer dat zo'n stap naar een concrete betaaltitel voor de wgs nog niet kan

worden genomen. Ik zou de Minister willen vragen in de tweede termijn iets meer te zeggen over waarom ze dat niet doet.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we daarmee aan het einde gekomen van de tweede termijn aan de zijde van de Kamer. Ik geef de initiatiefnemers het woord voor een reactie op de gestelde vragen. Ik constateer dat dat direct kan. Gaat uw gang, mevrouw Sazias.

Mevrouw Sazias (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. Ik ben heel blij dat de Kamer en de collega's allemaal eensgezind zijn en het belang en de urgentie hiervan inzien. Ook de Minister zegt dat te doen en dat zij haar demissionaire status, haar terughoudendheid, niet echt hoeft in te zetten door de druk van de Kamer. Dat is mooi.

Ik vond de suggestie van de heer Renkema om in deze gevallen de D van de BC los te koppelen heel interessant. Dat hoeft misschien niet overal, maar in het geval van de oncologie zou dat wellicht een hele goede suggestie zijn. En graag ook de binnenbocht voor de urgentie.

We moeten wachten op de brief van het Zorginstituut van 31 maart. Heel jammer dat die na de verkiezingen komt. We hopen dat we via een motie toch nog een extra versnelling voor de binnenbocht kunnen maken.

Dan rest mij tot slot niets meer dan de mede-indieners Joba van den Berg en Hayke Veldman maar, zoals ik al eerder zei, ook Inspire2Live en de Hartwig Medical Foundation te danken voor alle gezamenlijke hulp om deze belangrijke nota tot stand te brengen.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Ik kijk even naar de mede-initiatiefnemers of zij nog een kort woord willen zeggen. Mevrouw Van den Berg, gaat uw gang.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil in de eerste plaats de collega's danken voor al hun input maar ook voor hun steun, en de Minister voor de antwoorden. Ik proef bij de Minister dat ze wel tempo wil maken, maar ze zegt dat de regie en het tempo bij het Zorginstituut liggen. Ik hoop dat de Minister het toch wil stimuleren, ook gezien de steun uit de Kamer. Ook van mijn kant dank aan de collega's. Niet alleen aan collega Hayke Veldman, maar met name aan Leonie Sazias. Jij bent, zeg ik richting mevrouw Sazias, de leading lady geweest om dit te trekken, dus heel veel dank daarvoor.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Veldman.

De heer Veldman (VVD):

Voorzitter. Bij dat laatste kan ik mij aansluiten. Veel dank aan Leonie Sazias, die met deze initiatiefnota is gestart, en dat lijkt mij een hele goede zaak. Ik vind het heel fijn dat ik mijn bijdrage daaraan heb mogen leveren. Dank aan de leden voor hun inbreng. Dank aan de Minister voor haar beantwoording. Ik, en volgens mij de leden en mede-initiatiefnemers ook, zouden haar nog wel willen prikkelen. Ja, we moeten het proces zorgvuldig doorlopen, maar soms heeft een proces een beetje peper nodig, zodat het met een beetje vlam in de pijp toch snel tot een goed resultaat komt.

De voorzitter:

Dank u wel. Tot slot, de Minister.

Minister Van Ark:

Voorzitter, dank u wel. Er zijn nog een paar vragen, die ik probeer kort te beantwoorden.

Mevrouw Kuik had een vraag over de beroepsgroep, de medische kaders en of mensen aan de voorkant worden geïnformeerd. Dat wordt in het protocol gedaan, dus het antwoord daarop is «ja».

De heer Van Gerven vroeg zich af of als er iets in het pakket komt, er ook iets uitgaat. Dat is zeker geen automatisme. Ik mag gelukkig met enige regelmaat besluiten ondertekenen waardoor nieuwe, soms heel innovatieve medicijnen aan het pakket worden toegevoegd. Daar zit geen bijsluiter bij dat ik iets moet tekenen dat er iets uitgaat, dus daar ben ik alleen maar heel erg blij om.

De heer Renkema weet altijd de goede semantiek te vinden. Ik miste in zijn betoog vandaag overigens de filosoof, maar ik begrijp dat de filosoof het heeft afgelegd tegen de twee minuten. De heer Renkema had het over de binnenbocht die soms nodig is. Ik begrijp dat. Laat ik tegen de Kamer het volgende zeggen. Ik krijg straks het advies van het Zorginstituut. Ook een betaaltitel inregelen kost tijd, maar ik ga de ruimte opzoeken die er is en het tempo maken waartoe de Kamer mij aanzet.

Voorzitter. Tot slot wil ik de initiatiefnemers ontzettend bedanken voor het agenderen van dit zeer wezenlijke onderwerp. Ik hoop ook dat de Kamer hier prioriteit aan blijft geven.

Dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van dit algemeen overleg.

Ik heb een aantal mededelingen. Ik begin met de toezegging van de Minister.

– De Minister informeert de Kamer zo snel mogelijk nader over het advies van het Zorginstituut Nederland over de moleculaire diagnostiek zodra dat uiterlijk 31 maart 2021 is opgeleverd.

Mevrouw Sazias had volgens mij al een vooraankondiging gedaan, maar mevrouw Van Brenk geeft aan dat zij daar gebruik van wil maken. Wij zullen dit doorgeleiden naar de plenaire Griffie.

Het is wat ongebruikelijk dat we bij een initiatiefnota een algemeen overleg hebben, maar wellicht kunt u rekening houden met het indienen van de moties. De initiatiefnemers zitten donderdag niet in vak-K, dus dat we ons daar rekenschap van geven. De Minister is uiteraard wel aanwezig. Dan rest mij de initiatiefnemers zeer hartelijk dank te zeggen voor hun aanwezigheid, de beantwoording van de vragen en uiteraard het indienen van het initiatief. Zeer veel dank. Ik dank de Minister voor Medische zorg en haar ondersteuning. Ik dank de Kamerleden voor hun bijdrage in dit algemeen overleg.

Deze commissie gaat om 12.00 uur in deze zaal verder met de volgende initiatiefnota. Dat is ook een algemeen overleg. Het begint om 12.00 uur, dus wij kijken even welke leden weggaan en voor anderen plaatsmaken. Vervolgens zullen we de zaal reinigen en gaan we om 12.00 uur weer verder. Ik sluit de vergadering, met dank aan iedereen die dit mogelijk heeft gemaakt.

Sluiting 11.19 uur.