

Vergaderjaar 2017–2018

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 448

VERSLAG VAN EEN RONDETAfelGESPREK

Vastgesteld 25 oktober 2017

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 2 oktober 2017 gesprekken gevoerd over *de farmaceutische industrie*.

Van deze gesprekken brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Kooiman
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Agema, Bergkamp, Dik-Faber, Ellemeet, Keijzer, Kooiman, Nijboer, Arno Rutte en Sazias.

Aanvang 10.01 uur.

Blok 1: Ziekenhuizen/Artsen/Patiënten

Gesprek met:

Mevrouw Y. van Rooy, voorzitter Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)

Professor E. Kuipers, voorzitter Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en voorzitter raad van bestuur Erasmus MC

Professor J. Kosterink, hoogleraar ziekenhuisfarmacie RUG/UMCG

De heer W. Bos, voorzitter raad van bestuur VUmc

Mevrouw D. Veldman, directeur-bestuurder Patiëntenfederatie Nederland

Professor H. Groen, longarts UMCG

De heer J. van Dam, adviseur zorgfinanciering en farmacie

De voorzitter:

Goedemorgen allen, mensen op de publieke tribune en mensen die meekijken. Er is veel belangstelling. Bij dezen open ik de rondetafel over de farmaceutische industrie. Deze rondetafel is georganiseerd op initiatief van de Partij van de Arbeid; het is altijd wel zo netjes om dat te noemen.

Voor het eerste blokje hebben we vandaag vertegenwoordigers van ziekenhuizen, artsen en patiënten aan tafel. Ik zal hen even kort voorstellen. Mevrouw Van Rooy is voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Professor Kuipers is voorzitter van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en voorzitter van de raad van bestuur van het Erasmus MC. Professor Kosterink is hoogleraar ziekenhuisfarmacie aan de RUG/UMCG. Ik zie hem knikken. Professor Van der Hoeven is oncoloog aan het Radboudumc. De heer Bos weet de weg naar de Kamer op zich wel te vinden, maar we denken dat hij er zo aan komt. Hij is voorzitter van de raad van bestuur van het VUmc. Mevrouw Veldman is directeur-bestuurder van de Patiëntenfederatie Nederland. Professor Groen is longarts aan het UMCG. En dan hebben we nog de heer Van Dam, adviseur zorgfinanciering en farmacie.

Als ik het allemaal verkeerd heb uitgelegd, dan krijgt u straks twee minuten de tijd om mij aan te vullen. De heer Bos is inmiddels ook gearriveerd. Ik stel u eerst nog even voor aan de leden van de Tweede Kamer. We hebben de heer Nijboer van de Partij van de Arbeid, mevrouw Ellemeet van GroenLinks, mevrouw Sazias van 50PLUS, de heer Rutte van de VVD en mevrouw Agema van de PVV. Mevrouw Bergkamp komt ook nog, maar die is iets verlaat. Ikzelf ben van de SP. Als ik het woord voer, zal ik de heer Nijboer vragen om heel even het voorzitterschap over te nemen.

Dat was het voorstelrondje. Ik zal het de volgende keer niet zo lang doen. De stenografische dienst is vandaag ook aanwezig. Het is voor onze leden misschien handig om te weten dat er in ieder geval ook nog een verslag wordt gemaakt.

Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van Rooy, de voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, voor haar twee minuten inleiding.

Mevrouw **Van Rooy**:

Hartelijk dank. Wij zijn als ziekenhuis blij dat we hier nog een hele korte toelichting kunnen geven. We hebben een position paper ingediend. Ik wil nog even een paar punten aanstippen.

Eén: dure geneesmiddelen worden een steeds groter probleem. De afgelopen jaren groeiden de uitgaven aan dure geneesmiddelen met zo'n 7% per jaar, terwijl we hebben afgesproken dat de omzet in ziekenhuizen met niet meer dan 1% mag groeien. De eerste cijfers laten zien dat er in 2016 waarschijnlijk zelfs een groei van 10% zal zijn. Een tweede punt is dat het een internationaal probleem is. We moeten dat bij uitstek gezamenlijk in Europees verband aanpakken. Het is goed dat de Minister daar al een stevige aanzet toe gegeven heeft. We zien ook graag dat er meer onderzoek plaatsvindt naar de vraag: voor welke patiënten werken geneesmiddelen wel en voor welke niet? Zo kunnen we het gerichter krijgen en daarmee ook de kosten in de hand houden.

Daar doen ziekenhuizen zelf veel aan. In de eerste plaats is er steeds meer aandacht voor zinnige en zuinige zorg. Niet alles wat kan moet. In de tweede plaats wordt gebruikgemaakt van benchmarks om te kijken waar de dosering misschien nog verlaagd kan worden. In de derde plaats kopen we samen in. Samen met de collega's van de NFU en de zorgverzekeraars zijn we een pilot begonnen om te kijken of we met name bij monopoliegeneesmiddelen tot betere afspraken kunnen komen om de prijzen in de hand te houden. Het is goed dat de ACM dat ook mogelijk maakt.

Ten slotte is er de industrie. We hebben de industrie natuurlijk nodig, maar geneesmiddelen zijn bij uitstek een product van groot maatschappelijk belang. Dat betekent dat ook voor de industrie de license to operate aan de orde is. Ik denk dat de industrie zichzelf een dienst zou bewijzen, en dat het een basis voor dialoog zou zijn, als ze de handschoen zou oppakken en die license to operate zou definiëren. Dan moet je denken aan decent pricing, internationaal werken, transparantie van de kosten van onderzoek en ontwikkeling, en meer onderzoek naar de effectiviteit van biomarkers. Dat is de oproep die wij richting de industrie doen. Daarbij zou ik het willen laten.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan professor Kuipers.

De heer **Kuipers**:

Dank u wel. Wij onderschrijven het standpunt van de NVZ zoals u dat net gehoord hebt, heel sterk. Daarbij is het allereerst belangrijk om te melden dat de ontwikkelingen in de medicamenten – de aanleiding voor het debat nu – vanuit patiëntperspectief en vanuit behandelingsperspectief op veel terreinen een zegen is. Er komen in snel tempo heel veel nieuwe middelen op de markt die behandelingen mogelijk maken voor aandoeningen die tot nu toe onbehandelbaar waren of slechts behandelbaar met veel bijwerkingen en weinig effect. Dat gaat snel en dat gaat steeds sneller. Alleen al de afgelopen drie jaar, van 2014 tot en met 2016, heeft bijvoorbeeld de Amerikaanse autoriteit, de FDA, 108 nieuwe middelen goedgekeurd. Het grootste deel daarvan, meer dan 80%, is echt nieuw. Dat gaat heel vlot, maar daarbij gaan ook de kosten in Nederland, in Europa en internationaal enorm omhoog. De 7% die voor Nederland genoemd wordt, is precies hetzelfde percentage dat ook op wereldniveau genoemd wordt. Daar moet van alles aan gebeuren, omdat de ontwikkelingen alleen maar verdergaan in dit tempo en wij dan vroeg of laat in de discussie komen of wij moeten stoppen met effectieve middelen voor nieuwe patiëntencategorieën, of moeten kiezen voor heel andere oplossingsrichtingen.

Daar zitten allerlei aspecten aan voor ziekenhuizen en voor artsen, maar ook voor overheid en zorgverzekeraars.

De voorzitter:

Dank u wel. Dat is keurig binnen de tijd. Dan geef ik graag het woord aan de heer Kosterink.

De heer Kosterink:

Dank u wel voor deze gelegenheid. Ik spreek hier op persoonlijke titel. Ik vertegenwoordig geen koepel. Ik zou mijn betoog graag willen beginnen, zoals ik in mijn schriftelijke bijdrage al heb aangegeven, met te zeggen dat het wat mij betreft niet alleen maar gaat om verlaging van de prijzen van geneesmiddelen, want daar wordt heel sterk op gefocust, maar dat het met name ook heel erg belangrijk is om een doelmatige toepassing te bevorderen. Met een doelmatige toepassing is een nog veel grotere winst te behalen dan wanneer wij alleen maar kijken naar de prijzen van geneesmiddelen.

Wat kunnen wij daaraan doen? Wat zou ik de overheid willen adviseren? Wat is, als afgeleide daarvan, de rol van de verschillende stakeholders? Ik denk dat een kritische toelating van geneesmiddelen heel erg belangrijk is, niet om patiënten daarmee geneesmiddelen en therapie te onthouden, maar wel om die geneesmiddelen toe te laten die echte innovatie behelzen. Echte innovatie kan een bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven van die patiënten. Wanneer kosteneffectieve geneesmiddelen niet goed worden toegelaten, gaat dat verdringing geven van al bestaande therapie. Dat is een slechte zaak voor de patiënt. De overheid doet dat al. Het Zorginstituut is daarvoor ingesteld, maar ik denk dat dat nog kritischer kan. Wij zien vaak dat, wanneer er kritisch toegelaten wordt, er toch overruling plaatsvindt door de politiek of de overheid, door geneesmiddelen toe te laten die niet echt innovatief zijn.

Wat kunnen wij daar verder aan doen? Ik denk ook een andere vergoedingsystematiek hanteren. Value-based health care is daar een mooi voorbeeld van. Dan kijk je niet alleen maar naar de prijs van het geneesmiddel an sich, maar ook naar wat het oplevert. Net is ook al geschetst vanuit de NVZ en de NFU dat wij veel meer moeten kijken naar de daadwerkelijke opbrengst in de dagelijkse praktijk. Dat onderschrijf ik van harte. Klinisch geneesmiddelenonderzoek, trials, is een heel andere setting dan de dagelijkse praktijk. Je moet dus onderzoek doen in de dagelijkse praktijk door registries en databases daarvoor aan te leggen en op basis daarvan te kijken naar de daadwerkelijke effectiviteit. Dat doen wij al op verschillende plekken in Nederland.

Een belangrijk ander initiatief is het gezamenlijk inkopen van geneesmiddelen. Dat doen wij binnen NVZ- en NFU-verband, samen met de ziekenhuisapothekers en de behandelaren. Daarmee wordt in eerste instantie een belangrijke druk gelegd op de farmaceutische industrie. Ik heb nog een aantal andere punten, maar die kunnen we zo meteen wel bespreken.

De voorzitter:

Daar kunnen we straks nog naar vragen. Ik dank u wel. Tussentijds zijn nog aangeschoven mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie, mevrouw Bergkamp van D66, die zoals ik had aangegeven iets verlaat was, en mevrouw Keijzer van het CDA. Mevrouw Agema had ik al genoemd. Ik ga nu door naar professor Van der Hoeven.

De heer Van der Hoeven:

Ik ben internist-oncoloog. Ik zal het met name over de oncologische middelen hebben, maar die zijn ook verantwoordelijk voor het grootste deel van de kostenstijging.

Het uitgangspunt van ons zorgstelsel is dat patiënten de zorg krijgen die noodzakelijk is. Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg zijn daarbij de wettelijke ankers. Dat is een unieke verworvenheid waaraan wij geen concessies mogen doen. Daarin moeten alle partijen hun

maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen. Iedereen heeft daarin zijn eigen rol: de artsen, de ziekenhuizen, de zorgverzekeraars, de overheid en de farmaceutische industrie.

Binnen de oncologie zitten we in een fase waarin er sensationele ontwikkelingen zijn. Er komen steeds meer medicijnen die kanker tot een chronische aandoening maken. Dat is een fantastische ontwikkeling. Echter, de betaalbaarheid zal in toenemende mate onder druk komen te staan. De farmaceutische industrie heeft hierin een grote verantwoordelijkheid, maar ook de andere partijen zullen binnen het stelsel een bijdrage moeten gaan leveren.

In 2015 bood ik als voorzitter van een werkgroep van het KWF aan Minister Schippers een rapport aan over de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen tegen kanker getiteld «Effectieve nieuwe middelen tegen kanker, maar het financieringssysteem kraakt». De conclusies uit het rapport waren als volgt. Het aantal patiënten met kanker blijft stijgen en het aantal zinvolle behandelingen voor hen neemt toe. Nieuwe geneesmiddelen tegen kanker zijn zonder uitzondering duur. De prijs van deze geneesmiddelen staat niet in verhouding tot de ontwikkelkosten en de redelijk geachte winstmarges. En zo waren er nog een aantal andere conclusies.

Een van de aanbevelingen van de werkgroep aan de Minister was om een apart macro-financieel kader voor dure medicijnen te maken dat toereikend is om nieuwe medicijnen te bekostigen. Uiteraard werd aan de farmaceutische industrie een oproep gedaan om ook haar verantwoordelijk te nemen.

Wat is er nu gebeurd sinds 2015? De uitgaven aan dure geneesmiddelen tegen kanker zijn gestegen zoals voorspeld. Er is geen apart budget gekomen. De Minister heeft een sluis geïntroduceerd, waardoor er onderhandelingen zijn om de prijs van nieuwe geneesmiddelen te verlagen. Maar in die sluisperiode hebben patiënten voor een deel niet de geregistreerde medicatie gehad die ze volgens de stand der wetenschap en praktijk hadden moeten krijgen. De Minister onderhandelt met andere landen.

De voorzitter:

Ik moet u vragen om af te ronden.

De heer Van der Hoeven:

Ik kom tot een einde. Er worden allerlei initiatieven genomen, maar we moeten ervoor oppassen dat we hier aan het einde van de dag weggaan en zeggen dat de farmaceutische industrie veel te dure medicijnen maakt en dat wij niets moeten doen. Wij moeten zelf ook dingen doen, want er zijn meer patiënten en er zijn meer behandelingen mogelijk. De farmaceutische industrie moet iets aan de prijs doen, maar wij moeten met z'n allen ook zorgen dat er meer geld komt om deze patiënten zinvol te kunnen behandelen.

De voorzitter:

Ik dank de heer Van der Hoeven. Ik geef nu graag het woord aan de heer Bos.

De heer Bos:

Dank u wel. De meeste partijen, waaronder artsen, zorgaanbieders en verzekeraars, zien dat vroeg of laat de noodzaak komt om onszelf zeer pijnlijke vragen te stellen met betrekking tot wat nog wel vergoed kan worden en wat niet. De factor die daar het meest aanleiding toe geeft is de enorme stijging van de kosten van dure medicijnen in combinatie met het feit dat we allemaal ook zien dat er een zekere plafonnering nodig is met betrekking tot de overall stijging van de kosten voor de gezondheidszorg.

Iedereen beseft dat zo'n beslissing een geweldig gevoelige discussie betreft en al heel snel neerkomt op een «wie krijgt wat wel of niet»-achtige discussie. Het maatschappelijk draagvlak om daar transparante en openlijke besluitvorming over te doen plaatsvinden is heel fragiel. Een heleboel artsen nemen dit soort beslissingen natuurlijk allang, maar zij doen dat in de spreekkamer met een patiënt zonder dat nationaal zichtbaar is op welke manier dat gebeurt. Dat geeft aanleiding tot het fenomeen van de postcodegeneeskunde. De wijze waarop de toeganke-lijkheid tot een bepaald medicijn wordt geregeld, hangt kennelijk af van de vraag waar een patiënt is en naar welk ziekenhuis hij gaat, want we hebben geen nationaal beleid dat transparant en voor iedereen herkenbaar is.

Zou je willen komen tot zo'n beleid, dan moet je wel een paar dingen eerst goed regelen. Een van de eerste dingen is exact wat professor Van der Hoeven zegt: als wij zelf ons huis niet op orde brengen, dan is het eigenlijk niet legitiem om te pleiten voor een toelatingsbeleid waarin bijvoorbeeld meer aandacht wordt besteed aan de prijs van de medicijnen in verhouding tot het aantal kwaliteitsvolle levensjaren dat daarmee gewonnen wordt. Dus we moeten echt ons huis zelf op orde brengen, bijvoorbeeld door middel van de inkoopinitiatieven die op dit moment plaatsvinden. Maar ook alles wat te maken heeft met gepast en doelmatig gebruik hoort daarbij.

Het tweede wat erbij hoort is dat er gekeken moet worden naar de prijs- en de winstvorming van de farmaceutische industrie. Elke eerstejaars-student economie leert dat een markt waarin zulke winsten gemaakt worden geen perfecte markt is. Dat er geen sprake is van te veel markt, maar van te weinig markt en te weinig concurrentie. Er is sprake van patentbescherming, die semimonopoloides posities meerjarig beschermt. Dat is dus ook een discussie die we met elkaar zullen moeten voeren. Dat is geen makkelijke discussie, getuige ook het nieuws van vanochtend. Ik zie u gebaren, voorzitter; ik rond af. Het is geen makkelijke discussie, omdat we in een positie van wederzijdse afhankelijkheid zitten. We bekritisieren een partij die we heel hard nodig hebben. We zullen uiteindelijk vooral een beroep moeten doen op elkaars verantwoordelijkheidsgevoel, om dat gesprek op een goede manier tot stand te laten komen.

De voorzitter:

Ik dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Veldman.

Mevrouw Veldman:

Bekijk het eens vanuit de patiënt. Voor veel mensen maken medicijnen het mogelijk om een normaal leven te leiden. Voor anderen is er geen medicijn, omdat ze een zeldzame ziekte hebben waar de farma geen brood in ziet. Veel patiënten met een ernstige ziekte hopen op nieuwe uitvindingen, maar ze horen ook dat nieuwe medicijnen misschien wel veel te duur worden. We kunnen en mogen niet van een patiënt verwachten dat hij afziet van een werkend medicijn, alleen omdat de prijs te hoog is, maar als patiëntenorganisaties maken we ons wel degelijk zorgen over de betaalbaarheid. De overheid moet en kan wat ons betreft een veel actievere rol spelen. Hoe dat kan? Door andere vormen van financiering, bijvoorbeeld publiek-private. Een voorbeeld: nu al hebben de Nederlandse, Duitse en Engelse overheid samen een fonds opgezet om farmaceuten te stimuleren om nieuwe antibiotica tegen resistente bacteriën te ontwikkelen. De farmacie ziet daar namelijk zelf geen brood in. Dat is een mooi voorbeeld van wat er al kan.

Er is ook een wereld te winnen door verstandig gebruik van medicijnen. Neem darmkanker. Uit recent onderzoek blijkt dat sommige patiënten niet zes maanden, maar drie maanden chemo nodig hebben. Dat scheelt een hoop bijwerkingen en een hoop geld. Alleen al in Nederland zouden zo'n

5.000 patiënten hier baat bij hebben. Patiënten zijn geen rupsjes-nooit-genoeg. Dat blijkt ook een test met het extreem dure medicijn Soliris, waar patiënten meewerkten aan gepast gebruik. Dat leidde tot lagere doseringen en soms zelfs tot een complete stop.

Wat vragen wij van u? Ik noem de vier punten uit ons visiedocument. 1. Verlaag de prijs van medicijnen door scherp in te kopen. 2. Doorbreek monopolies. 3. Geef de maatschappij, en daarbij zeker ook patiëntenorganisaties, meer invloed bij de ontwikkeling van medicijnen. 4. Bevorder goed medicijngebruik.

Dan heb ik nog een uitsmijter, waar u als politiek meteen mee aan de slag kunt: stimuleer patiëntenregistraties. Dat is een krachtig middel om snel beter inzicht te krijgen in de effecten van nieuwe medicijnen. Zorg dat er een nationale infrastructuur komt van patiëntenregistraties voor verschillende ziektes, onder beheer van dokters, wetenschappers en patiënten, en niet onder beheer van de farmaceutische industrie. In 2016 is hier in het veld al over gesproken, maar wij hebben er niets meer van vernomen. Ik rond af. Patiënten hebben groot belang bij goede en betaalbare medicijnen. Patiëntenfederatie Nederland en haar leden zijn blij met de aandacht die u als Tweede Kamer aan het onderwerp geeft. Ik wens u veel wijsheid toe en wij dragen graag ons steentje bij.
Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef graag het woord aan professor Groen.

De heer Groen:

Ik zit hier als behandelaar van patiënten met kanker. Ik moet u zeggen dat er de afgelopen tijd werkelijk een revolutie heeft plaatsgevonden in middelen waarmee mensen echt langdurig geholpen kunnen worden. Dat maakt een enorme indruk, zelfs een gigantische indruk, kan ik u zeggen. Daardoor moet je ook de tools hebben om dat op een goede wijze naar een patiënt te brengen: het juiste geneesmiddel op de juiste tijd bij de juiste patiënt. Wat is daarvoor nodig? Daarvoor is niet nodig dat allerlei niet geteste en aangedragen oplossingen op hun waarde worden geschat. Nee, we moeten ook kijken naar negatieve effecten voor de innovatie en allerlei restrictieve maatregelen, hoe dat in allerlei prijsmodellen zijn uitwerking vindt en wat het effect daarvan is.

Maar uw vraag was anders, namelijk: welke concrete maatregelen hebben jullie hier in te brengen? Ik kan er een aantal noemen als behandelaar. De kosten van de kuren van allerlei medicijnen kunnen beperkt worden door het instellen van moleculaire tumorboards, waar enkele academische ziekenhuizen al mee bezig zijn. Daardoor kijk je niet alleen naar de kenmerken van je patiënt, maar ook naar de kenmerken van de tumor met genomische analyses. Als je die combineert, heb je een krachtige tool om precies te schieten op dat waar je op wilt schieten. Kortom, dat dient ondersteund te worden.

Een andere zaak is – mijn buurvrouw heeft dat al gezegd – de registratie. We moeten natuurlijk transparant zijn als behandelaars. We moeten laten zien wat we kunnen en wat we niet kunnen. Wat we niet kunnen: afschaffen die hap.

Ik denk dat dit de belangrijkste boodschappen zijn. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Tot slot geef ik graag het woord aan de heer Van Dam.

De heer Van Dam:

Ik zit hier als onafhankelijke; ik ben niet in dienst van wie dan ook. Dit maakt het misschien wat makkelijker om over een aantal zaken te spreken. Vrijwel alle voorgaande sprekers hebben niet alleen goede punten aangedragen om het kostenbeslag van dure geneesmiddelen op het

zorgbudget te verminderen, maar spreken ook over een onhoudbare situatie. Maar voor wie is het onhoudbaar? Voor het ziekenhuis, voor de patiënt of voor de premiebetaler? Vrijwel niemand steekt de hand in eigen boezem met concrete maatregelen voor doelmatiger gebruik. Maar hoe dan?

Ik heb een heel aantal punten aangedragen die mogelijk tot een oplossing zouden kunnen leiden. Ik wil met name het eerste punt benoemen: ziekenhuizen en medisch specialisten hebben door de wijziging van de bekostiging van dure geneesmiddelen een verdienmodel kunnen maken. Door de intransparantie van de inkoop van dure add-on geneesmiddelen en de mogelijkheid om tegen vaak veel hogere lijstprijzen te declareren, is er een verdienmodel ontstaan waardoor al in 2015 125 miljoen euro door de ziekenhuizen werd verdiend. Dat bedrag is vergelijkbaar met het bevroren van het eigen risico, waar u vorige week over gedebatteerd hebt. Volgens de NZa in haar rapport kan die winst leiden tot een keuze voor minder doelmatige middelen met een hogere winstmarge. Ik wil daar twee voorbeelden van noemen. De Correspondent rapporteerde in 2017 over een aanbesteding van Erasmus en het academisch ziekenhuis in Leiden voor dure groeihormonen, waarbij niet het goedkoopste groeihormoon gekozen zou moeten worden, maar het middel waarbij ook wetenschappelijk onderzoek betaald zou kunnen worden. Oftewel, een vermenging van de zorgpremie en de academische component. In 2010 zette de Nijmeegse hoogleraar maag-darm-leverziekten een groot aantal van zijn patiënten op een middel over dat niet meer op het ziekenhuisbudget drukte, maar dat buiten het ziekenhuis gefinancierd werd. Kortom, een financieel belang waarbij de patiënt helemaal niet blij was en processen heeft gevoerd enzovoorts. Het nieuwe inkoopconcept van de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen biedt nog veel meer de mogelijkheid om de winsten die op deze middelen gemaakt kunnen worden, in het ziekenhuis weg te sluisen. U moet zich realiseren dat inkopen keuzes maken betekent, keuzes maken tussen twee dezelfde middelen, keuzes maken tussen verschillende middelen in een groep of de keuze maken tussen wel of niet vergoeden. De laatste keuze is iets wat eigenlijk alleen aan de overheid voorbehouden is: een middel niet opnemen in de vergoeding.

De voorzitter:

U moet helaas afronden, want u bent ruim over de tijd heen.

De heer Van Dam:

Tot slot. Dat inkoopstelsel leidt tot lagere prijzen maar de winstmarge die daarmee behaald kan worden, zal niet ten goede komen van het zorgbudget. Dat inkoopstelsel zal de individuele ziekenhuizen ten goede komen en dit kan dokters potentieel verleiden tot het voorschrijven van minder doelmatige middelen. Dat gedrag is gemakkelijk af te remmen door de NZa de aanwijzing te geven dat er alleen afgerekend wordt tegen de netto-inkoopprijs, zoals dat voor 2012 de regel was.

De voorzitter:

Ik dank u wel. Bij dezen wil ik u namens alle leden in ieder geval hartelijk danken voor uw korte mondelinge inbreng, maar ik dank u voornamelijk voor de position papers. Ik kan alvast namens alle leden zeggen dat die zeer verhelderend waren. Dan hoeven zij dat niet te doen. U hebt goed gelezen wat de ander heeft geschreven en aanvullingen daarop gegeven. Dat was zeer verhelderend, waarvoor dank. Ik geef de leden de ruimte om één vraag te stellen zonder een heel lange inleiding. Ik verzoek ze te bedenken aan wie ze deze vraag willen stellen en maximaal twee personen aan te wijzen. Anders gaan we het heel laat maken. Dus kort en bondig één vraag stellen aan maximaal twee van onze gasten. De heer Nijboer van de Partij van de Arbeid.

De heer **Nijboer** (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Dank ook aan alle sprekers voor de bereidheid om hier te komen.

Ik stel een vraag aan oncoloog Van der Hoeven en de heer Bos, de voorzitter van de raad van bestuur van het VUmc. Er zijn heel veel voorstellen gedaan aan de politiek om die geneesmiddelenprijzen te verlagen en de uitgaven aan geneesmiddelen te beperken: van patentwetgeving en een wet die de maximumprijs van geneesmiddelen vaststelt tot voorstellen voor transparantie en meer concurrentiemogelijkheden. Dat zijn heel erg veel zaken. Wat zou de politiek echt moeten doen om dit probleem zodanig aan te pakken dat patiënten hun medicijnen blijven krijgen en de publieke uitgaven in de hand worden gehouden? Wat zouden wij in de wet moeten aanpassen, of wat zouden wij anderszins moeten doen om dit te verhelpen?

De **voorzitter**:

Ik dank u wel. Ik zie dat de heer Bos heel snel naar zijn microfoon grijpt. Ik had vooraf moeten aangeven dat ik eerst alle vragen ga verzamelen. Ik geef mevrouw Ellemeet van GroenLinks het woord.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel. Velen van u hebben gesproken over het belang van meer transparantie. Ik wil kort inzoomen op die patiëntregistraties. Mijn vraag is dus gericht tot mevrouw Veldman en de heer Groen. Mevrouw Veldman gaf aan dat het doodgebloed is, dus dat zij het initiatief heeft genomen maar dat daarmee niets gebeurt. Kan zij uitleggen wat zij van de politiek nodig heeft om dit weer in beweging te krijgen? En kan de heer Groen meer ingaan op wat nodig is van de veldpartijen om echt te komen tot die patiëntregistraties?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik ga graag naar mevrouw Sazias van 50PLUS. Graag de microfoon gebruiken.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Ik heb twee vragen, maar goed. Ik zal één vraag stellen aan mevrouw Van Rooy. Mevrouw Van Rooy, u vertelde dat u ook afspraken maakt met de industrie. Ik weet dat de overheid en de Minister dit ook doen. Lopen er zodoende niet veel te veel afsprakenlijnen naast elkaar? Is er geen manier om die afsprakenlijnen beter te structureren?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik geef graag het woord aan de heer Rutte van de VVD-fractie.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Als je slechts één vraag mag stellen, is dat altijd onaangenaam want dan moet je mensen overslaan. Ik heb buitengewoon goede position papers gelezen, sommige daarvan met een dissenting opinion waarin ik zeer geïnteresseerd ben. Die position papers waren kraakhelder, dus daar heb ik op dit moment geen vragen over. Ja, dat is echt zo.

Ik heb een specifieke vraag aan de heren Groen en Kosterink. Die gaat over diagnostische testen: ervoor zorgen dat je het juiste middel bij de juiste patiënt brengt, bij voorkeur in de juiste dosering. Die dingen zijn complex, heel erg duur en we weten nog onvoldoende. Hoe passen we dat op een fatsoenlijke manier in? Doen we dat in het ziekenhuisbudget, of zou het zo moeten zijn dat de diagnostische test met sommige middelen wordt meegefinancierd door de farmaceutische industrie? Zou dat niet een aangewezen weg kunnen zijn?

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef graag het woord aan mevrouw Agema van de PVV-fractie.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik ben ontzettend dankbaar om te leven in een tijd waarin we steeds meer middelen hebben en mensen weer deel aan het leven kunnen krijgen en kunnen dromen van de toekomst. Dat wil ik allereerst even gezegd hebben.

Ik hoorde meneer Van der Hoeven over de nieuwe systematiek van het eerst in een sluis plaatsen van nieuwe middelen. Maar ik hoorde er ook een soort ondertoon in. Of misschien bent u er juist heel blij mee.

Misschien kunt u daar wat langer op doorgaan. Ik zou wel wat meer gelegenheid willen geven om het daar nog wat langer over te hebben.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef nu graag het woord aan mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Dank voor alle inbrengen. Ik heb één vraag. Ik hoorde de heer Groen zeggen: van belang is het juiste geneesmiddel op de juiste tijd voor de juiste patiënt. Dat lijkt mij helder, maar in de praktijk best heel ingewikkeld als je tegenover een patiënt zit met een bepaalde oncologische aandoening. Wat is er vanuit de overheid nodig om het gesprek tussen arts en patiënt beter te faciliteren? Die vraag stel ik ook aan mevrouw Veldman. Zij gaf aan: patiënten zijn geen rupsje-nooitgenoeg. Ik deel dat, maar ik kan me heel goed voorstellen dat je elke strohalm aangrijpt als je ziek bent en er middelen beschikbaar zijn. Wat is er vanuit de overheid nodig om het gesprek tussen artsen en patiënten beter te faciliteren?

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef nu graag het woord aan mevrouw Bergkamp van D66.

Mevrouw Bergkamp (D66):

Dank u wel, voorzitter. Ik sluit me aan bij de inleidende woorden van mevrouw Agema. Die vond ik heel treffend.

Ik heb een vraag aan mevrouw Van Rooy en de heer Kuipers. Beiden geven aan dat het belangrijk is dat geneesmiddelen nauwkeurig worden afgestemd op het individu en ook dat er grote voordelen zijn verbonden aan gezamenlijk inkopen. Mijn vraag is: wat is daar nu eigenlijk voor nodig en welke belemmeringen zijn er om dat voor elkaar te krijgen? Dank u wel.

De voorzitter:

Helder. Dank u wel. Ik geef nu graag het woord aan mevrouw Keijzer van de CDA-fractie.

Mevrouw Keijzer (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb een vraag aan de heer Van Dam. Hij heeft een position paper ingestuurd waarin nogal wat recalcitrante dingen staan. Daar houd ik wel van. Hij zei net ook iets bijzonders, namelijk dat bij de inkoop door academische ziekenhuizen soms verschillende kostencomponenten door elkaar heen lopen, die eigenlijk medicijnen onnodig duur maken. Wat bedoelt hij daar precies mee? Hij zei ook: voor 2012 werd er afgerekend tegen een bepaalde prijs. Uit zijn woorden begrijp ik dat dat is afgeschaft, wat leidt tot hogere prijzen. Kan hij dat toelichten?

De voorzitter:

Dank u wel. Ik wil heel kort, als de leden het mij toestaan, als SP-woordvoerder nog één vraag stellen. Ah, voor deze ene keer mag ik van de VVD-fractie als SP'er een vraag stellen! Mooi, dat is toch weer een kans. Ik stel mijn vraag heel graag aan de heer Kuipers en de heer Kosterink. De heer Kosterink – of, nee, ik denk eigenlijk dat het de heer Van der Hoeven was – gaf aan dat we ook goed moeten kijken naar onszelf, om te kijken hoe wij de medicijnprijzen kunnen beteugelen. Met name zitten we dan toch op de gezamenlijke inkoop door bijvoorbeeld ziekenhuizen. Ik denk dat daar best wel wat winst te halen valt. De vraag is: waar kunnen we mogelijke belemmeringen wegnemen? Wat komen jullie tegen? Wat zijn zaken waarvan jullie zeggen: we zouden er heel erg mee geholpen zijn als de politiek daar intreedt? Ik geef als eerste nu graag het woord aan mevrouw Van Rooy. Volgens mij heeft iedereen een vraag gekregen.

Mevrouw Van Rooy:

Ik heb twee vragen gekregen – wat een rijkdom; dank daarvoor – namelijk: wat is de rol van de overheid en wat die van de instellingen als het gaat om gezamenlijke inkoop? De overheid heeft een heel belangrijke rol: als geneesmiddelen nieuw op de markt komen en nog in de sluis geplaatst kunnen worden, kan ze eerst onderhandelen over wat de prijs zou moeten zijn voordat die middelen überhaupt toegelaten worden. Het is belangrijk dat daarmee ook duidelijk wordt gemaakt dat, als een gemiddeld geneesmiddel wordt toegelaten, daar niet zomaar heel gemakkelijk een prijs bij wordt gevonden. Ik denk dat het goed is dat op die manier de druk wordt opgevoerd. De ziekenhuizen, umc's en zorgverzekeraars kijken in toenemende mate hoe ze samen kunnen inkopen, met name ook bij monopoliegeneesmiddelen. Dat is nieuw omdat de ACM, de mededingingsautoriteit, nu ook toegelaten heeft dat we dat samen met zorgverzekeraars doen. Dat is een belangrijke stap. Dat begint net pas. We hebben het eerste project op de leest staan en we moeten ervaring opdoen met hoe dat loopt. Daarnaast heb je nog ziekenhuiscombinaties. Ik noem bijvoorbeeld de Santeonziekenhuizen. Dat zijn topklinische ziekenhuizen die gezamenlijk de inkoop doen. Dat is niet om grote winst te behalen, maar vanwege de maatschappelijke verantwoordelijkheid van ziekenhuizen om te zorgen dat zij tegen de laagst mogelijke prijs inkopen. Dat is uiteraard lager dan allerlei lijsten. Die marges zijn hard nodig om kosten elders in het ziekenhuis te kunnen financieren. Wie ons brancherapport gelezen heeft, weet dat de afgelopen jaren het rendement van de ziekenhuizen gedaald is tot een vrij kritisch niveau en dat investeringen teruggelopen zijn. Er zitten dus nergens verborgen winsten. Wij dragen zeer bij aan de beheersing van de kosten. Dat was de eerste set vragen. De andere vraag had betrekking op de nauwkeurige dosering. Op dat terrein heeft de wetenschap een belangrijke rol. De umc's, maar ook de topklinische ziekenhuizen doen mee in dat soort onderzoeken omdat daar een bredere patiëntenpopulatie zit. Er is nu bijvoorbeeld een samenwerking tussen het Radboudumc en de Noordwest Ziekenhuisgroep in Alkmaar om te bekijken waar doseringen lager kunnen. Ziekenhuizen benchmarken dat ook onderling om zo veel mogelijk van elkaar te leren. Het is vooral belangrijk dat het onderzoek op dat punt gecontinueerd kan worden.

Mag ik misschien nog een laatste punt maken, een kleine cri du coeur? Het is ongelofelijk belangrijk dat u met uw collega's in het Europees Parlement dit onderwerp ter harte neemt. Dit is namelijk een zaak die met name de Europese mededingingscommissaris raakt om meer transparantie te krijgen. Dat is toch echt iets wat uit Brussel moet komen. Vandaar dat het ook zo goed is dat de Nederlandse overheid dat initiatief genomen heeft en de samenwerking bij de inkoop met een aantal andere landen opgepakt wordt. Dat helpt allemaal. De verantwoordelijke industrie zal die

dialogo graag aangaan. Zo kun je een goede discussie over de license to operate krijgen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van Rooy. Dan geef ik graag het woord aan professor Kuipers.

De heer Kuipers:

Dank u wel. Mijn zijn ook twee vragen gesteld. De eerste vraag is wat de ziekenhuizen kunnen doen. Dat is een veelheid aan activiteiten, waarvan een deel ook al voorbijkwam. Ik benoem een aantal dingen, niet uitputtend. Allereerst het opzetten van registraties en daarin participeren, zoals ook genoemd door mevrouw Veldman. Ten tweede goed en adequaat multidisciplinair overleg voor een juiste indicatiestelling. Soms vergt dat aanvullende testen, zoals al genoemd is. Het gaat niet alleen om een juiste indicatiestelling, maar ook om een juiste dosering. Probeer waar mogelijk in te zetten op dosisreductie en op vroegtijdig stoppen als een medicament geen meerwaarde heeft. Dat vraagt ook om een bepaalde vorm van regionale samenwerking en concentratie van patiënten voor het stukje van de behandeling met dure medicamenten. Dat poolen van patiënten is ook om een andere reden zinvol. Vaak is de standaarddosering van medicatie die moet worden toegediend via een infuus of een spuit niet voldoende voor één patiënt voor één dosis. Ik geef een willekeurig voorbeeld. De standaarddosis kan 10 mg zijn, maar de medicatie komt in een ampul van 7,5 mg. Als je één patiënt behandelt, moet je twee ampullen openen en gooi je dus een halve ampul weg. Dat is heel plat, maar als dat een ampul is die een waarde van enkele duizenden euro's vertegenwoordigt, betekent dat poolen van patiënten en samenwerken. Verder zo veel mogelijk omzetten naar similars of naar generieke medicamenten. Samen onderhandelen is al genoemd en ook onderzoek doen.

De tweede vraag is wat van overheidszijde nodig is. Het antwoord is: het onderhandelingsverband zo groot mogelijk maken, in Nederland en de EU, en het daar ook nadrukkelijk positioneren, want het is een probleem dat alle landen in de EU en veel breder betreft. Daarbij moet ook worden nagedacht over het tijdig op de markt brengen. Dat wordt vaak gezegd voor geregistreerde indicaties. U moet zich voorstellen dat medicamenten op basis van een studie voor een heel specifieke indicatie worden geregistreerd; dat hebben wij de afgelopen tien jaar ook regelmatig gezien. Dan blijkt vervolgens in ziekenhuizen dat er patiënten met aanpalende aandoeningen zijn waarvoor het medicament ook effectief is. Als je te restrictief bent, zul je die ontwikkelingen nooit meemaken. Wij hebben dat op veel manieren gezien. Wij zien het nu voor de immunotherapie in de oncologie. Wij hebben dat in het verleden bijvoorbeeld ook gezien voor allerlei vormen van ontstekingsremmers die eerst zijn geregistreerd voor reuma en voor een bepaalde darmontsteking, maar die tegenwoordig worden gebruikt voor een veelheid. Als je puur naar de registratie kijkt, zouden al die andere patiënten daar niet voor in aanmerking komen, maar zij hebben er wel degelijk baat bij.

De heer Kosterink:

Voor mij liggen ook twee vragen. Eentje over de biomarkers en diagnostiek, en de andere over de gezamenlijke inkoop: welke belemmeringen daar eventueel zijn opgeworpen en welke je zou moeten wegnemen. Dat is heel wezenlijk bij de biomarkers en diagnostiek; collega Kuipers heeft dat net al aangegeven. Wij moeten een goede diagnostiek stellen en daarvoor hebben wij natuurlijk allerlei nieuwe tools tot onze beschikking. Farmacogenomics is daar natuurlijk een voorbeeld van, maar

ook de tumordiagnostiek – die al is genoemd door professor Groen – is heel belangrijk om de juiste selectie van patiënten te maken. Wij zien op dit moment vaak in de praktijk dat er middelen op de markt komen, maar dat dat nog niet bekend is. Je ziet dat nu ook bij de nieuwe immunotherapeutica. Er is een gigantisch goede effectiviteit te zien, maar slechts bij een klein percentage van de patiënten, bij 25%, en die andere 75% reageert niet. Wij weten dat eigenlijk niet zo goed. Je zou eigenlijk moeten zeggen dat je in het voortraject al eerder duidelijk moet hebben welke patiënt gaat reageren en welke niet. Wij hebben dat ook gezien bij bepaalde vormen van darmkanker, waarbij achteraf blijkt dat bepaalde variaties in het gen leiden tot het niet reageren op therapie. Daar zijn wij achter gekomen en vervolgens worden de patiënten die die variatie hebben, niet meer behandeld. Wij nemen daar in de praktijk dus wel degelijk maatregelen op, maar ik denk dat wij daar eerder in het traject op zouden moeten inzetten. Wat mij betreft is er ook een belangrijke rol weggelegd voor de farmaceutische industrie om met de combinatie van diagnostiek en therapie te komen.

Dit geldt niet alleen voor dit soort biomarkers, maar ook voor het verzamelen van patiëntgegevens, hoe patiënten in de dagelijkse praktijk reageren. Dus de registries en de databases en het onderzoek daarnaar zijn heel belangrijk. Heel veel umc's, maar ook topklinische ziekenhuizen zetten in op verzameling van die data. Ik denk dat je die bij elkaar moet brengen, samen met de data van de klinische studies, om daarmee een goede uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van middelen. Naast het andere punt dat mij natuurlijk enorm aanspreekt en waarvoor wij natuurlijk ook het nodige werk verzetten, verzetten wij als ziekenhuizen ook heel veel werk voor die gezamenlijke inkoop. Wij focussen nu heel sterk op deze duurdere geneesmiddelen, maar wij zijn al jaren bezig met het gezamenlijk inkopen en wij halen daardoor grote kortingen op de geneesmiddelenprijzen op. Wij brengen daarmee de prijzen naar beneden. Inkoopcombinaties van NVZ-ziekenhuizen, maar ook NFU-ziekenhuizen en ook regionale samenwerkingsverbanden maken dat de prijzen van middelen die al jaren op de markt zijn, al gigantisch naar beneden zijn gegaan.

De dure geneesmiddelen zijn een nieuw fenomeen dat ook een andere dynamiek kent, zeker ook als het gaat om de monopoliegeneesmiddelen, zoals ze werden genoemd. Maar het gaat eigenlijk om de oligopolie-middelen waarin je therapeutische uitwisseling tussen middelen kunt laten plaatsvinden. Daar gaan wij nu inkoopafspraken over maken in het verband van NFU, NVZ en Zorgverzekeraars Nederland. Ik denk dat dit veel vruchten gaat afwerpen. Op het domein van de dure geneesmiddelen doen wij dat ook al. Bijvoorbeeld bij rituximab en TNF-alfa-remmers behalen we op dit moment tientallen procenten korting. Dat komt ten goede aan de zorg en gaat niet naar de zakken van de ziekenhuizen.

De voorzitter:

Ik dank u wel. Ik geef graag het woord aan professor Van der Hoeven.

De heer Kosterink:

Misschien mag ik nog een aanvullende opmerking maken.

De voorzitter:

Nog één aanvulling.

De heer Kosterink:

Sorry. Er is wel een belemmering waarmee wij te maken hebben. Die is net ook al even aangegeven door professor Kuipers. Die belemmering is namelijk de afhankelijkheid die zorginstellingen toch voor een deel hebben bij het doen van onderzoek en het beschikbaar krijgen van

onderzoeksgelden in samenwerking met de farmaceutische industrie. Ik denk dat inkoop van geneesmiddelen los moet staan van onderzoek.

De voorzitter:

Een mooie aanvulling. Dan geef ik graag het woord aan professor Van der Hoeven.

De heer Van der Hoeven:

Dank u wel. Voordat ik antwoord, wil ik toch nog iets zeggen over de prijs en het patent. De meesten van u herinneren zich misschien nog taxol van ongeveer 25 jaar geleden. Dat kostte 3.000 gulden per toediening en dat moest je zes keer geven. Vijf jaar geleden kwam ipilimumab. Dat moet je vier keer geven. Een zakje kostte € 20.000. Nog nooit heeft iemand aan mij uit kunnen leggen waar het grote verschil tussen 3.000 gulden per toediening en € 20.000 per toediening vandaan kwam.

Dan uw vragen. U stelde mij de vraag welke handvaten wij u kunnen bieden, wat u kunt doen, om te waarborgen dat de patiënten hun medicijnen krijgen. Ik constateer dat er op dit moment op vier niveaus prijsonderhandelingen plaatsvinden. De Minister heeft het op de Europese agenda gezet. Het zal nog wel even duren voordat daar iets uit komt. Verder is de sluis geïntroduceerd. Als een nieuw middel geregistreerd wordt en een budgetimpact heeft van meer dan 40 miljoen, of meer dan 10 miljoen als het bij een individuele patiënt meer dan € 50.000 kost, dan worden onderhandelingen gevoerd om die prijs omlaag te brengen. De uitkomst van die onderhandelingen is geheim. Het daarmee verkregen geld gaat naar de zorgverzekeraars, die dat op een ingewikkelde manier naar de ziekenhuizen moeten zien te krijgen. De ziekenhuizen merken dat nog niet, want voor de ziekenhuizen is de prijs aan de poort tot nu toe dezelfde. Daarnaast hebben de NFU en de NVZ het initiatief genomen om voor sommige geneesmiddelen gezamenlijk te gaan onderhandelen over de prijs. Ten slotte hebben we nog 80 ziekenhuizen die individueel onderhandelen over de prijs van de geneesmiddelen.

Het advies van KWF Kankerbestrijding was om in ieder geval voor de oncologie een apart macrobudgettair kader te maken, daaruit de dure geneesmiddelen te betalen – mits ze op juiste indicatie worden voorgesteld – en de overheid al die prijsonderhandelingen te laten voeren en de maximale korting te laten verkrijgen. Misschien was dat advies nog niet zo slecht. In de oncologie gaat het op dit moment om een bedrag van tussen de 1,5 en 2 miljard euro. Jaarlijks komt daar misschien wel 300 miljoen euro bij.

Mevrouw Agema vroeg mij nog iets te vertellen over de sluis. Ik heb net uitgelegd op welke middelen die betrekking heeft. Een middel komt na registratie in de sluis. Registratie betekent dat is aangetoond dat het middel effectiviteit kan hebben en dat we op de hoogte zijn van de bijwerkingen. Volgens de stand der wetenschap en praktijk heeft de patiënt daar dan eigenlijk recht op. Als het middel in de sluis komt, is nog geen prijs vastgesteld voor het verzekerde pakket en dan is het maar helemaal de vraag of patiënten het geneesmiddel kunnen krijgen. In de oncologie was het eerste middel dat in de sluis ging nivolumab, een middel tegen longkanker. In de periode dat het in de sluis zat heeft de producent, Bristol-Myers Squibb, het middel gratis aan een aantal ziekenhuizen ter beschikking gesteld zodat zij daarmee hun patiënten konden behandelen. Maar lang niet alle patiënten hebben dat middel gehad. Pembrolizumab, een middel voor de eerstelijnsbehandeling van longkanker, heeft ruim negen maanden in de sluis gezeten. In die periode konden de patiënten geen aanspraak maken op die behandeling.

Palbociclib, een middel voor de behandeling van borstkanker, hormoongevoelig, heeft ook bijna negen maanden in de sluis gezeten. In die periode konden patiënten het via een apart programma krijgen, maar de praktijk leert dat misschien maar de helft van de patiënten het middel

krijgt omdat het een ingewikkeld traject is. Dat betekent dat patiënten direct na registratie tot het moment waarop de onderhandelingen in de sluis gevoerd zijn, soms niet de medicijnen krijgen waar ze eigenlijk recht op zouden kunnen hebben. Dat is een onbedoeld gevolg van een naar ik meen toch goed initiatief om zuinig met de zorg om te gaan. Verder zou ik nog heel veel willen vertellen over die predictieve markers en over de registrees, want dat is mijn vak, maar die vraag hebt u aan anderen gesteld. Heb ik een goed antwoord gegeven, of niet?

De voorzitter:

Dan is dat een uitdaging aan een van uw collega's aan tafel. Ik geef graag het woord aan de heer Bos.

De heer Bos:

Ik zou graag willen antwoorden op de vraag wat nu concrete initiatieven zijn die de overheid of de politiek zou kunnen nemen.

Ten eerste het veel uitgebreider bekijken van de mogelijkheden om via het mededingingstoezicht concurrentie aan te wakkeren op de farmaceutische markt. De Europese Commissaris voor Mededinging heeft als ik het wel heb exact één casus in behandeling op dit moment, van het bedrijf Aspen, maar er zijn natuurlijk in de farmaceutische wereld vele gevallen waarbij prijzen zonder aanwijsbare oorzaak plotseling verhoogd worden. Er zijn ook grote prijsverschillen tussen verschillende landen, terwijl het om hetzelfde productieproces en dus dezelfde kosten gaat. In allerlei andere markten is dat eigenlijk voldoende reden voor een toezichthouder op het gebied van mededinging om vragen te stellen of er niet sprake is van misbruik van marktpositie.

Een ander aspect dat in Nederland ook niet kan maar in andere landen wel, is dat bij ons de toezichthoudende ACM niet kan ingrijpen op het moment dat een kleine concurrent uit de markt wordt gekocht, omdat de ACM alleen mag ingrijpen op basis van een bepaalde drempelwaarde in termen van omzet. Maar de kleine biochemische bedrijven die uit de markt worden gekocht, maken nog geen omzet, en daarom kan dat buiten het mededingingstoezicht vallen. In andere landen is de mededingingsautoriteit ook in staat om in te grijpen louter op basis van deal value, dus het bedrag dat hiermee gemoeid is. Dus mededingingstoezicht zou mijn eerste suggestie zijn.

De tweede suggestie is patentwetgeving. Europeesrechtelijk is dit ongelofelijk ingewikkeld. Mijn suggestie zou zijn om je in eerste instantie te richten op de verlengde patenten. Voor de kern van het patentrecht zijn heel veel goede redenen te vinden waarom dat bestaat, misschien met een jaartje meer of minder, maar in de verlenging van het patentrecht zitten de aperte voorbeelden van misbruik van marktpositie omdat er dan echt geen innovatie meer mee gemoeid is maar het louter gaat om een verdere bescherming van de marktpositie.

Het derde initiatief heeft te maken met onderhandelen, waarover de heer Van der Hoeven het heeft gehad. Een goed voorbeeld is Frankrijk. Als je het Franse toelatingsbeleid vergelijkt met het Nederlandse, vallen in ieder geval twee dingen op. Ten eerste is het beleid daar veel gecentraliseerder. Het is in Nederland ontzaglijk moeilijk om goede marktmacht ten opzichte van de farmaceutische industrie te organiseren vanwege het decentrale karakter – of het marktkarakter, zo u wilt – van ons zorgstelsel. Die onderhandelingen vinden allemaal geconcentreerder op een plek plaats in Frankrijk. Het tweede wat opvalt is dat in Frankrijk het toelatingsbeleid onlosmakelijk verbonden is met afspraken over prijs en volume. Het gaat dus niet alleen maar over de vraag of een medicijn de markt op mag, er wordt meteen een afspraak gemaakt over prijs en volume. In Nederland zie je dat als een medicijn eenmaal is toegelaten, vijftien jaar later de prijs nog steeds net zo hoog is als afgesproken bij toelating, terwijl de kosten allang zijn terugverdiend en soms ook de volumes van het gebruik op

basis waarvan de toelating werd aangevraagd veel lager blijken te liggen dan de volumes waar uiteindelijk sprake van is. Dus op het moment van toelating afspraken maken over prijs en volume zou een andere suggestie zijn.

Mijn vierde suggestie is dat wij allemaal, hoe vervelend ook, eraan moeten wennen dat we meer energie gaan steken in de vergelijking op basis van kosteneffectiviteit van nieuwe medicamenten. Dat hoeft helemaal niet op dit moment gepaard te gaan met een plafondbedrag in termen van euro's per qaly, maar het leren denken in termen van qaly's en het leren afwegen van verschillende interventies ten opzichte van elkaar is buitengewoon nuttig. Ik breng in herinnering dat de huidige Minister van Volksgezondheid nog maar drie jaar geleden zei dat het in haar periode niet zou voorkomen dat patiënten een bepaald middel niet zouden kunnen krijgen vanwege de ontbrekende financiële ruimte. We zitten er vandaag de dag midden in met voorbeelden als Orkambi die we allemaal gezien hebben. We zullen eraan moeten wennen om op deze manier over nieuwe medicatie en nieuwe interventies – misschien ook wel meer dan alleen maar medicatie, het kan ook over nieuwe medische technologie gaan – met elkaar te praten. Wat mij betreft zonder plafond op dit moment, maar wel omdat dit het type debat is dat moet worden gevoerd. Daarvan hoop je natuurlijk uiteindelijk ook dat het in de businessmodellen van de farmaceutische industrie een plek krijgt, zodat daar niet alleen maar investeringsbeslissingen worden genomen op basis van de vraag «waar kan ik de meeste winst mee maken?», maar dat ook daar uiteindelijk de vraag «wat levert nou de meeste gezondheidswaarde per euro op?» de cruciale parameter wordt in het businessmodel.

Mijn laatste opmerking gaat over inkoop. Ik leid het inkoopinitiatief dat recent is gestart tussen de academische ziekenhuizen, de zorgverzekeraars en een groot deel van de NVZ-ziekenhuizen. Dat maakt de facto een einde aan de problematiek die de heer Van Dam beschrijft. De deal met de zorgverzekeraars die op tafel ligt, is dat ziekenhuizen zekerheid willen hebben dat patiënten die een bepaald medicijn nodig hebben, dat ook kunnen krijgen. De eis van de zorgverzekeraars die daar dan tegenover staat, is prima en dat willen wij ook best afspreken in onze jaarlijkse onderhandelingen, maar dan moeten we wel zeker weten dat we met elkaar het maximale hebben gedaan om de prijs en de maatschappelijke kosten zo laag mogelijk te krijgen en dat er niet ergens marges blijven hangen. Dat is exact wat je ziet gebeuren de afgelopen maanden. Die marges, die overigens buitengewoon goed besteed werden aan zeer nuttige activiteiten, verdwijnen. Rondom de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders ontstaat langzamerhand de deal dat in principe datgene wat er nodig is, vergoed wordt mits we met elkaar waarmaken dat de prijs ervan zo laag mogelijk is. Dat lijkt mij van groot maatschappelijk nut.

De voorzitter:

Dank u wel. Voor iemand die één vraag heeft gekregen, bent u nog steeds een begaafde spreker. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw Veldman.

Mevrouw Veldman:

Mevrouw Ellemeet vroeg wat de politiek kan doen om registraties in beweging te krijgen. Dank voor die vraag. Ik kan aansluiten bij wat de heer Bos heeft gezegd over de effectiviteit van geneesmiddelen. De patiëntenregistraties zijn daarom zo verschrikkelijk belangrijk. Daarom is het ook belangrijk dat de patiëntenregistraties niet bij individuele bedrijven zitten maar dat er gegevens verzameld worden. Een mooi voorbeeld – ik vind dat echt een witte raaf in Nederland – is de registratie van cystic fibrosis, waar meer dan 99% van de patiënten aan meedoet en waarbij allerlei mogelijke kenmerken bekend zijn. Zo is bekend welke medicijnen mensen

gebruiken, welke genetische variaties ze hebben en wat ze bij wijze van spreken qua leefstijl doen et cetera. Dat is een fantastische database om te kijken wat werkt en wat niet. Daar moeten we er veel meer van hebben. Vorig jaar is er een inventarisatie gedaan. Het is een beetje onduidelijk, in de zin of het om een aantal van 26 gaat of misschien wel een stuk of 50. Het is heel verschillend van karakter. Dus dat moet echt geprofessionaliseerd worden. Wat kan de politiek doen in mijn beleving? VWS en het Zorginstituut opdragen om er nu echt snelheid mee te betrachten. Het gaat er dan niet om allerlei nieuwe dingen zomaar op te zetten zonder anderen daarbij te betrekken. Maak gebruik van bestaande dingen en geef het wel de gelegenheid om te professionaliseren. Ik vind het superbelangrijk dat patiëntenorganisaties er een rol in hebben. Het gaat om hen. Bij die professionalisering horen ook budgetten. Bijvoorbeeld ICT is een belangrijk punt bij de patiëntenregistraties. Het liefst willen we dat het gekoppeld wordt aan de epd's van ziekenhuizen en in de toekomst aan de persoonlijke gezondheidsomgevingen. Daar kunnen we echt stappen in gaan zetten die iets opleveren.

Mevrouw Dik stelde een vraag over het juiste middel op de juiste plaats en in de juiste dosering. Daar gaat mijn buurman geloof ik zo dadelijk ook nog iets over zeggen. Bij die dosering is het belangrijk dat er een heel goede samenwerking plaatsvindt tussen dokters, wetenschappers en patiënten en dat patiëntenorganisaties daarbij ook serieus worden genomen. Er zijn mooie voorbeelden van. Ik noem aHUS, een zeldzame nierziekte, waarbij dankzij actieve patiëntenorganisaties de patiënten echt de bereidheid hadden om mee te doen en hun nek uit te steken. Dat betekent dat je dat middel niet meer de hele tijd krijgt. Het kan dus ook betekenen dat als het stopt, je jezelf heel ellendig gaat voelen. Dus vertrouwen en samen beslissen zijn belangrijk. Of de politiek dat af kan dwingen weet ik niet, maar je kan er wel ruimte voor geven. Wat je in elk geval kunt doen, is dat als het middel heeft gewerkt, mensen de zekerheid geven dat het er ook blijvend is.

Er is nog iets anders wat je kunt doen voor het juiste middel. Er zijn voorbeelden van oude, bestaande middelen voor een bepaalde ziekte die ook voor een andere ziekte goed blijken te werken. Ik zie heer Favié van Bogin nu meteen lachen; dat is namelijk zijn business. Er is een oud middel voor leukemie dat ook blijkt te werken voor de ziekte van Crohn. Dat is dan wel ingewikkeld met registreren. Dat kan een heel goede manier zijn om met bestaande middelen nieuwe ziektes aan te pakken in plaats van innovaties af te wachten. Dat zijn twee voorbeelden.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan professor Groen.

De heer Groen:

Dank u wel. Ik meen dat er drie vragen waren, namelijk over registraties, over diagnostiek en over het gesprek met de patiënt. Over de registraties is al het een en ander gezegd. Er zijn op dit moment in Nederland registraties zoals DICA en IKNL, en ook mijn eigen beroepsvereniging heeft een dure geneesmiddelenregistratie waarbij alles van a tot z wordt geregistreerd. Dat is mooi. Een van mijn irritaties is dat wanneer je vraagt om die data omdat je wilt kijken wat er gaande is, het altijd een of twee jaar duurt. Dan heb ik er niks aan. Ik vind dus dat die data snel ter beschikking moeten komen. Dan is altijd de kritiek: ja, maar dan trek je onjuiste conclusies. Dat kan best waar zijn, als ik maar die data heb. En dan kunnen we daarover discussiëren. Ik denk dat registraties heel nuttig zijn. Ik denk dat we dat meer moeten professionaliseren. Aan de andere kant moeten we er een goed oog voor hebben dat we geen last krijgen van die registraties. Heel veel ziekenhuizen hebben er last van, omdat een heleboel hooggekwalificeerde mensen een hoop onzin moeten invullen. Er moet goed oog voor zijn dat daarbij sprake is van een balans.

Ga je verder kijken naar registraties, dan kom je ook in het gebied van de diagnostiek. Dat is de tweede vraag. U weet dat er een ware revolutie in de diagnostiek heeft plaatsgevonden. Hoewel nog steeds drie kwart van de artsen in Nederland patiënten op epidemiologische overwegingen behandelt met het een of het andere middel, zijn er een hoop ziekenhuizen die dat op een andere manier doen. Dat heet dan personalized medicine en dan hoor je genomic testing en al dat soort dingen voorbijkomen. Dat is een ware revolutie waar de meesten geen oog voor hebben. Helaas, helaas! Wat betekent dat? Dat betekent dat er nieuwe samenwerkingsverbanden ontstaan, zoals die Moleculaire Tumor Board waar ik het eerder over heb gehad. Die proberen de technologische revolutie in het laboratorium van al die lettertjes van het DNA goed te analyseren, te interpreteren en in een perspectief te plaatsen. Daarvoor heb je expertise nodig en moet je gaan regionaliseren. Je moet het naar bepaalde ziekenhuizen brengen, en daar gaan dan de kosten ontstaan. Maar deze centra maken gebruik van big data, ook weer van die registraties die je op een efficiënte manier moet kunnen aanwenden. Dat doen wij wekelijks in Groningen en ik denk dat het ook in veel andere ziekenhuizen gebeurt. Maar het gebeurt niet in heel veel ziekenhuizen. Dat loopt dus een beetje uit elkaar. Ik denk dat het heel belangrijk is dat u er aandacht voor hebt dat die organisatie goed gaat en dat het goed op elkaar wordt afgestemd, zowel wat betreft de medicijnen die daarbij passen – daarover praten we hier vandaag – als wat betreft de diagnostiek, die ook vrij prijzig is. Dat brengt mij ten slotte bij de laatste vraag: hoe zeg je dat tegen de patiënt? Wat meld je in het gesprek met de patiënt? Ik denk dat voorlichting heel erg belangrijk is. Je moet de patiënt eerlijk vertellen wat er aan de hand is en wat je wel en niet kunt doen. En dan moet je het vooral ook laten, denk ik. Daar moet je ze van overtuigen. Als vanuit een Amsterdams centrum weer iets in De Telegraaf wordt gezet, dan heb ik daar heel veel last van. Dan krijg ik een storm van patiënten die ik ervan moet overtuigen dat het toch anders zit. Goede voorlichting is belangrijk, niet alleen aan onze patiënten maar ook in de richting van onze collega's om duidelijkheid te verschaffen over die nieuwe technologieën. Daar is namelijk nog veel onduidelijkheid over.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik tot slot het woord aan de heer Van Dam.

De heer Van Dam:

Mevrouw Keijzer vroeg mij een tweetal zaken te bespreken. Dat is allereerst de mogelijke opdrijving van de declaratiewaarde van geneesmiddelen door andere zaken dan alleen maar het geven van geneesmiddelen. Ik noem belangenverstrengeling. In het position paper van de NFU staat letterlijk: «Geneesmiddeleninkoop door umc's gaat soms samen met onderzoeksamenwerking tussen de farmaceutische industrie en umc's. De samenwerking bij de geneesmiddeleninkoop mag niet leiden tot het verminderen, of wegvallen van het geneesmiddelenonderzoek.» Dat is al een aardige vingerwijzing naar waar het soms om gaat: dat er een keuze voor een geneesmiddel wordt gedaan omdat dat samen gebeurt met onderzoek dat gefinancierd wordt door de farmaceutische industrie. Ik noemde het voorbeeld van de aanbesteding van groeihormonen, waar expliciet werd gevraagd om financiële ondersteuning van onderzoek. Daarom werd niet per se gekozen voor het goedkoopste middel. Ik noem dat een verstrengeling van de academische component en de premie. De geneesmiddelen die worden voorgeschreven, worden uit premiegelden betaald. De onderzoekskosten zouden eigenlijk uit de academische component moeten worden betaald. Doordat het in een schemergebied wordt gedaan waarin de geneesmiddelen in feite een keuze met een te hoge prijs worden, leidt dit tot extra geld voor onderzoek. Ik heb daar in

de tijd dat ik ziekenhuisapotheker was en de inkoop deed, heel veel voorbeelden van gezien. Later, toen ik bij de zorgverzekeraar werkte – ik werk daar inmiddels al zes jaar niet meer – heb ik ook heel veel voorbeelden gehoord en gezien waarbij dit een rol speelde. Ik denk bijvoorbeeld aan de fertiliteitshormonen. Een buitengewoon hoogleraar van het Erasmusziekenhuis zei letterlijk tegen mij en mijn collega: ja, de goedkopere biosimilars zijn aardig, maar dan zullen ze eerst met een half miljoen over de brug moeten komen voor onderzoek, want anders gaan we die niet stimuleren.

Zo kan ik eindeloos doorgaan, maar ik houd het bij twee voorbeelden, waarbij u zich moet realiseren dat deze belangenverstrengeling niet in het Transparantieregister tot uiting komt. Daarin komt alleen de rechtstreekse betaling aan de arts tot uiting. Dit soort onderzoeksgeld komt daar niet in tot uiting. In Noorwegen is van overheidswege gesteld dat de biosimilars een vooraanstaande plaats moesten krijgen in het behandelen van reumapatiënten. In de kortst mogelijke tijd is een groot aantal patiënten die de originele middelen kregen, overgezet naar de biosimilars, met als gevolg een enorme kostenbesparing. In Nederland geven we 450 miljoen uit aan de originators van dit soort middelen. Het zou een enorme kostenreductie teweeg kunnen brengen als deze patiënten veel sneller en veel actiever zouden worden overgezet. Ik hoor velen aan deze tafel zeggen dat ze er hard mee bezig zijn, maar het percentage patiënten dat is overgezet, haalt het bij lange na niet bij dat in Noorwegen. Dit leidt tot veel hogere kosten dan strikt noodzakelijk.

Het tweede onderwerp dat u graag besproken wilt hebben, is: wat is er tot 1 januari 2012 gebeurd met de vergoeding van dure geneesmiddelen? Tot 1 januari 2012 was sprake van een budgetfinanciering van ziekenhuizen. De dure geneesmiddelen werden op nacalculatiebasis extra vergoed, maar tegen de netto-inkoopprijs, ontdaan van alle op geld waardeerbare zaken. Dat betekende niet alleen dat de netto-inkoopprijs van het ziekenhuis gedeclareerd kon worden, maar ook dat alle extra zaken zoals onderzoeksgelden, inhalatoren, verdampingsmiddelen op de ok en verdampingsgassen voor anesthesie daarvan moesten worden afgetrokken. De ziekenhuisapothekers hebben altijd zeer actief en goed ingekocht. Ik heb daar zelf ook jaren aan meegedaan. Ik wil daar niets negatiefs over zeggen. Tot 1 januari 2012 kwamen die inkoopvoordelen gewoon ten goede aan het zorgbudget, omdat er minder gedeclareerd werd dan de lijstprijs zoals die vaststond tegen de netto-inkoopprijs. De Zorgautoriteit heeft, misschien mede onder leiding van meneer Langejan, de vorige directeur die een gelovige in het marktdenken was, besloten om de zaak geheim te maken en te zorgen dat de inkoopprijs niet meer transparant werd voor de verzekeraar. Die moest maar gissen naar het bedrag dat hij wilde vergoeden, zoals dat in de openbare farmacie al jarenlang het geval is. Dat heeft tot enorme extra kosten geleid, totdat het preferentiebeleid daar in ieder geval voor het generieke deel een behoorlijk halt aan heeft toegeroepen. In de ziekenhuizen wordt dit geherintroduceerd. De inkoopprijs van ziekenhuizen blijft geheim, ook in het inkoopmodel van de NFU, de NVZ en de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars krijgen niet te zien welke prijs er wordt betaald. Er wordt een verdeelsleutel gemaakt en een formule toegepast die geheim is voor de zorgverzekeraar.

Last but not least: het gekozen middel uit dit inkoopmodel is waarschijnlijk, als ze het goed spelen... Ik moet zeggen dat de opzet van dit inkoopmodel uitstekend is. Keuzes maken leidt tot korting. Geen keuzes maken leidt nauwelijks tot korting. Kijk maar naar het inkoopbureau van de overheid met zijn direct werkende orale anticoagulantia. Alle vier de middelen zijn gekozen. Er is een beperkte korting, maar als de overheid er één van had gekozen, dan was de korting vele malen hoger geweest. Dat gaan de ziekenhuizen nu doen. Kortom, een uiterst effectief

model waar niets op tegen is. Sterker nog, het is de enige manier om het te doen.

Maar waar gaat het om? Komt die korting ten goede aan het BKZ? Komt zij in mindering op de totale kosten? Antwoord: nee. Het middel dat niet gekozen wordt en waar in de aanbestedings situatie relatief meer voor moet worden betaald, omdat het gekozen middel in de aanbesteding waarschijnlijk tegen een lagere prijs wordt afgerekend, gaat natuurlijk ook korting geven om zijn positie maar te behouden.

De voorzitter:

Wilt u afronden?

De heer Van Dam:

Dat is een geheime afspraak, dat is een afspraak die er is omdat de Zorgautoriteit heeft gezegd: u hoeft niet de inkoopprijs te melden, maar alleen de lijstprijs. Dat betekent dat die marge geheim blijft voor de verzekeraar. Uit het veld heb ik zelfs begrepen dat de totale kosten van de dure middelen door dit inkoopmodel omhoog kunnen gaan. Het is profijtelijk voor de ziekenhuizen en misschien heel goed, maar niet het is niet profijtelijk voor de totale zorgkosten.

De voorzitter:

Ik dank u wel. Ik kijk mijn collega's heel streng aan. Is er iets blijven liggen? Wij hebben geen mogelijkheid om nog een ronde te houden. Ik zie de heer Nijboer, mevrouw Sazias en mevrouw Ellemeet. Weet wel dat de volgende ronde dan aan uw collega's is. Het woord is aan de heer Nijboer van de Partij van de Arbeid.

De heer Nijboer (PvdA):

Voorzitter. Mevrouw Van Rooy deed de oproep aan ons om contact op te nemen met collega's in het Europees Parlement. Ik vind het wel netjes om te zeggen dat ik daar graag toe bereid ben. Daar is een vraag aan gekoppeld. Ik zie de agenda en die doet er ook toe. 1. Patenten, zowel verlenging als voor andere doeleinden gebruiken. 2. Europese inkoopmacht. 3. Transparantie. 4. Mededingingswetgeving. Is dat een agenda die voldoet of mis ik dan nog wat?

De voorzitter:

Ik verzamel de vragen even. Het woord is aan mevrouw Ellemeet van GroenLinks.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik heb nog geen antwoord gekregen op mijn vraag wat het veld kan doen om die patiëntenregistraties te bevorderen. Het was een wat algemener verhaal over registraties, maar ik mis nog wat het veld hierin kan betekenen. Misschien is dit een kans om een reactie te vragen aan de heer Van der Hoeven.

De voorzitter:

Het was een vraag aan mevrouw Veldman, geloof ik.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Nee, de heer Groen.

De voorzitter:

De heer Groen? Oké, dan is deze genoteerd voor de heer Groen. Ik geef nu het woord aan mevrouw Sazias van 50PLUS.

Mevrouw Sazias (50PLUS):

Mijn vraag is voor de heer Groen. U heeft het een paar keer gehad over de Moleculaire Tumor Board in Groningen. Als ik het goed begrijp, gaat het om diagnostiek en behandeling van tumoren. Gebeurt dat alleen in Groningen? Het zou eigenlijk een landelijke dekking moeten hebben, maar ik begrijp dat dat nog niet zo is.

De voorzitter:

Ik geef nu eerst het woord aan mevrouw Van Rooy. U krijgt allen tweeënhalve minuut de tijd om de vragen te beantwoorden. De heer Groen moet dus twee vragen in tweeënhalve minuut doen.

Mevrouw Van Rooy:

Ik kan het zelfs korter, want ik denk dat u precies de juiste punten genoemd heeft. De heer Bos heeft daar ook het nodige over gezegd. Transparantie is een heel belangrijk terrein, want ook andere industrieën moeten heel transparant zijn vanwege de Mededigingscommissaris, die ze soms het hemd van het lijf vraagt. Dat zou bij de farmaceutische industrie ook kunnen. Dat is ook een kans voor goedwillende bedrijven die hun maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen om te laten zien dat ze die dialoog willen aangaan. Ik heb daar echt veel verwachtingen van. Ik heb nog lang die tweeënhalve minuut niet gebruikt. Ik wil daarom ook nog iets zeggen over de kosten. Het systeem waar de heer Van Dam naar verwijst, is wel van een hele tijd geleden. Dat was de tijd dat de omzet in de ziekenhuizen per jaar voor het budget met 4,5% steeg. Omdat het geheel veel meer de verantwoordelijkheid is geworden van de ziekenhuizen in onderhandeling met de zorgverzekeraars, zijn de kosten tot 1% omzetgroei beperkt, mede dankzij de zorgakkoorden die we met elkaar afgesproken hebben. Dat is een prestatie van alle partijen en dat moeten we niet uit het oog verliezen. We moeten vooral niet naar één element kijken, want als een ziekenhuis heel slim energie inkoop, iets wat we allemaal moeten doen, dan draagt dat bij aan de totale beheersing van de kosten.

Mevrouw Keijzer (CDA):

Voorzitter, zou de heer Van Dam hier kort op mogen reageren?

De voorzitter:

Nee, want dit is eigenlijk een punt van orde van mevrouw Van Rooy. Die mogelijkheid heeft ze gepakt. Maar als je nieuwsgierig bent, zou ik zeker even contact opnemen met de heer Van Dam!

Mevrouw Keijzer (CDA):

Ga ik zeker doen, voorzitter.

De voorzitter:

Ik zou nu graag het woord geven aan professor Groen.

De heer Groen:

Twee vragen. Eerst de veldpartijen en de registraties. We weten dat er diverse registraties in Nederland zijn. Er is een tijd geweest dat er nogal wat strijd was tussen de verschillende partijen om tot één registratie te komen. Er zijn veel pogingen gedaan, ook bij VWS, om dat allemaal bij mekaar te brengen. Uit nood geboren komt er dan bijvoorbeeld een melanomenregistratie en nog meer uit nood een longkankerregistratie. Men deed dat om die data te verzamelen die de wetenschappelijke verenigingen belangrijk vinden. Die registraties lopen goed. Dat gaat prima, maar ik zou toch graag willen zien dat dat wat meer bij mekaar komt. U vraagt: wat doen die veldpartijen nou? Die doen er een hoop aan maar het lukt ze nog niet. Er is dus te veel versnippering.

De tweede vraag is de vraag over de moleculaire tumorboards. De moleculaire tumorboards zitten in enkele grote ziekenhuizen. Ik geloof dat het drie of vier amc's zijn, maar misschien doe ik daarmee een kleiner ziekenhuis tekort. Het is in ieder geval nog niet wijdverspreid in Nederland. De expertise in die tumorboards is ook nog wel wat verschillend en derhalve hebben we met een aantal centra een project gestart om te kijken wat er besproken moet worden en welke databases aangewend moeten worden. Kan dat snel gaan en wat zijn de doorlooptijden? Wat is de tijd tussen het moment dat je een verzoek krijgt voor een probleem en het moment dat je een antwoord geeft? Dat soort zaken zijn aan de orde. Ik denk dat het zich in de komende jaren zal verspreiden over Nederland.

Dat zal ook met zich meebrengen dat er een soort centralisatie gaat optreden, want het zijn die centra waar ook deze dure geneesmiddelen worden voorgeschreven. Ik denk ook dat dat daar moet blijven en dat patiënten naar deze centra moeten gaan reizen om gebruik te maken van deze expertise. Dat is nodig om de juiste behandeling bij de juiste patiënt te brengen. Natuurlijk wordt er dan gezegd «we moeten het zo dicht mogelijk bij de patiënt brengen» en dat kan ook als je maar de juiste netwerken om die centra formeert.

De voorzitter:

Ik dank professor Groen voor het slotwoord bij dit kopje, want ik brei een einde aan deze ronde van de rondetafel, het kopje «ziekenhuisartsen en patiënten». Ik bedank jullie heel hartelijk voor jullie inbreng, zowel schriftelijk als mondeling. Ik geef de leden vijf minuten pauze om eventueel hun handen te wassen. Over vijf minuten beginnen we dan met het kopje «farmaceutische industrie». Dank u wel.

De vergadering wordt van 11.13 uur tot 11.21 uur geschorst.

Blok 2: Farmaceutische industrie

Gesprek met:

De heer G. Schouw, directeur Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen

De heer M. Favié, brancheorganisatie BOGIN

De heer S. Buruma, manager corporate affairs Biogen

De heer P. Korte, algemeen directeur Janssen, onderdeel van Johnson & Johnson

Mevrouw W. Rieb, general manager Pfizer

De heer A. Antonisse, director market access & external affairs AstraZeneca BV

De heer C. Boersma, Head of Global Franchises Communications & Government Affairs GSK

De voorzitter:

Mag ik u allen vragen om uw plaatsen weer in te nemen? Zolang ik in de Tweede Kamer zit heb ik nog maar zelden mijn hamer hoeven gebruiken, maar nu we het over de farmaceutische industrie hebben, moet ik jullie allemaal tot de orde roepen.

Wij gaan verder met het blok Farmaceutische industrie. Die industrie is hier vandaag vertegenwoordigd door gasten die allemaal geweldig mooie namen hebben. Ik ga proberen die zo goed mogelijk uit te spreken, vergezeld van de functie. De heer Schouw is directeur van de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen; de heer Favié is van de brancheorganisatie BOGIN; de heer Buruma is manager corporate affairs Biogen; de heer Korte is algemeen directeur van Janssen, onderdeel van Johnson & Johnson; mevrouw Rieb is general manager van Pfizer; de heer Antonisse is director market access & external affairs AstraZeneca BV en de heer

Boersma is Head of Global Franchises Communications & Government Affairs GSK.

Volgens mij hebt u allemaal net meegekeken. U krijgt van mij twee minuten de tijd om uw position paper aan te vullen. Wij hebben allemaal ons huiswerk gedaan en ons goed ingelezen. Als het goed is, hoeft u dat slechts aan te vullen. Daarna geef ik mijn collega's de mogelijkheid om weer een vraag te stellen aan twee van de gasten. Als eerste geef ik het woord aan de heer Schouw.

De heer Schouw:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Het is een enorm genoegen om hier weer te zijn. Dank ook voor de uitnodiging voor de gedachtewisseling hier vandaag tussen leden van uw Kamer, de lidbedrijven en natuurlijk ook de brancheorganisatie. Ik denk dat we voor drie majeure uitdagingen staan. De eerste is natuurlijk dat we met elkaar verantwoordelijk zijn voor het handhaven van een snelle toegang van nieuwe, innovatieve geneesmiddelen tot de markt. Daar is al veel over gezegd, maar ik neem toch de vrijheid om er ook op te wijzen dat er eind 2015 een belangrijk onderzoek is gedaan door Actal, met de in mijn ogen schrikbarende conclusie dat het huidige stelsel van toelating van geneesmiddelen op termijn niet houdbaar is. Met andere woorden: wij moeten heel kritisch naar die regels kijken en bezien hoe we een aantal dingen kunnen veranderen.

Het tweede punt: ik vind dat we met elkaar een verantwoordelijkheid hebben voor een beheersbare budgetontwikkeling, zeker voor geneesmiddelen. De leden van mijn vereniging willen ook medeverantwoordelijkheid dragen voor die budgetontwikkeling op nationaal niveau. Wij denken dat te kunnen gaan invullen door betere diagnostiek, aandacht voor registries, biomarkers en heldere budgetkaders.

De derde grote uitdaging is wat we hier in Nederland allemaal aan kunnen doen. We kunnen een poging doen om de wereld te verbeteren, we kunnen een poging doen om vanuit Nederland Europa te verbeteren, maar ik denk dat we echt moeten focussen op wat we hier in Nederland kunnen doen. Er komen, zo verwacht ik, in een nieuw regeerakkoord dadelijk weer oplossingen in termen van hoofdlijnenakkoorden. Bij de vorige hoofdlijnenakkoorden waren de bedrijven en was de geneesmiddelensector niet betrokken. Ik denk: it takes two to tango en pleit er dan ook voor de sector te betrekken bij het maken van die hoofdlijnenakkoorden, bij het zorgen voor betere toegang, bij budgetafspraken, maar ook voor zuurstof en groei en voor innovatie op het gebied van geneesmiddelen in Nederland. Maak de sector in totaal dus ook verantwoordelijk voor de budgetontwikkeling. Met elkaar kunnen we dat, voorzitter.

Ik viel even stil omdat ik nog zocht naar een mooie afsluitende zin, en die is: niet over elkaar, maar met elkaar.

De voorzitter:

Zo ken ik u weer, mijnheer Schouw. Dan geef ik graag het woord aan de heer Favié.

De heer Favié:

Dank u wel, voorzitter, en ook dank voor de uitnodiging. Ik zit hier als voorzitter van Bogin, de brancheorganisatie voor biosimilars en generieke geneesmiddelen. Dat zijn geneesmiddelen waarvan het patent is verlopen en die aanzienlijk goedkoper, 60% tot 90% lager dan het oorspronkelijke product, worden aangeboden. Even voor de goede orde: 75% van alle geneesmiddelen in Nederland, geleverd aan patiënten, zijn generieke geneesmiddelen, dus we hebben het ergens over. Het is ook belangrijk genoeg om hier bij dit gesprek even aandacht aan te besteden. Door de substitutie naar generieke geneesmiddelen en biosimilars wordt veel geld bespaard. De laatste berekening van het Zorginstituut is uit 2014. Zij kwamen toen op een bedrag van 1,3 miljard. Ik heb zelf een beetje

geëxtrapoleerd en doorgerekend en kom voor dit jaar op zeker 1,5 miljard euro per jaar. Wij denken dat gericht beleid tot substitutie naar generieke geneesmiddelen en biosimilars nog meer besparingen kan opleveren. Wel vinden wij dat die besparingen zouden moeten worden gebruikt om innovatieve geneesmiddelen te bekostigen en dat, zoals de laatste jaren is gebeurd, het geld niet moet verdwijnen uit het budget voor farma. Dames en heren, ik wil nog voor iets heel anders uw aandacht vragen, misschien een beetje tegenstrijdig. De prijs van generieke geneesmiddelen in Nederland is, vergeleken met andere Europese landen, erg laag: gemiddeld voor 30 tabletten € 2,60. Die prijs is zo laag geworden dat Nederland voor generieke industrieën minder aantrekkelijk gaat worden. Ik maak mij daar zorgen over, zorgen over de beschikbaarheid voor patiënten en zorgen over het verdwijnen van deze kosteneffectieve therapieën. De generiekegeneesmiddelenindustrie levert een belangrijke bijdrage aan het betaalbaar houden van de geneesmiddelenvoorziening in Nederland, maar ze moet dan ook wel de mogelijkheid hebben om dit op economische basis te blijven doen.

Wat vragen wij aan u? Stel toegankelijkheid en beschikbaarheid centraal en maak met elkaar afspraken over de kosten. Zorg voor een gericht beleid voor de snelle opname van biosimilars en generieke geneesmiddelen om te komen tot besparingen, maar zet deze besparingen dan ook in voor innovatieve geneesmiddelen. Houd Nederland economisch aantrekkelijk voor de generieke industrie. En in navolging van mijn collega: maak afspraken met de geneesmiddelenindustrie en alle belanghebbenden over een goede, blijvende en snelle beschikbaarheid van geneesmiddelen in het belang van patiënten tegen aanvaardbare kosten. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de heer Buruma.

De heer Buruma:

Dank u wel, voorzitter. Ook ik wil graag beginnen met mijn dank uit te spreken voor de mogelijkheid om hier vandaag met elkaar in gesprek te gaan. Ik zit hier namens de Nederlandse vestiging van het biotechbedrijf Biogen. Biogen wil doorbraken realiseren bij complexe neurologische aandoeningen. Dat is ons gelukt bij MS en recent bij de zeldzame spierziekte SMA. Op dit moment werken wij hard aan medicijnen tegen bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer, de ziekte van Parkinson en ALS. Daarnaast produceren wij ook biosimilars.

Wat Biogen betreft is het hoog tijd voor oplossingen. De vraag is alleen: hoe komen we tot die oplossingen? Wij denken dat een heel belangrijke eerste stap is dat we deze discussie minder zwart-wit gaan benaderen. Wij denken namelijk dat in deze discussie iedereen gelijk heeft. De overheid heeft gelijk als ze zegt dat de komst van nieuwe geneesmiddelen niet moet leiden tot te grote stijgingen van het geneesmiddelenbudget. Op hun beurt hebben bedrijven gelijk als ze zeggen dat ze een prijs willen die recht doet aan het dure en risicovolle onderzoek dat ze hebben gedaan. Bovenal hebben patiënten gelijk als ze zeggen dat ze snelle en brede toegang willen tot nieuwe medicijnen.

Een tweede belangrijk punt in onze ogen is dat we ons realiseren dat we elkaar nodig hebben. We zullen samen in gesprek moeten gaan om gezamenlijk te komen tot oplossingen waar alle partijen baat bij hebben. Er is hier in de Kamer weleens heel treffend gezegd dat we in een loopgravenoorlog zijn beland. Wij denken dat het echt cruciaal is dat we daaruit komen. Wat dat betreft hoop ik dat het rondetafelgesprek van vandaag daartoe een belangrijke eerste aanzet zal vormen. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de heer Korte.

De heer **Korte**:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik zit hier namens Janssen Nederland; hoe simpel kan ik het zeggen? Ik zit hier ook namens 2.100 collega's die in Nederland werkzaam zijn. Het merendeel van hen doet werk in het onderzoek. Ik wil graag drie punten maken.

Mijn eerste punt: de discussie van vandaag is complex. De eenzijdige focus op de prijzen doet daaraan volgens mij geen recht. We vergeten daardoor namelijk dat er heel veel mogelijkheden zijn, bijvoorbeeld om geneesmiddelen doelmatig toe te passen in de praktijk. Het doet me ontzettend deugd dat daar vanochtend, in het vorige blok, heel veel voorstellen voor zijn gedaan. Die onderschrijven wij volledig en ondersteunen we ook, waar we dat kunnen. Maar er is nog een tweede gevolg waar ik bang voor ben als we alleen maar over de prijzen praten. We vergeten dan ook wat er toch op het spel staat, namelijk de geneesmiddelen van morgen, de geneesmiddelen voor onze kinderen.

Mijn tweede punt is: geneesmiddelen ontwikkelen is ook complex. Dat doe je niet even. Dat is niet simpel. Al die mensen die in het onderzoek werken, ervaren dat dagelijks. Ik denk dat veel van de hier aanwezige wetenschappers ook weten dat het niet zo simpel is. We weten ook allemaal dat er hele strikte eisen zijn. We hebben afgesproken dat we die eisen ook moeten handhaven, in het belang van de patiënten. Want het gaat om de veiligheid, werkzaamheid en kwaliteit van onze geneesmiddelen. En voordat men misschien makkelijk roept dat het sneller, beter of goedkoper kan, zou ik mensen toch echt willen uitnodigen om met onderzoekers te praten. Zij kunnen zeggen dat het gewoon niet zo eenvoudig is.

Mijn derde en laatste punt is: hoe dan nu verder? Het is misschien een herhaling van wat ik eerder vandaag heb gehoord, maar ik zeg het toch, omdat het zo ontzettend belangrijk is: we hebben een dialoog nodig op basis van wederzijds respect en wederzijds begrip. Want we zullen het samen moeten doen. Wat zullen we moeten doen? Creatieve oplossingen verzinnen, zodat we de zorg en de geneesmiddelenvoorziening in Nederland toekomstbestendig maken. In onze position paper vindt u daarvoor een aantal concrete voorstellen. Dialoog en samenwerking dus. Onze ervaring in andere landen leert dat dat heel goed kan. Ik hoop van harte dat we daar vandaag ook in Nederland een start mee kunnen maken. Janssen zet zich daarvoor in.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Rieb.

Mevrouw **Rieb**:

Bedankt, mevrouw de voorzitter. Geachte commissie, bedankt voor de uitnodiging om hier aanwezig te zijn en met de Kamer in gesprek te gaan. Mijn werkleven is begonnen in de apotheek. Daar heb ik dagelijks meegemaakt hoe belangrijk geneesmiddelen zijn voor mensen en wat ze kunnen betekenen in het dagelijks leven. Want als je ziek bent, wil je eigenlijk maar één ding: beter worden. Nu ben ik algemeen directeur van Pfizer Nederland. Samen met al mijn collega's ben ik nog steeds dagelijks bezig om ervoor te zorgen dat de geneesmiddelen die mensen nodig hebben ook naar hen toe kunnen komen. Wij maken deze geneesmiddelen. Maar we hebben ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat er in de toekomst geneesmiddelen zijn voor enkele tientallen patiënten met een speciale vorm van kanker, of misschien voor duizenden patiënten met alzheimer of parkinson, of met andere grote vragen die we nog niet hebben opgelost. Het is belangrijk dat al deze medicaties, goedkoop of duur, beschikbaar zijn voor de

patiënt. Ik denk dat daar de verantwoordelijkheid ligt die wij hier met z'n allen hebben: de beschikbaarheid voor de patiënt. Daarvoor ligt de sleutel mijns inziens echt in samenwerken.

De vraag die vandaag op tafel ligt, is: wordt dat systeem ondertussen te duur? Ik vind die vraag moeilijk te beantwoorden. Maar het is wel helder dat we onze euro's maar één keer kunnen uitgeven. Dat moeten we efficiënt doen. Ik wil werken aan oplossingen. Dat willen wij van Pfizer zeker, maar dat kan niemand alleen. Want ook al zijn de totale uitgaven aan geneesmiddelen de laatste jaren niet significant gestegen of redelijk gelijk gebleven, het gaat nu over de toekomst en wat eraan komt. Wat zou het mooi zijn als we dezelfde energie die we nu stoppen in het elkaar ervan overtuigen dat we gelijk hebben, stoppen in het samen naar oplossingen zoeken. Wat zouden we dan kunnen bereiken voor de zorg, en zeker voor de patiënt?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de heer Antonisse.

De heer Antonisse:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Dank u wel voor de uitnodiging om hier met elkaar in dialoog te gaan.

AstraZeneca heeft wetenschap hoog in het vaandel staan. Via wetenschap trachten wij geneesmiddelen te ontwikkelen die ertoe doen voor patiënten. Dat doen we niet alleen; dat doen we in samenwerking met artsen, ziekenhuizen, kenniscentra en start-ups. Met elkaar trachten wij van wetenschap naar geneesmiddel te komen. Dat is een risicovol traject. Vele onderzoekslijnen falen. Dat is echter geen weggegooid geld, want ook een gefaald traject levert kennis op, die wij weer kunnen gebruiken in een andere onderzoekslijn, die wellicht wel tot een geneesmiddel leidt. Als wij een geneesmiddel hebben, is het van belang dat het op het juiste moment wordt ingezet bij de juiste patiënt. Bij AstraZeneca doen wij dat door de ontwikkeling van diagnostische tests, waar wij in het eerste blok al over gesproken hebben. Via deze tests kunnen wij vooraf beter voorspellen of een geneesmiddel gaat werken bij een patiënt. Als wij geen diagnostische tests ter beschikking hebben, is het altijd mogelijk om met ons een dialoog te voeren over andere modellen, zoals pay for performance, of indication based pricing.

Duurzame, betaalbare gezondheidszorg, inclusief farmaceutische zorg, is onze gezamenlijke verantwoordelijkheid. Als AstraZeneca beseffen we wel degelijk dat wij een private onderneming zijn in een publieke sector. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid en daarom pleiten wij hier om, net als in andere EU-landen en net als in vele andere vormen van de gezondheidszorg in Nederland, te onderzoeken of we tot een hoofdlijnenakkoord farmaceutische zorg kunnen komen. Hierin kunnen wij afspraken maken over langdurige beheersbaarheid, voorspelbaarheid en samenhang tussen de beleidsinstrumenten die er nu al zijn binnen de farmaceutische zorg. Op deze manier kunnen wij er met elkaar voor zorgen dat nieuwe wetenschappelijke toepassingen die leiden tot geneesmiddelen, op een duurzame en goede manier ter beschikking komen voor Nederlandse patiënten.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik tot slot het woord aan de heer Boersma.

De heer Boersma:

Dank, mevrouw de voorzitter. Dank tevens voor de uitnodiging om deel te nemen aan dit rondetafelgesprek.

Om uit de huidige discussie over de betaalbaarheid van de farmaceutische zorg te komen, is het wat mij betreft cruciaal om de brug te slaan tussen prijs en kosten enerzijds en de toegevoegde waarde van geneesmiddelen anderzijds. Dat is vandaag al eerder gezegd. Tegenover jullie zit iemand die voor de farmaceutische industrie werkt, maar die ook een drive heeft om in samenwerking met andere zorgpartijen een bijdrage te leveren aan kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Ik herken mij dus niet in het beeld dat nogal eens neer wordt gezet van onze sector. GSK is een bedrijf dat medicijnen en vaccins voor patiënten over de hele wereld ontwikkelt. Wij hanteren daarbij een paar uitgangspunten. De eerste is dat wij aandeelhouderswaarde gelijk willen schakelen aan de waarde die wij aan de maatschappij willen leveren. En de prijs van innovatieve geneesmiddelen mag nooit een onnodige barrière voor patiëntentoeegang zijn. Het laatste punt is dat wij afgerekend willen worden op de toegevoegde waarde die wij leveren. Het huidige debat over de betaalbaarheid van farmaceutische zorg wordt mijns inziens te eenzijdig gevoerd. Er wordt niet vanuit een breder zorgperspectief gekeken. Naast prijs en kosten zul je ook moeten kijken naar de betaalbaarheid of budgetimpact, inclusief de verdringingseffecten. Als daar goed naar gekeken wordt, zal blijken dat innovatieve geneesmiddelen ook een positieve bijdrage kunnen leveren en niet per se duurder hoeven te zijn.

De betaalbaarheidsuitdaging is complex. Dat is vandaag ook al eerder gezegd. Er zijn vele dilemma's en paradoxen. Dus eenvoudige, kortetermijnoplossingen leveren geen antwoord op de gezondheidszorguitdagingen, die voor ons liggen. Dit vraagt om een meer geïntegreerde waardeketenaanpak van preventie, diagnostiek, behandeling en monitoring. Wouter Bos zei in het eerste blok al dat wij daarmee wellicht maximale gezondheidswinst per geïnvesteerde euro zouden kunnen realiseren.

Om tot duurzame oplossingen te komen is het naast het krijgen van overeenstemming over een aantal basisuitgangspunten, die ik ook heb vermeld in de position paper, de uitdaging om over de ogenschijnlijk tegengestelde belangen van zorgpartijen heen te stappen en te starten bij het perspectief van burger en patiënt.

Voorzitter, ter afronding. Laten wij de krachten bundelen en vanuit de coalition of the doing samenwerken in het belang van patiënten, de gezondheidszorg, de maatschappij en de economie.

Dank. Hiermee geef ik het woord terug aan de voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel dat ik het woord weer krijg van u. Ik dank u allen voor uw mondelinge toelichting, naast de position papers die wij van u hebben mogen ontvangen. Mijn collega's kennen het klappen van de zweep inmiddels. Ik geef als eerste het woord aan de heer Nijboer voor zijn vragen aan maximaal twee personen.

De heer Nijboer (PvdA):

Dank voor uw komst en voor uw toelichting. Artsen, hoogleraren en ziekenhuisbestuurders zeiden zojuist dat het een groot probleem is. Zij noemden een aantal thema's zoals de patenten, het mededingingsrecht en de transparantie. Zij zeiden: je kunt helemaal niet nagaan wat de kostprijs is van een medicijn; de prijzen zijn torenhoog en brengen onze ziekenhuizen in de knel. Het bevreemdt mij dat daar eigenlijk niks over wordt gezegd en dat er alleen maar een oproep wordt gedaan om gezamenlijk op te treden, terwijl de belangen echt verschillend zijn. De belangen van de industrie zijn anders dan die van de politiek. U wilt zo veel mogelijk winst maken en aandeelhouderswaarde creëren. De politiek is er voor betaalbare zorg en betaalbare medicijnen voor patiënten.

Mijn vraag aan de heren Korte en Antonisse is daarom: denkt u nou echt dat het helpt om via chantagepolitiek, via de uitspraak «We dreigen Nederland, met 2.100 medewerkers hier, de rug toe te keren», druk te zetten op de politiek? Denkt u dat dit de weg is om betaalbare zorg te krijgen?

De voorzitter:

Dank u wel, mijnheer Nijboer. Ik zie dat u het woord wilt, mevrouw Bergkamp, maar ik geef u het woord niet. Het is aan een lid van onze Kamer zelf om zijn woorden te kiezen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Voorzitter, ik hecht er...

De voorzitter:

Ik geef u niet het woord. Ik wijs de heer Nijboer er wel op dat we geen politieke inleidingen moeten houden.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik vind het toch belangrijk om een punt van orde te maken. Dit is een hoorzitting. Het doel is om informatie te krijgen en niet om er een politiek debat van te maken. Ik vind dat ook niet respectvol naar onze mensen, naar de door ons uitgenodigde deskundigen, toe. Ik vind het dus wel belangrijk om dit punt gemaakt te hebben. Ik hoop dat u er ook op gaat letten.

De voorzitter:

U hebt uw punt gemaakt, maar het is aan de leden zelf om te bepalen welke vragen zij stellen. Ik geef nu het woord aan mevrouw Ellemeet van GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Dank voor uw komst en voor uw bijdragen. Ik heb een aantal van u horen zeggen dat u het wenselijk vindt om een hoofdlijnenakkoord te sluiten en om deel te nemen aan dat akkoord over de farmaceutische industrie. Ik heb daar twee vragen over. Ik hoorde de heer Boersma – volgens mij was hij het – zeggen dat het niet alleen om de aandeelhouderswaarde gaat, maar ook om de patiëntwaarde. Mijn vraag aan hem is: hoe wilt u daar concreet invulling aan geven? Op welke manier neemt u de patiëntwaarde mee in zo'n hoofdlijnenakkoord? Wat wordt die patiëntwaarde dan concreet naast die aandeelhouderswaarde? Mijn tweede vraag is gericht aan de heer Korte.

De voorzitter:

U mag maar één vraag stellen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

O, dan houd ik die vraag achter de hand. Dank u wel.

De voorzitter:

We kunnen wel vragen aan de heer Korte...

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dan wil ik deze vraag ook aan de heer Korte stellen.

(Hilariteit)

De voorzitter:

Dat vind ik een heel wijze keuze! Ik geef nu graag het woord aan mevrouw Sazias van 50PLUS.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Dank u wel. Ik vind het fijn om van de meesten van u te horen dat u graag in dialoog wilt gaan. Dat is ook de enige manier waarop we tot oplossingen kunnen komen. Mijn vraag aan de heer Korte en mevrouw Rieb is: bent u dan ook bereid om volledige transparantie over de kosten van het research-and-developmenttraject te geven?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik geef het woord aan de heer Rutte van de VVD-fractie.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Voorzitter. Alle aanwezigen hebben heel uitgebreide position papers ingeleverd. Daarin werden ook wel duidelijk dilemma's geschetst over gigantische risico's die genomen worden over zeer langjarige investeringen. Ik wil graag een vraag daarover stellen. Ik stel die aan twee mensen die nog geen vragen hebben gekregen, aan de heer Buruma en de heer Boersma. O nee, ik begrijp dat u al een vraag heeft gekregen. Dan stel ik deze vraag aan de heer Buruma en aan de heer Antonisse, die wel een vraag heeft gekregen, maar die misschien specifiek hierover iets zou kunnen vertellen. Zouden we niet met elkaar op zoek moeten naar een model waarin we eerder echte patiënten kunnen includeren in plaats van klinische patiënten en waarin we veel beter in beeld kunnen krijgen welke markers er zijn? Op die manier zouden de ontwikkelrisico's en de ontwikkeltijd lager worden en zouden we patiënten vooral ook tegen veel reëlere en betere kosten kunnen behandelen. Bent u dat met mij eens? Zo ja, wat is daar dan voor nodig?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik geef graag het woord aan mevrouw Agema van de PVV-fractie.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb onlangs voor een televisie-uitzending een interview gegeven waarin ik zei dat ik de farmaceutische industrie hier echt nooit zag.

(Hilariteit)

Mevrouw **Agema** (PVV):

Die uitzending is nog niet geweest, maar ik zal die woorden dus moeten terugnemen. Dan weten de mensen hier ook dat ik niet helemaal gek geworden ben als ze dat volgende week zien. Het is wel een beetje wat ik hier de afgelopen jaren heb gezien. Wij maken ons als Kamer heel erg druk om de hoge geneesmiddelenprijzen. Dat doen eigenlijk ook de mensen in het vorige blok. Als we kijken naar alle position papers uit het vorige blok, dan zien we een veelheid aan ideeën om geneesmiddelenprijzen omlaag te brengen; niet alleen bij de fabrikant, maar ook in de ziekenhuizen, en ook over wat de overheid zou kunnen doen. Ik proef eigenlijk een soort van ongemakkelijkheid, een soort van tegenstelling in dit blok. U zegt namelijk dat u wel maatschappelijk verantwoord bezig bent, maar ook dat er toch heel veel misgaat met onderzoek. Dat geeft me toch een beetje een ongemakkelijk gevoel, en al helemaal dat stuk in de krant vanmorgen – waar de heer Nijboer ook op wijst – waarin de directeur van Janssen zegt: als het nog langer over de hoge prijzen gaat, dan gaan we weg uit Nederland. Ik zou meneer Korte dus wel willen vragen om ons daar nog enige uitleg over te geven. We zijn toch allemaal maatschappelijk verantwoord en we willen toch allemaal dat die kosten omlaaggaan? Waarom dan meteen zo'n dreigement? Mijn andere vraag is...

De **voorzitter**:

Die vraag was dan eigenlijk van de heer Nijboer. Ik vraag u wel om uw politieke inleiding in te korten, want u mag maar één vraag stellen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dan hou ik het hierbij.

De **voorzitter**:

Ik geef graag het woord aan...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Misschien dat iemand anders zich nog geroepen voelt om te reageren? Als iemand nog een goed idee heeft om de kosten omlaag te brengen, dan hoor ik het ook heel graag.

De **voorzitter**:

Die vraag heb ik als voorzitter stiekem niet gehoord. Mevrouw Dik-Faber, van de ChristenUnie.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. We hebben zojuist in het eerste blok van onder andere de ziekenhuizen gehoord dat de stijgende medicijnprijzen echt een probleem vormen. De thema's die daarnaast in het eerste blok echt aan de orde zijn geweest zijn de beschikbaarheid van medicijnen, het breed aanbieden van de benodigde zorg en het voorkomen van verdringing. Die thema's zijn in dit tweede blok onvoldoende geadresseerd. Ik hoorde mevrouw Rieb zeggen – aan haar is mijn vraag gericht – dat de uitgaven voor geneesmiddelen relatief klein zijn gebleven. In het hele perspectief van de stijgende zorgkosten is dat waar, maar als je specifiek naar ziekenhuizen kijkt, dan zit daar echt een knelpunt. Ik zou daar wel op willen reageren. Mevrouw Rieb geeft nadrukkelijk aan dat we een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor de beschikbaarheid voor de patiënt. Dat is belangrijk, maar die beschikbaarheid staat wel onder druk. Mijn vraag aan haar is: wat kan uw organisatie doen? Hoe vult u die maatschappelijke verantwoordelijkheid in, als u vanuit de ziekenhuizen het appel hoort dat dit op termijn niet houdbaar is?

De **voorzitter**:

Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Bergkamp van D66.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb een vraag aan de heren Schouw en Korte. Zij geven beiden aan dat het belangrijk is om na te denken over andere kostenmodellen, bijvoorbeeld no cure, no pay. Wat is er vanuit de sector zelf voor nodig om zo'n kostenmodel te krijgen en wat zou de rol van de overheid daarbij moeten zijn?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Keijzer van het CDA.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Farmaceutische bedrijven zijn natuurlijk de organisaties die samen met wetenschappers en hun eigen wetenschappers allerlei baanbrekende medicijnen hebben ontdekt. Laat dat gezegd zijn. Aan de andere kant zijn het beursgenoteerde bedrijven, die daarom uiteraard ook gericht zijn op winstmaximalisatie. Ergens wringt dat. Ik hoor de heren en mevrouw nu praten over een dialoog. Dat is heel goed, heel mooi en heel fraai. De Europese Commissie maakt op dit moment een analyse van de Europese regelgeving voor farmacie,

dataexclusiviteit, patenten, octrooien en noem het allemaal maar op. Wat zou er nou concreet volgens u in die wetgeving moeten wijzigen waardoor we daadwerkelijk iets kunnen doen aan de te hoge prijzen? Want – dat is de volgende vraag – u bent het toch wel met ons allemaal hier eens dat er echt prijzen gevraagd worden die niet houdbaar zijn?

De voorzitter:

Aan wie stelt u die vraag?

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Aan degene die mij heel concreet zou kunnen vertellen wat er nou gewijzigd moet worden in de Europese wetgeving.

De voorzitter:

Maar ik vraag u heel concreet toch één iemand aan te wijzen.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Ja, en ik zeg heel concreet: degene die mij één concreet voorstel kan doen. Anders blijven we met elkaar dialogen houden. Dat is fijn, maar het schiet niet op.

De voorzitter:

Wie steekt zijn vinger op? De heer Favié.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Kijk eens aan!

De voorzitter:

Ik noteer het.

Dan wil ik zelf graag nog een vraag stellen namens de Socialistische Partij. De heer Favié zegt dat we wel een economische basis hebben om dit te kunnen blijven doen. Ik denk dat de heer Nijboer net een heel gevoelig punt aanraakte in het verlengde daarvan. Nu geeft u allen in uw position papers aan dat er een maatschappelijke verantwoordelijkheid is als het gaat om het vervaardigen van medicijnen in het belang van patiënten. Maar hier staat natuurlijk de heel grote vraag centraal over de prijs van de medicijnen. Als ik bijvoorbeeld cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek opzoek, is makkelijk te zien dat de hoogste bedrijfsresultaten in de farmacie toch echt bij de farmaceutische industrie zitten. Mij verbaast het zo dat er altijd nog wel wordt gesproken van een markt – dat moet je als SP'er vaak zeggen – terwijl er eigenlijk geen concurrentie is, want we weten van elkaar niet wat de prijzen zijn. Onderhandelingen van ziekenhuizen zijn niet openbaar en wat er in een sluis gebeurt, is niet openbaar. Concreet heb ik toch nog de extra vraag aan de heer Favié – hij was zo enthousiast – hoe we de transparantie meer mogelijk kunnen maken zodat er daadwerkelijk concurrentie is.

Ik geef nu eerst het woord aan de heer Schouw.

De heer Schouw:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ook dank ik de commissieleden voor hun vragen. Mevrouw Bergkamp heeft specifiek aan mij de vraag gesteld wat nodig is voor de andere modellen en wat de bedrijven daaraan kunnen doen. De basis voor die verandering is toch een goed registratiesysteem. Dit kwam volgens mij nadrukkelijk aan de orde in het eerste blok. We moeten met elkaar veel beter de vinger kunnen leggen op het punt welk middel werkt bij welke patiënt op welk moment. Dan zouden we de effectiviteit heel erg kunnen vergroten.

Wij hebben daar als vereniging een studie naar gedaan en een soort blauwdruk ontwikkeld voor hoe je dat kunt doen. Afgelopen anderhalf jaar ben ik met de blueprint langs de verschillende organen geweest die daar

ook over kunnen gaan, namelijk bij het ministerie, de zorgverzekeraars, de ziekenhuizen en het Zorginstituut, om te kijken of we die basis niet met elkaar kunnen leggen. Eerst was er een wat afwachtende houding, vooral van het departement. Daar had men een beetje het idee dat het de taak van het veld is om te zorgen voor de goede registries. Maar inmiddels heb ik het gevoel dat er een kanteling is. Daar ben ik blij mee. Een verdere kanteling zou volgens mij versneld kunnen worden als u daar bij de nieuwe Minister op aandringt. Registries zijn dus de basis. Het tweede is ruimte voor experimenten met die nieuwe betaalmodellen. Al vaker is gezegd: no cure, no pay. Kom daar maar eens mee in de gezondheidszorg. Je moet dan wel weten wat je moet meten. Vandaar die registries. Dus experimenteren met die nieuwe betaalmodellen. Het derde is – ik denk dat dit ook heel erg belangrijk is – dat je dat onafhankelijk zou moeten laten evalueren: werkt het in de praktijk of werkt het niet, moeten we nog wat bijsturen? Met name die onafhankelijkheid is enorm belangrijk, want anders zal er een oorlog van opinies ontstaan. We hebben al een ruim aantal opinies in dit veld, dus enige feitelijke basis zou helpen om ook die veranderingen tot stand te brengen.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef graag het woord aan de heer Favié.

De heer Favié:

Dank u wel, voorzitter. De eerste vraag. De generieke geneesmiddelenindustrie gaat pas haar werk doen als het patent verlopen is. Dan kunnen heel veel bedrijven hetzelfde product op de markt brengen en ontstaat er een enorme prijsconcurrentie. Dat leidt ook tot de enorm lage prijzen voor generieke geneesmiddelen die wij nu zien. Daarom heb ik in mijn position paper ook gevraagd om ervoor te zorgen dat die markt met veel aanbieders aanwezig blijft. Een aantal partijen roept op tot nationaal inkopen. Als dat leidt tot uiteindelijk één winnaar, zoals in Noorwegen, betekent dit dat andere fabrikanten zich zullen terugtrekken van de Nederlandse markt om de doodeenvoudige reden dat ze geen doosje meer verkopen. Het heeft dan geen zin om daar te blijven. Ga je het jaar daarop dan opnieuw een aanbesteding doen, dan is er heel weinig te kiezen. Je zou denken dat die prijsconcurrentie heel goed werkt op de markt voor geneesmiddelen uit patent. Je ziet daar ook heel lage prijzen, dus die competitie zorgt ervoor dat ook die concurrentie aanwezig blijft. Maar specifiek in Nederland zijn we wat doorgeslagen. Hier zijn die prijzen zo laag geworden dat het voor een aantal fabrikanten niet meer haalbaar is om die producten te blijven leveren. Daar heb ik in mijn position paper en in mijn betoog dan ook aandacht voor gevraagd.

Dan de vraag van mevrouw Keijzer over patenten. U zult misschien van mij verwachten dat ik, als vertegenwoordiger van de generieke industrie, tegen patenten ben. Dat is niet zo, want het patent is de basis voor innovatie. Als er geen patenten zijn, komt er ook geen innovatie. Wij zijn dus voorstander van patenten, maar het moeten wel heldere patenten zijn. Je kunt als industrie een nieuwe indicatie registreren en dan gaat opnieuw zo'n patentperiode in. Het lastige is dan dat een geneesmiddel gedeeltelijk uit patent is voor indicatie A, maar dat dit nog niet zo is voor indicatie B. Dat is lastig voor patiënten, voor artsen en ook voor de generieke industrie omdat je niet goed weet hoe je daarmee moet omgaan. Lastig is ook dat je soms met aanvullend onderzoek een patent kunt verlengen. Dat geeft een periode waarin onduidelijk is of men wel of niet op de markt mag komen. U kunt van mij geloven: generieke bedrijven willen één ding, namelijk zo snel mogelijk op de markt komen wanneer het patent verlopen is.

Tot slot kom ik op een punt waarvoor we al enige jaren aandacht vragen. Als een patent in andere delen van de wereld is verlopen, dan mogen Europese generieke bedrijven niet beginnen met de opstart van de

productie van die geneesmiddelen. Dat is hier verboden in het patentrecht. Het is dan in bijvoorbeeld Amerika al vrij, maar wij kunnen dan niet gaan beginnen met de productie met het oog op de export naar Amerika, of naar China of India. Dat is jammer, want dat betekent een achterstand voor de Europese bedrijven op dit gebied. Dat zou dus eigenlijk een keer moeten worden ingetrokken.
Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef nu graag het woord aan de heer Buruma.

De heer Buruma:

Voorzitter, dank u wel. In antwoord op de vraag van de heer Rutte zeg ik het volgende. Het ontwikkelen van geneesmiddelen duurt lang, is risicovol en is kostbaar. Dus op de vraag of het sneller en beter moet, zeg ik: absoluut. Daar moeten we zeker werk van maken. HollandBIO werkt ook aan een programma met de toepasselijke naam «Sneller, Beter!» Dat ondersteunen wij van harte. Ik denk zeker dat dat op de lange termijn dé oplossing is. Mijn enige zorg is dat dat inderdaad gaat om de lange termijn. We hebben dat niet geregeld van vandaag op morgen. Daarnaast moeten we dus ook kijken naar kortetermijnoplossingen. We delen hier allemaal, denk ik, dat er snel iets moet gebeuren. Dus laten we daarnaast ook kijken naar de kortetermijnoplossingen. In onze position paper noemen wij biosimilars en internationale samenwerking. Als ik de verschillende whitepapers doorlees, dan zie ik zelfs een hele rij oplossingen. Ik heb ze even op een rijtje gezet: een zorgakkoord, nieuwe prijsmodellen, gepast gebruik, diagnostica, ontschotting. Dat zijn allemaal prachtige oplossingen waarmee we bij wijze van spreken morgen al aan de slag kunnen en waar, denk ik, ook alle partijen bij gebaat zijn. Dat stemt me heel positief. Dus in antwoord op de vraag zeg ik: ja, we moeten zorgen dat de ontwikkeling sneller en beter gaat en daarnaast moeten we zorgen dat we op korte termijn in actie komen om ook kortetermijnoplossingen te formuleren.
Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef graag de heer Korte het woord voor zijn vier vragen die ik heb geteld.

De heer Korte:

Dank u wel, voorzitter. De eerste vraag kwam van de heer Nijboer. Ik denk dat deze discussie ook vol zit met emotie. Dat begrijp ik heel goed. Als we kijken wat er in de kranten wordt geschreven, met welke toon en welke bewoordingen, dan denk ik dat dat ons allemaal raakt. Soms lukt dat ook reacties uit, ook van onze kant. Wat u vanmorgen in de krant hebt kunnen lezen, is het perspectief van iemand anders uit Europa die van een afstand kijkt wat er in Nederland gebeurt, ook op basis van de ervaring die ze zelf heeft opgedaan in andere landen, met name België. We kunnen daarvan leren dat het wel degelijk mogelijk is om als overheid, zorgpartijen en de farmaceutische bedrijven tot samenwerking te komen, tot een akkoord te komen, waarbij het gaat over veel meer dan alleen de kosten van geneesmiddelen, namelijk ook over onderzoek, innovatie en het beter maken van het zorgstelsel in het land. Op basis daarvan moet het heel goed mogelijk zijn om elkaar uiteindelijk te vinden op het punt van de kosten. Vanmorgen in de krant is daarvoor ook een handreiking gedaan. Die herhaal ik hier.

Van mevrouw Ellemet kreeg ik een vraag over patiëntenwaarde.

Uiteindelijk maken, ontwikkelen wij geneesmiddelen omdat er patiënten zijn die die geneesmiddelen nodig hebben. Dat doen we niet alleen voor de patiënten hier in het rijke Westen. Dat doen we ook voor patiënten

elders, zoals die in de derde wereld. We kijken dus niet alleen maar naar Nederland. We zijn een bedrijf met een wereldwijde verantwoordelijkheid. We moeten dus ook elke dag keuzes maken. Dat zult u begrijpen. Het gaat om keuzes als waarin we investeren en waarop we onze focus leggen. Dat zijn best wel moeilijke afwegingen. Want, ja, we zijn een privaat bedrijf. We moeten continu de afweging maken tussen aan de ene kant de publieke belangen en aan de andere kant onze eigen, private belangen. We zijn namelijk een bedrijf, en een bedrijf moet winst maken en moet kunnen bestaan om zijn werk te kunnen doen. We moeten wel – daar zijn ook al een aantal geluiden over naar buiten gekomen – echt kijken naar hoe we kunnen zorgen dat we de patiënt veel sneller en veel eerder betrekken bij het opzetten van ons klinisch onderzoek en bij de keuze van het onderzoek. We zijn het er allemaal over eens: het gaat om medische uitkomsten, effectiviteit en kosteneffectiviteit, maar wat absoluut bovenaan staat is de vraag wat dit allemaal voor de patiënt betekent. Daar investeren we in. Daar hebben we ook gesprekken over met patiëntenorganisaties, zodat we in de ontwikkeling van onze geneesmiddelen de belangrijke en wezenlijke stem van de patiënt veel sneller kunnen meenemen.

Mevrouw Sazias had een vraag over de transparantie. Er is weleens gezegd dat wij de minst transparante sector zijn. Ik bestrijd dat. We hebben het gehad over onze octrooien. Die zijn transparant en openbaar. Iedereen kan zien wat onze uitvindingen inhouden. Wetenschappers kunnen daar onderzoek naar doen. Andere bedrijven kunnen op basis van het octrooi onze geneesmiddelen namaken.

We zijn ook heel transparant omdat wij beursgenoteerde bedrijven zijn. Alles wat we doen in het kader van financiële overwegingen, financiële keuzes, samenwerkingen en overnames is terug te lezen in onze jaarverslagen van honderd pagina's dik. Daarnaast zijn we ook verplicht om alles wat beursgevoelig is naar buiten te brengen. Ik wil toch even noemen dat wij in Nederland soms beperkt zijn in wat we kunnen communiceren. Wij zijn namelijk gehouden aan reclameregels. Het is ons absoluut verboden om richting het publiek reclame te maken voor onze geneesmiddelen. Soms is dat best een lastige afweging bij dit soort informatie.

We zijn ook heel transparant over samenwerking met zorgpartijen in Nederland, zeker als er financiële relaties bestaan. We zijn het eerste land dat samen met de zorgaanbieders en de bedrijven tot een transparantierogister is gekomen. Ook daarover zijn we dus transparant. Ik had ook nog een vierde punt, maar dat ben ik nu even vergeten.

Het gaat natuurlijk met name om transparantie over de kosten. Ik begrijp dat heel goed, maar tegelijkertijd zou ik ook uw aandacht willen vragen voor het feit dat we weliswaar één Europa zijn, maar dat er heel grote verschillen bestaan tussen de landen. De manier waarop de landen de zorg inrichten en besluiten over het budget, is per land anders. Elk land heeft zijn eigen systeem en zijn eigen stelsel. Dat maakt dat de discussie over geneesmiddelenprijzen in elk land anders is. Dat beperkt ons niet in het transparant maken van onze prijzen, want die zijn voor iedereen bekend. Die worden namelijk elk halfjaar vastgesteld door de overheid. We hebben namelijk te maken met maximumprijzen. Iedereen kan onze prijzen dus vinden. Maar onderhandelingen, of het nou op het niveau van de verzekeraar of de ziekenhuizen is, hebben pas zin als er concurrentie is. Als wij bekend zouden maken welke prijs wij aan een ziekenhuis in rekening brengen, gaat onze concurrent daar € 0,01 onder zitten. Daar schieten we dus niks mee op. Onderhandelingen vragen om een bepaalde intransparantie. Dat kunnen we fijn vinden of niet, maar dat is hoe we ons systeem op dit moment hebben ingeregeld. Ik hoop dat ik hiermee de vraag van mevrouw Sazias voldoende heb beantwoord.

Dan had ik nog een vraag van mevrouw Agema, maar ik denk dat ik die al beantwoord heb in mijn reactie op meneer Nijboer. Zij ziet een tegenstelling in de manier waarop we hier zitten. Ik denk tenminste dat zij dat

bedoelde. Er is geen tegenstelling. Er is een publiek-privaat belang. Dat moeten we altijd voor ogen houden. Dat doen wij. Hetzelfde verwachten wij van de publieke sector, en dat gebeurt ook. Onze bedrijven zijn er nu eenmaal om nieuwe geneesmiddelen te maken en op de markt te brengen. Als wij het niet doen, gebeurt het niet. Dat betekent niet dat wij geen hand uitsteken voor samenwerking met publieke partijen. De publiek-private samenwerking is al genoemd. We zijn daar heel actief in en dat geldt voor meer bedrijven. Wij werken samen met overheden. Wij werken samen in het bestrijden van tropische ziekten. Wij werken samen in het vinden van een vaccin tegen aids, tegen zika en tegen ebola. Dat gebeurt op grote schaal. Het zou heel goed zijn als we in Nederland meer van dat soort samenwerkingen zouden hebben.

Dan heb ik nog een vraag staan van mevrouw Bergkamp over het mogelijk maken van het kostenmodel. Ik denk dat de heer Schouw daar wellicht al voldoende op heeft geantwoord. Het is vanmorgen ook al gezegd in het vorige blok: het is ontzettend belangrijk dat wij weten wat die geneesmiddelen in de praktijk doen, om twee redenen. Ten eerste om op basis daarvan uiteindelijk het geneesmiddelengebruik te bevorderen, beter te maken, de juiste patiënt, het juiste middel op de juiste plek, met goede diagnostiek en goede opvolging. Als wij dat doen, zullen wij ook veel beter in staat zijn om misschien af te stappen van een prijs per pil en over te gaan naar een prijs per behandeling of een prijs per succesvolle behandeling. Daar is al veel over gezegd. Ik geloof daarin, ik ben ervan overtuigd dat dit ons echt verder gaat helpen, omdat wij daarmee ook een prikkel wegnemen bij de arts die nu misschien denkt: ik kan dat geneesmiddel wel geven, maar het slaat op het budget van mijn ziekenhuis, ik doe het maar liever niet. Dat kunnen wij niet hebben. Wij moeten iedere patiënt de gelegenheid geven om uiteindelijk de vruchten te kunnen plukken van zo'n geneesmiddel. Zo'n systeem zou ook dat absoluut helpen, denk ik.

Dan heb ik een laatste vraag op mijn lijstje staan van mevrouw Keijzer. Zij vroeg wat wij kunnen voorstellen voor de wijziging van wetgeving. Volgens mij doelde zij met name op de Europese wetgeving voor octrooien en de verlengde bescherming als gevolg van octrooien. Ik denk dat het heel goed is als wij ons realiseren dat er een reden is waarom men uiteindelijk heeft gezegd: wij moeten bedrijven meer stimuleren om geneesmiddelen te vinden, ook voor die kleine weesindicaties. Ik denk dat dat een jaar of twintig geleden is geweest. Die regelingen hebben absoluut effect gehad. Wij zien gelukkig steeds meer geneesmiddelen ook voor ziekten die tot nu toe niet konden worden behandeld. Die maatregel die toen is genomen, heeft daarbij geholpen. Hetzelfde geldt voor het ontwikkelen van geneesmiddelen voor kinderen; dat is ook een stimuleringsmaatregel geweest. Het is, denk ik, heel goed dat wij wachten op de evaluatie die nu plaatsvindt binnen Europa om te bekijken of, aan de ene kant, dat effect daarmee is bereikt en, aan de andere kant, er mogelijke bijwerkingen zijn. U hebt er ook een aantal genoemd die daarmee gepaard zijn gegaan. Ik denk dat het verstandig is dat wij voor die discussie, die heel belangrijk is, wachten op de feiten en bevindingen van de beide onderzoeken die gaan plaatsvinden. Ik sluit mij wat dit betreft aan bij de woorden van de heer Schouw. Ik denk dat dit zo'n beetje mijn lijstje was. Dank u wel, mevrouw de voorzitter.

De voorzitter:

Dat was inderdaad uw lijstje. Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Rieb. Ik vraag de heer Korte of hij zijn microfoon wil uitzetten. Dank u wel.

Mevrouw Rieb:

Dank u wel. In de eerste plaats de vraag: bent u bereid de kosten transparant te maken? Ik sluit mij aan bij de heer Korte. Wij maken transparant, wij maken heel veel transparant en wij maken transparant wat wij kunnen. Wij maken onze onderzoeksuitkomsten, de goede en de slechte, transparant. Dat kunt u allemaal nalezen; dat wordt niet verstopt. Bij de prijzen zijn er twee kanten. Wij maken lijstprijzen bekend en er zijn confidentiële kortingen. Wij zijn een commercieel bedrijf. Ik denk dat elk commercieel bedrijf dat onderhandelt, niet alle ins en outs van de kortingen laat zien. Wat wij daardoor wel hebben, is dat er heel scherp kan worden onderhandeld en dat er uiteindelijk wel de beste prijs voor Nederland kan worden onderhandeld doordat er wel concurrentie plaatsvindt. Door niet alle kortingen op tafel te leggen, kunnen partijen tegen elkaar opbieden. De Minister kan op die manier heel scherp onderhandelen en hoge kortingen krijgen voor die innovatieve geneesmiddelen. Die worden op geaggregeerd niveau in samenspraak bekend gemaakt. Maar als commercieel bedrijf kunnen wij niet alle kortingen laten zien. Dat zou naïef zijn en dat doet geen enkel commercieel bedrijf. Wij maken transparant wat wij kunnen – wij vinden dat ook belangrijk en daar is niets geheimzinnigs aan – maar tot de bodem van de kortingen kunnen wij als commercieel bedrijf helaas niet gaan.

De tweede vraag ging over de verdringing in de zorg in verband met de hoge prijzen in het ziekenhuis. Ik denk ten eerste dat dit een budgettaire kwestie is, want wij hebben geen geneesmiddelenbudget meer. Wij hebben dat opgesplitst. Wij hebben dure geneesmiddelen in het ziekenhuisbudget geplaatst. Als wij een geneesmiddelenbudget in zijn geheel zouden bekijken, dan komt daar door het vervallen van patenten en de introductie van biosimilars ruimte vrij voor innovatie. Zo bekijken wij het op dit moment niet, maar ik denk dat wij dat wel zouden moeten doen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de heer Antonisse. Ik denk dat de klemtoon, op de o, nu wel de juiste was.

De heer Antonisse:

Nu is die juist. Helemaal goed. Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Mij zijn twee vragen gesteld, een door de heer Nijboer en een door de heer Rutte. Ik begin bij de heer Nijboer. Wij willen als bedrijf met name goede geneesmiddelen maken voor de patiënten, die ertoe doen. Het streven van mijn bedrijf is: what science can do. Dat is ook de reden waarom ik ooit als biochemicus de farmaceutische industrie in ben gegaan. Ik ben er trots op te mogen werken aan de huidige precisiegeneesmiddelen en de huidige ontwikkelingen op het gebied van kanker, ernstige astma en coronair syndroom. AstraZeneca doet dat wel in een private sector en heeft dus investeerders. Dat zijn met name langetermijn-investeerders en pensioenfondsen zoals het PGGM. Dat zijn maatschappelijke investeerders die op aandeelhoudersvergaderingen en anderszins heel vaak met ons een discussie of dialoog aangaan over ons bedrijf als privaatbedrijf in een publieke sector. Zoals ik al zei, ben ik er trots op om voor deze sector te werken. Ik ben trots op de geneesmiddelen die wij op dit moment aan het maken zijn.

De heer Rutte vroeg of wij patiënten niet in een eerder stadium kunnen identificeren. Ja, graag. Heel graag. Dat heeft twee kanten. Aan de ene kant houdt je daarmee de kosten van je onderzoek onder controle, maar wij doen dat zeker ook graag omdat je dan geen patiënten gaat belasten met geneesmiddelen die bij die patiënten niet werken. Daarom zijn we ook bezig met het ontwikkelen van diagnostische tests voor een heel vroeg stadium, zodat we al in een vroeg stadium kunnen identificeren welke patiënten we wel en welke patiënten we niet moeten includeren in onze trials. Een aantal jaren geleden hebben we dit meegemaakt met een geneesmiddel voor de behandeling van longkanker. Daarvoor hadden we

in eerste instantie niet zo'n diagnostische test, maar we deden daarnaar wel heel breed onderzoek. In eerste instantie was er weinig klinisch signaal; de trial was dus niet positief. Dat veranderde toen we erachter kwamen dat we juist moesten gaan werken voor mensen met een heel specifieke mutatie, de EGFR-mutatie. Toen we een test hadden ontwikkeld voor die EGFR-mutatie bleek plotseling dat het middel bij 10% van de longkankerpatiënten wél werkte. Zoiets wil je altijd hebben. Dat heeft bij ons de research ook echt veranderd. We zorgen er altijd voor dat we zo veel mogelijk vooraf een diagnostische test ontwikkelen, zodat we in een vroegtijdig stadium van het onderzoek al een selectie van patiënten kunnen maken.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef graag het woord aan de heer Boersma.

De heer Boersma:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik zeg ook dank voor de vraag van mevrouw Ellemeet over patiëntwaarden en maatschappelijke waarden. Ik denk dat een globalfarmabedrijf patiëntwaarden breder ziet dan bijvoorbeeld alleen voor Nederland. De voorbeelden zijn al genoemd. Waarom zou een bedrijf als GSK bijvoorbeeld investeren in de ontwikkeling van nieuwe antibiotica of 35 jaar bezig zijn met het ontwikkelen van een malariavaccin? Dat heeft niet sec een winstoogmerk, maar gebeurt ook vanuit een maatschappelijk perspectief.

Mevrouw Ellemeet stelt haar vraag in de context van een nieuw te vormen hoofdlijnenakkoord. Ik denk dat dit belangrijk is, maar ik denk dat het ook belangrijk is dat wordt bekeken wat nu al mogelijk is. Ik constateer dat we in Nederland te maken hebben met een volumegestuurd systeem waarin belangen een rol spelen, bijvoorbeeld misschien het belang om er niet voor te zorgen dat een patiënt buiten het ziekenhuis blijft. Daarvoor kun je de substitutie van de tweede naar de eerste lijn als doelstelling formuleren, maar volgens mij is het belangrijk om na te gaan wat je vanuit het perspectief van de patiënt en van de populatie met elkaar zou willen bereiken en wat ervoor nodig is om dat voor elkaar te krijgen. Een van de belangrijkste elementen die bij de silo's vaak fout gaan, is dat wij de financiële prikkels vaak niet op een lijn weten te krijgen met de doelstelling op zorgniveau, op patiëntniveau. Volgens mij is daar het volgende voor nodig. We gaan met elkaar kijken hoe je die samenwerking voor elkaar kunt krijgen. We stappen over de belangen heen en kijken hoe je die zorgdoelstellingen daadwerkelijk in het belang van de Nederlandse populatie, de patiënten, kunt realiseren. Ik noem bijvoorbeeld minder ziekenhuisopnames als gevolg van exacerbaties bij COPD-patiënten. Daarnaast is het dan ook van belang dat je die afspraken vastlegt in contracten. Contractinnovatie is nodig, net als wat eerder vanochtend ook al is genoemd: we monitoren hoe succesvol dat is, om er vervolgens van te leren en ook bij te stellen waar dat kan.

Daarmee krijg je ook een situatie waarbij geneesmiddelen en de discussie rondom geneesmiddelen niet een soort doel worden, maar waarbij de vraag hoe je geneesmiddelen inzet instrumenteel wordt aan de doelstelling die je wilt realiseren.

Ik denk dat een ander element – dit gaat een beetje voorbij aan de vraag die aan mij gesteld wordt – ook is dat we in deze discussie rondom specialistische geneesmiddelen niet moeten vergeten dat er ook nog ruimte moet blijven voor innovatie, breder dan alleen maar in het specialistische segment. Ik heb ook in mijn position paper gezegd: als wij als gevolg van deze discussie silo's rondom het budget van de farmacie gaan optrekken, dan denk ik dat dat nog weleens de doodsteek voor renovatie zou kunnen zijn voor patiënten die een chronische aandoening hebben.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Ik dank u allen voor uw mondelinge toelichting. Als de heer Boersma zijn microfoontje wil uitzetten, dan kijk ik streng weer naar de leden of er vragen zijn blijven liggen. Ik zie in ieder geval mevrouw Keijzer, de heer Rutte en mevrouw Dik-Faber en ik heb zelf ook nog iets wat is blijven liggen. Ik geef eerst het woord aan mevrouw Keijzer van het CDA.

Mevrouw Keijzer (CDA):

Voorzitter. Ik vroeg net aan de aanwezigen of zij bereid zijn om heel concreet mee te denken over wat je nu kunt doen op het gebied van wijziging van patentwetgeving. Toen gaf de heer Favié aan dat hij heel graag zou willen dat het mogelijk is voor Europese bedrijven om te gaan produceren als in Amerika een licentie afloopt. Dat snap ik, want dan kan zijn fabriek aan het werk en heeft dat geen invloed op de kosten die wij hier betalen.

De heer Korte gaf aan dat hij het onderzoek dat in Europa hiernaar plaatsvindt afwacht. Ik wil hier eigenlijk gewoon een uitdaging voor u neerleggen. Hier zit een aantal grote internationale farmaceutische bedrijven en de vertegenwoordiging daarvan. Als er uit dat onderzoek – ik kan me bijna niet voorstellen van niet – voorstellen komen om patentwetgeving aan te passen, zodat er daadwerkelijk wat kan worden gedaan aan de hoge kosten, bent u dan bereid om met elkaar de handen ineen te slaan? En kunt u aangeven wat u daarin zou kunnen betekenen, zodat we straks niet alleen geconfronteerd worden met verhalen van Europa hoe u gelobbyd heeft tegen dat soort voorstellen?

De voorzitter:

Aan wie is uw vraag gericht?

Mevrouw Keijzer (CDA):

Het is ja of nee, dus dat kan heel snel. Aan de heer Antonisse, de heer Korte, de heer Schouw en de heer Boersma.

De voorzitter:

Nee, u mag die aan twee personen stellen.

Mevrouw Keijzer (CDA):

Knikt u dan maar gewoon allemaal ja.

De voorzitter:

Dan geef ik in ieder geval de heer Schouw als vertegenwoordiger straks het woord om daar antwoord op te geven.

Mevrouw Keijzer (CDA):

Dan wil ik toch ook van mijnheer Korte graag een ja horen vandaag.

De voorzitter:

Kijk, zo komen we ergens! Mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie geef ik ook gelegenheid.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Voorzitter. Het was mij toch nog niet helemaal helder. Wellicht lag dat ook aan de manier waarop ik de vraag had gesteld. In het vorige blok is bijna een noodkreet aan de politiek geuit over de betaalbaarheid van medicijnen. Ik heb in dit blok veel goedwillendheid geproefd, maar die betaalbaarheid en de zorgen daarover proef ik minder. Het gaat wel veel over samenwerken. Dat wil ik uiteraard heel graag, maar wat is de perceptie van de mensen die nu aan tafel zitten tegenover de noodkreet die in het vorige blok geuit is? Is dat nu een perceptie die door u totaal niet gedeeld wordt? We hebben het gehad over de houdbaarheid van het

systeem, over de betaalbaarheid naar de toekomst toe, de betaalbaarheid van medicijnen voor onze kinderen en kleinkinderen. Daar hoor ik gewoon te weinig over. Dus ik vraag nogmaals aan mevrouw Rieb: wat vindt u nu van het pleidooi van de ziekenhuizen, wat vindt u van de noodkreet en wat gaat u daar concreet namens de farmaceutische industrie aan doen?

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is het woord aan de heer Rutte van de VVD.

De heer Arno Rutte (VVD):

Voorzitter. Ik zou nog even door willen vragen aan de heer Antonisse over de diagnostiek. Hij geeft aan: wij ontwikkelen heel veel diagnostische tests en die zijn ook heel belangrijk. Tegelijkertijd hoorden wij net in de eerste ronde bijvoorbeeld de heer Groen zeggen: ik moet dat vaak in de praktijk nog uit zien te vinden, dan hebben we dat dure middel al op de markt en dan moet ik nog zelf een registry opstellen. En we hebben ook nog ontwikkelingen zoals de Hartwig Medical Foundation, waarbij we met whole genome sequencing proberen dingen te vinden en te marketen. Wat moet de overheid nu doen om deze trajecten te verbeteren en wat kunt u doen? Hoe brengen we die werelden bij elkaar om die geneesdiagnostiek snel te verbeteren?

De voorzitter:

Dank u wel. Dan heb ik zelf namens de SP-fractie nog een vraag. De heer Korte gaf aan: we zijn heel transparant, maar we kunnen niet transparant zijn als het gaat om de prijsonderhandelingen, want als we daar aan concurrentie gaan doen, gaat de andere fabrikant er wat de prijs betreft weer onder zitten. En toen dacht ik: ja, dat is nou precies wat we willen, namelijk dat concurrentievermogen. Als ik op de markt appels wil hebben en de groenteman ernaast appels voor een lagere prijs aanbiedt, dan ga ik naar hem. Daar werkt de markt wel. Waarom kunnen we hier niet een markt creëren? Dit terwijl ik eigenlijk niet zozeer voor marktdenken in de zorg ben; dus tel uw zegeningen. Waarom kunnen we dat hier niet creëren? Die vraag stel ik met name aan de heer Korte.

Als onafhankelijk voorzitter geef ik nu allereerst het woord aan de heer Schouw.

De heer Schouw:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik weet niet of ik mevrouw Keijzer blij kan maken. Wij spraken over één onderzoek, maar het goede nieuws is dat er eigenlijk drie onderzoeken lopen. Er loopt een onderzoek naar patenten op het niveau van de Europese Commissie. Daarnaast is er een onderzoek naar patenten dat is geïnitieerd door het departement van VWS. Bovendien kijkt de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving naar wat binnen de Nederlandse context mogelijk is om iets te doen aan prijzen in relatie tot patenten. Dus ik denk dat we dit najaar met elkaar een goede discussie daarover zullen gaan voeren. Als de vraag is – zo versta ik die – of we die studies serieus gaan bekijken, dan is mijn antwoord dat we die studies zeker serieus gaan bekijken. Dat moet ook. Waar er veranderingen mogelijk zijn, moeten we dat doen. Dus het antwoord daarop is ja. Ik kan niet vooruitlopen op die studies. Wat dat betreft zeg ik het de heer Korte na. Juist die studies gaan ervan uit om te kijken wat wel en niet kan en wat, als je een maatregel neemt, het effect daarvan is. In het kader van een zorgvuldige discussie zullen we die studies even moeten afwachten. Als u mij toestaat, voorzitter, zou ik nog iets willen zeggen in de richting van mevrouw Dik-Faber. Wat volgens mij echt nieuw is, is dat in ieder geval de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen en haar leden zeggen graag medeverantwoordelijkheid te willen dragen voor de totale budgetontwikkeling rondom geneesmiddelen in Nederland. Dat is nieuw want die verantwoordelijkheid hebben we nu niet. Daarmee zeg je dus

ook als bedrijven dat je een bijdrage wilt leveren aan de betaalbaarheid. Het goede voorbeeld daarvan – dat kan ik niet genoeg herhalen – komt van onze zuiderburen in België. Daar is dat namelijk ook gebeurd. Tot ieders tevredenheid worden met elkaar afspraken gemaakt over een beheersbare budgetontwikkeling. Maar daarvoor geldt wel: it takes two to tango. Dan moet je wel met elkaar afspraken durven maken en dan moeten we niet de fout maken zoals bij het huidige hoofdlijnenakkoord waarbij Jan en alleman aan de tafel zit behalve de sector. Dat is dus niet een manier om commitment te creëren rondom duurzame betaalbaarheid. Dat moest ik nog even kwijt, voorzitter.

De voorzitter:

Nou, vooruit dan. Ik geef nu het woord aan de heer Korte, die twee vragen heeft gekregen.

De heer Korte:

Ik dacht dat ik een vraag had gekregen, namelijk van uzelf.

De voorzitter:

En nog een vraag van mevrouw Keijzer.

De heer Korte:

Over de «ja» bedoelt u? Nou, ik zeg liever ja dan nee. Laat ik dat vooropstellen. Als uit het onderzoek mocht blijken dat het octrooirecht doorschiet, dan zullen we daar zeker wat aan moeten doen. Die ja kan ik u dus absoluut geven.

Dan de vraag van mevrouw Kooiman. Het is heel interessant om aan het einde van de ochtend met u te praten over marktwerking. Ik wil u eigenlijk een kort rollenspel voorstellen.

De voorzitter:

Mevrouw Kooiman is nu ook onafhankelijk voorzitter. Dus dat kan eigenlijk niet.

De heer Korte:

U bent bedrijf A en u brengt een geneesmiddel op de markt dat concurreert met een middel van mijn bedrijf en we worden allebei uitgenodigd door een ziekenhuis om te komen praten over onze prijs. Als u uw prijs bekendmaakt aan mij, dan ga ik daar een cent onder zitten. Als u die prijs aan mij niet bekendmaakt, dan weet ik niet wat uw prijs is en dan ga ik daar misschien wel € 10 onder zitten. Dat is zoals de markt werkt. Openbaarheid daar maakt dat die markt niet werkt. Ik begrijp dat dat voor u onbevredigend is, maar uiteindelijk slaat het geld neer in het ziekenhuis. En als daar goede dingen mee worden gedaan, zijn we er allemaal heel tevreden over. Anders gebeurt het immers niet.

Ik hoop dat ik u daarmee toch een inkijkje heb kunnen geven in de marktwerking in Nederland. Dank u wel.

De voorzitter:

Ik mag daar helaas als onafhankelijk voorzitter niet op reageren. Ik geef graag het woord aan mevrouw Rieb.

Mevrouw Rieb:

Er was een vraag of wij dat probleem helemaal niet herkennen. Natuurlijk herkennen wij dat probleem. Maar wat zo mooi is aan deze situatie, is dat wij zo veel nieuwe geneesmiddelen hebben voor specialistische aandoeeningen. Ik denk dat we het alleen moeten hebben over de manier waarop we daar budgettair naar kijken. We zouden moeten kijken naar overheveling in een ziekenhuisbudget en het nemen van besluiten over behandeling en een medicijn, want dat kan echt in de knel komen. Dus

herkennen wij die situatie? Jazeker. Wat willen wij als Pfizer daaraan doen? Wij hebben recent in een heel hoog tempo met Minister Schippers over de prijzen van een borstkankermiddel kunnen onderhandelen, omdat we een maatschappelijke prijs en een goede confidentiële korting met haar hebben kunnen afspreken. Dat ging snel en dat werd door beide zijden als constructief ervaren. We zijn dus zeker bereid om daaraan mee te werken.

Ten slotte denk ik dat het niet gaat om de individuele prijs, maar om het beheersen van het budget. We moeten met z'n allen de zorg duurzaam betaalbaar houden. Ik denk dat we daar dingen voor moeten doen. Ik sluit me op dat punt dus aan bij de vorige sprekers.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik tot slot graag het woord aan de heer Antonisse.

De heer Antonisse:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. De heer Rutte vroeg: wat kunnen we nu verbeteren in het systeem om de diagnostiek beter naar voren te brengen? Ik denk dat er twee zaken zijn. In het eerste blok werd ook al gesproken over het beter vastleggen van de resultaten in registraties. Ik denk dat dat van belang is en dat daarbij ook sprake is van een regierol vanuit de overheid. Er zijn zo veel partijen die met zo'n registratie bezig zijn. Ik denk dat de overheid ervoor kan zorgen dat die partijen bij elkaar komen en dat er een goede registry wordt opgezet. De Minister is op werkbezoek geweest in China, in een miljoenenstad met 17 miljoen inwoners. Ik weet dat getal nog, omdat Nederland ook zo veel inwoners heeft. Daar was wel een elektronische registratie voorhanden, dus dat zou in Nederland toch ook mogelijk moeten zijn.

Het andere punt is de vraag: hoe kunnen we de diagnostiek verbeteren, wat zijn knelpunten die we daarbij zien? Een deel zit «m in de bekostiging van tests. De snelheid van diagnostische tests is op dit moment zo groot dat het systeem van vergoedingen eigenlijk wat achterloopt bij de nieuwe tests die er komen. Ik was ook erg blij met de oproep van de Minister aan de NZa om te kijken wat nu knelpunten zijn bij de financiering van diagnostische tests. Een ander knelpunt betreft de vraag: hoe zorgen we ervoor dat een patiënt die een precisiegeneesmiddel krijgt, op het juiste moment in het juiste ziekenhuis terechtkomt? Hoe zorgen we ervoor dat die doorverwijzing op de juiste manier gaat? Daarbij is het van belang dat het geld de patiënt volgt, dus dat de patiënt terechtkomt in het ziekenhuis dat kan behandelen met de juiste precisiegeneesmiddelen.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik kijk even naar de Kamerleden. Is er nog iets blijven liggen? Ik zie dat dit niet het geval is. Alle vragen zijn gesteld. Daarmee wil ik u allen danken voor de mondelinge inbreng en de position papers. Ik rond dit blok van de rondetafel af en schors deze bijeenkomst. Dan hebben de aanwezigen de gelegenheid om even te lunchen. Ik zie u allen stipt 13.30 uur terug. Dan beginnen we weer.

De vergadering wordt van 12.28 uur tot 13.30 uur geschorst.

Blok 3: Wetenschap/Initiatieven

Gesprek met:

Professor H. Büller, directeur Stichting Fair Medicine en hoogleraar kindergeneeskunde Erasmus MC

Mevrouw E. 't Hoen, deskundige patentrecht Universitair Medisch Centrum Groningen

Professor H. Schellekens, hoogleraar medische biotechnologie Universiteit Utrecht
De heer R. Brus, CEO myTomorrows
Professor S. van Deventer, hoogleraar Translationele Gastro-enterologie LUMC
Mevrouw A. Atema, general manager Celgene Nederland.

De voorzitter:

Goedemiddag. We zijn bij blok 3 van de hoorzitting Farmaceutische industrie. Fijn dat iedereen weer fris en fruitig in de zaal is of meekijkt. We zijn beland bij het blok Wetenschap/Initiatieven. Dat belooft veel goeds. Ik zal de aanwezigen kort aan u voorstellen. Aan mijn rechterhand zit professor Büller, directeur van de Stichting Fair Medicine en hoogleraar kindergeneeskunde bij het Erasmus MC. Daarnaast zit mevrouw 't Hoen, deskundige patentrecht, Universitair Medisch Centrum Groningen. Daarnaast zit professor Schellekens, hoogleraar medische biotechnologie aan de Universiteit Utrecht. Daarnaast zit de heer Brus, CEO van myTomorrows. Daarnaast zit professor Van Deventer, hoogleraar Translationele Gastro-enterologie bij het LUMC. Bij het vorige blokje zei ik al dat de namen lastig waren, maar u spant wel de kroon, moet ik zeggen! Daarnaast zit tot slot mevrouw Atema, general manager bij Celgene Nederland. Alle leden zijn ook weer aanwezig. Dan geef ik allereerst de heer Büller het woord voor zijn inleiding van twee minuten.

De heer Büller:

Dank u wel. In de afgelopen 30 jaar van mijn arbeidzaam leven ben ik heel veel tegengekomen wat gaat over dure geneesmiddelen. Zoals net al is gemeld ben ik kinderarts. Ik was hoofd van het Sophia Kinderziekenhuis toen daar het middel tegen Pompe voor het eerst in de wereld aan een patiënt werd gegeven. Ik heb daar meegemaakt hoe die wereld in elkaar zat. Ik ben later, als voorzitter van de raad van bestuur van het Erasmus MC, veel geconfronteerd geweest met patenten en licenties. De discussie in Nederland noem ik zelf «het Buitenhofsyndroom». Het probleem van dure geneesmiddelen komt eens in de zoveel tijd weer bij Buitenhof en dan wordt het weer allemaal zwartepieten en doorgeven. Dan hebben de verzekeraars het gedaan, dan heeft de farma het gedaan, dan hebben de dokters het gedaan. Laten we dat voor het gemak maar even het Buitenhofsyndroom noemen. Daar wil ik me aan onttrekken, omdat ik thuis heb geleerd dat als je het ergens niet mee eens bent, je er wat aan moet gaan doen en er niet over moet gaan klagen. Dat is de reden geweest dat we drie jaar geleden met zijn vieren Fair Medicine hebben opgericht. Fair Medicine is een stichting die geneesmiddelen ontwikkelt, samen met patiënten, samen met dokters, samen met umc's, samen met de farma en samen met sociale investeerders. De hele reden om dat op te richten is dat wij denken dat je wel geneesmiddelen kunt ontwikkelen voor een transparante prijs. Je moet dat doen in de vorm van een social enterprise. Het woord enterprise geeft aan dat het wel een onderneming is, terwijl je ook helder bent over je prijsopbouw en je ontwikkelingskosten. Om dat even in een context te plaatsen: op dit moment zijn er 7.000, 7.500 zeldzame ziektes en daarvoor zijn er 200 geneesmiddelen. Moet je nagaan: 95% van de patiënten met een zeldzame ziekte heeft geen geneesmiddel. Die geneesmiddelen worden niet of nauwelijks ontwikkeld door de grotere farmabedrijven. Dat is heel simpel, want het is een kleine markt. Als Fair Medicine voelen wij ons daar prettig in. Dat nieuwe model is nodig. Ik bedacht het me vanochtend ook toen ik luisterde naar de eerdere sessies: als je aan een shareholder-driven organisatie vraagt iets aan de prijzen te doen, gaat dat niet gebeuren. Dan zul je een ander businessmodel moeten hebben. Wij van Fair Medicine vinden het belangrijk om publieke

middelen te gebruiken om te komen tot een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid om het maken van geneesmiddelen mogelijk te maken.

De voorzitter:

Ik dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw 't Hoen.

Mevrouw 't Hoen:

Dank u wel. Allereerst hartelijk dank voor deze uitnodiging. Het is een heel belangrijk onderwerp en het doet me plezier om hier te zijn. Ik heb ook een position paper geschreven, waar veel meer in staat dan wat ik in twee minuten kan bespreken. U krijgt nu dus alleen de headlines, een aantal directe aanbevelingen waar de overheid mogelijk iets mee kan.

Allereerst: versterk de onderhandelingspositie van de overheid en anderen in de bespreking van geneesmiddelenprijzen. Onderhandelen met monopolisten is erg lastig – daar hebben wij vanochtend ook al het een en ander over gehoord – maar er zijn voorzieningen, bijvoorbeeld in het octrooirecht, die kunnen helpen om toegang te geven tot generieke of biogenerieke geneesmiddelen gedurende de periode dat het patent of het octrooi nog loopt.

Twee: maak gebruik van het mededingingsrecht, met name in Europees verband, om geneesmiddelenpraktijken te onderzoeken en indien nodig aan te pakken. Dat gebeurt op dit moment nog veel te weinig.

Drie: stimuleer transparantie. Daar hebben we ook al het een en ander over gehoord vanochtend. Beëindig geheime prijsonderhandelingen. Geheime prijzen zijn zelden in het belang van de consument/patiënt, maar ze zijn ook niet in het belang van de democratie. Ik heb er moeite mee dat de mensen waar wij op stemmen, vervolgens namens ons onderhandelingen gaan doen, terwijl ze ons niet kunnen vertellen wat daar het resultaat van is. Daar klopt iets niet in en dat kan aangepakt worden.

Pak het misbruik van Europese exclusiviteitsregels aan. Ik verwijs naar het niche-buster model, dat steeds vaker door de farmaceutische industrie wordt gebruikt. Als je bedenkt dat zeven van de tien bestverkopende geneesmiddelen met weesgeneesmiddelenstimulansen zijn ontwikkeld, dan toont dat al aan dat er iets niet helemaal goed zit in het systeem. Wij hebben vanochtend al gehoord dat daar Europees onderzoek naar plaatsvindt. Er is ook Nederlands onderzoek. Ik hoop van harte dat dat ook tot beleidsverandering gaat leiden.

Verbind voorwaarden aan overheidsfinanciering van medisch en farmaceutisch onderzoek om ervoor te zorgen dat de patiënt niet twee keer betaalt.

Dit zijn allemaal kortetermijnvoorstellen. Ik heb één langeretermijnvoorstel. Je moet er natuurlijk voor zorgen dat innovatie plaatsvindt. Wij hebben grotere diversiteit nodig in de stimuleringsmodellen. Op dit moment is de hoeksteen van innovatie exclusiviteit in de markt. Dat zal altijd tot hoge geneesmiddelenprijzen leiden. Als je de hoge geneesmiddelenprijzen wilt aanpakken, moet je de innovatie in de stimuleringsmodellen aanpakken.

De voorzitter:

Dank u wel. Het is haast niet te doen in twee minuten. Het is echt ontzettend veel. Ik geef graag het woord aan de heer Schellekens.

De heer Schellekens:

Voor ons zijn de hoge geneesmiddelenprijzen een symptoom, een symptoom van een farmaceutisch model dat op zijn einde loopt. Een ander kenmerk, en de reden dat wij het ooit zijn gaan onderzoeken, is het feit dat de innovatie in de farmaceutische sector in brede zin vrijwel stilligt. Het was een heel succesvol farmaceutisch model, het heeft heel veel goeds gebracht, maar het bestond bij het feit dat er een voortdurende

pijplijn was van nieuwe producten die de industrie op de markt kon brengen.

Wij hebben, denk ik, ook een systeemp probleem. Dat wil zeggen dat er niet één schuldige is. Het is niet alleen de farmaceutische industrie, maar ook de overheid en anderen. Dat betekent ook dat de oplossing niet simpel is. Wij gaan het niet oplossen door aan één of twee knoppen te draaien. Willen we echt de volgende stap nemen in echte innovatie in de farmaceutische sector, dan hebben we het over personalized medicine, het aan de individuele patiënt aangepaste middel. Dan heb je veel kortere lijnen nodig tussen onderzoek en productie en patiënt.

Ons voorstel is bekend. Wij draaien op dit moment een pilot waarin we proberen om in de apotheek medicijnen magistraal te bereiden. Dat heeft behalve economische voordelen ook het bijzonder grote voordeel dat je geen markttoelating nodig hebt. Dat betekent dat je producten in heel korte tijd bij de patiënt kunt brengen en, nog veel belangrijker, dat je niet de lock-in hebt die past bij de huidige registratie en markttoelating, waarbij je eigenlijk al heel vroeg in je ontwikkeling je middel volledig moet hebben gedefinieerd, omdat je het gedurende de ontwikkeling niet kunt veranderen.

Zoals gezegd, we doen een pilot. Onze ervaringen tot nu toe zijn dat we geen enkel technisch probleem hebben. Het gaat technisch gezien eigenlijk veel sneller dan we ooit vermoed hadden. Maar het grootste probleem dat we hebben, is de grote verwevenheid in de farmaceutische zuil op alle niveaus. Dat gaat van wetenschap tot en met voorschrijvende artsen, patiënten en de farmaceutische sector. Daar doe ik een aantal aanbevelingen voor maar die kunt u nalezen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de heer Brus.

De heer Brus:

Dank u wel, voorzitter. Mijn naam is Ronald Brus. Ik ben arts en de laatste 25 jaar ben ik internationaal bezig geweest met medicijnenontwikkeling. Tevens heb ik de twee grootste biotechbedrijven in Nederland helpen oprichten, van een daarvan ben ik ook CEO geweest. Ik deed dat naar volle tevredenheid, want het ging allemaal fantastisch, althans tot mijn eigen vader longkanker kreeg. Hij is overigens nog behandeld door een van de mensen die hier eerder in het panel zat.

Toen kwam ik erachter dat het praten over patiënten toch iets heel anders is dan zelf patiënt zijn. Toen kwam ik er ook achter dat de toegankelijkheid van geneesmiddelen op basis van de data die er wereldwijd zijn, echt een groot probleem is. Als u mij vraagt of we een probleem hebben met deze sector, zeg ik: ja, we hebben een heel groot probleem met deze sector. Wat is het probleem? Is er een schuldige? Nee, er is geen schuldige. We hebben daar allemaal aan meegedaan. Mensen uit alle hoeken en alle stakeholders deden eraan mee en het heeft dus ook niet veel zin om een schuldige aan te wijzen, want die is er niet.

Ik hoor hier veel verhalen over de farmaceutische industrie, bijvoorbeeld over de geweldige return on investment. Nou, ik kan u vertellen dat als u naar dit jaar kijkt, u zult zien dat de return on investment van de internationale farmaceutische industrie eigenlijk heel laag is. Daar zit het «m dus niet in. Het zit «m in het model dat we ooit met z'n allen hebben gekozen. Dat model dateert uit de jaren zeventig en is volledig achterhaald. Net zo goed als het model van transport, het model van hotels, het model van muziek en films et cetera een aantal jaren geleden volledig waren achterhaald. Ze waren allemaal ingehaald door het internet. Waarom? We kunnen in no time met iedereen communiceren.

We moeten het model dan ook omgooien. Daarvoor heb ik myTomorrows opgericht, een medicijnenplatform waar patiënten en artsen over de hele wereld gebruik kunnen maken van de nieuwste data en de nieuwste

medicijnen. Ik doe dat om het zover te krijgen dat die middelen eerder worden gebruikt en om ervoor te zorgen dat patiënten, omdat ze daarop recht hebben, het middel krijgen dat de stand van de wetenschap op dat moment dicteert. Ik denk niet dat we iets aan de patentwetgeving moeten doen, want ik denk dat dat in alle sectoren hetzelfde is, maar dat we moeten streven naar veel eerdere toelating op een markt. Alleen zo kunnen we niet alleen zien maar ook meebelevan dat er echte concurrentie is.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik nu graag het woord aan professor Van Deventer.

De heer Van Deventer:

Dank u wel, voorzitter. Dank ook voor de uitnodiging. Ik zal het kort houden, minder dan twee minuten, want voor de rest kan ik verwijzen naar mijn position paper.

Ik ben internist en maag-, darm- en leverarts. Dat is dat moeilijke woord «gastro-enterologie». Toen ik midden tachtiger jaren mijn carrière als internist begon, kon je eigenlijk niet veel doen, want als je aids/hiv opliep, ging je dood. Ik heb dan ook regelmatig aan patiënten kunnen vertellen dat ze dood zouden gaan. Een jonge patiënt met reuma belandde meestal in een rolstoel en vervolgens in een verzorgingshuis speciaal voor reumapatiënten. Als je de ziekte van Crohn had – een ziekte waar ik toevallig heel veel aan gedaan heb – dan was het bijna zeker dat je met een stoma, zo’n kunstmatige uitgang, zou eindigen.

Dat is niet meer zo en dat komt uitsluitend door geneesmiddelen. Dat komt echt niet doordat we betere ziekenhuizen hebben of betere doktoren. In de loop van de periode tussen de tachtiger jaren en nu zijn er nog tal van ziekten bij gekomen waarvan de prognose totaal is veranderd door geneesmiddelen. Ik durf te zeggen dat de bijdrage van geneesmiddelen aan de gezondheid van chronisch zieken, ernstig zieke patiënten en patiënten met kanker verreweg het grootst is. Mooie ziekenhuizen, betere managers en goed opgeleide doctoren: dat hebben we waarschijnlijk allemaal nodig, maar het zijn de geneesmiddelen die het allemaal gedaan hebben.

Het is belangrijk dat we innovatie blijven houden in het geneesmiddelenonderzoek. Ik begrijp dat we nu 2 miljard meer gaan uitgeven aan verzorgingshuizen. Een groot deel van die kosten komt gewoon door een ziekte waarvoor we geen geneesmiddel hebben, namelijk de ziekte van Alzheimer. Daar is de laatste tien jaar hard aan gewerkt. Daar zijn al tientallen miljarden in geïnvesteerd. Er zijn meer dan 600 klinische onderzoeken gedaan naar de ziekte van Alzheimer. De kosten die daarmee gepaard gaan, zijn inmiddels al enorm. Ik ben ervan overtuigd dat we tussen nu en tien jaar van nu een middel hebben tegen de ziekte van Alzheimer, en dat we daarmee enorme kosten gaan besparen, bijvoorbeeld op onze ouderenzorg. Maar dat kan alleen als we bereid zijn om te betalen voor innovatie. We moeten bereid zijn om te betalen voor nieuwe geneesmiddelen. Kunnen we betalen voor nieuwe geneesmiddelen? Het antwoord daarop is wel degelijk ja. Het percentage van ons zorgbudget dat we uitgeven aan geneesmiddelen is 7% en dat is eigenlijk helemaal niet toegenomen. Dat blijft hetzelfde. De zorguitgaven in totaal nemen wel toe, maar het percentage daarvan dat we uitgeven aan geneesmiddelen neemt helemaal niet toe.

Tot slot nog iets om dit even in perspectief te zetten. Deze discussie is revolverend, zoals al eerder is opgemerkt. Toen in de aidsepidemie Joep Lange en Els Borst de fantastische beslissing namen dat we in Nederland de patiënten met aids gingen behandelen met geneesmiddelen, waren de kosten van die behandeling – en dan spreek ik dus over heel veel jaren terug – 10.000 dollar per jaar. Toen heeft Els Borst gezegd: dat gaan wij gewoon doen; wij gaan aids behandelen in Nederland. Dat vond ik een

dappere en fantastische beslissing. Uiteindelijk is het ook een beslissing gebleken die Nederland niet bankroet heeft gemaakt. Wij konden dat makkelijk betalen. Het was heel veel geld in die tijd, maar de kosten zijn naar beneden gegaan.

Waar we voor moeten zorgen, is dat we betalen voor echt innovatieve geneesmiddelen. Dan moet je het niet hebben over 50.000 of 100.000, want het gaat om de kosteneffectiviteit, zolang die geneesmiddelen maar in kosten gaan dalen als de investeringen eenmaal terugverdiend zijn. Ik denk dat we het daarover moeten hebben.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik tot slot het woord aan mevrouw Atema.

Mevrouw Atema:

Mevrouw de voorzitter, hartelijk dank voor de uitnodiging. In tegenstelling tot wat we vanochtend gehoord hebben, denk ik zeker dat we hetzelfde doel nastreven: de patiënt beter maken of in ieder geval een betere kwaliteit van leven bieden. En ja, daar zijn medicijnen voor nodig, maar daar hebben patiënten natuurlijk helemaal niets aan als hun de toegang tot die medicijnen niet mogelijk is.

Naast het maken van medicijnen voel ik mij ook verantwoordelijk voor de toegankelijkheid van die medicijnen. Ik wil u graag een voorbeeld geven van hoe wij dat in Nederland gedaan hebben. Enige tijd terug zijn we samen met de zorgverzekeraars en hematologen een pilot gestart. Die had tot doel de toegankelijkheid van een kankergeneesmiddel voor een zeldzame vorm van bloedkanker mogelijk te maken. Dat resulteerde in het pay-for-benefitsysteem. Heeft de patiënt geen baat bij ons geneesmiddel, dan vergoeden wij de kosten totaal terug aan de zorgverzekeraar. Heeft de patiënt juist heel veel baat bij ons geneesmiddel, dan lijkt dat vaak ook tot hogere kosten voor het ziekenhuis. Ook daar is over nagedacht in deze pilot; dan geven wij korting. Maar daar blijft het niet bij. Het gaat niet alleen om lagere prijzen. Alle partijen die hierbij betrokken zijn, kijken ook naar de uitkomsten van deze behandeling, zodat we voor de toekomst kunnen leren welke patiënt wel baat heeft en helaas ook welke patiënt nu nog geen baat heeft bij ons geneesmiddel, en waar dus meer innovatie voor nodig is.

In deze pilot konden de artsen volgens hun eigen behandelrichtlijn de patiënten behandelen en de zorgverzekeraars namen hun verantwoordelijkheid om voor voldoende financiering te zorgen in de ziekenhuizen, zodat de patiënten ook de medicijnen konden blijven gebruiken. Ik vind dat een voorbeeld van een unieke vorm van decentrale ontwikkeling, die echt in het belang van de patiënt is en waar die patiënt ook baat bij heeft. Zo kan ik u nog een aantal voorbeelden geven. Dus ik ben ervan overtuigd dat wij, zoals wij hier met z'n allen zitten, ons gezamenlijke doel ook echt gaan bereiken met de gezamenlijke oplossingen die we hier bespreken. Die handschoenen neem ik graag nog verder op, en ik hoop ook samen met u. Dank u wel.

De voorzitter:

Kijk, dat is een mooi slotwoord. Dank u wel.

Dan geef ik graag wederom aan mijn collega's de kans om één vraag te stellen aan maximaal twee personen. U kent inmiddels de riedel. Ik geef graag als eerste het woord aan de heer Nijboer van de Partij van de Arbeid.

De heer Nijboer (PvdA):

Hartelijk dank voor uw aanwezigheid hier en voor de goede position papers. Ik heb een vraag aan de heer Büller en mevrouw 't Hoen uit Groningen. Het doet mij deugd: veel Groningers vandaag. De heer Rutte doet dat ongetwijfeld ook deugd. Het viel me op. Ik heb een vraag –

eigenlijk was wat mevrouw 't Hoen zei mij uit het hart gegrepen – over de democratische controle op de kostprijs van medicijnen en de prijs die we ook als samenleving betalen. Vorig jaar was dat 268 miljoen in het zogenaamde sluissegment. U hebt expertise op het gebied van het octrooirecht en de heer Büller ontwikkelde medicijnen. Op welke wijze zouden we dat transparant kunnen maken? Ik heb zelf weleens de vergelijking gemaakt met de accountancywetgeving. We hebben bedrijven verplicht: zo rapporteer je over winst, verlies en weet ik wat niet allemaal meer. Zou je dat ook niet voor medicijnen moeten doen, zodat je een redelijke opslag en winst kunt bepalen en een redelijk maatschappelijk aanvaardbare prijs? Is dat een oplossingsrichting die zou kunnen werken?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Veel dank voor uw bijdragen. Ik heb een vraag aan de heer Büller en de heer Van Deventer over de vermenging van onderzoek en inkoop van medicijnen, waar we vanochtend ook wat over hebben gehoord. Het blijft natuurlijk een grijs gebied, want in hoeverre hangt dat met elkaar samen en in hoeverre zijn onderzoekers echt in staat om onafhankelijk onderzoek te doen naar nieuwe geneesmiddelen? Wat zijn de voornaamste obstakels die u nu ziet in de manier waarop we onderzoek financieren en welke rol zou de politiek moeten pakken om te komen tot onafhankelijke financiering van onderzoek?

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Ik heb een vraag aan professor Schellekens. U zegt dat dit farmaceutische model op z'n einde loopt. Wat bedoelt u daarmee? Kunt u dat toelichten? Ik heb dezelfde vraag aan de heer Brus, die zegt dat dit model uit de jaren zeventig en volledig achterhaald is. Van beide heren wil ik graag weten welk model zij dan voor zich zien als beter.

De **voorzitter**:

Hoe dan wel?

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Hoe dan wel!

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Het is altijd heel onbevredigend als je maar één vraag kunt stellen, als er zo'n diverse hoeveelheid aan oplossingsrichtingen wordt aangereikt. Ik zeg alvast dat ik de heer Brus persoonlijk ga uitnodigen om door te denken over nieuwe ontwikkelmodellen. Met eerdere inclusie van patiënten lijkt het mij ook niet dat het met één vraag hier even over tafel kan, maar zijn position paper is daarin wel alvast richtinggevend. Ik vind ook het model van mevrouw Atema heel erg interessant, maar de position paper is daar heel helder in.

Ik wil een specifieke vraag stellen over biologicals, biologische geneesmiddelen, die we steeds meer tegenkomen. Ik weet dat die niet uit een fabriek komen, maar worden gekweekt. Het zijn complexe eiwitstructuren die langzaam moeten opgekweekt. Er is iets wat mij al lang bezighoudt. De vraag gaat dan ook in eerste instantie naar de heer Schellekens, die ooit heeft gezegd: er komt een soort Nespresso voor biologicals, daar bouw ik aan. Ik vind dat volstrekt ongeloofwaardig op basis van wat ik weet over die biologische geneesmiddelen: hoe moeilijk het is om ze te kweken in die 40 dagencycli, hoe kwetsbaar dat is, hoe gevoelig de draaiing van het eiwitmolecuul kan liggen voor de effectiviteit van het middel. Dat is in ieder geval mijn gevoel. Ik ben heel benieuwd of ik daar feedback over kan krijgen. Ik ben ook benieuwd hoe de heer Van Deventer daarover denkt, die er in zijn position paper redelijk kritisch over is. Ik vind het belangrijk om van beide kanten te horen hoe naar deze wereld wordt gekeken.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik sla op dezelfde zaak aan als mevrouw Sazias. Ik vraag dan ook aan de heren Brus en Schellekens hoe zij het systeem voor zich zien of hoe zij hopen dat het systeem er over tien, twintig jaar uitziet. Hoe ziet het hele geneesmiddelsysteem er dan uit? Wie doet onderzoek en onder wat voor voorwaarden? Wat zijn dan de gemiddelde prijzen? Gaan die spectaculair dalen? Slaan overheden de handen ineen? Ik ben heel benieuwd naar uw toekomstvisie.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Dat lijkt mij ook een heel goede vraag. Ik ben benieuwd naar de antwoorden.

Ik heb nog een vraag aan mevrouw Atema. Zij schetst een model dat gebaseerd is op samenwerking, maar als ik het goed heb begrepen ook op meer decentrale onderhandelingen. Nu zitten we in een systeem waarin er ook heel veel op centraal niveau wordt onderhandeld. Wat zijn de kansen van zo'n nieuw model? Kan dat overal? Ik zou daar graag nog een nadere toelichting op willen hebben.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik heb een vraag aan professor Van Deventer en mevrouw 't Hoen. Professor Van Deventer gaf aan dat er betaald moet worden voor innovatie. Dat is op zich logisch. Mijn vraag aan beiden is of dat voldoende transparant is. Ik ben ook benieuwd naar de reflectie op de vorm van dwanglicentie als instrument van de overheid.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Op dat laatste wil ik ook heel graag ingaan. Ik heb dus een vraag aan mevrouw 't Hoen. In het AO Pakketbeheer hebben we het daar volgens mij ook al over gehad. Een dwanglicentie maakt het mogelijk om in te grijpen op het exclusieve eigendomsrecht dat farmaceuten hebben nadat ze een nieuw medicijn hebben ontwikkeld. Op zichzelf wil ik daar niet aan tornen, want zoals de heer Van Deventer zegt, moet het financieel wel de moeite lonen om nieuwe medicijnen te ontwikkelen. Toch is dit iets wat hier de hele ochtend al een beetje rondzingt en waarvan mensen in hun position paper zeggen: ja, daar moeten we het eigenlijk wel over hebben, maar het is erg ingewikkeld. Een dwanglicentie is een van de mogelijkheden om in te grijpen op dat eigendomsrecht, dat patent, van een farmaceut. De Minister heeft in juni gezegd: ja, maar dat is erg ingewikkeld; dat kan niet zomaar. Mijn vraag aan mevrouw 't Hoen is: wat moeten wij nu in Nederland doen om ervoor te zorgen dat het instrument van een dwanglicentie wel gebruikt kan worden? Wat moeten we dus doen om wel in te kunnen grijpen en die medicijnen wel gewoon voor een lage prijs te mogen gebruiken in Nederland? En zijn er Europese landen die dit al doen?

De **voorzitter**:

Ik heb zelf nog een vraag vanuit de Socialistische Partij, ook aan mevrouw 't Hoen. U heeft namelijk een zeer interessante position paper ingebracht. Daarin schrijft u, en ik citeer: «Onderzoeksinstituten en universiteiten die met publiek geld onderzoek doen, hevelen vaak het intellectuele eigendom van een potentieel interessante technologie of product over naar een commercieel bedrijf.» En eigenlijk gebeurt dit zonder enkele voorwaarde, zegt u. Ik ben natuurlijk heel erg nieuwsgierig welke voorwaarden er volgens u geschapen moeten worden en welke rol daarin voor ons is weggelegd.

Iedereen heeft allemaal vragen gekregen. Ik geef allereerst het woord aan de heer Büller.

De heer **Büller**:

Het is een mooie eerste vraag: op welke manier kunnen we transparantie bevorderen? In de afgelopen 30 jaar heb ik heel vaak willen vragen, en heb ik ook vaak gevraagd: splits voor mij nou een keertje de productiekosten en de ontwikkelkosten. Ik heb nooit antwoord gekregen op die vraag. Daarom zijn wij Fair Medicine begonnen. We gaan bewust in aparte juridische eenheden geneesmiddelen ontwikkelen. Dan kunnen we eindelijk antwoord geven op de vraag wat die ontwikkelingskosten zijn. Ik denk dat dat een heldere vraag is, die je vanuit een maatschappelijk standpunt kunt stellen, maar ook als patiënt of als dokter. Dat zal Fair Medicine laten zien. We zijn met vier of vijf geneesmiddelen bezig. Daarvan worden de ontwikkelkosten inzichtelijk gemaakt.

Verder: kun je iets afdwingen zoals dat gebeurt bij accountants? Ik denk dat dat toch lastig is. In de huidige farmaceutische industrie is in meer dan 95% van de gevallen sprake van aandeelhouderschap, geloof ik. Daarom hebben wij in het model van Fair Medicine ook gekozen voor een soort leensysteem, waarbij we allemaal mee inleggen. Dan ben je weg van een aandeelhoudersvergadering, die misschien in Den Haag nog wel kan zeggen dat ze de prijs naar beneden wil hebben, maar dat in Washington of in Tokyo niet zal doen. Als u verwacht dat de huidige farmaceutische industrie aan prijsmatiging gaat doen, zou ik u graag uit die droom willen helpen. Dat gaat niet gebeuren. Daarom zeggen wij: zet dat andere model ertegenaan. Voor Big Pharma zal het altijd blijven bestaan. Ik hou ook niet van pharmabashing; zet er dan maar iets anders tegenover.

Een volgend element van transparantie, dat ik u als Tweede Kamerleden ook zou willen meegeven, is: laten we nou eens vaart maken met het persoonsgebonden dossier. Als je er namelijk gewoon voor zorgt dat over vijf jaar iedere patiënt zijn eigen dossier heeft, waar alle medische gegevens in zitten, dan creëer je een platform waarbij je ook de evaluatie van geneesmiddelen kan neerleggen. Al die registries die we nu hebben, zijn – even heel kort door de bocht – waardeloos, want die worden puur gemaakt door de farmaceutische industrie. We krijgen ze opgelegd, door de EMA's en zo. Het vervelende is dat ze dan hun eigen vlees moeten gaan keuren. Als wij heel snel zorgen dat iedere patiënt zijn eigen dossier heeft met alle gegevens erin, is het heel makkelijk om die patiënt ook om een evaluatie van geneesmiddelen te vragen. Daar zouden we vaart mee kunnen maken. Dan krijg je een onafhankelijke evaluatie. Laat ik één voorbeeld noemen: de ziekte van Fabry. Daar zijn al twaalf jaar twee geneesmiddelen voor. De registries daarvoor zijn totaal waardeloos. Die hebben nog niks opgeleverd als het gaat om de vraag voor welke patiënten de geneesmiddelen wel en niet werken. Ik kan ook het voorbeeld van de ziekte van Pompe noemen. Er zijn allerlei dingen daaromheen die we gewoon serieus moeten gaan regelen. Registries zijn een onderdeel van het persoonlijk dossier van de patiënt. Zo moeten die geneesmiddelen worden bekeken.

Het laatste wat ik wil zeggen over transparantie is: ik weet niet of het je gaat lukken om dat af te dwingen. Wij als Fair Medicine hebben voorgesteld dat er gewoon een accountantscontrole komt van de participanten. En ik wil heel graag hier gezegd hebben: farma is niet farma. Vroeger deed ik daar makkelijk over en scheerde ik ze allemaal over één kam. Godzijdank zijn er bedrijven in Nederland die met ons model, Fair Medicine, mee willen doen en social enterprises willen zijn, die helder zijn over hun winstneming. Dat zijn goede Nederlandse bedrijven die daartoe bereid zijn en die, net als de eerdere sprekers, zeggen: het gaat gewoon vastlopen! Daar ben ik het mee eens. De vraag is alleen: hoe lang wil je daarop wachten? Vandaar Fair Medicine.

Mevrouw Ellemeet had een vraag over onafhankelijkheid. Ik heb nog meegemaakt dat een hoogleraar drie praatjes hield op een congres over drie verschillende geneesmiddelen en over alle drie enthousiast was. Zijn reis werd ook drie keer betaald. Wij zijn daar gelukkig van aan het weggaan. Ik zou willen streven naar een volledige onafhankelijkheid van

de farmaceutische industrie. Dan zal je moeten nadenken over de geldstromen. Als oud-voorzitter van het Erasmus MC weet ik dat ongeveer 25% tot 30% van onze onderzoeksgelden farmaciegeld was. Dat waren soms hele goede, serieuze onderzoeken, maar wat als je dat toelaat? Ik zie gelukkig een beweging binnen de NFU om dat door te knippen, zodat dat afgelopen is. De onafhankelijkheid van iedere medewerker binnen het umc moet helder zijn. Dat kan niet meer met disclosures. Het moet helder zijn dat daar geen verbanden zijn. Ik zie dat gelukkig komen. Dat zou prima gestimuleerd kunnen worden.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw 't Hoen.

Mevrouw 't Hoen:

Dank u wel voor de vragen. De eerste vraag ging over grotere transparantie, met name over de kosten. Je hebt transparantie over de productie-kosten, maar wat belangrijk is voor dit debat zijn de gegevens over de kosten van het onderzoek en het ontwikkelen van nieuwe geneesmiddelen. Ik denk dat het wel degelijk mogelijk is om eisen te stellen aan grotere transparantie, omdat dat vaak de basis is voor extra exclusiviteit. Met bijvoorbeeld SPC's of aanvullende beschermingscertificaten kunnen patenthouders of octrooihouders tot maximaal vijf jaar extra bescherming krijgen. Dat is gebaseerd op het idee dat ze anders wellicht niet voldoende hebben kunnen verdienen om de research-and-developmentkosten te betalen. Maar dat wordt gedaan zonder dat er openheid van de boeken wordt vereist. Als wij dat systeem, dat voortkomt uit de Europese regelgeving, in stand houden – het is een andere vraag of dat zou moeten – verbind daar dan openheid aan over de R&D-kosten. Heeft het bedrijf dat om een SPC vraagt, binnen de patentperiode inderdaad niet voldoende weten te verdienen met dat middel om de kosten te betalen? Dan zou er wellicht een grond zijn om zo'n SPC te geven, maar anders niet. Ik kan mij voorstellen dat de industrie andere incentives ontvangt waaraan je zoiets kunt verbinden.

Daarnaast is er steeds meer academisch onderzoek dat gedegen informatie geeft over onderzoeks- en ontwikkelingskosten. Er zijn ook initiatieven die werken op een non-profitbasis. Ik denk aan het Drugs for Neglected Diseases initiative, dat tegenwoordig openheid van zaken geeft over de echte kosten van de verschillende middelen. In de literatuur zie je vaak dat men op zoek is naar de one magic figure: hoeveel kost het? Dat verschilt heel erg per medicijn, per onderzoeksproject. Een grotere openheid zal ook leiden tot betere beleidsformuleringen en zeker tot beter geïnformeerde beleidsdiscussies.

Daaraan is altijd de vraag gebonden wie wat betaalt, want de farmaceutische industrie financiert natuurlijk niet het volledige ontwikkelingstraject. Wij hebben al iets gehoord over de aidsgeneesmiddelen. Dat is een erg goed voorbeeld waar hele zware overheidsfinanciering, met name uit de Verenigde Staten, deel van heeft uitgemaakt. Je kunt gerust zeggen, zeker van de eerste generatie aidsgeneesmiddelen, dat wij die nooit hadden gezien als er niet hele zware investeringen van verschillende overheden beschikbaar waren geweest.

Ik kom op de dwanglicenties. Je zou natuurlijk willen dat je die nooit hoeft te gebruiken. Een dwanglicentie is een maatregel die de overheid kan nemen om een onderhandelingspositie te versterken en ook om te zeggen: we hoeven niet alles te accepteren; als de prijs echt niet acceptabel is, dan gaan we op de internationale markt zoeken naar bedrijven die het tegen een betere prijs kunnen leveren en als ze niet kunnen leveren omdat er een octrooi bestaat, dan zetten we dat octrooi opzij. Dat kan onder de Nederlandse wetgeving. Je hoort vaak dat dit heel ingewikkeld is. Dat hoeft niet ingewikkeld te zijn. Het zal zeker controversieel zijn, maar

het hoeft niet ingewikkeld te zijn. De Nederlandse wetgeving heeft daar ook voorzieningen voor.

Wat wellicht een probleem kan opleveren, is de Europese regelgeving met betrekking tot de dataexclusiviteit. Je kunt je als Nederland dan in de situatie bevinden dat je zegt «We geven een dwanglicentie af; we hebben een middel gevonden tegen een lagere prijs», maar dat je dat vervolgens niet kunt registeren in Europa omdat het Europees Geneesmiddelenbureau geen gebruik kan maken van de door het originele bedrijf ingediende data. Dat is een deel van de wetgeving, van de Europese regelgeving, dat dient te worden aangepast. Dat hoeft niet zo vreselijk ingewikkeld te zijn. Dat soort waivers bestaat al in andere stukken van de Europese regelgeving. De dwanglicentie voor de productie voor export bijvoorbeeld kent een uitzondering daarop. Eenzelfde uitzonderingsregel zou eigenlijk moeten worden opgenomen in de Europese geneesmiddelenregelgeving, om ervoor te zorgen dat individuele lidstaten effectief gebruik kunnen maken van dwanglicenties als dat nodig zou zijn. Nogmaals, je hoopt natuurlijk dat het op een andere manier kan worden opgelost, maar het is een middel dat je in ieder geval in handen wilt hebben. Je wilt dat niet uit handen geven. Je moet ervoor zorgen dat je dat middel in handen hebt.

Ik kom op mijn laatste punt. De overheid zou natuurlijk gemakkelijk voorwaarden kunnen verbinden aan onderzoek dat met publiek geld plaatsvindt. Als je universiteiten of andere onderzoeksinstituten financiert om farmaceutisch onderzoek te doen, dan kun je natuurlijk zeggen: mocht dit tot iets leiden waarbij de kennis of technologie wordt overgedragen aan een commercieel bedrijf voor de eindontwikkeling, dan verbind ik bepaalde voorwaarden aan de toegankelijkheid. Dat geldt niet alleen voor Nederland. Dat is met name mondiaal heel erg belangrijk. We hebben dat ook bij de aidsgeneesmiddelen gezien. Een aantal universiteiten, met name in de Verenigde Staten, die heel nauw betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van die nieuwe aidsgeneesmiddelen, zijn later teruggekomen op de originele licentieovereenkomsten. Zij hebben daar amendementen in aangebracht om ervoor te zorgen dat de generieke versies van die middelen wel degelijk beschikbaar konden komen in ontwikkelingslanden. Datzelfde systeem kan natuurlijk uitgebreid worden.

In Nederland is er een beweging daarvoor. Dat is License to Heal. Ook de Universities Allied for Essential Medicines zijn heel actief op dit terrein. De Universiteit Maastricht heeft al de positie ingenomen dat zij bereid is om dergelijke voorwaarden op te nemen in haar licentieovereenkomsten. Maar dat is zeker iets wat vanuit de overheid gestimuleerd kan worden.

De voorzitter:

Dank. Ik geef graag het woord aan de heer Schellekens.

De heer Schellekens:

Ik had drie vragen. De eerste vraag ging over het model. Er werd gevraagd waarom wij, mijn rechterbuurman en ik, denken dat het huidige farmaceutische model op zijn einde loopt. Ik denk dat heel simpel te voorspellen is dat bij elk systeem waarin de prijzen toenemen, het effect van het product minder wordt. Het worden dan producten voor steeds kleinere populaties. De helft van de nieuwe geneesmiddelen zijn op dit moment weesgeneesmiddelen. Dat is geen houdbare situatie. Je kunt discussiëren over de vraag wanneer het fout gaat, maar het gaat een keer fout. Dat zie je ook terug in de laatste cijfers van Sloan Kettering over de kankerbehandeling. 30 jaar geleden betaalde je voor een maand overleven 100 dollar en we zitten nu 30 jaar later op 100.000 dollar per maand overleving. Als je dat zou moeten projecteren op alle kankerpatiënten in Nederland, dan hoef je niet erg goed te zijn in rekenen om te weten dat

dat onbetaalbaar is. Er is een einde aan het model. We kunnen erover discussiëren of dat einde al bereikt is, maar er komt een keer een einde aan.

Nu over het eiwitten maken en mijn bionepresso-apparaat. Iedereen vindt altijd dat het vak van een ander zo moeilijk is, maar het gebruik in de geneeskunde van eiwitten op zich bestaat al meer dan 100 jaar. We hebben de afgelopen twintig jaar ontwikkelingen gezien in de hele technologie rond het kunnen maken van biologische producten. Wij denken dat dat in een apotheek met de goede instrumenten mogelijk moet zijn. We kunnen natuurlijk ook zeggen dat we een pilot doen. De reden dat we die pilot doen, is om te laten zien dat het kan en om te kijken wat de problemen zijn. Ik ben voor vrijdag uitgenodigd door MIT, het Massachusetts Institute of Technology. Zij belden mij met de mededeling dat ik de bionepresso niet hoeft te ontwikkelen, omdat zij hem al hebben staan. Ik ga daar dus kijken hoe ze dat ding in elkaar hebben gezet. Ik heb er alle vertrouwen in dat die technische mogelijkheden er zijn.

Dan de toekomst. Mijn studenten vragen ook altijd hoe het er over twintig jaar uitziet. Dan zeg ik altijd: als ik dat zou weten, dan was ik nu de baas van Pfizer. Als ik een voorspelling moet doen, dan denk ik dat het huidige farmaceutische model niet echt geschikt is voor echte personalized medicine. We zullen voor echte persoonlijke behandelingen dus toch naar een heel decentrale productie, uitvinding en ontwikkeling van medicijnen moeten. Het heeft geen enkele zin om in een ziekenhuisapotheek statines of andere veelgebruikte producten te gaan maken. We hebben namelijk een industrie die heel goed is in het produceren en distribueren op grote schaal. Ik denk dat er misschien iets tussen gaat ontstaan. Een soort van bedrijvigheid die de grondstoffen gaat leveren aan apotheken, om daar decentraal de medicijnen wat goedkoper te kunnen afleveren dan op dit moment gebeurt.

De voorzitter:

Heel veel dank. Dan geef ik graag het woord aan de heer Brus.

De heer Brus:

Dank u wel. Ik wil het, gezien de vragen van mevrouw Sazias, de heer Rutte en mevrouw Agema, eerst even hebben over het model. Sander van Deventer en mevrouw 't Hoen hebben het er hier over gehad dat hiv voor de wereld wel een doorslaggevend iets was. Dat klopt. Ik denk alleen, in all fairness, dat degenen die die antivirale middelen ooit hebben uitgevonden, als we ze vragen naar wat de reden voor de grote doorbraak is geweest, zullen antwoorden dat dat de heel snelle toelating tot de markt is geweest. Dat heeft er onmiddellijk voor gezorgd dat er heel veel concurrentie was, en daardoor zijn we erin geslaagd die prijzen heel erg snel te laten dalen. Versnelde toelating zal altijd zorgen voor grotere concurrentie.

We moeten ons ook afvragen of we de toelating nog net zo moeten doen als in de jaren zeventig en tachtig. De technologie stelt ons nu in staat om veel sneller data te beoordelen en om veel sneller side effects te kunnen melden. Iedereen is het erover eens dat er grote behoefte is om medicijnen die daadwerkelijk goed zijn op basis van data toe te laten en dat constant te monitoren. Dit betekent dat de toelating niet een statisch iets is van: we hebben de eindstreep gehaald; nu hebben we een soort staatsmonopolie en kunnen we vragen wat we willen. Zo lijkt het nu een beetje te zijn in de wereld. Laten we heel eerlijk zijn: we praten in Nederland over het probleem, maar in elk land waar ik kom, praten ze over te hoge medicijnprijzen voor nieuwe innovatieve middelen. Dus het is geen uniek probleem voor Nederland. Nee, het zit hem in het feit dat de toelating met zich meebrengt dat je eigenlijk een soort monopolie krijgt. Stel je voor dat je een muur zou willen schilderen in Amsterdam en dat je daar een opleiding van veertien jaar voor nodig hebt, waar je heel veel

kosten voor moet maken. Dan is het logisch dat je na veertien jaar de hoofdprijs gaat vragen voor het schilderen van een muur, vooral omdat je weet dat andere schilders niet mee kunnen doen aan dit feest omdat je eerst veertien jaar hebt moeten investeren. Iets soortgelijks speelt hier. Hoe zat dat dan vroeger? In de jaren zeventig waren de ontwikkelingstijdlijnen zo veel korter dat dit allemaal zinvol was. We hebben ook alle grote inventies die Sander van Deventer net besprak, daaraan te danken. Het was een soort atmosfeer waarin dit soort dingen allemaal konden. Nu staat het toch wel een beetje stil. Ik ben niet de enige die dat vindt. Ik denk dat iedereen aan mijn linkerkant – voor de kijkers rechts – dat ook vindt. Maar er speelt ook iets anders mee. Ik wijs op de grote bazen van de echte farmabedrijven in de wereld. Meneer Jimenez, de CEO van Novartis, is net opgestapt en zegt: the pharmaceutical model is broken. Dit betekent eigenlijk dat het onmogelijk is om voor goede prijzen goede medicijnen te ontwikkelen. Dat verandert niet door samenwerkingsmodellen met de Nederlandse overheid te doen, maar dat verandert alleen door echt iets fundamenteels te veranderen aan het businessmodel. Dat is niet alleen in onze sector, maar ook in andere sectoren, die echt broken waren. Daar zijn businessmodellen erin geslaagd om dat vlot te trekken. Dit betekent dat we met z'n allen iets zouden moeten willen: geneesmiddelen weer toegankelijk maken voor patiënten die daar echt recht op hebben en dat noodzakelijk achten. Dit betekent ook dat wij als overheid moeten stellen dat het huidige systeem zijn beperkingen heeft en dat we nieuwe vakjes moeten creëren. Wat is nu het probleem waar ik tegen aanloop? Ik ben actief in achttien landen in de wereld. Overal is het model van versnelde toelating en het geven van medicijnen die nog niet zijn toegelaten voor patiënten omdat de data dat nu eenmaal vragen, een succes. Behalve in Nederland. Want in Nederland past het niet in een hokje. Dat lijkt heel triviaal, maar dat is het niet. Als wij niet bereid zijn om nieuwe hokjes te maken, kunnen we nooit iets lostrekken en dan kan dit niet fundamenteel veranderen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef graag het woord aan hoogleraar Van Deventer.

De heer Van Deventer:

Dank u wel. Er is een aantal vragen aan mij gesteld. De eerste vraag is van mevrouw Ellemeet over de onafhankelijk onderzoeker en belangenverstremeling. Het is op dit moment bij de ontwikkeling van geneesmiddelen door farmaceutische bedrijven absoluut noodzakelijk dat de beste artsen en de beste onderzoekers betrokken zijn. Anders gebeurt het gewoon niet. Dat is ook op dit moment aan de gang. Ik denk dat nodig is dat de onderzoekers die daarbij betrokken zijn en bijvoorbeeld een academische aanstelling hebben, daar open over zijn en dat zij niet delen in bijvoorbeeld de opbrengsten van die medicijnen.

Om u een voorbeeld te geven: ik ben nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling van Remicade. Ik heb de eerste patiënt met Remicade zelf behandeld in Nederland. Dat is een geneesmiddel dat het voor ongeveer 6 miljard gedaan heeft. Ik heb nul euro in mijn zak gestoken voor mijn bijdrage aan Remicade. Als ik dat wel had gedaan, had ik hier nu niet gezeten. Maar ik zit liever hier dan dat ik geld had verdiend aan Remicade, want nu kan ik u nog steeds als onafhankelijk onderzoeker iets vertellen. Nu de vraag naar de rol van de overheid als het gaat over translationeel onderzoek en fundamenteel onderzoek. Ik ben er niet heel erg voor dat de overheid de illusie heeft dat ze iets aan geneesmiddelenontwikkeling kan bijdragen. Ik zou heel graag willen dat de Rekenkamer een analyse maakt van dat wat de overheid daar de laatste tijd in gestoken heeft en wat de uitkomsten zijn. Het is niet professioneel, het is te weinig. Je moet het gewoon niet doen. De Nederlandse overheid gaat ook niet een auto

ontwikkelen. Ik denk dus dat het veel belangrijker is dat fundamenteel onderzoek gesponsord wordt. Dat is wat wij nodig hebben. Ten slotte. Als er fundamenteel onderzoek gedaan wordt in ziekenhuizen, in universiteiten of in andere kennisinstellingen in Nederland, is het natuurlijk noodzakelijk dat – als er een IP-transfer is – daar een bedrag uitkomt en een goed contract. Wat dat betreft hebben we jarenlang achtergelopen. Het was echt een drama met de IP-transfer van universiteiten in Nederland. Ik hoop dat we wat dat betreft een slag gaan slaan. Het is de taak van universiteiten om de kennis die zij vergaren en waar een licentie uit komt, op een juiste manier in een contract vast te leggen. Dat is dus iets waarin wij een achterstand hebben.

Meneer Rutte vroeg naar de biologicals. Als het gaat over biological manufacturing, zeg ik dat ik zelf een aantal fabrieken heb gebouwd. Ik heb ook heel langdurig een lab gerund – dat doe ik in feite nu weer – en ik kan u zeggen dat er een wereld van verschil is tussen het maken van een eiwit in een laboratorium en het maken van een geneesmiddel dat gebaseerd is op biologica. Om de analogie met de auto-industrie door te trekken: ik kan in mijn achtertuin heel goed een zeepkistje timmeren, maar ik zeg niet dat het een Mercedes is. En als ik op de A9 rijd, ben ik ook niet verbaasd dat ik in dat zeepkistje van de weg gehaald word. Een geneesmiddel in een lab maken, is dus iets heel anders dan een geneesmiddel vermarkten.

Mevrouw Bergkamp en mevrouw Keijzer vroegen naar transparantie, onderzoek, dwang, licenties et cetera. Je kunt over kosten van geneesmiddelenonderzoek getallen vinden die liggen tussen de 40 miljoen en een paar miljard. We weten van een aantal geneesmiddelen wat ze kosten, want dat is precies uitgerekend. Onlangs is er een analyse gepubliceerd van een kankergeneesmiddel van 780 miljoen dollar. Dat is minder dan het gemiddelde bedrag van 1,5 miljard dat daarvoor aangegeven wordt. Maar we kennen ook Eliquis en Repatha, nieuwe geneesmiddelen op de markt. De directe ontwikkelingskosten daarvan – ik heb het niet over verborgen kosten – lagen eerder in de buurt van 3 miljard. Ik heb een heel simpel sommetje voor u. Als je de geneesmiddelenresearchbudgetten van de grote farmaceutische bedrijven bij elkaar legt, kom je over de 100 miljard. Ik ben op een gegeven moment gestopt, omdat ik boven de 100 miljard was. Als je dat deelt door de 25 registraties per jaar – er worden maar 25 geneesmiddelen per jaar geregistreerd door het EMA of de FDA – dan kom je dus op een bedrag van 4 miljard.

Ik denk aan de andere kant dat het eigenlijk allemaal een beetje een onzinnige discussie is. Als ik een heel erg inefficiënt geneesmiddel ontwikkel en daaraan 4 miljard besteed, en als het dan gewoon niet goed werkt, gaat u mij de ontwikkelingskosten van dat geneesmiddel dan betalen? Ik dacht het niet. U gaat mij als overheid, als arts of als ziekenhuis betalen als het geneesmiddel goed werkt. Het gaat om de kosteneffectiviteit van een geneesmiddel. Daar is jarenlang research aan gedaan. Dat is ook hetgeen we in Nederland bij een geneesmiddel bekijken: werkt het geneesmiddel? Als het werkt, dan hebben we voor de kosteneffectiviteit ook een bedrag afgesproken in Nederland. Als we ons daar nou gewoon eens aan hielden, dan hadden we deze hele discussie niet, denk ik.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geeft tot slot het woord aan mevrouw Atema.

Mevrouw Atema:

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik wil graag de vraag van mevrouw Dik beantwoorden. Zij vroeg: waarom hebben wij destijds gekozen voor een decentrale oplossing? En: zouden we naar een centrale oplossing kunnen gaan? Ik wil u graag mee terugnemen naar 2013, want toen begon het. Er was een nieuw geneesmiddel uit het onderzoek gekomen. Het kon een laatste redmiddel zijn voor uitbehandelde patiënten met de ziekte van

Kahler. Het was voor de Nederlandse hematologen een nieuw geneesmiddel; ze hadden er nog geen ervaring mee opgedaan. In september kregen we de Europese goedkeuring. Op dat moment waren net de budgetrondes met de zorgverzekeraars afgelopen. Er was geen budget gecreëerd voor het volgende jaar. Het geneesmiddel was dus toegelaten en het was ook beschikbaar voor de Nederlandse patiënt, maar er was niet nagedacht over hoe dat in Nederland dan door de ziekenhuizen betaald zou moeten worden. Het was een nieuw geneesmiddel. De hematologen hadden er dus weinig ervaring mee. En ja, dit waren wel Nederlandse hematologen, en die – we hoorden het hier al, en dat is heel terecht – betalen liever voor iets wat werkt en liever niet voor iets wat niet werkt voor de patiënt, zeker als die euro maar één keer kan worden uitgegeven. Maar op dat moment waren er geen specifieke diagnostische parameters om de patiënt te herkennen die wel zou reageren of die niet zou reageren. En helaas zijn die er nu nog steeds niet.

We zijn dus met de zorgverzekeraars en de hematologen bij elkaar gaan zitten om dit probleem van alle kanten aan te pakken, ieder met zijn eigen verantwoordelijkheid. Voor dit probleem was een lagere prijs eigenlijk helemaal niet de oplossing, want er was domweg geen budget vrijgemaakt voor dit geneesmiddel. Dus wat is er gebeurd? De hematologen hebben met hun eigen achterban richtlijnen opgesteld, met duidelijke start- en stopcriteria. En ze hebben gezegd: alle resultaten van de behandeling registeren we, samen met het IKNL, zodat we later misschien wel de diagnostische parameters, bijvoorbeeld een voorbehandeling die de patiënt heeft gehad of juist niet heeft gehad, hebben die voorspellend kunnen zijn voor hoe een patiënt reageert op de behandeling.

Maar daarnaast moest er ook een oplossing komen voor het financieringsprobleem, want er was ook de angst dat, als een patiënt juist heel goed zou reageren op het medicijn, het ziekenhuis ook problemen zou krijgen omdat dan die ene patiënt mogelijk het hele beschikbare budget zou opsouperen. Daarom zei de zorgverzekeraar: in deze pilot zorgen wij dat die druk wordt weggehaald uit de spreekkamer; de artsen kunnen behandelen volgens hun richtlijn en wij zorgen voor een extra budget, buiten het ziekenhuis om, om te kijken hoe het werkt.

Waarom dan niet centraal? Stel je voor dat centraal was onderhandeld over de prijs en dat we de verleende korting hadden gegeven aan Minister Schippers. Dan was het probleem voor de patiënt in het ziekenhuis niet opgelost, want – inderdaad – het ziekenhuis weet niet welke prijs er is afgesproken, heeft nog steeds hetzelfde budget, of eigenlijk geen budget, en kan misschien voor twee of drie patiënten een behandeling starten. Met een afspraak zoals deze kunnen alle patiënten toegang krijgen tot deze behandeling. Als het niet werkt, dan betalen wij het terug. En als het heel goed werkt, dan helpen we ze ook, en wel in die zin dat die patiënt niet hoeft te stoppen puur omdat hij een concurrent zou worden van een andere patiënt met dezelfde ziekte. Dat willen we echt niet. Dan geven we daar korting op. Daarom kiezen we voor decentraal en denken we echt dat dit de oplossing is voor de toegankelijkheid voor de patiënt in elk ziekenhuis.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Ik moet even doorgeven dat mevrouw Agema zich laat excuseren. Omdat zij net geopereerd is aan haar rug kan ze het helaas nog niet zo lang volhouden op deze stoelen, maar zij en haar medewerker kijken wel mee.

Er is in deze ronde gelukkig nog ruimte voor nog een rondje vragen. Ik zal er wel streng op toezien dat het een korte vraag is die gesteld wordt aan maximaal twee personen. Meneer Nijboer, hebt u nog een vraag namens de fractie van de Partij van de Arbeid?

De heer **Nijboer** (PvdA):

Ik heb een vraag aan de heer Van Deventer naar aanleiding van wat hij en de heer Büller zeiden. Zij zeiden dat het niks wordt als de overheid zelf medicijnen gaat maken: dan krijg je een auto van niks. Tegelijkertijd benadrukten beiden het belang van onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek van universiteiten. De heer Büller gaf aan dat bij het Erasmus Medisch Centrum 25% tot 30% van het budget afhankelijk is van farmaceuten. Als ik hem goed heb beluisterd, moet de overheid toch wel wat doen om die afhankelijkheid door te knippen. Er zal overheidsgeld beschikbaar moeten worden gesteld als je dat probleem wilt oplossen. Of heb ik dat verkeerd begrepen?

De voorzitter:

Staat genoteerd. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Ellemeet van GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik wil hier graag op doorgaan. Ik krijg wat tegenstrijdige signalen over de onafhankelijkheid van het onderzoek. Aan de ene kant zegt de heer Van Deventer dat je als onderzoeker onafhankelijk moet blijven en geen financieel belang moet hebben bij de uitkomst van het onderzoek. Aan de andere kant ligt dat belang rond de uitkomst van het onderzoek er wel aan de kant van de farmaceutische industrie. Hoe kunnen we voorkomen dat uitkomsten van onderzoek gestuurd worden of onder de mat geschoven worden als ze onwelgevallig zijn? Wat moeten we veranderen in ons systeem om te voorkomen dat ongewenste uitkomsten van onderzoek niet evenveel aandacht krijgen of niet gepubliceerd worden? Hoe zorgen we voor onafhankelijkheid, zowel aan de kant van de onderzoeker als aan de kant van de financiers? Die vraag stel ik aan de heer Van Deventer en de heer Büller.

De voorzitter:

Staat genoteerd. Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Sazias van 50PLUS.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Dank u wel. Ik heb een vraag voor mevrouw Atema. U pleit voor een decentrale aanpak. Maar hoe zorgen we er dan voor dat voor alle patiënten en cliënten in Nederland de toegang wel gelijk blijft?

De voorzitter:

Helder, dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de heer Rutte van de VVD-fractie.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ik grijp alsnog mijn kans om een vraag te stellen aan de heer Brus. Hij geeft heel terecht aan dat wij tot lagere prijzen kunnen komen als we in staat zijn de ontwikkelketen van geneesmiddelen weer korter te krijgen. Hij komt tot het aantrekkelijke idee om versneld echte patiënten te includeren. Daarmee sla je eigenlijk de trialfase over. De echte patiënt wordt wel heel goed gemonitord. Je hebt daarvoor wel heel goede start- en stopcriteria nodig. Ik heb altijd begrepen dat vooral Europese regelgeving, EMA-richtlijnen, hieraan in de weg staan. Farmaceutische bedrijven zeggen dat ze dit misschien wel willen maar dat het model zo niet werkt en dat zij daarom niet mee kunnen doen. De heer Brus zegt juist dat nationale regelgeving hieraan in de weg staat. Daar ben ik heel benieuwd naar. Ik vermoed dat het en-en is, maar kan hij hier concreet over zijn? Kan hij ook aangeven hoe wij als politici in beweging zouden kunnen komen om dit mogelijk te maken?

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Voorzitter, ik heb nu geen vragen. Ik luister gewoon even mee naar de antwoorden op alle andere goede vragen die gesteld zijn.

De **voorzitter**:

Dat kan natuurlijk ook. Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Bergkamp van D66.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb een vraag aan professor Büller en de heer Schellekens. De heer Büller geeft aan dat als onderdeel van Fair Medicine er eigenlijk meer spelers op de markt zouden moeten komen. Kan hij daar een concretisering van geven? Wat zijn de belemmeringen daarvoor? Mijn vraag aan de heer Schellekens is of de apotheker daar een grotere rol in zou moeten nemen. Hoe kunnen zij dat doen?

Dank u wel.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Ik moest net even weg, maar mijn collega heeft heel goed geluisterd naar het antwoord van mevrouw 't Hoen. Ik hecht eraan om dat nu even te zeggen.

Ik heb een vraag aan de heer Van Deventer. Hij rekende net zo heel mooi uit dat het ontwikkelingsbudget van farmaceuten wereldwijd 100 miljard is, zo heb ik uit zijn woorden begrepen. Per jaar worden er 25 medicijnen geregistreerd. Als je dat afzet tegen soms duizenden patiënten die dat medicijn krijgen, dan heb je die kosten er toch eigenlijk in een paar jaar weer uit? Ik kreeg een beetje het idee dat de heer Van Deventer zei: maakt u zich nou niet zo druk, want de kosten van de farmaceuten zijn ook heel hoog. Ik zat er zo naar te luisteren en ik wil toch even van hem weten of je er ook op deze manier naar kan kijken.

En wat vindt hij van het idee om over meer medicijnen te onderhandelen dan wij nu in Nederland doen?

Dank u.

De **voorzitter**:

Dat waren eigenlijk twee vragen, maar aangezien Dik-Faber geen vragen had, krijgt u er twee.

Ik heb namens de Socialistische Partij een vraag aan mevrouw 't Hoen. U gaf aan dat het onderzoek naar het medicijn nogal verschilt per medicijn. De heer Brus zei dat wij soms wel de hoofdprijs betalen voor een schilderij. Ik vind dat toch altijd wel een lastige materie. De farmaceutische industrie zegt: wij hebben dat patent ook zo lang nodig, omdat het zo duur is om die medicijnen te ontwikkelen. Is er een mogelijkheid om die patenten in te korten, niet alleen in Europees verband? Zijn er voor ons mogelijkheden die wij kunnen aangrijpen om dat mogelijk in te korten? Ik zie u streng kijken. Misschien vindt u het helemaal geen goed idee, maar misschien heeft u daar een idee over?

Dan geef ik graag het woord aan de heer Büller, want hij heeft een aantal vragen gekregen.

De heer **Büller**:

Ik denk dat wij een termijn moeten afspreken waarbinnen de onafhankelijkheid van de onderzoeker wordt gegarandeerd. Je kunt dat niet doen door morgen een knop om te draaien. Ik zou best langer door willen discussiëren over de vraag hoe je dat moet aanpakken. Dat zal samen met de NFU en de NVZ moeten, want je moet weg uit die onderlinge afhanke-

lijkheid. Als je die stip op de horizon zet, moet je gaan nadenken welke stappen je moet doen om daar achter te komen. Dat is ook een beetje mijn gevoel bij die prijsonderhandelingen. Dat is toch eigenlijk een soort idiote sfeer als je denkt dat je met prijsonderhandelingen iets verandert aan het systeem. Je bespaart een eurootje links of rechts, maar je doet niet wezenlijk iets aan het systeem. Iedereen die daarin gelooft, ik meen dat ik dat vanochtend ook een beetje hoorde... Je krijgt dan een soort armpje drukken, je krijgt een soort wegdrukken en daar hebben wij niets aan. Wij zullen het systeem veel meer van binnenuit moeten veranderen. Daarom is Fair Medicine blij met myTomorrows, omdat de discussie wordt opgeroepen of wij het klassieke model van de vorige eeuw waarbij wij fase 2- en fase 3-studies doen, nog van deze tijd is. Wij zijn er, samen met myTomorrows, van overtuigd dat je ook een verlengde fase 2 kunt doen met een goede monitoring er omheen. Als je dan weer even naar het voorstel gaat dat de patiënt zijn eigen dossier en zijn evaluatie van geneesmiddelen heeft, dan kun je er veel vervroegder in gaan. Wellicht moeten wij overwegen om fase 3 te schrappen.

Dan komt er voor mij iets anders. Dat is een reële discussie die ik toevallig ook in het Europees Parlement heb gevoerd met een aantal mensen. Maar dan zit het vast. Dan krijg je een aantal farmabedrijven die heel blij zijn met fase 3, omdat zij dat heel goed kunnen betalen. Wij mogen even niet vergeten wat het probleem is. Je ziet vaak dat een geneesmiddel ergens in een academisch centrum begint; daarover zijn nu zelfs goede percentages bekend. Het wordt een spin-out, gaat dan naar een fase 1 en fase 2 en moet dan geld gaan ophalen voor fase 3. Dat kunnen ze niet en dan worden ze uitgekocht. Op die manier vindt op dit moment innovatie plaats. Daarom zitten in de budgetten voor research and development de kosten voor het opkopen van dat soort bedrijven. Dan zeggen ze: dat is heel gemakkelijk, want al het risico is al genomen door die kleine start-ups. Daar zit de innovatie. 70% van de nieuwe innovatieve geneesmiddelen komen op die manier uit de academische centra. Ze worden later wel overgekocht en worden dan verkocht onder de noemer van het bedrijf. Daar moeten wij over na durven te denken.

Er is nog een ander element. Laat ik de ziekte van Pompe nemen. We hebben negen jaar met publieke gelden onderzoek mogen doen naar de ziekte van Pompe. Dat was een dodelijke kinderziekte. Er was toen een potentieel geneesmiddel en dat hebben we in licentie gegeven. Ik geloof dat het zeven of acht jaar heeft geduurd voordat het product op de markt kwam. Toen zijn we met z'n allen weer gaan betalen, want we betalen bij de ziekte van Pompe al elf jaar lang € 700.000 per patiënt per jaar. Als je dat op je door laat werken, dan zie je iets idioots: aan de ene kant doen we het met publiek geld en aan de andere kant doen we het ook met publiek geld. Zouden we niet iets van het publieke geld aan de ene kant kunnen gebruiken om het aan de andere kant goedkoper te maken? Die discussie, dat uitgangspunt vindt Fair Medicine belangrijk. Doe wat aan die fase 3. Gebruik de knowhow van myTomorrows en kijk wat in het denken van Huub Schellekens past, want dan doe je iets aan die dure fase 3-studies. Een ander element dat ik heel erg belangrijk vind, zijn de door ons zo genoemde social investors. De huidige farmaceutische industrie werkt voornamelijk met venture capitalists, die gewend zijn om flinke percentages te halen. Die zou je er in onze ogen tussenuit kunnen halen en dan zou je sociale investors kunnen toelaten. Dat kunnen verzekeringen of pensioenfondsen zijn. Het grappige is dat Fair Medicine nu wordt gesteund door patiëntenverenigingen. Patiëntenverenigingen leggen geld in voor de ontwikkeling van geneesmiddelen. Bijvoorbeeld de Nierstichting doet dat, omdat zij dan ook aan tafel zit en weet dat zij mee kan praten over de prijs. Dat noem ik een prachtig voorbeeld van social investors. Dat is ook een beetje het antwoord op mevrouw Bergkamps vraag. In het model van Fair Medicine is er niet meer één iemand die betaalt en bepaalt. In het model van Fair Medicine maak je een coalitie.

Die coalitie bestaat steeds uit de vaste spelers: een patiënt, een dokter die verstand heeft van het ziektebeeld, de baas van het universitair medisch centrum omdat hij of zij de kosten van de klinische studie moet voorschieten, sociale investeerders en een farmaceutisch bedrijf. Sommige mensen denken nog weleens dat Fair Medicine geneesmiddelen gaat maken. Nee, wij zoeken een partnerschap met iemand die er verstand van heeft, met een farmaceutisch bedrijf dat bereid is om onder die voorwaarde met ons in zee te gaan. Dat verandert het speelveld van de geneesmiddelenontwikkeling.

Ik heb geloof ik al eerder gezegd dat er in Nederland gelukkig farmaceutische bedrijven zijn. Dat zijn niet de grote jongens, want die komen niet, maar wel de small en medium enterprises. Zij zeggen dat dit weleens een interessante publiek-private ontwikkeling kan zijn. Daardoor hoeven zij niet uitgekocht te worden en kunnen zij geneesmiddelen maken voor de wereldmarkt. En dat is precies wat Fair Medicine probeert. Ik denk dat daar de toekomst ligt: kijken naar fase 2 en fase 3, een andere manier van monitoren, zorgen dat social investors geïnteresseerd raken. De ervaring die ik met venture capitalists heb opgedaan in mijn tijd als voorzitter van het Erasmus MC is dat zij na twee of drie jaar de baas willen zijn. Ze willen sowieso het management hebben en als ze een verkoopmogelijkheid zien, trekken ze iets uit elkaar.

Het volgende is het allerlaatste wat ik nog wil zeggen; het kwam vanochtend voorbij. Ik weet niet waarom het kan, maar het idiote is dat je als bedrijf in de farmawereld je concurrenten kunt uitkopen. Neem weer even de ziekte van Pompe. Wij waren de allereersten in de wereld die de eerste negen patiënten met de ziekte van Pompe behandelden. Een en ander werd keurig netjes gemaakt door een Nederlands bedrijf, Pharming. Dat was toen heel spannend; die kinderen zouden gewoon doodgaan, maar zouden nu leven. Wij deden dat op de intensive care, want wij wisten eigenlijk niet hoe wij dat moesten doen. Zouden ze gek gaan reageren? Anderhalf jaar nadat we de eerste patiënten behandeld hadden, werd Pharming opgekocht door Genzyme, moesten wij stoppen met het product van Pharming en kregen we van Genzyme het product dat zij hadden ontwikkeld. Ik geloof dat het vanochtend voorbijgekomen is. In de farmawereld kun je dus gewoon je concurrenten uitkopen en daarna ben je monopolist. Met de beschermingsregels eromheen is het tot op de dag van vandaag even duur als op dag een. Ik heb het nooit gesnapt. Ik weet dat bij de operatie van Genzyme 300 miljoen dollar is neergelegd om de concurrenten uit te kopen. Dat zit uiteindelijk wel weer in de prijs van het product dat jij en ik betalen. Ook daar moet dus over nagedacht worden. Is dat de manier waarop we sustainable monopolies kunnen laten bestaan, een manier waarbij de premiebetaler in de laatste fase weer gaat meebetalen aan het dure geneesmiddel? Dat was het.

De voorzitter:

Dank u wel, ook voor uw toevoeging. Dan geef ik nu graag het woord aan mevrouw 't Hoen.

Mevrouw 't Hoen:

Dank u wel. Mevrouw de voorzitter, trekt u het zich niet aan, ik kijk heel vaak heel streng, maar dat betekent helemaal niks.

Voordat ik op de patenten inga, is het belangrijk erop te wijzen dat er verschillende vormen van marktexclusiviteit zijn. In toenemende mate is sprake van marktexclusiviteit die middels het Europees geneesmiddelenbeleid wordt gecreëerd en afgegeven als gevolg van de beslissingen door de Europese Commissie en die vaak veel lastiger te omzeilen zijn dan patenten. Ik zeg soms weleens dat patenten misschien het minste van onze zorg zijn. Waar het patenten betreft heeft de nationale overheid de mogelijkheid om in te grijpen. We hebben het eerder gehad over de

dwanglicenties. Je betaalt dan wel een vergoeding, een royalty aan de patenthouder, maar de monopoliepositie kan opengebroken worden. We moeten ook gaan kijken naar die andere exclusiviteiten.

Het verkorten van de duur van patenten zal nog wel wat voeten in de aarde hebben. We zijn sowieso verplicht om minimaal twintig jaar patent te geven. Die plicht komt voort uit de regels van de Wereldhandelsorganisatie waar Nederland lid van is. Dus om die verandering te realiseren, moet je het TRIPs-verdrag, het verdrag dat de regels rondom intellectueel eigendom neerlegt bij de Wereldhandelsorganisatie, openbreken. Dat is een tall order. Dat zal heel, heel erg moeilijk worden. Overigens heeft de Wereldhandelsorganisatie in 2001 wel erkend dat dit TRIPs-verdrag wellicht hier en daar wat te straffe normen heeft neergelegd en dat dit gevolgen heeft voor de volksgezondheid. In de ministeriële vergadering in Doha in 2001 is de Doha-verklaring over het TRIPs-verdrag en de volksgezondheid aangenomen. Die verklaring zegt dat de regels van de Wereldhandelsorganisatie natuurlijk nooit in de weg kunnen staan van het recht van landen om maatregelen te nemen om de gezondheid te beschermen. In die verklaring worden onder andere dwanglicenties besproken. Dus dat geeft de nationale overheid iets meer ruimte om te kunnen ageren. Nogmaals, er zijn beperkingen in aangebracht door beslissingen die op Europees niveau zijn genomen waar wellicht opnieuw naar gekeken moet worden. Het onderzoek dat nu gaande is als gevolg van het Nederlandse beleid toen Nederland het voorzitterschap van de EU had, geeft de mogelijkheid om een en ander eens goed in kaart te brengen en aan te geven waar er wellicht gecorrigeerd moet worden.

Je kunt wel zeggen dat de duur van patenten korter moet worden of dat de patenten aangepakt moeten worden, maar je moet ook kijken waarom we ze eigenlijk hebben. Dat antwoord is dan altijd: omdat het innovatie stimuleert. Maar waar we het eigenlijk over moeten hebben, is de vraag op welke andere wijze we innovatie kunnen stimuleren. Als we blijven hameren op het feit dat je exclusieve marktrechten moet blijven geven omdat je anders geen innovatie hebt... Dat hoor je vaak: als je dat gaat doen, dan hebben we straks geen nieuwe geneesmiddelen. Dan wordt iedereen heel angstig en treedt er een soort verlamming op. Ik zou ervoor willen pleiten om in kaart te brengen hoe we dat op een andere wijze kunnen doen zodat we de innovatie krijgen die we nodig hebben maar de financiering van die innovatie niet langer afhankelijk is van de hoge geneesmiddelenprijzen die in stand worden gehouden door de marktexclusiviteit.

Daar zijn verschillende voorstellen voor gedaan. Die zouden wat serieuzer bestudeerd moeten worden. Ik denk dat er een aantal experimenten, pilots zouden kunnen plaatsvinden om te kijken hoe dat in de praktijk kan werken. Dat wordt in het Engels het delinkage model genoemd. Je brengt een ontkoppeling aan wat betreft het idee dat je hoge geneesmiddelenprijzen nodig hebt om innovatie te krijgen. Als je innovatie op andere wijze stimuleert en financiert ben je niet langer afhankelijk van die hoge geneesmiddelenprijzen. De farmaceutische wereldmarkt is op dit moment bijna 1,7 triljoen dollar waard. Ik kan me niet helemaal voorstellen hoeveel nullen dat zijn, maar dat is een gigantisch bedrag. We krijgen niet 1,7 triljoen dollar aan innovatie. Daar zit dus heel veel ruimte in om te experimenteren, om bepaalde dingen op een andere manier te doen. Daar zou ik voor willen pleiten.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de heer Schellekens.

De heer Schellekens:

Mag ik ook reageren op vragen die niet direct aan mij gesteld zijn?

De voorzitter:

Eigenlijk mag ik u niet... Ja, het kan inderdaad wel. Als u het niet te hard roept, zal ik net doen alsof ik het niet gehoord heb.

De heer Schellekens:

Omdat ik achter deze tafel degene ben met de langste academische ervaring in het farmaceutisch onderzoek en de vraag werd gesteld over de verwevenheid van het onderzoek met de farmaceutische industrie, wil ik daar toch graag iets over zeggen. Ik heb het in de veertig jaar dat ik er nu werkzaam in ben, wel helemaal zien verschuiven naar wat publiek-private samenwerking is gaan heten, waarbij de academie eigenlijk altijd de onderliggende partij is. Ik denk dat het heel goed is om samen te werken met de industrie, maar dat er mogelijkheden moeten worden geschapen om ook vrij onderzoek te doen. Ik noem in dit kader uit mijn eigen carrière twee onderzoeksgebieden waarop wij uiteraard toch onderzoek zijn gaan doen. Dat was het academisch onderzoek naar biosimilars en dat was het academisch onderzoek naar bijwerkingen van biologische producten. Ik herinner me dat het vanwege het feit dat het heel erg verweven was met de industrie, toch wel buitengewoon moeilijk was om dat uit onderzoeksgeld gefinancierd te krijgen. We hebben door slimme trucs, zoals het heretiketteren van wat we aan het doen waren, die onderzoeken uiteraard toch kunnen doen. Tot zover mijn bespiegelingen dat er toch meer mogelijkheden moeten worden geschapen voor het academisch onderzoek op farmaceutisch gebied, om dat ook zonder dat de industrie over je schouder meekijkt, te kunnen doen.

De vraag aan mij ging vooral over de rol van de apothekers. Ik ga toch maar weer terug naar mijn eigen verleden. Toen ik in 1973 als arts afstudeerde en een recept schreef, werd 80% daarvan nog in de lokale apotheek geproduceerd. Dat is helemaal verdwenen. Die rol van producent is helemaal door de industrie overgenomen. Die komen, zeker bij biotechmedicijnen, ook in een vorm dat de apotheek eigenlijk weinig anders kan doen dan die dingen in ontvangst nemen en ze aan de patiënt overhandigen. Ik denk dat het voordeel van onze bionepresso is dat de apotheker zijn plaats terugkrijgt, dat besluiten over behandeling weer teruggaan naar de driehoek dokter-patiënt-apotheker. Daar horen die besluiten thuis. Als je dat dan ook nog op een economisch verantwoorde wijze doet en het niet gaat om producten die € 700.000 per jaar kosten, zal de overheid waarschijnlijk geen enkele neiging meer hebben om zich te bemoeien met wat dokters voorschrijven. Ik denk dat het voor de autonomie van de beroepsbeoefenaars ook heel goed zou zijn als zij weer de mogelijkheden krijgen om de geneesmiddelen aan te passen aan de patiënt.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan de heer Brus.

De heer Brus:

Ik beantwoord de vraag van de heer Rutte over de nationale regelgeving die het mogelijk zou moeten maken om medicijnen vroeger te gebruiken en vroeger in te zetten dan de registratie van het middel in principe zou weerhouden. Even het volgende. In alle landen van de wereld, met uitzondering van Noord-Korea en China, is het mogelijk om middelen voor te schrijven die nog niet geregistreerd zijn. In bijna alle landen ter wereld, met uitzondering van Nederland, is geregeld dat daarvoor ook een vergoeding in de plaats staat voor degene die dat middel levert en dat er een registratie c.q. pharmacal vigilance, dus het opvolgen van de resultaten bij de patiënten, aan vastzit, die vervolgens teruggekoppeld moet worden aan degene die dat financiert. Een klein voorbeeldje: wij werken nu met een geneesmiddel dat is bedoeld voor de behandeling van sikkelcelpatiënten. Dat is een ernstige bloedziekte waarbij patiënten vaak

in crisis gaan. In Amerika is er een nieuw geneesmiddel geregistreerd. Europese patiënten hebben daar in principe geen toegang toe. Dat is buitengewoon vervelend, want er zijn geen goede medicijnen voor sikkelcelziekte en deze mensen eindigen heel vaak op de intensive care met geweldige pijnen. De heer Van Deventer zal absoluut weten hoe dat eruitziet.

Het goede nieuws is dat landen als Frankrijk zich intensief inzetten om het mogelijk te maken dit soort medicijnen ook in Frankrijk beschikbaar te stellen en dat ook te vergoeden. Dat doen zij niet alleen omdat zij compassie hebben met deze patiënten, maar ook omdat zij graag willen weten hoe dat geneesmiddel zich in de praktijk kan bewijzen. Als wij dit middel in Frankrijk gaan voeren, wordt dat dus vergoed door de Fransen. Daar zit een zekere mate van flexibiliteit in als het gaat om hoeveel patiënten wij mogen includeren. Daar staat tegenover dat wij terugmelden hoe goed het middel werkt. Wij zijn daar eigenlijk onafhankelijk in. Wij willen dat transparant melden. Dat komt bij ons in de database, die iedereen in de wereld kan raadplegen. Met andere woorden, de Franse overheid stelt zich in staat om met Frans geld totaal onafhankelijk medicijnonderzoek te doen, dat normaal gesproken fase 3- of bijna fase 4-onderzoek is, naar een geneesmiddel dat al is geregistreerd in de Verenigde Staten. Waarom? Omdat zij het belangrijk vinden dat deze patiënten kunnen worden behandeld, maar ook omdat zij het belangrijk vinden om de data van deze interventie te kunnen beoordelen.

Dan kom ik eigenlijk terug op wat de heer Büller, maar ook mevrouw 't Hoen en Huub Schellekens hebben verteld: er moet iets veranderen aan het model. Dat is makkelijk te doen als je maar bereid bent om het model waarover we met zijn allen de hele dag hebben gesproken, een beetje om te gooien en nieuw bloed of een nieuwe injectie hierin toe te laten. Ik kan u vertellen dat wij anders de komende twintig jaar nog veel verder kunnen praten over hoe het allemaal zou moeten en zou kunnen, en dat iedereen elkaar de hand zou kunnen geven, maar dat dat maar tot twee dingen zou leiden. Dat is prachtig beschreven in Science. Daarin staat dat er in de technologie een bepaalde wet heerst, namelijk de wet van Moore. Elke twee jaar kun je meer semiconductors op een plaat krijgen en meer geheugen krijgen. In tegenstelling daartoe lijdt de farmaceutische industrie aan de wet van Eroom. Dat is het omgekeerde van «Moore» en betekent eigenlijk dat je elk jaar minder kunt doen met een miljard. Dat lossen we niet op door te praten, maar door een injectie te geven en het mogelijk te maken dat er nieuwe modellen ontstaan, zoals dat de afgelopen twintig jaar ook in alle andere branches is gebeurd. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan professor Van Deventer.

De heer Van Deventer:

Dank u wel. Meneer Nijboer vroeg me iets over de financiering van het onderzoek, de rol van de farmaceutische industrie en wat je daaraan zou kunnen doen. In de eerste plaats kan de overheid daar makkelijk iets aan doen. Als we onze EU-norm voor het financieren van onderzoek en innovatie nou eens een keer gaan halen, zou dat al enorm helpen. We geven als overheid veel te weinig uit aan fundamenteel onderzoek en innovatie. Nu we een paar miljard over hebben, is het misschien tijd om dat wel te gaan doen.

Dan de financiering van farmaceutische bedrijven en van onderzoek in academische centra en ziekenhuizen. U moet zich wel even voorstellen waar het over gaat. Als een farmaceutisch bedrijf een groot internationaal onderzoek doet, moeten daar natuurlijk patiënten aan meedoen. De academische ziekenhuizen verkopen als het ware hun patiënten aan de farmaceutische industrie. De farmaceutische industrie moet dan € 30.000

tot € 40.000 of zo betalen om te mogen meedoen aan dat onderzoek. Een gedeelte van die gelden is bedoeld om de kosten te dekken, maar over het algemeen maken academische ziekenhuizen en andere ziekenhuizen gewoon winst daarop. Ik denk dat dat ook eens een keer transparant moet zijn, want dat komt natuurlijk ook allemaal weer in de prijs van geneesmiddelen terug. Op die manier verdienen de academische ziekenhuizen een centje bij.

Mevrouw Ellemeet sprak over klinische trials en transparantie, een heel belangrijk onderwerp, dat overigens de laatste tijd wel is aangepakt. Maar verbeteringen zijn mogelijk. In de eerste plaats is het op dit moment zo dat je iedere klinische trial die je wilt gebruiken voor een latere registratie van een geneesmiddel, moet registreren op ClinicalTrials.gov. U en ik kunnen gewoon naar ClinicalTrials.gov gaan, door de Amerikaanse overheid opgezet, zoals heel veel andere hele goede dingen op dit gebied, en dan kunnen wij gewoon kijken welke trials er gedaan zijn. Na een tijdje kun je dan kijken welke trials gestopt zijn en of er al of niet iets is gepubliceerd. Dat is volledig transparant.

In de tweede plaats wil je, als je als onderzoeker met een farmaceut onderzoek doet, dat dat onderzoek gepubliceerd wordt. Dat gebeurt ook bijna altijd, tenminste als ik erbij betrokken ben. Jij wil de vrijheid hebben om het onderzoek te publiceren, jij wil ook de vrijheid hebben om negatieve resultaten of bijwerkingen te kunnen publiceren. Dat moet gewoon in je contract staan. Als het er niet in staat, doe je het niet goed. Het derde punt: voor heel grote registratietrials is er bijna altijd een onafhankelijke data safety and monitoring board. De farmaceut geeft het leiden van de trial over aan een groep die buiten de farmaceut staat en echt onafhankelijk moet zijn en die ook beslissingen neemt als «deze trial is positief of negatief» en «we stoppen de trial vanwege bijwerkingen». Daar is nog winst te maken. Iedereen zou verplicht moeten zijn om dat te doen. Daar zouden ook voorwaarden aan gesteld moeten worden. Maar veel grote onderzoeken op dit moment gebeuren op die manier.

Mevrouw Keijzer sprak over de kosten van geneesmiddelenonderzoek. Ik zei niet dat het wereldwijde onderzoeksbudget 100 miljard is. Ik zei: ik was bij de grote farmaceutische bedrijven gaan tellen en ben gestopt bij 100 miljard. En toen zat ik al op een bedrag van gemiddeld 4 miljard per geneesmiddel. Daarna zei ik dat het eigenlijk niet relevant is. Als ik een geneesmiddel ontwikkel voor 4 miljard dat niet werkt, dan gaat u het niet van mij kopen. Het gaat erom of een geneesmiddel werkt en of het het bedrag waard is.

Een ander punt is het volgende. Als we alleen maar kijken naar de kosten per ontwikkeling van een geneesmiddel, dan moeten we ook in de gaten houden wat het verliespercentage is. Op dit moment is het verliespercentage voor een alzheimergeneesmiddel meer dan 99%. Uit de 660 klinische studies – echt onderzoek bij Alzheimerpatiënten in de afgelopen tien jaar – zijn maar vier registraties voortgekomen. En dat zijn geneesmiddelen met een dubieuze of weinig werking. 99% van die onderzoeken is mislukt. Er is in de afgelopen tien jaar wereldwijd 50 tot 60 miljard in dat onderzoek gestopt. Als je wilt dat dat doorgaat, dan moet je dus een zekere flexibiliteit hebben in het maken van dit soort keuzes.

En dus moet de farma inderdaad de mogelijkheid hebben om het geld te besteden in innovatie. Daar hebben wij inderdaad transparantie nodig, want het zou wel handig zijn om te weten hoeveel geld echt in innovatie gestopt wordt. Het grote probleem op dit moment is volgens mij helemaal niet de kosten van geneesmiddelen. Het grote probleem is dat er veel te weinig nieuwe geneesmiddelen zijn: 25 per jaar, nog 7.000 zeldzame ziektes te gaan. U kan wel uitrekenen hoelang we nog bezig zijn om voor alle patiënten met een ernstige ziekte een geneesmiddel te hebben. Ten slotte nog één dingetje waar ik mij niet populair mee gaan maken. 70% tot 80% van de geneesmiddelen die op de markt zijn, goedkope en dure geneesmiddelen, is er alleen maar omdat er ontwikkeld is door

bedrijven die door venture capital zijn gefinancierd. Als er geen venture capital was, was 70% tot 80% van de geneesmiddelen er niet. Ik hou wel van vergezichten en ik ben ongelofelijk optimistisch, maar de stichting Fair Medicine heeft nog geen enkel medicijn gemaakt. Op het moment dat het eerste geneesmiddel eruit komt, professor Büller, dan kom ik een echt duur kistje wijn bij jullie brengen.

De voorzitter:

Die weddenschap staat! Het is genoteerd.

Dan geef ik tot slot het woord aan mevrouw Atema.

Mevrouw Atema:

Mevrouw de voorzitter, ik wil heel kort reageren op mijn buurman en hier het positieve geluid laten horen. Het bedrijf Celgene investeert namelijk 40% van zijn omzet in innovatie. Daar gebruiken we inderdaad niet alleen onze winsten maar ook onze eigen middelen en de middelen van de investeerders voor. Dat is twee keer zoveel als jullie denken dat de gemiddelde winst is. Dat percentage is echt wat wij terugbrengen naar onze investeringen.

Daarom ben ik ook zo blij met uw vraag, mevrouw Sazias, want u stelt echt de juiste vraag. Hebben alle patiënten door deze oplossing ook toegang tot de medicijnen? Daarvoor zitten we hier! Het is echt ons gezamenlijke belang. Het allergevuldigste van deze pilot is dat de artsen ervoor hebben gezorgd dat er goede richtlijnen komen, want door die richtlijnen kunnen patiënten in Nederland deze behandeling krijgen. Door die richtlijnen wordt er ook bijgehouden welke patiënten er baat bij hebben en kunnen er weer nieuwe richtlijnen ontwikkeld worden voor latere patiënten.

Maar inderdaad, we hebben door de pilot ook geleerd dat niet alle patiënten meteen toegang hebben, ook niet via de pilot. Helaas deden niet alle zorgverzekeraars mee. Een aantal zei: nee, wij denken dat het betaald moet kunnen worden uit het budget dat wij hebben afgesproken. Ik gaf al aan dat dit een van de oorzaken was dat deze pilot nodig was.

Anderzijds is het ook heel belangrijk dat de patiënten op de hoogte waren van het bestaan van deze pilot, want in de afspraken stond dat een aantal ziekenhuizen, en dus niet alle ziekenhuizen, aan deze pilot konden meedoen. Er moest dus goed verwezen worden naar de deelnemende ziekenhuizen. De artsen hebben een enquête afgenomen en daaruit hebben wij begrepen dat dat niet overal even goed is gegaan. Dus ja, door een richtlijn is er toegang tot deze behandeling, maar door logistieke en lokale problemen niet overal. Dat was voor ons een oproep om weer samen met dezelfde groep mensen om de tafel te gaan. We nodigen verder ook anderen uit om mee te denken om het nog beter te maken. We leren ervan en we zijn andere pilots gestart voor andere geneesmiddelen, waarbij we nu niet alleen de ziekenhuizen betrekken maar ook de patiënten. Die kunnen daardoor zelf de waarde beoordelen van hún geneesmiddel.

Ik dank u wel.

De voorzitter:

Ik dank ú wel. Ik dank u allen niet alleen voor uw mondelinge inbreng maar ook voor uw position papers. Daarmee komen we aan het einde van deze rondetafel over de farmaceutische industrie. Ik wil u allen danken voor uw inbreng. Ik dank de mensen op de publieke tribune, de mensen die meekijken, de stenografische dienst voor het verslag, de Griffie voor de ondersteuning en de leden voor hun intelligente vragen. We zullen ons huiswerk meenemen en op 22 november kunt u allen zien of we het goed hebben begrepen, want dan is er een algemeen overleg over de farmaceutische industrie.

Sluiting 15.00 uur.