

Nr. 2

INITIATIEFNOTA VAN HET LID VAN DER HAM

Inhoudsopgave

Inleiding	1
1. Ontwikkeling en toepassing medicinale cannabis	2
2. Nederlands beleid	3
3. Huidige en potentiële patiëntenpopulatie	5
4. De problemen:	5
4.1 Probleem 1: Onduidelijkheid over toepassing en gebrek onderzoek	6
4.2 Probleem 2: Tekort aan soorten	6
4.3 Probleem 3: Kosten	7
4.4 Probleem 4: Zelfteelt	7
4.5 Probleem 5: Kwaliteit medicinale cannabis vs. Illegale cannabis	8
5. Drie casus	8
5.1 Casus 1	9
5.2 Casus 2	9
5.3 Casus 3	9
6. Voorstellen tot verbetering	10
6.1 Voorstel 1: betere voorlichting	10
6.2 Voorstel 2: uitbreiden van soorten	10
6.3 Voorstel 3: medische cannabis goedkoper; in basispakket	11
6.4 Voorstel 4: Nuchter omgaan met Zelfteelt	12
Financiering	12

Inleiding

Sinds 1 september 2003 worden drie cannabisvarianten via de apotheek legaal verstrekt. De teelt deze medicinale cannabis is gelegaliseerd. Deze medicinale cannabis komt onder strenge geconditioneerde omstandigheden tot stand, waardoor de zuiverheid en samenstelling van het medicijn gegarandeerd is. Behandeling met medicinale cannabis wordt vaak toegepast als de gangbare behandelingen en geregistreerde geneesmiddelen niet voldoende helpen of te veel bijwerkingen geven. Het is een zogenoemde *last-in-line* therapie. Medicinale cannabis geneest niet, maar

verlicht in specifieke gevallen de symptomen die gerelateerd zijn aan bepaalde ziekten, waaronder Multiple Sclerose, ruggenmergschade, pijn en misselijkheidbestrijding bij kanker of hiv, neurologische pijnen, het syndroom van Gilles de la Tourette en reuma.

Sinds de legale verstrekking van medicinale cannabis heeft het dossier veel ontwikkeling doorgemaakt. Na een aantal jaar ervaring is duidelijk dat medicinale cannabis in een behoefte voorziet van een substantiële groep (chronische) zieken. Medicinale cannabis levert voor hen een belangrijke bijdrage aan het verminderen van klachten rond ziekte of medicijngebruik.

Toch zijn in de praktische uitwerking van de huidige regeling een aantal tekortkomingen die de indiener zorgen baart. Allereerst heerst er bij een deel van artsen en patiënten een taboe op het voorschrijven dan wel het gebruiken van medicinale cannabis.

Ten tweede zijn de beschikbare cannabisvarianten die de overheid beschikbaar stelt beperkt, waardoor een deel van de patiënten niet de juiste soort kan betrekken via de apotheek. Een aantal patiënten kiest ervoor zich hier bij neer te leggen, en loopt hierdoor een mogelijk werkzaam middel mis. Anderen kiezen ervoor cannabis van coffeeshops aan te schaffen. De oorsprong, zuiverheid en samenstelling van de in coffeeshops verkochte cannabis is echter betwistbaar. Dit kan voor toch al kwetsbare patiënten grote gezondheidsrisico's opleveren.

Ten derde zijn de kosten voor patiënten hoog. Veel zorgverzekeraars vergoeden medicinale cannabis slechts gedeeltelijk of niet, en dit levert voor patiënten financiële problemen op. Door de prijs worden patiënten die in potentie baat zouden kunnen hebben bij het gebruik van medicinale cannabis ook afgeschrikt. Vanwege het beperkte assortiment van de medicinale cannabis, en de hoge kosten die ook het betrekken via coffeeshops met zich meebrengt, kiest een andere groep patiënten ervoor om zelf cannabis te telen. Dat stuit echter op juridische bezwaren in de Opiumwet. Bovendien kan zelfteelt problemen opleveren rond het gebrek aan deskundigheid bij het telen van cannabis, contaminatie van het product, (brand)veiligheid en overlast voor omwonenden. Het doel van deze initiatiefnota is om een aantal van de praktische problemen rond medicinale cannabis aan te kaarten. De indiener komt daartoe met een aantal voorstellen.

1. Ontwikkeling en toepassing medicinale cannabis

Het eerste farmaceutische cannabisproduct dat internationaal juridisch erkend werd was Marinol, een synthetisch THC-product. De Amerikaanse Food and Drug Administration erkende Marinol in 1985 als legitiem middel voor de behandeling van misselijkheid geïnduceerd door chemotherapie bij kankerpatiënten. Ondanks de strikte drugswetgeving in de Verenigde Staten was het voornamelijk haar National Institute of Health dat in de jaren 1970 en 1980 onderzoek deed naar de medische eigenschappen van cannabis. Het medicijn «Nabilone» is eveneens een synthetische cannabinoïd met anti-emetische kwaliteiten (een middel dat voorgeschreven kan worden tegen misselijkheid en/of braken), en is toegestaan in Canada en het Verenigd Koninkrijk voor de behandeling van misselijkheid bij chemotherapie.¹

In 1998 ontving het farmaceutische bedrijf GW Pharmaceuticals van het Britse Home Office een vergunning om onderzoek te verrichten naar de medische eigenschappen van cannabis, en daarbij een op cannabinoïden gebaseerd geneesmiddel te ontwikkelen. GW Pharmaceuticals ontwikkelde Sativex, een mondspray voor patiënten met MS en neuropathische

¹ Colin G. Scott en Geoffrey W. Guy, «Cannabinoïds for the pharmaceutical industry», in: *Euphytica*, nr. 140 (2004) 83–93.

pijn. In augustus 2007 keurde Health Canada, het Canadese ministerie van Volksgezondheid, Sativex goed voor de behandeling van kankerpatiënten die matige tot ernstige pijn ondervinden.

Ook het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) heeft naar de geneeskundige werking van cannabis gekeken. Volgens het EMCDDA kunnen de uitkomsten van wetenschappelijke onderzoeken naar de effectiviteit van cannabis als geneesmiddel als volgt worden samengevat:

1. Vaststaand effect bij: misselijkheid en braken, anorexia en vermagering.
2. Betrekkelijk goed bewezen effect bij: spasmen, pijnen, bewegingsstoornissen, astma en glaucoom.
3. Onbewezen effect bij: allergieën, jeuk, ontstekingen en infecties, epilepsie, depressie, en angststoornissen.
4. Onderzoek naar: auto-immuunziekten, kanker, neuroprotectie, koorts en bloeddrukverstorenngen.¹

Volgens het EMCDDA bestaat er een bewezen effect van cannabis waar kankerpatiënten en hiv-patiënten veel baat bij kunnen hebben. Kanker wordt, naast operatieve behandelingen, in de regel behandeld met chemotherapie en bestraling (radiotherapie). Bijwerkingen van chemo- en radiotherapie zijn vaak misselijkheid en braken. Bij patiënten die chemo- en radiotherapie ondergaan komt de combinatie van verlies van eetlust en sterke vermagering voor. Het eetlustbevorderende effect van cannabis kan deze patiënten van dienst zijn.

Het anti-emetische effect dat volgens het EMCDDA vaststaat, is ook voor bepaalde hiv- en aids-patiënten van groot belang. Sinds 1996 is er in Nederland een verbeterde behandeling beschikbaar voor hiv-patiënten, de zogenaamde combinatietherapie. Deze therapie remt de ontwikkeling van hiv en houdt de weerstand van de patiënt langer op een hoger niveau. Bij de combinatietherapie worden meerdere middelen tegelijkertijd toegepast. Vaak dienen tientallen pillen per dag geslikt te worden. Ernstige bijwerkingen van de combinatietherapie zijn misselijkheid, braken en pijn. Sommige patiënten hebben alleen baat bij inname van cannabis om deze gevolgen te verlichten. Voor hen is medicinale cannabis letterlijk van levensbelang, omdat levensreddende medicijnen anders worden uitgebraakt.² Naast de anti-emetische en eetlustbevorderende werking bezit medicinale cannabis voor een andere groep patiënten een palliatieve kwaliteit. Sommige chronisch zieken ervaren hevige pijnen die zelfs zeer hoge doseringen van reguliere pijnstillende middelen niet kunnen onderdrukken. Zowel dierstudies als klinische studies met mensen geven aan dat cannabinoïden een effectieve pijnstillende werking hebben, die patiënten met MS en *trigeminus neuralgia* (neuropathische pijn) verlichting kan bieden.³ Inmiddels blijkt uit studies dat medicinale cannabis ook bij andere aandoeningen resultaat kan hebben, waaronder leukemie⁴, amyotrofe laterale sclerose⁵ en vormen van Alzheimer⁶.

2. Nederlands beleid

Halverwege de jaren negentig van de vorige eeuw kwam er in Nederland steeds meer vraag naar medicinale cannabis. De Opiumwet liet niet toe dat cannabis als geneesmiddel werd voorgeschreven. Toenmalig minister Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vroeg in 1996 de Gezondheidsraad advies over de stand van wetenschap ten aanzien van de geneeskundige toepassing van cannabis. Hieraan lagen twee redenen ten grondslag: ten eerste de opvatting dat wereldwijd een groeiende groep patiënten, gesteund door artsen, aangaf baat te hebben bij het gebruik van cannabis, en ten tweede een uitspraak in een klachtprocedure

¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *A cannabis reader: global issues and local experiences* (Lissabon 2008) p. 12.

² Zie Bouke C. de Jong et al., «Marijuana Use and Its Association With Adherence to Antiretroviral Therapy Among HIV-Infected Persons With Moderate to Severe Nausea», in: *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, Vol. 38, Nr. 1 (1 January 2005) p. 43–46 en Inge B. Corless et al., «Marijuana Effectiveness as an HIV Self-Care Strategy», in: *Clinical Nursing Research*, vol. 18, Nr. 172 (2009).

³ Lilian Vermeer, «Cannabis als geneesmiddel», in: *Chemische Feitelikheden* (augustus 2004) 209-13.

⁴ Robert J. McKallip et al., «Cannabidiol-Induced Apoptosis in Human Leukemia Cells: A Novel Role of Cannabidiol in the Regulation of p22phox and Nox4 Expression», in: *Molecular Pharmacology*, Vol. 70, nr. 3 (2006) p. 897–908.

⁵ Raman Chandrasekaran et al., «Amyotrophic lateral sclerosis: delayed disease progression in mice by treatment with a cannabinoid», in: *ALS and other motor neuron disorders 5* (2004) p. 33–39 en Dagmar Amtmann et al., «Survey of cannabis use in patients with amyotrophic lateral sclerosis», in: *American Journal of Hospice & Palliative Care*, Vol. 21, nr. 2. (maart/april 2004) p. 95–104.

⁶ Beren G. Ramirez et al., «Prevention of Alzheimer's Disease Pathology by Cannabinoids: Neuroprotection Mediated by Blockade of Microglial Activation», in: *The Journal of Neuroscience*, Vol. 25, nr. 8 (23 februari 2005) p. 1904–1913.

van de Nationale Ombudsman, waarin werd aangegeven dat de Opiumwet op dat moment niet toeliet dat cannabis als medicijn kon worden voorgeschreven.¹ In 1998 kondigde de minister van VWS aan dat zij het Bureau Medicinale Cannabis (BMC) wilde oprichten. Het bureau werd ingesteld «met het doel na te gaan of de aanwijzingen juist zijn dat cannabis of cannabisproducten kunnen worden gebruikt als geneesmiddel.»² De aanwijzingen bleken volgens de ministerraad en de Tweede Kamer juist, en in 2001 werd besloten dat de Opiumwet gewijzigd moest worden.

In haar brief aan de Tweede Kamer van 19 oktober 2001 zette de minister haar nieuwe beleid uiteen.³ Het was gebleken dat steeds meer patiënten met een ernstige ziekte ertoe over waren gegaan om cannabis medicinaal te gebruiken. Geconstateerd werd dat er individuele patiënten waren die, in elk geval subjectief, baat hadden bij cannabis. De minister besloot om verder te gaan met de ontwikkeling van een geneesmiddel uit cannabis dat in klinisch onderzoek getest kon worden. Daarnaast wilde zij verstrekking van medicinale cannabis aan patiënten voortaan toestaan. «Het blijkt namelijk dat steeds meer patiënten die aan een ernstige ziekte als MS, aids of kanker lijden, ertoe over gaan cannabis als medicatie te gebruiken», schreef zij. «Zij kopen deze cannabis hetzij bij de coffeeshop, hetzij bij patiëntenorganisaties, hetzij bij de apotheek, en in het laatste geval zelfs op doktersrecept.» Dit was uiteraard in strijd met de wet. Echter, cannabis voegde kennelijk zoveel toe aan orthodoxe medicatie «dat artsen en apothekers bereid zijn daarvoor de wet te overtreden.» De minister benadrukte dat het «beslist niet» om incidenten ging.⁴ Tot die tijd waren allerhande particuliere initiatieven ontwikkeld om patiënten van medicinale cannabis te voorzien. Het bedrijf Maripharm werd in 1995 opgericht met het doel gestandaardiseerde geneesmiddelen te ontwikkelen uit cannabis. Naar eigen zeggen leverde zij tot 2003 Medicinale Graad Cannabis (MGC) op doktersrecept aan meer dan 1000 apothekers.⁵ Dr. W.G. van der Sluis van de Faculteit Farmaceutische Wetenschappen van de Universiteit Utrecht schreef hierover het volgende: «Het op de markt brengen van Cannabis flos medicinale graad cannabis (MGC) was destijds niet in overeenstemming met de letter van de Opiumwet (dus illegaal) maar het werd gedoogd. Immers de Opiumwet is er om misbruik tegen te gaan, maar niet om het medisch gebruik te verhinderen. Mede door de ervaring, verkregen met MGC, is de Opiumwet zodanig aangepast dat er nu een regeringsbureau is opgericht om Cannabis flos te legaliseren als medicijn, dat op recept via de apotheek aan patiënten mag worden geleverd.»⁶ Behalve de feitelijk illegale levering van de cannabis door coffeeshops, Maripharm en ook Stichting PMM, werd het ongewenst bevonden dat een significante groep patiënten zonder medische begeleiding geneesmiddelen aanschafte.

Op 8 april 2002 ging de Tweede Kamer akkoord met de legalisering van cannabissteelt voor medicinale doeleinden. De Opiumwet is hiertoe gewijzigd. Het telen van cannabis bleef volgens de Opiumwet aan een ontheffing gebonden. Het Bureau Medicinale Cannabis is de instantie die alle ontheffingen met betrekking tot cannabis namens de minister verleent. Het Bureau heeft het alleenrecht van in- en uitvoer, groothandel en het aanhouden van voorraden van cannabis en cannabisshars. Ook moet BMC alle oogst aankopen en daadwerkelijk in bezit nemen.⁷

Op 31 oktober 2006 verlengde toenmalig minister Hoogervorst van VWS het beleid met betrekking tot de beschikbaarheid van medicinale cannabis voor wetenschappelijk onderzoek en productontwikkeling nog een jaar, van mening dat er perspectief was op het verkrijgen van een geregistreerd geneesmiddel. Hij wilde daarnaast de mogelijkheid open houden om de periode te verlengen tot vijf jaar.⁸ Zijn opvolger minister Klink verlengde op 6 november 2007 het beleid met vijf jaar. «Net als mijn voorganger ben

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 28 000 XVI, nr. 10.

² Tweede Kamer, 1998–1999, 26 000 XVI, nr. 14 en Tweede Kamer, 2000–2001, 28 000 XVI, nr. 10.

³ Tweede Kamer, 28 000 XVI, nr. 10.

⁴ Tweede Kamer, 28 000 XVI, nr. 10.

⁵ www.maripharm.nl en «Het mediawiedilemma», in: *De Volkskrant* (13 oktober 2007).

⁶ Van der Sluis, «Foutieve specificaties voor officiële cannabis», in: *Pharmaceutisch Weekblad* 43 (2003).

⁷ Ministerie van VWS, «Beleidsregels opiumwethooftheffingen», in: *Staatscourant* 9 januari 2003, nr. 6/pag. 20.

⁸ Tweede Kamer, 2006–2007, 24 077, nr. 192.

ik van mening dat medicinale cannabis een gewoon geregistreerd geneesmiddel moet worden», stelde hij.¹

3. Huidige en potentiële patiëntenpopulatie

De gegevens over het aantal patiënten dat op wettelijke wijze medicinale cannabis aanschaft suggereren dat er een grote groep patiënten via een andere weg cannabis in handen krijgt.

In de periode juli tot oktober 2005 heeft voormalig minister Hoogervorst het beleid rond medicinale cannabis laten evalueren. In de evaluatie wordt uiteengezet hoe het BMC tijdens de voorbereidende fase voor het beschikbaar maken van medicinale cannabis een schatting heeft gemaakt van de mogelijke afzetmarkt. Dit gebeurde op basis van gesprekken met illegale leveranciers van cannabis voor medicinaal gebruik, gesprekken met vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en gesprekken met een aantal artsen van wie bekend was dat zij welwillend stonden tegenover cannabis als geneesmiddel. Daarnaast heeft het BMC gebruik gemaakt van gegevens van TNO, die in 1998 een enquête hield onder alle 13 000 Nederlandse MS-patiënten. Circa 1500 patiënten gebruikten cannabis als medicatie. Het BMC gebruikte gegevens van de Stichting PMM uit Rotterdam, gegevens van het bedrijf Maripharm en schattingen van coffeeshop-eigenaren. Het BMC en de Begeleidingscommissie concludeerden uiteindelijk dat de totale potentiële markt op 10 000 patiënten betrekking zou kunnen hebben. Tot dit aantal werd mede geconcludeerd omdat cannabis ook voor andere indicaties werd voorgeschreven.²

De schattingen bleken echter te hoog. De omzetgegevens en het aantal recepten dat werd uitgeschreven suggereerden dat het aantal patiënten dat cannabis op recept verkreeg in 2004 ongeveer 1000 tot 1500 bedroeg. Of dit een vaste of sterk wisselende groep patiënten betrof was onzeker, maar de omzet was betrekkelijk constant – ongeveer 60 tot 70 kg per jaar – wat volgens de evaluatie wees op een vrij constante patiëntengroep.³ Minister Hoogervorst en minister Klink waren in 2005 respectievelijk 2008 niet bereid te onderzoeken hoeveel mensen in totaal om medische redenen cannabis gebruikten.⁴ Wel erkende laatstgenoemde dat «net als bij alle geneesmiddelen» de mate van werkzaamheid van medicinale cannabis voor een groot deel afhangt van de stofwisseling van een patiënt. «Dit betekent dat de ene patiënt anders kan reageren op een geneesmiddel dan een andere patiënt.» Minister Klink gaf aan op de hoogte te zijn van het feit dat er patiënten zijn die overgaan tot zelfteelt.⁵ In september 2008 gaf hij aan dat op basis van het aantal afgeleverde apotheekverstrekkingen van medicinale cannabis en een gemiddelde dagdosering het aantal patiënten in 2007 geschat werd op circa 300.⁵ Dit houdt in dat op een patiëntenpopulatie van 1000 tot 1500 er in vier jaar tijd tussen de 700 en 1200 patiënten gestopt zijn met het aanschaffen van medicinale cannabis via de apotheek. Deze cijfers suggereren dat er een relatief grote vraag buiten de legale markt van de apotheek ligt, waar op een bepaalde manier een antwoord op wordt gevonden, hetzij omdat patiënten het opgeven, hetzij door zelfteelt of het aanschaffen van coffeeshopcannabis.

4. De problemen

Om tot een verbetering van de praktische uitwerking van het huidige beleid te komen, schetst de indiener vijf problemen schetsen. Daarnaast zal hij vijf aanbevelingen aan de Kamer voorleggen. vijf aanbevelingen doen.

¹ Tweede Kamer, 2007–2008, 24 077, nr. 200.

² *Evaluatierapport medicinale cannabis*, Bijlage bij Kamerstuk 24 077, nr. 172, p. 23.

³ *Evaluatierapport medicinale cannabis*, Bijlage bij Kamerstuk 24 077, nr. 172, p. 23 en 32.

⁴ Tweede Kamer 2004–2005, 24 077, nr. 142, 28 januari 2005 en Tweede Kamer 2008–2009, 2080900340, 18 september 2008.

⁵ Tweede Kamer 2008–2009, 2080900340, 18 september 2008.

4.1 Probleem 1: Onduidelijkheid over toepassing en gebrek onderzoek

Rond het gebruik en voorschrijven van medicinale cannabis bestaan nog veel taboes, onduidelijkheden en misverstanden. Het BMC en het ministerie van VWS dragen er in principe zorg voor dat patiënten, apothekers, artsen, maar ook het algemene publiek goed geïnformeerd worden over de werkzaamheden van het bureau en over de producten die het BMC levert. In de praktijk blijkt dat de huidige informatieverstrekking niet altijd afdoende is. Zo bestaat er onduidelijkheid over de ziekten en symptomen die mogelijk verlicht kunnen worden door medicinale cannabis. In de informatiefolder die via het ministerie van VWS aan artsen wordt verstrekt is een lijst met aandoeningen opgenomen.

Deze zijn:

- aandoeningen van lichte spasticiteit in combinatie met pijn (zoals bij multiple sclerose, ruggenmergschade),
- misselijkheid en braken, door onder andere chemotherapie of radiotherapie en bij hiv-combinatietherapie,
- chronische pijn (met name van neurogene aard),
- syndroom van Gilles de la Tourette,
- palliatief bij kanker en aids om o.a. de eetlust op te wekken, pijn te verminderen en gewichtsverlies en misselijkheid tegen te gaan.¹

Artsen zijn niet gebonden aan het bovengenoemde lijstje; zij kunnen zelf bepalen in welke situatie en bij welke aandoening medicinale cannabis een geschikte keuze is voor een patiënt. Toch voelen artsen zich in de praktijk gebonden aan het lijstje en ervaren moeite om buiten bovenstaand lijstje van aandoeningen voor te schrijven. Er is bij artsen überhaupt huiver om medicinale cannabis voor te schrijven vanwege de negatieve associaties die sommigen hierbij hebben in het kader van recreatief gebruik. Ook is een motivering voor zowel artsen als gebruikers om medicinale cannabis niet te gebruiken de onterechte aanname dat het product gerookt moet worden. Het is hen niet altijd duidelijk dat cannabis ook zonder tabak kan worden gebruikt met behulp van een vernevelaar.

Het BMC heeft een tweeledige taak: (laten) onderzoeken of cannabis of cannabisproducten kunnen worden gebruikt als geneesmiddel en apotheken voorzien van medicinale cannabis, zodat patiënten die op doktersrecept kunnen verkrijgen. De tweede taak is gelukt. Voor de eerste taak, het ontwikkelen van een geneesmiddel, is klinisch onderzoek nodig, maar ook wetenschappelijk onderzoek van de plant cannabis en van het productieproces. Op dit moment doet het BMC geen onderzoek. Hiermee moet zo snel mogelijk gestart worden, zodat de wetenschappelijke basis van medicinale cannabis dieper en breder wordt.

4.2 Probleem 2: Tekort aan soorten

De overheid levert via het BMC op dit moment drie cannabisvariëteiten aan apotheken. Deze hebben een eigen samenstelling, sterkte en uitwerking op het menselijke lichaam. Helaas zijn deze varianten niet voldoende om cannabis als medicijn voor de hele patiëntenpopulatie te garanderen. Twee apotheekvarianten hebben een relatief hoog THC-gehalte van meer dan 10%, en een relatief laag CBD-gehalte, van minder dan 1%. Bij de derde variant die in 2007 beschikbaar is gesteld zijn deze verhoudingen andersom. Hierin zit tussen de 4 en 6% THC, en ongeveer 7% CBD. Er zijn aanwijzingen dat deze combinatie voordelen voor MS-patiënten met zich meebrengt, in het bijzonder voor de pijnbestrijding. Verschillende patiënten hebben baat bij verschillende variaties. Het is technisch mogelijk om medicinale cannabis te telen met 2% THC en 10% CBD, en het is ook mogelijk om een plantje te maken van circa 20% THC en, bijvoor-

¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijn-gebruik, Medicinale cannabis. Informatiebrochure voor artsen en apothekers (derde druk, januari 2007) p. 5.

beeld, 10% CBD. Er zijn dus enorm veel variaties die kwekers kunnen aanleveren, en deze werken allemaal anders. Het telen van genoeg varianten gebeurt op dit moment niet. Vanwege het beperkte aanbod in de apotheek zijn sommige patiënten afgesloten van een passende cannabisvariant, of worden zij zeer sterk geprikkeld uit te wijken naar coffeeshops, of naar eigen kweek.

4.3 *Probleem 3: Kosten*

Voor veel patiënten die medicinale cannabis gebruiken, en dermate ziek zijn dat zij volledig arbeidsongeschikt zijn, is de prijs van door apotheken verstrekte cannabis te hoog. Op dit moment levert BMC Bedrobinol voor € 41,25, Bedrocan voor € 41,25 en Bediol voor € 43,50 per vijf gram.¹ Deze prijzen zijn exclusief 6% BTW. De verkoopprijs per gram kan variëren wanneer een apotheek afwijkende hoeveelheden aflevert. Een gram medicinale cannabis kost dus gemiddeld € 8,90 per gram.

De Nationale Drug Monitor uit 2008 geeft aan dat de gemiddelde prijs van coffeeshopcannabis lager ligt dan die van medicinale cannabis. De gemiddelde prijs van een gram nederwiet was in 2007 € 7,30, de gemiddelde prijs van geïmporteerde hasj was in 2007 € 7,70 en de gemiddelde prijs van geïmporteerde wiet was in 2007 € 4,30.²

MS-patiënten gebruiken tussen de één en zeven gram per dag.³ Een patiënt die verzekerd is bij een zorgverzekeraar die medicinale cannabis niet vergoedt, en één gram per dag gebruikt zou, afhankelijk van de cannabis die hij of zij aanschafft, door het aanschaffen van coffeeshopcannabis tussen de € 200 en € 1440 per jaar «besparen». Iemand die zeven gram geïmporteerde wiet in een coffeeshop aanschafft zou ruim €10 000 euro op jaarbasis kunnen «besparen». Dit zijn substantiële bedragen voor vaak arbeidsongeschikte patiënten.

Van alle zorgverzekeraars verleent naar schatting 70% via een aanvullende verzekering een tegemoetkoming. MSweb, een website voor MS-patiënten die ondersteund wordt door MS Research, heeft in augustus van dit jaar geïnventariseerd welke zorgverzekeraars medicinale cannabis helemaal, gedeeltelijk en niet vergoeden.⁴ MSweb heeft 43 zorgverzekeraars aangeschreven, en ontving van 24 van hen antwoord. Vier verzekeraars geven aan medicinale cannabis via een coulanceregeling te vergoeden vanuit het basispakket. Drie verzekeraars geven aan 75% vanuit de basisverzekering te vergoeden, met een maximum van € 900 per jaar. Vijf verzekeraars geven aan medicinale cannabis vanuit aanvullende verzekeringen te vergoeden. Deze verzekeraars hebben verschillende voorwaarden. Zo vergoedt één van hen alleen bij de indicatie MS. Drie verzekeraars nemen aanvragen van artsen in behandeling, en vergoeden in individuele gevallen. Negentien verzekeraars gaven aan medicinale cannabis noch via het basispakket, noch via aanvullende verzekeringen te vergoeden.

Gesteld zou kunnen worden dat patiënten die medicinale cannabis gebruiken de mogelijkheid hebben om van zorgverzekeraar te wisselen. Dit levert hen echter geen garantie van continuïteit op. Nu zijn er weliswaar een aantal zorgverzekeraars die vergoeden, maar dit geschiedt op basis van een zogenaamde coulanceregeling; een regeling om kosten van patiënten te vergoeden zonder dat er een wettelijke verplichting is. Deze regeling kan een verzekeraar per direct intrekken, met alle gevolgen van dien voor de patiënt. Een andere mogelijkheid is een aanvullende verzekering, maar ook daarbij is het probleem dat patiënten de kosten niet op redelijker wijze kunnen dragen, of dat hun ziekte niet in aanmerking komt voor vergoeding van medicinale cannabis.

4.4 *Probleem 4: Zelfteelt*

Zoals de minister in 2008 aangaf zijn er patiënten die overgaan tot zelfteelt.⁵ In Nederland wordt zelfteelt voor iedereen tot op zekere hoogte

¹ <http://www.cannabisbureau.nl/medicinalecannabis/>

² Trimbos-Instituut, Nationale Drugmonitor, Jaarbericht 2007 (Utrecht 2008) pag 60.

³ Dit verklaarde M.P. Neeleman, anesthesioloog, als deskundige ter zitting van het hof tijdens het hoger beroep van de patiënt uit casus drie. (LJN AZ0253, Gerechtshof Leeuwarden, 24-001008-05.)

⁴ www.msweb.nl

⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, Aanhangsel 292.

gedoogd. Bij het telen van enkele planten voor recreatief gebruik wordt men niet vervolgd. Om in de dagelijkse behoefte te voorzien voor medicinaal gebruik moet er vaak meer dan de toegestane hoeveelheid planten geteeld worden. Patiënten die tot die omvang overgaan handelen in strijd met de Opiumwet. Hetzelfde geldt voor echtgenoten, familieleden of vrienden die zouden willen telen voor een patiënt die fysiek niet in staat is tot zelfteelt.

Naast dit juridische aspect brengt zelfteelt ook grote problemen mee wat betreft overlast en brandveiligheid. Zelftelers hebben daarnaast veelal geen specifieke kennis van het telen van cannabis. Problemen met schimmel en bacterievorming en ongedierte kunnen optreden (zie ook probleem 5). Dit kan zeer kwalijke effecten hebben op de gezondheid van de patiënt. Daarnaast bestaat bij relatief grootschalige zelfteelt het gevaar voor patiënten van criminele inmenging.

Tenslotte zijn de patiënten waar deze nota zich op richt fysiek en mentaal niet altijd in staat om de arbeidsintensieve aspecten van de teelt op zich te nemen, hebben zij niet altijd de ruimte in of buiten hun huizen, en is de indiener van mening dat niet verwacht kan worden dat chronisch zieken ten aanzien van medicatie aangewezen zijn op eigenhandige productie.

4.5 *Probleem 5: Kwaliteit medicinale cannabis vs. illegale cannabis*

Anders dan de zelfteelt en de cannabis uit de coffeeshops wordt medicinale cannabis van BMC onder geconditioneerde omstandigheden geteeld en bewerkt. Onderzoekers van de Afdeling Farmacognosie van de Universiteit Leiden hebben in 2006 de kwaliteit van medicinale cannabis in Nederland geëvalueerd.¹ De studie werd uitgevoerd om de mogelijke verschillen aan te tonen tussen officiële en onofficiële bronnen van cannabis voor medicinaal gebruik. Cannabismonsters verkregen van willekeurig geselecteerde coffeeshops zijn vergeleken met de medicinale cannabis van het BMC in een reeks gevalideerde testen.

De cannabis van BMC was superieur aan de cannabis uit coffeeshops. Door de scherpe hygiëne-eisen, het doorstralen van het product om mogelijke schimmels te verwijderen en testen door laboratoria kan de medicinale cannabis zuiver worden aangeleverd.²

Een groot deel van de cannabismonsters uit de coffeeshops bevatte minder gewicht dan aangegeven, en de meeste waren besmet met hoge concentraties bacteriën en schimmels. Coffeeshopcannabis is in de regel ongevaarlijk voor gezonde mensen, maar voor chronisch zieke mensen met een lage afweer kunnen pesticiden en schimmelresten een groot probleem opleveren. «Om die redenen», schrijven de eerder genoemde onderzoekers, «zijn wij van mening dat de gecombineerde resultaten verkregen in deze studie, een aanwijzing geven dat het medicinale gebruik van cannabis, afkomstig van ongecontroleerde bronnen, moeten worden beschouwd als een potentieel risico voor de gezondheid van de medicinale gebruiker.»³ W.K. Scholten, voormalig directeur van het BMC, spreekt over «een reëel gevaar op onder meer potentieel mortale aspergillose-pneumonieën.»⁴ Hoewel medicinale zelftelers vaak minder bestrijdingsmiddelen gebruiken dan telers voor coffeeshops, bestaat ook daar altijd het gevaar van schimmels, en wordt ook daar de cannabis niet gamma-doorstraalt en getest op farmaceutische kwaliteit. Dit geldt wel voor de medicinale cannabis van het BMC.

5. Drie casus

De genoemde problemen hebben voor individuele patiënten grote gevolgen. Indiener schetst daartoe drie cases om deze inzichtelijk te maken.

¹ Arno Hazekamp, «Een evaluatie van de kwaliteit van medicinale cannabis in Nederland», *Cannabinoids 2006*; 1(1): 1–9.

² Hazekamp, pag 4 en 5.

³ Hazekamp, pag 7.

⁴ W.K. Scholten, «Cannabis in het basispakket», in: *Medisch Contact*, Nr. 38 (23-09-2005).

5.1 Casus 1

Een man heeft vanwege twee zware operaties ernstige chronische pijn. Doordat zijn rechterknie-schijf regelmatig uit de kom schoot en niet met de hand gezet kon worden, werd zeven jaar geleden zijn rechterbeen boven de knie doorgezaagd en in een x-stand gezet. Na deze operatie ontwaakte de man met hevige pijnen uit de narcose. Na ruim tien operaties en meer-voudige therapieën verminderden de klachten niet. Opnieuw werd het been van de man doorgezaagd, waarna een aangepaste x-stand bewerkstelligd werd. De spieren van de patiënt werden verlegd en zijn zenuwen werden verplaatst. Hierop zijn de pijnen verergerd. Momenteel ligt de man meer dan drie jaar onder zware medicatie op bed. Door de pijnklachten kan de man zeer moeilijk zitten, staan, en lopen. Ook liggen is pijnlijk. Dit jaar is de patiënt twee maal geopereerd in verband met het plaatsen van een Neurostimulator in zijn rug. Gepland staat een operatie voor de plaatsing van een morfinepomp in zijn rug. Reguliere pijnbestrijding heeft geen uitwerking gehad op deze chronische pijnpatiënt. Op doktersrecept heeft de man een korte periode een gelegaliseerde cannabisvariant gebruikt. Deze sloeg niet aan. Na enig experimenteren vond de man een variant die zijn pijn gedeeltelijk kon onderdrukken. Omdat de soort niet via de apotheek verkrijgbaar was, schafte de man zijn variant aan via een coffeeshop. Vanwege de kosten en de kans op chemische vervuiling van coffeeshopcannabis heeft hij uiteindelijk besloten zelf te gaan telen.

5.2 Casus 2

In 1992 prikte een verpleegkundige zich aan een besmette naald. Hij werd besmet met hiv. Zijn overlevingskansen werden zeer laag geschat. Artsen gaven hem de kans mee te werken aan een experiment met nieuwe medicijnen. De behandeling vereiste strikte therapietrouw. De vele pillen moeten op vaste tijdstippen geslikt en binnengehouden worden. Een bijwerking van diezelfde pillen is echter een hevige opwekking van braakneigingen. Reguliere anti-emetica werken niet. Op doktersadvies gebruikt de man dagelijks drie gram cannabis. De cannabis bestrijdt de misselijkheid en wekt de eetlust op.

Jarenlang haalde de patiënt zijn officieuze medicijn in de apotheek. Deze werd illegaal, maar gedoogd geleverd door de firma Maripharm. De legale cannabisvarianten die op dit moment beschikbaar zijn missen helaas hun uitwerking. Noodgedwongen schaft de man momenteel cannabis aan bij de coffeeshop, waar hij met zijn doktersverklaring korting krijgt. De plaatselijke GGD meent dat hij niet meer dan 1 gram per dag vergoed hoeft te krijgen. Hij kan de kosten daarvan steeds minder goed dragen.

5.3 Casus 3

In 1994 werd bij deze patiënt Multiple Sclerose gediagnosticeerd. In het beginstadium van het ziekteverloop werd getracht zijn symptomen – pijn en spasmen – door middel van reguliere medicijnen te onderdrukken. Vanwege het uitblijven van gunstige effecten en vanwege het optreden van nadelige bijverschijnselen is de patiënt in 1996 overgestapt op medicinale cannabis, mede aangespoord door publicaties en voorlichting van MS Vereniging Nederland. Het gebruik geschiedde onder begeleiding van een neuroloog. Deze cannabis werd verstrekt door een apotheek, hoewel van legale verstrekking van cannabis door apothekers op dat moment geen sprake was. De cannabisvarianten van de apotheek sloegen niet aan. Hierop heeft de patiënt besloten zelf zijn medicinale cannabis te telen. Deze cannabis had gunstige effecten. De man had vanwege het gebruik van cannabis significant minder last van vermoeidheid en spasmen. De

politie was op de hoogte van de situatie en heeft deze teelt jarenlang gedoogd.

In 2004 heeft de politie de planten van de patiënt ingenomen. De politierechter veroordeelde de man tot een boete van 250 euro. De rechter achtte het niet relevant dat de chronisch zieke man de variëteiten van de apotheek fysiek niet kon verdragen, en dat hij de symptomen van zijn ziekte – pijn en spasmen – wel kon verminderen met zijn eigen planten. In hoger beroep sprak het Gerechtshof te Leeuwarden op 17 oktober 2006 de man vrij. (LJN AZ0244, Gerechtshof Leeuwarden, 24-001032-05). Het Hof honoreerde het door de raadsman gedane beroep op overmacht-noodtoestand en ontsloeg de verdachte van alle rechtsvervolging, daar het bewezen verklaarde in de onderhavige zaak geen strafbaar feit opleverde. Het Openbaar Ministerie ging in cassatie. Op 16 september 2008 verwierp de Hoge Raad het beroep. (LJN BC7923, Hoge Raad, 01090/07). De Hoge Raad was de mening toegedaan dat de patiënt bij hoge uitzondering zijn persoonlijk belang boven het strafrechtelijke handhavingbelang mocht stellen.

6. Voorstellen tot verbetering

De geschetste problemen rond toegankelijkheid, betaalbaarheid, variëteit en dreiging van substitutie naar inferieure vormen van cannabis zijn voor de indiener reden om een aantal voorstellen tot verbetering te doen.

6.1 Voorstel 1: betere voorlichting en meer onderzoek

Het taboe rond gebruik van medicinale cannabis moet bij patiënten, artsen en zorgverzekeraars zoveel mogelijk worden doorbroken. De minister van VWS dient hiertoe de informatievoorziening te verbeteren. In die informatie moeten aanvullingen komen te staan over de wijze van gebruik en de aandoeningen waar het mogelijk een positieve werking op kan hebben. Zo dient er meer informatie te komen over het inhaleren via een inhalator, waardoor het roken van cannabis niet altijd nodig is. Wat betreft de aandoeningen kan de informatievoorziening worden uitgebreid met de laatste wetenschappelijke onderzoeken, die onder andere een mogelijke werking aangeven bij reuma en glaucoom. De minister van VWS dient hierover in gesprek te gaan met patiëntenorganisaties en beroepsverenigingen van artsen, in de eerste plaats de KNMG. De brochures voor patiënten moeten minstens één keer per jaar worden vernieuwd.

Het BMC moet (laten) onderzoeken of cannabis of cannabisproducten kunnen worden gebruikt als geneesmiddel. De minister wil graag dat medicinale cannabis een gewoon geregistreerd geneesmiddel wordt.¹ Hiervoor kan niet alleen geleund worden op internationale onderzoeken. Nederland heeft een goede status op het gebied van onderzoek op het gebied van cannabis, maar deze status is primair gebaseerd op eigen initiatieven van Nederlandse universiteiten. De minister moet het BMC haar wettelijke taak laten uitvoeren,² en spoedig investeren in een aantal klinische onderzoeken naar de geneeskundige werking van medicinale cannabis.

6.2 Voorstel 2: uitbreiden van soorten

De drie cannabisvarianten die op dit moment beschikbaar zijn, staan in de tabel op volgende pagina geëxpliciteerd.

¹ Tweede Kamer, 2007–2008, 24 077, nr. 200.

² Beleidsregels Opiumwetontheffingen, 7 januari 2003.

Variëteit	Gehalte dronabinol (THC)	Gehalte cannabidiol (CBD)
Bedrocan	Ca. 18–20%	< 1%
Bedrobinol	Ca. 11–13%	< 1%
Bediol	Ca. 4–6%	Ca. 7%

De tabel toont de verschillende chemische composities van de drie cannabisvarianten. De chemische compositie van cannabis is afhankelijk van genetica, groeiomgevingsfactoren zoals voeding, luchtvochtigheid en lichtomstandigheden, oogsttijdstip en droogomstandigheden. In geconditioneerde omstandigheden is het correcte THC en CBD gehalte voorspelbaar. Om zeker te zijn dat zij correct zijn, wordt dit na de teelt getest. In de loop van de afgelopen eeuw is een grote verscheidenheid ontstaan aan variëteiten van de cannabisplant. Hoewel het mogelijk is om tientallen verschillende varianten te telen, leert navraag bij Amerikaanse deskundigen die grote hoeveelheden medicinale cannabis aan patiënten leveren dat tussen de zeven en tien variëteiten voldoende zijn om praktisch de hele patiëntenpopulatie te dekken.

Indiener stelt voor om in overleg met patiëntenorganisaties te komen tot een uitbreiding van de hoeveelheid soorten cannabis die worden aangeboden in de apotheek. In Nederland is het toevoegen van een variant een beleidsbeslissing van de minister. Ten aanzien van de uitbreiding van het aantal cannabisvarianten, overlegt het BMC met de directie Geneesmiddelen en Medische Technologie (GMT) van VWS. Voorstellen van hun kant worden aan de minister voorgelegd. De indiener roept de minister op om in gesprek te gaan met BMC en patiëntenorganisaties, zodat duidelijk wordt hoeveel extra varianten er in Nederland nodig zijn.

6.3 Voorstel 3: medicinale cannabis goedkoper; in basispakket

Voor veel patiënten is de prijs van door apotheken verstrekte medicinale cannabis te hoog. Het gebruik van drie gram medicinale cannabis per dag is niet ongebruikelijk. Dit kost gemiddeld € 26,70 per dag, wat zonder vergoeding voor velen onbetaalbaar is. De zogenaamde «cannabis-apotheek» in Groningen levert het product voor € 6,50 per gram exclusief 6% BTW. Deze apotheek kan medicinale cannabis goedkoper leveren, omdat zij kosten bespaart door grootverpakkingen in te kopen en de cannabis zelf op te delen in kleinere hoeveelheden. Andere apothekers zitten echter boven de € 8,90 per gram.

De indiener stelt voor om medicinale cannabis op te nemen in het basispakket. Allereerst omdat de kosten voor de individuele gebruiker zodanig hoog zijn dat die niet in redelijke mate te dragen zijn, zeker niet als de patiënt volledig arbeidsongeschikt is. Hier komt bij dat het gevaar van substitutie door een mogelijk inferieur product – coffeeshopcannabis – groter is dan bij andere niet vergoede geneesmiddelen, en dat dit product voor de betreffende patiënten extra gezondheidsrisico's meebrengt. Voor andere geneesmiddelen geldt niet dat er een enorme markt bestaat waarop vergelijkbare geneesmiddelen gedoogd worden aangeboden, zoals dat met coffeeshopcannabis wel het geval is.

Naast het financiële en gezondheidskundige argument is er een derde argument om in ieder geval opnieuw te beoordelen of cannabis in aanmerking komt voor vergoeding vanuit het basispakket. De Commissie Farmaceutische Hulp (CFH) heeft in 2003 aan het CVZ en de minister geadviseerd medicinale cannabis niet op te nemen in het basispakket, omdat er geen sprake zou zijn van rationele farmacotherapie.

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet beoordeeld worden of het gebruik van medicinale cannabis als een rationele farmacotherapie kan worden beschouwd. Rationele farmacotherapie houdt in dat een geneesmiddel aan minstens één van twee criteria moet voldoen: er is óf

voldoende bewijs van werkzaamheid geleverd óf het betreft een gestandaardiseerde apotheekbereiding. Het Evaluatierapport Medicinale Cannabis geeft aan dat ten aanzien van dit laatste aspect het de laatste jaren gebruik is dat de CFH ook oordeelt of er enige mate van werkzaamheid bestaat.¹

Dit «gebruik» is echter niet neergelegd in het Koninklijk Besluit van 8 mei 2002 tot wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. Dit Besluit stelt dat apotheekbereidingen die landelijk en lokaal gestandaardiseerd zijn als rationeel worden aangemerkt. De CFH heeft medicinale cannabis niet beoordeeld op het criterium gestandaardiseerde apotheekbereiding. De indiener meent dat er voldoende gronden zijn om het als zodanig te beschouwen en verzoekt het CFH alsnog medicinale cannabis te toetsen aan de gestandaardiseerde criteria. Aangezien het hier gaat om een volledig geconditioneerd proces gaat de indiener er van uit dat de beoordeling positief zal zijn.

Ook zonder een positief advies van de CFH kan de minister van VWS medicinale cannabis opnemen in het basispakket via een eenvoudige beleidsbeslissing. Wetgeving is hiervoor niet nodig. Het wel of niet opnemen in het basispakket is een «licht» besluit.

6.4 Voorstel 4: Nuchter omgaan met zelfteelt

Een andere mogelijkheid om patiënten de toegang tot een passende en goedkope variant te garanderen is zelfteelt. Patiënten kunnen dan voor eigen gebruik een hoeveelheid plantjes telen die door een arts wordt bepaald. Hiertoe zou – indachtig de uitspraak van de Hoge Raad betreffende casus 3 van deze nota – de Opiumwet moeten worden gewijzigd. In de Opiumwet zouden dan uitzonderingsgronden moeten komen te staan waarbij patiënten met een doktersverklaring in staat worden gesteld om meer dan 5 cannabisplanten te telen. In Canada en verschillende staten van Amerika is deze variant al in gebruik. Daar mogen in sommige gevallen patiënten die zelf telen ook verkopen aan andere patiënten via zogenaamde cannabisclubs.

Indiener heeft niet de voorkeur voor deze oplossing. Allereerst omdat indiener meent dat het een vreemde zaak is als patiënten noodzakelijke medicijnen zelf dienen te telen en bereiden. Hier dienen formele instanties zorg voor te dragen. Bovendien missen veel patiënten de expertise om op goede wijze cannabis te telen. Dit kan negatieve effecten hebben op de kwaliteit van het product en de gezondheid van de patiënt. Ook kan zelfteelt overlast en (brand)gevaar opleveren. Indiener meent ook dat de Amerikaanse en Canadese voorbeelden aantonen dat er een gevaar is dat er bij zelfteelt ook criminele invloeden kunnen insluipen, door patiënten die worden gebruikt, of door misbruik van de regeling. De indiener heeft een sterke voorkeur voor het zo transparant mogelijk houden van de teelt, bereiding en gebruik.

De indiener merkt wel op dat er ook bij het verbeteren van het assortiment en het vergoeden van de kosten er zeer waarschijnlijk patiënten zullen blijven die zelf blijven telen. Dat kan als bij het uitgebreide pakket aan cannabissoorten een voor een individuele patiënt werkende variant toch nog ontbreekt. Dit zal een kleine groep zijn. Indachtig de uitspraak van de Hoge Raad zal politie en justitie een goede afweging moeten maken of vervolging opportuun is.

Financiering

Voorafgaand aan de verkrijgbaarheid van medicinale cannabis schatte de overheid de potentiële markt op mogelijk 10 000 patiënten. Het Evaluatierapport medicinale cannabis van het ministerie van VWS combineert andere gegevens, en komt tot een schatting van 3000 patiënten. Tussen

¹ Evaluatierapport Medicinale Cannabis, pag 37.

2003 en 2005 was de omzet van BMC betrekkelijk constant, namelijk tussen de 60 en 70 kilogram op een populatie van 1000 tot 1500. Op het moment dat 3000 patiënten de duurste variant die er op dit moment is zouden gebruiken – Bediol – komen we uit op kosten van circa 1,38 miljoen euro. Hoe meer patiënten medicinale cannabis gebruiken, hoe efficiënter BMC kan werken, en hoe meer haar kosten zullen dalen. We zien aan het voorbeeld van de «cannabisapotheek» in Groningen dat alleen al ná het productieproces veel bespaard kan worden door grootschalig in te kopen. Deze apotheek levert het product voor € 6,50 per gram exclusief 6% BTW. Op basis van deze prijs zouden zorgverzekeraars circa 300 000 euro minder kwijt zijn aan het vergoeden van medicinale cannabis aan patiënten.

Deze besparingen zijn tot op heden niet goed in kaart gebracht. Pharmo heeft in de periode september 2003 tot en met januari 2004 200 medicinale cannabisgebruikers onderzocht. Bijna een kwart van hen gaf aan dat zij het gelijktijdig gebruik van andere geneesmiddelen konden verminderen. Voor slechts 0.9% was het gebruik van andere medicijnen toegenomen. Deze gegevens suggereren dat de extra kosten die opname van medicinale cannabis in het basispakket met zich meebrengt, gedeeltelijk terugverdiend wordt via besparingen op andere medicijnen. De kosten van het vergoeden via het basispakket zijn volgens de indiener daarmee goed te overzien.

In december 2002 sloot VWS een contract met de afdeling neurologie van het Medisch Centrum van de Vrije Universiteit te Amsterdam (VUMC) om op kosten van VWS (€ 103 000), een klinische studie te verrichten. Het betrof een dubbelblinde studie bij MS-patiënten die nog niet eerder cannabis hadden gebruikt. Uiteindelijk is deze voorgenomen klinische studie niet doorgegaan vanwege het ontbreken van een geschikte placebo.¹

De indiener roept de minister op om minstens twee klinische onderzoeken te verrichten. De kosten van twee onderzoeken zouden uitkomen op € 206 000.

¹ Evaluatierapport Medicinale Cannabis, pag 29.