

Vergaderjaar 2011–2012

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 199

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 25 juli 2012

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 21 juni 2012 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **het geneesmiddelenbeleid**. (De volledige agenda is opgenomen aan het einde van het verslag.)

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

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

Voorzitter: Elias
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Dijkstra, Elias, Van Gerven, Mulder, Smilde, Van der Veen, Voortman, Wiegman-van Meppelen Scheppink

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

De **voorzitter**: Ik open de vergadering van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ik heet de minister van VWS van harte welkom evenals de mensen op de publieke tribune en degenen die ons volgen via moderne mogelijkheden. Uiteraard heet ik ook mijn collegae van harte welkom.

Wij hebben een spreektijd afgesproken van vier minuten per fractie in de eerste termijn. Als eerste geef ik het woord aan mevrouw Smilde, die spreekt namens de fractie van het CDA.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat de medicijnen die zij krijgen voorgeschreven veilig en betrouwbaar zijn. Toezicht op de kwaliteit en de veiligheid van geneesmiddelen is bij uitstek een overheidstaak, maar ook artsen en apothekers kunnen zich op dit punt niet onbetuigd laten. Nederland heeft de goede reputatie dat het terughoudend is in medicijngebruik. Een voorbeeld hiervan is het antibioticagebruik in Nederland. Dit wil niet zeggen dat er in Nederland geen sprake kan zijn van vervalste of ondeugdelijke medicijnen. Met name het verkrijgen van medicijnen via internet is risicovol. Het is goed om de consument hierop te attenderen. Hoe zit het met de aansprakelijkheid als mensen vervalste, niet-goedgekeurde medicijnen of medische hulpmiddelen krijgen?

In een gesprek met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zei de inspecteur zorgen te hebben over de veiligheid van grondstoffen van medicijnen uit het buitenland. Er gebeurt al het een en ander op dit vlak; de inspectie mag bijvoorbeeld toezichtbezoeken brengen aan China. We hebben echter bijzonder weinig te zeggen in China. Hoe kunnen we er dan toch van op aan dat de IGZ te zien krijgt welke grondstoffen gebruikt worden in producten die naar Nederland gaan? Welke mogelijkheden hebben we om iets af te dwingen in China?

De therapietrouw van patiënten is essentieel. Het programma Goed Gebruik Geneesmiddelen krijgt alle steun van mijn fractie, maar wat gebeurt er op het niveau van de patiënt? Hoe kunnen we de patiënt zelf aanzetten tot therapietrouw? Natuurlijk zijn er doseerdoosjes en gesealde zakjes, maar wie houdt in de gaten dat patiënten therapietrouw zijn en dat er geen medicijnen blijven liggen? Doet de apotheek regelmatig een check, een soort APK-keuring van de medicijnlijst? Weten mensen dat zij oude medicijnen niet door de wc moeten spoelen of in de vuilnisbak moeten gooien, maar dat zij die bij de apotheek moeten afgeven? Zijn de apothekers zich ervan bewust dat als er nieuwe medicijnen worden voorgeschreven, zij moeten kijken of die compatibel zijn met andere medicijnen?

Mijn volgende punt betreft de quickscan farmacie, naar aanleiding van de vrije prijzen voor extramurale apotheekzorg. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zegt dat er een heel hoge contracteergraad is. Daar zijn we heel blij mee. Van verschillende apotheken bereikt ons wel de opmerking dat de bedrijfsresultaten achterblijven. Met name kleine apotheken hebben daar last van. Herkent de minister dit beeld? Gebeurt er iets aan? Zo ja, wat?

Vanaf 2012 worden TNF-alphablokkers alleen nog maar via de ziekenhuis-aanspraak verschaft. We hebben hier al eerder over gesproken. Ik moet

eerlijk zeggen dat mijn mailbox wat is opgedroogd, dus in het algemeen gaat dat nu goed. De minister heeft de vorige keer ook gevraagd om individuele gevallen naar haar door te sturen. Dat heb ik gedaan en binnen een week kreeg ik van de desbetreffende persoon de mededeling dat het was opgelost, zonder dat ik iets had gedaan. De woorden van de minister bleken dus al te helpen. De Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening (EGV) laat in haar tussenreportage weten dat het op dit moment wel goed loopt, maar is nog wat behoedzaam, omdat ze denkt dat de levering van dure geneesmiddelen in de loop van het jaar toch wat meer onder spanning zou kunnen komen te staan, namelijk als er meer uitgegeven is en het budget van het ziekenhuis uitgeput raakt. Dit neemt niet weg dat wij met de minister van mening zijn dat de volgende stap gezet kan worden in de overheveling van dure geneesmiddelen die zij voornemens is vanaf 2013. Ook die, echter, moet gebeuren vanuit het uitgangspunt dat de patiënt er niets van hoeft te merken. Hoe gaat het over te hevelen bedrag eruitzien? Dat is nog niet helemaal duidelijk in de voorhang.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Dank voor alle stukken. Ik heb bij een aantal ervan een paar korte opmerkingen en vragen. Ik begin met de brief over zeldzame ziekten. Er is sprake van weesgeneesmiddelen. Als de behandeling van ziekten niet door de markt van de grond komt, moeten academische ziekenhuizen het gaan doen. Ligt het niet voor de hand dat academische ziekenhuizen zich gaan specialiseren en dat we Europabreed afspreken welk ziekenhuis in welke stad zich waarop toelegt? Het lijkt mij een schone taak voor de minister om dit te bevorderen in Nederland en in Europa.

Ik sluit mij op voorhand aan bij de vragen van collega Wiegman over de commissie-Doek. Deze commissie doet onderzoek naar medicijnen bij kinderen. Ik weet nog niet wat mevrouw Wiegman gaat zeggen, maar het vertrouwen is groot.

Ik heb het programma Goed gebruik Geneesmiddelen doorgelezen. Er staat veel in. Veel partijen doen mee. De overheid stopt er 3 mln. in. Welke projecten betreft het precies en wat zijn de te bereiken doelen van dit programma? Wanneer is het geslaagd?

Het onderwerp overheveling van dure geneesmiddelen zou controversieel worden verklaard, maar daar bleek geen Kamermeerderheid voor te vinden. Mij fractie is daar blij om; wat ons betreft worden die dure geneesmiddelen overgeheveld. We konden in de stukken lezen dat de minister nog in overleg is met veldpartijen, waaronder de Nederlandse Vereniging van ziekenhuisapothekers (NVZA) over de fertiliteitshormonen. Hoe staat het met dit overleg? In het stuk wordt een grens genoemd van € 10 000. Wat is daarvan het effect? Zo gauw een geneesmiddel boven dat bedrag uitkomt, wordt het weer vergoed door de zorgverzekeraars. Is dat geen prikkel voor fabrikanten om de prijs boven de € 10 000 te laten uitkomen?

Tot slot. Drie brieven zijn wel controversieel verklaard, waaronder een betreffende de voorwaardelijke financiering van een aantal extramurale geneesmiddelen. Kan de minister uitleggen wat het effect is voor patiënten van het controversieel verklaren van deze brief?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Laat ik de minister allereerst bedanken voor de uitgebreide bijlage over het onderzoek naar de beschikbaarheid van medicijnen, waarin ook het fenomeen parallelexport wordt betrokken. Een belangrijk punt voor de ChristenUnie is het tegengaan van verspilling van genees- en hulpmiddelen. Wat is er al in gang gezet om te komen tot kleinere verpakkingen van geneesmiddelen en verbandmiddelen? Sinds het begin van dit jaar zijn de prijzen voor extramurale apotheekzorg vrijgegeven. Ik heb een aantal vragen over de quickscan die door de NZa

is uitgevoerd. Waarom is de quickscan uitsluitend uitgevoerd bij de inkopers, de zorgverzekeraars, en niet bij de andere kant, de apothekers? Ik heb het idee dat de quickscan hierdoor een vertekend beeld van de werkelijkheid geeft. Apothekers hebben niet de vrijheid om een contract te weigeren en ook heb ik de indruk dat de contracten veel ongunstiger zijn dan we ooit voor ogen hadden met het invoeren van de prestatiebekostiging. Naar mijn idee is er dus nog geen sprake van een gelijk speelveld in de contractonderhandelingen.

Hoe duidt de minister het feit dat geen enkele zorgverzekeraar prestatie 11, de facultatieve prestatie, heeft gecontracteerd? Juist deze prestatie zou maatwerk in de farmacie mogelijk maken. Prestatie 11 is in het leven geroepen om contracten af te sluiten op zaken die elders niet zijn beschreven. Welke verklaring heeft de minister ervoor dat deze niet is gecontracteerd?

De afslag op de add-on bekostiging wordt losgelaten. Daarvoor in de plaats komt een bilateraal overleg tussen instellingen en zorgverzekeraars om de bedongen kortingen te verdelen. Wat is de prikkel voor een instelling om in dat geval nog kortingen te bedingen? Volgens mij is die er niet, want de verplichting is dan weg. Wat is dan de besparing nu de verplichte afslag wordt losgelaten?

Mijn vraag over de weesgeneesmiddelen sluit aan op de vraag van de heer Mulder hierover. Eerder dit jaar hebben collega Dijkstra en ik een informatiebijeenkomst gehad waarbij we informatie kregen van patiëntenorganisaties over de voorwaardelijke toelating van die weesgeneesmiddelen. Wat vooral duidelijk werd uit deze bijeenkomst is dat zaken in een heel korte tijd bewezen moesten worden. De organisaties zeiden dat ze er dan wel van tevoren criteria beschikbaar moeten zijn. Ook moet duidelijk zijn wat er precies beoordeeld moet worden en moet zijn om uiteindelijk ervoor in aanmerking te komen. Deze vraag is vooral ingegeven vanuit de enorme behoefte bij de patiëntenorganisaties voor bijzondere ziekten. De prestaties daarvan en de duidelijkheid daarover liggen daar vaak anders dan bij het grote gros.

Er staan nieuwe middelen op de agenda om te worden overgeheveld maar het is de vraag in hoeverre dit al wenselijk is. Wordt dit niet te snel doorgevoerd? Is er al een evaluatie van de eerdere overheveling? Ik mis in de monitoring van de eerste overheveling het in de gaten houden van patiëntendossiers door de eigen apotheek en huisarts. Tot aan de overheveling waren de dossiers van apotheek en huisarts vrijwel dekkend. Nu er aflevering vanuit het ziekenhuis plaatsvindt, ontstaan er gaten in de dossiers, juist bij de heel belangrijke medicatie. Welke oplossing ziet de minister voor dit probleem?

Tot slot mijn vraag over de commissie-Doek. Ik kan nu enorm misbruik maken van de ruimte die de VVD-woordvoerder mij hierin heeft gegeven! Kan de minister duidelijk maken wanneer de wetswijziging naar aanleiding van het rapport van de commissie-Doek en het regeringsstandpunt naar de Kamer worden gestuurd? Misschien zegt de minister: tja, we zijn demissionair, dus dat kan niet. Echter, dit dossier ligt al ontzettend lang, zoals de minister weet. Er zijn al veel vertragingen geweest. Mede met het oog op de patiëntengroepen die het betreft, kunnen we dit eigenlijk niet controversieel verklaren.

De heer **Van Gerven** (SP): We spreken vandaag met een minister van wie wij weten dat zij haar wortels heeft in het bedrijfsleven en van wie we ook weten dat zij zal terugkeren naar het bedrijfsleven. Nu is zij echter een minister van volksgezondheid die nadrukkelijk oog heeft voor de belangen van bijvoorbeeld de tabaksindustrie. Zij beschouwd die als een normale industrie, wat heeft geleid tot de dreigende ontmanteling van de Stichting Volksgezondheid en Roken (STIVORO) en haar de naam «minister Tabak» heeft bezorgd.

Er is echter nog meer. Het is ook een minister die de farmaceutische industrie met fluwelen handschoenen aanpakt en die alle ruimte biedt om enorm te verdienen aan receptgeneesmiddelen. De laatste financiële cijfers laten een meevaller zien van 222 mln. Dat leidt mij tot de prangende vraag: waarom is de Wet geneesmiddelenprijzen niet aangescherpt? Er ligt al een motie van mijn collega's Van der Veen en Leijten uit september 2010, die met uitzondering van D66 door alle fracties in de Kamer is overgenomen. Die motie verzocht om het Noorse systeem over te nemen of een daarmee vergelijkbaar systeem. Maar wat doet deze minister? Niets! Nog steeds is er geen rapport dat laat zien wat de winst is van een eventuele aanscherping van de prijzenwet.

Aanscherping van de Wet geneesmiddelenprijzen zou een besparing kunnen opleveren van 300 mln. structureel. U hoort het goed, dames en heren, 300 mln. structureel. Uit de wandelgangen hebben wij vernomen dat ConQuaestor werkt aan een rapport waarvan een eerdere versie niet paste in datgene wat het ministerie wilde. Ik vraag de minister om dit rapport zo snel mogelijk openbaar te maken, inclusief eerdere versies en ambtelijke adviezen, zodat wij kunnen zien wat er werkelijk is gebeurd op het ministerie. Wat houdt de minister onder de pet tot het reces? Is ...

De **voorzitter**: Er is een interruptie van de heer Mulder.

De heer **Van Gerven** (SP): ... de minister bereid ...

De **voorzitter**: Er is een interruptie van de heer Mulder.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik maak mijn punt af.

De **voorzitter**: Ik bepaal de orde van het debat. Er is een interruptie van de heer Mulder.

De heer **Van Gerven** (SP): Is de minister bereid om de Wet geneesmiddelenprijzen aan te scherpen?

De **voorzitter**: Mijnheer Van Gerven! Ik ontnem u het woord als u zich niet aan de orde houdt. Het woord is aan de heer Mulder voor een interruptie.

De heer **Mulder** (VVD): We hebben een brief gekregen van de minister waarin zij schrijft dat zij naar verwachting voor de zomer komt met dit onderzoeksrapport. Die brief is echter controversieel verklaard. Wat is in de ogen van de heer Van Gerven dan de status van dat onderzoeksrapport, gezien het feit dat hij voor controversieel verklaring van die brief heeft gestemd?

De heer **Van Gerven** (SP): Er is helemaal niets op tegen dat het rapport naar de Kamer komt. De minister heeft in maart een laatste brief gestuurd, waarin staat dat het rapport voor de zomer komt. Het is onlangs weer aan de orde geweest. Ik heb begrepen dat het rapport allang in concept klaar is en allang hier had kunnen zijn. Ik heb zo mijn twijfels waarom dat rapport zo lang is opgehouden en niet naar buiten is gebracht: dat rapport laat namelijk zien dat we pakweg 300 mln. laten liggen, dat dat bedrag bij de industrie blijft terwijl we gisteren nog hebben gepraat over het eigen risico. Allerlei bezuinigingen worden doorgevoerd over de ruggen van de patiënten, terwijl de besparingen zo voor het grijpen liggen. Dat is toch ongerijmd, zeg ik tegen de geachte afgevaardigde van de VVD.

De heer **Mulder** (VVD): Maar de brief waarin dat rapport wordt aangekondigd, is controversieel verklaard. Het toch gek zijn als de minister met

dat rapport komt, terwijl de meerderheid van de Kamer de brief controversieel heeft verklaard?

De heer **Van Gerven** (SP): Niemand heeft ...

De heer **Mulder** (VVD): U bent het er niet mee eens dat ...

De **voorzitter**: Mijnheer Mulder, het woord aan de heer Van Gerven. Wij gaan dit debat ordelijk voeren.

De heer **Van Gerven** (SP): Niemand heeft gezegd dat het rapport niet onmiddellijk naar buiten mocht worden gebracht. Mag ik verder gaan, voorzitter?

De **voorzitter**: Jawel. Op voorwaarde dat indien iemand een interruptie wil plegen en ik dat toesta, u gewoon even stopt met praten.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik heb al gezegd dat ik het heel erg schrijnend vindt dat honderden miljoenen aan collectieve premiegelden onnodig wegvloeien naar de aandeelhouders van de farmaboys, terwijl we vanmorgen nog konden horen dat een klein hulpmiddel voor jonge kinderen dat 3,5 mln. kost, de regressiehelm, zo nodig uit het pakket moet. Het is maar waar je je prioriteiten legt.

Dan de overheveling van middelen. Ik vraag de minister om twee groepen middelen nog eens te bekijken. De eerste betreft de urinefertiliteitshormonen. Volgens ons zou het een besparing kunnen opleveren van 9 mln. als die wel worden overgeheveld in 2013. Ik weet dat de minister daarover aan het praten is. De tweede groep betreft het middel epoëtine. Dat kost 70 mln. Ik heb begrepen dat we 50 mln. besparen indien we dat overhevelen naar het ziekenhuisbudget. Dat is een enorm bedrag. Ik wil graag antwoord op deze concrete voorbeelden. Hoeveel tijd heb ik nog, voorzitter?

De **voorzitter**: 22 seconden.

De heer **Van Gerven** (SP): 22 seconden ... Daar was ik al bang voor. Laat ik dan nog een vraag stellen over het belangrijke onderwerp van de medicijncheck. Oudere mensen gebruiken vaak meerder medicijnen. Waarom wordt de medicijncheck niet standaard uitgevoerd? Die blijkt namelijk zeer effectief. Vijf jaar geleden stond in het HARM-wrestling rapport een aantal cijfers over bijwerkingen van geneesmiddelen die leiden tot ziekenhuisopname. We zijn nu vijf jaar later. Die getallen zouden met 50% gereduceerd moeten zijn. Is dat ook werkelijk zo? Zo niet, lijkt mij invoering van de medicijncheck extra geboden. Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**: Dank u zeer. De klok was niet kapot, ik heb u wat extra tijd gegeven.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Alle verzekeraars hebben voor 2012 geprobeerd om de onterechte kostenverschuiving van ziekenhuisverplaatste zorg weer terug te dringen naar de ziekenhuisfinanciering. De rechter heeft dat verboden. Is het mogelijk om reparatiewetgeving toe te passen door het Besluit zorgverzekering aan te passen, waardoor de dubbele aanspraak kan worden beperkt tot een enkele aanspraak? Mevrouw Wiegman sprak al over dure geneesmiddelen en het feit dat afslag niet zou kunnen. Wij verbazen ons daarover. In de intramurale zorg is het niet mogelijk om via preferentiebeleid de kosten te drukken. Graag een antwoord van de minister op de vragen die mevrouw Wiegman daarover heeft gesteld.

Dan de overheveling van de medisch specialistische geneesmiddelen. In mijn motie verzoekt de Kamer om de specialistische geneesmiddelen uit de extramurale vergoeding te halen en onder te brengen in de ziekenhuisfinanciering. Dat had mede te maken met het tegengaan van de eigen bijdrage. De overheveling vindt veel trager plaats dan aanvankelijk bedoeld. De TNF- α -remmers zijn overgeheveld met een besparing van 50 mln. Daarbij hebben zich geen noemenswaardige problemen voorgedaan, als ik de rapporten mag geloven. Er wordt nu maar heel beperkt overgeheveld: 28 geneesmiddelen. Bovendien gebeurt dat ook nu weer zonder afslag. Dat verbaast ons, want wat is nog het voordeel als je het zonder afslag doet en alles voor 100% wordt gecompenseerd?

De heer Van Gerven sprak al over de fertiliteitmiddelen. Ook wij denken dat je 9 mln. kunt besparen als je het doet op de manier van Moeders voor moeders. Dat spreekt mij aan, voorzitter, ik zie die auto nog voor de deur staan. De heer Van Gerven heeft het ook gehad over de ontbrekende epoëtineachtigen. Wij denken dat je zo'n 50 mld. kunt besparen als je die overhevelt.

De heer Van Gerven is al uitvoerig ingegaan op de WGP en het rapport van ConQuaestor. Ook wij vragen ons af waarom het niet mogelijk is om dat rapport uit te brengen. Dat de behandeling ervan controversieel is, kan ik mij voorstellen. Het gaat echter over veel geld. Er is uitgerekend dat je zo'n 70% bespaart wanneer je het Noorse systeem gebruikt.

Wanneer gaat de minister eindelijk werk maken van het transparant maken van de banden tussen farmaceutische bedrijven enerzijds en artsen en wetenschappers anderzijds? Ik noem het voorbeeld van de Sunshine Act.

Mensen moeten een eigen bijdrage betalen voor medicijnen als de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) vastgestelde vergoedingslimiet. Dar zit «m de crux.

Zorgverzekeraars mogen zelf de prijzen vaststellen en het is niet altijd helder wat nou precies de prijs is, denk bijvoorbeeld aan het couvertmodel en het pakjesmodel. De vraag is hoe de eigen bijdrage dan wordt berekend. Hoe kunstmatig is die prijs? Als het niet goed gebeurt, slaat dat uiteindelijk toch neer bij de verzekerden.

Dan nog een vraag over het HARM-wrestling project. Ook de minister heeft gezegd dit een uitermate belangrijk project te vinden. Het is de bedoeling dat daardoor ziekenhuisopname als gevolg van verkeerd medicijngebruik wordt beperkt. We hebben gehoord dat het rapport er zou liggen. Hoe zit het daarmee? Wat staat er eigenlijk in?

Tot slot. Dit is het laatste AO op het gebied van de farmacie dat ik doe. Ik zou er graag een persoonlijke opmerking bij maken, voorzitter. Dit onderwerp heeft altijd mijn volle belangstelling gehad, om het maar eufemistisch te zeggen. In de sector is erg veel veranderd en dat is niet zonder pijn gegaan. Ook de apothekers hebben er een prijs voor moeten betalen. Zeker in het begin was dat terecht. Ik krijg nu echter het idee dat het allemaal wat doorschiet. Er liggen nu twee rapporten. Het rapport van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) zelf, waarin de slager zijn eigen vlees keurt en zegt dat het allemaal slecht is, en het rapport van de NZa. Dat heeft een beetje hetzelfde karakter. De onderzochte zorgverzekeraars zeggen allemaal: mijn antwoord op de vraag of ik goed zorg inkoop, is volmondig ja». Dat antwoord verrast natuurlijk niet. Ik heb sterk de indruk dat op het ogenblik de apothekers redelijk te lijden hebben onder de verschillende regelingen van de zorgverzekeraars en de verschillende prijsstellingen. Ik hoor verhalen over wisselende medicijnen. Moeten we op deze manier doorgaan of zijn er eenvoudiger en minder bureaucratische manieren, herkenbaarder voor apotheek en verzekerden, om de terecht behaalde kostenbesparingen te behouden?

Al eerder heb ik een pleidooi gehouden om van het preferentiebeleid een systeem te maken als het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS). Dit

is zeker aan te bevelen als de prijzen heel erg laag zijn en ongeveer op het laagste punt zitten. Met andere woorden: kies in dat geval uit een aantal geneesmiddelen met gelijke werking het goedkoopste middel en houd het daarop. Nu is het soms een geval van penny wise, pound foolish. Het schiet echt door. Als je de twee rapporten die ik zojuist noemde met elkaar vergelijkt, zal de waarheid ergens in het midden liggen. Wellicht kan de minister de zorgverzekeraars en de KNMP erop aanspreken of het allemaal wat simpeler kan.

De **voorzitter**: Ik heb u wat langer laten spreken omdat het uw zwanenzang lijkt te zijn op dit gebied. Dank u zeer.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Bij het geneesmiddelenbeleid gaat het over veel geld en veel belangen. Voor GroenLinks staan de belangen van de patiënt voorop. Zij moeten er letterlijk en figuurlijk beter van worden. Zij hebben recht op middelen die echt werken. Het tegengaan van overbodige behandelingen en veel te hoge medicijnprijzen is in ieders belang. De voorwaardelijke toelating van dure geneesmiddelen is controversieel verklaard. Zoals ik vanochtend al heb gezegd, zetten wij vraagtekens bij het idee van voorwaardelijke toelating. GroenLinks zou graag het idee van de NICE-guidelines uit Engeland nader onderzocht zien. We hebben hierover vanochtend al van gedachten gewisseld, dus wat mij betreft hoeft de minister er nu niet uitgebreid op in te gaan.

Ten aanzien van de dure geneesmiddelen leven er veel zorgen. Mensen vrezen dat de patiënt er veel hinder van zal ondervinden. De vraag is of deze vrees terecht is. De ervaringen met de TNF- α -remmers tot nu toe wijzen dat niet uit. Wel is er nog geen evaluatie. GroenLinks wil niet een principe waar we op zich achter staan bewust traineren. Overheveling kan door schaalvergroting immers ook voordelen opleveren. We moeten echter ook geen fouten maken die te voorkomen zijn. Bovendien moeten de randvoorwaarden goed geregeld zijn. Wij willen daarom voorstellen dat de voorbereiding van de overheveling per 2013 verder wordt uitgewerkt met het veld. De ervaringen met de TNF- α -remmers en het NZa-advies over de integratie van de eerste en de tweede lijn kan daarbij worden betrokken.

Het idee achter de overheveling is kostenbesparing. Hoe denkt de minister dit te realiseren? Zij zegt immers dat er geen noodzaak meer is voor een afslag. Zijn bilaterale afspraken voldoende? Wat voor garanties zijn er dat de maximaal mogelijke besparing ook echt gehaald wordt met bilaterale afspraken? Ik sluit mij op dit punt aan bij de woorden van mevrouw Wiegman en de heer Van der Veen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Voor dit geneesmiddelen debat staan een hoop onderwerpen op de agenda. Daar kun je zo zeven uur spreektijd mee vullen, maar we hebben maar vier minuten, dus ik zal het kort houden.

Als eerste kom ik te spreken over de verspilling van medicijnen. Die kost de samenleving miljoenen euro's. D66 wil dit snel aanpakken. De minister noemde eerder al dat artsen vaker moeten kiezen voor het goedkoopste medicijn en dat medicijnverpakkingen kleiner kunnen. Hoe gaat zij dat regelen? Ik wilde minister graag een slimme oplossing voorleggen van apothekersassistente Anja. Zij stelt voor om medicijnen bij uitgave te sealen, waardoor patiënten om gebruikte geneesmiddelen veilig kunnen retourneren. Ik begrijp dat bepaalde medicijnen onder bepaalde temperatuursomstandigheden moeten worden bewaard. Dat is lastig te controleren, maar ik wil toch wijzen op deze oplossing. Ik wil de minister ook vragen om alle praktische oplossingen te verzamelen van mensen die in de praktijk met deze materie te maken hebben en daaruit een keuze te maken.

Als we de farmaceutische zorg willen verbeteren, moeten we de kwaliteit van de behandelingen met geneesmiddelen in kaart brengen. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen kunnen dan bij de inkoop voor hun patiënten zowel afrekenen op basis van prijs als kwaliteit. Kwaliteitstransparantie is nodig om de prestatiebekostiging van geneesmiddelen te laten slagen. Patiëntregistraties maken de kwaliteitresultaten en de kosten van een behandeling inzichtelijk. Daarom stelde ik eerder voor om patiëntregistraties als verplichte voorwaarde op te nemen voor zorgcontracten. De minister presenteert nu een alternatief, namelijk dat als randvoorwaarde bij voorwaardelijke pakkettoelating geldt dat alle behandelingen met het betreffende geneesmiddelen meedoen met de landelijke patiëntregistratie. Daarmee zet zij een goede stap, maar het is niet helemaal wat mijn motie vraagt. Op deze manier immers weten we nog steeds niet wat zorgverzekeraars en zorgaanbieders met de resultaten van die patiëntregistraties doen, en daar gaat het mij juist om. De minister denkt dat het veld het zelf wel in orde maakt. Waar blijkt dat uit? Welke doelen heeft de minister en hoeveel beter en goedkoper wil zij deze behandelingen hebben?

De overheveling van specialistische geneesmiddelen naar ziekenhuizen leidt naar verwachting tot kostenbesparingen. Die zijn hard nodig in de zorg. De overheveling vereist een complexe organisatorische operatie. We hebben de eerste resultaten gezien bij de TNF- α -remmers. Het lijkt goed te gaan. De apothekers, echter, waarschuwen dat er problemen zijn voor ziekenhuizen zonder poliklinische apotheek. Hoe wil de minister een organisatorisch fiasco voorkomen? Ziekenhuizen zeggen dat het voor de bekostiging onderbrengen van geneesmiddelen bij een dbc-zorgproduct voor 2013 onmogelijk is. Hoe ziet de minister dit? Welke ondersteuning biedt zij daarin?

D66 is een groot voorstander van het preferentiebeleid en van vrije prijzen waar het kan. Daardoor besparen we immers veel geld en ontstaat er ruimte voor innovatieve geneesmiddelen. We moeten echter wel uitkijken dat het verdienmodel de positie van de groothandels en apothekers niet zodanig onder druk zet dat die allemaal failliet gaan. Dan gaat het preferentiebeleid aan zijn eigen succes ten onder. Wil de minister hier met de apothekers en groothandels over in gesprek gaan? Wil zij dit probleem betrekken bij het onderzoek naar de continuïteit in de beschikbaarheid van geneesmiddelen?

Net als merkkleding en merkhorloges worden ook medicijnen nagemaakt. Zeker 500 000 Nederlanders kopen via internet geneesmiddelen. Van die middelen is meer dan de helft vervalst. De minister startte in 2011 een actieplan. We zijn nu een jaar verder. Ik hoor graag in hoeverre haar beleid effectief is. Is er meer inzicht in het probleem? Zijn patiënten zich meer bewust van de gevaren? Zijn er meer valse geneesmiddelen ontdekt? In hoeverre worden voedingssupplementen bij de aanpak betrokken?

Tot slot wil ik me graag aansluiten bij de vragen van mevrouw Wiegman over de weesgeneesmiddelen. In aanvulling op de vragen over de commissie-Doek van mevrouw Wiegman het volgende. Kinderen krijgen vaak een andere medicijndosering dan volwassenen. Artsen en apothekers moeten daarvan natuurlijk goed op de hoogte zijn. Daarvoor bestaat een website. Deze website dreigt te verdwijnen. Wil de minister onderzoeken of deze kan blijven bestaan dan wel hoe de beschikbare kennis anders toegankelijk kan blijven?

Minister Schippers: Voorzitter. Ook op dit terrein ben ik mij bewust van de demissionaire status van het kabinet. Ik zet erop in om het huidige beleid te continueren en om voorgenomen activiteiten, die soms de afgelopen jaren al in werking zijn getreden, in rustig tempo te blijven uitvoeren.

De kostengroei van extramurale geneesmiddelen is tot stilstand gekomen. Het jaar 2011 laat zelfs een lichte daling zien van de prijzen van veelge-

bruikte geneesmiddelen. Daardoor konden zonder kostenstijging nieuwe specialistische geneesmiddelen toegelaten worden tot het pakket. Partijen hebben soms maar beperkte handvaten om te komen tot betaalbare en doelmatige zorg. Dan moet de overheid meer bemoeienis en maatwerk laten zien. Een voorbeeld hiervan zijn de dure geneesmiddelen. Die moeten snel toegankelijk worden, maar wel tegen redelijke kosten. Ik spits mij in mijn inleiding toe op vier onderwerpen: de stand van zaken bij de overheveling van de TNF- α -remmers en specialistische geneesmiddelen per 2013, de stand van zaken bij de invoering van de vrije tarieven in de farmaceutische zorg, voorwaardelijke pakkettoelating en verspilling. Als eerste kom ik te spreken over de stand van zaken bij de overheveling van de TNF- α -remmers en de specialistische geneesmiddelen per 2013. De overheveling van specialistische geneesmiddelen naar ziekenhuizen is begonnen met de TNF- α -remmers. Dat is ingezet om dubbele aanspraak, zowel via het GVS als via de ziekenhuisaanspraak, te voorkomen en om de doelmatige inzet en inkoop van geneesmiddelen te bevorderen. Ondanks de scherpe inkoop door ziekenhuizen valt op geneesmiddelen en medische technologie nog veel te besparen valt. De afslagmethodiek op het add-on tarief van dure geneesmiddelen vormt mogelijk een belemmering om goede inkoopafspraken te maken, ook bij de TNF- α -remmers. Daarom zie ik, na afstemming met ziekenhuizen en zorgverzekeraars, af van deze afslag. In plaats daarvan maken partijen bilateraal afspraken over de verdeling van de inkoopvoordelen. Zo profiteren het ziekenhuis en de premiebetaler. Het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015 biedt een extra prikkel aan ziekenhuizen en zorgverzekeraars om scherp in te kopen. De Stichting EGV monitort de effecten van de overheveling van de TNF- α -remmers voor de patiënt. Deze monitoring loopt dit jaar nog door. De Stichting EGV signaleert op dit moment geen onoverkomelijke toegangsproblemen; de behandeling met TNF- α -remmers is gewaarborgd. We blijven dit monitoren. Gezien de signalen van de Stichting EGV zie ik geen reden om de overheveling per 2013 niet te vervolgen. Dit beleid is al in 2010 ingezet, mede op verzoek van de heer Van der Veen, via een motie in 2011.

Hoewel de patiënttoegang tot TNF- α -remmers in orde lijkt te zijn, zijn er wel aandachtspunten. Partijen die voor de overheveling de aflevering bij patiënten verzorgden, zeggen dat veel patiënten de medicatie niet meer thuis afgeleverd krijgen, maar deze meekrijgen uit het ziekenhuis. Die partijen zijn bezorgd over de kwaliteit van de aflevering en de therapietrouw. Ik heb deze signalen opgenomen met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Ik heb afgesproken om deze signalen mee te nemen in de voorbereidingen voor het vervolg van de overheveling per 2013.

Met het oog op een goede uitvoering heb ik in afstemming met partijen recent afgesproken om de overheveling in 2013 te beperken tot slechts een deel van de in de voorhang genoemde geneesmiddelen. Ik stel voor om in 2013 alleen de duurdere oncolitica en de groeihormonen over te hevelen. In 2014 volgen dan alsnog de overige oncolitica en fertiliteitshormonen en daarnaast ook andere, dure specialistische geneesmiddelen. Dan de stand van zaken bij de invoering van de vrije tarieven in de farmaceutische zorg. De eerste resultaten van de invoering van de vrije tarieven in de farmacie zijn in kaart gebracht door middel van een quickscan van de NZa. Er is geen diepgaand onderzoek. De quickscan richt zich met name op de contracteergraad. Deze is landelijk gezien hoog. Een facultatieve prestatie is nog niet gecontracteerd. De marktscan die de NZa later dit jaar zal uitvoeren, kan meer uitsluitel bieden. Deze zal zich niet beperken tot de zorgverzekeraar maar ook de zorgverleners en de apothekers erbij betrekken. Ik heb tot op heden, vijf maanden na de invoering van de vrije tarieven, geen klachten ontvangen van patiënten over de invoering van de vrije tarieven. Met inachtneming van mijn

demissionaire status, zal ik mijn huidige beleid dus voortzetten. Ik verwacht dat apothekers en zorgverzekeraars in goed overleg gaan inzetten op het leveren en inkopen van kwalitatief goede farmaceutische zorg.

Ik weet dat het onderwerp voorwaardelijke pakkettoelating controversieel is verklaard. Ik wil er echter toch kort iets over meegeven. In mijn brief heb ik de Kamer geïnformeerd over mijn plannen om ook extramuraal te starten met voorwaardelijke pakkettoelating. Na opname in het pakket van nieuwe geneesmiddelen moet doelmatigheidsonderzoek worden gedaan om op een later moment te besluiten tot definitieve opname dan wel pakketuitstroom. Zo kunnen die geneesmiddelen toch snel tot het pakket worden toegelaten en beschikbaar komen voor arts en patiënt.

Daarnaast schreef ik in mijn brief dat ik bij pakketbeslissingen van geneesmiddelen opensta voor financiële arrangementen. Zo kan ik bij bepaalde geneesmiddelen voorkomen dat pakketopname ervan leidt tot extreem hoge meerkosten dan wel kan een geneesmiddel dat wel effectief maar niet kosteneffectief is toch in het pakket blijven. Ik kan deze instrumenten inzetten op basis van mijn huidige bevoegdheid. Ik zit dan dus wel met de controversieel verklaring. Ik heb deze instrumenten in mei vorig jaar al met de Kamer gedeeld in een brief en ben al via pilots bezig om ermee te werken. Het gaat niet om onomkeerbare besluiten maar om pilots; een besluit over de structurele invoering van de instrumenten laat ik aan mijn opvolger. Mocht de Kamer van mening zijn dat ook de pilots, die nu al lopen, controversieel zijn, kan dat betekenen dat ik nieuwe geneesmiddelen die recent beschikbaar zijn gekomen alsnog moet afwijzen voor het pakket.

Bij het tegengaan van verspilling van geneesmiddelen en hulpmiddelen speelt iedereen een rol, de voorschrijvend arts, de behandelaar, de zorgverzekeraar, de apotheker maar ook de patiënt. De voorschrijver schrijft doelmatig voor en is daar ook verantwoordelijk voor. Het meest doelmatige middel zal in de regel een generieke variant van een medicijn zijn, onder het motto: goedkoop waar het kan, duur waar het moet. In overleg met veldpartijen kijk ik hoe verspilling in de zorg wordt tegengegaan. Ik heb daar al eerder, op een congres, aandacht voor gevraagd. Ik zal goed op een rijtje zetten wat er allemaal mogelijk is op dit terrein. Ik kijk daarbij niet alleen naar wat wij denken dat mogelijk is, maar vooral naar wat mensen die werken in de zorg bedacht hebben. Wij zullen dat inventariseren. Ik heb van verschillende apothekersassistenten allerlei voorbeelden gehoord. Ik vind het goed om die allemaal op een rijtje te zetten. Dat heb ik ze ook toegezegd. Je kunt dan van iedere suggestie de voor- en nadelen inventariseren en bekijken wat zal werken en wat niet. Op die manier krijgen we handvaten om daadwerkelijk aan de slag te gaan. Zodra ik dit overzicht af heb, komt het naar de Tweede Kamer. Dan het wereldwijde probleem van de antibioticumresistentie. Tijdens het congres van de internationale apothekersorganisatie zal ik dit probleem aan de orde stellen. In oktober organiseren wij ook een internationaal congres over gepast gebruik van geneesmiddelen met ministers van allerlei landen. Ook daar zullen we antibioticumresistentie prominent agenderen.

Mevrouw Smilde wil weten hoe de aansprakelijkheid ligt als iemand via internet vervalste of ondeugdelijke medicijnen aanschaft. Dan geldt de bestaande wet- en regelgeving. Er ligt dus een belangrijke verantwoordelijkheid bij degenen die ondanks alle waarschuwingen toch dit soort zaken kopen via internet. Hier geldt de normale aansprakelijkheidsverdeling.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Mijn vraag betrof niet alleen internet, maar aansprakelijkheid in het algemeen. We hebben gezien dat er problemen waren bij implantaten. Wat gebeurt er in het algemeen als mensen op een of andere manier vervalste medicijnen krijgen?

Minister **Schippers**: U bedoelt ook via de apotheek?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ja ,bijvoorbeeld.

Minister **Schippers**: Dan ligt de aansprakelijkheid bij de fabrikant, als deze nog bestaat. Dat was natuurlijk het probleem bij de PIP-implantaten. Veiligheid van de grondstoffen is een belangrijk onderwerp, omdat die grondstoffen uit verre landen komen zoals China en India. Ik heb vorig jaar met de Chinese collega een convenant ondertekend waarin wordt afgesproken dat er in China al veel toetsen zullen plaatsvinden en op kwaliteit zal worden gecontroleerd, zodat wij niet alles hier hoeven te doen. Toen ik in India was, heb ik het onderwerp daar aan de orde gesteld. Het zou goed zijn als we op Europees niveau ook met India dergelijke afspraken zouden kunnen maken. We zijn in druk overleg hierover. Hier ligt natuurlijk ook een belangrijke EU-rol. We hebben één markt en eisen die op Europees niveau zijn vastgesteld. Handhaving daarvan is een flinke uitdaging. Daarom moeten we vol inzetten op controle in die landen, zodat niet alles hier gedaan hoeft te worden. China is druk bezig met het verbeteren van het toezicht op de grondstoffen en de geneesmiddelen. De inspectie zit er bovenop en praat mee in alle gesprekken die we hierover met China voeren.

Ik kom te spreken over het programma Goed Gebruik Geneesmiddelen de apotheekcheck. Apotheekhoudenden moeten altijd controleren of geneesmiddelen compatibel zijn. Daar hebben ze systemen voor. Met name voor ouderen is dit ongelofelijk belangrijk want zij slikken over het algemeen meerdere geneesmiddelen. Het is ook heel erg belangrijk dat periodiek wordt herzien of alle medicijnen nog nodig zijn. Deze check kan worden gezien als een APK-keuring. Het is van belang dat je van tijd tot tijd kijkt wat mensen slikken en of dat nog nodig is.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Gebeurt dat ook? Het is belangrijk dat daar systematiek in zit.

Minister **Schippers**: Dat is heel belangrijk. Het is ook belangrijk dat verzekeraars dit contracteren. Daar ligt het. Het is belangrijk dat dit gebeurt.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Daar wil ik dan toch wat meer van weten. Het probleem is juist dat apothekers geen vergoeding krijgen voor het echt grondig doornemen van de medicatie. Voor ouderen is dat heel belangrijk. Ik heb in een eerder overleg met de minister bepleit om dat eenmaal per jaar te doen. Het zal echter wel ergens uit betaald moeten worden.

Minister **Schippers**: Het punt is dat er wel degelijk een prestatie voor is, maar die wordt nog weinig gecontracteerd. Het moet nog op gang komen. Het is natuurlijk een nieuw systeem en ieder moet daar nog zijn rol in vinden. Dat is altijd het geval bij nieuwe systemen. Het gaat eerst op prijs. Het is niet voor niets dat we ook zorginhoudelijke prestaties hebben geformuleerd. Er is dus een prestatie voor beschikbaar die kan worden gecontracteerd. In de uitgebreidere scan die de NZa later dit jaar uitbrengt, zal hier nadrukkelijker naar gekeken worden.

Er is gevraagd of mensen weten dat oude medicijnen terug naar de apotheek moeten worden gebracht. In de media wordt daaraan bij tijd en wijle aandacht besteed. Ik krijg altijd een briefje van mijn apothekers dat ik mijn oude medicijnen moet inleveren als ik switcht van medicijnen. Dit is een belangrijk aandachtspunt.

Heeft de NZa een hoge contracteergraad geconstateerd? De bedrijfsresultaten van de apotheken blijven achter. Ik kom hier later op terug. Zorgverzekeraars Nederland heeft een oproep gedaan om met de apothekers en anderen rond tafel te gaan zitten en de boeken te openen

om te bekijken hoe de situatie ervoor staat. Dat lijkt mij een heel goed idee. Zo kan men daarover wederom in gesprek gaan.

Wat gebeurt er op het niveau van de patiënt zelf om de therapietrouw te bevorderen? Zorgaanbieders en patiënten moeten daar allebei hard aan werken. Goede informatie aan de patiënt over geneesmiddelen is essentieel. Daarnaast zijn er allerlei hulpmiddelen, bijvoorbeeld samengestelde zakjes, SMS-alerts, betrokkenheid van thuiszorg en mantelzorg. Er bestaan allerlei handigheidjes om therapietrouw te helpen bevorderen. Het totaal over te hevelen bedrag zal gebaseerd zijn op de uitgaven van de afgelopen jaren, waarbij rekening wordt gehouden met de verwachte groei en mogelijke doelmatigheidswinst. Er wordt hierover nog overlegd met de veldpartijen.

De heer Mulder wilt weten of je afspraken kun maken over de weesgeneesmiddelen in Europees verband. Op Europees niveau hebben we intensief contact over deze geneesmiddelen, want Europabreed zijn er immers altijd meer patiënten dan alleen in het kleine Nederland. Ik voer hier geen nieuw beleid op, mijn beleid is een voortzetting dan dat van de ambtsvoorgangers. Ik heb wel enkel aanpassingen gedaan, ten bate van betere omstandigheden voor patiënten. Op 29 februari heb ik aan de Kamer bericht welke aanpassingen dat zijn. Ik noem een paar aspecten. Het uitgangspunt is dat de patiënt met een zeldzame ziekte recht heeft op zorg die van even goede kwaliteit is dan de zorg die een patiënt met een vaker voorkomende ziekte krijgt. Het stellen van een diagnose en de beschikbaarheid van een behandeling zal bij een zeldzame ziekte altijd problematischer zijn. Aanvullend beleid is daarom noodzakelijk. Ook daarover heb ik de Kamer in de brief verteld.

De heer **Mulder** (VVD): Ik heb de brief gelezen. Kan de minister daaraan toevoegen dat Nederland zich op het punt van de zeldzame ziekten inzet om te komen tot specialisatie, dus dat universiteiten zich specialiseren in één bepaalde zeldzame ziekte en dat dit Europabreed wordt gecoördineerd? Dat is de trend. Nederland zou die een duwtje kunnen geven.

Minister **Schippers**: Het is altijd lastig ingaan op een interruptie als ik mijn antwoord nog niet had afgemaakt. Ik kwam daar nu op. De universitair medische centra willen hetgeen de heer Mulder voorstelt. Ik denk dat het goed is. Als je heel weinig patiënten hebt en zorg waar je weinig van weet, is het heel erg belangrijk. Zowel de universitair medische centra als wij willen dat.

Het programma Goed Gebruik Geneesmiddelen is begin dit jaar van start gegaan, dus het is nog vroeg om er conclusies over te trekken. Ik beoog met dit programma kennislacunes op over het gebruik van bestaande geneesmiddelen te heffen waardoor deze effectiever, veiliger en doeltreffender in de praktijk kunnen worden ingezet. Projecten zonder waarde voor de praktijk of zonder kans op implementatie passen we niet toe in het programma. Die krijgen dus geen kans. De eerste aanvraagronde heeft 240 projectvoorstellen opgeleverd. Dat is uitzonderlijk veel. Het is dus niet de vraag of er behoefte is aan dit programma, want die behoefte blijkt duidelijk. We moeten nu scherpe keuzes maken over het toekennen of afwijzen van de voorstellen. We hebben daartoe een raad opgericht die deze keuze zal maken. Ik zal de Kamer op gezette tijden over de resultaten van dit programma informeren.

Wat is het effect van de grens van € 10 000 voor de overheveling, wil de heer Mulder weten. Is dat niet een prikkel voor fabrikanten om boven die grens te blijven? Dat is een hypothetisch effect op de prijsstelling van de fabrikant, die wordt ondervangen door het prijsplafond dat de Wet geneesmiddelen aan prijzen stelt.

Er is gevraagd of ik al moet gaan overhevelen nu er nog geen volledige evaluatie heeft plaatsgevonden van de overheveling van de TNF- α -remmers. De Stichting EVG monitort in mijn opdracht de impact van een

overheveling op de patiënt. In een tussenrapportage stelt dat EGV dat de toegang tot zorg tot nu toe geborgd is, en dat er geen duidelijke verschuivingen in de patiëntentoeegang te zien zijn. De wijzen van monitoring en de tussenanalyse is door de Stichting EGV met en namens belanghebbende patiëntenorganisaties en beroepsverenigingen uitgebracht. In mijn opdracht blijft de Stichting EGV in de loop van het jaar de eventuele gevolgen voor patiënten monitoren. In afstemming met partijen kom ik nu op een beperkt gevolg van de overheveling per 2013, namelijk alleen duurdere oncolitica en groeihormonen. Ik denk dat dit verantwoord en uitvoerbaar is.

Het rapport van de commissie-Doek komt zeer binnenkort naar de Kamer, als het goed gaat.

De **voorzitter**: Wat moeten wij daaronder verstaan?

Minister **Schippers**: Dat is afhankelijk van ministerraden en andere zaken, maar we zitten in ieder geval dicht bij een release van het wetsvoorstel. Er is gevraagd naar de verklaring voor het feit dat nog geen enkele zorgverzekeraar prestatie 11 heeft gecontracteerd. Die kan ik zo niet geven. Mijn verklaring is dat men er nog aan moet wennen. Het is nieuw om zorginhoudelijk in te kopen. Iets wat nieuw is, heeft langer tijd nodig. Ik zie 2012 als een overgangsjaar. Ik ga ervan uit dat deze prestatie meer gecontracteerd zal worden.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): De minister zegt niet te weten waarom prestatie 11 niet wordt gecontracteerd. Dat is natuurlijk een eerlijk antwoord. Het lijkt mij echter goed als wij hier toch inzicht in krijgen. We hebben een wat magere brief van de zorgverzekeraars ontvangen, waarin stond dat als er echt apotheken dreigen om te vallen en de continuïteit van zorg in gevaar komt, ze nog wel in beeld willen komen. Ik heb nog niet echt een gevoel en idee hoe het uiteindelijk wél gaat gebeuren. Alleen maar zeggen dat het nieuw is en nog even moet wennen is onvoldoende. Ik zie ook helemaal geen wenpogingen, waarbij er al wel initiatieven worden ondernomen die alleen nog niet zo goed van de grond komen. We moeten dit scherp krijgen. Als het niet vanzelf gebeurt, moet de minister wellicht wat mensen achter de broek gaan zitten.

Minister **Schippers**: Het is altijd lastig, omdat we eigenlijk al heel veel analyses en resultaten hebben terwijl het nog maar heel kort bestaat. De eerste scan die je doet, wil je snel hebben. Omdat je die snel wilt hebben, is deze scan niet heel. Die scan had naar ik meen betrekking op een periode van een maand of drie. Eigenlijk is zo'n eerste scan van de NZa altijd oppervlakkig. De NZa heeft toegezegd dat de tweede scan veel grondiger zal zijn. Er zal dan ook met andere partijen worden gepraat, niet alleen zorgverzekeraars maar bijvoorbeeld ook met apothekers. Dan krijg je een beter beeld en is er een iets langere periode waarover je iets kunt zeggen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Is dit een duidelijk aandachtspunt in die tweede, grondiger scan van de NZa of krijgen we dezelfde situatie als die de heer Van der Veen schetste, namelijk dat de verzekeraars zeggen dat ze het eigenlijk best goed doen, maar wij uit een andere hoek een heel ander beeld krijgen? Leidt deze scan tot een grondig en compleet beeld vanuit verschillende invalshoeken?

Minister **Schippers**: Ja. Dan heb je een iets langere periode achter de rug. Dan heb je een substantieel langere periode gehad. De NZa zal dan inderdaad ook naar de prestaties kijken en naar contractering op zorginhoud.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik kan mij voorstellen dat er kort tijd is geweest en dat we daarom nog niet zoveel weten. Ik hoor echter uit het veld dat de apothekers er veel meer last van hebben dan de zorgverzekeraars. Dat ligt ook voor de hand. Alle indicaties wijzen erop dat het niet goed loopt. Ik vind het antwoord «ja, we gaan zo meteen nog eens heel goed kijken» ontzettend tegenvallen. Mijn beeld is dat de situatie redelijk vervelend is. Ik kan me een krachtiger aanpak voorstellen bij het achterhalen van wat er werkelijk aan de hand is. Het is toch gek dat we jarenlang te horen krijgen dat met name de prestaties die gecontacteerd kunnen worden een verbetering in de zorg zullen leveren, terwijl op het moment suprême er helemaal niets ligt wat prestatie 11 betreft? Ik word daar bijzonder onrustig van.

De **voorzitter**: Wat is uw concrete vraag?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik wil dat de NZa zo snel mogelijk het voortouw neemt om samen met ZN en de KNMP dit zo snel mogelijk boven tafel te krijgen. Dat moet met snelheid kunnen. Anders blijft het een ellende, blijft men elkaar beschuldigen en blijft de bedrijfsvoering voor veel apotheken een probleem.

Minister **Schippers**: Ik heb net al gezegd dat ik vind dat ze met elkaar in gesprek moeten gaan. Ik heb ook gezegd dat Zorgverzekeraars Nederland een oproep heeft gedaan en een verzoek aan de apothekers om rond de tafel te gaan zitten. Het klopt dat er apothekers zijn die van mening zijn dat het niet goed loopt en dat zij in financieel slecht weer komen. Ik neem dan ook aan dat die apothekers zullen gaan praten. Het is dus niet zodat er niets gebeurt. Alleen ging deze vraag over de NZA-scan. Die is nu heel snel geweest. Aan het einde van dit jaar zal er een grondiger beeld kunnen worden geven, waarin er grondiger is onderzocht. De heer Van der Veen kaart een ander onderwerp aan, namelijk dat het niet goed gaat met sommige apothekers en dat die een ander verhaal hebben. Op dat punt ben ik van mening dat er echt gesproken moet worden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Als er nog een keer een quickscan moet worden gedaan waarbij elf zorgverzekeraars gebeld moeten worden met de vraag of zij tevreden zijn over hun eigen prestaties, kunt u mij inschakelen.

De **voorzitter**: Ik begrijp dat u zzp'er wordt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Veel meer houdt die quickscan niet in. Die is echt, echt beneden de maat. Dat de zorgverzekeraars nu de KNMP uitnodigen om te praten doet een beetje denken aan de wolf die het schaap uitnodigt en zegt: zullen we maar eens gaan praten hoeveel schapen we gaan opeten? Als we nu al constateren dat het geen level playing field is – mevrouw Wiegman en anderen zeiden dit ook al – is het toch raar om de bovenliggende partij actie te laten ondernemen? Dan is het toch veel verstandiger om er nadrukkelijk een derde bij te betrekken? In dit geval zou dat de NZa kunnen zijn.

Minister **Schippers**: Ik denk daar anders over. Als iets net van start is gegaan, moet de overheid – de NZa is ook overheid – niet al na een paar maanden ingrijpen. Partijen moeten eerst zelf rond de tafel gaan zitten. De overheid kan altijd besluiten om erbij te gaan zitten. Laten partijen eerst zelf aan de slag gaan. Dat is mijn insteek.

Ik kom te spreken over de weesgeneesmiddelen, de voorwaardelijke toelating en de beoordeling daarvan. Ook weesgeneesmiddelen kunnen in aanmerking komen voor voorwaardelijke pakkettoelating. De criteria daarvoor zijn niet anders dan voor gewone geneesmiddelen. Voorwaarde-

lijke toelating is aan de orde als voor de pakketbeslissing aanvullende informatie nodig is over de kosten en de baten van het geneesmiddel. Hoe zorgen wij voor een gelijk speelveld in het onderhandelingsproces? Dat is een vraag die vaak wordt gesteld bij kleinere beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars. Het stelsel is zo ingericht dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar contracten sluiten. Daarbij is sprake van contracteervrijheid, restitutievergoeding bij niet-gecontracteerde zorg, een zorgplicht voor zorgverzekeraars die voldoende verantwoorde zorg moeten inkopen en het leveren van verantwoorde zorg door zorgaanbieders. Het toezicht op het contracteren is belegd bij de Nederlandse Zorgautoriteit en bij de Nederlandse Mededingingsautoriteit. In de praktijk blijkt dat zorgaanbieders zich in toenemende mate gaan organiseren en gezamenlijk onderhandelen binnen de onlangs verruimde bagatelbepaling van de Mededingingswet en de richtsnoeren van de NMa.

Ik kom te spreken over het WGP-onderzoek. Ik heb gisteren al toegezegd aan de Kamer dat ConQuaestorrapport eind juni, begin juli toe te sturen. Het is na te lezen in het stenografisch verslag van gisteren. Het rapport komt nog voor het zomerreces naar de Kamer. Hierover hebben wij gisteren ook gesproken.

De heer Van Gerven zei iets opmerkelijks. Hij zei: mevrouw Schippers komt uit het bedrijfsleven en gaat weer terug naar het bedrijfsleven. Nu vind ik werken in het bedrijfsleven helemaal niet erg – het is ook niet iets waarvoor iemand zijn excuses moet aanbieden omdat het vies is – maar ik sta gewoon nummer twee op de kandidatenlijst voor de verkiezingen. Zodra wij twee zetels halen, ben ik voorlopig nog bezig in de Tweede Kamer. Ik weet niet precies wat ik met die opmerking moet.

De **voorzitter**: Pareren dus.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Mij is gevraagd waarom de WGP niet is aangescherpt. Ik heb aangegeven de werking en de toekomstbestendigheid van de Wet geneesmiddelenprijzen nader te onderzoeken. Daarvoor is dat onderzoek van ConQuaestor in gang gezet. Ik wacht de resultaten daarvan af.

In overleg met de veldpartijen heb ik afgezien van de overheveling van de fertiliteitshormonen. Voor 2013 kon namelijk niet gegarandeerd worden dat er in adequate bekostiging kon worden voorzien omdat er nog niet voldoende zicht bestaat op het gebruik van deze middelen. Die zullen in 2014 worden overgeheveld. Ook de epoëtine zal in 2014 worden overgeheveld. Wij vermoeden dat er geld te halen valt uit de efficiency.

De heer **Van Gerven** (SP): Is de minister klaar met het punt van de Wet geneesmiddelenprijzen en de overheveling?

Minister **Schippers**: Ja.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister is dan op een aantal zaken niet ingegaan. Ik heb gevraagd naar de achtergrond van de totstandkoming van het rapport. Ik heb namelijk de indruk dat de totstandkoming van het rapport gefrustreerd is vanwege het feit dat er zeer veel geld te halen valt door de aanscherping van de Wet geneesmiddelenprijzen, die in de afgelopen anderhalf jaar maar niet van de grond is gekomen. Die vraag ligt er dus nog. Stuur de minister het rapport met of zonder commentaar naar de Kamer? Dat is mij ook niet duidelijk.

Minister **Schippers**: Ik heb nog niet nagedacht over de vraag of ik dat rapport al dan niet met commentaar naar de Kamer stuur. Ik stuur in elk geval het rapport toe op het moment dat het klaar is. Dat moet voor het zomerreces klaar zijn en dat laat niet zo heel veel tijd meer over. Als ik daarop nog een commentaar moet leveren, kost dat misschien te veel tijd.

Dan kan ik altijd nog, in de loop van de maanden van het zomerreces, kijken wat ik doe. Ik weet nog niet of ik daarop een reactie stuur. Ik stuur in elk geval het rapport naar de Kamer. Het is overigens niet raar dat rapporten in de conceptuele fase heen en weer worden gestuurd en er aanscherpingen in plaatsvinden. Het is lastig om te bepalen welk concept de heer Van Gerven dan wil hebben; de eerste acht? Ik weet helemaal niet hoeveel er zijn. Ik heb zelf dat hele rapport nog niet gezien. Meestal krijg ik die rapporten te zien op hetzelfde moment dat de Kamer die te zien krijgt, namelijk wanneer ik het begeleidend briefje teken. Ik heb daar helemaal geen zicht op en ik vind het lastig om alle concepten toe te sturen. De Kamer kan toch gewoon het rapport beoordelen en bepalen of zij dat van een goede of minder goede kwaliteit vindt?

De heer **Van Gerven** (SP): Wij zullen het rapport bekijken en beoordelen. Weet u waarop de SP zo aanslaat?

De **voorzitter**: Stelt u alstublieft feitelijke vragen. De politieke kant kunt u in tweede termijn doen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik snap werkelijk niet waarom dat rapport, anderhalf jaar na de vraag van de Kamer, er nog niet is. Uit de cijfers blijkt dat de geneesmiddelen in Noorwegen bijna 20% goedkoper zijn dan in Nederland door het systeem dat daar wordt gehanteerd. Als dat wordt omgerekend naar de omzetten van spécialités in Nederland praat je over een bedrag van ongeveer 300 mln. Ik neem aan dat de minister wel beschikt over deze cijfers, want de prijzen van de spécialités in de verschillende landen zijn publiek. Dat had toch moeten nopen tot actie? Wij weten allemaal dat het geld niet uit de bomen valt op dit moment. Ik hoor graag een reactie van de minister hierop.

Minister **Schippers**: Ik ben het met de heer Van Gerven eens. Als er ergens gemakkelijk geld te halen valt, zou ik dat zeker doen. In deze wereld zijn er echter bruto en netto bedragen en het een is niet te vergelijken met het ander. Dat is ingewikkeld. Het maken van vergelijkingen is complex. Ik stuur dat rapport, zodra ik dat zelf ook heb, direct naar de Kamer. Die kan dat dan beoordelen en daaraan zelf een politiek oordeel verbinden. Ik weet niet wat in het rapport staat, want ik heb het zelf nog niet gelezen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik had nog een tweede punt: de overheveling van de epoëtine en de urinaire fertiliteitsmiddelen, Moeders voor moeders. Ik heb begrepen dat dat veel geld oplevert. Ik verzoek de minister om daarnaar apart nog eens te kijken. Ik kan mij voorstellen dat de minister nu niet meteen kan zeggen dat zij dat al of niet gaat doen. Ik heb begrepen dat met de overheveling van die twee groepen samen 60 mln. gemoeid is. Dat is veel geld. Ik heb niet begrepen dat er daartegen zwaarwegende bezwaren zijn. De minister heeft gezegd dat 28 van de 88 nu worden gedaan en de rest later volgt. Deze twee groepen kunnen daarbij worden genomen. Daarmee kan een substantieel bedrag worden bespaard.

Minister **Schippers**: Die fertiliteitshormonen bleken onderdeel uit te maken van het A-segment. Het bleek moeilijk te zijn om die direct over te hevelen. Men kwam daar laat achter. Ik weet ook niet precies hoe dat zat. Het is dus niet uit politieke onwil. Het heeft meer een technische oorzaak. Er zijn wel afspraken gemaakt over doelmatig voorschrijven in de tussentijd.

De heer **Van Gerven** (SP): En de epoëtine, die stollingsmiddelen?

Minister **Schippers**: Ik krijg te horen dat het niet allemaal tegelijk kan. Die komen in 2014.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik wil best geloven dat die actie van Moeders voor moeders te maken heeft met een A-segment, hoewel het mij in hoge mate verbaast dat wij daar nu pas achter komen, want het gaat over een bedrag van ongeveer 10 mln. Dat verbaast mij, gelet op wat wij verder allemaal nog moeten zoeken en sprokkelen. Ik krijg echter niet helder waarom het niet mogelijk is met die epoëtine-achtigen. Toen het punt van de overheveling aan de orde was, hebben de ziekenhuizen en ziekenhuisapotheken aangegeven dat het heel goed kon en dat daar grote besparingen mee te behalen waren. Dat was een van de redenen dat het ingezet werd voor het teniet doen van de eigen bijdragen. Het verrast mij in hoge mate dat het complexer is en dat er geen kortingen gegeven kunnen worden. Mevrouw Wiegman heeft daarover ook vragen gesteld. Ik krijg niet helder waarom het echt niet kan op deze manier en waarom het beperkt blijft tot 28 producten.

Minister **Schippers**: Niet alles kan tegelijk. Wat die fertiliteitshormonen betreft: zo zit de wereld soms in elkaar. Soms worden dingen anders gefinancierd dan aanvankelijk gedacht. Ik zal nader onderzoeken of die epoëtine toch niet mee kan. Met die fertiliteitshormonen kan dat gewoon niet. Ik heb dit zelf nog niet zo heel lang geleden gehoord. Ik vind het jammer; dat gebeurt in 2014. Op de mogelijkheden ten aanzien van epoëtine kom ik echter terug. Dan laat ik ook weten, met een brief, of wij dat gaan doen en of dat nog gaat lukken.

De **voorzitter**: Wanneer kan de Kamer die brief tegemoet zien?

Minister **Schippers**: Zodra die af is.

De **voorzitter**: Dat is onvoldoende. Kunt u een termijn noemen?

Minister **Schippers**: Daarover moet met verschillende partijen worden overlegd. Ik schat in dat die brief in september bij de Kamer ligt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Past het onderwerp van de dure geneesmiddelen ook nog in dit blokje? Ook dat blijft mij verbazen. Van de dure geneesmiddelen werd 80% vergoed. Nu worden alleen nog de lijstprijzen vergoed. Bij de extramurale farmacie bleven toentertijd grote marges hangen bij de apothekers. Dat was een van de redenen dat het preferentiebeleid in gang is gezet. Het verbaast mij dat een en ander niet kan op de manier die wij ons hadden voorgenomen. Het verhaal is dat het in lokaal overleg met elkaar bepaald moet worden, maar ik kan mij daarbij niets voorstellen. Waarom kan het niet gewoon op de manier waarop dat oorspronkelijk bedoeld is?

Minister **Schippers**: Dure geneesmiddelen is een ander verhaal met andere specifieke kenmerken. Het punt is dat juist die afslag verhinderde dat de middelen scherper werden ingekocht. Die vormden daarvoor een belemmering. Er is niet een soort poldermodel, maar verzekeraars en het ziekenhuis voeren daarover wel overleg met elkaar. Beide vinden dat ook een betere mogelijkheid, zowel degene die het betaalt als degene die het gebruikt. Men kan dat ook zeggen: zoveel voor de premiebetaler en zoveel voor de moeite van het ziekenhuis. Laten wij dat systeem uitproberen om na te gaan of dat beter is. Als die afslag een belemmering is om scherper in te kopen, schieten wij daarmee op zich ook niet veel op.

De heer **Van der Veen** (PvdA): In relatie tot de afslagen is hetzelfde argument steeds gebruikt door de apothekers. Zij zeiden dat het niet kon omdat dat de markt zou doodslaan.

Minister **Schippers**: Ja, maar dit is een andere markt. Een markt zonder concurrenten.

Het transparantieregister is opgezet. De bedoeling daarvan is om helder te krijgen wie, waar belangen heeft en waarvoor er geld betaald wordt. In het eerste kwartaal van 2013 wordt dit register openbaar raadpleegbaar. De gegevens over het jaar 2012 zijn daarin dan opgenomen. Het register zal op persoonsniveau financiële relaties vanaf € 500 bevatten tussen beroepsbeoefenaren, artsen, apothekers en farmaceutische bedrijven. De Stichting Code Geneesmiddelenreclame waarin artsen, apothekers, verpleegkundigen en farmaceutische industrie zijn vertegenwoordigd, werkt op dit moment de details van het systeem uit. Er wordt specifiek aandacht besteed aan privacy. In internationaal opzicht loopt Nederland met dit register voor op andere landen. Ook lopen wij met dit register voor op de Amerikaanse Sunshine Act.

De heer Van der Veen vraagt wat ik ga doen nu de selectieve inkoop van dure geneesmiddelen wordt bemoeilijkt door de uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven dat een zorgverzekeraar bij een dubbele aanspraak op dezelfde geneesmiddelen niet een van deze aanspraken via de zorgpolis mag uitsluiten. Ik heb daarover Kamervragen binnengekregen. Die zijn inmiddels beantwoord. In de beantwoording heb ik aangegeven dat ik zal bezien of wijziging van de regelgeving noodzakelijk is om selectieve inkoop van deze geneesmiddelen op peil te houden. De conclusie die wij hebben getrokken, is dat hiervoor geen wijziging van de Zorgverzekeringswet nodig is. Daarbij is ook gekeken naar de ontwikkeling op de markt en naar de gevolgen van de overheveling van medisch specialistische geneesmiddelen naar het ziekenhuis. Ik zal de Kamer op korte termijn hierover uitgebreider schriftelijk informeren.

De vraag over de voorwaardelijke toelating en NICE is ook gesteld bij het debat over pakkettoelating. Er is veel contact, ook internationaal, over de systemen die worden toegepast. In sommige landen wordt die voorwaardelijke toelating toegepast. Ook met die landen wordt intensief contact onderhouden. Voor die vorm hebben wij gekozen. Wij leren op dit punt veel van ervaringen in het buitenland, bijvoorbeeld over de instrumenten die zijn in te zetten als geneesmiddelen te duur zijn maar wel een meerwaarde hebben voor patiënten. Dan wordt bekeken hoe de prijs kan worden gedrukt zodat mensen toch toegang krijgen tot die medicijnen. Daarover vindt ontzettend veel uitwisseling plaats met andere landen. Wat is de stand van zaken rond de beleidsagenda voor vervalste medische producten? Het doel is om de volksgezondheidsrisico's die gepaard gaan met het gebruik van vervalste medische producten te verminderen en gezondheidsschade te voorkomen. Wij hebben daarvoor behoorlijk wat in gang gezet. Begin 2013 informeer ik de Kamer over de resultaten. Dan geef ik tevens aan of er nieuwe activiteiten nodig zijn en welke er opgepakt moeten worden.

De Kamer heeft de motie-Dijkstra over patiëntenregistratie als verplichte voorwaarde voor opname (29477, nr. 158) aangenomen. Een en ander is als randvoorwaarde voor pakkettoelating opgenomen. Ziekenhuizen en artsen zijn oncologische patiëntenregisters aan het opstellen om de kwaliteit en uitkomsten van de behandeling inzichtelijk te maken. Het is de bedoeling dat de dure geneesmiddelen daarin worden meegenomen. Zorgverzekeraars bieden financiële ondersteuning aan deze registraties. Op die manier krijgen zij inzicht in de kwaliteit van de behandeling, een richtlijn conform handelen en praktijkvariatie. Verder biedt dit cruciale informatie voor het contracteren van kwaliteit bij ziekenhuizen door zorgverzekeraars.

Kunnen er problemen ontstaan omdat bepaalde ziekenhuizen geen apotheken hebben? Die kunnen afspraken maken met andere partijen over de aflevering van de middelen of afspraken maken met openbare apotheken om deze middelen af te leveren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik had nog twee vragen gesteld, namelijk over de eigen bijdrage in relatie tot het vaststellen van de prijs van de geneesmiddelen en over het HARM-Wrestling rapport dat schijnbaar verschenen is.

Minister **Schippers**: Er is een vergoedingslimiet. De eigen bijdrage is het verschil tussen de vergoedingslimiet en de prijs. Die kan inderdaad van zorgverzekeraar tot zorgverzekeraar verschillen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Uitgaande van het pakjesmodel of het couvertmodel, hoe weet de verzekerde dan wat de prijs van het medicijn is? Dat kan waarschijnlijk alleen fictief worden vastgesteld. Vervolgens stelt het CVZ daaraan ook nog een limiet. Het verbinden van een prijs aan het medicijn heeft toch een sterk fictief karakter als dat wordt gedaan vanuit het pakjes- of couvertmodel?

Minister **Schippers**: Ik zie het probleem niet.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De truc van de eigen bijdrage is dat er een bepaalde prijs wordt vastgesteld. Als die duurder uitvalt dan de vastgestelde vergoeding, moet men bijbetalen. De vraag is hoe de prijs wordt vastgesteld. De minister zegt dat elke zorgverzekeraar daarover zelf de baas is. Dan zijn er ook verschillende eigen bijdragen. Dat zij dan maar zo. De vraag is vervolgens hoe iemand kan weten wat de prijs is als er met het pakjesmodel of couvertmodel wordt gewerkt. Dan gelden er immers andere afspraken. De prijsstelling is daarbij heel ontransparant, in elk geval voor de verzekerde. De minister mag hierop ook in tweede termijn of schriftelijk ingaan.

Minister **Schippers**: Er is altijd een officiële lijstprijs. Als de verzekeraar een lagere prijs uitonderhandelt, hoeft hij dat verder niet te zeggen. De verzekeraar kan dan die lagere prijs maar ook die lijstprijs hanteren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Misschien is het toch handiger om hierop een schriftelijke reactie te krijgen. Betekent dit dat als de verzekeraar een lagere prijs heeft vastgesteld en de verzekerde op basis van de lijstprijs bijbetaalt, die verzekerde in feite betaalt voor wat de zorgverzekeraar overhoudt aan zijn inkoop? Het blijft een beetje krom.

Minister **Schippers**: Ik hoor nu drie ambtenaren tegen mij mompelen, maar ik zie nog steeds zelf het probleem niet. Ik zie waarschijnlijk iets over het hoofd. Ik zal daarom het antwoord schriftelijk doen toekomen. Het rapport is in conceptvorm binnen. De definitieve versie is er echter nog niet. Wij verwachten dat die in de zomer gereed komt. Zodra het rapport gereed is, stuur ik het direct toe.

De **voorzitter**: De minister heeft haar antwoord afgerond. Ik constateer dat er hier en daar behoefte is aan een heel korte tweede termijn. Mevrouw Wiegman is de eerste die daarvan gebruik gaat maken.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik verzoek de minister om wat dieper in te gaan op de verspilling in de zorg, met name de verspilling van geneesmiddelen. Ik hoor graag wat zij heeft ondernomen en wat zij nog gaat ondernemen om die verspilling tegen te gaan.

Op het punt van de weesgeneesmiddelen ben ik bekend met de pilots. Uit de presentatie en de informatie die ik in februari heb gekregen van patiëntenorganisaties blijkt dat er problemen zijn met het geven van een plek aan nieuwe geneesmiddelen. Er wordt om een soort bewijslast gevraagd in de zin van «laat maar zien dat het werkt en dat het nodig is». Zijn die problemen inmiddels opgelost? Ik heb de brief van de minister al een paar keer gelezen, maar ik kan de informatie nog niet goed matchen. Ik hoor graag of de problemen zijn opgelost.

Bij algemeen overleggen waarvoor veel brieven geagendeerd staan, denk ik vaak: andere fracties zullen er wel naar vragen. Dat is in dit AO niet gebeurd. Ik heb via de e-mail ontzettend veel vragen binnen gekregen van mensen over het gebruik van homeopathische geneesmiddelen, de zelfzorgmiddelen. Die zouden niet meer in de schappen van apotheken en drogisterijen te vinden zijn omdat fabrikanten de consument niet meer mogen informeren over de toepassingsmogelijkheden ervan. Hoe zit dat precies? Het lijkt mij niet wenselijk. Even puur uit eigenbelang geredeneerd, vraag ik mij af waar ik straks mijn hooikoortsmiddelen moet gaan halen en hoe ik die kan verkrijgen.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik ga maar geen medisch college geven over homeopathische middelen.

De **voorzitter**: Daar ben ik erg blij om.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik vrees dat wij dan inderdaad aan de zeven uur van mevrouw Dijkstra komen.

De **voorzitter**: Mevrouw Dijkstra draagt wel een stuk beter voor dan de andere filibusters deze week.

De heer **Van Gerven** (SP): Sommigen hebben onovertroffen scholing gevolgd.

Voorzitter. Ik kom nog even te spreken over de onafhankelijkheid bij de geneesmiddelenprescriptie en geneesmiddelenbeoordeling. Op 5 februari jongstleden was er een uitzending van Brandpunt. Die ging over de onafhankelijkheid van het College Beoordeling Geneesmiddelen. Dat wordt betaald door de industrie om geneesmiddelen te registreren. Dat college kwam er niet goed vanaf. Ik hoor graag een reactie van de minister hierop. Zou dit college niet onafhankelijker moeten worden? Ik heb ooit Kamervragen gesteld over contract research organisations (CRO's). Ik heb daarop het antwoord gekregen dat die geen reclame maken voor zichzelf. CRO Covance maakt echter wel reclame van zichzelf, van lab tot markt. Dat is in strijd met de antwoorden van de minister. Ik hoor daarop graag een reactie van de minister.

De **voorzitter**: Dit zijn nieuwe punten die in eerste termijn niet aan de orde zijn gesteld.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik had ook maar vier minuten spreektijd.

De **voorzitter**: Dat kan wel wezen, maar toch is dit zeer ongebruikelijk. Ik sta het toe, maar dan mag het niet te lang doorgaan.

De heer **Van Gerven** (SP): Individuele artsenbezoekers bezoeken huisartsen. Dat is in strijd met de richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap. De helft van de huisartsen doet dat nog steeds. Ik vraag de minister om daarop actie te ondernemen. Individuele huisartsenbezoeken zijn in strijd met de code. Kan de minister een rol spelen in het beëindigen hiervan?

Hoe is de stand van zaken met betrekking tot de seeding trials? Dat zou in 2012 gemeld worden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Allereerst dank aan de minster voor de beantwoording van de vragen. Het farmacieveld blijft er een vol belangen. Het is niet altijd even transparant. Dat gevoel heb ik ook bij de antwoorden op een aantal vragen, met name over de overheveling. Ik blijf een beetje een onrustig gevoel houden bij de argumenten die gehanteerd worden. Ik vraag mij af of dat echte argumenten zijn. Dat ligt niet zozeer aan degene die de antwoorden geeft als wel aan de ervaring van de afgelopen jaren met dat ingewikkelde en farmaceutische veld. Ik heb in elk geval begrepen dat er nog eens goed gekeken wordt naar die epoëtine-achtigen.

Ik kom tot slot nog eens te spreken over dat punt van de contracteringen. Dat is een aantal keren aan de orde geweest. Het zou mij een lief ding waard zijn als zo snel mogelijk rust op het front komt tussen de zorgverzekeraars en de apothekers. Ik heb begrepen dat de minister dat in de gaten houdt. Naar mijn idee is het level playing field niet in orde. De verzekeraars hebben een wat stevigere aanbieders dan de zorgaanbieders. Hetzelfde geldt voor de apothekers.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik kom nog kort terug op de patiëntenregistraties en mijn motie. Ik krijg signalen dat patiëntenregistraties nog veel te weinig worden gebruikt bij de inkoop. De minister zegt dat zij dat niet door de NZa laat onderzoeken omdat dat niet past in het werkplan. Ik hoor daarop evenwel graag nog een toelichting. Ik hoor ook graag van de minister nog een nadere toelichting op de reden dat zij de registraties alleen koppelt aan het systeem van voorwaardelijke toelating en verder niet.

Minister **Schippers**: Voorzitter. In antwoorden op vragen over het jaarverslag ben ik ingegaan op wat ik gedaan heb tegen verspilling van medicijnen en hulpmiddelen. Ik heb bovendien net aangegeven dat ik in het veld inzet op het goede initiatief van buurtzorg. Ik maak graag een inventarisatie van goede ideeën van mensen uit de zorg. Zodra die verzameld en geanalyseerd zijn, verbind ik daaraan consequenties. Die stuur ik de Kamer vervolgens toe.

Op het punt van de weesgeneesmiddelen begrijpen wij niet precies wat er wordt bedoeld. Misschien kunnen wij daarover na afloop van dit overleg nog even spreken zodat wij precies weten waar het probleem zit dat opgelost moet worden.

Het punt bij de homeopathische middelen is niet zozeer dat zij niet meer verkrijgbaar zouden zijn, maar meer dat zij geen medische claim meer mogen neerleggen, bijvoorbeeld tegen griep of tegen hoofdpijn. Als men claims doet, moet men die ook onderbouwen. Daar zit de crux. Dat is eigenlijk ook de verandering waarover wij spreken.

De heer Van Gerven stelt het CBG in relatie tot een uitzending van Brandpunt aan de orde. Ik zie niet in dat financiering vanuit tarieven in tegenspraak is met onafhankelijkheid. In Nederland gebeurt dat juist vaak. Eigenlijk is dat conform het principe van de gebruiker betaalt. Daarmee is een instelling niet opeens niet meer onafhankelijk. Ik twijfel niet aan de onafhankelijkheid van het CBG. Ik zie ook geen argumenten of bewijs dat deze afhankelijk of niet koosjer zou zijn.

De heer Van Gerven stelt dat er contract research organisations zijn die reclame voor zichzelf maken. Ik kom daarop nog terug. Ik zal daarnaar eens kijken.

Ik kom ook schriftelijk terug op de stand van zaken rond de seeding trials. Ik geef dan een overzicht van hoe het daarmee staat.

Over de artsenbezoekers die individuele artsen bezoeken merk ik op dat dat niet verboden is. Er mogen geen cadeautjes of andere dingen worden

gegeven, maar het is op zich niet verboden om een bezoek te brengen. Ik zie ook niet of daarmee een probleem is. Ik kan wel het CGR vragen of zij de signalen van de heer Van Gerven herkennen en of er dingen gebeuren die volgens de code niet mogen. Ik kan vragen of het CGR mij daarover kan berichten.

De heer **Van Gerven** (SP): Het is wettelijk toegestaan. Dat is ook niet de kwestie. Er is een richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap waarin het wordt afgeraden omdat er daarmee beïnvloeding plaatsvindt. Dat staat los van de hoogte van de cadeautjes want daarvoor bestaat er ook nog een regel. Het gaat mij erom dat de richtlijn maar voor de helft wordt nageleefd. De NHG pleit ervoor om het collectief te doen, als men het al doet. Via een farmacotherapeutisch overleg kan het wel, maar niet een-op-een, want dat kan de prescriptie in negatieve zin beïnvloeden; te duur en te veel medicijnen. Mijn vraag is of er vervolgstappen kunnen worden gezet. Wij zijn immers allemaal gebaat bij een terughoudend en goed voorschrijfbeleid.

Minister **Schippers**: Ik heb toegezegd dat ik ga inventariseren. De heer Van der Veen zegt dat er zo snel mogelijk rust moet komen in relatie tot de contractering. Daarom is het ook goed als partijen rond de tafel gaan zitten. Mevrouw Dijkstra vraagt waarom patiëntenregistraties alleen bij voorwaardelijke vergoeding plaatsvinden. De registraties vergen veel tijd en middelen. Het kan niet overal tegelijk worden gedaan. Om die reden hebben wij ervoor gekozen om het eerst te doen op de plaatsen waarvan het meeste te verwachten is. Het is dus ook een kwestie van ergens beginnen. Wij beginnen hier, bij de tijdelijke toelating. De NZa doet inderdaad geen onderzoek naar de patiëntenregistraties dure geneesmiddelen. Wij hebben om ongelooflijk veel onderzoek gevraagd aan de NZa. Op een gegeven moment moet men kiezen. Men zat al vol, maar toch hebben wij toen nog drie keer nagevraagd. Dan houdt het gewoon op. De koppeling met voorwaardelijke pakkettoelating maakt in de praktijk dat alle relevante nieuwe dure geneesmiddelen in registraties worden meegenomen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Hoeveel tijd gaat daaroverheen? U zegt dat er wordt begonnen met de voorwaardelijke toelating en dat de rest er dan uiteindelijk bijkomt. Dat snap ik ook. Hoeveel tijd gaat daar ongeveer overheen?

Minister **Schippers**: Het is een beetje zoals het pakket waarover wij vanmorgen spraken. Het begint met hetgeen de hoogste opbrengsten levert. Ik kan zo uit mijn hoofd geen tijdschema geven, maar aangezien ik nog allerlei dingetjes moet toesturen, kan ik een beeld meesturen van wat wij kunnen verwachten van het tempo dat hierin kan worden aangehouden.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik zeg het omdat het belangrijk is voor de kwaliteit, de transparantie en het weten wat er met die medicatie wordt gedaan. Ik vind het belangrijk dat daarmee vaart wordt gemaakt.

Minister **Schippers**: Daarom beginnen we ook aan het goede stuk, namelijk aan de nieuwe, dure geneesmiddelen waarbij dit de meeste toegevoegde waarde heeft. Van daaruit wordt teruggewerkt. Ik zal daarvan een inschatting geven.

De **voorzitter**: Daarmee zijn wij gekomen aan het einde van de beantwoording door de minister. Ik constateer dat er geen behoefte is aan een VAO. Ik dank de minister en de collega's en sluit de vergadering.

Volledige Agenda

1. Symptoomreclame
29477-169 – Brief regering d.d. 23-06-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
2. Aanbieding beleidsagenda vervalste geneesmiddelen en medische hulpmiddelen
29477-172 – Brief regering d.d. 21-07-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
3. Notitie inzake veiligheid grondstoffen geneesmiddelen
29477-173 – Brief regering d.d. 22-07-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
4. Reactie op diverse toezeggingen over geneesmiddelen en medische technologie
29477-175 – Brief regering d.d. 27-09-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
5. Beantwoording motie Wiegman-Scheppink (29 477, stuk nr. 156) en motie Dijkstra (29 477, stuk nr. 159) inzake het geneesmiddelenbeleid m.b.t. de parallelexport en -import van medicijnen en de invloed daarvan op de Nederlandse markt
29477-181 – Brief regering d.d. 10-01-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
6. Aanbieding van de Nederlandse strategie voor de komende jaren op het terrein van de zeldzame ziekten en de weesgeneesmiddelen
29477-184 – Brief regering d.d. 29-02-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
7. Programmavoorstel «Goed Gebruik Geneesmiddelen»
29477-185 – Brief regering d.d. 07-03-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
8. Selectieve inkoop door zorgverzekeraars bij een dubbele aanspraak op bepaalde geneesmiddelen
29477-188 – Brief regering d.d. 10-04-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
9. Uitstel toezending stand van zaken brief inzake TNF-alfaremmers
29477-190 – Brief regering d.d. 27-04-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
10. Uitkomsten van de «quickscan farmacie»
29477-193 – Brief regering d.d. 24-05-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
11. Dure specialistische geneesmiddelen
29477-194 – Brief regering d.d. 24-05-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
12. Stand van zaken van de overheveling medisch-specialistische geneesmiddelen in 2013
29248-231 – Brief regering d.d. 24-05-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers