

Vergaderjaar 2012–2013

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 222

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 29 januari 2013

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 12 december 2012 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 augustus 2012 over de aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit betreffende de overheveling van dure geneesmiddelen (29 477, nr. 200);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 juli 2012 over de selectieve inkoop medisch specialistische geneesmiddelen (29 477, nr. 198);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 oktober 2012 over de afhandeling diverse toezeggingen geneesmiddelen en medische technologie (29 477, nr. 203);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 05 oktober 2012 over de overheveling van epoëtines uit het GVS naar het ziekenkader (29 477, nr. 202);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 november 2012 over de vergoeding van nieuwe orale anti-stollingsmiddelen (29 477, nr. 207);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 november 2012 over de voorwaardelijke toelating en financiële arrangementen bij (specialistische) geneesmiddelen (29 477, nr. 209);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 december 2012 over de aanbidding van de tweede tussenrapportage met betrekking tot de overheveling 2012 van specialistische middelen (29 477, nr. 211).**

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

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

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

Voorzitter: Neppérus
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Pia Dijkstra, Van Gerven, Klever, Anne Mulder, Neppérus en Voortman

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

Aanvang 14.04 uur

De **voorzitter**: Ik heet minister Schippers en haar medewerkers welkom, net als de mensen op de tribune en de mensen die het debat elders volgen. De spreektijd is vijf minuten per fractie. Als de sprekers zichzelf beperken in het aantal interrupties, hoef ik dat nu niet te regelen. Het woord is aan de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik wil het allereerst hebben over iets wat de laatste dagen behoorlijk het nieuws beheerst, en dat is de afspraak die de minister heeft gemaakt met big pharma, met twee farmaceutische giganten, over de nieuwe antistollingsmiddelen. De manier waarop deze afspraken tot stand zijn gekomen, vond ik schokkerend. Ik meen dat de minister erg onverantwoord heeft gehandeld door deze afspraken te maken. Er zou weleens sprake kunnen zijn van Russische roulette. Ik vraag mij werkelijk af hoe je dit in je hoofd kunt halen bij medicijnen die in Amerika nummer één staan op de lijst van medicijnen met dodelijke bijwerkingen. Het middel warfarine, dat in Amerika wordt gebruikt, wordt vijftien keer vaker voorgeschreven dan andere middelen en het aantal doden ten gevolge van dat middel is substantieel lager dan bij de nieuwe middelen.

De reacties uit het veld zijn erg opmerkelijk. Het Leids Universitair Medisch Centrum vindt het onverantwoord. Het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam, waar onlangs nog een gesponsorde bijeenkomst plaatsvond, juicht het toe. De Isala klinieken, de grootste vereniging van niet-academische ziekenhuizen, zegt «niet doen». De zorgverzekeraars noemen het onverantwoord en zeggen ook «niet doen». De apothekers hebben laten weten dat het onverantwoord is en hebben gezegd «niet doen». De minister heeft het advies van de Gezondheidsraad overruled en de industrie als het ware een soort carte blanche gegeven om haar werk te doen.

Ik ben ook nog arts en net voor 1 december heb ik een aantal papieren gekregen van Boehringer Ingelheim. De brief die ik van de industrie heb ontvangen, vind ik eigenlijk een misdadige brief. Daarin wordt gezegd dat Pradaxa – daar gaat het in dit geval om – een superieure protectie geeft en superieur is aan andere middelen, terwijl dat nog bewezen moet worden. Het feit dat een middel geregistreerd staat, wil niet per definitie zeggen dat het niet gevaarlijk kan zijn. Ik vind dat de minister terughoudendheid had moeten betrachten en het advies van de Gezondheidsraad had moeten volgen. De Gezondheidsraad pleit niet voor ongebreidelde verspreiding, maar juist voor gecontroleerd verder onderzoek. Ik wil de minister dan ook vragen hoe het zover is gekomen dat zij is bezwaken onder de druk van de farmaceutische industrie. Ik doe op haar het dringend beroep om op haar schreden terug te keren. Als zij dat niet doet, zal ik de Kamer daarover om een uitspraak vragen.

De heer **Anne Mulder** (VVD): De heer Van Gerven suggereert dat de minister aan de leiband loopt van de industrie en voor de industrie bezwijkt. Dat heeft hij ook gedaan in een radioprogramma van afgelopen zaterdag. Stelt hij daarmee niet de integriteit van deze minister ter discussie? Als dat het geval is, kan hij dan onderbouwen dat de minister

onder die druk zou zijn bezweken en aantonen hoe dat is gebeurd? Als hij dat niet kan, wil hij dan niet de integriteit van deze minister in twijfel trekken?

De heer **Van Gerven** (SP): Ik zeg dat de minister kennelijk bezweken is onder de druk van de farmaceutische lobby. Veel geleerden zeggen dat het middel buitengewoon riskant is en dat je het niet moet gebruiken. Het zou de minister sieren om in dat geval bij dergelijke nieuwe middelen terughoudendheid te betrachten. De middelen die er al zijn, werken relatief gezien naar tevredenheid. We hebben een goed tromboosesysteem, ook in vergelijking met het buitenland. Waarom trekt zij nieuwe, gevaarlijke schoenen aan, terwijl zij al goede schoenen heeft? Dat is mijn pleidooi. De minister is kennelijk gewoon onder de druk bezweken. Ik constateer dat. Dat is iets anders dan de integriteit ter discussie stellen. Ik constateer dat zij een ontzettend groot risico neemt. Je moet er toch niet aan denken dat wij over een halfjaar of drie kwart jaar moeten constateren dat een aantal mensen hierdoor is overleden en dat het middel van de markt wordt gehaald. Dat scenario acht ik niet ondenkbeeldig.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Kan collega Van Gerven nu aantonen dat de minister is bezweken onder een mogelijke lobby of niet? Of suggereert hij van alles wat hij niet kan onderbouwen?

De heer **Van Gerven** (SP): Ik pak dan maar de brief van de minister erbij. Daarin gaat zij in op het advies van de Gezondheidsraad. Zij zegt daarin dat zij het genoemde onderzoek niet gaat doen omdat dit soort studies complex, kostbaar en tijdrovend is. Daarnaast, zo stelt zij, is het de vraag of de resultaten van dit onderzoek een verschil zullen maken bij het voorschrijven en het gebruik van deze middelen. Kortom, zij diskwalificeert de uitkomst van een toekomstig onderzoek op voorhand. Dat lijkt mij zeer onverstandig. Ik hoor graag de afwegingen van de minister. Het feit dat niet duidelijk is hoe duur deze medicijnen zijn, maakt het ook nog eens ondoorzichtig. Ik zou graag precies weten hoe het zit. Patiënten hebben daar ook recht op. Bij het preferentiebeleid hadden wij grote kritiek op de zorgverzekeraars omdat zij niet transparant zijn, maar de minister doet nu hetzelfde.

Ik meen verder dat deze deal tot veel extra kosten zal leiden. Deze middelen zijn honderd keer duurder dan de bestaande middelen. U hoort het goed, voorzitter: ze zijn honderd keer zo duur. Het is echter niet bewezen dat ze beter werken, want dat moet nog blijken. Een antigif is er niet. Dat is een groot probleem. Daarom heeft het Leids Universitair Medisch Centrum gezegd dat ze de middelen niet gaan gebruiken. De protocollen zijn niet op orde. Er is een leidraad die niet wetenschappelijk is gekwalificeerd. Dat zijn toch genoeg redenen om een pas op de plaats te maken, om het rustig aan te doen en verder onderzoek te doen voordat deze middelen op grote schaal worden vrijgegeven?

Voorzitter. Ik wil nog even stilstaan bij de voorlopige toelating van medicijnen. Als de minister op dit pad doorgaat, denk ik dat wij heel veel geld kwijt zijn aan medicijnen waarvan in de toekomst zal blijken dat ze niet of onvoldoende effectief zijn. We kunnen ze dan echter niet meer uit het pakket halen omdat het maatschappelijk draagvlak daarvoor ontbreekt. Zo gaat het in de praktijk. Een middel komt op de markt. Veel patiënten maken daar gebruik van en er zullen altijd patiënten zijn die zeggen dat het hen helpt. Dan kan het niet meer uit het pakket, terwijl het heel dure middelen zijn. Ik vind dat eerst bewezen moet zijn dat een middel werkt en effectief is. Dan pas moeten wij het toelaten. Als het niet werkt, hoef je ook niet te betalen. Ik leg de minister een eenvoudig rekensommetje voor. Stel dat een bepaald middel twee keer zo vaak wordt voorgeschreven als een ander middel en dat je 30% terughaalt. De kosten zijn dan toch met 40% gestegen. Dat lijkt mij een heel onverstandige zaak.

Door de nieuwe financiering van apothekers liggen de dienstapotheken onder vuur. Welk afstandscriterium vindt de minister bij de avond-, nacht- en weekenddiensten noodzakelijk voor de apotheekvoorziening?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. De laatste tijd is er veel onduidelijkheid over de prijsvorming en de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Het is goed dat de Kamer het initiatief heeft genomen om hierover volgend jaar een hoorzitting te houden. Ik heb wel een aantal vragen naar aanleiding van de brieven van de minister.

Het CDA heeft veel tegenstrijdige verhalen gehoord. De apothekers komt het water op dit moment tot aan de lippen door de uitvoering van het preferentiebeleid. Contracten zouden knellen en er zijn regelmatig onwenselijke wisselingen in verstrekte medicijnen. Groothandels zouden op dit moment medicijnen onder de kostprijs moeten leveren en her en der zijn er ook zorgverzekeraars die zeggen dat wij er allemaal niet zo zwaar aan moeten tillen. Wat ligt nu aan de zorgverzekeraar, wat aan de apotheker en wat aan de groothandel? Is het niet tijd dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een onderzoek doet naar de werking van de markt op het gebied van het preferentiebeleid? Is het niet ook tijd dat de minister in overleg treedt met Zorgverzekeraars Nederland (ZN)?

Zelfs de minister constateert in haar antwoord op de schriftelijke vragen dat zorgverzekeraars op dit moment de medicatiereview heel weinig inkopen. Uit de woorden van de minister begrijp ik echter ook dat dit wel wenselijke is omdat veel oudere mensen te veel medicijnen slikken en omdat de review verspilling tegengaat. Wat kan de minister doen opdat de medicatiereview meer wordt gecontracteerd?

De minister heeft de Kamer een uitgebreide brief gestuurd over de voorwaardelijke toelating. Wat de minister schrijft, is terecht. De voorwaardelijke toelating staat of valt met het uitstromen van geneesmiddelen als de therapeutische meerwaarde en de kosteneffectiviteit ervan niet worden aangetoond. De minister zegt zelf dat het zaak is om de tijdelijke toelating te heroverwegen als deze zaken niet waargemaakt kunnen worden. Het CDA zou hier graag nadere uitleg over krijgen. Wanneer komt voor de minister het moment waarop zij zegt dat dit niet de weg is die wij op moeten gaan?

In de brief schrijft de minister verder over een nieuwe toelatingsprocedure. Het is namelijk ook mogelijk om via de academische component experimentele zorg te vergoeden. De minister schrijft zelf dat de therapie soms zo experimenteel is, dat de daarbij gebruikte geneesmiddelen niet eens zijn geregistreerd. Hoe groot is het beslag van deze geneesmiddelen op de academische component? Is de veiligheid bij de ontwikkeling daarvan voldoende geborgd?

De afgelopen tijd heb ik zowel van medisch specialisten als van fabrikanten en apothekers klachten gekregen over de ondoorzichtigheid en de stroperigheid van de procedures van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Zij zeggen onder meer dat het vrij lang duurt, maar ook dat extra eisen worden gesteld bovenop de eisen van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). Graag hoor ik een reactie van de minister op deze geluiden.

Mijn volgende vraag heeft betrekking op de capaciteit van het CVZ. Klopt het dat de afgelopen jaren flink is bezuinigd op het aantal mensen dat zich kan bezighouden met de toetsing van geneesmiddelen?

Net als de vorige spreker, ga ik in op de nieuwe orale anticoagulantia (NOAC's), de antistollingsmiddelen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voordat mevrouw Bruins Slot daarop ingaat, wil ik een vraag stellen. Ook ik liep aan tegen de extra eisen die het CVZ stelt ten opzichte van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Je zou toch kunnen zeggen dat dit juist de functie is van het CVZ?

Vindt mevrouw Bruins Slot dat ook? Het CVZ kijkt niet alleen naar de werking van een medicijn, maar ook naar allerlei andere aspecten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dit biedt mij de kans om mijn vraag nader toe te lichten. Aan de ene kant zijn er klachten over de lange duur van de procedures en over de stroperigheid. Aan de andere kant is het prima dat extra eisen worden gesteld als deze betrekking hebben op de zorgvuldigheid en de werking van het middel. Ik kan mij indenken dat het stellen van extra eisen een meerwaarde kan hebben, maar dit moet dan wel in dienst staan van de beoordeling van het geneesmiddel.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Het CVZ gaat nou juist vooral over andere voorwaarden: wanneer laat je een middel toe tot het pakket, wanneer wordt het zo veel gebruikt dat het in het pakket moet worden opgenomen? Dat zijn toch aanvullende eisen waarbij ik mij kan voorstellen dat het uitgerekend aan het CVZ is om die te stellen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is logisch dat die eisen worden gesteld. Ik begrijp echter dat er nog meer eisen worden gesteld. Daarom wil ik graag van de minister weten of er nog aanvullende zaken worden gedaan. Dat is inderdaad de taak van het CVZ. Daarover ben ik het helemaal met mevrouw Dijkstra eens.

Voorzitter. Ik ga verder met de toelating van de antistollingsmiddelen. Uit de brief van de minister, maar ook uit de berichtgeving van het CVZ en de Gezondheidsraad blijkt dat er twijfels zijn geweest over de veiligheid van deze nieuwe antistollingsmiddelen in de dagelijkse praktijk, en over de mate van samenwerking en afstemming met de partijen in het veld. Zorgverzekeraars Nederland zegt ook dat zij de voorbereidingstijd voor een veilige invoering te kort vinden. Net als de heer Van Gerven heb ik ook ik gelezen dat de U.S. Food and Drug Administration een waarschuwing heeft gegeven. In de Verenigde Staten loopt namelijk een rechtszaak die dit betreft. Is de minister ervan overtuigd dat de antistollingsmiddelen op dit moment voldoende veilig zijn om op de markt te worden gebracht? Is het voor patiënten voldoende veilig om gebruik te maken van deze middelen?

Over de prijsvorming heb ik meer vragen gesteld. De minister heeft voor deze middelen een prijs afgesproken. De apothekers en de fabrikanten hebben echter vooral twijfels over het verborgen houden van deze prijs; zij vragen zich af of dit op de lange termijn niet echte nadelen met zich brengt. Graag krijg ik opheldering daarover.

Ik heb nog een aantal korte vragen, voorzitter. Ik zie dat u naar uw horloge kijkt. Uit het rapport van de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening (EGV) blijkt dat er problemen zijn rondom de verstrekking van dure geneesmiddelen bij offlabelindicaties, omdat de regeling op het gebied van add-ongeneesmiddelen nog onvoldoende is. Graag hoor ik hierop een reactie van de minister. Er zijn verder signalen die erop duiden dat de artsen switchen van geneesmiddel, niet uit medische noodzaak maar uit economische noodzaak. Dat is nooit de afspraak geweest. Graag hoor ik hierop een reactie van de minister.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Voorzitter. Ik ga eerst in op de overheveling van geneesmiddelen. Wij hebben een brief gekregen van de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening. Zij had een vraag over de zogenaamde offlabelindicaties. Offlabelgeneesmiddelen kun je voor de overheveling ook inzetten voor zeldzame ziektes. De vraag is of dat nog steeds kan als de overheveling heeft plaatsgevonden. Graag hoor ik daarop een reactie van de minister.

Wij hebben allemaal brandbrieven gekregen van apothekers die zeggen dat het zo niet gaat. We hebben het vandaag ook in de krant kunnen lezen. Hun zaken draaien niet goed en de zorgverzekeraars kopen niet in, zo

zeggen zij. Om te beginnen geldt natuurlijk dat de situatie zeven jaar geleden precies omgekeerd was. Toen zaten de zorgverzekeraars met de handen in het haar en hielden de apothekers de kortingen voor zichzelf. Het lijkt erop dat de situatie nu is omgekeerd. Kan de minister daar eens op ingaan? Volgens mij gaan de apothekers niet failliet. Zij willen een aantal dingen doen, zoals medicatiereview, verspilling tegengaan en dat soort zaken, maar de zorgverzekeraars kopen dit niet in. Ondertussen zeggen de zorgverzekeraars dat zij dat wel willen inkopen, maar dat de apothekers het gevraagde niet kunnen leveren. Ik heb apothekers op bezoek gehad die zeiden dat dit het verhaal van de kip en het ei is. «Wij hebben het geld niet, dus wij kunnen de medicatiereview niet doen en daarom koopt de zorgverzekeraar die niet in.» Wat vindt de minister van die opmerkingen en brieven van de apothekers? Ziet zij daarbij een rol voor zichzelf weggelegd? Ik ben ontzettend terughoudend om mij daarmee te bemoeien, maar de geluiden klinken nu zo hard dat ik deze vraag toch aan de minister stel.

Dan ga ik in op de antistollingsmiddelen, de NOAC's. Er gebeurt iets nieuws. Het ministerie van VWS gaat prijs-volumeafspraken maken. Mijn fractie kan dat op zichzelf begrijpen, maar de vraag is natuurlijk waarom de zorgverzekeraars dat niet doen. Waar begint en waar eindigt de interventie van het ministerie? Zijn er nog andere middelen waarbij het ministerie het initiatief neemt om prijs-volumeafspraken te maken? Mijn fractie is daar op zichzelf voor, want je moet de prijzen beheersbaar houden, maar wij krijgen systeem op systeem: preferentiebeleid, prijs-volumeafspraken en performanceafspraken. Ik zeg niet dat het zo is, maar je loopt het risico dat de prijzen daardoor zo laag zijn dat je innovatie tegenhoudt. Kan de minister daar iets over zeggen?

De heer **Van Gerven** (SP): De VVD fietst handig om het veiligheidsvraagstuk heen. Ik wil de VVD toch vragen of zij vindt dat de minister in dit dossier goed bezig is met de anticoagulantia. Deze middelen zijn honderd keer duurder dan de coumarines, de bestaande medicatie, terwijl de meerwaarde ervan niet is bewezen. Er is een zeker gebruiksgemak, dat is duidelijk, maar de vraag is natuurlijk of het veilig is. Die vraag hoort voorop te staan. Ik wil graag van de VVD horen of zij ook vindt dat de minister in dezen onverantwoorde risico's neemt, mede gezien de vele signalen uit het veld en gelet op het feit dat academische centra en topziekenhuizen elkaar tegenspreken. Grote koepels zeggen tegen de minister dat zij te snel gaat en vragen haar, even wat rustiger aan te doen.

De heer **Anne Mulder** (VVD): We hebben in november een uitgebreide brief van de minister ontvangen waarin dit ook wordt genoemd: let op de veiligheidsaspecten. Een en ander wordt echter volgens de protocollen ingevoerd. Er is dus wel degelijk aandacht voor die veiligheidsaspecten. Hier is dus niet zomaar iets geïntroduceerd, zo van «we gaan het vergoeden en dan zien we wel». Nee, er is nadrukkelijk over nagedacht en het wordt geprotocolleerd ingevoerd. Je moet ook kijken naar de bestaande situatie. Aan de «coumarines» zitten ook haken en ogen. Ik kan het woord niet goed uitspreken, maar in tegenstelling tot collega Van Gerven ben ik geen arts. De bestaande trombosedienst was ook niet helemaal op orde. Je had dus al te maken met een situatie waarin de veiligheid niet optimaal was. De vraag is dan ook wat met de overgang van een niet geheel veilige situatie naar een andere situatie wordt verbeterd. De vragen zijn echter terecht. Collega Bruins Slot vroeg ook of de minister deze middelen veilig acht. De heer Van Gerven suggereert echter van alles: de farmacie heeft hier gelobbyd. Daar houd ik mij verre van en daarop heb ik de heer Van Gerven tegengesproken. Die vragen gaan over de integriteit van de minister en daar houd ik mij verre van, maar je kunt natuurlijk wel vragen stellen over de veiligheid. Er zal vast een afweging zijn gemaakt tussen veiligheid en geprotocolleerd invoeren

enerzijds en het niet invoeren en het tegenhouden van een innovatie anderzijds. Ik neem aan dat zo'n afweging is gemaakt.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik maak bezwaar tegen de opmerking van de heer Mulder dat innovatie zou worden geremd als we het rustiger aan doen met de middelen die mogelijk schadelijk en gevaarlijk zijn. Je kunt toch niet spelen met levens of met patiënten? Dat kan niet de bedoeling zijn. De cijfers van het Lareb, het Nederlands Bijwerkingen Centrum, tonen aan dat de dood van acht patiënten mogelijk gekoppeld is aan nieuwe antistollingsmiddelen. Dat zijn schokkende cijfers, die mij ertoe brengen om aan de minister te vragen wat zij eigenlijk aan het doen is. Misschien moeten wij over een halfjaar of een jaar wel constateren dat wij deze middelen ten onrechte op deze schaal hebben ingevoerd. De buitenlandse onderzoeken zijn namelijk niet een-op-een te vergelijken met die in Nederland. Die zijn niet geheel valide. Zo zijn hoogrisicopatiënten uitgesloten. Er is geen vergelijking met de Nederlandse trombose-diensten. Er is geen antigif en er is minder therapietrouw dan bij de trombosediensten. Dat zijn allemaal aspecten van onderzoek die naar mijn idee onvoldoende zijn meegewogen om een goed definitief oordeel te kunnen vellen over de positie.

De **voorzitter**: Nu de vraag, mijnheer Van Gerven, want u bent uw eigen termijn aan het herhalen.

De heer **Van Gerven** (SP): Vindt de VVD niet dat meer voorzichtigheid op haar plaats is, gezien de ervaringen in Nederland met de genoemde acht patiënten?

De heer **Anne Mulder** (VVD): Ik heb al gewezen op een brief van de minister uit november waarin uitgebreid wordt ingegaan op de veiligheidsaspecten. De heer Van Gerven wekt een suggestie door zijn woordkeuze: er wordt hier gespeeld met levens. Hij zegt eigenlijk dat de minister ontzettend lichtzinnig is. Ik zeg dat dit niet het geval is. Wij hebben in november een brief gekregen waarin dat allemaal wordt geschetst: er zijn risico's en we moeten het geprotocolleerd invoeren.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik heb een vraag over het zorgvuldig, geprotocolleerd invoeren. Zowel de Gezondheidsraad als het CVZ heeft heel kritische opmerkingen gemaakt over de werkzaamheid en de veiligheid. Zij hebben een aantal voorwaarden gesteld, maar die voorwaarden zijn niet eens gerealiseerd. Hoezo zou er dan sprake zijn van een geprotocolleerde of, zoals de heer Mulder naar ik aanneem bedoelt, een zorgvuldige invoering?

De heer **Anne Mulder** (VVD): Ik heb de brief uit november al genoemd. Daarin wordt dat gezegd. De Orde van Medisch Specialisten maakt protocollen. Daar wordt niet lichtzinnig mee omgegaan. Dat is de boodschap die ik heb. De heer Van Gerven zegt dat geneesmiddelen in Nederland niet snel genoeg op de markt komen; nu komt er wel iets snel, en nu is het weer niet goed. Het gaat steeds om de balans. Wij vragen hier steeds of de geneesmiddelen in Nederland wel snel genoeg beschikbaar zijn voor de patiënt. Nou zijn ze er relatief snel, en dan is het weer niet goed.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Die richtlijnen zijn er juist nog niet. Van een verbetering van de samenwerking en de afstemming binnen de keten is ook nog geen sprake. Zo zijn er nog verschillende zaken die niet goed geregeld zijn. Dan is er toch nog geen sprake van een zorgvuldige invoering?

De heer **Anne Mulder** (VVD): Ik heb verwezen naar een brief waarin daarop wordt ingegaan. We zullen het antwoord van de minister wel horen.

Het advies inzake de ziekte van Pompe en de ziekte van Fabry is nog niet openbaar. In een van de brieven wordt daar wel iets over gezegd. De minister schrijft ons een brief over de arrangementen die gelden voordat het advies definitief is. Ik wil niet voor mijn beurt praten. Ook in de zomervakantie heb ik mij heel terughoudend opgesteld. Er was nog geen advies van het CVZ, laat staan een reactie van de minister. Ik dacht: laat ik dat afwachten. De Zorgverzekeringswet is er voor hoge, onvoorspelbare kosten die niet door één individu kunnen worden gedragen. Het lijkt de VVD dan ook dat juist deze geneesmiddelen daaronder vallen en dat je daar geen apart potje voor hebt. Wij hebben er ook voor gepleit om de rollator niet in het pakket te doen. Dat is immers heel voorspelbaar; je weet dat je oud wordt. Juist voor dit soort middelen is de echter de Zorgverzekeringswet gebruikt. Rol die dan niet uit door die inkomensafhankelijk te maken en te fiscaliseren. De boodschap van mijn fractie is dus in feite dat de middelen tegen de ziekte van Pompe en de ziekte van Fabry onder de Zorgverzekeringswet vallen en dat daarvoor geen apart potje nodig is.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ik wil in mijn bijdrage ingaan op de veiligheid, op de transparantie van prijzen, de positie van apothekers en op de overheveling van de dure geneesmiddelen. De veiligheid van patiënten moet natuurlijk vooropstaan. Dat hebben verschillende sprekers voor mij al gezegd. Daarom maak ik mij grote zorgen over de snelle introductie van de nieuwe antistollingsmiddelen. Zorgverleners en zorgverzekeraars hebben serieuze vraagtekens geplaatst bij de veiligheid van die middelen. Een goede implementatie van het middel, die voldoende is afgestemd met andere beroepsgroepen, kost meer tijd dan deze nu is gegeven. Bovendien zijn vraagtekens te plaatsen bij de meerwaarde van de middelen ten opzichte van de huidige middelen in combinatie met de trombosediensten.

Wij zetten dus vraagtekens bij de veiligheid en de meerwaarde. Dat zou toch te denken moeten geven. Wij voeren hier vaak terecht pittige debatten over de vraag wat wel en wat niet in het pakket moet. De minister wijst ons dan ook vaak terecht op het belang van zinnige en zuinige zorg. Zij wijst er ook op dat het pakket niet te groot moet worden. Waarom worden deze middelen dan toch voorwaardelijk toegelaten, terwijl er vraagtekens te plaatsen zijn bij de veiligheid en de meerwaarde? Als een middel eenmaal is toegelaten, is het moeilijk om het middel uit het pakket te halen. Wat is hier gebeurd? Speelden hierbij misschien andere belangen een rol?

Ik wil ook graag ingaan op een ander punt uit de documentaire van Argos. Er wordt een incident beschreven waarbij een groep orthopeden naar aanleiding van een presentatie van een fabrikant zo enthousiast raakt dat de orthopeden het middel meteen willen gaan gebruiken. Nadat met de groep ook de risico's worden besproken, temperde dat enthousiasme snel en realiseerden de orthopeden zich dat het niet verstandig was om voor de troepen uit te lopen. Hieruit blijkt de kunde van fabrikanten om hun afzet te vergroten en zorgverleners te beïnvloeden. Bezien vanuit het maatschappelijk belang van terughoudend en verantwoord medicijngebruik is het budget dat de industrie besteedt aan dit soort activiteiten verontrustend. Is de minister bereid om dit soort beïnvloeding van de farmaceutische industrie te onderzoeken en te ontmoedigen?

De minister schrijft in haar brief dat de overeengekomen arrangementsprijzen en volumes van nieuwe middelen betrouwbaar zijn. Ik vind dat een verkeerde ontwikkeling. Een geneesmiddel is iets wezenlijk anders dan een auto. Het betreft vaak een zaak van leven en dood en de kosten worden meestal gedragen door de samenleving. Daarom is meer inzicht

in de prijsbepaling van de fabrikant ook gerechtvaardigd. Dit kan dan weer tot meer begrip in de samenleving leiden: het middel is duur, maar het is zwaar of zo opgebouwd en het is daarom zo duur. Hierover wordt trouwens nog een hoorzitting gehouden. Zowel de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) als Zorgverzekeraars Nederland heeft duidelijk gemaakt dat de vertrouwelijke arrangementsprijs een onwenselijke ontwikkeling is. Ik deel dat standpunt. Het vermoeden bestaat zelfs dat prijzen na verloop van het arrangement zouden stijgen. Wij zien geen enkele reden voor heimelijk gedoe over arrangementsprijzen. Hoe gaat de minister hier een einde aan maken? Verschillende sprekers, in ieder geval mevrouw Bruins Slot, hebben aandacht besteed aan de positie van apotheken. Enerzijds zeggen de apothekers dat het water hen tot aan de lippen komt. Er verschijnen berichten in de media dat negen van de tien apothekers tot nu toe contracten weigeren te tekenen en dat dienstapotheken zouden sluiten. Anderzijds stellen de zorgverzekeraars dat het zo'n vaart niet zal lopen. Wat is nou precies de positie van de apothekers? Is een apotheker iemand die een geneesmiddel verstrekt en verder niet? Of is het iemand die ook belangrijke farmaceutische zorg levert? In 2009 heeft de toenmalige woordvoerder van GroenLinks, mevrouw Sap, gevraagd om een visie op de farmaceutische zorg. De voorganger van deze minister heeft daar in beginsel positief op gereageerd, maar wij hebben nooit gehoord wat daarvan terecht is gekomen. Ik denk dat het alsnog goed zou zijn om een visie te geven op de farmaceutische zorg.

Dan ga ik in op de overheveling van dure geneesmiddelen naar de ziekenhuisbekostiging. Uit de tussenrapportage van de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening over de overheveling, blijkt dat het overgrote gedeelte van de patiënten geen problemen ondervindt van de overheveling. Daar zijn wij blij mee. Ik heb wel nog drie vragen over het voornemen om ook andere middelen over te hevelen. Zo worden structurele problemen met offlabelindicaties geconstateerd. Voor de overheveling kan vergoeding wel plaatsvinden, maar nu niet meer. Hoe zit dat? Daarnaast hebben de zelfstandige apothekers gezegd dat niet of nauwelijks een kostenreductie van de middelen heeft plaatsgevonden, terwijl die wel werd verwacht. Klopt dit? Kan de minister ons hier informatie over geven? Zelfstandige apothekers waarschuwen ook voor een versnippering van de registratie van de verschillende geneesmiddelen voor één patiënt. Zij doen ook een voorstel om dat te ondervangen: een apotheekzorgbureau. Deelt de minister de zorgen over de versnipperde registratie en is zij bereid om het idee van de apotheekzorgbureaus serieus te overwegen?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ook ik wil beginnen met de actualiteit. Apothekers hebben het moeilijk, zo is vandaag weer gebleken. De onderhandelingen tussen apothekers en verzekeraars zijn helemaal vastgelopen, waardoor mensen wellicht contant moeten gaan afrekenen. Ik hoor graag van de minister wat haar reactie hierop is. In het vorige algemeen overleg, dat op 21 juni werd gehouden, was dit onderwerp ook al ruim aan de orde. Toen heeft de minister gezegd dat zij met de betrokkenen rond de tafel zou gaan zitten. Ik wil graag weten wat het resultaat daarvan is.

Het is al eerder genoemd: deze zomer woedde er een discussie over de geneesmiddelen voor de ziekte van Pompe en de ziekte van Fabry. Een kleine groep patiënten werd de inzet van een enorm ingewikkeld vraagstuk: aan welke medicijnen besteden wij ons geld, en aan welke niet? Volgens mij moet dat bij deze geneesmiddelen niet de discussie zijn. Bij dure geneesmiddelen voor een kleine groep patiënten moeten we geen grenzen oprekken, maar juist beter bekijken welke patiënt er baat bij heeft en welke niet. In het nieuwe advies van het CVZ wordt deze lijn ook

aangehouden. Kan de minister haar opvattingen over dit nieuwe advies al met ons delen?

De heer **Van Gerven** (SP): De positie van apothekers nadat tot een vrije prijsvorming is overgegaan, is voor mij een beetje mistig. Zou het gelet op de actuele discussie over de medicijnencheck niet veel beter zijn om meer duidelijkheid te scheppen, bijvoorbeeld door een abonnementsstelsel voor apothekers in te voeren met daaraan gekoppeld een fatsoenlijk takenpakket? Dat pakket wordt dan gevormd door de taken die de apotheker wordt geacht uit te oefenen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Verzekeraars hebben al de mogelijkheid om een prestatie te contracteren die te maken heeft met de rol van de apotheker als zorgverlener. Het gebeurt alleen niet. Ik vind niet zozeer dat wij het systeem moeten veranderen, maar wel dat wij ervoor moeten zorgen dat apothekers meer zijn dan doosjesschuivers. Ik wil graag weten hoe de minister daartegen aankijkt en hoe haar gesprekken met de zorgverzekeraars en apothekers op dit vlak verlopen.

De heer **Van Gerven** (SP): Er zijn vier grote zorgverzekeraars, die alles regelen. Vroeger lag de macht bij de apothekers, maar die ligt nu bij de verzekeraars. Vindt D66 ook niet dat dit systeem doorbroken moet worden? Het is immers heel ondoorzichtig. Ik ben bang dat het ook ten koste gaat van de kwaliteit en de bereikbaarheid van de apotheek.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Naar de mening van D66 moet bij de huisapotheek of dienstapotheek veel meer gekeken worden naar de integrale bekostiging. In de eerstelijnszorg moet de samenwerking worden bevorderd. Bij de experimenten die nu plaatsvinden met de populatiegebonden bekostiging, moeten we veel meer bekijken hoe de zaken in elkaar grijpen. Ook de apotheek speelt daarin een belangrijke rol. Zoals bekend, is D66 niet voor een wijziging van het systeem dat wij nu hebben. Wij vinden dat we ervoor moeten zorgen dat het goed werkt. De aspecten daarin die niet goed werken, moeten worden bekeken, maar we moeten niet het hele systeem omgooien.

Medicijnen gaan vaker uit het voorwaardelijke pakket. De gevolgen voor patiënten zijn vaak ingrijpend en emotioneel. Ik hoor daarom heel graag hoe de minister met de patiënten in dialoog gaat. Hoewel men kan weten dat er mogelijk iets verandert, verdienen mensen toch meer dan een «jammer, maar helaas». Het is heel belangrijk om hier aandacht aan te besteden. Tot hoever wil de minister doorgaan met de voorwaardelijke toelating als blijkt dat het allemaal niet zo werkt als wij hadden verwacht? Dan ga ik in op de overheveling van dure geneesmiddelen. Dure geneesmiddelen worden nu vaker uit het ziekenhuisbudget betaald. Die overheveling lijkt een redelijk succes, maar gaat niet altijd goed, vooral bij de offlabelindicaties. In sommige gevallen is er geen financiering of ontbreken de add-on's. Ik wil graag weten hoe dit knelpunt volgens de minister weggenomen kan worden. Heb ik het goed begrepen dat er voor de overgehevelde medicijnen van 2013 wel add-on's komen? Is dat de oplossing?

De minister wil nieuwe, dure geneesmiddelen opnemen in patiëntenregistraties. Dat is goed nieuws. Dan krijgen we meer inzicht in wat werkt en wat niet. Ik ben echter nog niet helemaal tevreden. Ik zou graag alle dure geneesmiddelen geregistreerd zien. Waarom wel de nieuwe, maar niet alle dure geneesmiddelen?

Berekend is dat de verspilling van medicijnen jaarlijks 100 miljoen kost. Bij de behandeling van de begroting heeft de minister gezegd dat zij daar een platform voor wil instellen. Dat geeft mij een beetje het vergezicht van een lange termijn, terwijl ik eigenlijk heel graag concrete plannen zie met een duidelijke doelstelling. Op welke termijn verwacht de minister die?

In het vorige algemeen overleg heb ik een concreet voorstel gedaan. Dat ging over het sealen van medicijnen, opdat de apotheek de medicijnen kan terugnemen. Ik was heel blij toen ik de schriftelijke beantwoording las van de minister op de vragen die bij de begrotingsbehandeling zijn gesteld. Daar wordt het sealen van medicijnen genoemd, weliswaar aarzelend, maar toch. De minister verwijst in dezen naar de KNMP, die daarvoor de richtlijnen bepaalt. Gaat zij de KNMP hierop aanspreken? Vooral ouderen krijgen vaak een grote mix van medicijnen. In het vorige algemeen overleg hebben wij daar ook over gesproken. De periodieke controle schiet tekort. Zorgverzekeraars kopen niet genoeg prestaties in bij apothekers om dit te checken. De Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) trekt inzake de geïntegreerde multidisciplinaire basiszorg ook aan de bel. De uitgebreide scan van de NZa is er nog niet, maar het probleem blijft zich voordoen. Ik begreep dat de scan ongeveer in februari zal verschijnen. Wil de minister direct na het verschijnen van de scan de Kamer informeren en snel met plannen komen? Tot slot kom ik toch nog even terug op de uniforme barcodes op medicijnverpakkingen. Bij de behandeling van de begroting heb ik het daar ook over gehad. Minder fraude, minder fouten. De minister vindt dat de veldpartijen dit moeten oppakken, maar ik merk dat zij vooral naar elkaar wijzen. De minister wacht ook op Europa. Ik begrijp niet helemaal waarom dat zo is, want als er overeenstemming is over het systeem, waarom zou je dan wachten? Hoe snel kan de minister ervoor zorgen dat er één systeem van barcodes komt? Mijn allerlaatste opmerking gaat over de NOAC's, de antistollingsmiddelen. Daar wil ik niet aan voorbijgaan. Ik sluit mij aan bij de vragen die daarover zijn gesteld. Is de veiligheid gegarandeerd, vooral vergeleken met de middelen die er nu zijn?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik ben het met mevrouw Dijkstra eens dat het inderdaad van belang is dat ook geneesmiddelen worden voorzien van een uniforme barcode. Mevrouw Dijkstra vraagt wat de minister kan doen. Laatst zagen we het artikel in de Volkskrant over de enorme handel in illegale afslank- en kalmeringspillen in India. Dat was een van de redenen waarom wij een uniforme barcoding hanteerden. De minister heeft in 2011 ooit een Beleidsagenda vervalste geneesmiddelen en medische hulpmiddelen vastgesteld. Is dit geen mooi moment om te vragen wat de stand van zaken is bij deze agenda, die de minister in 2011 heeft vastgesteld?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik begrijp dat mevrouw Bruins Slot zelf niet aan dit punt is toegekomen. Ik vind het een mooi voorstel.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat hoopte ik al.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Ik wil een aantal zaken aan de orde stellen, maar het voordeel of het nadeel als je bijna als laatste spreekt, is dat veel zaken al door collega's aan de orde zijn gesteld. Ik zal het daarom kort houden.

De PVV-fractie stond, en staat nog steeds, heel kritisch tegenover de overheveling van TNF-alfaremmers naar het ziekenhuisbudget. De overheveling was toch een experiment dat geëvalueerd zou worden voordat andere middelen zouden volgen? Een tussenrapportage is geen evaluatie. Als het aan mij ligt, worden dan ook geen nieuwe middelen overgeheveld. De overheveling van de TNF-alfaremmers zou 50 miljoen op moeten leveren. Hoe staat het daarmee? Wordt deze besparing daadwerkelijk gehaald? Als dat niet het geval is, valt een groot argument voor overheveling weg. Dan kunnen de geneesmiddelen gewoon weer dicht in de buurt, via de apotheek, worden verstrekt. Voordat nieuwe middelen worden overgeheveld, dient er dus ook een definitief inzicht in

de besparing te zijn. De veldpartijen staan evenmin te springen om een versnelde overheveling. Zij pleiten voor een grondige evaluatie en uitstel. De minister kan dit alles niet negeren.

Ik maak mij ook zorgen over het medicatiedossier bij de apotheek. Dit is niet meer compleet als straks diverse middelen buiten de apotheek om via het ziekenhuis worden verstrekt. Het wachten is op de stijging van spoedopnames wegens interacties en andere medicijngerelateerde complicaties.

Er is nog een punt dat mij zorgen baart: de TNF-alfaremmers behoorden de afgelopen jaren tot de groep van geneesmiddelen waarvan het gebruik het snelst is gestegen. De stijging was jaarlijks 15%. Dit jaar is er nauwelijks sprake van een stijging, zo vernam ik uit het veld. Hoe komt dat? Hebben we te maken met een trendbreuk? Zijn er nu opeens minder patiënten of wordt bij de behandeling van reuma, de ziekte van Crohn, psoriasis of colitus ulcerosa voor andere middelen gekozen? Dat lijkt mij het onderzoeken waard. Graag hoor ik hierop een reactie van de minister. De orale antistollingsmiddelen zijn ook al uitgebreid ter sprake gekomen. Natuurlijk zie ik hierbij het voordeel en gemak voor patiënten, maar we moeten ook naar de veiligheid kijken. De medische wereld lijkt hierover verdeeld. Het grootste bezwaar is dat er geen tegengif is. Ik neem aan dat de minister bekend is met de uitspraak van de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC). Ik citeer: «Het is bizar dat het nu al geïntroduceerd wordt. Ik heb nog nooit zoiets meegemaakt, en dat terwijl we de trombosediensten hebben, dus er is geen acute noodzaak. En niemand op de spoedeisende hulp weet wat je moet doen bij een bloeding». Wil de minister hierop reageren?

Een tweede bezwaar tegen de orale stollingsmiddelen is de therapietrouw. Is onderzocht wat de consequenties zijn van het te laat innemen of niet innemen van de middelen? Hoe erg is het als iemand een dosis mist? Wij staan in principe positief tegenover het financiële arrangement dat de minister heeft geregeld met de fabrikant. Wij willen wel graag transparantie. Het moet duidelijk worden welke voorwaarden hierbij zijn afgesproken en welke kortingen de minister heeft bedongen. Als deze transparantie niet mogelijk is, wijst mijn fractie financiële arrangementen af. Wij willen geen herhaling van het financiële arrangement dat voormalig minister Klink met de fabrikanten van het Mexicaanse griepvirus wist af te sluiten.

Dit brengt mij op het thema «verspilling». Vorig jaar gooiden apothekers 156.000 kilo medicijnen weg. Dat is een stijging van 30% ten opzichte van het jaar daarvoor. Mijn collega Dijkstra zei het al: het mooie zorgidee van Anja Vissers om medicijnen te sealen en te hergebruiken, is blijkbaar niet door het veld opgepakt. De minister heeft onlangs gezegd de verspilling te willen aanpakken. Wil zij hier toezeggen dat wij volgend jaar in plaats van een stijging van 30% een daling van 30% zullen zien van de hoeveelheid verspilde medicijnen?

Tot slot ga ik in op de actuele situatie van de apothekers. Het spelletje dat de grote zorgverzekeraars met de kleine zorgaanbieders zoals apothekers spelen, moet de minister doorbreken. Ondanks herhaalde toezeggingen komt de contractering niet tot stand. Hier is niemand mee gebaat, behalve natuurlijk de zorgverzekeraars. De patiënt wordt straks geconfronteerd met het feit dat hij moet betalen aan de balie van de apotheek. Ik roep de minister op om in te grijpen en dit te voorkomen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Excuses voor het feit dat ik te laat kwam. Ik stond per ongelijk bij de verkeerde zaal. Dat verwacht je niet na zes jaar, maar het gebeurde mij echt.

Er zijn veel ontwikkelingen in de wondere wereld van de geneesmiddelen. Patiëntveiligheid, het tegengaan van verspilling en het vergroten van de service voor de patiënt hebben de warme aandacht. Zorgpremies zijn minder gestegen en bij sommige zorgverzekeraars zelfs gedaald als

gevolg van goedkopere medicijnen. Dat zijn belangrijke stappen die een groot compliment verdienen. Wij hebben echter ook zorgen, over de beschikbaarheid van medicatie en over kinderen die bepaalde medicatie krijgen. Er blijft verder onduidelijkheid bestaan over de transparantie van prijzen. Kortom, er zijn goede stappen gezet, maar andere belangrijke en grote stappen zijn nog nodig.

Ik ga eerst in op de positie van de patiënt, waar het toch allemaal om draait. Om de patiëntveiligheid te vergroten, zijn onder andere informatie, een goed gesprek en medicatietrouwheid nodig, maar uiteraard is daarvoor ook de goede medicatie nodig. Mijn collega's hebben al terecht zorgen uitgesproken over de NOAC's. Een aantal grote spelers in het veld heeft grote woorden gebruikt. De patiëntveiligheid zou in gevaar zijn. Ik wil graag een reactie van de minister. Hoe is dit nu gegaan, en wat gaat de minister nu doen?

Het systeem voor prijzen van medicatie is niet transparant, niet voor de patiënt, niet voor een arts en niet voor een apotheker. Het preferentie-beleid kent vijf systemen die naast elkaar bestaan, maar het blijft een black box. Waarom is er bij het preferentiebeleid bijvoorbeeld geen openbare prijslijst? Wat gaat de minister doen om dit transparant te maken?

Op twee punten kunnen we nog winst behalen. Winst behalen in een tijd waarin elke euro in de zorg moet worden omgedraaid, lijkt me altijd goed. Er is bijvoorbeeld winst te behalen door het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) te laten herberekenen. De huidige berekening vindt plaats op basis van prijzen uit 1998. Het CPB heeft gezegd dat het niks oplevert. Het heeft dit echter niet uitgezocht, maar is daarbij uitgegaan van een advies van het CVZ. Het CVZ heeft geen actuele berekening gemaakt. Als je uitgaat van prijzen uit 1998, komt daar een andere uitkomst uit voort. Als je alleen berekent wat patiënten gaan betalen en wat dat mogelijkerwijs oplevert, krijg je een andere uitkomst dan wanneer je het geheel op basis van een actuele situatie berekent. Ik verzoek de minister dan ook of zij dat wil doen. Als nog geld te besparen valt, kan volgens mij niemand ertegen zijn om dat ook te doen.

Mijn volgende punt gaat over de Wet geneesmiddelenprijzen. Ook op dat vlak schijnt er nog een heel hoog bedrag te zijn, naar schatting 100 miljoen. Dat bedrag kan beschikbaar komen door een ander model van prijsbepaling. In het Noorse model wordt het gemiddelde van drie laagste prijzen uit alle lidstaten berekend. Op uitgerekend deze vraag is niet ingegaan in het rapport van ConQuaestor, terwijl het wel degelijk mogelijk is dat de prijs naar beneden gaat door op deze manier te rekenen. Wil de minister hiernaar alsnog onderzoek laten verrichten en het resultaat bespreken in haar brief over de standpuntbepaling over het rapport van ConQuaestor? Nogmaals, als het geld bijna voor het oprapen ligt, moeten wij vooral onderzoeken of dat ook kan, want dan kunnen wij daarmee andere mooie dingen doen in zorg.

De heer **Van Gerven** (SP): De SP is een voorstander van het aanscherpen van de Wet geneesmiddelenprijzen, bijvoorbeeld via het Noorse model. Is de Partij van de Arbeid daar ook voor?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Wat een grappige vraag. Ik zei net dat wij een voorstander zijn van het Noorse model, waarin voor de berekening wordt uitgegaan van het gemiddelde van de drie laagste prijzen uit alle lidstaten. Op uitgerekend die vraag is in het rapport van ConQuaestor niet ingegaan. Dat is op zichzelf wel interessant, want dat is heel cruciaal en daar lijkt omheen gefietst te zijn. Wij weten niet waarom. Wellicht is het een vergissing, of een keuze. Het grote vermoeden is echter dat er geld is. Ik ben blij dat de heer Van Gerven het met ons eens is dat wij de minister daarnaar vragen. Veel dank daarvoor, mijnheer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP): Dit is heel fijn nieuws. We zullen samen een motie indienen die erop is gericht het Noorse systeem onmiddellijk in te voeren. Ik dank de Partij van de Arbeid voor deze toezegging.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ben gewend dat we eerst een vraag aan de minister stellen. Als er geld ligt, mag ik toch aannemen dat de minister toezegt om dit te onderzoeken en te betrekken bij het rapport van ConQuaestor. Zegt de minister dat zij dat niet gaat onderzoeken, dat dit allemaal geen zin heeft en dat zij dat geld laat liggen, dan vraag ik graag aan de heer Van Gerven of hij ons voorstel wil steunen en mijn motie wil medeondertekenen. Laten wij echter eerst de minister de kans geven om te antwoorden. Wij kennen de minister als iemand die echt verspilling wil tegengaan. Dus eerst het antwoord; mogelijk mag de heer Van Gerven mijn motie daarna ondertekenen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De minister heeft hier al een keer op gereageerd toen hier een andere woordvoerder zat, namelijk de heer Van der Veen, maar dat terzijde.

Ik heb nog een vraag over de transparantie van prijzen. Ik heb er zelf een punt van gemaakt dat niet transparant is hoe de prijzen van nieuwe geneesmiddelen zijn opgebouwd. Vindt mevrouw Bouwmeester ook dat daar nu eens een einde aan moet komen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Sorry. Kunt u uw vraag nogmaals stellen?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Natuurlijk. De overeengekomen arrangementsprijzen en volumes zijn bij nieuwe geneesmiddelen vertrouwelijk. Zowel zorgverzekeraars als apothekers zeggen dat dit een onwenselijke ontwikkeling is. Deelt mevrouw Bouwmeester dat standpunt?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dit is volgens mij weer een punt waarop ik al ben ingegaan. Wij willen graag dat de prijslijst openbaar wordt. Hoe transparanter het wordt, voor de patiënt, voor de arts, voor de apotheker, hoe beter dat is voor ons allemaal. De prijzen zijn een black box. De vijf systemen en de zorgverzekeraars die er wat aan doen: iedereen doet zijn best, maar het blijft niet transparant. Wij zijn het dus met elkaar eens.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dat ging over het preferentiesysteem. Dit gaat over nieuwe geneesmiddelen. Ik begrijp echter dat mevrouw Bouwmeester ook in dit geval transparantie bepleit, net als wij. Daarover zijn wij het dus eens.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Hoe transparanter, hoe beter.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Mevrouw Bouwmeester vindt dus dat de met de fabrikanten uitonderhandelde prijzen van de generieke geneesmiddelen die vallen onder het preferentiebeleid, bij de apotheker op de prijsstickers van de verpakkingen moeten komen te staan? Op deze medicijnen moet dus de prijs staan die is betaald?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Sterker nog: hoe transparanter, hoe beter. Volgens mij moeten meer dingen tegelijkertijd worden gedaan om de transparantie te vergroten. Ik denk daarbij ook aan een openbare prijslijst van de middelen die naar de patiënt gaan. Het doel is dat er openbaarheid komt voor de patiënt, voor de arts en voor de apotheker. Ook moet duidelijk worden wat de zorgverzekeraars doen. Je zou er haast een actieplan van kunnen maken. Wij zijn het dus eens.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De vraag is dan, welke prijs. Is dat de prijs die uitonderhandeld is, de prijs die op de website van de zorgverzekeraars staat of is dat de prijs die uiteindelijk in rekening wordt gebracht?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het is heel belangrijk dat je alle prijzen openbaar maakt. Er wordt op de tribune hard gelachen, maar als je het een wel doet en het ander niet, heb je een probleem. Toch? Of begrijp ik de vraag verkeerd?

De heer **Anne Mulder** (VVD): Ik vraag mij af of collega Bouwmeester voor het preferentiebeleid is.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ja, wij zijn en wij blijven daarvoor. Hoe transparanter dat is, hoe meer het bijdraagt aan de verbetering van dat beleid.

Ik ga verder met de dure geneesmiddelen die worden overgeheveld. Mijn collega's hebben daar al terechte opmerkingen over gemaakt. Er wordt nu over een langere periode minder overgeheveld. De afroaming van de kortingen, de afslag, laat de minister zitten. Het lijkt erop dat wij ook daarmee geld laten liggen. Waarom doet de minister dat? Als we in de zorg geld kunnen besparen, moeten we dat toch doen?

De heer Van Gerven heeft terechte woorden gesproken over de voorwaardelijke pakkettoelating. Ik ben het daarover zeer met hem eens. Om tijd te besparen, zeg ik dat ik zijn woorden ondersteun.

Tot slot wil ik nog ingaan op de apothekers. Vanmorgen las ik de berichten in de krant. Vervolgens zag ik mijn mailbox en toen dacht ik: potverdikkie, er is er hier één het slachtoffer van de discussie tussen de apothekers en de zorgverzekeraar en dat is de patiënt, om wie de zorg draait. De patiënt leest namelijk dat apotheken sluiten. Daardoor kan hij zijn medicijnen niet meer bij zijn apotheek halen en moet hij 100 kilometer verder rijden. Er is nu een soort bangmakerij ontstaan doordat twee partijen er samen niet uitkomen. Er is echter altijd een zorgplicht: mensen wordt gegarandeerd dat zij hun medicijnen krijgen. Bovendien zijn er veel apotheken bij gekomen. Wij zijn daardoor een beetje in verwarring. Wat is hier nu aan de hand? Kan de minister hier duidelijkheid over geven?

De **voorzitter**: Hiermee zijn wij gekomen aan het eind van de eerste termijn van de Kamer. Ik schors de vergadering tot 15.10 uur. Dan zal de minister antwoorden.

De vergadering wordt van 15.00 uur tot 15.13 uur geschorst.

De **voorzitter**: Het woord is aan minister Schippers.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik dank de leden voor hun inbreng en vragen in eerste termijn.

Om maar met de deur in huis te vallen: ik ben voornemens om het huidige beleid te continueren en om de voorgenomen activiteiten die de afgelopen tijd deels al in werking zijn getreden, uit te blijven voeren. Ik vind dat de effecten van het beleid geen aanleiding geven voor het volgen van een andere koers. De groei van de kosten van extramurale geneesmiddelen is tot stilstand gekomen. De cijfers over 2011 en 2012 laten een daling zien van de prijzen van veelgebruikte geneesmiddelen. Daardoor konden nieuwe specialistische geneesmiddelen worden toegelaten tot het pakket zonder dat dit een kostenstijging tot gevolg had. Soms hebben partijen beperkte handvatten om een betaalbare en doelmatige zorg te realiseren. Als dat het geval is, moet de overheid meer bemoeienis en maatwerk laten zien. Denk hierbij aan de prijs-volumeafspraken die de overheid maakt, zoals aangekondigd in het regeerakkoord.

Ik wil mijn antwoord toespitsen op vier onderwerpen: de stand van zaken bij de overheveling van de specialistische geneesmiddelen, de stand van zaken bij de invoering van de vrije tarieven voor apotheekhoudenden, de voorwaardelijke pakkettoelating en de verspilling. Daarna zal ik alle vragen van de leden beantwoorden.

De overheveling van specialistische geneesmiddelen naar de ziekenhuizen is ingezet om een dubbele aanspraak te voorkomen. Enerzijds was er een aanspraak via het GVS, extramuraal, en anderzijds was er de ziekenhuis-aanspraak. Daarom willen wij de hele regie voor een behandeling met specialistische geneesmiddelen bij het ziekenhuis leggen en een doelmatige inzet en inkoop van geneesmiddelen bevorderen. De overheveling is in 2012 van start gegaan met de TNF-alfaremmers. De Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening (EGV) monitort de effecten van de overheveling van de TNF-alfaremmers voor de patiënt. Deze stichting signaleert op dit moment geen onoverkomelijke toegangsproblemen. De behandeling met TNF-alfaremmers is voor de patiënt gewaarborgd, maar ik blijf dit natuurlijk wel monitoren.

Uit de monitor van de Stichting EGV blijkt ook dat de bekostiging van offlabelgebruik wel soms een knelpunt is bij zeldzame aandoeningen. Daarom heb ik met de NZa geregeld dat voor alle indicaties waarbij op basis van regelgeving een aanspraak bestond, een betaaltitel, zijnde een add-on, is aangemaakt.

In 2013 worden de duurdere oncolytica en de groeihormonen overgeheveld. De Stichting EGV zal ook de overheveling van deze geneesmiddelen blijven monitoren. Ik heb de stichting gevraagd om de monitor uit te breiden met specifieke vragen over medicatieoverdracht. Dit heb ik gedaan naar aanleiding van signalen uit het veld die erop duiden dat de overheveling mogelijk tot problemen leidt bij de medicatieoverdracht en de medicatiebewaking. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) hebben met medewerking van onder andere de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) een handboek voor de overheveling samengesteld. In dit handboek is een procedure opgenomen die ervoor moet zorgen dat de overheveling geen negatieve gevolgen heeft voor de medicatieoverdracht en de medicatiebewaking. Ik ben van plan om in 2014 de overige oncolytica, de epoëtines, de fertiliteitshormonen, de immunoglobulinen en de weesgeneesmiddelen over te hevelen. Welke middelen ik per 2014 definitief zal overhevelen is allereerst afhankelijk van het overleg dat momenteel wordt gevoerd met de betrokken partijen uit het zorgveld. Over 2013 hebben wij al eerder gesproken. Uiteraard zal ik hierover op tijd met de Kamer communiceren. Ik streef ernaar om begin 2013 helderheid te verschaffen aan de veldpartijen over de over te hevelen middelen. Daar zal ik de Kamer natuurlijk over informeren. Dat doe ik altijd via een voorhangbrief. Iedereen heeft gesproken over de invoering van de vrije tarieven in de farmaceutische zorg.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb twee vragen over de overheveling. Wat mij in het rapport van de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening erg opviel, was dat 17% van de patiënten met sarcoïdose, een ernstige chronische longaandoening, wel veel klachten had, maar geen TNF-alfaremmers kreeg. Dat kan erop wijzen dat zij deze niet krijgen, terwijl zij die wel zouden moeten krijgen. Graag hoor ik daarop een reactie. Het was een opmerkelijk getal, dat er in de rapportage met kop en schouders boven uitstak. Er is in het verleden veel discussie geweest over de vergoeding van TNF-alfaremmers bij sarcoïdose. Graag hoor ik hoe dat precies zit.

Nu is bij de add-on's een grens van € 10.000 vastgesteld. De nieuwe middelen die worden overgeheveld, zijn waarschijnlijk goedkoper dan die € 10.000. Dan hebben we een probleem. De industrie kan dan namelijk

overwegen om er een schepje bovenop te doen omdat zij dan boven de drempel van € 10.000 uitkomen. Dat zou de prijzen kunnen opdrijven. Dat lijkt mij zeer onwenselijk. Graag hoor ik hoe de minister dat gaat tackelen.

Minister **Schippers**: Op het eerste punt moet ik schriftelijk terugkomen, omdat ik moet nagaan wat de daaronder liggende ontwikkelingen zijn. Dat zal ik doen.

Over het tweede punt merk ik op dat je wel van alles kunt vragen, maar dat er ook een tegenpartij is die daarover onderhandelt. Het is dus niet «u vraagt, wij draaien». In die situatie zou een farmaceut wel altijd twee keer zoveel kunnen vragen voor een product.

De heer **Van Gerven** (SP): Nu zijn de middelen die zijn overgeheveld allemaal duurder dan € 10.000. Straks is dat niet meer het geval. Er moet dus iets gebeuren met die drempel. Anders kan toch prijsopdrijving plaatsvinden.

Ik neem aan dat de minister op het eerste punt een toezegging heeft gedaan en dat zij goed zal kijken of door de overheveling bij sarcoïdose, en mogelijk ook bij andere ziektebeelden, niet toch onderbehandeling plaatsvindt. Anders zou er toch een postcodegeneeskunde zijn of zelfs een patiëntselectie mogelijk worden en dat moeten we niet willen.

Minister **Schippers**: Als ik zeg dat ik iets doe, is dat meestal ook een toezegging.

Het tweede punt ging over de prijsopdrijving. Het genoemde gevaar bestaat altijd. Dat heb je met kunstmatige systemen. Enerzijds wil je dat een ziekenhuis niet wordt belemmerd doordat iets een bepaald bedrag kost en het ziekenhuis daardoor ergens van afziet. Daar is dit systeem voor ontworpen. Er ontstaat echter altijd een toegroei. Dat zie ik ook bij maximale prijzen. Ik pleit zelf eigenlijk altijd voor het instellen van maximumprijzen in plaats van voor het voeren van een preferentiebeleid, wat we nu doen. Je ziet dat alles daarnaartoe groeit. Dat is inderdaad een gevaar. Ik wil dit betrekken bij het overleg dat wij met de veldpartijen voeren: hoe groot is dit risico volgens hen en hoe denken zij dat te voorkomen?

Vanaf dit jaar hebben wij de vrije tarieven voor apothekhoudenden. Wij hebben daar al een aantal malen met elkaar over gesproken. Het is een nieuw systeem waar een lang traject aan vooraf is gegaan, waarin wij allerlei producten hebben gemaakt. In ieder geval kunnen zorgverzekeraars inkopen bij apothekers. Dat is van start gegaan en dat bevindt zich nu eigenlijk in het eerste jaar. We zitten dus in een opstartjaar. Zorgverzekeraars en apothekhoudenden zijn ook in het huidige overgangsjaar uitgegaan van een budgettair neutrale introductie van de vrije tarieven. We kunnen constateren dat de nieuwe farmaceutische prestaties niet op grote schaal worden gecontracteerd. De prijzen voor generieke geneesmiddelen, en daarmee de inkoopvoordelen voor apothekers, zijn gedaald door het preferentiebeleid. Tegelijkertijd hebben apothekers hogere kosten. Dit zijn de ontwikkelingen die de apothekers ook naar voren brengen; het zijn argumenten om aan de bel te trekken. Zij stellen dat de continuering van het beleid van de zorgverzekeraars uiteindelijk zal leiden tot de uitholling van de farmaceutische zorg. Daarnaast zijn er signalen die erop wijzen dat de farmaceutische infrastructuur in gevaar kan komen doordat de farmaceutische groothandel een groot aantal met name generieke geneesmiddelen structureel tegen verlies moet verkopen. De sector lijkt wel op dit punt in beweging te komen. Er zijn gesprekken over een adequate vergoeding voor de distributie van preferente geneesmiddelen. Sommige zorgverzekeraars halen geneesmiddelen met structureel lage prijzen uit het preferentiebeleid. Hierdoor zullen patiënten minder hoeven te wisselen van geneesmiddel als een preferent geneesmiddel

tijdelijk niet beschikbaar is. Verder hebben de apotheekhoudenden dan ook minder uitvoeringskosten.

Ik vind het ook van belang om te kijken naar de ontwikkeling van het aanbod. Sinds 2003 is het aantal apotheken met 300 gestegen. Vorig jaar kwamen er 41 nieuwe apotheken bij en sloten 24 apotheken de deuren. Vooral in de steden is er een overcapaciteit, maar in landelijke gebieden is er soms een tekort. Dat wordt heel vaak opgevangen door een apotheekhoudend huisarts. In 2009 waren er 542 apotheekhoudend huisartsen. De cijfers zijn ietsjes oud. In totaal heeft Nederland 1997 apotheken. Tegelijkertijd worden nieuwe initiatieven genomen. Die zijn belangrijk en innovatief; daarbij lijkt heel goede zorg te worden gegeven, maar ze zijn nog wel klein. Het is evenwel het eerste jaar. Alles wat van start gaat, begint nooit groot. Het begint altijd klein. Het is belangrijk dat deze initiatieven van de grond komen, want door dit allemaal aan te gaan, krijgen wij betere zorg.

Hoe moeten we alles overziend nou chocola maken van dit palet? Ten eerste vind ik het belangrijk dat de Nederlandse Zorgautoriteit momenteel een marktscan farmacie maakt. Daarmee zal een aantal ontwikkelingen in kaart worden gebracht die de signalen die de leden hebben gekregen of de signalen die ik net heb gegeven, wellicht bevestigen of misschien zelfs ontcrachten. Dat kunnen we allemaal niet voorspellen. De NZa zal haar marktscan later uitbrengen dan verwacht, namelijk in februari 2013. Daarnaast zal de marktscan voornamelijk feitelijke informatie bevatten over de contractering van farmaceutische zorg in 2012.

Ik heb natuurlijk ook alle brieven gelezen en met zorgverzekeraars en met Jan en alleman gesproken, net als de leden dat waarschijnlijk hebben gedaan. Ik wil eigenlijk meer dan deze wat meer marktgerichte informatie. Om die reden heb ik besloten twee verkenners te vragen om een schets te maken van het veld. Dat is dus geen wetenschappelijk onderbouwde enorm grote studie die tijden in beslag gaat nemen. In februari verwacht ik de marktscan; het zou aardig zijn als ik dan eind februari van de twee verkenners een schets krijg met meer kwalitatieve informatie. Ik heb de heer Rinnooy Kan en de heer Reibestein bereid gevonden om deze verkenning op zich te nemen. Daar ben ik ontzettend blij mee, want dit zijn toch twee mensen met een behoorlijke staat van dienst. Zij zullen ongeveer eind februari verslag doen. Dan hebben we een completer beeld: de marktscan en het verslag van deze verkenners. De verkenners zullen dus geen uitgebreide wetenschappelijke studie doen; zij maken een schets. Zij prikken dwars door de sector heen. Zij gaan praten met apothekers en met patiënten, met fabrikanten van generieke geneesmiddelen, met de farmaceutische groothandel, met apotheekhoudenden, met de zorgverzekeraars: het hele bonte veld. Eind februari kunnen wij dan praten op basis van een marktscan en op basis van deze meer kwalitatieve informatie. Dan hebben we allemaal wat meer grond onder de voeten. Op basis daarvan kunnen we bezien waar bijgestuurd moet worden en wat wij nog moeten doen om de situatie versneld in evenwicht te krijgen. In mijn brief aan de Kamer heb ik het beleid voor de voorwaardelijke pakkettoelating specialistische geneesmiddelen toegelicht. Ik vind het heel belangrijk om daar goed met de Kamer over in gesprek te zijn. Het doel van dit beleid is enerzijds dat artsen en patiënten sneller toegang hebben tot nieuwe geneesmiddelen of nieuwe ziekenhuisgeneesmiddelen die mogelijk beter, maar meestal ook duurder zijn dan bestaande behandelingen. Het verwijt dat wij heel lang van patiëntenorganisaties, maar ook van het veld hebben gekregen, was dat je in Nederland wel echt heel lang moest wachten voordat je toegang had tot innovatieve medicijnen. Dat verwijt hebben wij hiermee willen opvangen. Een tweede doel is het beter beheersen van de kosten van dure geneesmiddelen. Een euro kun je tenslotte maar één keer uitgeven.

Zodra een duur, specialistisch geneesmiddel tot de markt wordt toegelaten, zijn de werkzaamheid en de veiligheid vastgesteld. De European

Medicines Agency (EMA) in Londen stelt dat voor de hele Europese markt vast. De geneesmiddelen die hier onder de tijdelijke toelating vallen, zijn dus getoetst op veiligheid. Vaak is echter nog onvoldoende bekend of het middel veel beter is dan de bestaande middelen. Die vergelijking heeft het EMA immers niet gemaakt. Het is dus ook niet zeker of de veelal duurdere middelen de investering van het zorggeld waard zijn. Daarom hebben we sinds dit jaar een voorwaardelijke, tijdelijke toelating in afwachting van aanvullend praktijkonderzoek naar de kosten en de baten. Het betreft op dit moment 40 dure geneesmiddelen omdat wij dit beleid in Nederland al langer voerden voor de weesgeneesmiddelen. Er is natuurlijk wel een punt: de komende jaren komen al die geneesmiddelen aan de beurt voor een nieuwe pakkettoetsing. Als het middel geen therapeutische meerwaarde heeft of als het voor bepaalde patiënten echt heel weinig blijkt te doen, dan moet je zorgen voor uitstroom. De heer Van Gerven noemde het ook. De keerzijde van een tijdelijke toelating is uitstroom. Patiënten zijn in principe heel erg voor dit beleid. Hun achterban krijgt zo immers toegang tot geneesmiddelen die misschien veel beter helpen of, zoals vooral bij weesgeneesmiddelen het geval is, zij krijgen toegang tot een geneesmiddel voor een aandoening waar voorheen helemaal nog geen geneesmiddel voor was. Anders moeten patiënten met vaak heel ernstige ziektes en voor wie er op dit moment niks is, jaren wachten terwijl er wel een middel is. Het is een drama als patiënten moeten wachten terwijl er een middel is. De uitstroom is echter wel een punt. Ik refereer hierbij aan de discussie over de ziektes van Fabry en van Pompe. Het CVZ geeft nu een ander advies, dat ook tot andere conclusies leidt. Je moet je echter wel realiseren dat bij dit beleid ook uitstroom hoort. Anders is er namelijk geen sprake van een tijdelijke toelating, maar van een toelating. We stellen eisen aan het pakket, maar als het uiteindelijk in het pakket zit, is er ook een therapeutische meerwaarde of een gelijkwaardige waarde maar een goedkoper product, of er is een volledig nieuw medicijn dat therapeutische meerwaarde heeft maar veel duurder is. Als je iets definitief tot het pakket wilt toelaten, zitten daar allerlei criteria aan vast. Als wij de hand lichten met die criteria, is het einde zoek. Dan wordt het een heel duur pakket.

De **voorzitter**: Voordat u verdergaat, wil mevrouw Bouwmeester een vraag stellen.

Minister **Schippers**: Ik wil nog iets zeggen over deze toelating.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Als ik mijn vraag tussendoor stel, kan de minister dit aspect meteen hierbij betrekken. Als het middel voor een deel van de patiënten wel werkt, maar voor een ander deel niet, dan heb je een groot probleem als je het middel uit het pakket haalt. Wil de minister daarop ingaan? Het lijkt er nu op dat de overheid de proeftuin van de fabrikanten financiert. Is het niet zo dat de verantwoordelijkheid bij hen ligt en niet bij ons? Nu gaan we allerlei dingen voorfinancieren, maar als we het middel uit het pakket halen, hebben wij een heel groot probleem. Dat lijkt mij ook niet de bedoeling.

Minister **Schippers**: Deze argumenten zijn al gewisseld voordat we met dit beleid begonnen. We hebben dit beleid nog maar net uitgebreid. Destijds kwam er van de SP de opmerking dat eigenlijk het onderzoek van de fabrikanten werd gefinancierd. Daar kunnen de SP en de PvdA het over eens zijn, maar dan moeten zij ook de gevolgen daarvan nemen. Omdat heel veel landen een tijdelijk toelatingssysteem hebben, weten patiënten dan dat er bijvoorbeeld in Duitsland wel medicijnen tegen hun heel ernstige ziekte beschikbaar zijn, maar dat zij in Nederland geen toegang hebben tot deze medicijnen. Dat is wel degelijk de consequentie. Het gaat hier niet om mensen die last hebben van hun teennagel, maar om

mensen die heel indringende, zware ziektes hebben. Zij hebben in dat geval geen toegang tot medicijnen. Of het gaat om medicijnen voor een heel klein groepje patiënten. Het onderzoek voor medicijnen tegen hun ziekten zal heel lang in beslag nemen als je het niet op deze manier doet in de verschillende landen.

Een gemakkelijk besluit over deze materie is heel moeilijk te nemen. Als je uiteindelijk tot de conclusie komt dat het medicijn voor sommige patiënten wel helpt en voor andere niet, hoop je dat die patiëntgroep goed is af te bakenen. In het laatste advies van het CVZ stond dat de groep is af te bakenen. Dan kun je besluiten dat het medicijn erin blijft voor de af te bakenen groep en er voor de niet af te bakenen groep uit gaat. Als de groep niet af te bakenen is, kun je denken aan een «no cure no pay»-constructie. Daarin stel je vooraf geen criteria op basis waarvan het al dan niet werkt omdat het zo'n diffuse groep patiënten betreft. In zo'n geval wordt er bijvoorbeeld een arrangement gemaakt met een fabrikant die zei: oké, geef het aan de patiënten; wij weten vrij snel wanneer het werkt of niet. Er zit dan een vrij strak protocol op. Als het niet werkt, moet de fabrikant het betalen en vergoeden we het niet.

Er zitten dus voor ons in Nederland allerlei innovatieve constructies op waarmee we kunnen bekijken hoe we medicijnen toegankelijk krijgen voor de patiënt tegen zo laag mogelijke kosten. Het kan dan wel zo zijn dat je iets tijdelijk toelaat waarna blijkt dat de hoge prijs niet wordt gerechtvaardigd door betere behandeluitkomsten. Dan moet je constateren dat het niet kosteffectief is en kan het geneesmiddel vanwege die kosten niet in het pakket blijven. In dat geval kan ik besluiten om het eruit te halen of met de fabrikant in discussie gaan, bijvoorbeeld over een «no cure no pay»-arrangement.

Dan kun je echter wel tegen het volgende probleem aanlopen. De fabrikant zegt dat hij een deal wil sluiten. Als bekend wordt dat Nederland een veel lagere prijs krijgt dan andere landen, gaat de fabrikant in die andere landen voor gaas. Hij wil daarom wel een lagere prijs afspreken, maar alleen als deze niet bekend wordt. Natuurlijk ben ik net als veel leden van deze commissie een groot voorstander van transparantie. Ik maak het liefst alles gewoon bekend en stuur het liefst alles openbaar naar de Kamer. Wanneer een geneesmiddel tegen een veel lagere prijs toegankelijk is voor Nederlandse patiënten, zodat de premiebetaler veel minder geld moet betalen, maar de fabrikant zegt dat het hem veel te veel geld kost als hij deze constructie openbaar maakt, omdat hij dan in alle andere landen ook die lagere prijs moet berekenen, kun je weliswaar besluiten dat je wegens een gebrek aan transparantie die afspraak dan maar niet maakt, maar dat betekent dan wel dat het middel uit het pakket gaat, want het is niet kosteneffectief tegen de hogere, wél transparante, prijs. Het gaat dus om grote afwegingen.

De **voorzitter**: Is de minister klaar met dit stuk? Dan kunnen we in één keer de vragen behandelen, mochten die er zijn.

Minister **Schippers**: Ik heb eerst nog een algemeen stuk en dan ga ik in op de antistollingsmiddelen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mag ik nu toch mijn tweede interruptie plaatsen? Anders zitten we wellicht in een ander hoofdstuk.

Minister **Schippers**: Nee, ik zit nog even in dit hoofdstuk.

Minister **Bouwmeester** (PvdA): Ik wil toch nu mijn vraag stellen, anders krijg ik heel veel informatie tegelijkertijd.
Nog even los van de inhoud heb ik een feitelijke, financiële vraag. Betalen wij de proeftuin van de fabrikanten, omdat zij Nederland onder druk zetten onder het mom van: als het hier niet lukt, moet ik in andere landen ook

meer gaan rekenen? Zou het niet heel mooi zijn om dit met Europese collega's aan te pakken? Op deze manier hebben fabrikanten natuurlijk vrij spel omdat het een vorm is van «onderhandeling» – laten we het zo maar noemen – in positieve zin.

Minister **Schippers**: Deze middelen hebben hun normale onderzoek om toetreding tot de markt te verkrijgen al gehad. Ze zijn al toegetreden tot de markt en ze zijn al toegelaten door de EMA in Londen. Het onderzoek dat wij verlangen van fabrikanten is dus al gedaan. Deze discussie gaat over de plaatsbepaling: laat je het wel of niet toe tot het pakket? Dat is wat het CVZ moet nagaan: het middel heeft de toelatingseisen gehaald, maar betekent dit dat we het ook opnemen in het pakket?

Nederland is op dit gebied geen voorloper. Heel veel landen sluiten al deals en arrangementen met fabrikanten. We hebben dit ook niet allemaal zelf uitgevonden; we hebben zaken die werken in andere landen overgenomen. Daar zijn we nu mee begonnen. Ik zeg eerlijk dat ik het soms ook anders zou willen. Ik zou graag de prijs publiceren. Als ik echter een afweging moet maken tussen niet-publiceren en publiceren waardoor het middel niet toegankelijk is voor de patiënt, kies ik voor de patiënt. Je kunt ook een andere keuze maken, maar dan onthoud je de patiënt dat medicijn. Dan gaat het middel bovendien uit het pakket, want ik wil wel vasthouden aan de kosteneffectiviteit anders wordt het pakket tot een feestpakket, niet voor de premiebetaler maar wel voor degenen die er allemaal iets in willen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Wat kan samenwerking met de Europese collega's hierin betekenen?

Minister **Schippers**: We voeren hierover al overleg met de Europese collega's. We leren van elkaar.

De **voorzitter**: Dit wordt al uw derde interruptie.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik bedoel of er gezamenlijk opgetrokken wordt.

Minister **Schippers**: Tja, dat proberen we al jaren, maar dat is dus onmogelijk. Van elkaar leren kan gelukkig wel.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De minister vindt dat de prijs vertrouwelijk moet blijven om een lagere prijs te kunnen krijgen dan andere landen. Dat maakt dat het middel aantrekkelijk is. Dit weegt ook mee in de voorwaardelijke toelating. Hoe voorkom je dat de prijs alsnog omhooggaat wanneer het middel eenmaal is toegelaten? Maak je daarover ook afspraken? Spreek je af dat de prijs blijft staan, zodat de fabrikant niet in een later stadium kan zeggen dat hij de eerder gegeven korting terug wil verdienen door de prijs alsnog te verhogen?

Minister **Schippers**: Ten eerste is de tijd langer, dus kunnen er andere middelen op de markt komen. Hierdoor krijg je een gezondere situatie. Ten tweede blijft kosteneffectiviteit altijd een criterium. Een fabrikant heeft er dus niets aan om te doen wat mevrouw Voortman suggereert.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Eenmaal toegelaten zal een middel echter niet snel meer uit het pakket worden uitgehaald. Een fabrikant heeft er dus belang bij om in de eerste fase de prijs laag te houden, omdat wanneer een middel eenmaal is toegelaten, het heel moeilijk is om het er weer uit te halen. Hoe zorgt de minister dat zij daar de controle op houdt?

Minister **Schippers**: De algemene regel is dat een prijsverandering effect kan hebben op de afweging of het middel in het pakket blijft. Hetzelfde geldt voor de vraag of iets kosteneffectief is. In de praktijk zie je een omgekeerde beweging dan die mevrouw Voortman beschrijft, namelijk een prijsverlagende beweging in plaats van een prijsverhogende. Een geneesmiddel wordt vaak aan het begin hoger in de markt gezet en wordt dan na verloop van tijd goedkoper.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik wil nog even doorgaan op het punt van mevrouw Voortman. Haar vraag is wat mij betreft terecht. In de situatie waarin de minister nu zit, maakt zij de prijsafspraken. Die prijsafspraken zijn niet inzichtelijk voor de zorgverzekeraars. Ik neem aan dat het de bedoeling van de minister is dat wanneer de periode van de voorwaardelijke toelating na vier jaar is afgelopen, zij niet langer de prijs bepaalt maar de zorgverzekeraars dat doen. Die gaan in dat geval met nul informatie die onderhandelingen in. Hoe kunnen wij erop vertrouwen dat zij dezelfde mooie prijs voor elkaar krijgen die de minister eerder voor elkaar kreeg? Hoe kunnen we erop vertrouwen dat de fabrikanten op dat moment niet stiekem de prijs omhoog gooien? Natuurlijk gaan we uit van de beste bedoelingen van de fabrikanten, maar ook zij moeten hun geld verdienen.

Minister **Schippers**: Dit is natuurlijk een nieuwe situatie, en dan zijn er altijd heel veel vragen te stellen. De zorgverzekeraars gaan het zeker overnemen, in ieder geval zodra er meer aanbieders zijn. Bij de antistollingsmiddelen zal dat het geval zijn. De overheid grijpt alleen in als de markt het niet kan. In andere gevallen heb ik een natuurlijk vertrouwen dat de markt lagere prijzen en een betere kwaliteit kan bedingen dan de overheid. We hebben het natuurlijk over zeer innovatieve geneesmiddelen, die zich richten op zeer ernstige ziekten en waarvoor geen concurrentie bestaat. Ze hebben dus een heel speciale positie. Anders had ik helemaal niet in hoeven grijpen namens de overheid.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dit is inderdaad nieuw beleid van de minister. In dat beleid is het een punt van aandacht hoe je omgaat met prijsvorming op het moment dat de medicijnen definitief worden toegelaten tot het pakket. Ik snap dat de minister op dit moment nog niet definitief kan zeggen hoe er wordt gegarandeerd dat dezelfde lage prijs wordt bedongen, maar ik zou het op prijs stellen als de minister dit punt in de verdere beleidsvorming meeneemt.

Minister **Schippers**: Ik wil één ding heel helder stellen en hier ook meteen gezegd hebben: de kosteneffectiviteit blijft bij een vaste toelating altijd gelden. Sterker nog, het CVZ is bezig met het doorlichten van de pakketten op kosteneffectiviteit, doelmatigheid en therapeutische meerwaarde. Het is niet zo dat wanneer je middel eenmaal in het pakket zit, je kunt vragen wat je wilt.

De arrangementen die wij maken, kan ik ook toepassen bij nieuwe geneesmiddelen die leiden tot extreem hoge meerkosten. Dat kan bij directe opname in het pakket. Onlangs heb ik een prijs-volumeafpraak gemaakt met fabrikanten van de nieuwe antistollingsmedicatie als voorwaarde voor opname in het pakket. Er staan bovendien nog meer pilots op de rol waarmee we bekijken hoe deze instrumenten structureel ingebed kunnen worden bij pakkettoelating en bij het prijsbeleid van nieuwe, dure geneesmiddelen. Dit is dus echt een bijzondere tak van sport.

Ik noemde zojuist al het prijs-volumearrangement dat ik afsloot voor nieuwe antistollingsmiddelen. Voorwaarde voor mijn vergoedingsbesluit was behalve een prijsarrangement ook waarborgen voor goed gebruik van deze middelen. Dat heb ik in mijn brief al toegelicht. Antistollingsmiddelen zijn niet zonder risico's, maar dat geldt zowel voor de bestaande

antistollingsmiddelen als voor de nieuwe. 20% van de aan geneesmiddelen gerelateerde ziekenhuisopnames komt voort uit incidenten met de klassieke antistollingsmiddelen. Daarom is het goed dat alle partijen die zijn betrokken bij de antistollingsbehandelingen een zorgstandaard hebben opgesteld. Deze heeft tot doel, de ketenzorg bij de bestaande, klassieke trombosezorg te versterken en te verbeteren met als gevolg minder fouten en betere uitkomsten.

Bij de markttoelating van nieuwe geneesmiddelen hebben de registratieautoriteiten goed gekeken naar de risico's. Bij de toelating worden de risico's van het gebruik afgewogen tegen de baten van de behandeling, in dit geval het voorkómen van onder andere herseninfarcten als gevolg van stolsels bij hartpatiënten. Na de toelatingen op de markt, waarnaar de deskundigen van de EMA in Londen alsmede de deskundigen van het CBG hier in Nederland hebben gekeken, hebben onze deskundigen van het CVZ allemaal positief geadviseerd over vergoedingen. Ik heb er dus drie instanties bij betrokken. Je moet er echt wel voor hebben doorgeleerd. Je moet echt superdeskundig zijn, wil je hierover kunnen oordelen. Het betreft professoren en farmacologen, mensen die veel verstand van de materie hebben. Zij bekijken of de kosten opwegen tegen de baten. Zij doen dat omdat zij de nieuwe middelen mogelijk juist veiliger achten dan de bestaande.

Omdat ik mij bewust ben van de risico's, heb ik vorig jaar, na registratie van de middelen en nadat deze drie instanties al hadden gezegd dat zij positief adviseerden over vergoeding, voor de zekerheid ook de Gezondheidsraad nog om advies gevraagd. Dat is dus het vierde college dat over deze kwestie heeft geadviseerd. De Gezondheidsraad adviseerde positief, onder voorwaarde dat de middelen goed worden gebruikt en dat er nader onderzoek wordt uitgevoerd. Ik kan de heer Van Gerven geruststellen: er wordt nader onderzoek uitgevoerd, namelijk door ZonMw. ZonMw kijkt bij welke patiënten de middelen wel werkzaam zijn en bij welke niet. Ook worden de bijwerkingen geregistreerd bij het Lareb. Daarom heb ik gewacht met mijn vergoedingsbesluit en eerst de betrokken beroepsgroepen, conform het advies van de Gezondheidsraad, om een leidraad voor een zorgvuldige introductie gevraagd. Die leidraad is er nu. Nu kan de vergoeding ingaan, ruim een jaar na markttoelating. Het is dus niet halsoverkop gebeurd en het is niet gebeurd omdat de industrie het zo graag wilde. Het is gebeurd omdat vier colleges van deskundigen het mij hebben geadviseerd.

Ik heb er ook voor gezorgd dat de middelen alleen worden vergoed als de voorschrijver volgens de leidraad handelt. De zorgverzekeraars moeten daarop toezien. Als de voorschrijvers niet handelen volgens de leidraad, mogen de middelen niet vergoed worden. Het is van groot belang dat artsen die bezorgd zijn over de nieuwe middelen de nieuwe leidraad strak volgen en bijwerkingen melden bij het Lareb. De leidraad schrijft onder andere voor dat bestaande patiënten die goed zijn ingesteld op de klassieke middelen, vooral niet moeten worden overgezet op de nieuwe middelen. Als artsen zich daaraan houden, kunnen zij dus ook hun zorgen beperken; het gaat dan immers alleen om patiënten die niet goed zijn ingesteld en bij wie de huidige middelen niet goed werken.

Ik heb ZonMw gevraagd om vervolgonderzoek te laten doen, conform het advies van de Gezondheidsraad. Dit wordt opgepakt met de beroepsgroepen. Het is van belang dat de nieuwe middelen in de praktijk goed worden gemonitord. Dat is wat het Lareb en het CBG doen. Zij hebben een intensief programma voor de NOAC's opgesteld. Prima dat de middelen beschikbaar zijn en worden vergoed, maar dit moet wel gebeuren met de nodige zorgvuldigheid en waarborgen. Het is in mijn ogen echter niet verstandig om patiënten deze middelen te onthouden door voorbarige conclusies te trekken die recht ingaan tegen de advisering van al deze colleges.

De **voorzitter**: Als de minister klaar is met dit punt, zijn er een aantal vragen. Mevrouw Voortman is als eerste aan de beurt, daarna is de beurt aan de heer Van Gerven.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Al die colleges hebben voorwaarden aan de toelating verbonden, zoals de minister ook zegt. Echter, aan die voorwaarden is nog niet helemaal voldaan. Sterker nog, de minister zegt zelf al dat ze vervolgonderzoek laat doen. Waarom dan toch al nu instemmen met die vergoeding, waarom wacht de minister niet het vervolgonderzoek af?

Minister **Schippers**: Er is wel voldaan aan de voorwaarden. Een van de adviezen van de Gezondheidsraad was om het wel te vergoeden maar ook vervolgonderzoek te doen. Dat is precies wat ik doe. Natuurlijk moet je het monitoren. Het wordt gemonitord en er is een leidraad. Er zitten allerlei voorwaarden aan vast en aan die voorwaarden is voldaan.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dit zijn allemaal zaken die we ook kunnen lezen in de brief van 13 november van de minister. Ze heeft echter op 19 november een brief ontvangen van Zorgverzekeraars Nederland, waarin staat dat nog steeds niet is voldaan aan allerlei voorwaarden. Klopt deze informatie van Zorgverzekeraars Nederland niet en wordt er dus onjuiste informatie aan het ministerie verstrekt? Of klopt de informatie wel, maar wil de minister toch doorgaan met de vergoeding? Hoe duidt zij in dat geval de informatie in de brief van 19 november?

Minister **Schippers**: De zorgverzekeraars hadden meer tijd willen hebben, maar ik heb de adviezen van de genoemde instellingen opgevolgd. Ik heb er niet eigenhandig in zitten winkelen.

De heer **Van Gerven** (SP): Het middel Vioxx was ook geregistreerd. De stelling van de minister dat een geregistreerd middel veilig is, is dus niet houdbaar. De veiligheid van een middel zal altijd moeten blijken uit de praktijk. Dit ter inleiding.

Dan mijn concrete punt. Ik wil een gewetensvraag stellen. De Gezondheidsraad zegt dat er twijfels bestaan over de veiligheid van de nieuwe antistollingsmiddelen. Zou de minister een middel gebruiken als er twijfel bestaat over de veiligheid ervan?

Minister **Schippers**: U citeert steeds, maar wel slechts van een bepaalde bladzijde. Dat is heel lastig discussiëren. De Gezondheidsraad heeft mij positief geadviseerd, maar heeft wel een aantal voorwaarden opgesomd waaraan voldaan zou moeten worden. Weet u wat ik vind? Ik vind het zeer onverstandig en gevaarlijk als politici die er niet voor zijn opgeleid – met permissie: u bent huisarts, ook u bent niet opgeleid als farmacoloog – eigenstandig oordelen hebben hierover. Daarvoor hebben wij de genoemde colleges. Daarvoor heb ik de genoemde adviseurs aangesteld. Het is niet zo dat de ene adviseur voor is en de andere tegen. Integendeel, zij hebben allemaal in dezelfde richting geadviseerd. Natuurlijk, als ik als niet-deskundige een en ander lees, denk ik: nou, dat is wel een risico. Maar vervolgens lees ik wat er met de huidige antistollingsmiddelen allemaal fout gaat en krijg ik het ook warm. Ook aan die middelen kleefte namelijk een risico. Zo gaat dat met geneesmiddelen, daar kleven vaak grote risico's aan. Ik vind dat ik als politicoloog geen oordeel moet hebben over een middel waarvan ik geen verstand heb. Daar heb ik al die colleges voor. Ik heb bovendien niet alleen op de gangbare adviseurs vertrouwd, maar ook nog de Gezondheidsraad om een extra advies gevraagd. Ik vind dat ieder zijn eigen verantwoordelijkheid heeft. Mijn taak is het om alle adviezen grondig te wegen en vervolgens verstandig beleid in te voeren. Ik denk dat ik dat conform die adviezen heb gedaan.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat heeft de minister niet gedaan, want de Gezondheidsraad bepleitte een veel voorzichtiger introductie dan wat de minister heeft toegestaan. Aan de voorwaarde van de introductie wordt niet voldaan. De leidraad is niet op orde, niet gekwalificeerd en niet gevalideerd. Ook heeft hij geen rechtskracht, want een leidraad is niets. De leidraad wordt bovendien niet door iedereen onderschreven. Het is niet voor niets dat professor Schalij, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie – en dus niet de politicus Van Gerven, die het overigens wel eens is met de heer Schalij – heeft gezegd dat we het op dit moment niet moeten doen. Ik neem het de minister een beetje kwalijk dat zij wegkijkt van de potentiële risico's. Er is bovendien geen medische noodzaak om die middelen nu op deze massale schaal te introduceren. Waarom komt er geen onderzoeksopzet waarin de keuze of men wil meedoen met het gebruik van nieuwe medicijnen met een potentieel risico wordt gelaten aan de patiënt? Dat zou een eerlijker en juist standpunt zijn. Wil de minister op haar schreden terugkeren en een beperktere introductie voorstaan, geprotocolleerd en met een Nederlands onderzoek waarin de resultaten van de nieuwe middelen versus de traditionele met elkaar vergeleken worden?

Minister **Schippers**: Het is lastig discussiëren, want u begint uw betoog met een aantal stellingen die ik onwaar, onjuist of nogal slordig vindt, mijnheer Van Gerven. Daar begint het al mee. Bovendien is de voorzitter van de Vereniging voor Cardiologie ook de voorzitter van de groep die de leidraad heeft opgesteld. Hij heeft gezegd dat het ingevoerd kan worden als de leidraad is geïmplementeerd. Wij hebben gezegd dat de zorgverzekeraars moeten toezien dat er volgens de leidraad wordt gehandeld en dat er anders niet wordt vergoed. We hebben dus strakke afspraken gemaakt, die ervoor zorgen dat de leidraad niet vrijblijvend is. Als de leidraad niet wordt gevolgd, krijg je geen vergoeding. Met andere woorden: men moet de leidraad volgen. Naast de leidraad is er ook een zorgstandaard. Iedereen die in de zorg werkt, wordt geacht zich daaraan te houden. Ik vind het heel lastig discussiëren als u steeds van alles en nog wat insinueert of slordig citeert en daarmee beelden schetst die niet de mijne zijn. Laat ik het zo voorzichtig maar zeggen.

De **voorzitter**: Nog één keer.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wordt een beetje uitgedaagd.

De **voorzitter**: Dat doet u zelf ook.

De heer **Van Gerven** (SP): Het hoort bij het debat, ik vind het niet erg. Het Lareb constateert mogelijk acht doden ten gevolge van de nieuwe middelen. Dat is ongehoord veel. Dat is zeer zeldzaam in de Nederlandse situatie. Is de minister niet bang dat ze bezig is met Russische roulette en dat zij over een halfjaar of een jaar moet zeggen: hadden we het maar niet op deze manier gedaan? Het voorzorgsprincipe is een groot goed in de gezondheidszorg.

De **voorzitter**: Nog één keer de minister op dit punt.

Minister **Schippers**: Daarom vind ik ook dat je niet rücksichtslos zomaar iets moet invoeren maar dat je je gedegen moet laten voorlichten door mensen die er daadwerkelijk verstand van hebben. Dat heb ik gedaan. De heer Van Gerven zegt dat er mogelijk acht doden zijn gevallen. Al die gevallen zijn dus niet verklaard uit het gebruik van het geneesmiddel. Hij moet ook kijken naar de huidige middelen en het aantal mensen dat overlijdt op basis van de huidige middelen. Ik vind dat je dit soort dingen echt grondig moet doen en ik ben van mening dat we het echt grondig

hebben gedaan. We hebben ons grondig laten adviseren. We hebben het niet zomaar ingevoerd, maar omkleed met waarborgen zoals een zorgstandaard en een leidraad. Die leidraad is bovendien niet vrijblijvend; zonder het volgen ervan krijg je het geneesmiddel niet vergoed. Er moet strak gemonitord worden. Het Lareb heeft een monitoringsprogramma en ZonMw voert een programma uit dat zich vooral richt op de plaatsbepaling van dit medicijn, zoals geadviseerd door de Gezondheidsraad. Ik vind dat wij het grondig en deugdelijk aanpakken. En ja, medicijnen zijn in principe gif en gebruik ervan kan helemaal verkeerd uitpakken. Er zitten allerlei risico's aan. Medicijnen zijn er echter ook niet voor niets. Ik vind daarom dat we het heel strak moeten begeleiden.

Voorzitter. We hebben het bij de behandeling van de begroting allemaal over verspilling gehad. Willen we de zorg voor de lange termijn betaalbaar houden, dan moet verspilling worden voorkomen. Alles wat wordt weggegooid of verkeerd gebruikt, is zonde van het geld. Het is de verantwoordelijkheid van iedere betrokkene in het zorgveld om zorgvuldig om te gaan met zorg. Zoals ik vorige week bij de begrotingsbehandeling heb toegezegd, zal ik een platform verspilling inclusief een meldpunt oprichten, onder voorzitterschap van het ministerie van VWS. In dat platform moeten alle zorgpartijen zitten. Een goed voorbeeld van het tegengaan van verspilling is het winnende concept van 2011, het sealen. Dat is nu ontwikkeld. Voor dergelijke zaken heb je altijd tijd nodig, vandaar dat er een jaar overheen is gegaan. Nu is het zaak dat het daadwerkelijk wordt toegepast. Daar moet de KNMP op toezien, nadat er natuurlijk eerst onderling over gesproken is. Het is belangrijk dat in het platform verschillende partijen zitten die elkaar kunnen aanspreken: wij hebben iets bedacht, waarom wordt dat niet toegepast, zijn daar argumenten voor, waar zitten de hobbels, wie kan die hobbels oplossen? Dat is de bedoeling van het platform. Het platform is ook heel praktisch. Het heeft geen ingewikkelde structuren, men zal elkaar gewoon praktisch aanspreken op wat er gemeld wordt en op wat men ziet. Het is de plek voor suggesties hoe verspilling tegen te gaan maar ook voor afspraken wie welke rol oppakt en wanneer wie welke resultaten presenteert.

Ik heb deze zomer een enquête gehouden onder zorgverleners die specifiek gericht was op de verspilling van genees- en hulpmiddelen. Daaruit bleek dat er heel veel verspilling voorkomt door het gedrag van patiënten en voorschrijver en in de communicatie tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverlener en patiënt. Ook therapietrouw is belangrijk in het kader van het tegengaan van verspilling. Er is onderzoek gedaan naar dit onderwerp en we hebben er een groot congres over gehad in oktober. Er is gekeken wat het zou opleveren als iedereen zijn medicijnen op het juiste moment en de juiste manier inneemt. Men kwam uit op enorme bedragen. Er werd zojuist 100 miljoen genoemd, maar die bedragen waren nog een tikkeltje groter. Ik weet niet of we ons daar geheel aan moeten vasthouden, maar ik denk wel dat therapietrouw niet alleen kosten bespaard, maar ook de patiënt erg ten goede komt.

Geneesmiddelen werken immers veel beter als er op de juiste wijze mee wordt omgegaan. Ook op dit punt moeten we elkaar aanspreken op de vraag hoe we het gaan verbeteren en welke afspraken we daarover maken. Bovendien moeten we elkaar houden aan die afspraken. We hebben het bij de begrotingsbehandeling ook gehad over hergebruik. In januari zal ik de Tweede Kamer verder informeren over de uitkomsten van de enquêtes op dit punt, mijn plan van aanpak, de manier waarop we het platform concreet gaan inrichten en wat de Kamer daarvan kan verwachten. Dan geven we dus handen en voeten aan wat we vorige week hebben afgesproken.

Ik kom op de vragen van de leden. Verschillende leden hebben mij gevraagd of een medicijn dat in het pakket zit daar gemakkelijk weer uit te halen is. We hebben het er al een beetje over gehad. Ik denk dat dit in de praktijk het moeilijkste punt zal worden. Indien we dit niet voor elkaar

krijgen, kunnen we de tijdelijke toelating simpelweg niet volhouden. Dan ga je immers op de loop met je eigen criteria. Het kan een enorm emotioneel en beladen onderwerp zijn. Dat hebben we deze zomer gezien, toen er een conceptadvies – uitdrukkelijk een conceptadvies, niet het definitieve advies – lag van het CVZ over medicijnen tegen de ziekte van Pompe en de ziekte van Fabry. We moeten ons er allemaal van bewust zijn dat wanneer we het niet kunnen realiseren, we met elkaar moeten kijken hoe we het dan gaan doen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik heb aan de minister gevraagd wanneer dat moment gekomen is. Hoe lang kijk je hoe het systeem van voorwaardelijke toelating werkt? Ik ben overigens een voorstander van dat systeem, om de redenen die de minister eerder al noemde. Hoe communiceer je met de patiënten die, zoals in geval van de ziektes van Pompe en Fabry, deze medicijnen nu krijgen maar geconfronteerd kunnen worden met een situatie waarin ze die niet meer kunnen krijgen? Laten we het eigenlijk vooral niet over deze uitzonderingen hebben, want die zijn natuurlijk een verhaal apart. Het gaat natuurlijk om veel meer medicijnen.

Minister **Schippers**: Ik vind het jammer wat er gebeurd is. Enerzijds gaf het conceptadvies aanleiding tot heel veel emoties, zorgen, tranen, verdriet en angst terwijl er later een advies kwam dat er geheel anders uitziet. Anderzijds wil je juist dat de veldpartijen worden geconsulteerd, zodat bijvoorbeeld ook de beroepsgroep die het middel voorschrijft, input kan leveren, aan de bel kan trekken als het conceptadvies over zaken heen kijkt en kan vertellen hoe het veel beter kan. Als we geen mogelijkheid creëren voor zo'n consultatie, heeft het veld geen inspraak en kunnen we geen verbeterd advies krijgen. We zitten dus alweer met een dilemma. We zullen gezamenlijk moeten bekijken hoe we dit op een betere manier kunnen aanpakken, zodat zoiets niet meer zomaar in het nieuws wordt geknald waarna patiënten die wel baat hebben bij het medicijn zich werkelijk een hoedje schrikken en zich afvragen wat het advies voor hen betekent. Ik ben het helemaal met mevrouw Dijkstra eens dat we hier goed naar moeten kijken. Over het algemeen zijn patiënten heel erg voor dit systeem, want eerder toegang tot. Deze uitstroom geeft echter allerlei onrust. We moeten dus niet alleen dit beleid verder ontwikkelen maar ook kijken hoe we het uitstromen en adviseren zo vormgeven dat we zo min mogelijk onnodige onrust krijgen. Dan kom ik aan het punt van de heer Van Gerven over de dienstapothek. We hebben geen afstandscriterium vastgesteld maar wel een tijds criterium van 45 minuten. Dit is conform het beleid bij ziekenhuizen. De heer Van Gerven vraagt ook hoe ik ervoor zorg dat zorgverzekeraars apotheken contracteren tegen een kostendekkend tarief. Er zijn al toezichthouders die toezicht houden op het stelsel zoals dat nu werkt. De NZa en de Inspectie voor de Gezondheidszorg houden toezicht en de zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Zij moeten dus farmaceutische zorg contracteren, niet alleen tussen 9 uur en 17 uur maar ook voor de avond-, nacht- en weekenddiensten. Zij hebben die zorgplicht. De NZa ziet toe op de contractering, bekijkt of er aanmerkelijke marktmacht is en of het netjes verloopt. De IGZ ziet toe op de kwaliteit van die dienstverlening. Ik heb geen directe rol binnen dit stelsel. We zitten echter in een nieuw systeem, met vrije prijzen en nieuwe producten en daarom vind ik het plezierig om de vinger aan de pols te houden, met de verkenners te bekijken hoe het er kwalitatief voorstaat en met de NZa-scan te kijken hoe het er cijfermatig voorstaat. Omdat het een overgangperiode betreft, houd ik een vinger extra aan de pols, maar in principe moet het systeem zoals we dat in elkaar hebben gezet, werken. De invulling van avond- nacht- en weekendzorg kun je op verschillende manieren vormgeven. Apothekers zijn zelf verantwoordelijk voor de manier waarop zij dat doen. Zij kunnen het zelf doen, ze kunnen het

uitbesteden aan een andere openbare apotheek of ze kunnen het doen via een dienstapotheek. Er is geen verplichting voor zorgverzekeraars om één model hiervan te contracteren. Zij mogen het zelf bezien.

Er is gevraagd hoe de medicatie review wordt ingekocht. Ik vind dat er gekeken moet worden of er überhaupt wordt ingekocht. De informatie die wij in februari krijgen, moet ons daar een beter beeld over geven, ook over wat de ideeën erover zijn bij de verschillende partijen.

Mevrouw Bruins Slot wil weten hoe groot het beslag is van de geneesmiddelen op de academische component. Ik heb daarover geen gegevens. Het betreft hier overigens experimentele toepassingen van geneesmiddelen. Het is dus echt academisch. Het gaat om studies waarvoor strenge medisch-ethische randvoorwaarden gelden om de veiligheid te kunnen waarborgen.

Het CVZ stelt extra eisen in vergelijking met het CBG, omdat het CVZ de therapeutische meerwaarde ten opzichte van een standaardtherapie moet beoordelen. Dat is dus een andere beoordeling dan die het CBG doet. Het CVZ moet ook rekening houden met de kosteneffectiviteit. Zij doen dus echt ander onderzoek.

Wij hebben de laatste tijd geen extra eisen geformuleerd noch zijn er andere extra eisen bij gekomen. De beoordeling van geneesmiddelen is over het algemeen wel lastiger geworden, omdat de middelen vaker voor kleinere patiëntengroepen bestemd zijn en er sprake is van veel meer onzekerheden in de onderbouwing van de meerwaarde. Dat is een nieuw probleem van deze tijd. Dit heeft in een aantal gevallen geleid tot langere procedures. Dat geldt niet voor alle middelen, maar zeker wel voor middelen voor kleine, specifieke patiëntengroepen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat laatste hoor ik ook terug met betrekking tot de specialised medicines. Het is een veel lastiger traject geworden. Ik krijg ondertussen ook signalen dat het CVZ minder capaciteit heeft gekregen om die beoordeling te kunnen maken. Dat lijkt me lastig, zeker gezien het feit dat ik net van de minister hoorde dat de werkzaamheden toegenomen zijn.

Minister **Schippers**: Er is niet bezuinigd op de capaciteit van het CVZ. Dat is een misvatting. Er is wel geconstateerd dat het CVZ onvoldoende capaciteit heeft om alle beoordelingen op tijd af te krijgen. Het is complexer en er is ook sprake geweest van een piek. Er is dus wel een capaciteitsprobleem, daar heeft mevrouw Bruins Slot gelijk in, maar dat wordt niet veroorzaakt door de bezuinigingen maar door de complexiteit. Sterker nog, het CVZ heeft de afgelopen jaren extra capaciteit gekregen. Momenteel kijken we wel of de procedures kunnen worden versimpeld en versneld. Ik vind het belangrijk dat wanneer je een termijn afspreekt, je ook probeert om je daaraan te houden. Dat lukt nu niet dus moeten we kijken hoe het wel kan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is een goed initiatief om iets te doen aan het capaciteitstekort. Wanneer verwacht de minister hier meer duidelijkheid over te hebben?

Minister **Schippers**: Uit ervaring weet ik dat er al langere tijd geworsteld wordt met dit probleem, vanwege de toename van de complexiteit. Ik kan de Kamer op de hoogte houden van de ontwikkelingen en van de vraag of we succesvol zijn met de versimpeling.

Voorzitter. Mevrouw Bruins Slot heeft de vraag gesteld wat ik ervan vind dat er na de overheveling van de TNF-alfablokkers om financiële redenen wordt geswitcht. Dit punt stond in de tussentijdse rapportage van de Stichting EGV, die ik de leden gisteren heb toegestuurd. Excuses voor die korte termijn, maar ik had de rapportage zelf ook pas gisteren ontvangen. Uit het rapport blijkt dat patiënten om financiële redenen switchen. De

beroepsgroep vindt dat niet wenselijk en zegt dat er een medische reden moet zijn. De voorschrijvers dienen zich te houden aan de richtlijnen van de eigen beroepsgroep. Uit de rapportage van de Stichting EGV volgt dat bij een grote meerderheid van de patiënten het switchen gebeurde hetzij om medische redenen, hetzij vanwege een voorkeur van de patiënt zelf en dat er bij 5% van de patiënten een andere reden was. De verantwoordelijkheid ligt bij de voorschrijver. In principe ga ik ervan uit dat switchen op een verantwoordelijke manier plaatsvindt, maar ik heb wel gezegd dat ik dit signaal zal opnemen met de veldpartijen. Als er iets gebeurt wat je niet wenselijk acht, moet je de vinger op de zere plek leggen.

Veel leden hebben vragen gesteld over het offlabelgebruik van TNF-alfa-blokkers. De Stichting EGV schrijft in haar tussentijdse rapportage dat de financiering van offlabelgebruik als knelpunt naar voren komt, met name offlabelgebruik bij zeldzame indicaties. Er waren in eerste instantie geen aparte betaaltitels, add-on's, gemaakt voor dergelijk zeldzame indicaties. Dat betekende niet dat er geen aanspraak meer op zou zijn. In principe bestaat de mogelijkheid voor zorgverzekeraars en ziekenhuizen om hier apart afspraken over te maken. In de praktijk blijkt dat niet altijd te gebeuren. Om die reden is nu in overleg met de NZa besloten om de add-onomschrijving aan te passen. Voor een aantal TNF-alfablokkers wordt een uitzondering gemaakt voor het offlabelgebruik bij zeldzame indicaties. Voor alle offlabelindicaties waarvoor in het GVS volgens de regelgeving aanspraken bestonden, kan vanaf 1 januari 2013 gebruik worden gemaakt van een add-on voor de financiering. Velen van u hebben daarom gevraagd.

De heer Mulder vraagt waarom prestaties niet worden ingekocht. Ik wil daar pas een oordeel over geven na de analyse van de verkenners.

De **voorzitter**: Voordat u verdergaat, waarschuw ik de collega's en de mensen op de tribune dat over een kwartier een bel langdurig zal gaan. Dat betekent dat de leden worden geacht te stemmen. Dan schorsen we dit AO.

Minister **Schippers**: Ik ga wat sneller praten, voorzitter, misschien zijn we dan al klaar.

Er is gevraagd naar een apart potje voor geneesmiddelen tegen de ziektes van Pompe en Fabry. Het CVZ heeft geadviseerd om deze geneesmiddelen op een andere manier te financieren, buiten de Zorgverzekeringswet om. Ik heb al gezegd dat ik dat advies nog ga bestuderen. Ik voel met u mee, zeg ik maar bij voorbaat. Ik ga het nog bestuderen, misschien zijn er nog argumenten die ik heb gemist.

Dan kom ik te spreken over de visie op de apotheker: is deze zorgverlener of distributeur? Ik ben van mening dat de apotheker een farmaceutisch zorgverlener is. Daar is hij voor opgeleid en daar ligt zijn toegevoegde waarde. Dat is een belangrijk argument voor het overgaan naar het nieuwe systeem van 2012. We willen dit zo daadwerkelijk veel meer op de voorgrond krijgen.

Mevrouw Voortman wil weten of ik bereid ben om beïnvloeding van artsen te onderzoeken en te ontmoedigen. Reclame voor geneesmiddelen gericht op artsen is mogelijk, als deze reclame binnen de kaders van de Geneesmiddelenwet blijft. De inspectie houdt toezicht op deze regels en onderzoekt deze vormen van beïnvloeding. Bij twee recente onderzoeken heeft zij geen misstanden gevonden. Daarnaast is er een rol voor de zelfregulering, die voor dit soort zaken een gedragscode heeft. De samenwerking tussen de inspectie en de zelfregulering verloopt goed. Dat is ook de reden dat ik geen separaat onderzoek instel. Bovendien is er net een steekproef gedaan. De regels voor interactie tussen artsen en industrie worden steeds verder uitgewerkt en verduidelijkt. Dat komt de naleving van de reclameregels ten goede.

Mevrouw Voortman merkt op dat een goede medicatieoverdracht gewaarborgd moet zijn bij de overhevelingen van de medicijnen naar ziekenhuizen. Een adequate medicatieoverdracht is inderdaad essentieel voor een goede overheveling. De openbare apotheken moeten op de hoogte zijn van de middelen die door het ziekenhuis zijn voorgeschreven en ziekenhuizen moeten op de hoogte zijn van het actuele medicijngebruik van de patiënt. Dit is een veelvoorkomende informatiestroom in de gezondheidszorg, die ook speelt wanneer iemand naar het ziekenhuis gaat, uit het ziekenhuis komt of bij een andere zorgverlener zit. De aanwezigheid van een elektronisch medicatiedossier is geen noodzakelijke voorwaarde voor een goede overdracht. Het helpt wel enorm als je in een dossier kunt zien wat een ander heeft voorgeschreven. De veldpartijen zijn zich bewust van het belang van de medicatieoverdracht tussen ziekenhuis en openbare apothekers. In het handboek dat voor de ziekenhuizen is geschreven door de koepelorganisaties van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Nederlandse Vereniging van ziekenhuisapothekers (NVZA) en de Nederlandse Vereniging voor Poliklinische Farmacie (NVPF) staat hoe de medicatieoverdracht in de praktijk kan worden gerealiseerd, met of zonder elektronisch medicatiedossier. Om de situatie na de overheveling van de oncolitica en de groeihormonen te kunnen monitoren, heb ik de Stichting EGV gevraagd om deze monitor uit te breiden met specifieke vragen over de medicatieoverdracht, zodat we de volgende keer daarover meer en explicietere informatie hebben. Er is gevraagd of wij aanzitten bij het overleg tussen zorgverzekeraars en apothekers. Dit overleg is momenteel niet heel erg vruchtbaar, zoals de leden in de kranten en in de brieven hebben kunnen lezen. Dat is een argument voor mij om het via de verkenner te doen. Er is ook gevraagd of ik met patiënten in dialoog ga over de voorwaardelijke toelating. Ik vind dit een apart aspect. Het gaat om de vraag hoe we specifiek omgaan met die patiënten en de uitstroom. Ik denk dat je dit met voorschrijvers en patiënten veel eerder en beter moet bespreken.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Hoe ziet de minister dat voor zich?

Minister **Schippers**: Ik weet in ieder geval hoe het niet moet, dat heb ik immers deze zomer gezien. Hoe het wel moet ... Ik heb al gezegd dat we dit aspect moeten meenemen als apart aandachtspunt wanneer we het beleid uitwerken. We moeten dan ook met het CVZ bespreken hoe we het zorgvuldig kunnen doen en hoe we ervoor kunnen zorgen dat patiënten en voorschrijvers al bij het conceptadvies worden betrokken, zodat we het echt op een andere manier kunnen aanpakken dan deze zomer gebeurde. Ik heb nog niet voor ogen hoe het specifiek moet, maar wel dat het anders moet.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Wanneer kunnen we daar meer duidelijkheid over hebben?

Minister **Schippers**: Zodra ik daar beter over uit ben, kom ik naar de Kamer toe.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): U snapt dat ik op zoek ben naar een datum of een maand of een ...

Minister **Schippers**: Ik wil dit ook bespreken met het CVZ, want daar ligt kennis van zaken over wat er deze zomer is gebeurd en over de vraag of dat in de toekomst te voorkomen is. Ik vind de consultatie namelijk wel heel belangrijk. Die wil ik niet overslaan. Ik noem een termijn van het einde van het eerste kwartaal van 2013. Ik wil dit onderwerp serieus

oppakken. Zo lang er nog geen uitstroom is, kan ik het ook serieus oppakken. Ik wil het goed doorspreken.

De **voorzitter**: Ik noteer deze toezegging.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Wij gunnen de minister alle rust en ruimte om het goed uit te werken, dus wat mijn fractie betreft hoeft er geen keiharde datum aan vast te worden gehangen. Wel willen we de garantie dat we weten hoe het zal uitwerken voordat we het uitrollen. We moeten weten waaraan we beginnen. Ik heb veel begrip voor alle argumenten voor en tegen, maar het moeilijke punt blijft dat er straks mensen zullen zeggen: het middel werkt voor mij maar de Kamer gooit het toch uit het pakket. Dat punt blijft altijd. Ik heb het liefst dat de minister het zorgvuldig overlegt en dat de Kamer weet waarvoor zij kiest. Desnoods doen we het via een aantal scenario's of dilemma's. Op die manier kiezen we heel bewust ergens voor. De politiek heeft er uiteindelijk een keuze in, wanneer er harde keuzes moeten worden gemaakt.

Minister **Schippers**: Maar uiteindelijk heeft de Kamer al groen licht gegeven voor dit systeem. Het gaat nu dus niet om het kiezen voor een tijdelijke toelating. Als mevrouw Bouwmeester zegt niet te weten of zij wel een tijdelijke toelating wil, gaan we een jaar terug. Dat moeten wij ons dan realiseren. Uiteraard kom je nieuwe dingen tegen als je nieuw beleid maakt. Dit specifieke aandachtspunt kwam afgelopen zomer opeens naar voren. Ik wist wel dat het een probleem zou zijn, maar het feit dat adviezen ook nog van elkaar kunnen verschillen in de conceptversie en de uiteindelijke versie, betekent dat je een nog ingewikkelder systeem krijgt. We hebben nu nog geen uitstroom, dus laat mij in die tussentijd bekijken hoe ik het beter kan organiseren. Met die betere voorstellen kom ik dan in het eerste kwartaal van 2013 bij de Kamer terug.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik wil het even scherp stellen. Als we het samen niet goed kunnen regelen, moet je heroverwegen of je wel op de goede weg zit. Dat is het punt. Daarom wil ik de minister het signaal meegeven: neem de tijd en de ruimte om te komen met een goed, afgewogen advies. Ik wil zo voorkomen dat we de minister te snel een deadline stellen zodat we geen goed advies krijgen.

Minister **Schippers**: Dat ben ik met u eens. Het gaat echter niet om een vluchtig genomen besluit. Het besluit is niet alleen in de Kamer genomen maar ook in het regeerakkoord opgenomen. Er zitten namelijk grote voordelen voor patiënten aan deze nieuwe financiële arrangementen. Zij krijgen immers toegang tot medicijnen waarvoor geen alternatief bestaat, zeker bij de weesgeneesmiddelen waarover we het nu hebben. Ik heb het niet over de uitbreiding van de andere geneesmiddelen, hoewel die ook is afgesproken. Het gaat vrijwel altijd over ernstig zieke mensen. In het geval van de ziekte van Pompe en de ziekte van Fabry gaat het over mensen die echt heel erg ziek zijn. Ik zeg toe dat ik bij de Kamer terugkom met een uitwerking van dit punt. Ik wil het ook goed bespreken met het CVZ, met een aantal beroepsgroepen en met mensen die hierbij betrokken zijn om van hen te horen hoe zij denken dat het beter kan.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ter verduidelijking: het zijn twee verschillende dingen. We hebben de situatie met de ziektes van Pompe en Fabry, die we nu netjes moeten afronden, en er ligt het punt van de mogelijke uitbreidingen, waar je voorwaarden aan moet stellen. De minister heeft dat nu toegezegd, dus daarmee zijn we tevreden.

Minister **Schippers**: Bij het advies over de ziekte van Pompe en de ziekte van Fabry zit ook de aanbeveling om met de fabrikant te onderhandelen, zodat het geneesmiddel in het pakket kan blijven. Dat is onderdeel van het advies.

Mevrouw Dijkstra heeft een vraag gesteld over de patiëntregistratie bij dure geneesmiddelen. Ik hecht er belang aan om het gebruik van patiëntregistraties bij dure geneesmiddelen, met name in de oncologie, echt van de grond te krijgen. Deze registraties maken het mogelijk om praktijkdata te verzamelen over de effectiviteit en de juiste toepassing van nieuwe, dure geneesmiddelen. Patiëntregistraties zijn nuttig voor het verbeteren van de behandelrichtlijnen en ze zijn nodig voor vervolgonderzoek naar de voorwaardelijke vergoeding van specialistische geneesmiddelen. Patiëntregistraties kunnen ook nuttig zijn voor het transparant maken van de kwaliteit van de zorg met deze geneesmiddelen, dus het richtlijnconform behandelen. Ik weet dat mevrouw Dijkstra hierover ooit een heel betoog in een motie heeft gehouden, dus haar hoeft ik niet te overtuigen in dezen.

Ik vind het wenselijk dat alle behandelingen met nieuwe, dure, specialistische geneesmiddelen via een registratie worden gevolgd. Ik heb geld beschikbaar gesteld aan ZonMw om een infrastructuur op te zetten voor een dergelijke registratie bij een aantal oncologische aandoeningen. Dit moet gebeuren in afstemming met medische oncologen, de Stichting DICA (Dutch Institute For Clinical Auditing) en het CVZ. Zij leggen nu de laatste hand aan een voorstel voor ZonMw voor het opzetten van die infrastructuur. Als het af is, zal het voorstel eerst worden voorgelegd aan ZonMw. Het is ontzettend belangrijk dat we uiteindelijk hiervoor een infrastructuur krijgen.

Inmiddels is via ZonMw, in samenwerking met alle partijen, al een melanoomregistratie opgezet. Deze maakt het mogelijk om de behandeling met alle nieuwe dure geneesmiddelen voor melanoom te volgen. Ook de data die vanwege voorwaardelijke vergoeding nodig zijn voor het CVZ worden in die registratie verzameld.

Mevrouw Dijkstra wil weten hoe snel ik ervoor kan zorgen dat er één barcoderingssysteem komt. Omdat de farmaceutische industrie een mondiale markt is, spreken we momenteel in internationaal verband over een barcoderegeling. Ik probeer in Europees verband te komen tot een gezamenlijk systeem. Het punt is dat daar veel tijd in gaat zitten.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik begrijp heel goed dat je dit internationaal moet regelen. Ik ben er wel bang voor dat dat heel veel tijd gaat kosten. De minister zegt op andere onderwerpen weleens niet te willen wachten tot Europa het regelt omdat Nederland al veel verder is. Het moet natuurlijk mogelijk zijn om een barcoderingssysteem in Nederland in te voeren. De industrie produceert voor Nederland medicatie waarbij bijsluiters in het Nederlands zitten. Je kunt je dus voorstellen dat je ook de barcodering alvast voor Nederland regelt.

Minister **Schippers**: Er is een Europese richtlijn over vervalsingen. Ik kom eerdaags met een voorstel op dit punt, want die richtlijn moeten we in Nederland implementeren. Deze richtlijn dwingt de Europese Unie tot snelheid. Aangezien we deze richtlijn binnen een jaar geïmplementeerd moeten hebben, zit de druk hier harder op dan op andere zaken. Ik kan hier een systeem op zetten, maar vanuit allerlei landen komen er in Nederland medicijnen binnen met een ander systeem. Het is een veel grotere markt dan Nederland alleen. Wij zijn maar een heel kleine markt. Er zit veel meer druk op dan op andere trajecten in de EU.

De **voorzitter**: Nog één keer, mevrouw Dijkstra.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik vind het belangrijk om vast te stellen dat als de minister zegt dat er grote druk op dit onderwerp zit, dat zou moeten betekenen dat het binnen een jaar geregeld kan zijn.

Minister **Schippers**: Het zou al op 1 juli 2013 geregeld moeten zijn. Ik weet niet of dat gaat lukken. Er zit hier een veel grotere druk op dan wanneer we het in Nederland voor onszelf opzetten, als dat al een verstandig idee zou zijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Begrijp ik goed dat de minister eerst overgaat tot implementatie van de Europese richtlijn over vervalsingen en dat de uniforme barcodering op de tweede plaats komt?

Minister **Schippers**: Nee, die barcodering is onderdeel van de richtlijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Kijk, dat werd mij niet duidelijk.

Minister **Schippers**: Zo gaan we het doen. Ik zal de Kamer erover rapporteren, dan kunnen we de vinger aan de pols houden. Ik moet de richtlijn zelf nog implementeren. Volgens mij ben ik er niet heel snel mee. Aan de richtlijn over vervalsingen zitten overigens wel enkele punten die mij zorgen baren, maar dat komt aan de orde als we de richtlijn in de Kamer bespreken.

Mevrouw Klever wil weten of de besparing op de TNF-alfablokkers wordt gehaald. Ik vind het te vroeg om daarover conclusies te trekken. Ik denk dat heel veel ziekenhuisapothekers begonnen zijn met, en hun meeste tijd hebben besteed aan, de zorginhoudelijke kant van de overheveling. Dat heeft de Kamer ook aan ze gevraagd. Er bestonden immers in het begin heel veel zorgen of het allemaal wel goed ging. Daarom werd de ziekenhuisapothekers gevraagd om op allerlei zorginhoudelijke aspecten te letten. Ik denk dat zij hun tijd met name daaraan hebben besteed. Dit kan ten koste zijn gegaan van het beleid op de zorginkoop. Ik heb bovendien nog geen cijfers beschikbaar over de stand van zaken in dezen. De belangrijkste reden voor deze overheveling is dat er dan eenduidige aanspraak is. Je stroomlijnt het via deze weg. Dat is de belangrijkste reden. Natuurlijk is het geld ook belangrijk, want iedere premie-euro kun je maar eenmaal uitgeven. Ik vind het nu nog te vroeg om heel hard over deze overheveling te oordelen, zeker ook omdat, zeker ook door de Kamer, dit jaar met name aan de apotheken is gevraagd om te letten op de zorginhoudelijke kant en te zorgen dat de patiënt geen last heeft van de nieuwe situatie.

Mevrouw Klever wil weten waarom er geen groei is van de TNF-alfaremmers. Is er een andere behandeling van reuma? Door opeenvolgende registratie-uitbreidingen was er voorheen een sterke groei. Die uitbreidingen vinden niet meer plaats, dus dat heeft effect op de groei. Het is gebruikelijk dat de groei van nieuwe geneesmiddelen op enig moment stabiliseert. Mocht er sprake zijn van onderbehandeling dan verwacht ik dat de monitoring van de Stichting EGV dat duidelijk laat zien. Wij monitoren dit stap voor stap en daarover rapporteer ik aan de Kamer. Hoe erg is het als een patiënt een dosis mist van de NOAC's? Dit is een medische vraag en ik ben geen arts. Ik vind het dus heel lastig om hierop te antwoorden. Ik weet niet goed wat ik met deze vraag moet, ik vind dit echt een medische vraag die je bij een medicus moet neerleggen. Natuurlijk moet de verspilling van geneesmiddelen omlaag. In de richtlijn die de apothekers gebruiken, staat echter wel dat medicijnen die worden teruggebracht, vernietigd moeten worden. Dat de apothekers dat dan ook doen, is hun niet kwalijk te nemen; het staat in de richtlijn die zij worden geacht na te leven. Wel willen we proberen om het anders te organiseren, via de verschillende methodes waarover we elkaar moeten bevragen in het platform.

Ik kom bij het punt van de therapie(on)trouw. Hier moeten we heel veel energie in stoppen, zowel ten bate van de patiënt als ter voorkoming van verspilling. Medicijnen werken immers niet, of niet zo goed als ze zouden kunnen werken, als de patiënt zich niet aan de therapie houdt.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik heb nog een kleine vraag over verspilling. U zegt dat we met een richtlijn zitten. Ik krijg echter voorbeelden in mijn mail van mensen die medicijnen naar verzorgingstehuizen brengen, alwaar de patiënt overleden blijkt te zijn. Die medicijnen gaan vervolgens, nog in hun verpakking, linea recta de prullenbak in bij de apotheek. Wordt de richtlijn dan niet te nauw geïnterpreteerd?

Minister **Schippers**: Precies. Ik heb zelf tijdens de begrotingsbehandeling een voorbeeld gegeven waarover ik nogal geschokt was, van een geneesmiddel dat überhaupt de apotheek niet uit was geweest voordat het werd vernietigd. We moeten echt allemaal goed naar dit onderwerp kijken. Het doel van het platform is dan ook uit te zoeken hoe ernstig gekeken moet worden en hoe we kunnen zorgen dat de veiligheid van de geneesmiddelen is gegarandeerd. Er moet een betere balans worden gevonden tussen veiligheid en verspilling. In januari kom ik met een uitgewerkt plan hierover. Ik ben echt van plan om de Kamer mee te nemen op dit punt. Nadat ik in januari dat plan ontvang, wil ik de Kamer voor de zomer dan wel bij de begrotingsbehandeling een eerste rapportage doen toekomen. Ik houd de Kamer op de hoogte van hetgeen het oplevert en van de vraag of eigenlijk wel het nuttig is wat we met zijn allen doen. Niemand zit immers te wachten op een praatclub, ik al helemaal niet.

Dan kom ik toe aan het punt over het herberekenen van het GVS. Dit is een terugkerende discussie. Ik kom in februari 2013 met een standpunt over de Wet geneesmiddelenprijzen, dat was door de val van het vorige kabinet uitgesteld. In dat standpunt zal ik ook ingaan op het Noorse systeem. ConQuaestor heeft daar overigens wel degelijk iets over gezegd in het rapport. In mijn rapport kom ik erop terug.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ter verduidelijking: in het rapport van ConQuaestor is iets anders onderzocht dan hetgeen ik vraag. Het is belangrijk om te kijken naar het gemiddelde van de drie laagste prijzen van alle landen. Dat is nou juist niet meegenomen door ConQuaestor. Ze hebben een andere berekening genomen, waardoor er een ander antwoord komt, waaraan iedereen vervolgens conclusies verbindt. Wij krijgen graag nog een antwoord op onze vraag.

Minister **Schippers**: Ik hoor van mijn ambtelijke ondersteuning dat het Noorse model het laagste is van negen landen. Dit is dus een ander model. Het verzoek van mevrouw Bouwmeester betreffende de laagste prijzen van alle landen zullen we meenemen. Aan een dergelijk systeem zitten overigens wel grote nadelen, gezien vanuit solidariteitsoverwegingen met arme Europese landen. Daar komen dan op een gegeven moment immers geen geneesmiddelen meer op de markt. Daarover kunnen we echter te zijner tijd een debat voeren, naar aanleiding van mijn reactie.

De **voorzitter**: Er komt dus een reactie van de minister?

Minister **Schippers**: Ja. De Kamer krijgt in februari een reactie.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dit is een beetje uitlokking. Op het moment dat hier de prijzen dalen, dalen zij daar ook. Dus om nu even snel te schermen met de derde wereld Ik vertrouw erop dat de minister hier

in alle breedte op terugkomt. Voor de zekerheid zal ik de concrete vraag naar haar rechterhand mailen. Die heeft er volgens mij veel verstand van.

De **voorzitter**: Er komt in ieder geval in februari een stuk van de minister.

Minister **Schippers**: Ja. En dat gaat niet over de derde wereld maar over de Europese Unie. Ik zal mevrouw Bouwmeester verder niet uitlokken, maar het allemaal bewaren voor dat stuk, zodat we in februari op basis daarvan nader kunnen spreken over deze materie.

Mij zijn op 10 december Kamervragen gesteld over de herberekening van het GVS. Dat was dus nog heel recent, want het is vandaag 12 december. Dit is een langlopende discussie. Het is niet voor niets dat al die rekenmeesters er geen geld voor geven. Sterker nog: er wordt voor gewaarschuwd dat het herberekenen van het GVS weleens geld kan kosten. Ik heb antwoord gegeven op de Kamervragen van 10 december. Als de Kamer deze antwoorden onvoldoende vindt, moeten we daar nader op ingaan, maar ik heb wel degelijk geprobeerd om een uitgebreid antwoord te geven op de vragen van twee dagen geleden, 10 december.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik probeer het heel kort te doen. De discussie zit in de vraag op basis van welke prijzen je gaat herberekenen. Als de prijs nu naar beneden gaat, kun je een nieuwe berekening maken. Ik hoor steeds: misschien komt het wel slecht uit, dus doen we het niet. Maar misschien komt het wel heel goed uit. Dan moet je het wel doen. We zitten nu dus vast, maar het klopt toch dat er geen berekening is gemaakt op basis van de nieuwe, lagere prijzen en het andere voorschrijfgedrag sinds 1998?

Minister **Schippers**: Dat klopt. De enige vraag is wat je inschatting is. Gezien de besparingsopdracht die het kabinet heeft, zou ik iedere besparing die ergens inzit en die geen patiënten raakt, meteen willen aannemen. Het is dus geen kwestie van willen besparen of niet willen besparen. Het is een inschatting van hoeveel er te besparen is. Laten we het als volgt doen. Ik kom in februari terug op het rapport van ConQuaestor. Daarin neem ik dit punt uitgebreid mee, evenals de vraag op basis waarvan er gekeken is en de vraag waarom wij denken dat het niets oplevert. Dit is namelijk wel een terugkerende discussie. Ik heb nog enkele antwoorden te gaan voorzitter, maar ik hoor de stemmingsbel.

De **voorzitter**: We gaan nu stemmen. Daarna volgen eerst de resterende antwoorden van de minister en daarna de tweede termijn van de Kamer. Deze zaal is rond 17.15 uur gereserveerd voor iets anders, dus dan moeten we klaar zijn. Ik geef dit de leden in overweging. Denkt u alstublieft alvast na over de vraag of een eventueel VAO nog voor het reces moet of dat het na het reces kan plaatsvinden. Dan moeten we wellicht op vrijdag nog vergaderen.

De vergadering wordt van 16.34 uur tot 16.55 uur geschorst.

De **voorzitter**: De minister vervolgt haar betoog met haar antwoorden op de vragen van mevrouw Klever.

Minister **Schippers**: De laatste vraag van mevrouw Klever gaat over contant betalen als er geen contracten zijn. In principe is dit niet nodig. Ook als er geen contract tot stand is gekomen tussen een apotheker en een zorgverzekeraar kan er een betalingsovereenkomst zijn waardoor de patiënt niet zelf hoeft te betalen. Een dergelijke betalingsovereenkomst is in het belang van de patiënt. In het verleden zijn contracten vaak pas ver

in het contractjaar ondertekend. We weten allemaal dat er in november nog contracten werden ondertekend over het voorafgaande jaar.

De **voorzitter**: Mevrouw Klever heeft zich geëxcuseerd voor het vervolg van dit AO.

Ik zie dat er bij de collega's de wens leeft voor een korte tweede termijn. Het woord is als eerste aan de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik wil in ieder geval verzoeken om een VAO met betrekking tot de nieuwe antistollingsmiddelen. Dan zullen we dit debat plenair voortzetten.

De **voorzitter**: Ik heb een praktische vraag. Moet dat voor of na het reces?

De heer **Van Gerven** (SP): Wat mij betreft zeker nog voor het reces. Dat is echter aan de voorzitter.

Dan de dienstapothek. De minister zegt dat zij er nog naar kijkt en dat zij verkenner heeft ingehuurd. Ik vind het niet goed als wij een systeem hebben rondom de avond-, nacht- en weekenddiensten waarbij mensen twee of drie provincies moeten doorkruisen: eerst naar de dokter, die een recept geeft en dan naar de apotheek, 40 kilometer verderop. Dat is geen goed systeem. Wil de minister dit punt meenemen?

Tot slot heb ik een punt over dat Noorse systeem. Er ligt een motie-Van der Veen/Leijten. Deze motie is vrij breed aangenomen, alleen D66 was ertegen. Ik wil deze motie van harte aanbevelen. Ze gaat over de laagste prijs in Europa van de vier landen. Dat was het criterium. Dat lijkt een beetje op het Noorse systeem. Kan de minister hier uitdrukkelijk op ingaan? In Noorwegen namelijk zijn de patentmiddelen 7% goedkoper. Als we het hier ook zouden kunnen realiseren, levert dat een aanzienlijke besparing op.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Het is goed dat de minister aan de slag gaat met een aantal verkenner om de signalen verder te onderzoeken. Het is ook goed dat de Nederlandse Zorgautoriteit aan het werk is gezet.

Ik kom nog even terug op de antistollingsmiddelen. De minister heeft uitvoerig uitgelegd welke deskundigen zij allemaal heeft ingezet om ervoor te zorgen dat er in ieder geval enig zicht is op een veilige invoering. Het gaat om een voorwaardelijke toelating. De acceptatie van deze middelen zal waarschijnlijk leiden tot een verdere afbouw van de trombosediensten, omdat die dan natuurlijk minder nodig zijn. Wat gebeurt er als het middel na vier jaar uiteindelijk niet wordt toegelaten maar in de tussentijd de capaciteit van de trombosediensten wel is afgebouwd?

Zojuist is er gesproken over de Europese richtlijn over vervalsingen. In november zijn er enorm veel illegale afslank- en kalmeringsmiddelen in Groningen gevonden. De inspectie zegt dat dit een wijdverspreid probleem is en dat de vangst in Groningen slechts het topje van de ijsberg betrof. Als de minister een brief met de stand van zaken betreffende de richtlijn naar de Kamer stuurt, kan zij dan ook de stand van zaken betreffende de voortgang van haar beleidsagenda vervalste geneesmiddelen en medische hulpmiddelen sturen?

De heer **Anne Mulder** (VVD): Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording van de vragen.

We rekenen erop dat de financiering van het offlabelgebruik van zeldzame indicaties van de over te hevelen geneesmiddelen op orde komt. Ook is het verstandig dat er twee verkenner komen die een schets maken van het apothekersveld. Wellicht doen zij de mist optrekken. Tot slot zijn ook de opmerkingen van de minister over de ziektes van Pompe en Fabry

belangrijk. Er was laatst een bijeenkomst op Sociëteit De Witte waar iemand zei: ik kost 1,2 miljoen en daar voel ik mij schuldig over. Nu er geen apart potje komt en het gewoon onder de Zorgverzekeringswet valt, kunnen we wellicht zeggen: juist daarom betaalt u premie, dit zijn precies de geneesmiddelen die we daaronder willen laten vallen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. De minister zegt dat uit een steekproef gebleken is dat het beïnvloeden van zorgverleners door de farmaceutische industrie niet of weinig voorkomt. Ik heb zelf een incident aangedragen waarin dit wel gebeurde. Ik heb er ook wel vaker voorbeelden van ontvangen. Er komt nog een hoorzitting over geneesmiddelen en de positie van de farmaceutische industrie. Dit onderwerp zal daar ongetwijfeld terugkomen. Op dat moment kunnen we ook oplossingen aandragen, mocht dat nodig zijn.

Ik zie een onmogelijke situatie bij de transparantie van arrangementsprijzen. Enerzijds moet een verzekeraar risico dragen, anderzijds is er geen inzicht in de prijs van de arrangementen. Dat lijkt mij een onmogelijke spagaat. Ik hoor hier graag een reactie op. Ik overweeg er een motie over in te dienen.

Mijn laatste punt betreft de positie van de apotheken. De minister heeft twee verkenners op pad gestuurd, die zullen komen met een schets van het veld. Ik beschouw dat als de visie op de farmaceutische zorg waarnaar ik had gevraagd. Dank dus, daarvoor.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ook ik kan kort zijn. Die twee verkenners spreken mij zeer aan, naast de marktscan die er komt. Ik vind dat een heel goede toezegging. Ik hoop dat er vervolgens vaart wordt gemaakt met de kwestie van de contractering van ziekenhuizen en verzekeraars.

Het is goed dat alle dure geneesmiddelen worden meegenomen in de patiëntregistratie en dat de minister daar een goed pad voor heeft uitgezet.

Over de uniforme barcodering hebben we de toezegging van 13 juli 2013 gekregen. Ik hoop dat dit gaat lukken. Ik heb er heel grote vraagtekens bij. De scepsis kan hooguit uit mijn gezicht spreken; ik ben zo gewend aan smilies dat ik die het liefst nu zou willen gebruiken....

Ik hoop dat wij een overzicht krijgen van alle toezeggingen die zijn gedaan in dit AO, want dat zijn er best veel.

De voorzitter: Die verschijnen in het verslag. Dat leest u er dan zorgvuldig op na.

Mevrouw **Dijkstra** (D66). Hartelijk dank. Dat moet ik dan zorgvuldig nalezen.

De voorzitter: Dat is uw recht en misschien ook bijna uw plicht.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden. Ik ben zeer blij dat er verkenners aan de slag gaan. Ik heb opgeschreven: verkenners + marktscan = nieuwe toekomstvisie. Ik snap dat ik het eigenlijk zo niet mag noemen – ik zie al veel mensen schrikken – maar ik ben blij dat de minister dit voortvarend aanpakt.

De vraag over de Wet geneesmiddelenprijs en de vraag over het geneesmiddelenvergoedingssysteem zal de minister nog beantwoorden. Daar komen we dus nog op terug.

Een vraag over de overheveling van dure geneesmiddelen naar ziekenhuizen is nog blijven liggen. Er wordt minder overgeheveld gedurende een langere termijn. De minister doet niets met de afslag, dus de korting op de bonussen. Waarom niet? Dat is toch een stukje winst dat blijft liggen?

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik zal aan de verkenneren de brieven die wij en u hebben gekregen, doorgeven. Daar zit ook die van de dienstapotheek bij. Ik kan mij voorstellen dat je die ook betreft bij de visie op de HAP en de spoedeisende hulp, maar ik zal in ieder geval de verkenneren de brieven doorgeven.

In de toegezegde brief van februari ga ik in op het Noorse systeem en de motie op dat punt.

Mevrouw Bruins Slot had het over de tijdelijke toelating van NOAC's. Dit betreft echter een toelating en geen tijdelijke, voorwaardelijke toelating. Het is puur een prijsdeal.

Ik sta op het punt om de richtlijn over vervalste geneesmiddelen naar de ministerraad te sturen. Als het allemaal vlotjes gaat, komt die dus ook snel naar de Kamer. Begin 2013 ontvangt de Kamer van mij een brief met de stand van zaken van de beleidsagenda vervalste geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Het punt van de richtlijn over vervalste genees- en hulpmiddelen neem ik daarin mee. Voor de implementatie van de richtlijn kom ik met een wetsvoorstel.

Ik wacht af wat voor goede, nieuwe ideeën waar we iets mee kunnen er uit de hoorzitting komen.

Dan het punt van de transparantie van de arrangementsprijzen. De verzekeraars zien de cijfers na een jaar. Dan krijgen zij immers de terugbetaling.

Er is gezegd dat de verkenneren voort moet maken. Eind februari komen zij met hun rapport, dat staat in de opdracht. Dan ligt ook de marktscan er. Ik probeer natuurlijk om die twee stukken zo snel mogelijk bij elkaar te voegen en met iets voor de Kamer te komen. Of met niets natuurlijk, afhankelijk van wat er uit het onderzoek en de scan komt. Daar wil ik niet op vooruitlopen.

Ik heb al toegezegd een brief te sturen over de Wet geneesmiddelenprijzen. Ook heb ik al toegezegd dat ik het GVS daarin meeneem.

Dan het punt dat dure geneesmiddelen naar ziekenhuizen overgaan en het feit dat er minder overgaan gedurende een langere termijn. Ik heb afgezien van de afslag. Het betreft een afslag op het add-ontarief. Het vooruitzicht van die afslag werkt verlamvend voor marktpartijen bij het initiëren van prijscompetitie. Ik heb de Tweede Kamer daarover vorig jaar geïnformeerd.

De **voorzitter**: Daarmee zijn wij gekomen aan het einde van dit algemeen overleg. Ik dank de minister en haar medewerkers en medewerksters, ik dank de mensen op de tribune en de mensen thuis voor hun belangstelling en ik dank de collega's voor het feit dat we min of meer op tijd klaar zijn.

Sluiting 17.08 uur.