

Vergaderjaar 2022–2023

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 828

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT

Vastgesteld 13 april 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 22 maart 2023 overleg gevoerd met de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 juni 2022 inzake mitigerende maatregelen onderkant geneesmiddelenmarkt Wgp en GVS (Kamerstuk 29 477, nr. 764);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 juni 2022 inzake dreigend tekort Actilyse en Metalyse (Kamerstuk 29 477, nr. 763);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 juni 2022 inzake financiering van geneesmiddelenontwikkeling (Kamerstuk 29 477, nr. 765);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2022 inzake aanpak oneigenlijk gebruik ADHD-medicatie (Kamerstuk 29 477, nr. 773);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 juli 2022 inzake evaluatierapport programma Goed Gebruik Geneesmiddelen 2012–2022 (Kamerstuk 29 477, nr. 775);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 juli 2022 inzake reactie op petitie Vereniging Afbouwmedicatie en Stichting Opiaten Afbouwen over afbouwen van psychoactieve medicatie (Kamerstuk 29 477, nr. 782);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 augustus 2022 inzake evaluatierapport van voorwaardelijke toelating weesgeneesmiddelen, conditionals en exceptionals (Kamerstuk 29 477, nr. 783);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 september 2022 inzake reactie op verzoek commissie over de petitie van het Aidsfonds en meerdere organisaties over de toegankelijkheid van prep (Kamerstuk 29 477, nr. 785);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 september 2022 inzake uitstel GVS-modernisering (Kamerstuk 29 477, nr. 786);**

- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 november 2022 inzake antwoorden op vragen commissie over de reactie op verzoek commissie over de nieuwe documentaire Remco vs. Pharma (Kamerstuk 29 477, nr. 784) (Kamerstuk 29 477, nr. 787);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 augustus 2022 inzake reactie op verzoek commissie over de nieuwe documentaire Remco vs. Pharma (Kamerstuk 29 477, nr. 784);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 november 2022 inzake reactie op verzoek commissie op petitie «Behoud de keuzevrijheid voor insuline bij diabetes type 1» door DON (Kamerstuk 29 477, nr. 788);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 november 2022 inzake sluis kandidaten eerste helft 2023 (Kamerstuk 29 477, nr. 790);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 november 2022 inzake antwoorden op vragen commissie over het kabinetsbesluit Pallas (Kamerstuk 33 626, nr. 16) (Kamerstuk 33 626, nr. 17);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 september 2022 inzake kabinetsbesluit Pallas (Kamerstuk 33 626, nr. 16);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 december 2022 inzake reactie op verzoek commissie over de petitie voor gebruiksvriendelijke medicijnverpakkingen (Kamerstuk 29 477, nr. 792);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2022 inzake onderzoeken leveringszekerheid medische producten en beleid 2023 (Kamerstukken 29 477 en 32 805, nr. 794);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2022 inzake faillissement InnoGenerics (Kamerstuk 29 477, nr. 795);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 januari 2023 inzake antwoorden op vragen over de actualiteitenbrief bloedvoorziening 2022 (Kamerstuk 29 447, nr. 81);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 november 2022 inzake actualiteitenbrief bloedvoorziening 2022 (Kamerstuk 29 447, nr. 79);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 januari 2023 inzake reactie op verzoek commissie op de petitie Geef ALS-patiënten toegang tot medicijnen, ze hebben namelijk geen enkel alternatief (Kamerstuk 29 477, nr. 796);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 januari 2023 inzake gebruik uitzondering artikel 2.25 lid 2 Comptabiliteitswet 2016 ten behoeve van het Pallasproject (Kamerstukken 33 626 en 36 200 XVI, nr. 20);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 januari 2023 inzake doorstart InnoGenerics door Ofichem Groep (Kamerstuk 29 477, nr. 797);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 januari 2023 inzake toezeggingen, gedaan tijdens het plenaire debat op 18 januari 2023, over de Verzamelwet VWS 2022 (Kamerstuk 36 002) (Kamerstuk 36 002, nr. 20);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 januari 2023 inzake wijziging beleidsregels voor de toepassing van de sluis voor dure geneesmiddelen op grond

- van artikel 2.4a van het Besluit zorgverzekering (Kamerstuk 29 477, nr. 798);
- de brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 3 februari 2023 inzake bevindingen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over het middel esketamine-neusspray (Kamerstukken 25 424 en 29 689, nr. 645);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 februari 2023 inzake rapport Opbrengsten huidige R&D-ecosysteem: analyse aantal marktintroductions geneesmiddelen vanaf 1995 (Kamerstuk 29 477, nr. 799);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 februari 2023 inzake heruitgifte van dure geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 800);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 februari 2023 inzake werkagenda gezamenlijk beleidsadvies van NZa, Zorginstituut en ACM (Kamerstuk 29 477, nr. 801);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 maart 2023 inzake voortgang medicinale cannabisbeleid (Kamerstuk 29 477, nr. 802);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 maart 2023 inzake voortgang expertisecentrum FAST en afronding LSH-actieprogramma;
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 maart 2023 inzake verantwoord afbouwen van medicatie (Kamerstuk 29 477, nr. 805);
 - de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 maart 2023 inzake stand van zaken verzekerde toegang voor patiënten tot nieuwe geneesmiddelen (doorlooptijden) (Kamerstuk 29 477, nr. 804).

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

De voorzitter van de commissie,
Smals

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Smals
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Van den Berg, Bushoff, Ellemeet, Den Haan, Hijink, Maeijer, Paulusma, Van der Plas, Smals en Tielen,

en de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 10.00 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen. Welkom allemaal bij de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, voor het commissiedebat over het geneesmiddelenbeleid. Hartelijk welkom aan de Minister en zijn ondersteuning. Hartelijk welkom aan de collega's, de mensen op de publieke tribune en de mensen die thuis zitten te kijken.

Wij zitten strak in de tijd en hebben exact tot 14.00 uur, want daarna wordt de zaal weer gebruikt en wij hebben zelf ook nog een procedurevergadering. Ik wil daarom voorstellen om in totaal zes interrupties toe te staan. Als het heel goed gaat, dan worden het er natuurlijk meer, maar als het niet goed gaat, kan ik dat aantal misschien ook nog beperken. Weest u daar dus zuinig mee en weest u vooral kort, alstublieft. Ik vraag ook de Minister om kort te zijn in zijn antwoorden, dan halen we het voor 14.00 uur.

We hanteren vier minuten spreektijd per fractie en we beginnen met mevrouw Van der Plas namens BBB. Aan u het woord.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Voorzitter, dank u wel. En goedemorgen en welkom ook namens mij aan de volle tribune.

Voorzitter. Ik doe deze inbreng mede namens mevrouw Pouw-Verweij van JA21, die vandaag helaas verhinderd is.

Voorzitter en inwoners van Nederland. Het zal je maar gebeuren: je hebt een aandoening en gebruikt daarvoor medicatie die goed werkt, maar je medicijn is op, je krijgt een herhaalrecept en je krijgt een ander doosje mee naar huis. De apotheker zegt dat je je geen zorgen hoeft te maken, want dit medicijn heeft exact dezelfde werking en samenstelling als het eerdere medicijn. Maar na twee weken wordt de patiënt alleen maar slechter. Er volgt een huisartsbezoek, een labonderzoek, een nieuwe dosering, weer een labonderzoek, weer een andere dosering en na een paar weken voelt de patiënt zich weer oké. Het derde labonderzoek laat zien dat de bloedwaarden goed zijn; drie labonderzoeken, twee apotheekbezoeken, een huisartsbezoek en twee belletjes met de huisarts later, en dat allemaal vanwege het zogenaamde preferentiebeleid.

Voorzitter. Ik vind dit echt zo dom: omdat de zorgverzekeraar een kwartje kan verdienen op het medicijn, geven we aan de andere kant honderden euro's meer uit. En zoals gewoonlijk mag de huisarts het dan weer oplossen. Wie zich verdiept in de belabberde werking van ons geneesmiddelenbeleid komt steeds weer uit op de kwalijke rol van zorgverzekeraars. Zij voeren preferentiebeleid en ik citeer even wat de Bond van Groothandelaren in het Pharmaceutische Bedrijf daarover zegt. «Wat op maandag is aangewezen, kan dinsdag iets anders zijn en op vrijdag weer worden teruggedraaid.»

Voorzitter. Dit beleid moet echt stoppen en ik wil graag weten hoe de Minister hiertegen aankijkt. De verzekeraars leggen boetes op als een generiek medicijn niet geleverd kan worden en deze boetes zijn soms vele malen hoger dan de totale gebruikskosten van het betreffende geneesmiddel voor de verzekeraar. Ik wil de Minister vragen welk doel dit dient. Het leidt ertoe dat groothandels besluiten om deze generieke medicijnen

dan maar uit het assortiment te halen, om het risico op een torenhoge boete te ontlopen. Dit lijkt mij zeer onwenselijk. Graag een reactie van de Minister daarop.

We hebben in Nederland beleid voor maximumprijzen op geneesmiddelen, maar hoe is de Europese samenwerking op dit gebied? Zou dit niet juist binnen de Europese Unie moeten worden opgepakt? Daarnaast krijg ik signalen dat de clustering in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem, het GVS, niet goed is. Is de Minister bereid om met het zorgveld naar die clustering te kijken?

Voorzitter. Dan wil ik het nog hebben over ALS, een afschuwelijke zenuwziekte die iedereen hier waarschijnlijk wel kent. Onlangs was de ALS Sunrise Walk, een tocht van 25 kilometer in de nacht waarmee 2.000 deelnemers een bedrag van € 726.000 hebben opgehaald: een superprestatie. Een van de teams die meeliepen was het team Hello Kitty, een team dat opgericht is vanuit de spoedeisende hulp in Uden voor hun collega Kitty. Kitty is 51 jaar en weet nu bijna drie jaar dat ze ALS heeft. De gemiddelde levensverwachting voor ALS na de diagnose is drie jaar. In het tweede kwartaal van 2023 wordt goedkeuring door de EMA verwacht voor een geneesmiddel dat het leven van een ALS-patiënt met elf maanden kan verlengen. Op een gemiddelde levensverwachting van drie jaar na de diagnose is dat enorme winst. Tijd die familie en vrienden nog samen kunnen doorbrengen; kostbare tijd. De ALS patiëntenvereniging heeft de Minister om hulp gevraagd omdat de tijd die het kost om een geneesmiddel in Nederland vergoed te krijgen, veel langer is dan in andere landen. In die tijd zullen 700 ALS-patiënten komen te overlijden. Voorzitter. Ik heb de reactie van de Minister op dit verzoek gelezen, maar word daar weinig wijzer van. Volgens de Minister zijn er wel mogelijkheden, maar vooralsnog zie ik niets gebeuren. Ik wil de Minister daarom vragen: help deze mensen concreet! Ze vragen uw hulp en ze hebben u nodig. Gun mensen als Kitty, maar ook nog vele anderen, nog elf maanden extra met hun familie. Ze vragen niet om geld, ze vragen om snellere procedures. En daar kan de Minister voor zorgen. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van der Plas. Dan gaan we door naar mevrouw Den Haan namens de Fractie Den Haan.

Mevrouw Den Haan (Fractie Den Haan):

Dank u wel, voorzitter. Vorig jaar is er een motie van mij aangenomen met het verzoek om de doorlooptijd van medicijnen in de sluis te verkorten, maar tot nog toe zijn we daar weinig mee opgeschoten. In de beantwoording van mijn Kamervragen zegt de Minister dat hij niet meer in detail wil treden over de wijze waarop die doorlooptijden tot stand komen, maar wat mij betreft is dat juist wél heel belangrijk. Volgens de Minister kunnen partijen elkaar dan de bal gaan toespelen, en ik wil hem vragen om uit te leggen op grond waarvan hij dat denkt. Wat mij betreft is het wél nodig om precies te weten hoe die doorlooptijden tot stand komen. Maak het maar transparant!

En over transparantie gesproken: waarom duurt het zo lang voordat het dashboard dat de Minister zou gaan ontwikkelen, er is? Daar wachten we nu ook al een jaar op. Zoals het er nu naar uitziet, komt dat dashboard er pas in de tweede helft van het jaar. Graag een reactie van de Minister. Verder wil ik graag weten hoe de Minister het houdbaar acht dat farmaceuten middelen die in de sluis zitten, gratis blijven aanbieden. Steeds meer middelen zijn bestemd voor hele kleine patiëntgroepen. Hoe houdbaar is het dan om ervan uit te gaan dat farmaceuten deze om niet kunnen blijven aanbieden? En als dat niet meer houdbaar is, wat is dan het alternatief? In onder andere Frankrijk en Duitsland worden middelen die in de sluis zitten, tegen een acceptabele prijs aangeboden. Een

verrekening zou eventueel achteraf kunnen plaatsvinden. Ik heb het al eerder gevraagd, maar zou de Minister toch nog eens kunnen kijken of een dergelijke regeling ook voor Nederland mogelijk is? En zou het ook een idee zijn om een loket te openen waarbij bijvoorbeeld kleine farmaceuten te rade kunnen gaan over wat voor hun product, hun weesgeneesmiddel, de beste en snelste weg naar de patiënt zou kunnen zijn? Dat zou namelijk heel veel vertraging kunnen voorkomen.

Ten aanzien van medicatiebeoordelingen geeft de Minister in zijn brief aan dat jaarlijks tienduizenden ouderen in het ziekenhuis terechtkomen als gevolg van verkeerd medicijngebruik, bijvoorbeeld doordat een medicijn in combinatie met een ander medicijn contraproductief werkt. Begin deze maand kwam uit een onderzoek van de Patiëntenfederatie naar voren dat een op de zes mensen zonder overleg met hun arts medicijnen blijft doorslikken. Ik heb hier ook al eerder naar gevraagd, en dan specifiek voor ouderen van 75 jaar of ouder die meerdere medicijnen slikken. In hoeverre krijgen deze ouderen, die tien of meer medicijnen slikken, conform de richtlijnen ook regelmatig een medicatiebeoordeling? En hoe zit dat met mensen die jonger zijn dan 75 jaar? Ik wil toch echt vragen of de Minister een gesprek wil aangaan met de apothekers om te kijken hoe mensen die langdurig meerdere medicijnen slikken, vaker een vorm van een medicatiebeoordeling of begeleiding kunnen krijgen. Apothekers zien echt in dat zij een steeds belangrijke taak krijgen bij het begeleiden van mensen rondom medicijngebruik, maar dan moet er wel met hen gesproken worden over de manier waarop zij hun extra zorgtaken kunnen vormgeven. Is de Minister daartoe bereid?

Wil de Minister in dat kader ook eens kijken naar de herhaalreceptlijnen? Nu al ligt het beheer van deze lijnen veelal bij de apothekers, die daar ook de expertise voor hebben. Wellicht is het een idee om daarin één lijn te trekken: alle herhaalrecepten via de apotheek. Dan voorkom je ook verkeerde combinaties van geneesmiddelen. Graag ook hierop een reactie van de Minister.

De voorzitter:

Mevrouw Den Haan, er is een tweetal vragen. Er is een vraag van mevrouw Paulusma en er is een vraag van mevrouw Ellemeet. Eerst mevrouw Paulusma.

Mevrouw Paulusma (D66):

Mevrouw Den Haan had het in het begin van haar verhaal over de sluis, over voorbeelden uit het buitenland en over de mogelijkheid om medicijnen eerder op de markt te laten komen. Ik lees die verhalen ook. Maar ik lees ook de verhalen van specialisten, die zeggen: laten we nou vooral ook terughoudend zijn. Laten we vooral medicijnen gebruiken waarvan het effect echt bewezen is, maar laten we ook terughoudend zijn in wat we mensen in bepaalde fasen van hun leven nog aanbieden. Ik vind dat best een ingewikkelde worsteling. Ik ben benieuwd hoe mevrouw Den Haan kijkt naar het snel en wellicht met minder onderzoek op de markt brengen van medicijnen, maar ook naar het appel vanuit de zorg om weloverwogen en ook terughoudend met medicijnen om te gaan, zeker bij mensen in een bepaalde fase van het leven.

Mevrouw Den Haan (Fractie Den Haan):

Ik denk dat het altijd goed is om terughoudend met medicijnen om te gaan, maar deze medicijnen worden al gratis aangeboden aan bepaalde patiëntgroepen door bepaalde fabrikanten. Doordat de doorlooptijden zo ongelofelijk lang zijn, neemt de houdbaarheid af. Dat betekent dat bepaalde medicijnen, zeker in het geval van kleine volumes, dus voor kleine patiëntgroepen, wellicht niet meer gratis worden aangeboden. Dan denk ik dat deze patiënten helemaal een probleem hebben. Ik ga ervan uit dat onze artsen en zorgprofessionals niet iets voorschrijven wat geen

effect en geen zin heeft en wat niet de kwaliteit van leven verbetert. Mij gaat het erom dat die medicijnen beschikbaar blijven. Het is ook nog eens zo dat als medicijnen in die sluis zitten, er geen reclame voor gemaakt mag worden. Dat betekent dat sommige dokters wel van het bestaan weten en andere niet. Dus als je geluk hebt, schrijft de dokter die jij hebt wel de medicijnen voor en als je geen geluk hebt niet. Ik denk dat dat anders moet. Ik denk dat de doorlooptijden echt naar beneden moeten om dit in ieder geval te behouden. Je kunt niet eindeloos doorgaan met vragen aan farmaceuten om hun medicijnen gratis aan te bieden.

De voorzitter:

Een tweede vraag, mevrouw Paulusma? Gaat u uw gang.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik vroeg mevrouw Den Haan naar die worsteling. Je kunt als patiënt ook het geluk hebben dat je arts niet iets voorschrijft omdat je arts met jou een ander gesprek is aangegaan en niet de experimentele kant op wil of niet grijpt naar een medicijn waarvan we het effect nog niet kennen met elkaar. Ik ben benieuwd wat mevrouw Den Haan vindt van juist die worsteling, het geluk dat je kunt hebben als patiënt als je het niet krijgt voorgeschreven maar een ander aanbod krijgt, even los van de belangen die hier spelen. Dat laatste hoor ik u ook zeggen. Ik heb het vooral over de patiënt en of het de patiënt ten goede zou kunnen komen.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Nogmaals, ik denk dat wij onze artsen moeten vertrouwen. Onze dokters schrijven niet iets voor waarvan zij denken dat het nog zo ongelofelijk experimenteel is en niet zal werken. Ik voel die worsteling dus eerlijk gezegd wat minder dan mijn collega van D66.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Ellemeet?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik wil even terugkomen op het punt dat met name oudere en soms ook jongere patiënten risico's lopen door het tegelijkertijd gebruiken van verschillende medicatie. Mevrouw Den Haan zegt terecht dat we zouden moeten kijken ... Is dit de lange bel?

De voorzitter:

Dit is de lange bel. U mag even wachten. Dan kunnen we even nadenken over van alles. Misschien is het een idee om vaker een minuut na te denken. Mevrouw Ellemeet, aan u weer het woord nu de bel is gestopt.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik zal even opnieuw beginnen. Mevrouw Den Haan zei: wellicht lopen mensen risico's omdat ze verschillende medicijnen door elkaar gebruiken en daarover moeten ze goed worden geadviseerd. Daar ben ik het uiteraard helemaal mee eens. Het heeft denk ik ook te maken met de relatie huisarts-apotheek, die daarin beiden een rol hebben. We zien dat de huisartsen enorm onder druk staan en heel veel werk hebben. Ik zou het interessant vinden om daar eens naar te kijken: kunnen we een deel van die druk – het zal een klein deel zijn, maar toch – niet wegnemen door apothekers meer te laten doen als het gaat om vragen rond medicijnen? Ik heb het antwoord nog niet, maar ik denk dus ook aan de werkdruk bij huisartsen en de rolverdeling tussen apothekers en huisartsen. Is mevrouw Den Haan het met mij eens dat het interessant is om dit te onderzoeken, juist ook omdat het in het belang is van de patiënt en mogelijk ook een deel van de werkdruk bij huisartsen wegneemt?

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ja, zeker. Ik ben dat uiteraard met collega Ellemeet eens. Ik denk dat de druk bij de huisartsen enorm is, maar voor de apothekers begint die werkdruk langzaam ook op te lopen. De apothekers zien hun rol toenemen als het gaat om het begeleiden van mensen met meerdere medicijnen. Dat vinden ze ook prima, dat doen ze ook graag, maar ook bij hen moet er dan wel gekeken worden hoe zij die extra zorgtaken gaan behappen. Het is dus en-en, denk ik.

De voorzitter:

Gaat u alstublieft verder met uw betoog, mevrouw Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ik was aan het afronden.

Per 1 januari zou er een nieuwe financieringssysteem voor de bekostiging van brede moleculaire diagnostiek worden ingevoerd. Ik krijg signalen dat die systematiek nog niet is geïmplementeerd en dat er dus patiënten zijn die niet de behandeling krijgen die wel zinvol voor ze zou kunnen zijn. De Minister geeft aan dat er al jaren een betaaltitel is, maar ik krijg toch signalen dat medisch specialisten niet weten waarvoor ze die moeten en kunnen inzetten en dat ziekenhuizen de onderhandelingen over de vergoedingen rondom moleculaire diagnostiek nog niet helemaal voeren. Hoe kan dat en wat kan de Minister daaraan doen?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Den Haan. Dan is het woord aan mevrouw Van den Berg namens het CDA.

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

Dank u wel, voorzitter. In 2022 waren ruim 1.500 geneesmiddelen een kortere of langere tijd niet beschikbaar. Dit leidde tot veel stress en had grote gevolgen voor patiënten maar ook voor artsen en apothekers. In de brief van vorige week schrijft de Minister dat hij wat wil doen om die geneesmiddelenkortingen aan te pakken. Ik ben daar blij mee, want in 2019 had ik al een actieplan geneesmiddelenkortingen, maar ik mis in de brief van de Minister toch echt wat concrete maatregelen die onzes inziens snel genomen kunnen worden. Vandaar dat ik een initiatiefnota ga presenteren, via de bode, aan de Minister. Uiteraard heb ik ook een exemplaar voor de collega's bij me.

De voorzitter:

Dank u wel. Die zal verspreid worden. Gaat u verder.

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

Voorzitter. Wat het CDA betreft is de verhouding tussen de uitgaven en de vergoeding voor de generieke geneesmiddelen, dus die uit het patent zijn, en de gespecialiseerde geneesmiddelen, de spécialités, helemaal scheefgegroeid. In de nota doe ik diverse voorstellen om de beschikbaarheid te verbeteren en om daarmee ook magistrale bereiding aantrekkelijker te maken, zoals ik bij de behandeling van de Verzamelwet VWS al heb aangekondigd. Ik vind het goed om te lezen dat de Minister kijkt naar die doorgeleverde bereiding, of in ieder geval naar de kaders daarvan. Maar in de brief spreekt de Minister ook over de «voorraadverplichting». Ik hoor uit het veld dat die gewoon niet gaat werken. Dus graag een reactie daarop.

Voorzitter. Bij het begrotingsdebat heb ik ook aandacht gevraagd voor farmacogenetica. Met een enzymtest kan worden bepaald of een geneesmiddel effect heeft en of er bijwerkingen zijn. Recentelijk verschenen er positieve resultaten van een internationale studie door het

Leids Universitair Centrum. Bij patiënten bij wie de dosering wordt afgestemd, ondervindt 30% minder bijwerkingen. Op basis van mijn motie kijkt de Minister bij de quickscan DNA-visie naar de voor- en nadelen van zo'n farmacogenetisch paspoort, maar mijn vraag is of hij ook wil kijken naar een pilot met farmacogenetica voor hoogrisicogroepen.

Voorzitter. Dan Sanquin bloed en plasma. Plasma is de grondstof voor medicijnen bij ruim 100 ziektes en aandoeningen, zoals auto-immuunziektes. Soms kunnen mensen het plasma zelf toedienen in een spier, maar inspuiten in de ader moet gebeuren door de wijkverpleging. Uit het veld hoor ik dat er zorgverzekeraars zijn die die wijkverplegingszorg nu niet meer vergoeden, waardoor mensen in het ziekenhuis terechtkomen met veel duurdere zorg. Dat staat haaks op de afspraken van het Integraal Zorgakkoord. Is de Minister bereid tot een gesprek met zorgverzekeraars?

Voorzitter. Van mensen die afhankelijk zijn van bloedproducten, horen wij dat er veel bijna-besmettingen zijn bij Sanquin. Als er echt iemand besmet is, wordt dat gerapporteerd – dat gebeurt gelukkig maar zelden – maar die bijna-besmettingen zijn niet transparant. Om dat te voorkomen moet het bloed nog veel beter gezuiverd worden. Ze zien namelijk regelmatig dat mensen blijkbaar de vragenlijst om veilig bloed te kunnen leveren, niet helemaal in hebben gevuld met alle details.

Voorzitter. Tot slot het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Wat gaat er nu echt gebeuren? Mevrouw Van der Plas vroeg daar ook al naar. Het huidige systeem is 25 jaar oud, dus alle steun voor vernieuwing en modernisering daarvan. Maar ik krijg steeds meer signalen dat er geen nieuwe clusters worden gemaakt en dat het dus niet echt wordt gemoderniseerd, maar dat men alle medicijnen in bestaande clusters gaat stoppen. Dat gaat als gevolg hebben dat bijvoorbeeld lagere sterkten niet meer beschikbaar zijn en dat mensen gaan kiezen voor veel duurdere opties en dus ook voor medicijnen die helemaal niet goed voor ze zijn. Zou de Minister dat in een brief kunnen toelichten en wat uitgebreider in kunnen gaan op de vraag wat hij nu echt van plan is?

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Er is een vraag van mevrouw Ellemeet. U kwam wat later binnen, mevrouw Ellemeet, maar we hebben afgesproken om zes interrupties in totaal te doen, zowel bij elkaar als bij de Minister. Gaat uw gang, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik wil even terugkomen op die voorraad. Mevrouw Van den Berg zegt terecht: er kan wel een voorraadverplichting zijn, maar die komt niet van de grond. Dat heeft natuurlijk alles te maken met de kosten en baten. Hoeveel kost zo'n opslag? Wat krijg je voor die medicijnen? Dat is natuurlijk best wel een wezenlijk probleem. Ik vraag me af of mevrouw Van den Berg het met me eens is dat het interessant is om te bekijken of er een gezamenlijke investering gedaan moet worden om de voorraad voor elkaar te krijgen. Ook de zorgverzekeraars hebben natuurlijk een zorgplicht, dus zij moeten ook zorgen dat die medicijnen beschikbaar zijn, dat er een voorraad is. Hoe kijkt mevrouw Van den Berg daarnaar? Om de voorraad te financieren moeten we misschien de handen ineenslaan. Zouden de verzekeraars daar ook een rol in kunnen vervullen?

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Misschien is die voorraadverplichting toch wel voor een deel, zoals ik dat noem, symptoombestrijding, want de echte oorzaak ligt wat ons betreft bij het volgende. Meer dan 70% van het complete volume dat wij met elkaar gebruiken, wordt gevormd door generieke medicijnen, maar hun deel in de kosten is maar iets van ruim 20%. Er zijn generieke medicijnen waarvan maar heel kleine hoeveelheden zijn. Als de fabrikant maar iets te

laat is met melden, krijgt die een grote boete. Vanmorgen stond daar ook weer een artikel over in Het Financieele Dagblad. Dan denkt de fabrikant: ik haal dat product maar van de Nederlandse markt, want mijn risico's zijn gewoon te groot en ik kan er helemaal geen fatsoenlijke prijs voor krijgen. Een land als Duitsland, dat heel veel meer inwoners heeft dan Nederland, biedt gewoon een betere prijs voor die basismiddelen, voor die generieke middelen. Volgens ons – dat heb ik ook in mijn initiatiefnota beschreven – is de vraag: kan de Minister bekijken hoe de prijssetting in Nederland is van die generieke geneesmiddelen ten opzichte van landen om ons heen, zoals Duitsland en België? We zien natuurlijk dat de vraag groter is dan het aanbod en steeds groter wordt, ook door de vergrijzing. We hebben met elkaar meer medicatie nodig. Dan zijn er soms aanbodproblemen vanwege de logistiek, vanwege een issue in de productie zelf, maar soms ligt het aan de keuze van de fabrikant om het niet te leveren aan een land dat een lagere prijs biedt dan Duitsland. Vandaar onze vraag daarover.

De voorzitter:

Dank u wel. Was er nog een vraag? Nee. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Paulusma, namens D66.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dank u wel, voorzitter. Gezond zijn is niet voor iedereen vanzelfsprekend. Veel Nederlanders zijn ook afhankelijk van geneesmiddelen. Als een medicijn niet beschikbaar is, omdat er een tekort aan is, of omdat er nog moet worden onderzocht of we die behandeling in Nederland wel willen vergoeden, kan dat heel veel zorgen opleveren, in de eerste plaats voor patiënten. Die zorgen zijn ook terecht, want het gaat hier om een product of een middel waardoor je gezond door het leven kan, of in ieder geval wat beter dan de dag daarvoor. Het is mij er dan ook alles aan gelegen om die zorgen weg te nemen en ook bespreekbaar te maken.

Voorzitter. Bij een spreektijd van maar vier minuten voor zo'n groot onderwerp moet ik mij helaas beperken tot drie punten, namelijk generieke geneesmiddelen, nieuwe geneesmiddelen en dure geneesmiddelen.

Voorzitter. Afgelopen november heb ik in het Amsterdam UMC gesproken met mensen die al jaren kampen met een heftige verslaving aan opioïden. Er was een meneer die na een simpele knieoperatie niet goed op de hoogte was van de risico's van het langdurig slikken van pijnstilling. Dat leidde tot een heftige verslaving. Daardoor kon deze meneer niet meer werken, met alle gevolgen van dien, zowel fysiek als mentaal en financieel, voor hem maar ook voor zijn gezin. Ook andere medicatie, zoals slaapmedicatie, verliest effect na langdurig gebruik. Zo zijn er veel Nederlanders die niet alleen onnodig medicijnen slikken, maar dus ook met heel veel risico's. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat patiënten beter geïnformeerd worden over deze gevaren? Hoe kunnen we hen helpen om veilig af te bouwen wanneer dat nodig is? Ik heb hier met collega Den Haan meerdere keren aandacht voor gevraagd. Ik zie de brieven van de verschillende partijen die zich hiermee bezighouden. Ik zie nog niet dat we er heel veel vooruitgang in boeken, dus ik hoor graag een reactie van de Minister.

Terugkomend op dat opioïdengebruik: is de Minister het er ook mee eens dat er hierover meer maatschappelijke en wetenschappelijke kennis nodig is en dat er meer bewustzijn moet zijn over het veilige gebruik van opioïden? Hoe gaat de Minister zich hiervoor inzetten?

Voorzitter. Als we het hebben over generieke medicijnen, wil ik uiteraard ook stilstaan bij de tekorten. Wij moeten aan veel knoppen draaien om deze tekorten aan geneesmiddelen tegen te gaan. Hierin wil ik met name de afhankelijkheid van grondstoffen uit landen buiten Europa, zoals China, benadrukken. Vraagt dit niet om een nieuwe houding ten opzichte van onze systeemrivaal China? We sturen in Europa al jaren actief op

leveringszekerheid van voedsel binnen de EU. Zou dit ook voor de geneesmiddelenproductie een optie zijn? Ik ben heel blij dat BBB heel positief is over de samenwerking binnen Europa en ik ben ook benieuwd naar de reactie van de Minister.

Europa speelt op het gebied van het geneesmiddelentekort een belangrijke rol en dat is ook het geval bij het onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen. De vraag sluit helaas niet overal aan op het aanbod. Zo zijn er ziektes waarvoor er geen geschikte behandelingen zijn. Dat is bijvoorbeeld het geval bij zeldzame ziektes met misschien een kleine patiëntenpopulatie in Nederland maar een iets grotere patiëntenpopulatie in Europa. Hoe zet de Minister erop in om onderzoek naar dergelijke behandelingen te stimuleren in Europees verband zonder dat we als Nederlandse samenleving drie keer betalen voor hetzelfde medicijn?

De oplopende prijzen van dure behandelingen hebben een fors aandeel in de toename van de zorgkosten. Zo stijgt de uitgave aan dure geneesmiddelen tussen 2021 en 2026 met circa 1 miljard. Wat D66 betreft moeten we in Europees verband echt aan de slag met het afdwingen van eerlijke prijzen, maar ook met de transparantie van die prijzen. Tegelijkertijd wil ik ook bespreekbaar maken wat we ervoor overhebben. Eerder heb ik het initiatief tot burgerberaden aangekaart. Wat mij betreft zijn juist dure geneesmiddelen bij uitstek een onderwerp waar we de maatschappij bij moeten betrekken. Hoe ziet de Minister dit?

Voorzitter. Tot slot wil ik aandacht vragen voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen zoals PTSS of chronische pijn. Voor hen kan behandeling met psychedelica verbetering opleveren. Daarom zou ik graag een lans willen breken voor het weghalen van het taboe op onderzoek naar behandeling met psychedelica of medicinale cannabis. Het is onze taak als politici om een gezond onderzoeksklimaat te creëren, waarbij de veiligheid, de effectiviteit en de therapeutische meerwaarde vooropstaan, en niet ons normatieve kader. Deelt de Minister deze mening en hoe wil hij zich hiervoor inzetten?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Dan gaan we door naar de heer Bushoff namens de PvdA.

De heer Bushoff (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Zoals mijn collega zei: met vier minuten spreektijd moet je inderdaad kiezen welke punten je maakt. Ik wil er drie maken. Die hebben vooral te maken met de betaalbaarheid of misschien wel met name de onbetaalbaarheid van geneesmiddelen voor heel veel mensen. Ik noem allereerst het Geneesmiddelenvergoedingsstelsel. De Partij van de Arbeid is op zich blij dat de modernisering van het GVS met een jaar is uitgesteld, omdat die wijziging zo'n 150.000 financieel kwetsbare mensen kan raken. Mensen worden al op allerlei manier geconfronteerd met steeds hogere prijzen voor geneesmiddelen en steeds hogere zorgkosten. Denk aan de onduidelijkheid over gecontracteerde zorg, hogere zorgpremies en het vergoeden van minder middelen, zoals vitamine D, via het basispakket. Dat maakt dat de PvdA zich eigenlijk nog steeds heel veel zorgen maakt over die geplande invoering van de modernisering van het GVS.

Vorig jaar was de hoge inflatie voor de Minister aanleiding om dat gemoderniseerde stelsel nog even niet in te voeren. Dan heb ik de volgende vraag aan de Minister. Ik wijs erop dat de boodschappen in de supermarkten vandaag de dag nog steeds peperduur zijn voor heel veel mensen en dat het CBS heeft becijferd dat in 2024 de armoede enorm toeneemt. Is dat niet wederom een reden om heel erg voorzichtig om te gaan met eventueel het moderniseren van het GVS? Is die taakstellende bezuiniging van 140 miljoen die daarmee gepaard gaat, noodzakelijkerwijs

onderdeel van die modernisering voor de Minister? Is het niet vragen om betalingsproblemen bij bijvoorbeeld patiënten als de farmaceuten die 140 miljoen niet gaan ophoesten? Wil de Minister dan in ieder geval misschien ook verzachtende maatregelen heroverwegen, bijvoorbeeld een vrijstelling van de eigen bijdrage voor minderjarigen en voor mensen die vanwege medicijntekorten voor een bepaald middel moeten kiezen? Wil de Minister ook daaraan tegemoetkomen? Ik hoor graag een reflectie van de Minister op deze vragen en op die toch nog steeds voorgenomen invoering van de modernisering van het GVS, met alle mogelijke betalingsproblemen van dien voor gewone mensen.

Ik kom te spreken over het Geneesmiddelenvergoedingssysteem en het punt dat de Minister graag mitigerende maatregelen wil nemen om de beschikbaarheidsproblemen aan te pakken. De Minister wil graag mitigerende maatregelen nemen in de vorm van een opslag om de onderkant van de geneesmiddelenmarkt te beschermen. Wij delen op zich wel de zorgen over de beschikbaarheidsproblemen, maar wij zien ook wel een risico van een opwaartse prijsspiraal door juist deze mitigerende maatregelen. Hoe beoordeelt de Minister dit risico?

Ik heb gelezen dat de Minister ook naar een alternatief heeft gekeken, maar dat schijnt heel lastig te zijn, omdat er bijvoorbeeld geen inzicht is in de winstmarges die farmaceuten maken. Je kunt dus niet aan de hand van winstmarges eventueel een subsidie verlenen als er een tekort dreigt te ontstaan door de modernisering van het GVS.

Voorzitter. Dat raakt eigenlijk aan een wat breder punt, namelijk dat deze farmaceutische industrie ondoorzichtig en totaal niet transparant is. Wat de Partij van de Arbeid betreft zouden we heel erg gebaat zijn bij meer transparantie in de farmaceutische industrie. Ik ben ook benieuwd hoe de Minister daarnaar kijkt en hoe hij de transparantie in de farmaceutische industrie wil verbeteren.

Voorzitter. Dat raakt aan mijn tweede punt. Volgens mij is het een hartstikke goede ontwikkeling dat de Minister onderzoek heeft laten doen naar de ontwikkeltijden en -kosten van geneesmiddelen. Daarmee hebben we al wat meer transparantie verkregen in de farmaceutische industrie. Volgens mij is dat een hartstikke goede ontwikkeling. Alleen komt er in dat onderzoek ook wel een beetje een zorgelijke conclusie naar voren. Daar staat namelijk heel duidelijk in dat niet het maatschappelijke maar het financiële rendement de belangrijkste factor is bij het bepalen of een geneesmiddel tot aan de lancering wordt ontwikkeld. Wat de Partij van de Arbeid betreft is het natuurlijk volstrekt onwenselijk dat niet het welzijn van de maatschappij vooropstaat, maar dat de financiële belangen en de winst van de farmaceutische industrie bepalen of een medicijn wordt ontwikkeld en of het op de markt komt of niet.

De voorzitter:

Rondt u af, meneer Bushoff?

De heer Bushoff (PvdA):

Ja, voorzitter. Ik zou de Minister eigenlijk heel graag willen vragen welke acties hij naast het doen van dit onderzoek nog gaat ondernemen om deze problemen aan te pakken. Is het bijvoorbeeld een idee om als overheid keiharde randvoorwaarden te stellen aan de subsidiëring van onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen?

De voorzitter:

Meneer Bushoff, als ik vraag of u afrondt, dan moet u ook afronden.

De heer Bushoff (PvdA):

De rest zal ik dan wel even bewaren voor mijn interrupties op de bijdrage van de Minister van zo meteen.

De voorzitter:

Kijk eens aan! U bent een volleerd politicus. Mevrouw Den Haan heeft een vraag. U kunt dus al direct een poging wagen.

De heer Bushoff (PvdA):

Ik hoop op een open vraag!

Mevrouw Den Haan (Fractie Den Haan):

Ik ga het proberen. Ik hoor meneer Bushoff zeggen dat hij sterk pleit voor transparantie vanuit de farmaceutische industrie. Ik denk dat dat heel goed is. Ik wil het dan toch ook even hebben over de doorlooptijden in de sluis. Ik neem aan dat de heer Bushoff daarmee bekend is. Ik denk ook dat hij vindt – dat hoop ik althans – dat die doorlooptijden verkort moeten worden. Maar vind ik de PvdA aan mijn zijde als ik aan de Minister vraag om meer transparantie rondom die doorlooptijden?

De heer Bushoff (PvdA):

Twee dingen daarover. Eén. Het antwoord is: ja, u vindt de Partij van de Arbeid aan uw zijde. We willen graag meer transparantie over die doorlooptijden. Ten tweede is het misschien ook wel zinvol om eens te bekijken in hoeverre die sluis effectief is in vergelijking met andere landen. Dat zou dan nog een tweede vraag aan de Minister zijn. Die heb ik bij dezen dan ook gesteld.

De voorzitter:

Kijk eens aan. Heel goed. Dank u wel, meneer Bushoff. Dan is het woord aan mevrouw Tielen namens de VVD.

Mevrouw Tielen (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Miljoenen Nederlanders gebruiken dagelijks medicijnen. Het gaat vaak om slimme innovaties, verpakt in een klein tabletje of een kleurige capsule. De middelen genezen mensen, verminderen hun klachten of zorgen ervoor dat ze niet echt ziek worden. Het is soms bijna magisch wat medicijnen voor elkaar krijgen. Maar er zijn op dit moment best wat zorgen, bijvoorbeeld over de geneesmiddeltekorten, over nieuwe, heel dure medicijnen en over meervoudig gebruik van geneesmiddelen. Een aantal van mijn collega's heeft die onderwerpen ook al besproken. Dit debat gaat over het brede geneesmiddelenbeleid. Ik kan zo wel zeven dingen bedenken die ik zou willen aanpassen, maar ik heb maar vier minuten, dus net als mijn collega's ga ik me ook proberen te richten op een aantal daarvan.

Voorzitter. Apothekers zijn elke week vele uren bezig om een paar patiënten aan de balie aan hun medicijn te helpen. Ze moeten bellen met groothandels voor aanvullende voorraden of met andere apotheken omdat die misschien nog iets in de kast hebben staan. Soms bellen ze met groothandels in andere landen om medicijnen te importeren. Ze moeten patiënten soms uitleggen dat hun medicijn er nu anders uitziet en dat ze morgen terug moeten komen. Ook huisartsen ervaren die extra druk door het medicijntekort. Daar is ook al aan gerefereerd.

Voorzitter. Soms zijn die tekorten eigenlijk al te voorspellen, maar is er te weinig geregeld om ze te voorkomen of tegen te gaan. Sterker nog, als ik het goed begrijp, is er behoorlijk wat geregeld, maar zitten die regels nu vooral in de weg bij het oplossen van tekorten. Apothekers mogen niet zomaar onderling medicijnen uitwisselen en ook andere oplossingen zijn soms op het randje van het toegestane. Herkent de Minister dit? Wat vindt hij ervan dat de tekorten veel tijd en dus ook geld kosten? Wat vindt hij ervan dat regelgeving oplossingen in de weg staat?

Een van de oorzaken is volgens diverse deskundigen het wat «doorgesloten preferentiebeleid». Dat «doorgesloten» zit 'm erin dat enkele producenten een monopoliepositie verwerven door afspraken met

verzekeraars. Herkent de Minister dat en is hij het met ons eens dat de overheid moet voorkomen dat er monopolies ontstaan, zeker als die leiden tot tekorten en daarmee ook tot een dalende kwaliteit van zorg? De Minister zegt met de verzekeraars in gesprek te gaan over het preferentie-beleid, maar we willen daarnaast graag weten wat de gevolgen zijn van bijvoorbeeld het verkorten van de periode waarin aanbieders preferent zijn, bijvoorbeeld op de beschikbaarheid van medicijnen. Of kan een tweede aanbieder naast een eerste preferent misschien ruimte bieden aan producenten om hun aanbod beschikbaar te hebben voor Nederlandse patiënten? Overweegt de Minister om bij bepaalde medicijnen en medicijngroepen het preferentiebeleid los te laten of tijdelijk los te laten of op een andere manier in te richten? Graag een reactie.

Voorzitter. Ook een paar vragen over dure medicijnen. Eerder heb ik met collega Van den Hil gevraagd om versnelling in het onderzoek naar het betalen van geneesmiddelen als die daadwerkelijke gezondheidswinst opleveren of, om het in mooi Nederlands te zeggen: pay for performance. Mijn indruk is dat het bij het ministerie niet bovenaan het prioriteitenlijstje staat, terwijl de uitdagingen rondom dure geneesmiddelen alleen maar groter worden. Medicijnontwikkelaars willen zelf heel graag met deze methode van pay for performance aan de slag, dus waarom gaat het zo traag? In hoeverre heeft de Minister afgesproken om ook op Europees niveau samen dure geneesmiddelen in te kopen? Vormt de Minister daarin een alliantie met gelijkgestemden of is de inzet EU-breed?

De voorzitter:

Ik zag een hand. U mag twee vragen stellen. Mevrouw Paulusma, liever aan het eind, of nu?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik heb een vraag over het begin, maar wellicht wil mevrouw Tielen haar inbreng afmaken en stel ik mijn vraag aan het eind.

De voorzitter:

Dan doen we die aan het eind. Mevrouw Van den Berg ook? Oké. Maakt u uw verhaal af, mevrouw Tielen. Daarna krijgt u wat vragen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Hoelang heb ik daar nog voor?

De voorzitter:

Een minuut.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Mooi.

Daarnaast wil ik vandaag nog twee initiatieven tegen woekerprijzen noemen: Fair Medicine en de crisisclausule. Fair Medicine dateert uit 2016 en wordt door de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving gebruikt als voorbeeld voor het transparant maken van de medicijnketen. Hartstikke mooi, maar hoeveel farmaceuten, kennisinstituten en distributeurs zijn daar nu bij aangesloten? Wat heeft het opgeleverd? En als het succesvol is, hoe kan de Minister Fair Medicine en dus ook transparantie meer stimuleren?

Bij het debat over de mondkapjesdeal heb ik gevraagd naar de mogelijkheden van een crisisclausule in wet- en regelgeving om te voorkomen dat er woekerprijzen ontstaan, zeker op momenten dat het crisis is. Hoe staat het daarmee? Ook wil ik graag weten wat er in contracten met geneesmiddelenfabrikanten kan worden opgenomen om als overheid sterker te staan als blijkt dat prijzen uit de hand lopen.

Tot slot wil ik graag weten hoe het nu zit met die sluis voor dure geneesmiddelen. De Minister stelt in een recente brief dat de doorlooptijden

verkort zijn. In de media wordt gezegd dat ze langer zijn, dat er een nieuwe rekenmethode is die een vertekend beeld geeft. Wie moet ik nou geloven, hoe zit het nou? Graag een toelichting van de Minister. Ik sluit me aan bij de vragen van mevrouw Van der Plas over de ALS-medicijnen.

De voorzitter:

Rondt u af.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik heb nog heel veel te zeggen, maar ik hoor dat ik niet verder mag gaan. Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Tielen. U krijgt nog een kans, want mevrouw Paulusma heeft een vraag, net als mevrouw Van den Berg. Eerst mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Helemaal aan het begin van haar betoog had mevrouw Tielen het over een preferentiebeleid. Zij benadrukt heel erg de monopoliepositie van een aantal leveranciers. Dat zou een kwalijk onderdeel zijn. Nou hebben we ons allemaal verdiept in dat preferentiebeleid, denk ik. Het percentage van daar waar het echt niet goed gaat, is minder dan 1%. Maar je zult die patiënt maar zijn. Ik vind dus dat we alles op alles moeten zetten om dat te voorkomen. Maar lossen we het op door wat aan de monopoliepositie te doen of door te kijken of er rondom beschikbaarheid en spreiding niet een aantal stappen gezet moeten worden, ook in Europees verband? Ik ben eigenlijk wel benieuwd naar de reflectie van mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik denk dat het allebei moet. Ik zei het al, je kunt niet alles samenvakken. Mevrouw Van den Berg heeft een initiatiefnota geschreven en misschien moet ik dat ook gaan doen. Dan kun je alles wat je wil zeggen bundelen. Die monopoliepositie, en ook de dreiging ervan, heeft zeker invloed op de markt. In een gezonde markt zijn er verschillende aanbieders die hun best doen om het beste voor de laagste prijs te leveren. Als blijkt dat er is gekozen voor een aanbieder en je als andere aanbieder de komende tijd überhaupt geen markt hebt, dan heeft dat invloed, ook wat de toekomstverwachtingen betreft. Mevrouw Paulusma vraagt naar andere vlakken. Zeker, ik denk dat alleen preferentiebeleid aanpakken niet dé oplossing is, al is het maar – dat wordt weleens vergeten – omdat er ook heel veel goede kanten aan dat preferentiebeleid zitten.

De voorzitter:

Mevrouw Paulusma, vierde vraag.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ja, een korte vervolgvraag. Ik heb een aantal keren het belang van Europa aangestipt, ook rondom de beschikbaarheid van medicatie. We lezen namelijk ook terug dat als er een tekort elders is, de schaarse middelen die wij hier hebben soms voor betere prijzen naar een ander Europees land gaan. Zouden we niet veel meer moeten inzetten op Europese samenwerking, Europese inkoop en Europese voorraden om ervoor te zorgen dat we die beschikbaarheid ook stabiel houden?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Het makkelijke antwoord is: ja, laten we de voordelen van Europa gebruiken en de nadelen tegengaan. Dat kan je makkelijk in een oneliner zeggen, maar vervolgens heeft dat nogal wat consequenties. Volgens mij

heb ik ook een paar keer gevraagd aan de Minister, zeker ten aanzien van dure geneesmiddelen, wat we daar op Europees niveau kunnen doen. Wat Europa betreft is ook de strategische autonomie belangrijk: zorgen dat er veel meer productie en distributie in Europa is. Die opdracht heb ik twee weken geleden aan de Minister meegegeven voor de Gezondheidsraad. Ik hoor graag terug hoe dat zit. Dus ja, mevrouw Paulusma, op sommige gebieden meer met Europa, maar ook wel oppassen dat we niet een nieuw monster creëren waardoor we helemaal geen grip meer hebben op wat er in Nederland wel en niet beschikbaar is.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Tielen. Mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik wil graag even een vraag stellen over pay for performance. Het CDA is hartstikke blij dat de Minister daar niet mee aan de gang gaat. Dan zeg je namelijk «ik heb het aan tien patiënten gegeven en bij vijf was het effectief en bij die andere vijf niet» en wordt het voor die vijf betaald en voor die andere vijf niet. Maar de kosten die zijn gemaakt voor die vijf patiënten waarbij het niet is gelukt moeten toch ergens omgeslagen worden. Dat wordt dan omgeslagen over de vijf succesvolle patiënten. Wat ons betreft is daar dus nul euro maatschappelijk voordeel. Ik noem ook nog even een artikel dat vorig jaar najaar is verschenen van oncoloog Gabe Sonke, een hoogleraar, die over veel nieuwe kankermedicijnen zegt: hoge kosten zonder resultaat. Wat denkt mevrouw Tielen in vredesnaam dat het maatschappelijk voordeel kan zijn van pay for performance? Wij zien nul euro.

Mevrouw Tielen (VVD):

Mevrouw Van den Berg haalt een voorbeeld aan dat natuurlijk voor de hele ontwikkeling van medicijnen geldt. Er moet altijd betaald worden, ook als een medicijn niet werkt. Mevrouw Van den Berg weet net zo goed als ik dat het uitwerken van een idee over een bepaald ingrediënt voor een medicijn tegen een ziekte een langdurige weg is. Mevrouw Van den Berg heeft dus niet per se ongelijk, maar dat geldt voor elke stap in de geneesmiddelenontwikkeling, ook voor de betaling. Ik zie vooral – volgens mij is mevrouw Van den Berg dat wel met ons eens – dat een medicijn uiteindelijk wel iets moet opleveren. Het moet daadwerkelijk tot gezondheidswinst leiden. Die druk erop leggen, en daar ook financiële consequenties aan verbinden, zal echt leiden tot een betere en gerichtere inzet van medicijnen en een hogere effectiviteit.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik heb nog een vervolgvraag. Volgens mij is dat pas mijn tweede vraag.

De voorzitter:

Dat klopt.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Mevrouw Tielen zegt terecht dat je altijd moet kijken hoe het zich ontwikkelt, maar het verschil is dat dat geen toegelaten medicijnen zijn. Dat R&D-kosten in the end een keer terugverdiend moeten worden, begrijpen we. Maar we praten hier over medicijnen die toegelaten zijn, die dus in het basispakket zitten. Dan zou een medicijn eigenlijk al effectief moeten zijn. Is mevrouw Tielen het met het CDA eens dat je veel strenger moet zijn bij het toelaten van medicijnen tot het basispakket? Moeten we niet strengere eisen stellen aan het number needed to treat, het aantal patiënten dat je moet behandelen om één geval te voorkomen waarin het niet goed gaat?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Mevrouw Van den Berg vraagt of ik het met haar eens ben. Volgens mij zitten er in wat mevrouw Van den Berg zegt heel veel elementen waarover we het eens zijn. De effectiviteit moet gewoon heel goed zijn. Zeker als medicijnen van alles kosten, niet alleen geld maar ook alle rompslomp eromheen en eventuele bijwerkingen, moeten ze wel tot gezondheidswinst leiden. Bij elke stap van het proces moet dat wat mij betreft bovenaan staan. Als mevrouw Van den Berg vraagt «is mevrouw Tielen het met mij eens dat we echt goed moeten kijken voordat we überhaupt een middel toelaten tot de markt» – daar hebben we het EMA voor – «en vervolgens ook opnemen in het basispakket?» – daar hebben we ook instituties voor die daarnaar kijken – dan is het antwoord: jazeker, maar dan wil ik wel zien waar we meer winst uit kunnen halen. Dan bedoel ik gezondheidswinst, om het even helder te zeggen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Hijink, nog een vraag?

De heer **Hijink** (SP):

Ja, en wel over het feit dat mevrouw Tielen begon over goedwerkende markten en een geneesmiddelenmarkt. Het lijkt mij ingewikkeld om daar een markt van te maken, want vaak botst het publieke belang, de publieke behoefte, met de private belangen om zo veel mogelijk winsten te maken. Stel dat je zou willen dat dat een markt is en blijft, dan moet je, als je kijkt naar de voorwaarden voor een goede markt, voldoende toetreders hebben en ook transparantie hebben. Welke voorstellen doet de VVD om beter zicht te krijgen op de winsten en de kosten van bijvoorbeeld R&D in deze sector? Uiteindelijk is het totaal ondoorzichtig hoe die prijzen tot stand komen en hoe de winsten zo hoog kunnen zijn.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

De voorwaarde voor een goed werkende markt die de heer Hijink er niet bij noemt, is een goede marktmeester. Volgens mij kunnen we het daar heel snel over eens zijn. Alles wat de overheid doet om ervoor te zorgen dat die markt gereguleerd wordt, moet goed werken. Ik ben zelf diverse malen opgestaan om tegen woekerprijzen te ageren en te vragen om transparantie. Bij het debat ter voorbereiding op de formele Gezondheidsraad, waar Minister Kuipers vorige week of twee weken geleden was, heb ik ook gevraagd wat hij op Europees niveau kan creëren om veel meer transparantie in de prijsopbouw van geneesmiddelen te genereren. Als dat de specifieke vraag van de heer Hijink aan mij is, dan zeg ik: ik trek graag samen met hem op om te kijken wat mogelijk is om die transparantie voor elkaar te krijgen.

De heer **Hijink** (SP):

Ik zal mijn vraag dan nog iets specifiek maken. We hebben een brief gehad van Wemos. Die organisatie geeft aan dat de Minister heel veel meer mogelijkheden heeft om in te grijpen in deze markt en meer transparantie af te dwingen, ook bij wet. Als de Minister meer mogelijkheden heeft – ik ga deze vraag straks ook aan hem stellen – om dat bij wet te doen, als die wettelijke mogelijkheden er zijn, gaat de VVD dat dan ook steunen?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dit klinkt een beetje als een blanco cheque, maar nogmaals, ik wil ook echt veel meer transparantie. Als de Minister voor ons op een rijtje zet wat er is, trek ik graag met meneer Hijink op om dat een stap verder te brengen, als dat de vraag is.

De voorzitter:

Meneer Hijink, u kunt er direct op doorgaan in uw termijn, namens de SP.

De heer Hijink (SP):

Ja, want dat was inderdaad de vraag, dus dat gaan we straks zien. Voorzitter. Anderen hebben al gewezen op het grote aantal tekorten aan geneesmiddelen. De SP vindt het schokkend dat die in de afgelopen jaren zo enorm zijn toegenomen. De tekorten zorgen ervoor dat patiënten vaker van middel moeten wisselen. Dat leidt voor deze patiënten tot problemen, tot bijwerkingen, wat je eigenlijk niet wil. Wij vinden dat de Minister veel meer moet doen om de tekorten weg te werken. Nou zegt de Minister dat de tekorten ook ontstaan doordat de productie mondiaal verweven en complex is. Dat zal natuurlijk wel zo zijn, maar dat is deels natuurlijk ook een gevolg van de manier waarop we het op dit moment hebben geregeld. We zijn heel erg afhankelijk geworden van enkele landen en in sommige gevallen zelfs van enkele leveranciers. Ik las ergens dat miljoenen Nederlanders afhankelijk zijn van één fabrikant, één leverancier, van een bepaald geneesmiddel. Dan is de vraag natuurlijk in hoeverre het beleid van de Minister bijdraagt aan dit soort risico's. Zorgt bijvoorbeeld het preferentiebeleid er niet ook voor dat wij extreem kwetsbaar worden voor de problemen die er in de keten mondiaal kunnen ontstaan? Wat gaat de Minister doen om de risico's te spreiden, zodat we minder afhankelijk zijn van een of twee landen en minder afhankelijk worden van een heel beperkt aantal leveranciers? Wat kunnen we in Nederland en in Europa meer doen om onze afhankelijkheid van deze landen te verkleinen? Daar hebben we het ook al eerder over gehad. Op dat vlak zie ik eigenlijk nog te weinig gebeuren en ik roep de Minister ertoe op om meer te doen.

Ook de discussie over de afbouwmedicatie hebben we al heel vaak gevoerd. Het verbaast mij echt dat we er nu al jaren over praten. Neem bijvoorbeeld antidepressiva. Eigenlijk zegt iedereen dat het goed is dat mensen het gebruik daarvan afbouwen en dat het goed is dat je die niet je leven lang blijft slikken, maar de discussie hierover tussen de zorgverzekeraars en de producenten hiervan wordt maar niet opgelost. Het gaat om maatwerk, dus je moet op het individuele niveau van een patiënt kunnen bepalen wat voor die patiënt goed is om te doen. Dan moet dat toch gewoon gefinancierd worden? Ik snap dus helemaal niet waar het probleem zit en ik wil dat de Minister heel snel met een oplossing komt. Hoe gaat hij dat doen?

Dan nog de geneesmiddelenkaping op dit punt. In 2001 hebben we met D66 een voorstel gedaan om de geneesmiddelenkaping aan te pakken. Als een apotheker of ziekenhuis zelf geneesmiddelen ontwikkelt, worden die nu nog heel vaak gekaapt door een fabrikant, die daar vervolgens mooie prijzen voor gaat vragen en er veel geld mee gaat verdienen. De Minister heeft in een reactie daarop gezegd: we hebben een subsidie verleend en daarmee is die motie afgedaan. Ik vind dat echt wel heel beperkt. Ik vind eigenlijk dat de overheid veel meer zou moeten doen als wij een sterkere positie willen hebben tegenover de machtige farmaceutische industrie. We moeten de ziekenhuizen en de apothekers die deze middelen ontwikkelen, veel meer helpen om deze middelen daadwerkelijk op de markt te kunnen brengen, zodat het publieke onderzoek dat erin is gestopt ook leidt tot een publiek goed en tot publieke voordelen. Wat de verkoop vervolgens oplevert, moet terug kunnen vloeien naar de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen. Ik wil de Minister dus vragen wat hij op dit punt nog meer gaat doen.

Dan nog de financiering van apotheken. De hele financiering hangt eigenlijk op het afhaken van de medicatie. Zijn er nou geen manieren om apotheken anders te gaan financieren, zodat het publieke belang beter gewaarborgd wordt? We willen het gebruik van medicatie minderen, terwijl de manier waarop de financiering nu in elkaar zit, eigenlijk

overconsumptie aanmoedigt. Ik zeg niet dat apothekers dat doen, want apothekers willen uiteindelijk juist ook het beste voor de patiënt. Dat geloof ik ook. Maar dat zou eigenlijk ook terug moeten komen in de financiering. Daarin zou terug moeten komen dat je beloond wordt voor het ondersteunen van de patiënt met een goed gesprek, desnoods ook in combinatie met de huisarts, om bepaalde middelen juist niet meer te gebruiken als het niet meer nodig is. Maar dan moeten we dus af van de manier waarop het nu wordt gefinancierd. Welke mogelijkheden zijn er op dat gebied? De huisartsen worden betaald in de vorm van populatiebekostiging. Zou dat ook voor de apothekers niet een goed alternatief kunnen zijn, omdat je daarmee ook de prikkels eruit haalt om te veel te doen? Voorzitter. Daarmee sluit ik af.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Hijink. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Maeijer namens de PVV.

Mevrouw Maeijer (PVV):

Dank u wel, voorzitter. «Ouderen slikken te veel pillen. Zeker 800.000 mensen boven de 70 jaar gebruiken dagelijks vijf of meer geneesmiddelen. Een deel van dat gebruik is gebaseerd op herhaalrecepten die meestal niet worden herzien. Het Instituut Verantwoord Medicijngebruik pleit voor een verplichte jaarlijkse apk van het medicijngebruik.»

Voorzitter. Wat ik hier net citeer, is afkomstig uit een artikel uit 2012. Recent lasen we in de media het pleidooi van de Patiëntenfederatie. Veel mensen slikken pillen te lang door. Het is tijd voor een medicijnen-apk. Zou het toch niet een idee zijn om dit een keer op te pakken, om hier toch eens een keer naar te kijken, want het is toch iets wat zowel gezondheidswinst als een besparing kan opleveren? Graag een reactie.

Voorzitter. Van te veel pillen slikken kom ik bij te weinig slikken of het helemaal niet meer kunnen gebruiken. Veel patiënten zitten met smart te wachten op hun medicijnen. Er waren in 2022 weer meer medicijntekorten dan in het jaar daarvoor. Het moet toch mogelijk zijn om deugdelijke voorraden aan te leggen om deze tekorten in ieder geval deels te bestrijden? Hoe staat het met de uitvoering van de verplichting, die sinds dit jaar bestaat, van het aanhouden van een voorraad? Kan de Minister al een overzicht geven en aangeven in hoeverre hier al aan wordt voldaan en waar nu exact de knelpunten zitten?

Voorzitter. De stijging van het aantal tekorten is volgens de Minister geen uniek Nederlands probleem, maar er bereiken ons wel berichten over bepaalde Nederlandse oorzaken. Collega's hebben het al eerder genoemd. Ik noem de te lage prijs voor geneesmiddelen die fabrikanten krijgen van de zorgverzekeraars in Nederland oftewel het preferentiebeleid. Ik realiseer me dat ik snel praat, maar ik probeer veel dingen aan te stippen in vier minuten. Herkent de Minister deze berichten en is hij van plan om hierop actie te ondernemen? Ik sluit me aan bij de vragen van de voorgangers. Wat is de Minister nu van plan om te doen om ervoor te zorgen dat Nederland minder afhankelijk wordt van het buitenland?

Voorzitter. Dat brengt mij op het punt van de heruitgifte. Uit een pilot is gebleken dat driekwart van de medicijnen die door patiënten teruggebracht werden naar de apotheek, nog bruikbaar waren voor andere patiënten. Dat lijkt me toch een enorme winst, mits het natuurlijk veilig en verantwoord is. Welke Europese bepalingen staan dit hergebruik nu precies in de weg? Zijn er andere Europese landen die hier misschien een weg omheen hebben gevonden? Hoe gaat de Minister dit nu verder oppakken?

Voorzitter. We hebben allemaal het pleidooi van ALS-patiënten kunnen lezen. Zij vragen de Minister om hulp. Zij slaken eigenlijk een noodkreet om hulp. Is hier niet sprake van een unmet medical need, van een

onvervulde medische behandelbehoefte, waarvoor eigenlijk gewoon iets geregeld zou moeten worden? Graag een reactie.

Voorzitter. Als een nieuw medicijn goedgekeurd wordt door het EMA, kan het nog lang duren voordat de patiënt toegang tot dat medicijn heeft. De doorlooptijden in de sluis zijn lang. Hoe staat het in dat kader met de capaciteit van bijvoorbeeld het Zorginstituut? Ik zou ook graag willen weten in hoeveel gevallen patiënten nu eigenlijk toegang hebben tot sluisgeneesmiddelen door middel van Patient Access, die gratis verstrekkingsprogramma's. Deelt de Minister in dat kader de stelling van de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen dat deze gratis verstrekking onhoudbaar wordt vanwege de lange doorlooptijd? Ontvangt hij ook de signalen die zij krijgen dat de eerste bedrijven al hebben aangekondigd om te stoppen? Wat gaat de Minister hieraan doen? Valt er in dat kader ook nog wat te verbeteren op het gebied van transparantie, zodat deze programma's beter vindbaar worden voor voorschrijvers, en meer patiënten hier uiteindelijk gebruik van kunnen maken?

Voorzitter. Ik zou in dit kader toch nog eens willen zeggen dat het de moeite waard is om eens goed te kijken naar wat we in Nederland kunnen leren van andere landen. Dat hebben wij al vaker gezegd. Ik noem bijvoorbeeld Frankrijk, Zwitserland en Duitsland. Volgens mij heeft mevrouw Den Haan het hier ook over gehad.

Voorzitter. Gelet op de tijd sluit ik af met een aantal losse vragen. We ontvingen een brief van de Stichting Melanoom. Die maakt zich zorgen over vertragingen na de sluis. Herkent de Minister dit beeld? Hoe komt het dat er mogelijk intramurale niet-gesluisde geneesmiddelen zijn, die voldoen aan de criteria voor voorlopige toelating maar die niet worden aangemeld?

En helemaal tot slot zou ik toch nog aandacht willen vragen voor de toegankelijkheid van verpakkingen. Wij ontvingen daarover een brief van mensen met reuma. Het kan toch niet zo zijn dat, als je medicijnen nodig hebt, je vervolgens de verpakking niet open kunt krijgen om deze te kunnen gebruiken om je pijn te verlichten.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Maeijer. Precies binnen de tijd. Dan is het woord aan mevrouw Ellemeet namens GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. De farmaceutische industrie behoort tot de meest winstgevende industrieën ter wereld. Het overgrote deel van de winsten wordt betaald met belastinggeld. Dat laat de rechtszaak van de Stichting Farma ter Verantwoording tegen AbbVie ook weer eens haarfijn zien. Die gaat over de 80% winst – 80% winst! – die wordt gemaakt op een reumamedicijn. Maar dankzij een lijvig onderzoeksrapport weten wij nu ook dat het verwachte financiële rendement bepalend is of een geneesmiddel wel of niet wordt ontwikkeld door big pharma. Of, in de woorden van deze Minister: het financiële rendement is leidend, en niet het maatschappelijke rendement. Mijn collega Bushoff zei dit ook al. Ik vind het ook niet uit te leggen dat bij slechts 25% van de aandoeningen met de grootste ziektelast voortdurend onderzoek wordt verricht naar nieuwe geneesmiddelen. Dus bij 75% wordt dat gewoon niet voortdurend onderzocht. Ook dit is bewezen in een recent onderzoek.

De vraag is nu wat de Minister gaat doen met deze rapporten. Voor GroenLinks is in ieder geval duidelijk dat wij meer grip moeten krijgen op big pharma. Daarom heb ik de volgende vragen aan de Minister. Is hij het met mij eens dat torenhoge winsten in de farmaceutische industrie ten koste gaan van de betaalbaarheid van de zorg? Vindt de Minister dat de overheid grenzen zou moeten kunnen stellen aan het winstpercentage van grote farmaceuten? Vindt de Minister dat farmaceuten verplicht zouden

moeten worden om een redelijke prijsberekening op te nemen in het vergoedingsdossier dat zij aanbieden aan het Zorginstituut? Hoe gaat de Minister op nationaal niveau uitvoering geven aan de WHO-resolutie 72.8, waarin lidstaten nadrukkelijk wordt verzocht om de nettoprijzen van farmaceutische producten publiek te maken? Is de Minister bereid om nu dan ook echt stappen te zetten in Nederland en ook in Europa het voortouw te nemen?

Voorzitter. In het afgelopen najaar ging bij mijn partij de vlag uit, omdat de zogenoemde modernisering maar tevens bezuiniging van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem met een jaar werd uitgesteld. Daar zaten gewoon te veel nadelen aan. Dat is goed nieuws voor al die patiënten die nu al nauwelijks kunnen rondkomen, maar mogelijk wel worden geteisterd door extra bijbetalingen. Maar sindsdien is het akelig stil. Ik hoor graag van de Minister wat er achter de schermen gebeurt. Wat kunnen we verwachten? Is de Minister het ook met GroenLinks eens dat je een onderscheid moet maken tussen de gewenste modernisering en de bezuinigingen, dus dat die twee gescheiden moeten worden? Wat GroenLinks betreft is het duidelijk: de modernisering zou niet gepaard moeten gaan met een bezuiniging. Graag een reactie daarop.

Voorzitter. Het aantal geneesmiddelentekorten is vorig jaar naar een recordhoogte gestegen. Hoewel veel Europese landen hier in zekere mate last van hadden, bleek Nederland koploper. Het preferentiebeleid en de hoge kosten van de voorraden die nodig zijn, leidden tot problemen. Nu willen wij niet af van het preferentiebeleid, maar de tekorten vragen ons wel om een herbezinning. Vandaar de volgende vragen. Moet er geen gezamenlijke investering gedaan worden voor de ijzere voorraad? Hoe ziet de Minister de rol van de zorgverzekeraars hierin? Hoe staat het met het voornemen om de productie van geneesmiddelen dichter bij huis te organiseren? Een aantal collega's had het daar ook al over. Zou een CO₂-taks daar mogelijk ook niet bij kunnen helpen?

Voorzitter. We hadden het in een vorig debat ook al kort over antibioticaresistentie. Kan de Minister toelichten hoe het staat met het verbeteren van de productie van antibiotica in Europa? Hoe gaat de Minister voorkomen dat het niet loont om antibiotica te produceren? Want het rare van het medicijn is dat je het produceert en dat je vervolgens eigenlijk wilt dat het zo lang mogelijk op de plank blijft liggen. Maar ja, je moet het wel produceren en dat moet betaalbaar zijn. Is de Minister ook bereid om advanced purchase agreements te sluiten? Dat betekent dat je met een aantal lidstaten bijvoorbeeld zegt: we financieren de productie, en als je het allemaal niet hoeft te gebruiken, dan zorgen wij ervoor dat je daar wel de financiële vergoeding voor krijgt.

Voorzitter. Dan heb ik ook nog een vraag over het ontlasten van de huisartsen. Deze sluit aan op mijn interruptie in de richting van mevrouw Den Haan. Je hebt apothekers die een rol kunnen vervullen ten aanzien van patiënten, en je hebt huisartsen. Kunnen we dat niet slimmer organiseren met elkaar? Hoe kijkt de Minister ernaar als apothekers dergelijke zorgtaken op zich zouden nemen?

Voorzitter. Ik rond af met het afbouwen van medicatie. Ik ben het geheel eens met wat de heer Hijink daarover zegt. Zijn voorganger, de heer Henk van Gerven, heeft zich daar echt jarenlang voor ingezet. Het is toch bizar dat als mensen willen afbouwen, we dat niet gefinancierd krijgen. Ik ben het ook eens met wat mevrouw Paulusma zei over de burgerberaden. Het punt van die dure geneesmiddelen is een supercomplex onderwerp. Het is gewoon goed om mensen daarbij te betrekken. Ik ben dus ook heel benieuwd naar de antwoorden op haar vragen.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Dan ga ik schorsen tot de beantwoording van de vragen. Ik denk tot half twaalf, een halfuur. Ik hoor dat de Minister twintig minuten genoeg vindt. Kijk eens aan. Dat gaan we doen. Ik ga niet schorsen voor de lunch, geef ik u alvast mee, dus ik zou wel in de tussentijd alvast wat eten.

De vergadering wordt van 11.00 uur tot 11.20 uur geschorst.

De voorzitter:

Goedemorgen. Welkom terug bij het commissiedebat over het geneesmiddelenbeleid. We zijn aangeland bij de eerste termijn van de regering. Ik geef graag het woord aan Minister Kuipers voor de beantwoording van de vragen. Gaat uw gang.

Minister Kuipers:

Dank u wel, voorzitter. Ik begin alvast even met de blokjes waarin ik de beantwoording zo meteen zal doen nadat ik mijn algemene spreektekst heb gedaan. Het allereerste blokje gaat in op vragen over dure medicijnen en de sluis, gevolgd door blokjes over de voorraad, leveringszekerheid en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Tot slot volgt er een vrij uitgebreid blok overig omdat er bij een debat over zo'n belangrijk en breed onderwerp logischerwijs heel veel vragen over allerlei verschillende onderwerpen gingen.

Voorzitter. Veel Nederlanders gebruiken medicijnen, de een sporadisch, de ander met regelmaat. Zo'n 11 miljoen Nederlanders gebruiken geneesmiddelen die worden afgeleverd door een apotheek en die worden vergoed vanuit de basisverzekering. In Nederland zijn meer dan 13.000 geneesmiddelen geregistreerd, die beschikbaar zijn in verschillende verpakkingsgrootten. Als je erbij stilstaat dat tal van geneesmiddelen ook nog in verschillende toedieningsvormen kunnen komen, bijvoorbeeld als tablet of als zepil, dan verklaart dat dat voor specifieke groothandels die het hele palet in huis hebben de totale catalogus die zij hebben, kan oplopen tot meer dan 24.000 individuele producten. Dat zijn grote aantallen.

Bij het onderwerp beschikbaarheid zijn er twee invalshoeken. Er zijn namelijk twee groepen geneesmiddelen, te weten de bestaande goedkope geneesmiddelen – dat zijn veelal generieke geneesmiddelen – en de dure spécialités. Deze invalshoeken moeten we los van elkaar zien; dat kwam zojuist in het debat ook al voorbij. Bij de beschikbaarheid van goedkope middelen hebben we het over tekorten en leveringsproblemen. Bij de beschikbaarheid van dure geneesmiddelen hebben we het over de betaalbaarheid en de toegankelijkheid.

De dure geneesmiddelen, maar overigens ook de generieke, zijn noodzakelijk voor een goede gezondheidszorg. Daarbij horen ook een aantal gezonde economische principes, zoals het principe dat de prijs per stuk daalt bij een stijging van het verkoopvolume. Als er dus een nieuwe indicatie wordt goedgekeurd voor een geneesmiddel en meer patiënten dit gaan gebruiken, zou je mogen verwachten dat de prijs per behandelde patiënt daalt. De totale omzet stijgt dan weliswaar, maar niet evenredig met de stijging van het aantal patiënten.

Een ander gezond economisch principe is dat de prijs van het geneesmiddel altijd daalt na afloop van een beschermingsperiode, die in dit geval langdurig is, omdat de kosten voor de ontwikkeling allang zijn terugverdiend. Dat kan door middel van verlaging van de prijs bij de oorspronkelijke fabrikant, maar dat kan ook doordat er andere fabrikanten op de markt komen die het middel ook produceren, dan wel allebei. Helaas is het zo dat deze twee algemene principes – «gezonde principes», zou ik bijna willen zeggen – voor geneesmiddelen in de praktijk vaak niet gebeuren. Mevrouw Ellemeet gaf al aan dat er een rechtszaak is tegen een

specifieke firma waarbij het patent er al heel lang af is, maar de prijs eigenlijk niet verandert. We zien soms ook slimme bewegingen – zo noem ik die maar even – waarbij tegen het eind van een patentperiode voor een bepaald medicament hetzelfde medicament op de markt komt maar dan in een andere toedieningsvorm met opnieuw eenzelfde patentperiode. Daardoor zitten we nu in een situatie dat we voor sommige individuele middelen per jaar soms grote bedragen betalen voor kleine groepen patiënten. Soms is dat eenmalig, maar soms ook als onderhoud ieder jaar weer. Dat is moeilijk verder houdbaar. Ik spreek farmaceutische bedrijven aan op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. Daarnaast ben ik uiteraard in overleg met voorschrijvers om na te denken over de maximaal haalbare doelmatigheid met de focus niet direct vanuit de financiën maar wel vanuit wat echt zinvol is voor de individuele patiënt. Zojuist in het debat refereerde mevrouw Paulusma daar ook al aan. Ten aanzien van goedkope geneesmiddelen is er onder andere sprake van frequente, tijdelijke tekorten aan geneesmiddelen; het is al genoemd. Soms zijn die kortdurend en soms duren die langer. Dat is een ontwikkeling die al zo'n tien jaar aan de gang is. De afgelopen jaren heeft die ontwikkeling vanaf 2019, ondanks een kleine dip in 2021, een zeer hoog niveau bereikt. De impact daarvan voor individuele patiënten maar ook voor de zorgverleners die daarmee bezig zijn, zoals apothekers en apotheekmedewerkers, is in veel gevallen erg groot. Maar we zien ook dat delen van de markt verschromelen. Dat wil zeggen dat er voor een bepaald product minder leveranciers zijn. Ik deel de breed gevoelde zorg hierover. Ik zie een reëel risico op verdere beschikbaarheidsproblemen die patiënten en zorgverleners kunnen raken. Ik voel de urgentie om tekorten waar mogelijk op te lossen, of liever nog te voorkomen. Ik zoek daarbij actief samenwerking in binnen- en buitenland, want ik kan het niet alleen oplossen. Er zijn ook geen individuele partijen in Nederland die het alleen kunnen oplossen. De tekorten aan geneesmiddelen hebben zulke uiteenlopende en deels ook internationale oorzaken dat dat onmogelijk is. Die situatie werd zojuist ook al geschetst met de vraag in hoeverre dit een specifiek probleem is. Ik zat zeer recent voor de vergadering met de Europese collega's in Brussel. Toen werd er, retrospectief kijkend naar het afgelopen jaar, geconstateerd dat we momenten hebben gehad waarin een specifiek geneesmiddel in 28 Europese landen tegelijk niet leverbaar was. Dit zijn dus problemen die iedereen voelt, elk met zijn eigen insteek. Vanuit solidariteit met andere Europese landen is het soms ook onwenselijk dat ik een oplossing voor alleen Nederland regel. Welke maatregel ik ook ga uitvoeren, een 100%-garantie op beschikbaarheid van alle medische producten op elk gewenst moment kan ik helaas niet geven. Wij zouden die garantie zeer graag willen geven aan patiënten, maar gezien de breedte van het aantal middelen en ook de breedte van de problematiek, inclusief het internationale speelveld hierbij, is die niet te geven. In mijn brief over de beschikbaarheid van medische producten ben ik uitgebreid ingegaan op de acties die ik op dit moment al in gang heb gezet.

Dat brengt mij ...

De voorzitter:

Naar aanleiding van de inleiding wil mevrouw Van der Plas een vraag stellen. Of wilt u wachten tot de blokjes? Daarin komt namelijk natuurlijk alles langs, maar het is aan u. Ik begrijp dat u nog iets wilt zeggen over dit punt, mevrouw Van der Plas.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Dank aan de Minister voor dit antwoord. Kan de Minister hier mondeling ingaan op de acties of eventuele oplossingen die op korte termijn al voorhanden zijn? Heel veel mensen, niet wij overigens, maar mensen in het land, hebben namelijk niet de tijd om schriftelijke brieven te lezen. Wat

gebeurt er nu al hiervoor? Kan de Minister aangeven wat het contact is met andere Europese landen op dit gebied?

Minister Kuipers:

Voorzitter, ik zal de vragen graag onthouden, maar vindt u het goed als ik die vragen straks adresseer bij het kopje tekorten? Hier zijn een aantal vragen over gesteld en dan voegen we deze daaraan toe.

De voorzitter:

Ja, dank u wel. Mevrouw Tielen, heeft u ook nog een interruptie naar aanleiding van de inleiding?

Mevrouw Tielen (VVD):

Ja, want de Minister zei dat hij geen 100%-garantie kan geven op beschikbaarheid, maar volgens mij is dat ook niet wat we vragen. De vraag is wel wat de Minister wel en niet een aanvaardbaar beschikbaarheidspercentage vindt. Zit dat op 97% of op 99,5%? Dit vraag ik niet om het plat te slaan, maar volgens mij is het wel belangrijk om te kijken waar we naar toewerken. De Minister zegt dan dat hij het heel ingewikkeld vindt. We hebben dus dingen nodig, maar dan moeten we wel weten wat succesvol kan zijn.

Minister Kuipers:

Ik kan geen specifiek percentage noemen. We hebben al iets gehoord over de aantallen tekorten en de meldingen van tekorten in een lopend jaar. Dat zijn grote aantallen. Ik heb ook gezegd dat het aantal medicijnen in combinatie met het aantal toedieningsvormen iets zegt over het aantal producten dat een groothandel normaal op voorraad heeft. Dat gaat om zeer grote aantallen. Bij de tekorten gaat het soms om medicijnen waarbij er een aankondiging is dat er een tekort wordt verwacht. Soms is dat een heel kortdurend tekort dat ergens anders wel opgevuld kan worden. Of het gaat bijvoorbeeld om een tekort in een leveringsvorm, waarbij bij wijze van spreken een voorraad van strips met 30 tabletten niet leverbaar is maar een voorraad van strips met 90 tabletten wel. Dat is dan op te lossen, maar in sommige situaties zijn gewoon alle beschikbare vormen er niet voor een langdurige periode. Het gaat soms dus om de vorm van het middel en hoe lang het tekort duurt. Je kunt ook nog meewegen hoeveel patiënten ermee gemoeid zijn. Je kan ook nog meewegen hoe afhankelijk mensen van een middel zijn, hoe moeilijk dat ook te kwalificeren is, en of er nog bepaalde alternatieven zijn. Om een exact percentage te geven met al deze kanttekeningen daarbij is dus buitengewoon lastig, maar het is duidelijk dat we graag willen dat die beweging van tien jaar lang stijging wordt teruggedrongen. Ondertussen zien we dat de tekorten in de afgelopen vier jaar, ondanks de dip in 2021, eigenlijk een vorm van een plateau op hoog niveau hebben gekregen; die curve willen we terugduwen.

Dan kom ik bij de beantwoording van de vragen over dure medicijnen en de sluis. Ik begin bij een vraag van mevrouw Den Haan. Zij vroeg: kunt u de Franse en Duitse methode, waarbij geneesmiddelen beschikbaar komen tijdens de sluis voor een lagere prijs, toepassen in Nederland? Het antwoord is helaas dat ik dat niet van plan ben. Het is de prijsstelling van de firma die ertoe leidt dat een geneesmiddel in de sluis wordt geplaatst. Daarom acht ik het ook de verantwoordelijkheid van de firma om het geneesmiddel beschikbaar te stellen gedurende de sluisperiode. Ik ben onder voorwaarden wel bereid om de eventuele kosten van de beschikbaarheidsstelling mee te nemen in de onderhandelingen. Er werd al een aantal keren gezegd dat het aan de voorkant niet houdbaar is dat een middel dat in de sluis zit toch beschikbaar wordt gesteld. Laat ik daar tegenoverstellen wat er op dit moment vaak gebeurt aan de achterkant, na afloop van een patentperiode, namelijk dat dezelfde enige firma het blijft

leveren, tegen dezelfde hoge prijs, ook als het aantal patiënten dat het gebruikt, toeneemt. Dat gaf ik al aan. Die combinatie moeten we denk ik wel even met z'n allen in ogenschouw nemen. Natuurlijk wil je aan de voorkant bepaalde dingen misschien anders doen, maar dan gelden er ook gezonde principes aan de achterkant, voor ons allemaal.

Mevrouw Van der Plas vroeg hoe de EU-samenwerking is op het gebied van maximumprijzen. Is het niet logischer om dit binnen de EU op te pakken? Het prijsbeleid is een nationale competentie van de lidstaten. De Europese Commissie heeft hier geen rol in. Voor de prijzen van geneesmiddelen zoek ik wel actieve samenwerking binnen EU-lidstaten, bijvoorbeeld met de zogeheten Beneluxa-samenwerking, waarbij je met een aantal landen tezamen onderhandelt over specifieke medicijnen. Het is complex. Het is lastig, alleen al om te komen tot een gezamenlijk mandaat, maar het is belangrijk om te kijken of je daarmee betere resultaten krijgt.

In de covidcrisis is gebleken dat de gezamenlijke aankoop van geneesmiddelen in Europeesbreed verband in sommige gevallen ook een effectief instrument kan zijn. Ik kijk even naar mevrouw Den Haan, die daar tijdens debatten over covid een aantal keren vragen over heeft gesteld, bijvoorbeeld over Paxlovid en andere medicamenten.

De voorzitter:

Er is een vraag van mevrouw Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ik ben blij dat de Minister dat Beneluxa-initiatief noemt, maar hoe gaat dat? Hoe staat het ermee?

Minister Kuipers:

Ik kan niet op één specifieke, individuele onderhandeling ingaan, maar er lopen dergelijke gemeenschappelijke trajecten. Zoals ik al aangaf, is dat verstandig, omdat je daarmee een belangrijkere partij bent voor een firma. Tegelijkertijd zijn het ook complexe trajecten, al was het alleen al omdat de verschillende landen verschillende procedures en instituten hebben om de effectiviteit, en de prijzen en kosten te bepalen. Daarom moeten we van tevoren al bespreken welk mandaat we willen afgeven. De heer Bushoff vroeg in hoeverre de sluis voor dure geneesmiddelen effectief is in vergelijking met andere landen. Los van de vraag hoe effectief de sluis is in internationaal perspectief, vind ik het bij sluisgeneesmiddelen belangrijk om te weten hoe effectief het middel is, om eventueel over de prijs te onderhandelen. Dat is belangrijk voor de solidariteit en de toegankelijkheid op de lange termijn. Nogmaals, we hebben een bepaalde periode nodig voor het onderhandelen. Als je die periode afzet tegen hoelang het duurt voordat het middel voor die prijs wordt toegelaten, zie je dat het om vele jaren gaat. In veel gevallen is het veel langer dan de tien jaar die er allereerst voor die periode staat. Het is dus belangrijk om te kijken naar de effectiviteit. Ik streef er natuurlijk naar om dat proces zo kort mogelijk te houden, maar fabrikanten hebben daarin ook een grote verantwoordelijkheid. Dan klopt het dat er verschillen bestaan tussen de wijze waarop Europese landen omgaan met de vergoeding van dure geneesmiddelen. Ik heb geen exact inzicht in de opbrengsten van de sluis in financiële zin in vergelijking met andere landen.

In aansluiting daarop zei de heer Bushoff ook dat de farmaceutische industrie ondoorzichtig is en dat we gebaat zijn bij transparantie. Hij vroeg: hoe ziet de Minister dat? Meer inzicht in de werkwijze en het verdienmodel van farmaceutische bedrijven is belangrijk. Ik vind het nog belangrijker om de markt meer vraaggericht te maken. We moeten meer duidelijk maken wat we bereid zijn te betalen voor geneesmiddelen die we echt nodig hebben. Dat begint bij het inzicht in de daadwerkelijke kosten

voor ontwikkeling en productie. Ik verwijs naar de rapportage en het onderzoek dat we daar eerder over hebben laten zien. Het is ook al genoemd. Overigens, als je inzicht wilt hebben en erin geïnteresseerd bent: jaarverslagen van farmaceutische bedrijven zijn, net als bij ieder ander bedrijf, jaarlijks in te zien. Dan is uitstekend te zien, niet voor een individueel middel maar overall, wat een bedrijf uitgeeft aan marketing en R&D en wat de winstmarges zijn.

Ik verwijs naar de terechte opmerking van mevrouw Ellemeet dat de farmaceutische industrie, als je het even als een hele tak ziet, sinds jaar en dag behoort tot een onderdeel met hoge winstmarges, ook in vergelijking met allerlei andere. Laat ik heel duidelijk zijn: in mijn perspectief is er helemaal niks mis met investeren, ontwikkelkosten, risico dragen en daarmee ook winst maken. Maar als dat zeer stabiel is over vele, vele jaren, met heel hoge winstmarges, dan moet je ook de positie innemen dat je straks wilt onderhandelen over nieuwe ontwikkelingen.

De voorzitter:

Dit leidt tot een vraag bij meneer Hijink en meneer Bushoff. Eerst meneer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Ja, omdat dat natuurlijk precies het probleem is. Je kunt in een jaarverslag misschien wel opzoeken wat er uitgegeven wordt aan onderzoek en ontwikkeling, maar het gaat er natuurlijk om hoe de prijs van een specifiek, individueel geneesmiddel tot stand is gekomen en in hoeverre een veel te hoge prijs voor het middel zich verhoudt tot het onderzoek dat erin is gestopt en de daadwerkelijke investeringen die erin zijn gedaan. Dat moet natuurlijk transparant zijn. Een totaalbedrag van één farmaceut, waarbij wordt gezegd «er is zoveel procent naar onderzoek gegaan en toch houden we 20% winst over» zegt mij niet zo veel. Volgens mij is er juist behoefte aan transparantie en inzicht in de opbouw van de prijs per individueel geneesmiddel dat wordt ontwikkeld. Ik vraag de Minister dus of hij bereid is om wetgeving te maken om dat af te dwingen.

Minister Kuipers:

Ik zal zo meteen nog iets zeggen over de vragen die wij specifiek in die sluis aan bedrijven stellen, waarbij we ze niet kunnen verplichten om die antwoorden te geven. Ik kan wel verwijzen naar het volgende. Er is individuele casuïstiek, waarbij het soms heel goed mogelijk is om exact inzicht te krijgen in de daadwerkelijke ontwikkelkosten. Dat zijn uitzonderingen, maar ze zijn er wel. Als dat proxy's en voorbeelden zijn voor hoe het breder zit, dan verklaart dat waarom winstmarges voor farmaceutische bedrijven over een vrij grote breedte en over vele jaren consequent hoog zijn. Het andere punt waar ik naar verwijs, is de rapportage die wij vorig jaar hebben uitgebracht en die ook al wel genoemd is. Die kijkt ook naar het hele ecosysteem en probeert hier nader inzicht in te krijgen. We zijn wel bezig met vervolgonderzoeken, maar het is buitengewoon lastig om per middel helder te krijgen wat er exact geïnvesteerd is en wat uiteindelijk winst is, ook over een langere periode. Ik ben niet voornemens om daar een wetstraject voor in te zetten.

De voorzitter:

Meneer Hijink, heeft u nog een vraag? Ja.

De heer Hijink (SP):

Het gaat natuurlijk om dat laatste. De politieke discussie begint bij de behoefte en de wens van deze Minister om ook daadwerkelijk wat te gaan doen. Als hij nu al aangeeft dat hij niet van plan is om daar wetgeving voor te maken, dan houdt het natuurlijk al snel op. Als wij willen dat er een einde komt aan die megawinsten van tot 20%, als wij vinden dat de

exorbitante prijzen die worden gevraagd voor bepaalde geneesmiddelen moeten stoppen, dan begint dat wel met een overheid die haar tanden durft te laten zien, met een Minister die zijn tanden durft te laten zien en niet nu al opgeeft. Dus ik vraag het nog maar een keer. Als hij ook vindt dat het transparanter moet, is hij dan bereid om daar wetgeving voor te gaan maken? En zo nee, waarom niet? Met welke motivatie zou hij dat dan niet doen?

Minister Kuipers:

Ik kan natuurlijk ook inzetten op wetgeving; dat zal ik dan in Europees verband moeten doen. Maar laten we eerst even kijken naar de andere mogelijkheden in plaats van een heel lang traject met ongetwijfeld heel veel discussie, ook op Europees vlak. Het begint allereerst gewoon bij onderhandelen over individuele middelen: wat levert het, wat is de meerwaarde voor de individuele patiënt, en zit het ook in een gebied waar we al medicijnen hebben of zit het in een gebied waar we nog helemaal niets hebben? In het voorkomende geval dat bij een bepaald middel wordt gezegd «helaas, we komen er niet uit» moeten we ook de consequenties daarvan durven aanvaarden voor de individuele mensen die het betreft. Dat is buitengewoon lastig. We hebben de voorbeelden bij eerdere debatten weleens gehoord. Natuurlijk moeten we met die rapportages over zo'n ecosysteem blijven kijken hoe deze markt precies in elkaar zit en daar ook met de Europese collega's het debat over voeren. Dat moeten we overigens ook doen met bijvoorbeeld de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen, waar ik het gesprek mee gevoerd heb, en ook met individuele bedrijven.

De heer Hijink (SP):

Dit zijn zulke niksige antwoorden. Sorry dat ik het zo zeg, maar het is echt zo. Het gaat over «rapportages» en «onderzoeken». Er zijn stapels rapporten geschreven over de manier waarop de markt voor geneesmiddelen op dit moment werkt. Er zijn stapels rapporten en onderzoeken die aantonen dat het één grote black box is hoe de prijzen van geneesmiddelen tot stand komen. We hebben helemaal geen nieuwe onderzoeken nodig. We hebben een nieuwe rapportage nodig. We hebben een Minister nodig die, als hij zegt dat de winsten te hoog zijn en dat daar wat aan moet gebeuren, dan ook zijn tanden durft te laten zien en hier met voorstellen gaat komen voor hoe die markt transparanter gaat worden. Ik vraag hem echt geen extreme dingen. Ik vraag alleen om transparantie over de opbouw van de prijzen van geneesmiddelen. Dat is toch wel het minste wat je zou moeten willen organiseren als Minister?

Minister Kuipers:

De kwalificatie «niksige antwoorden» laat ik graag aan de heer Hijink. Ik denk dat het tegendeel het geval is. Ik kan heel erg inzetten op een exact overzicht van bepaalde prijzen en de ontwikkelkosten van een specifiek medicament, maar ik zeg de heer Hijink dat we dat eigenlijk niet nodig hebben. We weten in de volle breedte eigenlijk al van heel erg veel firma's en heel erg veel producten dat de ontwikkelkosten en productiekosten versus wat er uiteindelijk aan verkoopprijs en dus ook aan financiering terugkomt, netto tot zeer aanzienlijke winsten leidt. Dan kan ik wel gaan uitzoeken wat precies de ontwikkelkosten per middel precies zijn, maar dat gaat mij verder niet helpen. Er zijn voorbeelden uit het verleden die dit overallbeeld bevestigen. Ik kan er lang mee bezig zijn, maar het gaat niet helpen.

De voorzitter:

Meneer Bushoff en dan mevrouw Ellemeet en dan mevrouw Van den Berg.

De heer **Bushoff** (PvdA):

De Minister geeft in antwoord op de terechte vraag van de SP aan dat het niet zou helpen om meer inzicht te hebben, ook op individueel niveau, in de ontwikkelkosten van een geneesmiddel en in de winstmarges. Maar ik denk dat het wel degelijk kan helpen. Je zou bijvoorbeeld afspraken kunnen maken over maximumwinstpercentages bij een geneesmiddel waarvoor wij als overheid best fors bijdragen in de ontwikkeling en in het onderzoek. Is de Minister ertoe bereid om dat soort afspraken te maken als wij als overheid bijdragen aan de ontwikkeling van medicijnen?

Minister **Kuipers**:

Ik zal even hypothetisch twee dingen schetsen. Ten eerste het onderzoeken en wettelijk vastleggen van de ontwikkelkosten van een medicament. Daar kunnen dan afspraken over worden gemaakt: een maximum of een acceptabel winstpercentage leidend tot een prijs. Dat kunnen we doen, prachtig.

Er is ook een andere benadering. Je zegt dan dat je weet dat de prijzen over de volle breedte dusdanig zijn dat er aanzienlijke winst op wordt gemaakt. Dat weten we gewoon. Ik verwijs naar eerdere rapporten. Ik verwijs naar jaarverslagen. Er is uitgebreide informatie over beschikbaar. Ik verwijs ook naar individuele casuïstiek. Dat kunnen we allemaal als een gegeven accepteren. Is het een medicament dat komt op een plek waarvoor we nog helemaal niets hebben? Past het bij die medische behoefte waaraan gerefereerd is? Of is het een middel in een rij waar we al tien andere middelen beschikbaar hebben? Wat is de meerwaarde voor de patiënt in de verlichting van klachten, de verlenging van het leven, en wat vinden wij dan een acceptabele prijs? Daarbij accepteren we dat het rekensommetje van een x-bedrag per kwaliteitslevensjaar op de lange termijn niet vol te houden is.

Ik kies voor die tweede benadering. Ik kan heel erg inzetten op die eerste benadering en dan kan het ertoe leiden dat we medicamenten krijgen waarvan we zeggen: o, dat waren hele hoge ontwikkelkosten; we doen er ook nog een winstpercentage op, maar eigenlijk levert het product helemaal niks. Ik heb die informatie niet nodig om die onderhandeling al te voeren en te kijken of we die prijzen kunnen verlagen. Dat is waar we op inzetten.

De heer **Bushoff** (PvdA):

De Minister zegt eigenlijk: ik ga achteraf proberen de prijzen te verlagen en de winstmarges van die farmaceutische industrie omlaag te krijgen. Nou, tot nog toe is dat nog niet heel succesvol geweest. Ik ben dan wel benieuwd waarom de Minister denkt dat dat de komende paar jaar wél succesvol gaan zijn en wanneer wij dan de eerste resultaten daarvan zien. Een andere optie zou zijn om aan de voorkant bij de ontwikkeling van medicijnen, waar de overheid fors aan bijdraagt – de overheid neemt een kwart van de kosten voor haar rekening – te zeggen: omdat wij eraan bijdragen, eisen wij dat een maximumwinstpercentage op dat geneesmiddel gemaakt mag worden. Dat is toch een hele logische zet als ook de Minister vindt dat die winstmarges veel te hoog zijn?

Minister **Kuipers**:

Dan komen we in een cirkelredentie terecht en geef ik precies hetzelfde antwoord als zonet. Er zijn twee benaderingen. In de ene benadering hebben we de ontwikkelkosten en bepalen we een winstpercentage. In de andere benadering gaan we ervan uit dat er forse winst gemaakt wordt op het bedrag waarmee een farmaceutisch bedrijf inzet, en kijken we naar de meerwaarde voor een patiënt en naar de middelen die we op dit terrein al hebben. Met andere woorden, past het bij een medische behoefte op dit terrein? Vervolgens zeggen wij welke prijs wij acceptabel vinden. Dat staat los van de vraag wat voor de farmaceutische industrie de marge is.

Overall zijn de prijzen over de lange termijn hoog. Ook als het patent afgelopen is, blijven ze hoog. Die hele inzet kent dus een sluis. Het is niet, zoals de heer Bushoff zegt, aan de achterkant. Het is aan de voorkant. En ja, dat kost soms tijd, maar die tijd zit er vooral in dat de firma mogelijkheden heeft om snellere stappen te maken en de prijs te verlagen.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Wat geeft de Minister aanleiding of het vertrouwen om te denken dat dit beter gaat werken dan het aan de voorkant regelen? Tot nog toe zien we het gewenste resultaat niet.

Minister **Kuipers**:

Ik kan gewoon echt nog een keer hetzelfde antwoord geven. Ik kan uitgebreid inzetten op proberen te achterhalen en wettelijk vast te leggen dat een firma moet laten zien wat de ontwikkelkosten voor een medicament zijn. Het is zojuist ook al genoemd dat we bij herhaling zien dat er bepaalde start-ups zijn waarvan je weet hoeveel geld er al in geïnvesteerd is, en die vervolgens voor een veelvoud van dat bedrag door een farmaceutisch bedrijf worden overgenomen. Vervolgens wordt het op de markt gebracht. De ontwikkelkosten van de start-up zijn laag. De kosten die de grote broer of zus gemaakt heeft, zijn hoog. Een fantastisch voorbeeld uit het recente verleden is het middel Lutathera, dat in eerste instantie werd ingezet voor mensen met een zeldzame vorm van kanker. In de literatuur kunt u zo nazoeken wat de registratie- en ontwikkelkosten ervan waren en voor hoeveel een grote farmaceutische firma het vervolgens overgenomen heeft. Op het moment dat dat gebeurde, verveelvoudigde de prijs van dat middel, dat tot dan toe door een individueel ziekenhuis gemaakt werd.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Voorzitter ...

De **voorzitter**:

Meneer Bushoff, u krijgt weer hetzelfde antwoord.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Wat de Minister nu doet, is een ander probleem aanhalen, namelijk de kaping van medicijnen. Als hij dit voorbeeld aanhaalt, wil ik ook van de Minister horen wat hij concreet gaat doen om deze kaping en deze ongewenste praktijken tegen te gaan. Dat is één. Twee. Als de Minister het bij achteraf handelen houdt, dan moeten wij misschien zelf met een voorstel komen om er aan de voorkant voor te zorgen dat de winstmarges van farmaceutische bedrijven waar de overheid aan de ontwikkeling van medicijnen bijdraagt, in ieder geval beperkt worden.

Minister **Kuipers**:

Excuus, maar ik maak echt bezwaar tegen de opmerking van de heer Bushoff over vooraf en achteraf. Ik geef duidelijk aan wat wij vooraf doen. Daar krijg ik heel begrijpelijk veel vragen en opmerkingen over. Dat betekent dat middelen die al wel goedgekeurd zijn, lange tijd niet beschikbaar zijn voor individuele patiënten. Mevrouw Van der Plas heeft daar een voorbeeld van genoemd. Dat heet: vooraf. Het moet niet telkens als achteraf betiteld worden, want dat is het niet. Ik blijf dan hetzelfde rondje antwoorden geven. Misschien is het verstandig om het kopje sluis eerst af te ronden. Dan wordt een deel van de opmerkingen die de heer Bushoff maakt, gewoon geadresseerd.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Maar het tweede deel van mijn vraag betreft die kaping van medicijnen.

De voorzitter:

Ik begrijp dat dat onderwerp zo langskomt. Eerst mevrouw Ellemeet en mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Het wordt een beetje een semantische discussie. Laat ik doorgaan op wat ik denk dat de heer Bushoff bedoelt. Kijk, je staat met 10–0 achter als het begin van de onderhandelingen een inzet van de farmaceut is. Die inzet is sowieso heel hoog. Daar moet de Minister dan over gaan onderhandelen. Natuurlijk moeten we sowieso op alle momenten in het hele proces zo veel mogelijk transparantie betrachten. Daar zijn we allemaal bij gebaat. Maar we zijn natuurlijk ook gebaat bij het sleutelmoment, namelijk het moment waarop de overheid nog mee-investeert in de eerste fase en de overdracht plaatsvindt naar de fase waarin farmaceuten het overnemen. Daar kunnen wij wel degelijk eisen stellen. Dat is wat ik versta onder de voorkant: het moment dat je het als overheid, als mede-investeerder, overdraagt aan de farmaceut. Daar kunnen we veel strenger op zijn, want dan krijg je een heel andere onderhandelings situatie. Dan zal het nooit zo zijn zoals het nu gebeurt, namelijk een farmaceut die zo hoog mogelijk inzet, wetende dat hij ietsje lager uitkomt, maar alsnog de hoofdprijs krijgt. Daarin kan de Minister meer betekenen dan hij nu doet.

De voorzitter:

De vraag is helder, denk ik.

Minister Kuipers:

Laten we allereerst vooropstellen dat in dit soort gevallen de vraag en de behoefte van de patiënt leidend zijn. Ik denk dat we daar allemaal gelijk in zitten. Dat is de discussie waar het hier om gaat. Het is prachtig dat allerlei specifiek ingezet Europees en internationaal beleid ertoe geleid heeft dat het aantal middelen dat op de markt gekomen is voor specifieke aandoeningen die op zichzelf minder frequent voorkomen, een enorme vlucht heeft genomen. Veel van die ontwikkelingen hebben een enorm verschil gemaakt voor patiënten, voor kinderen met aangeboren aandoeningen, bijvoorbeeld bepaalde stapelingsziekten, voor mensen met kanker, voor mensen met chronische ontstekingsziekten. Dat heeft een zeer groot verschil gemaakt in de ontwikkeling van een kleine 20 jaar, eerst geleidelijk en nu steeds sneller. Het einde is gelukkig niet in zicht. Veel van die ontwikkelingen en die kennis, zoals mevrouw Ellemeet terecht aanhaalt, komen vanuit universiteiten en academische ziekenhuizen, ook in Nederland en Europa. Helaas hebben we in het verleden keer op keer het volgende gezien. Je zou het ook een vorm van naïviteit kunnen noemen. Die voorbeelden zijn er ook uit Nederland. De kennis gaat in een heel vroeg stadium bij ons weg en komt in een start-up terecht, die natuurlijk nog een risico heeft. Op het moment dat die start-up effectief is, wordt die overgenomen en vervolgens betalen wij de hoofdprijs. Dat geldt voor medicijnen en dat geldt soms ook voor sommige andere producten. Daar moeten we wat mee. Die kennis moeten we veranderen.

Ik ben het geheel met mevrouw Ellemeet eens dat dat een van de inzetten is, namelijk om te kijken hoe we dit nu anders gaan doen. Dat betekent dat we afspraken hebben gemaakt met onder andere de umc's en de universiteiten over maatschappelijk verantwoord licenseren en dat we bezig zijn met een FAST-centrum, een expertisecentrum. De inzet moet zijn om te kijken of wij middelen veel langer in het publieke domein kunnen houden, dan wel dat als er een combinatie is, ook vanwege de benodigde investeringen daarvoor, dat is met andere afspraken in plaats van het alleen plat en volledig verkopen, zeg ik maar even.

Mag ik een van de prachtige voorbeelden noemen? Op dit moment zijn de umc's in gezamenlijkheid in Nederland, voor een deel samen met Europese collega's, bezig met de ontwikkeling en het produceren van hele

specifieke vormen van behandeling voor patiënten met bepaalde vormen van kanker, bijvoorbeeld bepaalde vormen van lymfeklierkanker. Dat is zo'n voorbeeld waarbij je eigenlijk publiek het risico langer draagt, maar je uiteindelijk ook veel beter kunt komen tot een acceptabele prijs die wél rekening houdt met het volledige traject en die ontwikkelingskosten. Maar dan moeten we ons ook realiseren dat als we dat breder doen, we af en toe ook situaties zullen hebben waarbij we zeggen: dit is een heel traject geweest, daar is een x-bedrag aan publieke investering in gegaan, en helaas heeft het niet tot een product geleid. Sorry voor het lange antwoord, voorzitter, maar het is een belangrijk punt.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Kijk, aan zo'n antwoord heb ik wat, want ik denk dat we nu raken aan de kern. Het zit heel erg op dat maatschappelijk verantwoord licenseren. Daar zullen we nog scherper op moeten zijn. Dus ik ben het ermee eens dat er mooie ontwikkelingen zijn, maar we kunnen echt op geen enkele manier naïef zijn over de grote belangen die achter de industrie zitten. We moeten dus scherper zijn en verplichtender zijn op dat maatschappelijk verantwoord licenseren, dus ik denk dat de Minister daarnaar moet kijken. Welke stappen kunnen we daar nog op zetten, los van de onderhandelingstrajecten die nu lopen? Dit kan cruciaal worden voor de toekomst.

Minister **Kuipers**:

Daarmee ben ik het geheel eens. Ik denk dat we die route echt in moeten. Dat kan overigens ook in samenspraak. Dit is een discussie die ik ook met de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen, dus de branchevereniging voor deze farmabedrijven, heb gehad. Let op: het is fantastisch dat al deze ontwikkelingen er zijn. Maar de manier waarop dit nu gaat en het niet volgen van gezonde economische principes – dat noemde ik in mijn inleiding al – betekent op een bepaald moment dat ook de solidariteit van het systeem onder druk komt te staan. Zojuist werd er al iets genoemd over de verwachte stijging alleen aan uitgaven voor dure geneesmiddelen. Die stijging is nog groter dan genoemd. Het gaat echt heel erg hard. Het is dus fantastisch dat de middelen er zijn, maar op deze manier is dit systeem niet houdbaar. Dus dat betekent inderdaad: verantwoord licenseren, kijken of we middelen langer bij ons kunnen houden, de industrie aanspreken en toch, hoe vervelend ook, keihard blijven onderhandelen, alleen of met andere landen, over individuele middelen. Maar als we dat doen, dan moeten we ook bereid zijn om te accepteren dat als een firma geen stappen maakt, een middel langer in de sluis zit of het op een gegeven moment een keer leidt tot een nee.

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

Ik begrijp aan alle kanten dat de Minister zegt: ik kijk eerst wat we in Nederland kunnen doen. Dus uiteraard is dat maatschappelijk verantwoord licenseren uitermate belangrijk. We hebben in onze nota ook nog andere voorstellen gedaan. Die kan je als Nederland in ieder geval oppakken. Ik hoop namelijk dat de Minister dan ook aandacht wil geven aan de effectiviteit van medicijnen. Ik noemde net al het artikel Hoge kosten zonder resultaat, van oncoloog Gabe Sonke. Dat geldt toch heel vaak. Farmabedrijven zeggen weleens tegen mij: ja, maar in de sluis is de prijs wel met 50% verminderd. Dan zeg ik: ja, en dan kan die nog steeds 80% te hoog zijn, want het zegt ons gewoon helemaal niks; in feite vraag je ons wat de gek ervoor wil betalen, want je bent compleet intransparant. Dank in ieder geval dat de Minister daarop probeert in te zetten, maar ik kom toch even terug op het allereerste stukje.

We zijn namelijk inderdaad bij sommige zaken afhankelijk van Europese wetgeving. Dat is niet morgen gerealiseerd, maar ik noem even drie concrete voorbeelden. Ik hoop dat de Minister zich daarvoor dan toch op Europees niveau wil inzetten. Het eerste is het voorbeeld van het kapen

van medicijnen, dat de heer Bushoff ook noemde. Hoe kunnen we dat verhinderen? Het tweede is dat de Minister zelf noemde dat er na afloop van het patent nog steeds een hoge prijs is. Wat zou hij wat dat betreft aan wetgeving kunnen doen? Het derde – dat heb ik eerder genoemd – is dat als in één keer ontdekt wordt dat een generiek medicijn, dat al jaren voor een paar euro op de markt is, ook interessant is voor een zeldzame ziekte, er een beschermingsperiode wordt gegeven, en zelfs een patentperiode voor geneesmiddelen voor zeldzame ziekten. Zou de Minister zich in willen zetten om dat aan te pakken?

De voorzitter:

Ik wil u vragen om de volgende keer iets kortere vragen te stellen, want dit was wel een hele lange vraag.

Minister Kuipers:

Allereerst dank voor de nota, die ik met veel belangstelling zal lezen, mevrouw Van den Berg. Ja, wij kijken absoluut naar de effectiviteit van middelen. Een van de commentaren die wij al gehad hebben, ging over de langere doorlooptijd. Recentelijk – dat heb ik bij een eerder debat al weleens genoemd – kregen we vijf middelen tegelijk voor dezelfde vorm van zeldzame kanker waar al een scala aan middelen voor eerste-, tweede-, derde- en vierdelijnscombinatietherapie voor was. In dat geval heeft het Zorginstituut die niet individueel opnieuw beoordeeld, maar heeft het dat in gezamenlijkheid gedaan en heeft het gezegd: wat voegen deze middelen nu toe aan wat we al hebben? Dat adresseert ook precies het probleem. Het is natuurlijk fantastisch als er voor deze patiënten nog een middel bij komt of er nog vijf middelen bij komen, maar er zijn andere vragen waar helemaal niets voor is. Dat betekent dat we ook met Europese collega's kijken of we hier bepaalde stimulansen in kunnen bieden in termen van een bereidheid om extra te betalen voor juist zo'n unmet medical need, een vraag waar eigenlijk nog geen middelen voor zijn.

Ten aanzien van andere methoden is er op dit moment een voorstel in ontwikkeling voor herziening van de farmaceutische wetgeving in Europees verband. Een van de voorstellen die daar liggen, waar wij zeker een voorstander van zijn, is om te kijken of we deze beschermingsperiode, die patentperiode, kunnen verkorten, al dan niet met bepaalde dingen. Juist als het een nieuw middel is op een totaalveld waar nog niks is, willen we het wel wat kunnen verlengen, maar zo willen we ook differentiëren. Tot slot kunnen we gezamenlijk stimuleren dat we als een patentperiode eraf is, toch kijken wat de mogelijkheden zijn om parallel te gaan produceren.

De voorzitter:

Is dat voldoende zo? Ja. Gaat u verder.

Minister Kuipers:

Mevrouw Tielen vroeg: wat is de status van een mogelijke crisisclausule in wet- en regelgeving met betrekking tot het voorkomen dat er woekerprijzen ontstaan op het moment van een crisis? Op grond van de huidige wet- en regelgeving kunnen overeenkomsten al worden ontbonden als deze niet worden nagekomen of als blijkt dat het product niet voldoet. Ik ben nu niet voornemens om een aparte crisisclausule in te voeren. Als aan een leveringsvoorwaarde is voldaan, kan een overeenkomst in principe niet worden teruggedraaid. Daarom neem ik de tijdens de coronacrisis geleerde lessen mee bij het opstellen van leveringsvoorwaarden tijdens een eventuele volgende crisis.

Mevrouw Tielen vroeg ook: wat kan in de contracten met geneesmiddelenfabrikanten worden opgenomen om als overheid sterker te staan? Onze onderhandelingen met farmaceutische bedrijven zijn erop gericht

financiële risico's af te dekken, waaronder de totale uitgaven aan een geneesmiddel. Daarmee borgen wij ook de pakketwaardigheid, de kosteneffectieve inzet van geneesmiddelen en de betaalbaarheid. De ACM, de NZa en het Zorginstituut werken samen aan een beleidsadvies voor maatschappelijk aanvaardbare prijzen.

Mevrouw Maeijer vroeg in het kader van de uitbreiding van de sluis: hoe staat het met de capaciteit van het Zorginstituut? Zoals ik in mijn Kamerbrief over uitbreiding van de sluis heb aangegeven, gaat het om een beperkt aantal extra sluisgeneesmiddelen per jaar. Door capaciteitsuitbreiding bij het Zorginstituut en bij het Bureau Financiële Arrangementen nemen de wachttijden naar mijn verwachting nauwelijks tot niet toe. Uitbreiding van de sluis vindt plaats per 1 juli 2023. Het Zorginstituut is inmiddels ook bezig met het verwerven van de benodigde extra capaciteit.

De voorzitter:

Vindt u het goed als ik de vragen even opspaar tot het einde van het blokje sluis? Ja. Dan gaat u verder en dan doen we dat aan het einde van het blokje.

Minister Kuipers:

Mevrouw Ellemeet vroeg naar de winsten van de farmaceutische industrie. Zij zei dat het financiële rendement leidend is en dat dit niet uit te leggen is. We reageerden daar zojuist ook al even op. Als aanvulling daarop: ik heb twee acties in gang gezet. In Nederland spreek ik nu met artsen en patiënten om te kijken of zij de resultaten herkennen en om inzicht te krijgen in aan welke geneesmiddelen de grootste behoefte is. Op basis van deze gesprekken wil ik het actieve onderzoek stimuleren.

Tegelijkertijd spreek ik hierover met collega's in Europa.

Mevrouw Maeijer vroeg: hoe komt het dat er intramurale niet-sluisgeneesmiddelen zijn die voldoen aan de criteria voor voorwaardelijke toelating, maar die niet worden aangemeld? Het is mij niet bekend dat dit gebeurt. Ik zou het zonde vinden als dat wel zo is. Als er casuïstiek is over aanmelding staan wij daar zeer voor open. Voorwaardelijke toelating is juist bedoeld om middelen beschikbaar te maken voor patiënten wanneer deze veelbelovend, maar nog niet pakketwaardig zijn. Fabrikanten van dergelijke geneesmiddelen kunnen zich melden bij het Zorginstituut en daar een dossier indienen voor voorwaardelijke toelating. Dan was er een aantal vragen over de doorlooptijden in de sluis. Lange doorlooptijden worden primair veroorzaakt door de hoge prijs van de geneesmiddelen, laat ik daar heel helder over zijn. Voor deze dure middelen wordt beoordeeld wat de toegevoegde waarde is en hoe de baten zich verhouden tot de kosten van het middel. Ik wijs daarbij ook op de verantwoordelijkheid van firma's voor een tijdige indiening van het vergoedingsdossier en op de onderhandelingen over de prijs. Als ik het nu met alleen een momentopname illustreer – maar het is wel een situatie die eigenlijk een goede reflectie van de standaard is – is het op dit moment zo dat we in 26 van de nu 40 lopende sluisprocedures nog wachten op de aanvraag van de fabrikant. Er lopen nu dus 40 sluisprocedures en in 26 daarvan wachten we op de aanvraag van de fabrikant. Daar kan ik niks aan doen. Gebruik van de parallelle procedure van het CBG en het Zorginstituut kan de doorlooptijd verkorten. Helaas hebben firma's laten weten dat het gebruik hiervan voor hen vooralsnog onvoldoende interessant is. Tot nu toe zijn er zeven procedures op deze wijze afgerond sinds de start van de parallelle procedure in 2019.

Mevrouw Den Haan vroeg naar een verdere uitsplitsing van de doorlooptijden. Ik gaf zojuist al wel iets aan informatie over waar de verschillende dossiers zitten. Ik ben inderdaad bezig met het ontwikkelen van een dashboard voor de doorlooptijden. Ik wil dat dit bijdraagt aan het zo snel mogelijk laten doorlopen van het proces. Ik verwacht eerlijk gezegd dat

een verdere uitsplitsing op detailniveau tot vertraging kan leiden. Dat betekent dat ik graag eerst wil doorzetten op het dashboard zoals dat nu in ontwikkeling is. Ik sta altijd open voor de discussie daarna.

Mevrouw Den Haan vroeg over het dashboard ook waarom het zo lang duurt. Dit proces kost inderdaad meer tijd dan verwacht. Ik verwacht dat het dashboard in de tweede helft van dit jaar beschikbaar is. Ik zal de relevante stakeholders, zoals patiëntenorganisaties, de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen en HollandBIO tijdens de bouwfase om feedback vragen.

Mevrouw Tielen vroeg hoe het met de doorlooptijden van de sluis zit en welke getallen we moeten geloven. Ik ben in mijn recente Kamerbrief transparant geweest over de doorlooptijden. Ook de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen heeft cijfers gepubliceerd. Ieder hanteert daarbij een andere methode. Het is dus niet zo dat het ene waar is en het andere niet. Wij hanteren de methode die wij standaard gebruiken. Je kunt kijken naar doorlooptijden geregistreerd per jaar van aanmelding en je kunt ook kijken naar doorlooptijden per jaar van goedkeuring. Omdat de meeste doorlooptijden langer dan een jaar zijn, zit daartussen verschil. Dan was een vraag van mevrouw Maeijer: in hoeveel gevallen hebben patiënten toegang tot sluisgeneesmiddelen via een patientaccessprogramma, want deze gratis verstrekking wordt onhoudbaar? Ik vind het van groot belang dat patiënten zo snel mogelijk de behandeling kunnen krijgen die ze nodig hebben, maar ook dat de middelen voor een verantwoorde prijs worden opgenomen in de vergoeding. Ik houd fabrikanten, gezien hun keuzes met betrekking tot de prijsstelling, primair verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van hun geneesmiddelen. Ook heb ik hierbij aandacht voor de vindbaarheid van de patientaccessprogramma's. Farmaceuten zijn niet verplicht deze programma's centraal aan te melden. Er is alleen inzage in eventuele named-patientprogramma's en in compassionate-useprogramma's die zijn aangemeld en goedgekeurd door het CBG. Een volledig overzicht is daarom nu nog niet te geven.

Mevrouw Maeijer vroeg: herkent de Minister de signalen uit een brief van de Stichting Melanoom over de vertraging van geneesmiddelen in de sluis? Ik heb hierover een signaal van een fabrikant ontvangen. Ik heb voor een aantal van deze zogeheten «PDL1-remmers» een centraal financieel arrangement voor alle toekomstige indicaties afgesproken. De stand van de wetenschap en de praktijk wordt voor sommige middelen beoordeeld door zorgverzekeraars. Ook zij hebben een verantwoordelijkheid bij het ervoor zorgen dat patiënten toegang hebben tot effectieve geneesmiddelen.

Mevrouw Ellemeet vroeg: hoe gaat de Minister nationaal de WHO-resolutie 72.8 uitvoeren, waarin lidstaten worden opgeroepen om nettoprijzen van geneesmiddelen openbaar te maken. Omdat Nederland waarde hecht aan meer inzicht in de prijsopbouw van geneesmiddelen en grotere transparantie tussen lidstaten, heeft het de WHO-resolutie ondersteund. Inzicht in de prijs is nodig, maar de WHO-resolutie heeft vooral tot doel om meer transparantie in de sector te krijgen, om landen te ondersteunen in het maken van keuzes voor de geneesmiddelen die ze nodig hebben en in de prijzen die ze bereid zijn daarvoor te betalen. Tot zover over de sluis, voorzitter.

De voorzitter:

Dit blokje ging over de dure middelen en de sluis. Ik heb vragen gezien van mevrouw Tielen, mevrouw Maeijer en mevrouw Den Haan. Als eerste mevrouw Tielen.

Mevrouw Tielen (VVD):

Het ging heel snel, maar ik hoorde de Minister zeggen dat er een beleidsadvies komt van de ACM, de NZa en het Zorginstituut Nederland

over maatschappelijk aanvaardbare prijzen. Dat zou best weleens een interessant ding kunnen zijn. Mijn vraag is dus: wanneer komt dat en zou dat advies van invloed kunnen zijn – ik heb een hekel aan het woord «voorkant» – op het begin van de sluis, zodat de fabrikant al een verwachting kan hebben over waar die in ieder geval maximaal rekening mee moet houden bij de prijzen die die onderhandeld krijgt?

Minister Kuipers:

Ten eerste kan ik op dit moment nog niet aangeven wanneer dat is. Ik wil dat van harte doen op het moment dat ik daar wel duidelijkheid over heb. Het zit nu in een initiatie. Dus wanneer we precies klaar zijn met de doorloop kan ik nu niet zeggen.

Ten aanzien van de discussie over wat we bereid zijn te doen en wat dan de inzet in een sluis is, zeg ik: ja, zeker. Dan komen we terug op het volgende. Dit aspect is een van de redenen om het doen en om ook het publieke debat hierover te kunnen voeren. Dat zal dus zeker meegenomen worden en vermoedelijk ook wel impact hebben op hoe wij in de sluis inzetten op de onderhandelingen.

Mevrouw Tielen (VVD):

Ja, daar spendeer ik dan toch een extra interruptie aan, want ik had er net ook twee. Heel fijn om te horen wanneer dat komt, want ik denk daadwerkelijk dat het omkeren van het initiatief in de sluis – om het maar zo te zeggen – inderdaad kan helpen om deze discussie maatschappelijk aanvaardbaarder te krijgen. Ik kijk dus uit naar dat advies.

Minister Kuipers:

Allereerst als respons: dank en ik steun dat. Laat ik daarbij zeggen dat ik het als positief ervaar dat ik ook in de discussie met Europese collega's merk dat hierin de gezamenlijke opstelling steeds belangrijker wordt. Dat is ontzettend belangrijk. In het verleden verschilde dat nog weleens en zag je ook echt verschillen tussen landen met een grotere farmaceutische industrie gevestigd in hun eigen land en landen die dat niet hadden, zoals Nederland. Geleidelijk zien we nu veel breder dat alle landen denken dat dit traject gewoon niet langer houdbaar is en dat hierin een omgekeerde beweging moet komen. Laten we graag hopen dat de farmaceutische industrie dat ook doet. Dat is uiteraard niet alleen de industrie, maar dat zijn ook de investeerders. Sorry, het was geen vraag, maar ik geef toch een lang antwoord. Ik noemde al dat er nu alleen al 40 middelen in de sluis zitten, en dat zullen er in de loop van het jaar nog weer veel meer worden. Dat is ongelooflijk mooi voor patiënten. Dat is ook prachtig voor al die mensen die zich daarvoor inzetten. Het is ook mooi voor de farmaceutische bedrijven. Maar we moeten wel een ombuiging maken.

Mevrouw Maeijer (PVV):

Het debat ging tot nu toe eigenlijk vooral over de kosten. Dat is op zich natuurlijk terecht, want het gaat om een hoop publiek geld. Maar het gaat natuurlijk om gezondheidswinst en kwaliteit van leven. Want je zal toch maar die ene patiënt zijn die op dat middel zit te wachten. Ik vind het in dat kader – maar goed, dat zeg ik in elk debat, geloof ik – jammer dat de Minister niet bereid is om te kijken naar wat wij bijvoorbeeld kunnen leren van systemen in Frankrijk en Duitsland. De Minister zei net dat door de nieuwe criteria van de sluis de wachttijden nauwelijks zullen toenemen. Dat is in ieder geval de verwachting die hij uitsprak. Maar de inzet was toch om de doorlooptijd te verkorten? Ik snap dat de Minister daar niet alleen over gaat, maar heeft hij alles in zicht, heeft hij alles gedaan om die randvoorwaarden te scheppen voor een efficiënt en snel proces? Dan gaat het niet alleen over capaciteit, maar ook over efficiënte procedures. Zijn die randvoorwaarden voor snelheid er? De Minister zei daarnet dat in veel

gevallen de dossiers nog niet zijn ingediend. Wat betekent dat? Men zit daarop te wachten.

Minister Kuipers:

Ik moet even afgaan op de gesprekken die ik heb met Europese collega's. Ik zie dat men naar elkaar kijkt en dat iedereen zo langzamerhand worstelt met dit dossier van prijsstelling en toelating op de markt van nieuwe middelen. Het gaat om de impact die dat ook op het totaal heeft versus het grote belang dat dit kan hebben voor individuele patiënten. Ik gaf het al een aantal keren aan, maar mevrouw Maeijer onderschrijft het nog een keer. Het geldt niet voor ieder nieuw middel. Ik gaf zonet een voorbeeld waarbij er veel middelen op de markt komen terwijl er al heel veel middelen zijn. De meerwaarde van een volgend middel is voor een patiënt dan vaak maar zeer betrekkelijk. Maar dat is niet op alle vlakken zo. Ik heb het zojuist ook al een keer benoemd in respons op een vraag van mevrouw Ellemeet. Het gaat allereerst om de patiënt en om het effect. Dat moeten we voor ogen houden.

Als er gevraagd wordt naar de methode van Duitsland of van Frankrijk, zeg ik dat iedereen naar elkaar kijkt. Ik kan niet uitsluiten dat bepaalde landen juist weer het Nederlandse systeem overnemen en ook overgaan tot een sluis. Ik ga er niet over, maar ik kan het ook niet uitsluiten. De verschillende systematieken leiden nog steeds tot dezelfde problematiek. Dan de doorstroom en de dossiers. Heel belangrijk is het parallel indienen, terwijl de formele goedkeuring er nog niet is. Die mogelijkheid is er en wordt maar beperkt gebruikt. Als firma's snel hun dossiers op orde hebben en parallel indienen in afwachting van, als firma's bereid zijn om zeer actief te onderhandelen en dus ook op een bepaald moment de prijs te verlagen als de Nederlandse overheid aangeeft dat ze dat echt nodig vindt, dan kan de looptijd enorm naar beneden. Wat ik kan doen, is het aangeven van deze zaken, en dat doe ik.

De voorzitter:

Mevrouw Maeijer nog een vraag?

Mevrouw Maeijer (PVV):

Op een ander onderwerp, want ik heb ook maar een beperkt aantal interrupties. Ik heb een vraag gesteld over de mogelijkheid om intramurale, niet-sluisgeneesmiddelen die voldoen aan de criteria, voorlopig toe te laten ...

De voorzitter:

Daar komt de Minister zo op.

Mevrouw Maeijer (PVV):

O, dat heb ik namelijk letterlijk uit de evaluatie. Ik heb het niet zelf verzonnen, maar het komt in de evaluatie naar voren dat dit mogelijk zo is. Ik zou graag horen waarom.

De voorzitter:

De Minister komt er zo op. U moet nog even wachten op uw antwoord, en ik tel dit niet als interruptie.

Mevrouw Maeijer (PVV):

Dat is helemaal fantastisch, want dan ga ik nu natuurlijk de volgende vraag stellen.

De voorzitter:

Als u de vragen kort houdt, mag dat.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ik heb iets gevraagd over die patientaccessprogramma's. In hoeveel gevallen hebben patiënten daadwerkelijk toegang tot programma's van middelen die nu in de sluis zitten? Is er aandacht voor de vindbaarheid hiervan? Zou er niet zoiets moeten zijn als een systeem waarin dit voor iedereen vindbaar is?

De **voorzitter**:

De vindbaarheid van de patientaccessprogramma's.

Minister **Kuipers**:

Geef me even een moment. Ik kom daar zo op terug.

De **voorzitter**:

U moet nóg een keer wachten, mevrouw Maeijer. Ik ga door naar mevrouw Den Haan, die ook een vraag heeft.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

De Minister geeft aan dat het primair de verantwoordelijkheid van de fabrikant is om een compleet dossier aan te leveren als het gaat om de doorlooptijden. Daar ben ik het mee eens. Maar ik kan me niet voorstellen dat fabrikanten incomplete dossiers aanleveren. Ze hebben er belang bij om dat zo goed en zo snel mogelijk te doen. Ik heb de Minister al eerder gevraagd wat de rol van het Zorginstituut in dezen is. Hij heeft ook toegezegd om daarnaar te kijken. Hoeveel tijd neemt het Zorginstituut om informatieverzoeken aan fabrikanten te doen, waardoor het dossier in kwestie als incompleet wordt beschouwd?

Minister **Kuipers**:

De rol van het Zorginstituut is om te beoordelen en aan de voorkant ook duidelijk aan te geven wat er aangeleverd moet worden, waarover overigens bij farmaceuten, maar ook bij de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen veel bekend is. Dat is de rol van het Zorginstituut en dat doen ze ook. Helaas levert de fabrikant toch in veel gevallen een incompleet dossier aan. Dan duurt het langer tot het wel compleet is.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ik begrijp dat er ook vaak nog extra informatieverzoeken worden gedaan en dat dit ook behoorlijk wat effect heeft op de doorlooptijden.

Minister **Kuipers**:

Dat kan. Dat is dan echt conform de methodiek van het Zorginstituut, in heel algemene zin. Even nadenkend over issues die kunnen spelen, gaf ik al voorbeelden van medicamenten die op de markt toegelaten worden, terwijl er al vergelijkbare middelen zijn. Dan kan een vraag van het Zorginstituut bijvoorbeeld zijn: wat zijn de vergelijkingen? Wat is in studies de meerwaarde van uw medicament ten opzichte van al bestaande middelen? Dat kan zo'n vraag zijn. Ik ga niet in op individuele casuïstiek, maar de situatie kan ik u zo schetsen.

De **voorzitter**:

Volgens mij gaan wij door naar het volgende blokje. Alleen mevrouw Maeijer heeft nog een paar antwoorden tegoed, maar die komen vanzelf. Dat houdt mevrouw Maeijer ook zelf in de gaten, denk ik. Jazeker. Gaat u verder, Minister.

Minister **Kuipers**:

Aanvullend nog één vraag. Mevrouw Tielen vroeg zojuist naar de rapportage en het onderzoek van de NZa, het Zorginstituut en de ACM. Ik zei niet te kunnen aangeven wanneer die rapportage er komt. Na overleg

dat er op de achtergrond is geweest met de NZa, het Zorginstituut en de ACM krijg ik nu aangereikt dat zij denken daar een jaar voor nodig te hebben.

Dan kom ik bij het blokje voorraad. Allereerst een vraag van mevrouw Van den Berg. Het veld zegt dat een voorraadverplichting niet gaat werken. Of ik daarop kan reageren. Ik deel helemaal met mevrouw Van den Berg dat er gemengde signalen zijn vanuit het veld over de veiligheidsvoorraad. Ik heb met verschillende veldpartners hierover gesproken. Sommige partijen geven aan dat voorraden al standaard zijn en dat tekorten hiermee inderdaad beter opgevangen kunnen worden. Andere partijen hebben zorgen over de praktische uitvoerbaarheid ervan. Ik ga dit jaar de implementatie van de voorraadverplichting evalueren op uitvoerbaarheid en daarbij worden de zorgen van deze veldpartijen serieus meegenomen. Het aanhouden van voorraden in een keten is belangrijk om problemen in productie of distributie beter te kunnen opvangen. Maar daarbij moeten we de geluiden uit het veld ten aanzien van praktische problemen of financiële barrières gewoon zeer serieus nemen.

Mevrouw Van der Plas zei: verzekeraars leggen boetes op als een medicijn niet geleverd kan worden. Welk doel dient dat? Verzekeraars willen hiermee voorkomen dat de rekening van de tekorten bij de burger terecht komt. Verzekeraars leggen de hogere kosten van het vervangende medicijn bij de leverancier als deze niet kan leveren. Ik ben zeer bekend met het signaal dat dit beleid soms ongewenste bijeffecten heeft of juist averechts werkt in die zin dat een leverancier die bijvoorbeeld niet onder het preferentiebeleid valt, er dan maar voor kiest om zich terug te trekken uit de markt.

Ik neem de invulling van deze boetes en de wijze waarop die worden opgelegd daarom mee in de gesprekken over een gezonde markt die ik op dit moment voer met én de groothandels, én de verzekeraars, én de apothekers. Ik kan nog niet zeggen waar dat toe leidt, maar ik herken wel het signaal dat het een bijzonder effect kan hebben als je bereid bent om een handelsvergunning aan te houden, maar niet onder het preferentiebeleid inkoop en vervolgens wel een boete krijgt.

De vraag van mevrouw Maeijer ging ook over de veiligheidsvoorraad. Hoe staat het daarmee? Dat is per 1 januari 2023 ingegaan. De signalen die ik daarover heb gekregen ... Excuus dat ik dat niet heb meegenomen bij de beantwoording van de vorige vraag. Ik zei dat die van mevrouw Van den Berg was, maar mevrouw Maeijer had eigenlijk precies dezelfde aanvullende vraag. Het was dus een vraag van u beiden. Per 1 januari 2023 ingegaan en ik zei al iets over de gemengde signalen die ik hierover krijg. Die zijn ook een reden om daar verder naar te kijken. Tot zover het beperkte blokje voorraad.

De voorzitter:

Gaat u verder met het volgende kopje. Leveringszekerheid, als ik het goed heb opgeschreven.

Minister Kuipers:

Allereerst een vraag van mevrouw Van der Plas: kan de Minister ingaan op acties die op korte termijn voorhanden zijn met betrekking tot het terugdringen van de tekorten. Een aantal acties heb ik al genoemd, onder andere het opzetten van werkgroepen met veldpartijen, gesprekken met verzekeraars, met groothandels, met de apothekersvereniging en met artsen; het optimaliseren van het Meldpunt geneesmiddelentekorten en de implementatie van de voorraadverplichting. Voor middelen met in totaal een zeer lage omzet heb ik ook het verhogen van prijzen genoemd met een percentage, in nauw overleg en in gesprek met de betreffende partijen. Ook dat kan helpen om de beschikbaarheid te vergroten. Voor dit alles geldt: er is niet één gouden oplossing, ook omdat de problematiek zo divers is. Dat vraagt dus om heel veel verschillende aanknopingspunten.

Mevrouw Paulusma vroeg ten aanzien van de tekorten aan generieke medicijnen naar het terugdringen van de afhankelijkheid van grondstoffen uit landen buiten de EU, zoals China. Ik vind het zeer belangrijk om dit soort strategische afhankelijkheden te reduceren, bijvoorbeeld door meer productie in Europa. Dat is dus ook een onderwerp dat ingebracht is en dat ik ook inbreng in het debat over medicijnen en leveringszekerheid binnen Europa. Dan kijken we zowel naar grondstoffen als naar de werkzame stoffen en de productiecapaciteiten voor generieke middelen. Het is hier al een aantal keren voorbijgekomen en ik heb ook al wat verzoeken vanuit de Kamer gekregen om een overzicht op Europees niveau. Mevrouw Van den Berg heeft mij daar onder anderen weleens naar gevraagd. Dat is nu de inzet, ook met de Europese collega's. Ik werk ook samen met mijn collega van EZK aan een nationale grondstoffenstrategie voor de meest essentiële grondstoffen. Ook komt er Europese grondstoffenwetgeving, met instrumenten om leveringszekerheid van ook deze grondstoffen voor Europa te borgen.

Mevrouw Tielen merkte op dat regels in de weg zitten om de tekorten op te lossen. Het uitwisselen tussen apotheken is bijvoorbeeld niet mogelijk. Die regels zijn er allereerst om de veiligheid van patiënten te borgen. Bij een geneesmiddelentekort zijn er verschillende manieren om die regels tijdelijk te versoepelen. Zo kan de inspectie toestemming geven om onderling geneesmiddelen uit te wisselen of een tekortenbesluit geven, waarmee vergelijkbare geneesmiddelen uit het buitenland geïmporteerd kunnen worden. Die tools worden ook door de inspectie ingezet.

De heer Hijink vroeg: wat kan de Minister meer doen in Europa om de afhankelijkheid van andere landen te beperken en op die manier tekorten terug te dringen? Ik gaf al aan dat ik Europees een aanjagende rol pak in het agenderen en aanpakken van de risico's van strategische afhankelijkheden. Ik sprak vorige week met een aantal collega's uit onder andere Duitsland, Frankrijk en België. Die landen delen mijn gevoel van urgentie. We spraken af om samen op te trekken om aan oplossingen te werken en dit bij de Europese Commissie aan te kaarten. Dat doen we ook met Spanje, dat een open strategische economie als speerpunt kiest voor zijn Europese voorzitterschap, dat deze zomer begint. Dat vraagt ook om nauwe samenwerking met collega's van Economische Zaken, Buitenlandse Zaken en Klimaat en Energie, zoals ik al aangaf.

Mevrouw Maeijer vroeg eveneens: wat doet de Minister zodat Nederland minder afhankelijk is van andere landen? Ik investeer in het innovatieklimaat voor geneesmiddelenontwikkeling en -productie, bijvoorbeeld via het project PharmaNL en deelname aan IPSE Health. Daarnaast draagt een goed vestigingsklimaat bij aan het behouden van productie in Nederland en het aantrekken van nieuwe bedrijven. Mijn collega, de Minister van EZK, is daarvoor verantwoordelijk. Ik gaf al aan dat ik ook met andere EU-lidstaten spreek.

Mevrouw Maeijer gaf ook aan dat er berichten zijn over een stijging van de tekorten. Dat is geen Nederlands probleem, maar er zijn ook wel Nederlandse oorzaken, zoals te lage prijzen die door de verzekeraars betaald worden en het preferentiebeleid. Zij vraagt of ik deze signalen herken. Ja, ik herken die signalen zeker. Ik vind het daarom belangrijk dat fabrikanten en inkopers onderling waken voor een gezonde markt met reële prijzen en voldoende producten voor patiënten. Dat is ook een inzet voor het gesprek met fabrikanten, de groothandel en zorgverzekeraars over dat preferentiebeleid, bijvoorbeeld in termen van de duur van preferentie voor specifieke middelen, en ook over mitigerende maatregelen wanneer verschillende verzekeraars allemaal bij dezelfde leverancier uitkomen voor een specifiek middel. Als we kijken naar vier grote verzekeraars in Nederland, zien we dat voor enkele tientallen medicamenten geldt dat ze allemaal bij dezelfde primaire leverancier uitkomen. Op het totaal is het maar heel weinig, maar het zijn wel enkele tientallen medicamenten. Dat kan potentiële risico's meebrengen. Ook dat

is dus een onderwerp van gesprek, waarbij gedacht kan worden aan oplossingen zoals zorgen dat er toch ook een tweede leverancier aangewezen wordt. Over die route is nog geen besluit genomen, maar ik licht even toe aan welke oplossingsrichtingen je dan moet denken. De vraag van mevrouw Ellemeet hoe het staat met het voornemen om de productie van geneesmiddelen dichterbij huis te brengen, heb ik hiermee ook geadresseerd.
Dank.

De voorzitter:

Dat was het einde van het blokje leveringszekerheid. Er zijn in ieder geval twee vragen, van mevrouw Van den Berg en van mevrouw Tielen. Eerst mevrouw Van den Berg. Mevrouw Paulusma heeft ook een vraag, zie ik.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Het is in ieder geval goed om te horen dat de Minister meer kijkt naar de zelfvoorzienendheid van Europa en dat hij in gesprek gaat met zorgverzekeraars. Zoals ik in mijn nota beschrijf, hebben namelijk verschillende verzekeraars allemaal hetzelfde preferente middel, waardoor er dus ook geen tweede mogelijkheid meer is. Maar we zien dat Duitsland veel minder problemen heeft met generieke geneesmiddelen dan Nederland. Is de Minister bereid om te onderzoeken waarom het in Duitsland wel kan en waar de verschillen liggen met Nederland?

Minister Kuipers:

Eerst even de algemene vraag of ik bereid ben om niet alleen met Duitsland maar ook met België, Frankrijk en andere landen, en overigens ook met de Zuid-Europese landen, het gesprek te hebben over de frequentie van voorkomen en de aard van de middelen waar een tekort aan is. Ja, dat ben ik zeer, om te weten te komen wat de onderliggende oorzaken hiervan zijn en hoe je dit kunt adresseren. Zonder alle oorzaken langs te lopen, kan ik zeggen dat sommige oorzaken te maken hebben met plotse tekorten in grondstoffen, en dat een andere oorzaak een zeer plotselinge stijging in gebruik is. Dat hebben we in de afgelopen periode bij individuele middelen gezien. Er is in de afgelopen periode onder andere een middel geweest waarvan wereldwijd in korte tijd het gebruik meer dan verdubbelde. Daar konden leveranciers op dat moment gewoon niet op inspelen, wat leidde tot zeer brede tekorten. Wil ik dus in gesprek gaan? Jazeker. Naar alles wat we van elkaar kunnen leren, moeten we gewoon goed kijken: kan dat hier ook?

Ik breng wel enige nuancering aan bij de indicatie dat er in Duitsland veel minder tekorten zijn. Ik lees ook individuele berichten van apothekers die zeggen: hier is er een tekort, maar ik kan het in Duitsland wel krijgen. Als ik spreek met mijn Duitse collega, of met welke andere Europese collega dan ook, hoor ik dat het omgekeerde geluid precies hetzelfde is. Ook in Duitsland zijn er dus tekorten. Of die in frequentie en aard precies hetzelfde zijn, weet ik niet, want ik ken er geen cijfers van, maar we leveren op allerlei momenten aan elkaar. Als een apotheker dus zegt «ik kan het hier niet krijgen maar ik heb het in Duitsland wel gekregen», dan kunnen we daar mogelijkwijs een apotheker uit Duitsland tegenover zetten die het omgekeerde zegt.

Mevrouw Tielen (VVD):

Het is fijn dat de Minister in gesprek gaat met heel veel betrokken partijen, en het is ook fijn dat de Minister een aantal dingen meeneemt in die gesprekken over dat preferentiebeleid. Volgens mij herken ik veel van de zaken waarnaar ik gevraagd heb. De Minister zei ook dat er nog geen besluit op is genomen, dus de vraag is nog even hoe hij die gesprekken afrondt en ons informeert over wat hij daadwerkelijk heeft afgesproken om dit effectief aan te pakken.

Minister Kuipers:

Dat is een terechte en logische vraag. Wanneer komt er een vervolg? Ik ben voornemens om in juni met een brief te komen over de stand van zaken en hopelijk ook over de acties die op dat moment ingezet worden, dan wel al ingezet zijn.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik had exact dezelfde vraag als mevrouw Tielen.

De voorzitter:

Kijk eens. Mooi. Dan gaan we verder met het volgende ... Nee, mevrouw Maeijer nog.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ik heb nog een vraagje over leveringszekerheid, maar dan van medische producten in wat bredere zin. We hebben in december vorig jaar een hele brief van de Minister gehad over hoe daarmee om te gaan. Daarin schrijft hij: «Ik ga begin 2023 verkennen of we kunnen identificeren welke medische producten specifiek voor Nederland kwetsbaar zijn.» We gaan nu richting april; ik ben eigenlijk heel benieuwd wat hieruit is gekomen en welke conclusies de Minister hieraan verbindt.

Minister Kuipers:

Daar zijn we mee bezig. De logische vervolgvraag van mevrouw Maeijer is dan: kunt u dan zeggen wannéér? Dat zal ik zo even laten weten.

De voorzitter:

U heeft nog drie antwoorden tegoed. Minister, ik denk dat we door kunnen met het volgende blokje. U kunt dus doorgaan met het GVS.

Minister Kuipers:

Voorzitter. Het GVS en de beoogde modernisering daarvan is een onderwerp dat al lang onderwerp van gesprek is, zowel in deze kabinetsperiode als in de vorige. Dat is niet zo vreemd, want het GVS bestaat al heel lang – dat is terecht aangegeven – en er wordt al heel lang over gesproken om dat systeem te moderniseren. Tegelijkertijd kan de modernisering van het GVS ook van invloed zijn op de beschikbaarheid van geneesmiddelen. In september heb ik uw Kamer bericht dat ik de GVS-modernisering heb uitgesteld, juist vanwege dat risico op beschikbaarheidsproblemen. Mevrouw Ellemeet refereerde daar al aan. Zij heeft daar destijds, in het najaar, ook een nadrukkelijke oproep voor gedaan. Sindsdien heb ik verzachtende maatregelen verkend. Op basis van deze verkenning twijfel ik eraan of een herberekening van de vergoedingslijmieten verstandig is. Zou ik besluiten tot een koerswijziging, dan kan dat budgettaire consequenties hebben voor het Budgettaire kader apotheekeerzorg. Uiteraard moet ook dit meegenomen worden in de verdere overwegingen. Daarom zal ik in het overleg over de begroting voor 2024 met het Ministerie van Financiën de komende periode gebruiken om tot een definitief besluit te komen. Daarna zal ik uw Kamer informeren. Mocht ik uiteindelijk besluiten tot een koerswijziging, dan zal ik bekijken wat er dan met het GVS moet gebeuren. Ik dank het veld voor de suggesties daarvoor en neem deze mee in de overweging.

Dat brengt mij bij een aantal vragen, allereerst van mevrouw Van der Plas. Zij sprak over signalen dat de GVS-clustering niet goed is en vroeg of ik bereid ben om met het zorgveld te kijken naar deze clustering. Ik gaf al aan dat ik daar inderdaad toe bereid ben, dat ik die gesprekken al actief voer en voor een belangrijk deel ook al gehad heb. De signalen neem ik ook zeer ter harte. Vandaar ook mijn zojuist genoemde punten. Dat adresseert ook de vraag van de heer Bushoff, die daarbij de belangen van en mogelijke effecten op patiënten extra benadrukte. Die zijn

buitengewoon belangrijk en die moet je vooropstellen. De heer Bushoff noemde de betaalbaarheid en de beschikbaarheid. Die zijn allebei relevant, te beginnen bij de beschikbaarheid, maar uiteraard zijn ook de eventuele kosten, of het nou meer of minder kosten zijn, relevant. Ook de belangen van patiënten, zoals betaalbaarheid, neem ik dus mee in de overwegingen.

De heer Bushoff vroeg ook naar eventuele verzachtende maatregelen bij de revisie van het GVS. Als ik kijk naar de verkenning, lijkt een effectieve verzachtende maatregel specifiek voor kwetsbare geneesmiddelen niet met zekerheid genomen te kunnen worden. Ook een algemene maatregel lijkt niet mogelijk, omdat een dergelijke maatregel weliswaar voor kwetsbare middelen de prijsdruk kan doen afnemen, maar niet-kwetsbare middelen zou «belonen». Ten slotte het misschien wel belangrijkste argument: de effecten lijken in grote mate onvoorspelbaar te blijven. Daardoor zou, als ik de GVS-modernisering doorvoer, een risico blijven bestaan op verdere beschikbaarheidsproblemen.

Mevrouw Van den Berg vroeg wat er nu precies gaat gebeuren. Zoals ik in mijn inleiding al heb gezegd, twijfel ik momenteel over het vervolg van de GVS-modernisering. Ik kan nu niet inhoudelijk vooruitlopen op de besluitvorming. Zou ik besluiten tot een andere invulling, dan betekent dat mogelijk, zoals ik al aangaf, een besparingsverlies, waarvoor ik dekking moet vinden.

De heer Bushoff vroeg of de taakstellende bezuiniging van 140 miljoen wel nodig is. Zijn er verzachtende omstandigheden te overwegen, zoals vrijstelling voor minderjarigen? Ik kan nu niet vooruitlopen op de besluitvorming. Overigens wijs ik erop dat vorig jaar een motie van de heer Hijink met de strekking om minderjarigen vrij te stellen van bijbetaling, is verworpen. Het lijkt lastig om een eigen bijdrage bij een landelijk tekort door te voeren. Dan moet bijvoorbeeld juridisch en praktisch tijdig vast te stellen zijn dat er sprake is van een landelijk tekort en wanneer dat weer is opgelost. Het brengt ook veel administratieve lasten met zich mee. Dan nog de vraag van mevrouw Ellemet: wat kunnen we verwachten van de GVS-modernisering? Dat heb ik al genoemd.

Mevrouw Tielen kwam terug op het preferentiebeleid en de monopoliepositie. Ook die vraag heb ik al geadresseerd.

Tot zover over het GVS, voorzitter.

De voorzitter:

Ik zag dat er ten aanzien van het GVS twee vragen zijn, van mevrouw Den Haan en mevrouw Van den Berg. Eerst mevrouw Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Dank aan de Minister voor zijn antwoord over het GVS. Ik heb daar vorig jaar al verschillende moties over ingediend. Ik snap natuurlijk dat hij naar de financiën moet gaan kijken en dat dat belangrijk is voor de begroting en de besluitvorming, maar kan hij aangeven wanneer hij de Kamer en het veld hierover dan duidelijkheid kan geven?

Minister Kuipers:

Na de voorjaarsbesluitvorming.

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

Even nog wat fundamenteeler over het GVS. We kunnen niet doorgaan met een systeem dat 25 jaar oud is en met een indeling waarin de mandjes, zoals we ze noemen, niet meer actueel zijn. Gaat de Minister hiernaar kijken in een – hoe noem je dat? – brownpapersessie, of welk woord je er ook voor wilt gebruiken? Wordt er op die manier naar gekeken? Krijgen we vóór het debat over het pakket, waarin we ook over de Zorgverzeke-

ringswet spreken – dat is een gezamenlijk debat, in juni – een brief van de Minister waarin staat hoe hij van plan is om hier fundamenteel naar te kijken?

Minister Kuipers:

Even los van waar we in de voorjaarsbesluitvorming op uitkomen, is dat uiteraard, hoe dan ook, het begin van een verder traject. Om de redenen die mevrouw Van den Berg aangeeft, moet er zeker verder naar gekeken worden. Dat zullen we ook doen, met veel partijen. Ik zeg dus toe dat we dit doen. Op de uitkomst en de timing kan ik nu onmogelijk vooruitlopen. Ik kan nu dus niet de toezegging doen dat ik me kan houden aan of dat ik kan voldoen aan de timing die mevrouw Van den Berg nu van me vraagt.

De voorzitter:

Oké. Volgens mij kunnen we dan door naar het blokje overig. O, eerst nog de vraag van mevrouw Maeijer.

Minister Kuipers:

Mevrouw Maeijer heeft gevraagd: wanneer komt er een update over een lijst van kritische middelen? We verkennen nu welke middelen voor Nederland kritisch of essentieel zijn. Na de zomer, in oktober, deel ik de bevindingen met de Kamer.

Dan komen we bij een uitgebreid blok overig. Ik begin met een vraag van mevrouw Van der Plas: hoe kijkt de Minister aan tegen het stoppen van het preferentiebeleid, dat het wisselen van medicijnen tot gevolg heeft? Laat ik vooropstellen dat alle betrokken partijen samen verantwoordelijk zijn voor een gezonde marktsituatie. Ik ben daarover in gesprek met de betrokken partijen, zoals ik al aangaf. Uiteraard kan verandering van welk middel preferent is, tot gevolg hebben dat een patiënt moet wisselen. Het gaat daarbij om inwisselbare middelen. Tegelijkertijd dragen meerjarige contracten die zorgverzekeraars sluiten bij aan de voorspelbaarheid voor de fabrikant. Dat moet dus frequent onverwacht wisselen voorkomen, los van de eventuele tekorten. Het is de intentie dat het preferentiebeleid op die manier niet alleen bijdraagt aan de betaalbaarheid, maar ook aan de beschikbaarheid.

Dat gezegd hebbende, benoem ik ook even de commentaren vanuit het veld, van de kant van de groothandel en fabrikanten. Als het preferentiebeleid voor twee keer twee jaar wordt vastgelegd, doet dat namelijk ook weer wat met fabrikanten die niet-preferent zijn, om hun vergunning door te zetten, te blijven wachten en volgende keer weer mee te doen. Aan de ene kant is een lange termijn dus aantrekkelijk voor een patiënt, tot het moment waarop er, al dan niet als gevolg van het preferentiebeleid, een tekort ontstaat. Aan de andere kant heeft het mogelijke neveneffecten.

Mevrouw Van der Plas vroeg naar aanleiding van een petitie van ALS-patiënten en een voorbeeld van een specifieke patiënte voor wie geld is opgehaald, of ik kan aangeven of de procedure voor de goedkeuring van kansrijke ALS-geneesmiddelen versneld kan worden. Laat ik vooropstellen dat ik ontzettend veel begrip heb voor de hartenkreet van patiënten en hun naasten om snel toegang te krijgen tot behandelingen, hoe onzeker zo'n behandeling eventueel ook is en in welk vroeg stadium van ontwikkeling die ook is. Ik krijg deze verzoeken af en toe ook rechtstreeks. Ik vind het belangrijk om te blijven zoeken naar manieren om binnen wet- en regelgeving de toegang tot dergelijke middelen te versnellen. Daar streef ik ook in internationaal verband naar.

In mijn reactie op de petitie heb ik de mogelijkheden om toegang tot nieuwe middelen te krijgen, voorafgaand aan markttoelating en na markttoelating, opnieuw onder de aandacht gebracht. Er is al veel mogelijk. Wat de markttoelating van geneesmiddelen betreft ben ik afhankelijk van procedures van de EMA. Ik sta er even uitgebreid bij stil, juist vanwege dit soort heel specifieke vragen. Het illustreert niet alleen

hoe het werkt voor deze individuele patiënten en ook voor andere patiënten met dezelfde aandoening, maar het illustreert ook de bredere discussie. Zoals gezegd, ik krijg regelmatig rechtstreeks dit soort verzoeken voor patiënten met verschillende aandoeningen. Voor ALS wordt op dit moment een product, een medicijn, door de EMA beoordeeld, in een, zoals dat heet, conditional approval procedure. Dat is een sterk versnelde route die ondanks nog grote onzekerheid over de effectiviteit van het middel toch als doel heeft patiënten zo snel mogelijk toegang te geven. Bij de vergoedingsbeslissing die dan volgt, moet er wel enige duidelijkheid zijn over de effectiviteit. Je kunt dit niet alleen doen vanuit het perspectief van een patiënt, want het is volstrekt helder: middelen hebben ook bijwerkingen. Dus je moet het idee hebben dat er een werking in zit. Je moet een patiënt ook kunnen informeren over wat de kans is op een effect. Dus effectiviteit én veiligheid. In goed overleg met fabrikanten kan een vergoedingsprocedure in zo'n setting dan snel verlopen.

Mevrouw Maeijer vroeg hierop aansluitend, ook ten aanzien van ALS: is hier sprake van een unmet medical need? Het antwoord is: ja, dit is bij uitstek zo'n voorbeeld van een unmet medical need. Daarom zoekt de EMA ook naar een conditional approval, dus een versnelde toegankelijkheid, bijvoorbeeld voor de situatie die ik zojuist schetste.

Mevrouw Van den Berg vroeg naar plasma, de grondstof voor medicijnen bij ruim 100 ziektes en aandoeningen. Dan gaat het over toediening via de bloedbaan. Dat moet door de wijkverpleegkundige gebeuren. Uit het veld horen we dat zorgverzekeraars die wijkverplegingszorg niet meer vergoeden, waardoor mensen naar het duurdere ziekenhuis gaan. Dat staat haaks op het IZA. Is de Minister bereid om in gesprek te gaan met de verzekeraars? Ja, daar ben ik zeer toe bereid. Even als algemene toelichting, mevrouw Van den Berg is daar zeer van op de hoogte: het kan soms doelmatiger zijn om geneesmiddelen vanuit het ziekenhuis in te kopen. Dan wordt een dergelijke route gezocht. Maar dat wil nog niet zeggen dat het per se een logische stap is om de toediening ook in het ziekenhuis te doen. Daar zijn ook andere routes voor. Dat is een van de onderdelen die we in het IZA zoeken, namelijk: hoe kun je beter zorgen dat de zorg op de juiste plaats gegeven wordt? Welke financiële pakketten en regelingen heb je daar dan eventueel voor nodig? Als ik één voorbeeld mag noemen: ik was deze week op werkbezoek in Amsterdam bij de WijkKliniek, een initiatief vanuit de eerstelijnszorg, de langdurige zorg, de wijkzorg, de verpleeghuiszorg en het ziekenhuis, het Amsterdam UMC. Het gaat in dit geval om oudere patiënten die medisch-specialistische zorg nodig hebben, maar dat kunnen krijgen op een plek buiten het ziekenhuis, dichterbij en laagdrempeliger. Dit is gedaan in een pilot. We zetten vanuit VWS de financiering, de subsidie hiervoor door. We kijken ook hoe dit breder uitgerold kan worden in Nederland. Uiteindelijk zoek je dan ook naar andere financiële arrangementen.

Mevrouw Van den Berg vroeg ook naar bijna-besmettingen bij Sanquin en of bloed veel beter gezuiverd mag worden. Ik heb geen signalen van de inspectie of van Sanquin over vele besmettingen of over bijna-besmettingen. Nederland is een land met zeer veilige bloedproducten. Nog beter zuiveren zonder dat de werking van het bloedproduct verloren gaat, lijkt op dit moment niet mogelijk. Ik ben graag bereid om navraag te doen bij Sanquin. Als de Kamer het nodig heeft, kan zij ook een briefing van Sanquin vragen over de kwaliteit en veiligheid van bloedproducten en hoe zij die in stand houden.

Mevrouw Van den Berg vroeg of ik bereid ben om bij de quickscan naar het farmacogenetische profiel ook te kijken naar een pilot farmacogenetica. Ik wil allereerst benadrukken dat farmacogenetica al wordt ingezet in de praktijk, bijvoorbeeld voordat patiënten starten met bepaalde medicijnen voor de behandeling van kanker of met medicijnen voor een chronische ontstekingsziekte. De studie waar mevrouw Van den Berg aan

refereerde, laat inderdaad zien dat het aantal ernstige bijwerkingen bij een farmacogenetisch profiel of paspoort afneemt. Het is een zeer belangrijke studie, een prachtige Nederlandse studie. Het is niet voor niks in een vooraanstaand medisch blad gepubliceerd. Tegelijkertijd denk ik dat we onszelf en ook de onderzoekers niet helpen met de herhaalde mededeling dat dit leidt tot 30% vermindering van de bijwerkingen. Voor veel burgers zal dat zich zo vertalen dat het aantal bijwerkingen bij wijze van spreken niet 50 op de 100 is, maar 20 op de 100. Als je echt kijkt – daarmee doe ik niks af aan de resultaten, maar alleen aan de manier waarop het geframed wordt; ik denk dat dat belangrijk is – dan zie je een studie waarbij allereerst het aantal geïncludeerde mensen maar een beperkter deel is van het totale aantal mensen die gescreend zijn voor eventuele inclusie. Ten tweede zie je dat in de groep met het profiel het aantal potentieel verwijtbare bijwerkingen 21% was versus 28% in de niet-gescreende groep. Dat is inderdaad een daling van 7% oftewel een kwart, maar in de manier waarop het geframed wordt, is het anders. Nogmaals, het doet niets af aan de studie, maar ik denk voor ons allen dat het herhalen ... Ik wil de onderzoekers ook graag oproepen om gewoon te komen met hun resultaat en te zeggen dat het naar beneden ging van 28% naar 21%, oftewel van 28 op de 100 naar 21 op de 100. Dan heeft een algemeen publiek er een veel beter beeld bij.

Ik vind het met deze resultaten dus nog te vroeg om nu een pilot uit te voeren. Ik breng eerst de voor- en nadelen van het farmacogenetisch profiel in kaart. Afhankelijk van de resultaten overweeg ik verdere stappen. Dat kan bijvoorbeeld een pilot zijn. Ik zal u in het najaar informeren over de uitkomsten van deze verdere quickscan. Ik benoemde al dat het een belangrijk resultaat is en een prachtige studie die echt laat zien wat dit kan bijdragen, maar dat we het wel op z'n merites moeten beoordelen.

Mevrouw Den Haan vroeg om een loket voor kleine farmabedrijven om te vragen hoe de toegang geregeld kan worden. Ik ben het geheel met mevrouw Den Haan eens dat dit belangrijk is. Ik vind ook dat er al veel informatie beschikbaar is over de vergoedingsprocedure. Wat de vergoedingsprocedure van het Zorginstituut betreft: de informatie staat op de website van het Zorginstituut en het is altijd bereid om toelichting te geven of om daar een bijeenkomst voor te organiseren. Ik kan ook verwijzen naar de brancheverenigingen, die ook een belangrijke rol hebben in het toegankelijk maken van informatie voor hun achterban. Mevrouw Den Haan vroeg ook hoe vaak patiënten van 50 jaar of ouder een medicatiebeoordeling krijgen. Kan met apothekers in gesprek worden gegaan over goede begeleiding voor mensen? Ja, dat is een belangrijk onderwerp. Verschillende Kamerleden vroegen hier iets over; ik kom er zo wel op. Het is een belangrijk onderwerp. Kan de eerste lijn ook echt versterkt worden met de inzet van de apothekers en het verder oppakken van deze rol, die ze op allerlei punten al vervullen maar nog verder kunnen oppakken? Allereerst kan verbetering van de kwaliteit van zorg, inclusief vermindering van neveneffecten, van bijwerkingen, uiteindelijk ook leiden tot vermindering van kosten – hoewel dat niet de primaire insteek is – en in ieder geval tot vermindering van ongewenste effecten, waaronder ziekenhuisopnames. De KNMP en ook de andere zorgverleners zijn wat dat betreft in gesprek. Het is ook een van de inzetten voor de strategische visie op de eerste lijn waar we nu mee bezig zijn. Ter illustratie: ik ben onlangs in Utrecht op bezoek geweest bij een eerstelijnspraktijk waar deze functie ingevuld wordt door wat we een «farmacotherapeut» noemen, een apotheker met een aanvullende klinische opleiding, die hier in de eerste lijn voor meerdere huisartsenpraktijken een hele belangrijke rol in vervult en die dat ook staft met prachtige onderzoeksresultaten. We kijken dus of dit breder ingezet kan worden.

Mevrouw Den Haan vroeg ook: «Wil de Minister kijken naar herhaalreceptenlijnen? Die liggen nu veelal bij de apotheker, maar niet altijd. Kunnen

we hier één lijn in trekken?» Dat klopt. Dat willen we graag, maar de vraag hoe we dat op de juiste manier kunnen doen, allereerst zo optimaal mogelijk vanuit het perspectief van de patiënt en dan ook voor een optimale inzet van alle eerstelijnsprofessionals, is onderdeel van het gesprek omtrent het Integraal Zorgakkoord.

Mevrouw Den Haan zei: u geeft aan dat u signalen krijgt dat patiënten niet de behandeling krijgen die zinvol zou kunnen zijn, dat medisch specialisten niet weten wanneer ze moleculaire diagnostiek moeten inzetten en dat ziekenhuizen onderhandelingen nog niet voeren. Mevrouw Den Haan gaf ook al wel aan dat moleculaire diagnostiek al vergoed en toegepast wordt. Het Zorginstituut werkt samen met het veld aan alle randvoorwaarden die nodig zijn om die diagnostiek nog beter in te regelen, zoals een kwaliteitsstandaard. Zoals eerder toegezegd zal ik uw Kamer nog voor de zomer informeren over de verdere voortgang van de moleculaire diagnostiek.

Mevrouw Paulusma vroeg hoe patiënten beter geïnformeerd kunnen worden over de risico's van langdurig gebruik van geneesmiddelen en hoe ze beter ondersteund kunnen worden in het veilig afbouwen daarvan. Het is ontzettend belangrijk dat die bewustwording en kennis over wie wanneer en op welke wijze medicatie kan reduceren of afbouwen, bij patiënten en behandelaren toenemen. Daarom ben ik erg blij met initiatieven die het veld neemt om hierover meer kennis te genereren. Dat steun ik en dat zal ik blijven doen. Zo heeft een taakgroep van experts de afgelopen jaren in opdracht van VWS gewerkt aan het terugdringen van onverantwoord gebruik van opiaten. Ik vind het ook belangrijk dat zorgverleners de tijd krijgen om patiënten bij het afbouwen van medicatie goed te kunnen begeleiden.

Mevrouw Paulusma vroeg: is de Minister het ermee eens dat er meer maatschappelijke en wetenschappelijke kennis nodig is voor het veilig gebruik van opioïden? Ik gaf al aan dat een taakgroep van experts in opdracht van VWS hieraan gewerkt heeft. Die blijft daarmee bezig. Daarmee is het aantal opioïden gebruikende patiënten in Nederland in de afgelopen jaren gestabiliseerd. We kunnen erover discussiëren of dat voldoende of te weinig succesvol is en of we het verder kunnen reduceren. De taakgroep heeft veel maatschappelijke en wetenschappelijke kennis ontwikkeld. Het is belangrijk dat die toegankelijk is voor zorgverleners en dat zij die inzetten. Dan gaat het onder andere over richtlijnen, patiëntinformatie, e-learning, audiovisuele themajournaals en zo nog verder.

Mevrouw Paulusma vroeg ook hoe onderzoek naar zeldzame aandoeningen gestimuleerd kan worden. Daar heb ik al een aantal keren iets over gezegd. Dat is zeer belangrijk, eens te meer, om juist te kijken naar aandoeningen – we hadden zojuist al een voorbeeld – waarvoor tot nu toe weinig opties zijn of waarbij onvoldoende duidelijkheid is over specifieke subgroepen en de impact van medicatie. Ik steun het voornemen van de Europese Commissie om de hoogte van data en marktexclusiviteit voor nieuwe geneesmiddelen, waaronder weesgeneesmiddelen, te laten afhangen van de mate waarin zij voorzien in een onvervulde medische behoefte. Ik gaf al aan dat ik ook hier in Nederland in gesprek ben met patiënten en artsen om duidelijk te krijgen waar medicijnen het hardst nodig zijn, om vervolgens daarop innovatie te stimuleren.

Mevrouw Paulusma vroeg ook: kan de Minister de maatschappij niet meer meenemen in wat wel en niet wordt vergoed, met eventueel inzet van burgerberaden? Ik deel geheel met uw Kamer dat de burger betrokken moet zijn bij de organisatie van de zorg en ook bij ontwikkeling van bijvoorbeeld kosten en onderhandelingen over doorgang van medicamenten. Dit is ook een maatschappelijk debat. Het raakt ons op een of andere manier allemaal. Er zijn verschillende manieren om die betrokkenheid vorm te geven. Het amendement van mevrouw Paulusma van 18 oktober vorig jaar over een burgerberaad is hier ook op gericht. In dat

kader zie ik hoe ik burgerbetrokkenheid vorm kan geven en daar zal ik de Kamer spoedig over informeren.

Mevrouw Paulusma vroeg: «Heeft de Minister aandacht voor patiënten met psychische aandoeningen? Behandeling met psychedelica en behandeling met medicinale cannabis moet geen taboe zijn. Wil de Minister zich hiervoor inzetten?» Het antwoord daarop is: ja, dat wil ik zeer. Ik ben blij om te zien dat er veelbelovend onderzoek wordt gedaan voor deze patiënten. De barrières voor de inzet van psychedelica, bijvoorbeeld bij mensen met een ernstige therapieresistente depressie, een posttraumatisch stresssyndroom of sommige pijnsyndromen, zijn in opdracht van ZonMw in kaart gebracht. Ik heb eerder deze maand het rapport, het signalement, van ZonMw hierover ontvangen en zal dat binnenkort aan de Kamer doorsturen. Ik vind het ontzettend belangrijk – mevrouw Paulusma gaf dat ook al aan – dat we dat dat bezien – dat geldt voor deze middelen en dat geldt ook voor medicinale cannabis – los van bepaalde normatieve kaders die hier vaak op zitten, dat we het echt bekijken vanuit het perspectief van dat het potentieel medicamenteuze ontwikkelingen zijn voor specifieke groepen patiënten, maar dan veelal wel, zoals dat altijd is met medicamenten, onder nadrukkelijke medische begeleiding.

De heer Bushoff vroeg: wat voor acties onderneemt de Minister om ervoor te zorgen dat we de geneesmiddelen krijgen waar behoefte aan is? Een aantal onderwerpen is al genoemd. Gesprekken met artsen en patiënten heb ik al genoemd, en overleg op Europees niveau. Een optie is ook om gericht subsidies daarop in te zetten en ook de steun aan de Europese Commissie op dit terrein.

Mevrouw Tielen vroeg wat de status is Fair Medicine. Fair Medicine heeft in het verleden subsidie ontvangen van mijn ministerie. Die liep tot eind 2020. De Kamer is eerder geïnformeerd over de kennis en informatie die hiermee is opgedaan. De laatste kennis van mij is dat Fair Medicine voornemens was om ook na het verlopen van de subsidie hun activiteiten voort te zetten. Ik verwijs u dan ook graag naar de organisatie zelf.

De heer Hijink en mevrouw Maeijer vroegen of er nog manieren zijn om apotheken anders te financieren zodat het gebruik beter gewaarborgd wordt, en of het niet mogelijk zou zijn om een medicijn-APK op te gaan pakken, voor zowel besparing als verbetering voor de patiënt. Ik ben het geheel met de heer Hijink eens dat prikkels in de bekostiging zich niet alleen dienen te richten op de verstrekking van de geneesmiddelen, maar bijvoorbeeld juist ook op doelmatige inzet, allereerst vanuit het perspectief van een patiënt. Dat kan ook gaan over de wijze van reductie of afbouw, of juist over therapietrouw; alles om resultaten te verbeteren. Ik ben in het kader van het Integraal Zorgakkoord met het veld in gesprek over de optimalisatie van de farmaceutische zorg. Een van de thema's hierin is het geven van meer impuls, waaronder dus ook potentieel financiële vergoedingen, bijvoorbeeld voor inzet van zo'n farmacotherapeutische evaluatie.

De heer Hijink vroeg hoe de Minister ervoor gaat zorgen dat afbouwmedicatie wordt vergoed. Afbouwmedicatie kan al vergoed worden voor individuele patiënten. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de beoordeling van de vergoeding volgens criteria van rationele farmacotherapie en voor de wijze waarop dat gebeurt. In de praktijk blijkt dat zorgverzekeraars het afbouwen van antidepressiva vergoeden wanneer dit gebeurt volgens de voorbeeldschema's zoals die door de partijen zijn vastgesteld in een multidisciplinair document.

De heer Hijink zei ook: de overheid moet ondersteuning geven aan onderzoekers en ziekenhuizen die de geneesmiddelen maken. Het is een onderwerp dat zojuist al ter sprake is gekomen. Ik noemde onder andere het expertisecentrum FAST, dat een wegwijsfunctie heeft, alsook het maatschappelijk verantwoord licentiëren en de toolkit met juridische bepalingen die is gemaakt zodat universiteiten het maatschappelijk belang

kunnen borgen in de overeenkomsten die zij mogelijk aangaan met de private partij.

Mevrouw Ellemeet vroeg wat apothekers kunnen overnemen van huisartsen. Ik gaf daarover al aan dat dat met name kan gaan over de inzet op het begeleiden van patiënten bij verantwoord medicatiegebruik en alle aspecten die dat heeft.

Mevrouw Ellemeet vroeg ook of er geen gezamenlijke investering moet worden gedaan voor de voorraad en wat daarin de rol is van de verzekeraar. De voorraad wordt indirect al betaald door de verzekeraar. De leverancier moet in de prijsonderhandelingen rekening houden met de kosten van de voorraden. Om deze kosten op te vangen, is het uitgavenplafond zorg verhoogd.

Mevrouw Ellemeet vroeg: Buvidal heeft voordelen voor een patiënt, waarom wordt het in Nederland niet ingezet? Dat komt omdat het nog geen onderdeel is van de basisverzekering. Studies die de fabrikant aanleverde laten namelijk zien dat het middel geen therapeutische meerwaarde heeft en ook nog duurder is dan de andere vormen van hetzelfde product dat wel vergoed wordt. Eventuele andere voordelen van Buvidal in vergelijking met andere voorbeelden van buprenorfine zijn nog niet bewezen en de fabrikant is op dit moment niet bereid om de prijs te verlagen. Zolang de meerwaarde niet bewezen is, kan ik het middel niet opnemen in de basisverzekering.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik heb dit niet gevraagd, maar misschien heeft een collega dit gedaan.

Minister **Kuipers**:

Oké, excuus.

De **voorzitter**:

Precies. Dit is een blokje niet-gestelde vragen.

Minister **Kuipers**:

Dan is het toch beantwoord. Nu zou het wel mooi zijn als mevrouw Ellemeet daar toch nog een vervolgvraag over heeft: «Nu de Minister dit gezegd heeft, triggert het mij toch tot ...»

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dan is het echt een testcase.

Minister **Kuipers**:

Mevrouw Tielen zegt dat het gevoel bestaat dat VWS weinig prioriteit legt bij het onderzoek van pay for performance. Waarom gaat het toch zo langzaam en is er een alliantie mogelijk met gelijkgestemden op EU-niveau over de inkoop van geneesmiddelen? De potentiële waarde van het betalingsmodel van pay for performance is om patiënten op financieel verantwoorde wijze toegang te geven tot veelbelovende geneesmiddelen die een doorbraak zouden kunnen betekenen in hun behandeling, maar waarbij onzekerheid bestaat over de effectiviteit in de praktijk. Het gaat dan eigenlijk zonder uitzondering om kostbare en veelal zeer kostbare middelen. Fabrikanten van geneesmiddelen kunnen positief zijn over het model, zoals mevrouw Tielen aangeeft, maar het moet ook in het voordeel zijn van patiënten en de premiebetaler. Daarom moeten we heel goed kijken naar de mogelijkheden en de beperkingen van het model. Registratie moet goed kunnen gebeuren en de administratieve last moet aanvaardbaar zijn. Dat vraagt dus ook om overleg met alle betrokken partijen, iets wat helaas tijd kost.

Mevrouw Tielen vroeg ook of er een alliantie mogelijk is over de inkoop van geneesmiddelen. Ik heb dat zojuist al wel geadresseerd en ook even het Benelux-verband genoemd.

Mevrouw Maeijer vroeg welke EU-bepalingen hergebruik in de weg staan en of er landen zijn die een weg hieromheen hebben gevonden. Heruitgifte van medicijnen is nu wettelijk niet mogelijk vanwege de Falsified Medicines Directive. Voor zover mij bekend, zijn er geen landen die hier oplossing omheen hebben gevonden. Wij zetten op dit moment uitgebreid in op het tegengaan van verspilling en op heruitgifte. Ik heb de pilot heruitgifte dure oncolytica verlengd en ik ben van plan om deze uit te breiden naar alle umc's, zodat we meer inzicht krijgen in de opbrengsten en ook een onderbouwing dat dit goed en veilig zou kunnen gebeuren. Hiermee kan ik des te beter het gesprek voeren in Europa, om medestanders te vinden voor een wettelijke aanpassing.

Mevrouw Maeijer vroeg ook naar toegankelijkheid van verpakkingen voor reumapatiënten. Regulering, ook van deze geneesmiddelenverpakkingen, vindt plaats binnen de Europese richtlijnen. Er staat een brede herziening van de Europese geneesmiddelenwetgeving op de agenda. Ik breng dit onderwerp, de verpakkingen, onder de aandacht. Ook zet ik het onderwerp op de agenda voor het overleg met de brancheverenigingen van geneesmiddelenfabrikanten. Verder heeft het CBG aangegeven doorlopend aandacht te hebben voor gebruiksvriendelijkheid van verpakkingen. Dan heb ik deze geadresseerd.

Mevrouw Ellemeet vroeg of een CO₂-taks zou kunnen helpen bij de verduurzaming. Besluitvorming in het algemeen, over een algemene CO₂-heffing, ligt niet bij mij. Dat vraagt om een weloverwogen keuze. Ik kan hier slechts aangeven dat het verstandig is om dat breed te bekijken. Collega Jetten is, zoals mevrouw Ellemeet weet, daarmee bezig. Dan gaat het ook om de Klimaat- en Energieverkenning. Het alleen voor geneesmiddelen geïsoleerd bekijken, is naar mijn mening niet verstandig.

Mevrouw Ellemeet vroeg ook: hoe gaat de Minister voorkomen dat het niet loont dat antibiotica worden gepromoot? De vraag was anders dan hij hier staat. Wat mevrouw Ellemeet eigenlijk vraagt – corrigeer mij maar als ik de vraag verkeerd parafraseer – is hoe we nou eigenlijk kunnen zorgen dat middelen die je eigenlijk niet wilt gebruiken toch ontwikkeld worden en dat die dus ook op de plank komen. Dat is een belangrijke vraag, eens te meer tegen het licht van de wereldwijd zeer sterk stijgende antimicrobiële resistentie. Dus niet alleen bacteriën en antibiotica, maar ook gisten en schimmels. Veel breder. Wij nemen daar op tal van manieren, ook internationaal – niet alleen binnen Europa, maar wereldwijd – het voortouw in, maar we zien dat dit ondertussen een enorm probleem is. Er zijn calculaties gemaakt van de vermoedelijke aantallen patiënten die potentieel behandelbare infectieziekten hebben, maar nu met resistentie kampen en daardoor komen te overlijden. We zien dat het wereldwijd al om zeer grote aantallen jaarlijks gaat en de komende jaren zal dat aantal zich naar verwachting vermenigvuldigen. Het is dus een belangrijk onderwerp.

Ik ben dus bezig, ook in Europees verband en internationaal, om te kijken naar nieuwe prikkels om de ontwikkeling van antibiotica te stimuleren. Dan gaat het bijvoorbeeld – mevrouw Ellemeet gaf dat ook als optie aan – om beloningen voor markttoegang, dus gewoon betaald worden voor het feit dat het middel op de plank ligt, omdat je eigenlijk vervolgens overal in richtlijnen wilt zetten: zet het zo beperkt mogelijk in. Het kan ook, al of niet in combinatie hiermee, een omzetgarantie zijn. Het kan ook een soort abonnementsconstructie zijn, dus een vast bedrag. In Europees verband wordt er ook aan een soort stimuleringspremie gedacht voor juist deze ontwikkeling. Dus samenwerken in Europees verband, want alleen dan kunnen we een markt creëren die groot genoeg is om private investeringen in antibiotica te laten renderen. Maar als we het hebben over de gebieden waar – opnieuw excuus voor het slechte Nederlands – een unmet medical need is, een medische behoefte waar nu niet in voorzien wordt, is dit bij uitstek in de volle breedte zo'n veld.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we aan het einde van het blokje. Er is in ieder geval een vraag van mevrouw Ellemeet, maar ik kijk ook nog even naar mevrouw Maeijer om te zien of haar vragen beantwoord zijn. Dat had ik beloofd. Dan doen we dat eerst. Daarna doen we dan een vragenronde en dan de tweede termijn. Is dat goed? Dan eerst mevrouw Ellemeet.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ja, want het gaat over dit laatste punt. De Minister zegt dat hij het voortouw neemt in Europa om te kijken hoe we die productie en de ontwikkeling van die antibiotica en breder, die AMR, kunnen garanderen en dat daar verschillende opties voor zijn. Dat is goed om te horen. Ik denk dat dat belangrijk is. Ik weet dat Nederland geen voorstander was van die vouchers. Je kan dat op verschillende manieren doen. Het maakt mij in dit geval niet uit of het rechtsom of linksom is. Ik vind het belangrijk dat de Minister dat doet, maar het is nog weinig concreet. Kan hij nog iets specifieker zeggen op welke manier hij het voortouw neemt en wanneer hij resultaten verwacht te zien?

Minister Kuipers:

Er zijn twee aspecten. Allereerst de vouchers. De Kamer is ervan op de hoogte. Ik loop het risico dat het gelijk heel technisch wordt. Het risico van de inzet van dit soort vouchers, die vervolgens ingezet kunnen worden voor een langere vergoeding en bescherming voor andere middelen, is dat we de problematiek die we aan het begin benoemden ten aanzien van dure medicamenten, eigenlijk versterken. Dat is nou net de stimulans die we niet willen. Dat is onze scepsis hierbij. Er zijn ook tal van andere mogelijkheden. We moeten zien waar het uitkomt. Het kan zijn dat wij ten aanzien van deze scepsis in de minderheid zijn in Europa, maar dit is een apart punt.

Wat betreft de discussie over de revisie van de Europese farmawetgeving: we willen juist hierop inzetten om te stimuleren dat dit soort middelen ontwikkeld worden. Er zijn betalingsvormen, ook op Europees niveau, waarbij ze vergoed worden terwijl ze niet gebruikt worden. Dat kunnen we voor een deel ook zelf doen. Dat is een heel concreet punt. Die discussie op Europees niveau loopt nu. Enige tijd geleden heb ik, mede op verzoek van de WHO, in internationaal verband deelgenomen aan een wereldwijde groep over dit onderwerp. Daar werd geparticipeerd, ook met de inbreng vanuit onder andere de farmaceutische industrie. We hebben gekeken waar de barrières zitten en hoe je gezamenlijk tot oplossingen komt, zodat dit er daadwerkelijk komt.

Ik durf de woorden «voorkant» en «achterkant» niet meer in de mond te nemen, voorzitter. We moeten ervoor zorgen dat we de problematiek proberen te reduceren door de bestaande middelen zo zinvol mogelijk in te zetten. Wat dat betreft is het ontzettend belangrijk dat we de resultaten die we in Nederland behaald hebben met een verminderde inzet van antimicrobiële middelen in de veeteelt en de landbouw, overbrengen naar het buitenland, zodat dit ook elders kan worden ingezet.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Mijn vraag was: kan de Minister iets specifieker zijn over de planning? Wanneer wil hij resultaten geboekt hebben? Heeft hij voor zichzelf een ambitie geformuleerd, in de zin van: dan wil ik stappen gezet hebben in Europa? Kan hij daar iets over zeggen?

Minister Kuipers:

De ambitie zet allereerst in op wetgeving en dus ook op de discussie in de Raads werkgroepen. Dat betekent dat we moeten optrekken met lidstaten om hier een gezamenlijke positie in te vinden. Dat loopt nu. Hoe snel is dat hele traject vervolgens afgerond? Daarvoor ben je afhankelijk van heel

veel partijen, maar de inzet is om dit vroegtijdig in te zetten. Ik wilde weer «aan de voorkant» zeggen; mijn excuses aan de heer Bushoff. Op die manier willen we zorgen dat er draagvlak komt en dat andere partijen dit ook herkennen. Die brede herkenning merk ik ondertussen en dat is belangrijk. Dit is echt een langetermijnprobleem. Het lijkt altijd heel abstract: antibiotische of antimicrobiële resistentie. Voor degenen die echt geïnteresseerd zijn: er is een wereldwijde publicatie verschenen in 2019, zeg ik uit mijn hoofd, in The Lancet, met een overzicht van de impact die dit nu al wereldwijd heeft. Daar schrik je echt van. Daarin staat ook de verwachting voor de komende jaren. Maar dat zeg ik even voor de geïnteresseerden.

De voorzitter:

Ik denk niet dat The Lancet op heel veel koffietafels ligt, maar het is wel een aanrader. Ik heb gezien dat mevrouw Maeijer, mevrouw Tielen en mevrouw Paulusma nog een vraag hebben. Eerst mevrouw Maeijer.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ik wacht nog op de beantwoording van mijn vraag.

De voorzitter:

Dan komt die eerst.

Minister Kuipers:

Ik moet even zoeken. Ik zag wat heen en weer gaan. Ik krijg een antwoord aangereikt dat ik al gegeven heb en dat misschien geen antwoord op uw vraag is. De vraag was: hoe komt het dat er intramurale niet-sluisgeneesmiddelen zijn die voldoen aan de criteria voor voorwaardelijke toelating, maar die niet worden aangemeld? Was dat inderdaad de vraag? Dat heb ik al genoemd, maar dat wil ik graag nog een keer doen. Ik zal het antwoord nog een keer geven, zodat u het zeker weet. Het is mij niet goed bekend dat dit gebeurt. Ik wil absoluut dat dat voorkomen wordt. Voorwaardelijke toelating is juist bedoeld om middelen beschikbaar te maken voor patiënten wanneer deze wel veelbelovend zijn maar nog niet pakketwaardig. Fabrikanten van dergelijke geneesmiddelen kunnen zich melden bij het Zorginstituut en daar een dossier indienen voor voorwaardelijke toelating. Via deze weg roep ik de fabrikanten ook op om dat te doen. Om nog meer bekendheid te geven aan dit voorwaardelijketoelatingsprogramma organiseert het Zorginstituut op 10 mei een informatiebijeenkomst hierover. Dat laatste zei ik eerder niet, maar het overige wel. Ik krijg de indruk dat daarmee toch uw vraag niet beantwoord is, maar dan moet ik de vraag nog even opnieuw krijgen.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

U heeft de vraag in principe wel beantwoord. Ik haalde mijn stelling uit het evaluatierapport dat de Minister zelf naar de Kamer heeft gestuurd. Daarin staat: uit de evaluatie komt naar voren dat er mogelijk intramurale niet-sluisgeneesmiddelen zijn die voldoen aan de criteria maar die niet zijn aangemeld. Het was dus geen stelling die ik ergens vandaan haalde, maar die staat gewoon in het evaluatierapport. Ik vroeg me af waar dat door komt en of daar wat aan te doen is.

Minister Kuipers:

Ik denk dat het dan specifiek over dat laatste gaat. Ik verwijs even naar het antwoord. Die voorwaardelijke toelating is er juist op gericht om patiënten sneller toegang te geven. Ik kan daar het volgende aan doen. Ik kan fabrikanten stimuleren en hen hierop wijzen. Ik kan het Zorginstituut stimuleren om die informatiebijeenkomst van 10 mei zo nodig te herhalen en om ook te kijken welke informatie er verder nog naar fabrikanten,

brancheverenigingen en eventueel ook patiëntenorganisaties moet, en om vervolgens te kijken of dat voldoende effect sorteert.

De voorzitter:

Voldoende zo, mevrouw Maeijer? Ongetwijfeld niet, maar kan ik door naar mevrouw Tielen voor een vraag? Ja. Mevrouw Tielen.

Mevrouw Tielen (VVD):

Die gaat over pay for performance. Volgens mij zijn de Minister en ik het wel eens over de intenties, enzovoort. Maar ik heb toch een beetje het gevoel dat het ergens onder op een stapeltje ligt, want de Minister zegt: het kost tijd, en we moeten dit ... Dat snap ik allemaal wel, maar wil de Minister er wel of niet iets mee doen? Als het antwoord is dat hij dat wel wil, zou ik graag ook wat volgende stappen zien.

Minister Kuipers:

Laat ik het wat breder trekken. Dank voor alle vragen en ook voor de discussie hierover. Wat ik aangeef in dit debat, is dat het onderwerp geneesmiddelen, zowel de dure als de generieke, de beschikbaarheid ervan en de tekorten, en het op de markt komen ervan, ongelooflijk veel verschillende aspecten heeft. Daar zet ik zeer breed op in. We noemen tal van verschillende effecten die in Nederland, in Europa en soms wereldwijd van belang zijn. Dat vraagt om veel stappen tegelijk, van mij en ook van mijn mensen. Daarbij zit dit niet onder op het stapeltje, maar het kost wel tijd. Ik kan het moeilijk sneller doen dan ik nu al aangeef.

Mevrouw Tielen (VVD):

Maar ik weet niet hoe snel de Minister het doet. Dat geeft hij niet aan. Het is meer: het kost tijd en heb geduld. En dat is niet mijn allerbeste eigenschap.

Minister Kuipers:

Ik moet echt per onderhandeling kijken wat mogelijk is. Voor de rest verwijs ik naar het antwoord dat ik zojuist al gegeven heb.

De voorzitter:

U krijgt geen specifiek antwoord, vrees ik, mevrouw Tielen. Dan mevrouw Paulusma en daarna meneer Bushoff. Mevrouw Paulusma.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dank voor de beantwoording. Ik had veel vragen in het blokje overig. Ik heb een vraag over de reactie van de Minister op de vraag over afbouwmedicatie. Volgens mij sta ik daar in deze commissie niet alleen in en hebben meerdere mensen daar een vraag over gesteld. Ik krijg nog steeds reacties uit het veld, ook van mensen die op een afbouwpoli werken, van mensen die echt heel graag patiënten willen helpen om af te bouwen. Ergens loopt dit continu vast. Dat vind ik dan toch ingewikkeld, omdat we van 10.00 uur tot 14.00 uur ook debatteren over de kosten, zinnig gebruik en passende zorg. Daar spelen medicijnen ook een heel grote rol in. Ik hoor te veel signalen van mensen die willen stoppen of van mensen die willen helpen bij het stoppen, dus in mijn beleving komen we niet veel verder. Ik ben wel benieuwd of de Minister dat met mij deelt en of er ergens een mogelijkheid zit om te versnellen, om ervoor te zorgen dat mensen ook daadwerkelijk kunnen stoppen.

Minister Kuipers:

Ik ben even zoekende, want er zijn heel veel voorbeelden van acties die mensen kunnen ondernemen, of dat nu in de eerste lijn, de tweede lijn of de derde lijn is. Die zijn zeer veelvuldig aanwezig, inclusief de vergoedingssystematiek die daarbij hoort. Dus ik zoek even naar het specifieke

antwoord. Mensen kunnen dit aangeven, hetzij individueel, hetzij via een patiëntenvereniging, hetzij via u of mij. Dan gaat het om een patiëntengroep of een indicatie. Ik kan het bespreken met een zorgverzekeraar. Ik kan het bespreken met de Nederlandse Zorgautoriteit en ernaar laten kijken, maar ik heb iets specifiekers nodig, los van alle mogelijkheden die er al zijn. Ik noemde al een voorbeeld van wat ik onlangs zelf gezien heb in de eerste lijn. Daar wordt effectief op ingezet. Ondertussen wordt deze pilot ook voor langere tijd ondersteund vanuit VWS en wordt deze landelijk veel verder uitgerold.

De voorzitter:

Heel kort, mevrouw Paulusma.

Mevrouw Paulusma (D66):

De bal wordt een beetje teruggerold, want ik zei tegen de Minister dat ik toch wel iets specifiekers nodig heb dan de mails die we tot nu toe krijgen van de verschillende instanties die wel of niet met elkaar om de tafel zitten en wel of geen afspraken hebben. Ik krijg uit deze hoek net iets te veel en te vaak mails dat het niet lukt, ook van wanhopige patiënten en professionals. Ik vind eigenlijk dat we daar grotere stappen in moeten zetten dan mij vragen om met iets specifiekers te komen.

Minister Kuipers:

Ik wil zeer graag helpen en ik wil ook een specifiekere antwoord geven, maar ik heb daar gewoon meldingen voor nodig. Nog idealer zijn meldingen die rechtstreeks naar de Nederlandse Zorgautoriteit gaan. Er zijn mogelijkheden voor. We moeten gewoon weten waar het dan vastloopt. Geldt het voor specifieke patiëntengroepen? Gebeurt het in de eerste lijn, in de tweede lijn of in de derde lijn? Wat gebeurt er dan precies?

De heer Bushoff (PvdA):

In een eerder interruptiedebatje met de Minister over de winstmarges van farmaceuten haalde de Minister een voorbeeld aan van een start-up die werd overgekocht door een grotere farmaceut, waarna het middel dat de start-up produceerde echt veel duurder werd. Dat fenomeen, dat bestaande medicijnen door een nieuwe farmaceut op de markt worden gebracht en vervolgens voor een veel hogere prijs over de toonbank gaan, zien we veel vaker. Lutetium Dotataat werd bijvoorbeeld eerst voor € 2.000 tot € 3.000 geproduceerd. Vervolgens werd het overgekocht door een grotere farmaceut. Nu kost het € 20.000. Nog zo'n voorbeeld is Cystadrops. Dit kostte eerst € 20. Nu kost een flesje € 1.000. Zo zijn er nog veel meer van dit soort voorbeelden. Volgens mij is dit volstrekt onwenselijk. Het is mij nog niet helder genoeg wat de Minister daar concreet, aanvullend, tegen wil doen.

Minister Kuipers:

De voorbeelden die de heer Bushoff noemt, zijn geheel terecht. Het voorbeeld dat ik noemde, ging over het middel Lutathera. De productnaam is lutetium octreotide. Toen dit nog gewoon door een enkel Nederlands ziekenhuis werd geproduceerd, waren de productiekosten per individueel infuus ongeveer € 2.000. Patiënten hebben in een behandeling vier infusen nodig. Toen het werd overgenomen door een firma, ging de prijs naar meer dan het tienvoudige. Meer dan het tienvoudige. Je kon in de ontwikkeling gewoon zien dat de grootste sprong in dat geheel in de overnamekosten zat van de kleine farmaceut door de grote farmaceut. In deze casus waren de ontwikkelkosten volstrekt transparant. Dat was volstrekt transparant. Het was een kleine firma, met maar één product. Je kon het gewoon zo uit de jaarverslagen halen. Daar is in het verleden veel over gepubliceerd. Dit is al een aantal jaren geleden. Dit soort casuïstiek is

niet altijd even transparant, maar we moeten ervan uitgaan dat dit vaker gebeurt. Ik heb zojuist al aangegeven wat we daarmee moeten doen. Ik zal niet alle antwoorden weer langsgaan, maar ten eerste moet er een veel breder bewustzijn zijn. Ook in het publieke debat moet dit soort zaken genoemd worden, en moet gezegd worden dat dit helaas onacceptabel is. Het is niet alleen in Nederland onacceptabel, maar ook internationaal. Ik zie de discussie nu overal terugkomen, in Europa en in Noord-Amerika. Er zijn nog ontzettend veel vragen. Er kan heel veel. We moeten respect hebben voor de investering, de markt en het risico, maar dit moet echt anders. Dan een ander aspect is, zoals ik al aangaf, wat we daar zelf aan kunnen doen. Ik ga niet alles opnieuw noemen, maar dat is onder andere maatschappelijk verantwoord licenseren en zoeken naar mogelijkheden om het veel langer bij onszelf te houden. Laat ik nog één keer dat voorbeeld benoemen van specifieke umc's in Nederland, die nu voor bepaalde middelen voor individuele patiënten met, in dit geval, zeldzame vormen van lymfeklierkanker of bloedkankers gewoon onderling gezamenlijk voor elkaars patiënten medicamenten produceren. Dat zijn dan heel geïndividualiseerde medicijnen, dus je ontwikkelt een medicijn per patiënt. Zo specifiek wordt het dan.

De voorzitter:

Dank u wel, dan komen we aan het eind van de beantwoording ... O, meneer Bushoff toch nog. Heel kort, een allerlaatste vraag.

De heer Bushoff (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Het klopt inderdaad dat de Minister een heel aantal voorbeelden gaf van wat we moeten doen om die winstmarges van die farmaceuten tegen te gaan, maar dit probleem is wel wat specifiek. Ik vroeg me af of het nog zinvol is wat de Minister betreft om te onderzoeken of er nadere wet- en regelgeving te maken is om juist specifiek deze overnames tegen te gaan.

Minister Kuipers:

Bij de herziening van de Europese farmawetgeving is een van de punten specifiek hiervoor, namelijk kijken naar de periode van marktexclusiviteit, of we die voor dit soort middelen kunnen verkorten, maar ook of we na het verlopen van die marktexclusiviteit – ik kom zelf bijna niet uit dat woord – kunnen inzetten op parallelle productie door andere partijen. Als de firma zegt «oké, voor dit middel is onze terugkeer op de eerdere investering voldoende en wij accepteren dat de prijs nu naar beneden gaat», dan hoef je dat niet te doen, maar dat zien we veelal niet gebeuren en we zien ook geen alternatieven komen. Wat we wel af en toe zien gebeuren, is dat aan het eind van zo'n periode een firma plotseling komt met een andere toedieningswijze, bijvoorbeeld van infuus naar subcutane prik, onderhuidse prik, en je dan weer opnieuw begint met een beschermingsperiode. Even voor de duidelijkheid, als u het me toestaat, voorzitter. Dit zou gezien kunnen worden als een zeker cynisme. Dat wil absoluut niet uitstralen. Het is allereerst gewoon prachtig dat we zo veel nieuwe middelen hebben, maar het stelt ons ook gewoon voor uitdagingen. Dat betekent dat we dergelijke ontwikkelingen, prijsstellingen et cetera echt heel kritisch tegemoet moeten treden en dat we ook moeten kijken naar andere mogelijkheden.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we aan het einde van de eerste termijn. Dan ga ik naar de tweede termijn van de zijde van Kamer en geef ik als eerste het woord aan mevrouw Van der Plas.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb verder geen inbreng meer, behalve dan dat ik een tweeminutendebat wil aanvragen. Ik dank de Minister voor zijn antwoorden en uiteraard de staf die, zoals wij weten, hier heel hard aan werkt achter de schermen. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Voorzitter. Ik wil de Minister en zijn ambtenaren danken voor de antwoorden op de vragen. Ik zat even te checken. Ik mis er volgens mij nog een, namelijk in hoeverre er zicht is op hoeveel mensen van 75 jaar en ouder die meer dan tien medicijnen tegelijkertijd gebruiken, gebruikmaken van zo'n medicatiebeoordeling. Dat is een. Het tweede is toch nog even die doorlooptijden met betrekking tot na de sluis, dus zeg maar de postsluisvertragingen. Die zijn er ook. Kan de Minister daar iets over zeggen? Weet hij toevallig welke belemmeringen er zijn en kan hij daar wat aan doen?

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg.

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

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de Minister en ook aan zijn ondersteuning voor de antwoorden. Ook dank voor de toezegging dat de Minister in ieder geval de voorraadverplichting gaat evalueren, dat hij in gesprek gaat met zorgverzekeraars over de plasmatoediening aan mensen en dat hij bij Sanquin nog wat nader zal navragen hoe het met het bloed staat.

Voorzitter, nog twee korte vragen. De Minister zegt dat hij met een brief komt over farmacogenetica. Toen wij daar bij de begrotingsbehandeling aandacht voor hadden gevraagd, begreep ik dat dat voor de zomer zou zijn. Ik begrijp nu dat het na de zomer is. Kunnen we wel de toezegging krijgen dat het in ieder geval voor de behandeling van de begroting voor 2024 is?

Dan het tweede. Ik eindig even met waar ik mee ben begonnen, namelijk onze zorg over de generieke geneesmiddelen. Wat ons betreft is er een heel scheve verhouding ontstaan tussen de uitgaven aan generieke geneesmiddelen en patent geneesmiddelen. Nou ja, de Minister heeft zelf op zijn factsheet staan dat er 1,5 miljard wordt uitgegeven, dat is 20%, aan oncologica en dan hoor je gelijktijdig dat dat vaak maar in 30% van de gevallen effectief is. Wat ons betreft is die verhouding helemaal scheef. De Minister gaat in gesprek, niet alleen met Duitsland maar ook met andere landen. Wanneer kunnen wij een rapportage daarover verwachten? Kunnen wij die dan wel krijgen voor het debat over de Zorgverzekeringswet?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank, voorzitter. Ook dank aan de Minister en zijn team voor de beantwoording. Het zal de Minister niet verbazen dat ik zeker ga terugkomen op afbouwmedicatie. Ik ben blij te horen dat de Minister het signalement in ontvangst heeft genomen van ZonMw rondom het gebruik van psychedelica. Ik kijk daar enorm naar uit, want ik denk dat het echt belangrijk is, gezien de patiënten die ik ook zelf gesproken heb, dat we hier grote

stappen gaan zetten, ook voor mensen bijvoorbeeld bij de politie en in het leger die kampen met PTSS.

Ik heb vragen gesteld rondom het gebruik van zware pijnmedicatie. De Minister gaf daarop een aantal antwoorden, waaronder dat er meer kennis naar de praktijk zou moeten worden gebracht. Er vindt heel veel onderzoek plaats; hoe ziet dat er in de praktijk uit? De Minister gaf aan dat zorgverleners eigenlijk meer tijd zouden moeten hebben in de spreekkamer om het gesprek te voeren over überhaupt het beginnen met gebruik en ook het stoppen. Dat is toch een beetje de kern van mijn verhaal. Ik ben benieuwd hoe dat er concreet uitziet en zeker hoe tijd voor zorgverleners in de praktijk uitgewerkt wordt of al is. Ik ben benieuwd naar een reactie.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Bushoff.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Twee dingen, of drie. Ook dank aan de Minister en zijn team. Ten tweede over het GVS. De modernisering daarvan en de bezuiniging die daarmee gepaard zou gaan, zouden misschien 150.000 mensen die financieel kwetsbaar zijn, kunnen raken. De modernisering is uitgesteld en nu hoor ik de Minister zeggen: misschien komt van uitstel uiteindelijk wel afstel. Dat is op zich goed nieuws, maar de zorg is dan wel dat de dekking die gevonden moet worden voor het niet realiseren van die besparing – dat is dan een vraag, oproep, hoe u wilt aan de Minister – ten laste komt van patiënten, waardoor zij straks alsnog met hogere kosten worden geconfronteerd. Dat mag niet gebeuren. Dat is één.

Twee: het aanpakken van de exorbitante winsten van de farmaceutische industrie. De Minister vindt de Partij van de Arbeid aan zijn zijde als het gaat om de inzet die hij daarop doet. Tegelijkertijd denk ik nog wel dat er meer dingen mogelijk zijn om die winsten aan banden te leggen. Het is mij niet duidelijk waarom je niet alles uit de kast zou trekken om die exorbitante winsten aan banden te leggen. Daarover verschillen we van mening. Ik zal er nog op broeden wat ik daarmee doe richting het tweeminutendebat.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Bushoff. Mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Ik benijd de Minister niet. Heel veel dingen die we vandaag bespreken, zijn helemaal niet nieuw. Die lopen ook niet twee jaar, maar al acht of tien jaar. Het is heel breed en heel complex. Ik denk, luisterend naar iedereen die hier in de Kamer gesproken heeft, dat er ook nog wel heel veel tegenstrijdige wensen in zitten. We willen niet achteraf moeten onderhandelen, maar we willen wel dat ze het doen. Ik benijd de Minister dus niet. Toch vraag ik hier en daar wat meer concrete handvatten. Dat heeft u mij net ook in interrupties horen doen. Ik kijk uit naar de brief in juni over het preferentiebeleid en naar wat de Minister daarover voorstelt. Ik denk dat het goed is dat we daar besluiten over gaan nemen.

Nieuw was het advies over maatschappelijk aanvaardbare prijzen. Ik hoop dat mijn optimistische verwachting dat dat echt een rol kan gaan spelen in onder andere de onderhandelingen ook waar kan worden. Maar goed, dat zien we pas over een jaar.

Ik hoop dat de ACM, de NZa en het Zorginstituut Nederland daarbij gebruikmaken van de leerpunten van Fair Medicine. De Minister zei net: dan moet u even bij Fair Medicine zelf zijn. Ik denk dat het niet meer bestaat, want een van de hoofdpersonen die op de website van de

stichting Fair Medicine staan vermeld is de heer Ernst Kuipers. Ik vermoed dat die website nog niet is geüpdatet. Ik vraag de Minister in ieder geval of hij de evaluatiepunten uit Fair Medicine – daar is uiteindelijk best veel subsidie in gestoken – wil meegeven aan de ACM, de NZa en Zorginstituut Nederland als het gaat over de maatschappelijk aanvaardbare prijzen van medicatie.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Tielen. Meneer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Het was een foto mét haar, waarmee de Minister angstaanjagend veel op Herman van Veen begon te lijken, stelden wij vast.

Voorzitter. Ik wil de Minister nog aanspreken op zijn inkoopbeleid als het gaat om geneesmiddelen. De SP is niet gerustgesteld, omdat ik toch vooral zie dat de Minister blijft vasthouden aan de manier waarop hij het al jaren doet. Dat geeft niet heel veel vertrouwen, omdat juist de werkwijze die hij al jaren heeft, leidt tot de megawinsten die we bij farmaceuten zien. De Minister heeft er blijkbaar heel veel vertrouwen in dat dat straks beter gaat. Wij hebben dat vertrouwen een stuk minder en willen daarom heel veel andere maatregelen om de duimschroeven toch te kunnen aandraaien richting de big pharma.

Dan nog over de terhandstellingskosten bij de apotheken. Ik heb de Minister gevraagd of er niet een andere financieringsvorm kan komen, omdat de terhandstellingskosten ook voor de patiënten zelf iedere keer opnieuw een hoge kostenpost zijn, zeker voor chronisch zieken. Die betalen ik weet niet hoe vaak deze kosten, terwijl ze vaak al een extreem hoge rekening hebben als het gaat om de kosten van de zorg. Kan dat nou niet anders? Moet ook dat niet meegenomen worden als de Minister gaat kijken naar een andere manier van financieren van apotheken? Mij lijkt het heel slim dat die financiële prikkel eruit wordt gehaald en dat de apothekers een belangrijke rol krijgen om het gebruik van geneesmiddelen verder te kunnen beperken, natuurlijk wanneer dat medisch verstandig is. Ik denk dat dat vaak zou kunnen in goed overleg met de huisarts, maar dan moet de apotheker daar wel een grotere rol in krijgen en ook daarvoor gefinancierd worden. Ik hoop dat de Minister daar nog iets verder op wil ingaan dan alleen te zeggen: we gaan binnen het IZA kijken naar beperkte potjes om te kijken of we apothekers daaruit kunnen betalen. Ik vond dat wel een heel beperkt antwoord op een best wel fundamentele vraag voor deze sector.

Dank.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Hijink. Mevrouw Maeijer.

Mevrouw Maeijer (PVV):

Dank u, voorzitter, en dank ook voor de antwoorden. Ik wil het toch nog even hebben over de doorlooptijden. De Minister legt natuurlijk de bal voor een groot deel bij de fabrikanten neer: de mogelijkheden zijn er, maar dan moet je er wel gebruik van maken. Ik zou hem toch willen vragen: is het niet goed om ook nog even naar onszelf te kijken hoe het systeem is ingericht? Zijn die procedures werkbaar? Zijn ze helder? Zijn ze duidelijk? Zijn ze efficiënt? Valt er nog winst te behalen? Uiteindelijk gaat het natuurlijk om gezondheidswinst voor de patiënt voor kwaliteit van leven of misschien wel verlenging van het leven. Dat is iets heel kostbaars. Daar moeten we niet zomaar overheen stappen en zeggen: het kan, zoek uw weg; zoek door de bomen het bos, zeg maar.

Dan had ik nog een tweede vraag. Die stond volgens mij nog open en ging over de patientaccessprogramma's. Ik vroeg mij af hoeveel sluisgeheesmiddelen er beschikbaar zijn in die programma's.

Daarnaast had ik een vraag waar de Minister enigszins op had geantwoord. Wat kan er nou nog gebeuren om de inzichtelijkheid en vindbaarheid van die programma's te vergroten, zodat voor alle verwijzers duidelijk is wat de mogelijkheden zijn?

Tot slot sluit ik aan bij de vraag van mevrouw Den Haan. Die had ik ook in eerste termijn gesteld naar aanleiding van een brief van Stichting Melanoom. Zij wijzen op vertraging bij de beoordeling door de beroepsgroep. Herkent de Minister dat beeld en zijn er misschien nog procedures die veranderd kunnen worden, waardoor dat wordt versoepeld?

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Maeijer. Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank, en dank aan de Minister voor de antwoorden. Ik vind het heel verstandig dat hij zegt dat hij niet werkt vanuit een bezuinigingsopdracht aan een herziening van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Dat is terecht. Ik heb die oproep eerder gedaan. Daar refereerde hij ook nog even aan, dus ik ben blij dat er toen goed geluisterd is.

Ik sluit me ook aan bij wat de heer Bushoff zegt: we moeten wel uitkijken als er een alternatieve dekking moet komen. Het doel van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem is dat we kijken hoe we de prijzen kunnen drukken, waar dat verantwoord is, bij fabrikanten. Ik zou zeggen: houd ook bij het vinden van een nieuwe dekking dat doel in het achterhoofd en zorg dat de rekening niet in één keer bij de patiënten komt.

Voorzitter. Als het gaat om de megawinsten die gemaakt worden door veel grote farmaceuten, dan moet de Minister – ik formuleer het maar zo – niet te netjes zijn. Als we alleen maar heel erg voorzichtig kleine stapjes willen zetten, dan kunnen we nooit op tegen de enorm grote lobby en macht van de farmaceutische industrie. Hij zal dus echt moeten kijken hoe we strenger kunnen reguleren bij het overdragen van ontwikkelingen voor nieuwe farmaceutische producten aan de farmaceutische industrie, dus het maatschappelijk verantwoord licentiëren. Ik heb daar eerder met D66 voorstellen voor gedaan. Ik zal ook nu weer kijken wat we kunnen doen om dat nog verder aan te scherpen.

Dan meer transparantie van de nettoprijzen van farmaceutische producten. Dat staat in de resolutie van de WHO. De Minister draaide er een beetje omheen in zijn antwoord. Inderdaad, de resolutie gaat over meer, maar ook over het transparant maken van de nettoprijzen. Daar ligt wel degelijk een opdracht voor de Minister, dus ik wil graag dat hij daar nog wat specifiek op ingaat.

Ten slotte deel ik volledig het gevoel van urgentie dat de Minister uitdraagt als het gaat om antibiotica. Volgens mij is dit een ramp waiting to happen, als we hier niet heel strak bovenop zitten. Ik ben blij dat de Minister actief werkt aan Europese wetgeving. Ik hoop dat hij de Kamer goed op de hoogte houdt over de voortgang.

Bedankt.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Dan kijk ik naar rechts. De Minister wil een paar minuten schorsen. Mevrouw Van der Plas verexcuseert zich, want zij heeft een andere verplichting. Ik schors voor een paar minuten.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Goedemiddag. Mag ik uw aandacht, ook vanaf de tribune? Anders moet ik u streng toespreken. Kijk eens, ik heb uw aandacht. Dank u wel.

We zijn toe aan de tweede termijn van de zijde van de regering en ik geef graag het woord aan de Minister.

Minister Kuipers:

Voorzitter, dank u wel. Allereerst een vraag van mevrouw Den Haan over medicatiebeoordelingen voor 75-plussers. Exacte gegevens heb ik nu niet beschikbaar, dus ik wil daar van harte schriftelijk op terugkomen.

Mevrouw Den Haan vroeg ook over postsluitvertragingen. Ik ben in gesprek met zowel het Zorginstituut als met Zorgverzekeraars Nederland om dit proces te verbeteren.

Mevrouw Van den Berg vroeg of de brief over de farmacogenetica voor de begrotingsbehandeling 2024 kon. Het antwoord daarop is ja.

Mevrouw Van den Berg vroeg ook of ik het ermee eens ben dat er ondertussen een scheve verhouding is tussen de kosten en de prijsstelling van generieke middelen en dus ook dat wat we daarvoor uitgeven, versus voor de specifieke en zeker de weesgeneesmiddelen. Het antwoord daarop is: ja, daar ben ik het mee eens. Of je nu kijkt naar de veelheid aan middelen, het aantal gebruikers en het aantal voorschriften versus de uitgaven, of in de individuele prijsstelling: er is ondertussen wat dat betreft echt een scheefgroei.

Mevrouw Van den Berg vroeg ook wanneer ik kom met een rapportage over de gesprekken op dit terrein met Europa. Daar kom ik mee voor het einde van het jaar.

Mevrouw Paulusma vroeg om tijd voor zorgverleners bij de afbouw van medicatie. Hoe gaat dat? Los van de discussie die we zojuist al hadden, is de aandacht hiervoor ook onderdeel van het traject extramurale farmaceutische zorgverlening waar wij op dit moment mee bezig zijn.

De heer Bushoff en mevrouw Ellemeet vroegen ten aanzien van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem aandacht voor het belang van de patiënt. Dat neem ik zeker mee.

De heer Bushoff zei ook: stel dat de revisie van het GVS niet doorgaat en de beoogde opbrengsten of besparingen daarmee ook niet gerealiseerd worden, gaat dat dan niet op een of andere manier ten koste van de patiënten? Los van wat ik al gezegd heb, kan ik nu totaal niet vooruitlopen op de vraag of het GVS al dan niet revisie ondergaat en hoe daar verder mee om te gaan.

Mevrouw Tielen vroeg naar de brief van juni met daarin de stand van zaken van het preferentiebeleid. Die brief komt dus in juni en gaat over de stand van zaken van de beschikbaarheid. De brief zal ook aandacht geven aan het preferentiebeleid en is dus wat breder.

Het gedachtengoed van Fair Medicine nemen we daarin zeker mee. De evaluatie van Fair Medicine is eerder al schriftelijk naar de Kamer gestuurd. We stellen die evaluatie ook ter hand aan de betreffende werkgroep. Dat ik nog steeds genoemd sta op hun website is prachtig, maar hoort inderdaad bij een zeer ver verleden. De opmerking die de heer Hijink daarbij maakte, dat de foto uit een tijd stamt dat ik nog haar had: nee, want daarvoor zouden we nog veel verder terug moeten.

De heer Hijink vroeg naar de terhandstellingskosten. Die nemen we ook mee in dat traject over de extramurale zorg dat ik in gang gezet heb met de veldpartijen.

Mevrouw Maeijer vroeg hoeveel sluisgeneesmiddelen er in dat patientaccessprogramma zitten. Daar wil ik graag schriftelijk op terugkomen.

Mevrouw Maeijer vroeg of we niet naar ons eigen proces moeten kijken bij de dure geneesmiddelen en de sluis. «Zijn de procedures wel helder en wat kunt u hier nog aan doen?» Ik heb in mijn brief al aangegeven dat ik er ook naar kijk waar het proces aan overheidszijde sneller kan. Ik kom

nog voor de zomer met een brief over de situatie en over de verdere doorontwikkeling van de sluis.

Mevrouw Maeijer vroeg ook naar specifieke aanwijzingen ten aanzien van het toelatingsproces rondom bepaalde middelen voor de behandeling van patiënten met een melanoom. Dat signaal is gegeven door de fabrikant, maar het is van belang dat zorgverzekeraars en behandelaren kijken naar de meerwaarde van deze producten voor patiënten. Daar is echt tijd voor nodig.

Mevrouw Ellemeet vroeg of ik specifiek kan ingaan op de WHO-resolutie over de transparantie van prijzen van geneesmiddelen. Ja, dat kan, maar ook daarop kom ik graag schriftelijk terug.

In antwoord op de opmerking die mevrouw Ellemeet nog had over antimicrobiële resistentie gaf ik al aan dat ik dat geheel onderschrijf. Ik ben van plan om daarover in de herfst van dit jaar met een nationaal plan te komen.

Tot zover, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan komen we richting het einde. Als eerste concludeer ik dat er een tweeminutendebat komt, met als eerste spreker mevrouw Van den Berg. Dan hebben we ... Excuus, de eerste spreker is mevrouw Van der Plas. Dat staat er ook. Ik lees het gewoon verkeerd voor.

Als tweede hebben wij enkele toezeggingen genoteerd.

- De Minister informeert de Kamer zodra het beleidsadvies van ACM, NZa en het Zorginstituut over maatschappelijk aanvaardbare prijzen van geneesmiddelen gereed is. Dat is naar verwachting over ongeveer een jaar. Dat was een vraag van mevrouw Tielen.
 - Na de voorjaarsbesluitvorming zal de Minister de Kamer informeren over een besluit omtrent de modernisering van het GVS, het Geneesmiddelenvergoedingssysteem.
 - In oktober ontvangt de Kamer informatie over de update van de lijst van kritische middelen; een vraag van mevrouw Maeijer.
 - De Minister stuurt de Kamer dit najaar, voor de begrotingsbehandeling 2024, een brief over de quickscan farmacogenetica; een vraag van mevrouw Van den Berg.
 - Voor de zomer van 2023 ontvangt de Kamer een brief over de voortgang van moleculaire diagnostiek; een vraag van mevrouw Den Haan.
 - Binnenkort stuurt de Minister het signalement over de inzet van psychedelica aan de Kamer; een vraag van mevrouw Paulusma.
 - In juni 2023 ontvangt de Kamer een stand-van-zakenbrief over de gevoerde gesprekken met de verschillende betrokken partijen over het preferentiebeleid; een vraag van mevrouw Tielen en mevrouw Paulusma.
 - Voor het eind van het jaar ontvangt de Kamer een schriftelijke terugkoppeling over de met verschillende partijen gevoerde gesprekken over generieke middelen in brede zin, inclusief de beschikbaarheid ervan.
 - Voor de zomer ontvangt de Kamer een brief over de verdere doorontwikkeling van de sluisprocedure.
 - De Minister komt naar aanleiding van een vraag van mevrouw Maeijer schriftelijk terug op een patientaccessprogramma.
 - In de herfst van dit jaar komt er een brief over het plan met betrekking tot de antibioticaresistentie; dat was een vraag van mevrouw Ellemeet.
- Mevrouw Maeijer heeft nog een vraag of opmerking?

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Als ik daar één ding aan zou mogen toevoegen: zou de Minister daarin ook kunnen meenemen op welke wijze de vindbaarheid, de beschikbaarheid van die programma's kan worden vergroot?

De voorzitter:

Instemmend geknik. Dat gaat gebeuren.

Mevrouw Paulusma nog een opmerking dan wel vraag.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik ging ervan uit dat u klaar was met de toezeggingen.

De voorzitter:

Dat klopt.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik heb net een reactie gekregen op een vraag die ik niet gesteld had. Ik was benieuwd of er nog een mogelijkheid was voor de Minister om antwoord te geven op de vraag die ik wel gesteld had. Ik wil hem wel even toelichten.

De voorzitter:

Ik denk dat u die vraag moet herhalen, maar het blokje niet-gestelde vragen hebben we al afgesloten.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Volgens mij was dat het blokje overig, maar ik kreeg net een reactie op mijn vraag in de tweede termijn, en die werd heel specifiek gekoppeld aan afbouwmedicatie, terwijl ik refereerde aan de reactie van de Minister op het gebruik van opioïden. Daarin zei de Minister in zijn antwoord: zorgverleners krijgen meer tijd, we moeten meer aandacht hebben voor de bewustwording van het belang van reduceren en afbouwen; we moeten meer kennis naar de praktijk brengen. Ik was benieuwd hoe dat er concreet uit zal zien, echt gerelateerd aan opioïden en niet zozeer aan de opmerkingen rondom afbouwmedicatie.

Minister Kuipers:

Dan kunnen we het breder maken.

De voorzitter:

De Minister wil het breder maken. Dan komt dat erbij.

Mevrouw Van den Berg heeft nog een opmerking of vraag.

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

Een vraag, voorzitter. De Minister heeft gezegd dat hij over de plasma in gesprek gaat met de zorgverzekeraars en met Sanquin over bloed en over de voorraadverplichting. Krijgen wij dat dan mee in die algemene brief over generieke geneesmiddelen? Ik zou het namelijk wel fijn vinden om daarover ook een schriftelijke terugkoppeling te krijgen.

Minister Kuipers:

De brief waar mevrouw Van den Berg aan refereert, is de eerder genoemde brief over beschikbaarheid en preferentiebeleid, over medische producten breed. Die heeft niets te maken met de veiligheid van de producten van Sanquin. Als daar een schriftelijke terugkoppeling over moet komen, moeten we dat separaat doen. Ik zeg daar wel bij dat ik probeer het aantal brieven enigszins in te perken en het op een andere manier terug te koppelen. Ik kan mij voorstellen dat dit ook in een volgend debat of op een andere manier voorbijkomt.

De voorzitter:

Ja, is het voldoende zo? Dat is het geval. Dan komen we aan het einde van dit debat. Ik wil van harte de Minister bedanken voor zijn tijd en inzet, evenals zijn ondersteuning natuurlijk. Ik bedank ook de mensen die boven zitten en meekijken, de mensen op de publieke tribune. Fijn dat u met

zoveel mensen hier was. Dank ook aan de collega's en de ondersteuning door de griffie.

Sluiting 13.56 uur.