

36343 Initiatiefnota van het lid Krul over 'Geneesmiddelen weer binnen bereik

Nr. 8 **VERSLAG VAN EEN NOTAOVERLEG**
Vastgesteld 5 november 2024

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 7 oktober 2024 overleg gevoerd met mevrouw Agema, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, viceminister-president, over:

- **de initiatiefnota van het lid Krul "Geneesmiddelen weer binnen bereik" (Kamerstuk 36343);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 oktober 2023 inzake reactie op de initiatiefnota van het lid Van den Berg "Geneesmiddelen weer binnen bereik" (Kamerstuk 36343, nr. 2) (Kamerstuk 36343, nr. 3);**
- **de brief van het lid Krul d.d. 24 januari 2024 inzake overname van de verdediging van de initiatiefnota (Kamerstuk 36343, nr. 4);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 oktober 2024 inzake stand van zaken wat betreft voorstel 2 en 3 uit de initiatiefnota Geneesmiddelen weer binnen bereik (Kamerstuk 36343, nr. 5);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 oktober 2024 inzake reactie op verzoek commissie om een kabinetsvisie over dure geneesmiddelen en daarin meer specifiek in te gaan op de sluis(werking) voor dure geneesmiddelen met oog op de toelating tot het basispakket (Kamerstuk 29477, nr. 909).**

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

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Bushoff

Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Bushoff, Claassen, Inge van Dijk, Hertzberger, Krul en Tielen,

en mevrouw Agema, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, viceminister-president.

Aanvang 10.01 uur.

De **voorzitter**:

Goedemorgen, allemaal. Het is 10.00 uur geweest, dus we gaan van start met het notaoverleg over de initiatiefnota van het lid Krul over Geneesmiddelen weer binnen bereik. Deze initiatiefnota wordt verdedigd door de heer Krul, maar is een jaar geleden, april vorig jaar, ingediend door onze zeer gewaardeerde oud-collega Joba van den Berg, die dit debat ongetwijfeld live online aan het volgen is, heb ik begrepen. Laten we dus allemaal extra goed ons best doen. Anders zullen we het zeker horen. Het lid Krul heeft de verdediging van de initiatiefnota overgenomen. Hij zal daarbij ondersteund worden door de heer Heij, die aanwezig is en naast hem zit. Ook van harte welkom natuurlijk aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die bij zo'n gelegenheid in de bijzondere rol van adviseur optreedt. Ook welkom aan haar, aan de ondersteuning en natuurlijk aan de Kamerleden aan de linkerkant. Links van mij zitten mevrouw Van Dijk van het CDA, de heer Claassen van de PVV, mevrouw Tielen van de VVD en mevrouw Hertzberger van de NSC-fractie. Welkom!

Er is best veel spreektijd voor iedereen. Er is heel veel, dus mensen kunnen echt losgaan. We hebben tot 14.00 uur de tijd, dus op een gegeven moment zal ik toch moeten ingrijpen. Maar ik verwacht dat het niet nodig is om in te grijpen, gelet op de hoeveelheid spreektijd die er is. We gaan zien hoever we komen. We beginnen met de zijde van de Kamer; die zal eerst het woord voeren. Daarna schorsen we, zodat zowel de initiatiefnemer als de minister zich kunnen voorbereiden op de beantwoording van de vragen van de Kamer. Daarna gaan we door met de eerste termijn van de zijde van de initiatiefnemer en de minister, en vervolgens met de tweede termijn van de Kamer. Maar eerst gaan we gewoon lekker van start, zou ik zeggen. Ik wil als eerste het woord geven aan mevrouw Van Dijk. Ikzelf ben trouwens Julian Bushoff. Ik treed vandaag op als uw voorzitter. Ik zal helemaal aan het eind

ook nog even het woord voeren en geef dan het voorzitterschap over aan mevrouw Van Dijk.

Maar nu eerst de woordvoering van mevrouw Van Dijk.

Mevrouw **Inge van Dijk** (CDA):

Dank je wel, voorzitter. Het is inderdaad bijzonder om hier te zitten. Collega Krul doet inderdaad de verdediging, maar onze zeer gewaardeerde partijgenoot Joba van den Berg is hier altijd met veel passie mee bezig geweest. Het is voor mij een nieuw onderwerp. Ik vind het bijzonder dat ik toch een heel klein beetje betrokken ben geweest bij de totstandkoming ervan, want ik ben toevallig met Joba op werkbezoek geweest in Gemert-Bakel en in Asten. Daar kom ik vandaan. Daar wil ik dan ook mee beginnen.

Voorzitter. Een jaar geleden was ik met Joba van den Berg op werkbezoek bij de apotheek in Bakel, waar ik vandaan kom. Wij hoorden daar van patiënten schrijnende verhalen over de gevolgen van geneesmiddelentekorten. Van huisartsen, apothekers en apothekersassistenten hoorden we over de uitdagingen die zij dagelijks hebben vanwege de extra zorg vanwege bijwerkingen van alternatieve medicijnen, maar ook vanwege pure boosheid van patiënten die niet begrijpen waarom zij hun vertrouwde medicijnen niet meekrijgen. Die boosheid wordt vaak afgereageerd op de mensen die in de apotheek werken.

Voorzitter. Tekorten aan geneesmiddelen zijn een enorm groeiend probleem in Nederland. Als CDA vragen we hier al jaren aandacht voor en vragen we om met oplossingen te komen. We komen ook zelf met voorstellen. Daarom wil ik eerst grote dank uitspreken aan de initiatiefnemer, Joba van den Berg, mijn collega Harmen Krul, die de verdediging op zich neemt, en zijn ondersteuning natuurlijk, Jacco Heij.

Voorzitter. Het probleem van tekorten is groot. Laat ik beginnen met te zeggen dat het CDA niet dogmatisch is wat betreft de oplossing voor de problemen. We staan dus in principe open voor iedere optie die aangedragen wordt om de beschikbaarheid en betaalbaarheid van medicijnen te vergroten.

Voorzitter. Daar begint echter wel mijn teleurstelling in de reactie van de minister op de initiatiefnota. Neem bijvoorbeeld het eerste voorstel. We zien enorme regionale verschillen in de mate van medicijngebruik. In Asten zijn bijvoorbeeld jaren geleden al goede afspraken gemaakt tussen huisartsen en apothekers, waardoor het medicijngebruik daar fors lager ligt dan in vergelijkbare gemeenten. Ontpillen kan dus wél. In de reactie schrijft de minister dat men in gesprek is over een toekomstvisie. Maar we kunnen nu toch al gewoon aan de slag? Aan de minister vraag ik hoe het staat met de gesprekken en of zij bereid is om te onderzoeken of we de perverse prikkels om juist meer voor te schrijven, uit het systeem kunnen halen, bijvoorbeeld door over te stappen op populatiebepaling.

Voorzitter. In de korte tijd die ik heb, beperk ik me tot enkele opmerkingen over voorstel 3 en de reactie van de minister daarop. Het CDA ziet mogelijkheden om magistraal bereiden, oftewel apothekers die zelf medicijnen mogen maken, én het collegiaal doorleveren daarvan meer toe te passen. Vorige week schreef de minister bezig te zijn met een beleidsregel, maar voormalig minister Kuipers heeft begin 2023 ook al toegezegd om daarmee aan de slag te gaan. Waarom duurt het zo lang? Kan de initiatiefnemer aangeven hoe hij kijkt naar de reactie van de minister op voorstel 3?

Voorzitter. Ten slotte een actueel punt van zorg. Afgelopen vrijdag gaven medicijn-groothandels aan dat er komende winter opnieuw tekorten aan antibiotica dreigen. Vorige winter zagen we dat ouders soms uren moesten rijden om toch nog ergens een flesje tegen bacteriële infecties te vinden. Minister Dijkstra kondigde toen aan dat er voor komende winter extra voorraden aangelegd zouden worden. Kan de minister hier toezeggen dat er voor de winter ruimschoots voldoende voorraden van antibiotica zullen zijn aangelegd?

Dank je wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

U heeft nog een vraag van mevrouw Tielen van de VVD-fractie.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Misschien is het eigenlijk wel een vraag aan de initiatiefnemer. Het gaat over dat laatste. We hebben gezien dat na de coronatijd, waarin er veel isolatie was, met anderhalve meter enzovoorts, de andere infectieziekten ook wat lager waren. Daarna begonnen die weer. Dat is, denk ik, een van de redenen waarom er de afgelopen winter echte pieken zijn geweest in infectieziekten. Vindt mevrouw Van Dijk van de CDA-fractie het een goed idee om eens te kijken in hoeverre er waarschuwingssignalen vanuit bijvoorbeeld het RIVM richting de medicijnfabrikanten en medicijnimporteurs gaan als er een hogere infectiegraad aan zit te komen?

Mevrouw **Inge van Dijk** (CDA):

Mijn eerste reactie hierop is dat het mij heel logisch lijkt dat we elkaar goed op de hoogte houden van wat er speelt en dat we het goed van elkaar weten als er inderdaad verhoogde risicosignalen zijn, zodat we beter voorbereid zijn dan we in het verleden waren.

De voorzitter:

Als er geen vragen meer zijn, gaan we door naar de volgende spreker van de zijde van de Kamer. Dat is de heer Claassen van de PVV-fractie.

De heer Claassen (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Allereerst complimenten van de PVV-fractie aan de indiener, en zijn voorganger natuurlijk, want een initiatiefnota is altijd heel veel werk naast het gewone Kamerwerk, dat ook moet gebeuren. De titel van de nota spreekt mij wel aan: weer onder handbereik. Eigenlijk is deze nota een soort wrap-up van waar we als Kamer de afgelopen periode al heel veel met elkaar over gesproken hebben. De problematiek rondom geneesmiddelen lijkt ook steeds complexer te worden. Ondanks dat de Kamer vele malen gedebatteerd heeft over de beschikbaarheid van medicatie, hetzij generiek of specifiek, zien we nu, net zoals mijn voorganger net zei, alweer alarmerende berichten over de beschikbaarheid van antibiotica. Ik hoor ook dat salbutamol alweer schaars aan het raken is. Dat geneesmiddelen weer onder handbereik komen van patiënten die ze nodig hebben, kan ik namens de PVV-fractie dus alleen maar toejuichen.

In deze nota worden zes voorstellen gedaan om medicijnen beschikbaar te maken, bereikbaar te houden en betaalbaar te houden: drie b's waar de PVV-fractie wél enthousiast van wordt en die voormalig Kamerlid Van den Berg ons ook al zo vaak heeft voorgehouden. In de brief van 2 november geeft de minister als reactie op twee punten uit deze nota handreikingen die een bijdrage kunnen leveren aan de beschikbaarheid van generieke geneesmiddelen. Wij zijn uitermate benieuwd of de handreikingen daadwerkelijk tot de broodnodige beschikbaarheid van geneesmiddelen leiden. Ik zal namens de PVV-fractie reageren -- want die tijd heb ik gelukkig - op de zes voorstellen.

Voorzitter. Zal ik het voorstel maar niet helemaal voorlezen en het "voorstel 1" noemen? Is dat akkoord? De regionale verschillen vragen inderdaad om verduidelijking, maar het ontpillen, stoppen of verminderen van medicatie moet wel altijd in overleg gebeuren tussen patiënt en voorschrijver. Ik neem aan dat de indiener dat ook zo ziet. Ligt het vraagstuk over bekostigingsmogelijkheden dan ook niet eigenlijk bij de zorgverzekeraar? Graag een reactie daarop.

Zoals in de nota staat, is "numbers to harm versus numbers to treat" een goed uitgangspunt voor medicinale zorg. Er zijn genoeg voorbeelden waarbij te lang medicatie voorgeschreven wordt, terwijl de patiëntvoorkeur of medische noodzaak mogelijk geen grond meer geeft voor het gebruik van die medicatie. Een lichtend voorbeeld hiervan zijn wat mij betreft de statines. Op welke wijze wordt daar binnen de huisartsen- en apothekerszorg aandacht aan gegeven? En welke consequenties kan dit hebben voor het betaalbaar

houden van de apothekerszorg, dus de diensten die zij leveren naast het alleen verstrekken van medicatie? Want zij geven ook voorlichting, doen screening en hebben collegiaal overleg. Dat zal dan toch ook betaald moeten worden.

In reactie op punt 2 vragen wij zowel de indiener als de minister of hier niet al genoeg onderzoek naar is gedaan. We weten immers al dat de prijsstelling in Nederland, zo ongeveer het gemiddelde, toch echt het laagste is in Europa. Eerder is gesproken over aanpassen van het preferentiebeleid naar twee of drie preferente middelen daar waar de meeste tekorten dreigen. Dat zou er immers toe kunnen leiden dat voor specifieke middelen de voorraad groter is en patiënten niet aangesproken hoeven te worden, als hun verzekeraar hun voorraad niet kan uitgeven, en hun eigen risico kwijt zijn. Is de indiener het daarmee nog steeds oneens? De indiener heeft destijds namelijk de motie hierover niet gesteund. Hoe ziet de minister dit?

Voorzitter. Tot slot op dit punt. Zorgverzekeraars geven aan dat het delen van aanstaande tekorten in de keten cruciaal is. Zo kunnen zij bijsturen. Is de minister het daarmee eens? Is de minister er ook mee bekend dat die inzichten helderder moeten worden?

De **voorzitter**:

Ik ga u even onderbreken, want u heeft een vraag van mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Meneer Claassen verwijst naar de prijzen van de geneesmiddelen in Nederland. Daar is het in debatten al vaker over gegaan en daarom vond ik de brief van de minister zo interessant. Want los van het feit dat de minister aangeeft dat het heel ingewikkeld is om dit zomaar tot één conclusie terug te brengen, en het dus sowieso interessant is om te kijken hoe de minister ermee aan de slag is gegaan, zegt de minister volgens mij ook dat de medicijnen waar we het over hebben en waarvan er tekorten zijn, niet per se de goedkoopste middelen zijn. Dus mijn eerste vraag aan de heer Claassen is hoe hij die brief dan gelezen heeft. Mijn tweede vraag is: als het probleem toch is zoals de heer Claassen schetst, wat is dan zijn voorstel om die laagste prijs te verhogen?

De heer **Claassen** (PVV):

Hoe ik de brief gelezen heb, was volgens mij de eerste vraag. Ik heb die gelezen als een brief waar handvatten in staan waar de minister mee aan de slag zou kunnen als het gaat om het geneesmiddelentekort bij generieke geneesmiddelen. Maar het valt mij ook wel op dat het nog niet duidelijk wordt hoe dat dan precies zou moeten gebeuren op wat ons betreft de korte

termijn. We hebben daar in het verleden voorstellen voor gedaan, namelijk dat als voorraad het probleem is, het een oplossing zou kunnen zijn om te kiezen voor meer preferente middelen. Ik hoor in de praktijk -- ik probeerde dat net kort te benoemen -- dat de prijsafspraken die de ene verzekeraar heeft gemaakt, bijvoorbeeld over antibiotica of salbutamol, anders kunnen zijn dan de afspraken die de andere zorgverzekeraar heeft gemaakt. Dat kan betekenen dat op een gegeven moment het voorraadjie van verzekeraar A op is, en ik dus niet aan mijn product kan komen. Maar dan moet de apotheker het van een ander voorraadjie pakken, van een andere verzekeraar, die er andere prijsafspraken over heeft gemaakt. U kijkt heel bedenkelijk, voorzitter, maar dit is toch echt waar. Het gaat dan wel van het eigen risico af of het wordt gewoon niet uitgeleverd. Daarom dus het voorstel om die ene preferente leverancier los te laten en te gaan naar meerdere preferente leveranciers, zodat die apotheker niet telkens uit een ander laatje moet pakken of het middel niet kan geven.

De voorzitter:

Ik heb als voorzitter een totaal neutrale blik. Er is nog een vervolgvraag van mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Meneer Claassen zegt dat het erom gaat dat in Nederland de prijzen te laag zijn. Vervolgens blijkt uit onderzoek dat dat niet zo is en nu heeft hij eigenlijk een ander voorstel, namelijk over het preferentiebeleid. Ik ben dus enigszins verward, maar goed, laat dat maar eventjes. Overigens zag ik in een brief van Zorgverzekeraars Nederland dat de zorgverzekeraars aan de slag gaan met het preferentiebeleid. Dan is mijn vraag aan de heer Claassen of hij die brief heeft gelezen en wat hij daarvan vindt.

De heer Claassen (PVV):

Ja, die brief heb ik gelezen. Ik kom daar dadelijk nog op. Overigens heb ik niet gezegd dat ik vind dat de prijs per definitie te laag is. Ik heb alleen gezegd dat het in Nederland het wel heel vaak de laagste prijs is ten opzichte van andere Europese landen. Dat is net iets anders.

De voorzitter:

Geen vraag meer, dus u vervolgt uw betoog.

De heer **Claassen** (PVV):

Punt 3 gaat over het magistraal bereiden. Wij zijn het eens met dat idee. De brief van de minister maakt inzichtelijk waar de knelpunten liggen, maar geeft ook aan welke beleidsregels gewijzigd moeten worden. Ik vraag aan de minister op welke termijn zij denkt die te kunnen wijzigen en in te kunnen voeren. Wat heeft de minister nodig van de Kamer om dat te bereiken?

Punt 4 gaat over dure geneesmiddelen en de uitgifteklausuur. Hoe logisch dit voorstel misschien ook klinkt, hier zetten wij toch wel enkele vraagtekens bij. In het voorstel staat het woord "eisen", maar wij stellen voor om dat te vervangen door "aandringen". Het opleggen van verplichtingen kan namelijk best lastig zijn, zeker omdat dit een mondiale markt is en Nederland een kleine speler is. Bovendien zijn de spelregels voor toelating tot de markt en uiteindelijke vergoeding niet helder. Afstemming met diverse actoren over het te volgen proces is vaak ver te zoeken. Is de initiatiefnemer het met de PVV-fractie eens dat transparantie en samenwerking mogelijk meer effect hebben dan eisen? Laten we oplossingen voor individuele patiënten ook niet uitsluiten. Hoe ziet de indiener de mogelijkheden tot maatwerk? Dat was punt 4.

Punt 5 gaat over farmacogenetische profielen. Dat voorstel zouden wij kunnen steunen. Ook wij zien het belang van het invoeren van een zogenaamd enzymspoor bij hoogrisicogroepen, waarbij de werking van geneesmiddelen kan worden voorspeld. Ik ben benieuwd hoe de minister dit gaat oppakken.

Punt 6 is de toegankelijkheid van medicijnen die aan de sluisprocedure hebben voldaan. Daar hebben we het uitvoerig over gehad in het laatste debat over geneesmiddelen dat we in de Kamer voor het reces hadden. We hebben altijd geprobeerd om duidelijk te maken dat middelen die uit de sluis komen, niet altijd automatisch in het basispakket komen. Wij vinden dat dat wel zo zou moeten zijn, zeker gezien de vaak schrijnende impact op de mensen die deze medicijnen nodig hebben. Mijn mailbox zit regelmatig vol met verhalen die het leed van zowel de patiënt als de familie helder maken. Deze mensen vragen om een oplossing op de korte termijn en niet pas over enkele jaren.

Voor het weekend ontving de Kamer een brief van de minister met haar zienswijze op de werking van de sluis, met daarin voorstellen om deze te verbeteren en om invulling te geven aan een eerder ingediende motie van mijn hand. De gekenschetste zienswijze biedt hoop. Ik ga ervan uit dat de minister mijn hoop omzet in daadwerkelijk resultaat. We hebben heel lang met elkaar gesproken over triple-negatieve borstkanker. Daar is het gelukt, dus dan zou het ook bij de andere moeten lukken. Ik vraag de toezegging van de minister om twee keer per jaar aan de Kamer te rapporteren over de ontwikkelingen ten aanzien van de postsluisperiode en het verkorten daarvan.

Afrondend, voorzitter. Medicijnen zijn ontzettend belangrijk. Ze maken mensen beter, ze verminderen pijn en ander ongemak en ze houden mensen op de been en aan het werk. Laten we er met elkaar voor zorgen dat ze bereikbaar blijven voor degenen die deze medicijnen zo hard nodig hebben.

De voorzitter:

Ik zie geen verdere vragen van de zijde van de Kamer voor de heer Claassen. We gaan door naar de volgende spreker, mevrouw Tielen van de VVD-fractie.

Mevrouw Tielen (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Miljoenen, miljoenen Nederlanders gebruiken dagelijks medicijnen. Het zijn vaak slimme innovaties verpakt in een klein tabletje of een kleurige capsule. Het zijn middelen die mensen genezen, die hun klachten verminderen of die ervoor zorgen dat mensen niet echt ziek worden. Het is soms bijna magisch wat medicijnen voor elkaar kunnen krijgen.

Er zijn op dit moment best wat zorgen over de geneesmiddelentekorten en over dure medicijnen, bijvoorbeeld bij kanker. Als Kamercommissie hebben we eerder dit jaar een hoorzitting en een rondetafelgesprek gehouden, en uiteraard hebben we debatten met de vorige minister gevoerd. Maar ook, of misschien wel juist, initiatieven zoals deze initiatiefnota van Van den Berg en Krul dragen bij aan de kennis over de problemen en ideeën rond oplossingen voor goede en toegankelijke medicijnen. Daarom geef ik mevrouw Van den Berg een compliment via meneer Krul, die ik hierbij ook bedank. Dat geldt uiteraard ook voor meneer Heij en anderen die hebben meegedacht over de initiatiefnota die nu voorligt. Dank.

De VVD is het met de initiatiefnemer eens dat de medicijntekorten zorgelijk zijn. Het is echter ook een veelzijdig probleem dat niet een-twee-drie is opgelost. Gelukkig zijn er diverse kleine ad-hocoplossingen die patiënten en verwijzers tijdelijk een oplossing bieden, maar de kosten voor die oplossingen zijn vaak onzichtbaar. Het kost verwijzers en apothekers heel veel tijd. Ze moeten bellen, nog eens bellen, nog eens zoeken en nog eens bellen. Mijn eerste vraag aan de minister is of er inzicht is in de verborgen arbeidskosten als gevolg van de geneesmiddelentekorten. Kan zij toezeggen dat zij die eens op een rijtje zal zetten?

Dit probleem speelt ook in andere landen. Het verbaast mij dat er in de initiatiefnota niet wordt ingegaan op de internationale parallellen. Mijn eerste vraag aan de heer Krul is dan ook: op welke manier ziet hij de overeenkomsten en gezamenlijke oplossingen? En waar zit wat de heer Krul betreft de unieke Nederlandse problematiek? Is hij van mening dat de oplossingen die hij voorstelt, daarvoor afdoende zijn? Graag een toelichting. En wat is de reden dat de Europese geneesmiddelenmarkt in de nota

eigenlijk niet zo heel veel aandacht heeft gekregen? Daar ben ik benieuwd naar.

Wij van de VVD hebben eerder gevraagd om meer Europese inkoopkracht, zowel voor de dure medicijnen als voor de generieke middelen. De verschillen in ijzeren voorraden tussen bijvoorbeeld Nederland en Duitsland zouden daar best weleens een rol in kunnen spelen. In het debat over het mpox-vaccin heb ik de minister gevraagd om meer inzicht in de kennis over die voorraden van vaccins in lidstaten. Ik wil daar graag de vraag aan toevoegen of we ook op Europees niveau meer inzicht kunnen krijgen in de voorraden van generieke middelen in de lidstaten. Is de minister bereid daar overzichten van te laten maken en de Kamer te informeren over de invloed van die ijzeren voorraden op de tekorten in Europa en de tekorten in Nederland? De VVD wil dat het kabinet in Europa het initiatief neemt om samen te werken met gelijkgezinde landen. Ik denk dan aan samen onderhandelen met de fabrikant over de prijs van geneesmiddelen, zodat de onderhandelingspositie verstevigd wordt. We willen minder afhankelijk zijn van een beperkt aantal producenten. Ik kan me voorstellen dat het signaleren van seizoensziekten die invloed hebben op die voorraden ook iets is waar op Europees niveau meer kennis over verworven kan worden.

In de Kamer, in de media en ook in de initiatiefnota wordt veel gesproken over het preferentiebeleid. Eerder is, onder andere op mijn initiatief, al gesproken over geneesmiddelen voor kinderen uit het preferentiebeleid halen. Ook is een motie van de PVV en Nieuw Sociaal Contract aangenomen om een grens te stellen aan het preferentiebeleid. Hoe ziet de initiatiefnemer de bijdrage van deze moties, in het verlengde van zijn eigen voorstellen?

De **voorzitter**:

U heeft een vraag van mevrouw Hertzberger.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Ja, een vraag voor mijn collega Tielen. We zien nu in een brief van vorige week dat de zorgverzekeraars het preferentiebeleid loslaten bij een dreigend tekort. Dat doen ze al, maar ze gaan dat nu eerder doen. Hoe schat mijn collega Tielen dit op waarde? Wat gaat dit echt veranderen?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ook dit klinkt het weer ad hoc. Aan het begin zei ik dat woord al; overigens zijn het twee woorden. Ik denk dat het heel belangrijk is dat aankomende tekorten tijdig gesignaleerd worden. Volgens mij zit daar af en toe nog wel een probleem. Dat heeft vast weer te maken met allerlei boeteclausules en

weet ik wat allemaal. Maar als zorgverzekeraars dit willen, betekent dat dus wel dat het tekortmeldingssysteem ook echt beter moet werken. Daarnaast zou ik graag een wat -- hoe noem je dat? -- duurzamer, basaler beeld zien van dat preferentiebeleid. Ik denk niet dat het weg moet, want het heeft heel veel gebracht. Maar ik kan me wel wat nuances daarin voorstellen -- ik verwees al naar een paar -- dat het best beter kan. Dat is dan een mooi bruggetje naar mijn volgende zin, want ik zou wel een overzicht willen van de mogelijkheden om het preferentiebeleid aan te passen. We denken bijvoorbeeld aan kortere contracttermijnen, verplichte spreiding van tenderperiodes, zodat niet alle verzekeraars tegelijk gaan, en de eerdergenoemde meerdere preferente aanbieders. Maar het is ook niet onze verwachting dat dat alles op gaat lossen. Zorgverzekeraars publiceerden de afgelopen dagen hun actie -- mevrouw Hertzberger verwees er al naar en ik ook -- en ik ben uiteraard benieuwd naar de mening van de heer Krul over die voorstellen.

Als VVD hebben we een motie aangenomen gekregen over de nationale apothekerskast. Die gaf een nog wat breder beeld op geneesmiddelen. Daarin staat ook dat bijvoorbeeld de standaard uitgifteperiode korter moet en heruitgifte makkelijker moet, zodat verspilling kan worden tegengegaan. Er zijn heel veel patiënten die voor drie maanden voorgeschreven krijgen, terwijl ze misschien maar zes weken nodig hebben. Nou, hup, zes weken aan tabletten weg. De vorige minister was daar wat afhoudend in. Ik ben benieuwd hoe de initiatiefnemer kijkt naar die aanvullingen op zijn ideeën en of hij ook bereid is om die richting te steunen. Aan de minister heb ik de vraag hoe het staat met de uitvoering van de motie over de nationale apothekerskast. Is de minister bereid om, anders dan haar voorganger -- ik vroeg het al -- die standaard uitgifteperiode aan te passen of in ieder geval te herijken? En wat is de stand van zaken met betrekking tot de heruitgiftemogelijkheden? We horen vaak dat het niet kan als je kijkt naar de Europese regelgeving. Deze minister wil samen met het kabinet meer uitgaan van wat wél kan. Dus mijn vraag aan haar is: hoe is het wél mogelijk te maken dat medicijnen voor heruitgifte in aanmerking kunnen komen? Graag een toezegging.

De initiatiefnota is een verzameling van ideeën voor oplossingen en ik denk dat het een goede basis is, maar dat die nog aangevuld kan worden. Vandaar mijn aanvullende vragen. In de magistrale bereidingen -- volgens het rijtje, waar meneer Claassen al naar verwees, is dat voorstel 3 -- zien we wel mogelijkheden. Dat betekent dus dat apothekers zelf meer pillen draaien en dat meer en vaker kunnen doen. De brief van de minister nuanceert die oplossingsrichting. Hoe kijkt meneer Krul naar die brief? En kan de minister nog eens kijken hoe het wel kan?

Met betrekking tot het farmacogenetisch profiel zijn we geïnteresseerd in de wetenschappelijke inzichten die er nu liggen, want die zijn voor ons wel belangrijk om zo'n beweging te kunnen steunen of niet. Daarin lijkt het kabinet ook wat afhoudend. Ook daar graag een reactie op.

Voorzitter. Het onderwerp geneesmiddelen nodigt uit tot nog veel meer beschouwingen. Ik denk dat ik in theorie nog heel veel tijd heb, maar ik heb me toch beperkt. Ik kan het echter niet laten om Hippocrates te citeren aan het einde van deze bijdrage. Ik denk dat Hippocrates geen Engels sprak, maar ik spreek geen Grieks, dus ik doe het toch in het Engels: let food be thy medicine and medicine be thy food. Wordt vervolgd.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel voor deze mooie slotnoot. Dan gaan we door met de volgende spreker van de zijde van de Kamer. We gaan naar de NSC-fractie, mevrouw Hertzberger.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Dank u wel, voorzitter. Allereerst mijn complimenten en waardering aan de heer Krul en mevrouw Van den Berg voor de initiatiefnota Geneesmiddelen binnen bereik. Het is een heldere uiteenzetting van de oorzaken van de geneesmiddelentekorten. Voorstellen die hierin zijn opgenomen, zien wij als waardevol. Hoewel de nota inmiddels enkele jaren oud is, blijft deze helaas nog altijd pijnlijk actueel. Het probleem wordt alleen maar groter. Ondanks dat er enkele stappen zijn gezet, is er onvoldoende wezenlijke vooruitgang geboekt, waardoor medicijntekorten ons nog steeds blijven achtervolgen.

Ik noem bijvoorbeeld het tekort aan antibiotica. Collega's refereerden er al aan. Dat tekort bracht begin dit jaar al grote problemen en gaat dat nu weer doen. Nu de herfst aanbreekt, het seizoen waarin luchtweginfecties welig tieren, slaan artsen en apothekers wederom alarm. Het geneesmiddelentekort blijft helaas een prangend probleem dat de gezondheidszorg dagelijks onder druk zet. Het is echt vrij ongelooflijk dat anno 2024 het antibioticabeleid niet alleen moet worden ingericht op antibioticaresistentie, maar ook op de vraag of wij in een van de welvarendste landen ter wereld überhaupt deze stokoude medicijnen kunnen leveren. De middelen waar we het over hebben zijn 60 tot 70 jaar oud. In februari was er al een tekort, met name bij kinderen. Wat heeft de minister van deze situatie geleerd en wat is er veranderd? Er zijn weer onvoldoende maatregelen getroffen om dit probleem het hoofd te bieden. Kan de minister aangeven wat haar acties zijn?

Minister Dijkstra beloofde een grotere voorraad aan te leggen om grote problemen dit jaar te voorkomen. Maar er is nog steeds geen extra voorraad antibiotica. Minister Agema geeft aan dat er subsidie wordt aangevraagd voor het aanleggen van een grotere voorraad. Ze wijst tegelijkertijd op de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars en hun zorgplicht. Het komt

natuurlijk door de inrichting van dit geneesmiddelensysteem dat bij steeds weer andere middelen tekorten optreden. De Wereldgezondheidsorganisatie houdt een lijst bij van essentiële middelen. Zou het niet een goed idee zijn als Nederland de medicijnen op deze lijst gewoon altijd in een ijzeren voorraad houdt, zodat we de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg kunnen garanderen?

Een andere vraag gaat over de rol van de groothandels hierin. Wij lazen ook het bericht in het AD afgelopen week. Maar daarin gaan ze wel even voorbij aan het feit dat de groothandels wettelijk verplicht zijn om voldoende voorraden aan te houden. Dat staat in de Geneesmiddelenwet. Hun vergunning is daarvan afhankelijk. Kan de minister aangeven in hoeverre zij hun verantwoordelijkheid nemen? Zij vragen nu eigenlijk om geld, maar wat vergt het om hen gewoon aan hun wettelijke plicht te houden om die voorraden daadwerkelijk aan te houden?

Dan ga ik graag terug naar de initiatiefnota die vandaag voorligt. Zoals gezegd, wijst de heer Krul in zijn nota terecht op de verontrustende gevolgen van lage prijzen voor de toegang tot essentiële medicijnen. Deze lage prijzen verkleinen de prikkel voor fabrikanten om hun producten op de Nederlandse markt te houden of zelfs te blijven produceren. Als de preferente leverancier om wat voor reden dan ook niet kan leveren, dan kunnen patiënten in de problemen komen. Met de aankomende prijsverlagingen per 1 oktober dreigt de situatie verder te verslechteren. Veel generieke medicijnen, zoals ibuprofen en antibiotica, hebben al te maken met leveringsproblemen. De drastische verlaging van de maximaal toegestane prijzen kan de markt nog verder verstoren. Kan de minister toelichten hoe de balans wordt bewaakt tussen het betaalbaar houden van geneesmiddelen en het waarborgen van hun beschikbaarheid op de Nederlandse markt?

Voorzitter. Ik schets een hypothetische situatie. Op een dag -- het is misschien al laat en ik ben moe -- rijd ik achteruit die smalle parkeergarage van de Kamer uit. Ik rijd een deuk in mijn auto. Mijn auto is net nieuw en ik heb 'm met liefde allrisk laten verzekeren. Ik dien mijn schade in bij de verzekeraar, maar het lukt helaas niet om een monteur te vinden. Hoe komt dat? Dat komt doordat mijn verzekeraar niet genoeg heeft betaald voor de reparatie, of de markt niet zo heeft ingericht dat ze daadwerkelijk haar plicht kan nakomen aan de verzekerde, aan mij. Ik heb me verzekerd tegen schade. Ik betaal daar premie voor. Maar als ik daar een beroep op wil doen, is het er niet. Dat zou een schending zijn van mijn rechten als consument. En toch gebeurt dit dagdagelijks in de zorg. Patiënten krijgen nee te horen. Het is er gewoon niet. Voor de manier waarop we de markt hebben ingericht -- zorgverzekeraars spelen daar een grote rol in -- kon of wilde niemand leveren. Het zijn niet alleen de apothekers en de artsen die nee verkopen. Het zijn ook de zorgverzekeraars die nee verkopen aan hun verzekerden. Dat is eigenlijk niet acceptabel. Er zijn allerlei complicerende factoren, want wij reguleren die markt natuurlijk hard. Die is niet volledig geprivatiseerd. Wij stellen bijvoorbeeld allerlei regels aan de maximale prijs.

Maar we vinden de actie van de zorgverzekeraars op dit probleem toch wat magertjes. Een rapport van KPMG suggereert dat zij veel meer kunnen doen. De grote vier verzekeraars verdelen 92% van de inkoop. Als zij allen hetzelfde middel als preferent aanwijzen, zoals het geval is bij 37 middelen, is er voor andere leveranciers nog maar 8% van de markt over. Er zijn experimenten geweest. Dat staat ook in dat KPMG-rapport. "37 middelen" klinkt als weinig, maar er zijn 3,2 miljoen Nederlanders die deze middelen gebruiken. Er zijn experimenten geweest waarbij Menzis bijvoorbeeld opzettelijk een ander middel als preferent heeft aangewezen dan de drie collega's. Dat experiment is geen panacee, maar lijkt wel enig resultaat te hebben. Toch wordt dit experiment niet voortgezet. Waarom niet? Is variatie in de preferente middelen geen optie om de Nederlandse markt interessanter te maken? Hoe denkt de initiatiefnemer daarover? En hoe denkt de minister hierover?

Dan de zorgplicht. Geneesmiddelen vallen ...

De **voorzitter**:

Voordat u verdergaat naar het volgende onderwerp: mevrouw Tielen heeft een vraag voor u.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik wilde inderdaad even een vraag stellen. Ik denk dat mevrouw Hertzberger een interessante vraag heeft gesteld over het preferentiebeleid. Ik had daar ook nog twee vragen over en ik wil dus even toetsen wat mevrouw Hertzberger daarvan vindt. Aan de ene kant betreft dat inderdaad kortere periodes: niet een contract voor twee jaar, maar bijvoorbeeld voor een paar maanden of zo. In Denemarken hanteert men steeds twee weken, maar dat lijkt mij weer een beetje overdreven. Dat is het ene. Het andere is een verplichte spreiding, zodat andere aanbieders op de markt ook andere verzekeraars kunnen bedienen.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Op de vraag over de kortere periodes ga ik wel meteen even zeggen dat ik geen expert ben op het gebied van de werking van de geneesmiddelenmarkt. Die markt is een zeer complex geheel en er zijn een heleboel factoren die deze beïnvloeden. Ik juich het initiatief toe. Ik denk dat alle ideeën hier welkom zijn. Ik weet niet precies of dat het panacee gaat zijn, maar mogelijk heeft het effect. Ik ben er inderdaad een voorstander van om alles te proberen wat kansrijk is. Hetzelfde geldt voor de verplichte spreiding en het experiment dat Menzis heeft uitgevoerd, dat al werd genoemd. Ik moet wel eerlijk zeggen dat onze vraag vooral is waar nou de verantwoordelijkheden

liggen. Wie kun je verantwoordelijk houden? En wat is de rol van de groothandels? Hebben die echt subsidie nodig om aan hun wettelijke plichten te voldoen, of kunnen wij gewoon van hen vragen hun voorraden op peil te houden? Ja, als de nood echt aan de man is, dan gaat het helaas niet. Maar waarom is daar dan extra geld voor nodig? Hetzelfde geldt voor de zorgverzekeraars. Maar de verplichte spreiding is inderdaad mogelijk een goed idee.

Ik kom nog heel even terug op de zorgverzekeraars. Het is de normaalste zaak van de wereld dat niet aan de zorgplicht wordt voldaan. Daar zijn we gewoon aan gewend geraakt. Op eerdere vragen van mijn collega Jansen antwoordde de minister dat dit bij de NZa ligt en dat die het gesprek aangaat met de verzekeraars. Hierover willen wij graag op korte termijn geïnformeerd worden. Verder ontvangen wij graag voor het einde van het jaar een brief van de minister, waarin wordt ingegaan op de acties die de zorgverzekeraars gaan ondernemen, en dan misschien niet alleen wat betreft hetgeen zij nu hebben voorgesteld, maar ook om invulling te geven aan hun zorgplicht, waarin wordt ingegaan op hetgeen de NZa gaat doen als men op zo'n grote schaal verzaakt jegens de verzekerden hun plicht te doen en waarin wordt ingegaan op de rol van de groothandels en de verantwoordelijkheid die zij dragen.

Dan wend ik mij nu weer tot de initiatiefnemer. Zoals wij zeiden, zijn wij enthousiast over de nota, het vele onderzoek dat daaraan vooraf is gegaan en het amendement inzake het Belgische model. Wij zijn heel enthousiast over het feit dat de minister wat dat betreft stappen neemt, maar wij hebben wel dezelfde vraag als collega Van Dijk: moet dat nou nog zo lang duren? Mijn vraag aan de initiatiefnemer is of op het vlak van bekostiging en juridische bescherming niet nog meer mogelijk is voor de eigen bereiding door apotheken. In het boek Meester van de medicijnen van Karel Berkhout komt naar voren dat Paul Lebbink van de Transvaal Apotheek steeds weer met de farmaceuten een strijd moet voeren om medicijnen te kunnen namaken, bijvoorbeeld Orkambi. Dit medicijn tegen taaislijmziekte werd vanwege de torenhoge kosten niet opgenomen in het basispakket. De Transvaal Apotheek kon dit maken voor één vijfde van de prijs van de producent. Hij onderstreepte vooral dat dit kon, dat dit rechtvaardig was en dat dit gerechtvaardigd werd door het feit dat de producent die prijs niet kon verantwoorden door inzicht te geven in de ontwikkelkosten of productiekosten. Ja, het was namaak. Dat was het volledig, maar de producent had het daar zelf naar gemaakt. Want een innovatie is geen innovatie als die niet toegankelijk is voor patiënten door de exorbitante prijzen die daarvoor worden gevraagd. Dat eigen bereiding een wapen kan zijn tegen absurde prijsverhogingen door farmaceuten, bleek ook bij het middel CDCA, dat 300 keer in prijs werd verhoogd door een farmaceut die het registreerde. Amsterdam UMC kon het voor een fractie van het bedrag gaan bereiden. Het betreffende bedrijf heeft gelukkig inmiddels een hoge boete gekregen voor dit puur op winst gerichte wangedrag over de rug van

kwetsbare patiënten met een zeldzame dodelijke ziekte. Daarom mijn vraag aan de initiatiefnemer: wat kunnen wij nog meer doen om de eigen bereiding door apotheken te ondersteunen? Op welke wijze kunnen wij hen beter positioneren, niet alleen in de strijd tegen de tekorten, maar ook om patiënten te beschermen tegen de obscene prijsstelling van sommige farmaceuten?

Dan heb ik ...

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, heeft u daar nog een vraag over van de heer Claassen.

De heer Claassen (PVV):

Het gaat over de eigen bereiding. De voorbeelden die mevrouw Hertzberger geeft, gaan over specifieke medicijnen, maar volgens mij gaat de initiatiefnota veel meer over de eigen bereiding van generieke medicijnen. Dan is mijn vraag: wanneer zou er aanleiding zijn om over te gaan op eigen bereiding, denkt mevrouw Hertzberger?

Mevrouw Hertzberger (NSC):

Volgens mij zijn er nog zo'n 200 zelf bereidende apotheken over in Nederland. Die kunnen gewoon drankjes, pillen, cassettes voor infusen maken en ook allerlei vormen van generieke medicijnen. Het doorleveren daarvan vinden wij een uitstekend voorstel. We hopen dat de minister daar stappen in zet. Wanneer er tekorten zijn ... Dat zie je bijvoorbeeld veel in het kinderformularium: de pil is er wel, maar het drankje niet. Een baby kan toch echt nog niet kauwen, dus die heeft een vloeistof nodig. Daar hebben de apothekers echt een cruciale rol. Wij vinden dat zij een belangrijke positie moeten innemen, juist bij die tekorten. Het gaat niet in bulk en dat kunnen ze waarschijnlijk ook niet lang doen, en er zitten ook beperkingen aan, maar in de zelfvoorzienendheid en in het robuust zijn van het systeem om de schrijnende kantjes eraf te halen ... Ik ken zelf het voorbeeld van een kind dat niet ontslagen kon worden van de intensive care vanwege een hartritmestoornis. Bij de apotheek was het drankje van de bètablokker, ook weer een 60 jaar oud middel, op. Dan word je gered door die zelf bereidende apotheek, omdat die het drankje, met ook nog een lekker frambozensmaakje, wel kan maken voor de baby.

De voorzitter:

Een vervolgvraag.

De heer **Claassen** (PVV):

"Lekker" is natuurlijk subjectief, want ook de frambozensmaakjes die je bij medicijnen krijgt, hebben verre van de smaak van frambozen. Ja, ook wij zijn in principe voorstander van het verstevigen van de eigen bereiding, maar het dilemma is dat als er geen grondstoffen zijn, ook de zelf bereidende apotheek niks kan bereiden. Dan moet er dus een relatie zijn: zijn er tekorten om middelen tot medicijn te kunnen maken of niet? Volgens mij gaat het dan vaak om nog maar een klein gebied waarbinnen apothekers zelf zouden kunnen bereiden. Hoe ziet mevrouw Hertzberger dat?

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Zoals het voorbeeld van de Transvaal Apotheek ook laat zien, gaat het niet alleen maar over het bereiden en het formuleren van de grondstoffen. Sommige apotheken zijn ook echt in staat om met grondstoffen de middelen zelf te maken. Bijvoorbeeld Orkambi en CDCA laten zien dat je eigenlijk flexibeler wordt in het type grondstoffen dat je kunt gebruiken voor medicijnproductie als je die zelf bereidende apotheken daartoe meer ruimte geeft. We zien toch wel echt een kans om die breder in te zetten. Nee, ook dat is geen panacee en ook dat zal niet de bulk van de geneesmiddelentekorten oplossen, maar wel de flexibiliteit in de formulering, dus vloeistoffen, cassettes, injecties en dat soort dingen, en ook de kans om daadwerkelijk de moleculen zelf te maken vanuit alternatieve grondstoffen. Dat laten die voorbeelden van de Transvaal Apotheek ook wel zien.

De **voorzitter**:

U vervolgt uw betoog. U heeft nog vijf minuten over, dus u kunt nog even doorpraten.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Dan heb ik een punt waar wij net iets minder enthousiast over zijn, of in ieder geval twijfels over hebben. Dat is het voorstel rondom de farmacogenetica. Ik begrijp het idee heel goed. Wanneer het genetisch profiel ervoor zorgt dat je metabolisme door medicatie anders werkt, dan kan dat gevolgen hebben voor de zogeheten farmacokinetiek en -dynamiek, oftewel hoelang zo'n middel werkt, de dosering, de werkzaamheid of eventuele bijwerkingen. Het genetisch paspoort kan daar uitkomst bieden, een vorm van personalisering, geen one-size-fits-all, maar personalized medicine, zoals het hip klinkt. Het is beter mikken en makkelijker iemand instellen met de juiste middelen in de

juiste dosering. Toch is het de vraag of personalized medicine ook de belofte van kostenbesparing gaat inlossen.

Als je het heel gericht doet voor een aandoening die je begrijpt en waarvan je de bijdrage van de genen en van de stofwisseling voor het middel begrijpt, heeft het misschien zin, maar ook dan hoeft je niet een hele screening te doen. Je kunt ook uit de voeten met een ELISA op het enzym of het eiwit, of met een PCR voor het gen. Het sequencen van het hele genoom is heel snel heel goedkoop geworden, maar we zien hier wederom de panacee van de big data approach. Ook al is het hele genoom sequencen echt niet heel veel duurder, het geeft wel veel meer informatie. Toch is meer data niet altijd goed. Een studie uit 2022 van de Erasmus Universiteit laat zien dat verschillende gepersonaliseerde behandelingen vaak netto nul of slechts een negatief kostenvoordeel hebben.

Daarbij komt dat genetica niet de enige factor is die de werkzaamheid en veiligheid van geneesmiddelen beïnvloedt. Ook het microbiom, zoals de bacteriën in de mond, darmen, huid en vagina, doet mee. We zien een aantal voorbeelden hiervan. Ik geef alvast een waarschuwing: ik ga het hebben over poep en over vagina's, over vaginale bacteriën. Een bekend voorbeeld is de afbraak van hiv-profylaxe tenofovir, oftewel prep, door vaginale bacteriën, zoals gardnerella. Je kunt je voorstellen dat we over twee jaar het voorstel krijgen om niet alleen de genetica in kaart te brengen, maar ook de microbiota, en dan niet alleen van de darm et cetera, et cetera. In het jaar daarna volgt de epigenetica.

Ik zou hier heel voorzichtig mee zijn, vooral omdat het voorbeeld van tenofovir, prep, eigenlijk pas aan het licht kwam toen prep niet bij homoseksuele westerse mannen, maar in Afrika bij heteroseksuele vrouwen met een vaginale bereiding werd toegediend. Afrikaanse vrouwen dragen die bacterie nu eenmaal veel vaker bij zich en die breekt dat molecuul af. Het geeft die vrouwen dus juist veel minder bescherming tegen een hiv-besmetting dan in westerse cohorten werd gezien. Dat laat direct een schrijnend probleem zien met personalized medicine: het heeft een representatieprobleem. We zien in studies dat de uitkomsten in Maleisische cohorten heel anders zijn dan in Afrikaanse cohorten, bij de Qatari of in Colombia. Die verschillen zijn mogelijk belangrijker dan de individuele verschillen. We moeten er heel erg voor oppassen dat dit soort gepersonaliseerde oplossingen de zorg voor etnische minderheden slechter gaan maken, omdat we daar te weinig inzicht in hebben. Wij zijn heel benieuwd hoe de initiatiefnemer hiernaar kijkt, met een beetje realiteitszin. Want wat zijn nou echt de verwachtingen van personalisatie in de geneeskunde, gezien de resultaten van dit soort innovaties uit het verleden? En wat is het risico dat dit de zorg veel duurder gaat maken? Hoe pakt dit bovendien uit bij etnische minderheden en hoe garanderen we dat de genetische varianten die er bij hen toe doen, ook worden opgepikt?

Ik kijk heel even naar de voorzitter. Hoeveel tijd heb ik nog over? Twee minuten?

Ik wil nog een laatste punt maken. Ik heb natuurlijk een heel boekwerk hierover geschreven. Ik wil het toch nog even hebben over kinderen. Zij zijn vaak het kind van de rekening. Het kinderformularium zit boordevol met dit soort generieke middelen. Het zijn de groepen in de samenleving waarvoor de farmaceutische industrie zelden oog heeft. Wat we aan kinderen voorschrijven, zijn heel vaak offlabel voorgeschreven middelen. Voor farmaceuten is het zelden interessant om een middel te registreren en de benodigde studies uit te voeren voor kinderen, ook al gebruiken minderjarigen die producten heel veel. We behandelen hen nog steeds als minivolwassenen en dat moet echt beter, want veiligheid is niet altijd een-op-een te vertalen naar lichaamsgewicht. Kinderen hebben in sommige gevallen echt een andere stofwisseling en een andere fysiologie.

Hetzelfde geldt voor andere groepen die ondergewaardeerd zijn, zoals zwangeren en vrouwen die borstvoeding geven. Ook zij gebruiken vaak medicijnen die niet voor hen geregistreerd zijn en die niet voor hen getest zijn. Hoe kunnen we daar verandering in brengen? Hoe kunnen we zorgen dat onze meest kwetsbare burgers, wier zorg wij het allerbelangrijkste vinden in dit land, niet meer zo slecht af zijn in dit systeem? Minister, op welke wijze kunnen we de farmaceuten bewegen om hun verantwoordelijkheid daarin te nemen? Ze moeten niet alleen maximale winst behalen, maar hun medicijnen ook voor jonge mensen registreren. Wat is daarvoor nodig?

Ik ben er doorheen. Ik had ook nog wat punten over het offlabel voorschrijven en het herontdekken van generieke middelen, maar dat is misschien voor een volgende keer.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dat is wellicht voor een tweede termijn. We gaan ongetwijfeld nog vaker over dit onderwerp spreken, dus dan kunnen een paar van die opmerkingen daar vast nog landen. Als er geen verdere vragen zijn, wil ik mevrouw Van Dijk vragen om het voorzitterschap even over te nemen, zodat ik mijn beknopte bijdrage kan leveren namens de GroenLinks-PvdA-fractie.

Voorzitter: Inge van Dijk

De voorzitter:

Ik geef het woord aan de heer Bushoff voor zijn eerste termijn.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Het werd al gezegd: medicijnen zijn voor heel veel mensen baanbrekende en soms zelfs levensreddende middelen geweest. Het is dan ook heel mooi dat we in de afgelopen decennia zo veel stappen hebben gezet op het gebied van de geneeskunde dat we mensen nu soms met een simpel pilletje kunnen genezen van iets wat vroeger dodelijk was.

Tegelijkertijd zien we ook dat het in de afgelopen periode opeens niet meer vanzelfsprekend is dat die pilletjes voorhanden zijn. Ik heb eerder genoemd dat ik een tijdje terug een huisarts sprak die in de tropen had gewerkt. Hij zei: wat ik nu tegenkom aan tekorten aan medicijnen ken ik alleen uit mijn tijd in de tropen. Soms bel ik de apotheek en dan zeggen ze: "we hebben hiervan echt nog maar één beschikbaar" of "we hebben hier niks meer van beschikbaar". Dat zijn hele schrijnende verhalen. Die geven aan hoe nijpend het tekort is en hoe groot de noodzaak is om dat tekort aan geneesmiddelen te lijf te gaan.

In dat licht: heel veel dank voor de nota die nu voorligt. Dank aan mevrouw Van den Berg, die hiervoor het initiatief heeft genomen, en dank aan de heer Krul en de heer Heij, die dit hebben overgenomen en die hieraan hebben bijgedragen.

Ik denk dat de nota op één punt nog geen antwoord geeft. Dat is een heel belangrijk punt. Laat ik daar gelijk mee beginnen. Dat gaat er natuurlijk over dat de problemen met de productie van geneesmiddelen in meer Europese landen tot een tekort leiden en dat de oplossing er misschien met name in ligt dat geneesmiddelentekort in Europa aan te vliegen. Ik denk namelijk dat het ontzettend belangrijk is dat we de komende periode minder afhankelijk worden van landen buiten Europa, dat we meer productie en inkoop Europees gaan organiseren. Ik zou graag zien dat we daar als Nederland een voortrekkersrol in nemen. Dat kan dus ook betekenen dat je soms iets van productie en ontwikkeling in Nederland in eigen hand houdt.

Voorzitter. De nota gaat over heel veel andere dingen. Daar wil ik nog op ingaan. Ik wil beginnen bij het ontpillen. Ik denk dat het ontpillen, het eerste voorstel in de nota, een belangrijk voorstel is. Je wil natuurlijk dat patiënten niet onnodig medicijnen gebruiken. Vanuit het belang van de patiënt is het wenselijk, maar ook voor ons als collectief kan het zinvol zijn om niet onnodig medicijnen te blijven gebruiken. De minister schrijft dat zij voor het einde van het jaar met een update komt over de gesprekken die hierover lopen. Ik ben benieuwd of zij al een beetje een doorkijkje kan geven naar de ambitie die zij op dit punt zelf heeft. Zouden er bijvoorbeeld andere prikkels georganiseerd kunnen worden om dat ontpillen te stimuleren? Wat wil de minister hiermee? Kan zij alvast een doorkijkje geven naar haar ambitie op dit punt?

Voorzitter. Dan een tweede punt. Het werd anders genoemd in de nota, maar het raakt er wel aan: het preferentiebeleid, een veelgehoord onderwerp. Ik denk dat het preferentiebeleid ons heel veel heeft gebracht in Nederland. Ik denk ook dat het belangrijk is dat we nu niet rigoureus zeggen dat we het hele preferentiebeleid overboord gaan zetten. Ik denk wel dat het toe is aan modernisering. Ik denk ook dat het goed is dat er vanuit het veld al voorstellen zijn gedaan om het preferentiebeleid te moderniseren, bijvoorbeeld om bij het uitschrijven van tenders een kortere termijn te geven. Ik denk dat dat een goed idee is. Ik ben benieuwd of het helpt. Er is namelijk al mee begonnen. Kan de minister al iets zeggen over of dit er daadwerkelijk aan bijdraagt dat meer producenten zich inschrijven voor het leveren van medicijnen op de Nederlandse markt?

Hoe staat het bijvoorbeeld ook met het stellen van voorwaarden aan voorraden van preferente geneesmiddelen? Dat vraag ik met name in het licht van de winter, die er weer aan komt, en omdat je nu al ziet dat er weer een tekort aan bijvoorbeeld antibiotica voor kinderen schijnt aan te komen, terwijl eerder door de vorige minister werd gezegd dat dat nooit meer kan voorkomen. Ik ben dus benieuwd hoe de minister daarop reflecteert.

Voorzitter. Ik ben ook benieuwd of de minister het met mij eens is dat het goed is dat het preferentiebeleid in stand blijft, maar dat het in de kern op een aantal punten aangepast kan worden.

Voorzitter. Ik zou het aanliggende punt van het boetebeleid willen aanraken; dat raakt het preferentiebeleid niet helemaal, maar wel enigszins. Dat punt stond namelijk ook in de nota. Dat boetebeleid zou ervoor kunnen zorgen, zo schreef de nota, dat partijen misschien niet geneigd zijn om te produceren op de Nederlandse markt of om zich op de Nederlandse markt te begeven. Het boetebeleid zou namelijk misschien niet meer proportioneel zijn. De minister heeft dit onderzocht en heeft gezegd: we zien dat er nu juist heel veel meldingen worden gedaan van een dreigend tekort, zo veel meldingen dat we misschien door de bomen het bos niet meer zien; misschien is dat boetebeleid dus inderdaad op punten iets doorgeslagen. Dat beleid is aangepast. Ik ben benieuwd of we daardoor ook een aanpassing zien in het aantal meldingen dat binnenkomt over die dreigende tekorten, en of we nu al zien of het zelffilterend vermogen bij de industrie, dat volgens mij de bedoeling was van de minister, daadwerkelijk optreedt. Nou weet ik dat deze aanpassingen pas driekwart jaar van toepassing zijn, maar ik benieuwd of er al iets over te zeggen valt of de aanpassingen het beoogde effect hebben.

Voorzitter. Dan een derde punt. Dat gaat over het magistraal bereiden van geneesmiddelen. Op zich denk ik dat het superbelangrijk is dat dat kan. Ik denk dat het ook heel goed is dat de nota allerlei voorzetten doet om dit te verbeteren en om deze mogelijkheden te verruimen. Het valt mij wel op dat de minister vooral vanuit een Europees juridisch framework heel erg aangeeft wat níét mogelijk is, terwijl ik denk dat het zinvol is om te kijken naar wat wél kan. Ik ben benieuwd hoe de heer Krul daarop reflecteert, omdat de reactie

van de minister vooral lijkt te zijn dat heel veel dingen juridisch gezien in Europa niet kunnen. Maar zouden we niet meer moeten kijken naar wat wel kan? Ik ben benieuwd hoe de heer Krul daarnaar kijkt. Ik ben ook benieuwd wat de minister daar zelf van vindt, en of ze niet iets meer ambitie op dat punt kan tonen.

Voorzitter. Dan nog een vierde punt. Dat gaat over de sluis. Ik ben heel benieuwd hoe de minister tegenover de sluisprocedure staat. Kan ze daar eens iets over vertellen? Ik denk dat de sluis ons heel veel oplevert als het gaat om het betaalbaar maken van dure geneesmiddelen. Maar we zien natuurlijk ook af en toe dat er problemen optreden en middelen misschien wat later beschikbaar komen door een sluisprocedure. Ik denk dat dat een noodzakelijk kwaad is. Ik ben benieuwd hoe de minister hiertegen aankijkt. In dit licht zou ik ook graag van de minister willen weten of zij nog steeds op de lijn van haar voorganger zit. Die is namelijk bij dure geneesmiddelen het beleid aanpassen zodat dure geneesmiddelen in de praktijk getest worden op hun effectiviteit en toepasbaarheid. Daar schort het vaak nog aan als ze eenmaal door die sluisprocedure zijn gekomen en op de markt zijn gekomen. Ik denk dat het heel noodzakelijk is voor zowel de betaalbaarheid als de toepasbaarheid van medicijnen dat ook als ze al op de markt zijn, alsnog onderzocht wordt of een andere toepassingsmogelijkheid of dosering wenselijk is.

Voor ik verderga: ik zie een vraag van mevrouw Tielen.

De **voorzitter**:

U heeft inderdaad een vraag van mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik zeg het niet vaak, maar meneer Bushoff en ik zijn het heel erg met elkaar eens, denk ik. Ik heb het zelf niet genoemd, maar is het voorstel van de heer Bushoff nou een soort post marketing surveillance? Zo heet het officieel, geloof ik. Is dat zijn voorstel? En is hij dan ook bereid om te vragen om een meting van een gestandaardiseerde kwaliteit van leven, of onderzoek daarnaar? Uiteindelijk is het namelijk fijn als een tumor klein blijft, maar het is vooral fijn als je leven ook gewoon heel plezierig blijft.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Daar ben ik het mee eens. Ik moest even goed luisteren naar wat mevrouw Tielen zei, maar daar ben ik het mee eens. We zien en horen terug van artsen dat soms medicijnen op de markt komen die weliswaar voor een bepaald cohort, waar onderzoek naar is geweest, effectief blijken te zijn. Maar in de

praktijk blijken ze minder effectief te zijn. Dan zijn de nadelige gevolgen voor de patiënt, omdat het vaak best agressieve medicijnen kunnen zijn. Zeker als het om kankermedicatie gaat, zijn die er natuurlijk wel degelijk. Maar dan is de effectiviteit soms helemaal niet zo groot als in eerste instantie werd gedacht. Ik denk dat het superbelangrijk is om precies om die reden blijvend onderzoek te doen, juist ook nadat een medicijn al op de markt is gebracht. Dan moet inderdaad ook het punt worden meegenomen wat het betekent voor de kwaliteit van leven van de patiënt. Misschien betekent dat dan uiteindelijk ook iets voor de definitieve toelating van dat medicijn op de markt of voor het niet meer toelaten van dat medicijn op de markt of voor de prijs van dat medicijn op de markt. Dat kan daar wel consequenties voor hebben. Ik denk dat het goed is dat we die weg verder gaan verkennen. Ik ben ook benieuwd hoe de minister daarnaar kijkt.

De **voorzitter**:

De heer Claassen heeft ook nog een vraag.

De heer **Claassen** (PVV):

De motie die ik een tijdje geleden heb ingediend, refereert aan het idee om over de klinische toepassing van sommige geneesmiddelen -- het geldt niet voor alle geneesmiddel in de sluis, maar voor sommige wel -- aan de voorkant helder afspraken te maken en te zorgen dat dat versneld gebeurt, en dus niet alleen in die postsluisperiode. Maar ik hoor ook het volgende, en daar ben ik een beetje door in de war. Als een geneesmiddel eenmaal is toegelaten en ook wordt toegepast door bijvoorbeeld oncologen en twee, drie jaar later blijkt dat een hogere of lagere dosering nodig is of het vaker toegediend moet worden, dan wordt het ook op die manier gecorrigeerd. Ja, dat is ook postsluis. Alles na een periode is postsluis. Maar als na definitieve toelating en vergoeding -- dat zijn twee verschillende dingen -- uit studies blijkt dat een lagere dosering nodig is, dan kan het in retrograad weer gecorrigeerd worden: is dat wat de heer Bushoff bedoelde?

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Het korte antwoord is: ja. Ik denk wel dat we naar zo'n model toe moeten. De vraag is hoe we tot het beste model komen, dat zo goed mogelijk werkt. Dit moet wel de kerngedachte daarvan zijn. Laat ik daar nog één voorbeeld bij halen om het wat tastbaarder te maken. We zien soms in de praktijk al dat door artsen onderzoek wordt gedaan naar een andere dosering van een kankermedicijn, bijvoorbeeld een lagere dosering. Uit sommige van die studies blijkt dat dat soms even effectief is. Zij ondervinden dan wel enorm veel tegenwerking vanuit de industrie. Dat vind ik zelf wel heel onwenselijk.

Mijn vraag is dan ook: hoe kunnen we er vanuit de overheid voor zorgen dat artsen die deze volgens mij heel zinvolle studies doen, daarin worden ondersteund en niet tegengewerkt worden door een farmaceutische industrie? Ik denk dat het nodig is dat we als overheid een model optuigen waarbij precies dit principe ook meer standaard wordt. In de praktijk gebeurt dat soms al bij sommige artsen. Dat is wat ik beoog.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Voorzitter. Even kijken, hoor. Tot slot nog een laatste punt. Dat gaat ook over de dure geneesmiddelen. Dat is een belangrijk onderwerp, want we hebben het natuurlijk over tekorten bij met name generieke geneesmiddelen. Daar refereert deze nota met name aan. Daar heb ik een aantal vragen over gesteld en punten over gemaakt. Maar op het punt van de dure geneesmiddelen, waar ik net ook al mee begonnen was, wil ik er nog wel één ding uit pikken. Dat is natuurlijk dat magistrale bereiding soms ook een oplossing kan zijn voor te dure geneesmiddelen. Mijn collega van NSC noemde ook al een aantal voorbeelden. Die hebben we hier vaker in de Kamer voorbij horen komen. Ook gezien de minister bij die magistrale bereiding vooral aangeeft wat niet kan, ben ik benieuwd of zij wel ziet dat er een meerwaarde zit in de magistrale bereiding van bijvoorbeeld dure geneesmiddelen. Hoe kijkt de minister daartegen aan? Want ik denk dat dat wel degelijk een oplossing zou kunnen zijn.

Tot zover, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dan geef ik het woord weer terug aan de heer Bushoff.

Voorzitter: Bushoff

De **voorzitter**:

We zijn aan het einde gekomen van de eerste termijn van de Kamer. We gaan schorsen. Ik kijk eventjes hoelang ze aan mijn rechterzijde willen schorsen. Ik denk zo'n 20 tot 30 minuten. Een halfuur hebben ze nodig. Er zijn veel vragen gesteld, dus we gaan tot 11.30 uur schorsen. Dan gaan we weer verder. Als mensen al honger hebben, kunnen ze misschien ook gelijk

lunchen. Ik kijk even naar de zijde van de Kamer. Willen we drie kwartier schorsen en er gelijk de lunchpauze bij betrekken? Dan gaan we dat doen. We maken er drie kwartier van en gaan gelijk lunchen.

De vergadering wordt van 11.00 uur tot 11.45 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Welkom terug, allemaal, bij het notaoverleg over de initiatiefnota Geneesmiddelen weer binnen bereik. Het is een nota die is ingediend door onze voormalige collega Joba van den Berg en nu wordt verdedigd door de heer Krul en zijn ondersteuning, de heer Heij. Welkom terug aan de leden van de Tweede Kamer, welkom terug aan de heer Krul en de heer Heij en aan de minister, die optreedt als adviseur van de Kamer.

Ik geef als eerste het woord aan de heer Krul. Daarna gaat de minister nog het woord voeren. Ik heb het aantal interrupties nog niet beperkt, maar we moeten dit notaoverleg wel echt om 14.00 uur beëindigen. En er moet ook nog een tweede termijn aan de zijde van de Kamer plaatsvinden. Dat in acht nemende, hoop ik dat de beantwoording op sommige punten beknopt kan zijn en dat de vragen die er eventueel zijn, kort en bondig worden gesteld.

Dan geef ik nu het woord aan de heer Krul.

De heer **Krul** (CDA):

Voorzitter, dank u wel. Een wijs iemand leerde mij ooit dat je nooit op de tenen van je voorganger moet gaan staan, maar op diens schouders. Nou zou ik het sowieso niet aanbevelen om op de tenen van mevrouw Van den Berg te gaan staan, want dat is mogelijk het laatste wat je doet.

(Hilariteit)

De heer **Krul** (CDA):

Maar het voelt wel alsof ik vandaag een beetje op haar schouders mag staan. Ik wil echt mijn grote dank uitspreken aan mevrouw Van den Berg, aan Joba, die zich in haar periode als Kamerlid onvermoeibaar heeft ingezet voor het dossier op het gebied van geneesmiddelen. Ze kan hier vandaag niet zijn, maar ze kijkt en luistert zeker mee. Ik wil niet alleen haar bedanken, maar ook Rutger Stafleu, die destijds onze beleidsmedewerker was op het gebied van VWS. Ook hij heeft ongelofelijk veel werk verzet voor deze initiatiefnota. De Kamerleden weten wel een beetje hoe dat gaat: beleidsmedewerkers

schrijven dingen op die je echt niet moet vergeten. Zo ook vandaag. Mijn beleidsmedewerker schreef op: vergeet niet Rutger en Joba te bedanken. Maar vervolgens schreef hij zijn eigen naam natuurlijk niet op. De haver moet nog een beetje verdiend worden vandaag, maar ik wil mijn ondersteuner rechts van mij, Jacco Heij, nu al heel erg bedanken voor zijn ondersteuning waardoor we een mooie tweede termijn tegemoet mogen zien. Ik kreeg van Joba ook een beetje huiswerk mee. Dit boek, Ontpillen van David van Bodegom, dat ook mooi past bij het citaat van mevrouw Tielen van Hippocrates, toont een plaatje van capsules met daarin fruit in plaats van pillen. Dat is een mooie inspiratiebron voor waar we vandaag mee aan de slag zijn gegaan.

Voorzitter. Het is belangrijk dat de aanpak van medicijntekorten vandaag weer op de agenda staat. Uit de debatten die wij de afgelopen periode hebben gevoerd, weet ik dat de Kamer eensgezind is op dit onderwerp. Een goede gezondheid is misschien wel meest kostbare bezit en de beschikbaarheid van geneesmiddelen is daar onlosmakelijk mee verbonden.

Mevrouw Hertzberger zei dat kinderen vaak het kind van de rekening zijn. Dat is eigenlijk wel pijnlijk en treffend geformuleerd. Kinderen zijn geen minivolwassenen. Ik kom er later nog op terug, maar het is een treffend voorbeeld.

Schijfjes voor de inname van amoxicilline of salbutamol voor astma zijn niet geschikt voor kinderen, maar wel voor volwassenen. Toch vinden volwassenen de pufjes vaak fijner. Er is geen tekort aan de schijfjes, maar wel aan de pufjes. Daardoor rijden ouders urenlang met hun kind op de achterbank door Nederland op zoek naar het laatste potje pillen of een pufje salbutamol of amoxicilline. Het zorgt ervoor dat apothekers ethische keuzes moeten maken die ze eigenlijk niet zouden moeten maken als ze een patiënt het laatste doosje medicijnen meegeven. Het is eigenlijk onbestaanbaar. De heer Bushoff zei dat hij weleens gehoord had dat dit soort dingen alleen in de tropen voorkwamen, maar inmiddels is het in Nederland de praktijk: het laatste doosje medicijnen meegeven. Dat is waarom we hier zitten. En dat is waarom we het doen. Voor het CDA zijn er op dit onderwerp daarom weinig taboes.

Omdat het zo'n belangrijk onderwerp is, ben ik ook blij dat we vandaag met de nieuwe minister spreken. Ik wil haar bedanken voor het vervullen van haar adviserende rol vandaag. Ik wil ook dankbaar zijn tegenover het kabinet, dat al heeft aangegeven op een paar punten aan de slag te gaan, bijvoorbeeld als het gaat om ons derde voorstel, over het aantrekkelijker maken van magistrale bereidingen. Dat er begin 2025 al een beleidsregel komt om het collegiaal doorleveren beter te verankeren, is goed nieuws. Ik ben blij dat de minister aan de slag gaat om knelpunten bij de vergoeding van apotheekbereidingen op te lossen. Ik hoop dat wij vandaag ook bij de andere voorstellen een stap verder kunnen komen.

De heer Claassen zei dat deze initiatiefnota eigenlijk een mooie wrap-up is van alles wat er op het gebied van het bestrijden van geneesmiddelentekorten gebeurt. Dat vind ik eigenlijk best mooi gezegd. Mijn voorganger heeft, inmiddels één jaar geleden, zes voorstellen gedaan. Als je nu kijkt naar die voorstellen, dan zie je dat er al heel veel gebeurt. Dat moet je eerlijkheidshalve concluderen. En dat is goed. Gelukkig maar, zou ik willen zeggen. En, nee, het gouden ei zit er niet in. Tegen de leden Tielen en Bushoff, die ook vroegen naar de Europese component, zeg ik: daar is uiteindelijk misschien wel dé oplossing te vinden, maar in deze initiatiefnota zoeken wij naar laaghangend fruit.

Voorzitter. Ik ga de beantwoording, helemaal zoals je dat hip hoort te doen, in blokjes of thema's doen. Ik heb het thema initiatiefnota, over vragen die echt raken aan de voorstellen die wij hebben gedaan. Ik heb nog heel veel overige vragen. We houden het dus wel redelijk overzichtelijk vandaag. Ik weet niet of dit de beste methode is. Ik weet dat de minister ook nog steeds een beetje zoekt naar de beste methode om te antwoorden. Als het helemaal in de soep loopt vandaag, dan is dit 'm in ieder geval niet.

Voorzitter. Ik ga gewoon de voorstellen af. Ons eerste voorstel gaat over onderzoek doen naar regionale verschillen en ontpillen. De PVV vraagt hierbij of wij het ermee eens zijn dat het altijd in overleg moet gaan tussen patiënt en voorschrijver. Ja, daar zijn wij het helemaal mee eens. Apothekers zijn er in de basis niet voor om zo veel mogelijk pillen voor te schrijven. Apothekers zijn ervoor om te zorgen dat mensen op een goede manier hun medicijnen gebruiken en hun gezondheid voorop hebben staan. Natuurlijk moet er dan altijd overleg zijn tussen in dit geval de zorgverlener en de patiënt met de zorgvraag. Dat zal in sommige gevallen helemaal niet tot ontpillen leiden. Natuurlijk ben ik het eens met de heer Claassen als hij vraagt of dat altijd in overleg moet.

De PVV heeft mij ook gevraagd of een andere bekostiging van apotheken bij de zorgverzekeraar zou moeten liggen. Dat kunt u aan mij vragen. Ik vind dat op zich een interessante gedachte. De minister kan hier echt een regiefunctie of aanjaagfunctie vervullen -- volgens mij gaat ze dat ook doen -- door bijvoorbeeld met stakeholders in gesprek te gaan en duidelijke richtlijnen met hen te kunnen afspreken. Ik vind het een zeer interessante gedachte, maar het was geen onderdeel van deze initiatiefnota.

Voorzitter. Zo snel gaan we alweer; dat was alweer het eerste voorstel.

De **voorzitter**:

Heel goed. U heeft gelijk een vraag van mevrouw Hertzberger.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Toch nog een vraagje over dat ontpillen. Vanuit het veld kreeg ik de opmerking dat dat al 30 jaar als de oplossing wordt gepresenteerd. Toch lukt het niet om daar beweging in te krijgen. Wat is nou het specifieke voorstel in deze initiatiefnota of wat zou er volgens de heer Krul moeten gebeuren om dit toch echt te bereiken?

De heer **Krul** (CDA):

Daar is weer niet maar één antwoord op. Een antwoord ligt natuurlijk in de bekostigingsmogelijkheden. Mevrouw Van Dijk gaf in haar inbreng aan dat er bijvoorbeeld een gemeente is -- in dit geval was dat Asten -- waar huisartsen en apotheken samen optrekken om tot minder medicijngebruik te komen, wat dan lukt, en dat zij vervolgens weer worden gekort. Zo zie je dat er in het systeem, met name rond de bekostiging, wat ons betreft nog onvoldoende incentive is om dat ontpillen ook daadwerkelijk aan te jagen. Het wordt in ieder geval onvoldoende beloond. Wij hebben het voorstel gedaan om in overleg met apothekers te treden voor nieuwe bekostigingsmogelijkheden of om dat in ieder geval te onderzoeken, met als doel medicatie te minderen; om stoppen met medicatie gaat het natuurlijk niet. Dat voorstel hebben wij gedaan. In die zin zit er geen voorstel in de initiatiefnota dat een nieuw bekostigingssysteem uitdenkt. Dat pretendeer ik niet, maar daar zit, denk ik, wel een deel van de oplossing.

Oké. Dan zijn we nu het tweede voorstel. We hebben het voorstel gedaan om de prijsstelling van generieke geneesmiddelen te onderzoeken. De PVV vraagt: hebben we dat niet al genoeg gedaan? Voor een deel klopt dat. Ik ben ook heel dankbaar voor het onderzoek dat de minister gedaan heeft op dit vlak. Die heeft dit weer heel goed uitgezocht. Ik citeer even uit de reactie van de minister: "Op basis van de resultaten van de analyse kan niet worden geconcludeerd dat de Nederlandse prijs van geneesmiddelen altijd druk gaf op de beschikbaarheid van geneesmiddelen waarvoor tussen 2018 en 2023 tekortenbesluiten zijn afgegeven." Met andere woorden, op basis van het onderzoek kan niet geconcludeerd worden dat het ook echt invloed had op de geneesmiddelentekorten. Tegelijkertijd stelt de minister dat het ook niet uitgesloten is dat het wél zo was. Dat is meteen het onbevredigende. Dan zou ik nu kunnen zeggen: zie je wel, dan is er meer onderzoek nodig. Tegelijkertijd is het dus op dit moment simpelweg niet mogelijk om conclusies te verbinden aan de onderzoeken naar omringende landen. Dat is onbevredigend, maar daarmee is het wel gedaan, zou ik willen zeggen. Met Duitsland konden we helemaal niet vergelijken. We zien nog steeds dat Nederland op sommige plekken een hele lage prijsstelling heeft, maar in die zin is er voldoende onderzoek gedaan. Als dat de conclusie is, is dat de conclusie.

Ik pak bij voorstel 2 ...

De **voorzitter**:

Eerst nog even een vraag van mevrouw Hertzberger.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Ja, even aanvullend. Er is natuurlijk veel meer wat de markt aantrekkelijk maakt dan de prijs. Is er volgens de heer Krul nou genoeg informatie over andere aspecten van de Nederlandse markt die het onaantrekkelijk maken om medicijnen specifiek hier op de markt te houden? Ik denk daarbij ook even aan parallellen. Voedselprijzen liggen in Nederland hoger dan in Duitsland en in Frankrijk. Daar liggen ook complexe oorzaken aan ten grondslag. Is het dus misschien interessant om te kijken hoe zo'n markt werkt ten opzichte van die van andere Europese lidstaten, om te kijken naar andere aspecten dan alleen prijs?

De heer **Krul** (CDA):

Ja, dat denk ik wel. Je zou natuurlijk ook kunnen kijken naar het preferentiebeleid dat wij hier hanteren. Daar kom ik zo nog even op terug; daar kom ik zelfs uitgebreid op terug. Dat kan invloed hebben op de vraag of een fabrikant zich wel of niet zal vestigen in een land. Zo zijn er meer oorzaken die hier invloed op kunnen hebben. Tegelijkertijd wordt gesteld dat het als je sec kijkt naar de prijsstelling van generieke geneesmiddelen -- op dat punt hebben wij gevraagd om een onderzoek -- niet mogelijk is om conclusies te trekken ten opzichte van omringende landen. Dat is onbevredigend. Ik vind het best een interessante gedachte om daar factoren aan toe te voegen. Ik ben benieuwd of er dan wel conclusies mogelijk zijn. Dat was geen onderdeel van onze vraag, maar het staat u natuurlijk vrij om die vraag eens bij de minister neer te leggen. Ik ben best benieuwd wat daar dan uit komt.

Voorzitter. Ik heb ook heel veel vragen gekregen over het preferentiebeleid an sich. Die waren vaak gekoppeld aan voorstel 2. Dat pak ik nu dus ook even mee. De PVV vraagt: moeten we het preferentiebeleid niet aanpassen naar twee of drie preferente middelen? De PVV verwijst daarmee naar de motie van Claassen, Agema en Dijk, die dat aan de Kamer vroeg. Mijn fractie heeft daar destijds niet voor gestemd, zeg ik er maar even bij. Tijdens dat debat kozen wij voor een motie van iemand anders die hier aanwezig is, de heer Bushoff. Die verzocht de regering om te bewerkstelligen dat het preferentiebeleid bij een dreigend tekort eerder dan nu wordt verruimd, opgeschort of aangepast. Ik zou daar wel wat over willen zeggen. Het niet beschikbaar zijn van geneesmiddelen is niet altijd direct een gevolg van het preferentiebeleid. Een tekort aan grondstoffen leidt tot een tekort aan geneesmiddelen, ongeacht het aantal fabrikanten en leveranciers dat actief is op nationaal of mondiaal vlak. Tegelijkertijd is het wel zo dat het

preferentiebeleid mogelijke fabrikanten op z'n zachtst gezegd niet aanmoedigt om zich nationaal te vestigen. Als je als fabrikant niet de zekerheid hebt dat je ook een afzetmarkt hebt, heb je weinig reden om je hier te vestigen. Dan zou het ook zo kunnen zijn dat enkel bij een dreigendetekortenbesluit een afzetmarkt hebben voor een fabrikant nog steeds onvoldoende is om zich hier te vestigen. Daarmee zou je ook kunnen stellen dat als er wel meerdere fabrikanten actief zijn in een land, omdat er bijvoorbeeld twee of drie preferente aanbieders zijn, je ook altijd een vorm van strategische voorraad zou hebben van een fabriek die nou eenmaal doordraait. Dat is dan de aanname. In die zin is het voorstel van de heer Claassen zeker geen taboe voor mij. Ik sluit niet uit dat we de volgende keer tot een andere afweging komen. Maar wij hebben er nu voor gekozen om te kijken naar de dreigendetekortenbesluiten. Tot zover die vraag.

De VVD heeft gevraagd hoe wij kijken naar diezelfde motie. Die vraag heb ik nu beantwoord.

Hoe kijkt de initiatiefnemer naar het voorstel om het preferentiebeleid uit te sluiten voor kinderen? Daar staan wij positief tegenover. Op dit moment is er geen uitzonderingsgrond voor kinderen. Dit gaat wel met enige haken en ogen gepaard, want ga je dan spreken van een uitzondering voor kinderen op het preferentiebeleid of een uitzondering voor de toedieningsvormen voor kinderen? Amoxicilline is eigenlijk het beste voorbeeld. Amoxicilline wordt gebruikt door volwassenen en kinderen. Tegelijkertijd is een bepaalde toedieningsvorm alleen geschikt voor kinderen en kunnen volwassenen allebei de toedieningsvormen gebruiken. Daar komt dan nog bij dat er bijvoorbeeld ook volwassenen zijn met slikproblemen, die dan wel weer de pufjesvorm nodig hebben. Het is dus best ingewikkeld. Het treffendste voorbeeld van een kind met een zorgvraag dat niet geholpen kan worden, is wel het meest schrijnend voor heel veel mensen. Wij zouden het dus heel interessant vinden om te kijken naar het van het preferentiebeleid uitsluiten van toedieningsvormen voor kinderen. Tegelijkertijd is dat iets wat echt aan de minister gevraagd moet worden. Ik ben benieuwd hoe zij daarnaar kijkt.

Voorzitter. De VVD en NSC vragen hoe wij kijken naar de maatregelen van zorgverzekeraars ten aanzien van het preferentiebeleid. Daarmee wordt gerefereerd aan het bericht van vorige week waarin zorgverzekeraars hebben aangegeven enkele acties te ondernemen met betrekking tot het preferentiebeleid. Zo pleiten zij voor een onafhankelijk meldpunt en laten zij het preferentiebeleid los bij een dreigend tekort. Dat is nu al praktijk, overigens. Dat roept meteen wel wat vragen bij ons op, want het boetebeleid zorgt er nu voor dat er een veelvoud aan meldingen is. In hoeverre is het doen van meldingen bij een dreigend tekort en het dan loslaten van het preferentiebeleid ook echt representatief? Dat is een vraag die wij daar ook bij hebben. Tevens kondigen zij aan onderzoek te gaan doen naar wat het preferentiebeleid betekent voor tekorten. Dat juichen wij toe. Ook zijn zij bereid of gaan zij onderzoeken of het meefinancieren van twee weken veiligheidsvoorraad met voorschotten een positieve impact heeft op het

beschikbaar zijn van generieke geneesmiddelen. Dat kunnen wij alleen maar toejuichen.

Ik hoor dat de vraag is of ze het gaan onderzoeken of doen. Ik laat mij graag corrigeren door de Kamer, voorzitter. Ze gaan het dóén.

De voorzitter:

Toch nog een verduidelijkende vraag daarover van mevrouw Hertzberger.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

De KNMP reageert hier ook op en vraagt: gaat nog een onafhankelijk meldpunt nou echt iets helpen? Er wordt wel erg veel onderzoek gedaan. De vraag is: moet er niet op een gegeven moment iets meer druk op de ketel? Moeten we niet tegen de zorgverzekeraars zeggen: "Heel erg leuk, dat onderzoek. Er ligt nu een KPMG-rapport van december vorig jaar. Het Guptarapport ligt er. Zullen we gewoon eens aan de slag gaan?"

De heer Krul (CDA):

Ja, en dat raakt ook aan de volgende vraag die mevrouw Hertzberger had: waar ligt nou de verantwoordelijkheid? Iedereen kan zeggen dat het een gezamenlijke verantwoordelijkheid is. Dat is het ook, maar uiteindelijk is er één partij met een zorgplicht en dat is de zorgverzekeraar. In die zin ben ik het met mevrouw Hertzberger eens als ze zegt: zij moeten voldoen aan hun zorgplicht en dat kunnen ze niet alleen maar doen door onderzoeken uit te voeren. Je kunt discussiëren over nog een onderzoek en weer een meldpunt. Het aanleggen van zo'n veiligheidsvoorraad is wel een positieve ontwikkeling, denk ik, maar we zijn het zeker eens met de fractie van NSC, die stelt dat degene met de zorgplicht uiteindelijk ook de verantwoordelijkheid moet nemen, of in ieder geval de eerste stap moet zetten. Wij zien dat wel zo in de brief die vorige week gestuurd is. Er liggen ook meerdere moties op dit vlak. Ik kijk ook even naar de heer Claassen, die hier vaak tegen geageerd heeft. De minister gaat aan de slag met die moties. Hopelijk leiden die tot positieve resultaten.

Dat brengt mij alweer tot het einde van voorstel 2, voorzitter. Dan ga ik nu over naar voorstel 3. Dat gaat over het magistraal bereiden. Daar zijn heel veel vragen over gesteld. Wij stellen voor om dat aantrekkelijker te maken.

Voorzitter. Het CDA en ook de VVD hebben gevraagd wat wij vinden van de reactie van de minister op ons voorstel om magistraal bereiden aantrekkelijker te maken. GroenLinks-PvdA en NSC vroegen naar de juridische beantwoording. Daar kom ik zo nog op terug. We zijn heel blij dat de minister heeft aangegeven het een en ander wettelijk te gaan verankeren.

Met name het collegiaal doorleveren kan echt bijdragen aan het beschikbaar zijn van geneesmiddelen. Tegelijkertijd heeft de minister ook aangegeven dat ze bereid is om dat op Europees niveau aan te jagen. Daar kom ik later nog op terug, maar dat juichen wij ook toe. Heel veel van het antwoord in deze complexe opgave ligt op Europees niveau. Die twee zaken, het verankeren van het collegiaal doorleveren en het aanjagen van Europees beleid hierop, vinden wij dus heel positief, maar we hebben ook wat vragen en we hebben ook wat suggesties, zou ik willen zeggen.

Er is een knelpuntenlijst met betrekking tot magistraal bereiden, waarin veldpartijen hebben aangegeven wat voor hen knelpunten zijn. De minister geeft aan dat ze met die knelpuntenlijst aan de slag gaat en dat ze gaat bezien welke concrete maatregelen ze aan de hand van die knelpuntenlijst kan nemen. Daar hebben wij als indieners wel wat ideeën bij, want wij zijn heel benieuwd aan welke belemmeringen dan nu specifiek gewerkt wordt. Ten eerste is een houdbaarheidsonderzoek heel interessant. Een houdbaarheidsonderzoek is tijdrovend voor een apotheker. Het zou heel goed kunnen zijn dat wanneer een risicoanalyse gedaan wordt waarbij gekeken wordt of het geneesmiddel waarbij het houdbaarheidsonderzoek nog loopt, al wel kan worden uitgeleverd, we het op die manier toch iets makkelijker kunnen maken voor apothekers die nu al magistraal bereiden. Het zou ook heel erg helpen wanneer de farmaceutische industrie bij een tekort bereid is gegevens te delen met apothekers die aan bereiding doen. Dat gebeurt op dit moment onvoldoende. Als laatste zien wij voor een van de knelpunten een mogelijke oplossing in het bouwen van productdossiers. Productdossiers van essentiële geneesmiddelen bevatten de benodigde gegevens waarmee een bereidende apotheek direct aan de slag kan gaan. Er wordt nu door heel veel verschillende partijen gewerkt aan een lijst met essentiële geneesmiddelen. Van de geneesmiddelen met de hoogste prioriteit zou dan een dossier gemaakt kunnen worden. Dat zouden we eigenlijk centraal moeten regelen, bijvoorbeeld via de NVZA. Wij zijn heel benieuwd hoe de minister aankijkt tegen deze concrete ideeën die wij hebben. Tegelijkertijd geeft zij aan dat zij aan de slag wil gaan met die lijst. Daar zijn wij heel benieuwd naar.

Een vraag die wij hebben gekregen van NSC over magistraal bereiden is wat wij nog meer kunnen doen. Op welke wijze kunnen wij eigen bereidende apothekers nog beter positioneren om daadwerkelijk de Nederlandse patiënten te beschermen tegen de obscene prijsstelling van sommige farmaceuten, dus niet alleen in de strijd tegen tekorten? De initiatiefnota gaat met name over generieke geneesmiddelen en de strijd tegen tekorten. Een mooi voorbeeld daarvan is -- ik moet het goed uitspreken -- desmopressine neusspray, een middel dat wordt gebruikt bij stollingsstoornissen et cetera. Daar zit geen patent meer op en mag dus generiek gemaakt worden. Maar er zit zo'n klein volume op dit geneesmiddel dat fabrikanten het nooit zullen maken, omdat er gewoon te weinig afzetmarkt voor is. Het is echter makkelijk magistraal te bereiden. Daar zie je gelijk ook de meerwaarde van magistraal bereiden bij dit soort generieke

geneesmiddelen waar geen patent meer op ligt en waarvan fabrikanten zeggen onvoldoende aanleiding te zien om het echt te bereiden, maar de apotheker zegt: dat kunnen wij wél doen. Een ander voorbeeld is dat tijdens corona veel apothekers pijnstilling magistraal hebben bereid. Dat heeft direct invloed gehad op de beschikbaarheid van acute zorg, ook in ziekenhuizen. Zo zie je dat magistraal bereiden ongelofelijk veel voordelen met zich mee kan brengen. Tegelijkertijd zitten er ook heel veel juridische haken en ogen aan. Wij zijn nieuwsgierig naar de verdere uitwerking van de minister als zij zegt daarmee aan de slag te gaan.

Dan nog heel specifiek de reactie op de juridische lezing. Dat is voor ons een ingewikkelde vraag. Wij horen nog steeds dat België op basis van dezelfde Europese richtlijn meer doet dan wij in Nederland doen. Het is toch opvallend dat wij denken minder te kunnen doen dan onze burens als we dezelfde Europese richtlijn volgen. Op dit punt kan ik niet anders zeggen dan dat wij ook benieuwd zijn hoe dit precies zit. Wij hebben de beantwoording gelezen, maar hebben daar het antwoord nog niet op gekregen. Maar goed, een deel van die antwoorden kan wellicht in de Europese wetgeving die deze minister wil najagen.

Daar laat ik het bij met betrekking tot voorstel 3. Ik neem even een slokje water. Als Kamerlid heb je dat dus nooit, dat je op een gegeven moment móét drinken tijdens een debat.

Voorzitter. Dan voorstel 4: stel meer eisen aan dure geneesmiddelen zoals een uitgifteklausuur, biomarkers en praktijkonderzoek. De PVV heeft gevraagd om het woord "eisen" mogelijk te vervangen door het woord "aandringen". Hoe kijken wij daarnaar? Is transparantie en samenwerking niet beter dan het neerleggen van eisen? Hiervoor geldt echt dat een Europese aanpak de oplossing is, omdat je alleen daarmee de schaalgrootte hebt om juist voor zeldzame ziektes effectief te kunnen zijn in de ontwikkeling van nieuwe, innovatieve geneesmiddelen. We weten gewoon dat het met samenwerking en transparantie alleen tot nu toe onvoldoende is gelukt om hier echt tot afspraken te komen. Tegelijkertijd is het wel zo -- dat ben ik, denk ik, met de PVV eens; ik kom er in mijn laatste voorstel ook op terug -- dat op het moment dat een geneesmiddel bewezen effectief is postsluis, het ook altijd zo moet zijn dat het beschikbaar moet zijn. Dan kan het niet zo zijn dat bijvoorbeeld prijs invloed kan hebben op het wel of niet kunnen toedienen van een duur geneesmiddel. In die zin kunnen we elkaar daar de hand schudden.

De VVD heeft gevraagd of we niet iets breder naar dit voorstel en de heruitgifte van geneesmiddelen moeten kijken, zoals eerder in een voorstel gedaan door de VVD aangaande een nationale apothekerskast. Moeten we daar niet naar kijken? Daar zijn we het roerend mee eens. Het is heel belangrijk dat we de verspilling van dure geneesmiddelen tegengaan. De motie daarover is niet voor niets met algemene stemmen aangenomen, zou ik willen zeggen.

Voorzitter. Met betrekking tot voorstel 4 heb ik verder geen vragen meer liggen. Dan ga ik naar alweer het een-na-laatste ... Een vraag?

De **voorzitter**:

Ik keek vol verwachting naar de zijde van de Kamer en er kwam toch nog een vraag op bij de heer Claassen van de PVV-fractie.

De heer **Claassen** (PVV):

Ik had nog de vraag aan de indiener gesteld of hij het ermee eens is dat afstemming aan de voorkant en transparantie over hoe zo'n proces eruitziet voor alle partijen helder zouden moeten zijn. Nu is het namelijk vaak maar gissen voor de diverse partijen wat het proces is. Het is onze overtuiging dat dergelijke afstemming en transparantie kunnen bijdragen aan het versnellen van de sluis- en de postsluisperiode. Bent u het eens met deze zienswijze?

De heer **Krul** (CDA):

Ja, daar ben ik het mee eens. Veel partijen geven aan dat de vormgeving van het huidige pakket als het gaat om de instroom van geneesmiddelen onvoldoende inzichtelijk is. En dan heb ik het nog niet eens gehad over de sturingsmogelijkheden voor de uitstroom. Ik ben het eens met de heer Claassen dat meer transparantie kan bijdragen aan een verhoging van het aantal beschikbare geneesmiddelen, indien het ook echt lukt om afspraken te maken. Dat is, zoals ik al zei, in heel veel gevallen toch lastig.

Voorzitter. Ik ga over naar voorstel 5. Wij stellen voor om onderzoek te doen naar de kosteneffectiviteit van het invoeren van farmacogenetische profielen. De bijdrage van mevrouw Hertzberger was heel interessant, inhoudelijk en technisch. Vanuit mijn kant zal het wat minder lang duren. De inzichten uit de farmacogenetica kunnen voor lagere medicijnkosten zorgen. Dat kan. Dat is ook altijd de gedachte geweest. Met een test kunnen immers de activiteiten van enzymen worden bepaald die een invloed hebben op de werking van geneesmiddelen. Dit voorstel wordt al jarenlang, ook in het beleid hier, besproken als mogelijke toevoeging, maar ik zeg er meteen bij dat de vorige minister, minister Kuipers, al stelde dat er op dit moment onvoldoende wetenschappelijk bewijs is om te zeggen dat het daadwerkelijk de effectiviteit en de kosteneffectiviteit van de zorg verbetert.

In die zin zou het op dit moment mogelijk te vroeg zijn om echt over te gaan op farmacogenetische profielen. Minister Kuipers heeft destijds wel gezegd dat er nog heel veel mogelijk betekenisvolle studies aan komen. Wij hopen dat de portefeuille zich steeds verder vult, omdat wij denken dat het bij relatief dure geneesmiddelen echt kan helpen om van tevoren te weten of

een geneesmiddel wel of niet aanslaat. Maar ik ben het eens met mevrouw Hertzberger dat big data niet altijd de oplossing is. Zij noemde ook het voorbeeld van minderheden. We hebben helaas niet het voorbeeld gehoord over poeptransplantaties, alhoewel ik die nu toch even benoem. Natuurlijk moet daar meer wetenschappelijk onderzoek naar zijn. Ik ben benieuwd wat de laatste stand van zaken is. Dat vraag ik indirect ook aan de minister.

De **voorzitter**:

Het kon bijna niet onbenoemd blijven. Dit leidt natuurlijk automatisch tot een vraag van mevrouw Hertzberger of een opmerking of suggestie die zij ons graag nog wilde meegeven.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Ik realiseerde me achteraf dat ik beloofd had om iets over poep te gaan zeggen, dus dan moet ik dat ook doen. Het gaat om de checkpoint inhibitors, de nieuwe immunotherapie voor kanker. Die is heel beloftevol. Het gaat heel goed, maar je houdt een groep non-responders. Een aantal studies laten zien dat FMT, fecal matter transplantation, een poeptransplantatie, ervoor kan zorgen dat die mensen er wel op gaan reageren en wel voordelen kunnen hebben van die checkpoint inhibitors. Het microbiom speelt dus ook een belangrijke rol. Als we steeds maar uitbreiden en steeds meer factoren meenemen, dan lijkt het soms een beetje een gebed zonder eind te worden. Ik ben altijd een beetje voorzichtig met dit soort spannende innovaties, omdat ze zelden opleveren wat de beloftes zijn.

De heer **Krul** (CDA):

Je zou de farmacogenetica kunnen toepassen op aspecten waarbij de hoogrisicogroepen uitgesloten zijn. Je kan bijvoorbeeld denken aan meer generieke ziektes, die vaker voorkomen et cetera. Dan zou je een inschatting moeten kunnen maken. Maar nogmaals, het is een nieuw gebied. Wij zeggen bewust: doe meer onderzoek met het zorgveld en zorg voor een wetenschappelijke onderbouwing. Wij zijn heel benieuwd naar de veelbelovende onderzoeken die destijds zijn aangekondigd. Als blijkt dat het niet kosteneffectief is, dan moet je het ook niet doen. Dat moge duidelijk zijn. Ik denk dat we het daarover redelijk eens zijn. Ik vermoed dat dit weer tot een vervolgvraag leidt.

De **voorzitter**:

Nee, maar wel tot een andere vraag van mevrouw Van Dijk of wellicht tot eenzelfde vraag over dit onderwerp.

Mevrouw **Inge van Dijk** (CDA):

Nee, ik had daar geen vraag over. Het ging wel over dit onderwerp, maar meer over een ander deel. Er wordt heel veel gesproken over kostenefficiëntie. Stel je nou voor dat we door betere afstemming van medicijntoediening veel betere gezondheidsresultaten behalen. Dan krijgen mensen niet onnodig veel medicijnen of juist iets meer, omdat ze daar veel beter op reageren. Zou dat niet ook gewoon een heel belangrijk onderdeel moeten zijn?

De heer **Krul** (CDA):

Ja. Dat is ook zeker een van de redenen waarom farmacogenetica een vlucht genomen heeft, omdat het gewoon zonde is om mensen een medicijn toe te dienen dat totaal niet effectief is voor hun DNA-profiel. Dat is zonde als je het hebt over kosten, maar het is ook gewoon zonde van de zorg, want het werkt dus niet. Er zijn veelbelovende resultaten geweest op het gebied van farmacogenetica. Tegelijkertijd zijn die er nog onvoldoende om te zeggen dat je het generiek kan implementeren. Dus het kan ontzettend veel opleveren, ook als het gaat om het onnodig leveren van zorg aan mensen die eigenlijk op een andere zorg kunnen overstappen. Denk bijvoorbeeld aan psychiatrische aandoeningen, depressiviteit en psychoses. Daarbij kun je echt stellen dat bij bepaalde DNA-profielen bepaalde middelen wel en niet aanslaan. Daar kan het gewoon een oplossing voor zijn. Maar daar is het nu nog te vroeg voor.

Voorzitter. Dan ga ik naar het laatste voorstel, voorstel 6: maak afspraken zodat prijs geen factor meer is voor de toegankelijkheid van medicatie die de sluisprocedure heeft voldaan. Er zijn geen vragen gesteld over dit voorstel, maar ik ga er toch iets over zeggen. Er zijn ook geen vragen gesteld omdat iedereen het hier vaak over eens is, vermoed ik. Het kan natuurlijk niet zo zijn dat als een geneesmiddel hier door de sluis gekomen is, goedgekeurd is en in het pakket terechtgekomen is, dan op de ziekenhuisvloer wordt gezegd dat ze het om budgettaire redenen toch niet gaan gebruiken. Dat is wat er nu wel vaak gebeurt. Wij vinden echt dat daar ook een rol ligt voor deze minister en de overheid. Op deze manier gaat er gewoon zorg verloren. We hopen dat er met dit voorstel afspraken kunnen komen, want hier gaat iets mis.

Goed, voorzitter. Dan heb ik toch nog iets gezegd over voorstel 6. Ik heb alleen nog een paar overige vragen.

De VVD en GroenLinks-PvdA hebben gevraagd naar de Europese dimensie bij de aanpak van geneesmiddelentekorten. Dat is een terechte vraag. Deze nota gaat met name over wat wij "laaghangend fruit in Nederland" noemen. Uiteindelijk pleit dit onderwerp voor een grote, internationale aanpak. Daarbij moet je zelfs denken aan industriebeleid dat ook opgaat voor de

medicijnenmarkt. Wij zien ook echt wel een aantal punten in het belang van een Europese aanpak. We moeten er als Europa voor strijden dat we meer zelfvoorzienend zijn op het gebied van grondstoffen en productie. Dat probeert Europa al wel, bijvoorbeeld met de Critical Raw Materials Act. Wij vinden dat je met zo'n act moet doorkijken naar grondstoffen voor medicijnen. We hebben als Nederland wel een nationale grondstoffenstrategie, maar daarin zijn grondstoffen voor medicijnen niet opgenomen, in ieder geval niet onder de definitieve van kritieke grondstoffen. Dat is eigenlijk zonde, want het is wel degelijk kritiek. Een goede Europese aanpak kan hierbij helpen.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Ik heb een vraag voor collega Krul. We zien ook dat er nieuwe regelgeving komt met betrekking tot waterkwaliteit. De verantwoordelijkheid komt ook bij medicijnproducenten te liggen. Naar schatting gaat dat 260 miljoen per jaar aan extra kosten voor hen opleveren. Ziet mijn collega daar risico's in? Heeft hij dat ook gezien? Dat komt ook voort uit Europese regelgeving. De vraag is hoe dat zijn initiatiefnota gaat beïnvloeden.

De heer **Krul** (CDA):

Dat nieuws hebben wij ook gelezen. Over wat dat specifiek betekent voor de initiatiefnota, moet ik even nadenken, als dat oké is. Ik heb nog een tweede termijn. Maar wij zien hierin wel een grote rol voor fabrikanten. Ik kom daar graag nog even op terug in de tweede termijn, als dat goed is.

Voorzitter. Dan heb ik nog een paar vragen te beantwoorden. De VVD heeft mij gevraagd of we een uniek Nederlands probleem hebben. Nee, dat hebben we niet. Maar dan kom je wel weer in de kip-eidiscussie terecht rondom ons tweede voorstel. De aannahme is dat producenten bij een te lage prijs in Nederland liever voor een ander land kiezen. Dat is een van de redenen die specifiek dat tekort veroorzaken. Tegelijkertijd kunnen we niet uitsluiten dat dat niet waar is; dat zeg ik maar even heel flauw. Dat was de reactie van de minister. Maar in algemene zin is het natuurlijk niet een uniek probleem van Nederland. Dat moge duidelijk zijn.

De VVD heeft mij ook gevraagd of ik het als indiener een goed idee vind om waarschuwende signalen vanuit het RIVM eerder richting de fabrikanten te sturen als het gaat over infectieziekten. Dat vind ik een heel goed plan.

Dat was het van mijn kant, voorzitter.

De **voorzitter**:

Zijn er nog vragen van de zijde van de Kamer? Heldere beantwoording? Ik vond het ook een bijzonder heldere beantwoording, alsof u er geoefend in bent, meneer Krul. Het was volgens mij heel helder en ook bondig. Heel fijn! Dan gaan we nu over naar de zijde van de minister in haar rol als adviseur van de Kamer.

Minister **Agema**:

Dank u wel, voorzitter. Er is een grote hoeveelheid vragen gesteld, waardoor je je kunt afvragen of er wel sprake is van een adviserende rol. Maar ik ga mijn best doen. Allereerst, meneer Krul, proficiat. Dit staat u wel. Ik vind de combinatie tussen mevrouw Van den Berg en u mooi. De ongekende energie die mevrouw Van den Berg altijd had, hoor ik ook bij u. Dat vind ik mooi om te zien. We hebben het ook ergens over: de beschikbaarheid van medicijnen. Dat gaat niet goed. Dat is op zich heel erg jammer in een tijd waarin er steeds meer mogelijk is. Er zijn steeds meer levensveranderende en levensreddende medicijnen op de markt. Eigenlijk zouden we dus heel erg blij moeten zijn met de tijd waarin we leven en met wat er allemaal mogelijk is. Maar toch blijft de beschikbaarheid van medicijnen een punt van zorg.

Wat is er de afgelopen tijd allemaal in werking gesteld? Die vraag is niet gesteld, maar ik denk dat het goed is om daar toch wat over te vertellen. We zijn het Meldpunt geneesmiddeltekorten, het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen en het operationeel team geneesmiddeltekorten aan het voortzetten en intensiveren. We leggen veiligheidsvoorraden aan bij groothandels. Die verhogen we met één maand extra, onder andere voor salbutamol aerosolen en de kritieke antibiotica. VWS continueert de regie op de gesprekken tussen de leveranciers en de zorgverzekeraars om het preferentiebeleid te verbeteren zodat het minder effect heeft op de tekorten. VWS start de regie op de gesprekken met alle inkoopende partijen, apothekers, ziekenhuizen, groothandels en zorgverzekeraars om het inkoopbeleid in de hele keten te verbeteren. Groothandels en zorgverzekeraars zijn in gesprek over goede afspraken over de distributievergoeding. We werken met het veld aan verbetering van de farmaceutische zorg, onder andere zodat mensen niet meer geneesmiddelen gebruiken dan nodig is, het ontpillen. We bekijken met huisartsen en apothekers hoe zij met elkaar goed kunnen regelen welke vervangende medicatie mensen krijgen als er een beschikbaarheidsprobleem is. We kijken ook of we daarvoor regelgeving moeten aanpassen.

In opdracht van VWS wordt door het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen, het LCG, samen met zorgprofessionals een nationale lijst opgesteld met de kritieke geneesmiddelen. Dit zijn geneesmiddelen die belangrijk zijn voor de Nederlandse markt. Deze lijst wordt zeer binnenkort door mij in ontvangst genomen. De lijst zal helpen bij het bepalen van onze inzet en koers. Daarnaast nemen we deel aan de Critical Medicines Alliance. Om het Nederlandse belang binnen de CMA te borgen stellen de

overheidsinstanties en industrie aanbevelingen op, onder meer om productie binnen de EU te versterken. Deze aanbevelingen zijn input voor de aangekondigde Critical Medicines Act. Er wordt ook nog onderzoek gedaan naar de aanpassing van de wetgeving voor maximale prijzen van geneesmiddelen of de vergoeding van geneesmiddelen.

Ondanks al deze acties moeten we toch constateren dat het probleem niet kleiner is geworden. Dat vind ik bijzonder zorgelijk. Daarom kom ik nu in ieder geval tot de vragen zoals die door de individuele leden zijn gesteld.

De vraag van de Kamerleden Hertzberger en Claassen over twee of drie preferente middelen. Ik kan me herinneren dat een Kamerlid met dezelfde achternaam als ik daar ook weleens over begonnen is. Het mooie is dat dat is geprobeerd. De zorgverzekeraars hebben geëxperimenteerd met het aanwijzen van meerdere middelen, maar ze zijn ermee gestopt omdat het voor veel onzekerheid zorgde. Leveranciers wisten niet meer hoeveel ze moesten afleveren. Bij de ene leverancier bleef er te veel op de plank liggen. De ander had juist een veel grotere vraag dan verwacht. Dit kwam onder andere doordat partijen in de ketens, de groothandels en de apotheken, zelf een voorkeursmiddel kozen. Zorgverzekeraars hebben daarom nu voor een andere manier van spreiding gekozen, die wél werkt. Die noemen ze "dakpansgewijs aanbesteden". Door om en om in te kopen en daarbij te kijken naar wat de andere zorgverzekeraars gedaan hebben, kunnen ze voorkomen dat alle zorgverzekeraars hetzelfde product aanwijzen. Zo zorgen ze voor spreiding.

Dan de vraag van het lid Tielen over het preferentiebeleid. Kan er een overzicht komen van de verbeteropties? Zij noemde kortere contracttermijnen, verplichte spreiding van tenderperiodes en meer preferente aanbieders als opties. Ja, dat overzicht kan er zeker komen. In de Kamerbrief Tijdenpad verbetering preferentiebeleid geneesmiddelen heeft de vorige minister uw Kamer toegezegd om u te informeren over aanvullende mogelijkheden om het preferentiebeleid voor zorgverzekeraars te verbeteren. Ik kom nog dit jaar met een uitwerking van de verbeteropties die we aan het verkennen zijn. Het gaat dan om de verbeteropties die vanuit het veld zijn ingebracht en de verbeteropties die in juni bij de motie-Jansen/Claassen en de motie-Bushoff c.s. zijn aangedragen door uw Kamer.

De **voorzitter**:

Daar heeft u nog een vraag over van mevrouw Hertzberger.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

We horen nu over het dakpansgewijs aanbesteden. In het KPMG-rapport werd al gesproken over een pilot van Menzis. Voor ons is niet erg inzichtelijk, zal ik

maar even zeggen, wat nou de problemen zijn en wat de oplossingen daarvoor zijn. Ik ben niet heel vaak in deze commissie aanwezig, maar ik kijk even naar mijn collega's: horen we dit voor het eerst? Dit is toch een groot maatschappelijk probleem. Hoe gaan de zorgverzekeraars en de NZa hiermee nou aan de slag? Is het mogelijk daarvan iets beter op de hoogte gehouden te worden?

Minister **Agema**:

Zeker. Daarop komen we terug in de brief die we aan het einde van het jaar versturen, maar de oplossing is: niet allemaal tegelijkertijd in januari hetzelfde middel willen hebben. Bij "dakpansgewijs" bestellen de leveranciers na elkaar. En dat is dus wél een oplossing, gelukkig.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

De minister spreekt over ideeën die door het veld worden aangedragen. Ik vind het "het veld" sowieso altijd een beetje ingewikkeld, want meestal zie ik dan een groen weiland voor me. Hierbij vind ik het wel relevant om dat expliciet te maken, omdat zo veel belangen een rol spelen, financiële belangen, maar ook andere belangen. Is de minister bereid om in ieder geval een tipje van de sluier op te lichten en telkens in haar brief aan te geven waar het vandaan komt? Dan kunnen wij een beetje wegen of het algemeen belang gediend is of alleen een deelbelang.

Minister **Agema**:

Wat u zegt is natuurlijk de zorg van ons allemaal. Deze brief komt sowieso al twee keer per jaar. Maar wat ik ook ga doen, is dat veelkoppige monster visualiseren: waar zitten nou de problemen en wat zijn nou precies onze acties in het systeem? We weten dat er heel veel problemen zijn die allemaal weer ergens anders op ingrijpen. Ik zeg dus toe het op die manier aan te pakken.

De **voorzitter**:

Dan heeft u nog een vraag van het lid Claassen.

De heer **Claassen** (PVV):

Ik heb nog een vraag over dat dakpansgewijs inkopen. We zien dat er in het huidige preferentiebeleid per verzekeraar een verschil kan zijn. In mijn eerste termijn heb ik geprobeerd om het toe te lichten: de ene verzekeraar heeft

wel een voorraad, maar een andere niet, waardoor iemand die bij de laatste verzekerd is, het middel niet krijgt. Een tweede punt dat daarmee wellicht te maken heeft, is dat het binnen een preferente levering voorkomt dat een geneesmiddel wel wordt vergoed als het van een bepaalde hoeveelheid milligram is, maar niet als de hoeveelheid milligram anders is. En daarop is er nog een variatie met het aantal pillen dat een doosje bevat. Het preferentiebeleid gaat dus eigenlijk vrij diep. Is dat dakpansgewijs inkopen daar dan ook een oplossing voor?

Minister **Agema**:

Het gaat er in ieder geval om dat je niet allemaal tegelijkertijd hetzelfde middel in dezelfde hoeveelheid opeist. Want dan ontstaan tekorten. Als je dat vooral in de loop van de tijd na elkaar doet, wordt de mogelijkheid voor variatie veel groter. Ik zal het dakpansgewijs aanbesteden nader toelichten in de brief die aan het einde van het jaar komt.

Is de minister het ermee eens dat het delen van meldingen van aanstaande tekorten belangrijk is? Zeker. Het Meldpunt geneesmiddelentekorten werkt aan het delen van meldingen van leveranciers over een leveringsonderbreking. Met deze informatie kunnen partijen in de keten anticiperen op de tekorten. Het is wel belangrijk dat dit niet leidt tot het hamsteren van geneesmiddelen die al schaars zijn, want dat kan het probleem verergeren.

Kan de minister toezeggen dat voor de winter ruimschoots voorraden van antibiotica worden aangelegd? Ik heb goede hoop dat we deze winter de ernstige tekorten aan antibiotica kunnen opvangen, maar ik kan dat nooit garanderen. Afgelopen week hebben de voorgesorteerde groothandels de subsidieaanvraag ingediend voor het aanleggen van de extra voorraad antibiotica en salbutamol. Ik laat de aanvraag voortvarend behandelen, zodat de groothandel nog voor de winter kan starten met het aanleggen van een extra voorraad. Ik heb daar ook dekking voor gevonden. Het heel ingewikkelde hieraan is dat het, ondanks dat VWS 109 miljard euro toebedeeld heeft gekregen, toch heel erg lastig is om een dekking te vinden als je tegenvallers hebt. Ik heb deze dekking gevonden. Van de ondersteunende fracties heb ik de opdracht gekregen om van het bedrag voor de subsidies geen 252 miljoen, maar 253 miljoen te maken. Nou ja, ik zal nog meer uitdagingen tegenkomen. Ik hoop dat ik uiteindelijk ergens ruimte vind voor deze medisch zeer noodzakelijk zorg, maar ik vrees dat ik soms de Kamer boos zal moeten maken omdat ik dan ergens anders op moet besparen. Maar dat is de opdracht die ik heb meegekregen.

De **voorzitter**:

Eerst een vraag van mevrouw Hertzberger. Wellicht kan mevrouw Van Dijk het voorzitterschap daarna nog even overnemen, want ik heb zelf ook nog een vraag.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Die subsidie blijft ons toch verbazen. Het lijkt mij dat een groothandel een private onderneming is in een gereguleerde markt. Die krijgt een vergunning. In de Geneesmiddelenwet staat dat die vergunning voorwaardelijk is aan het aanhouden van een voorraad. Nu moeten zij extra geld ontvangen van VWS om aan hun wettelijke taak te voldoen. Dat is toch een beetje de wereld op zijn kop? Hoe kan dat nou?

Minister **Agema**:

Dat kan omdat de groothandels een voorraad voor een tot twee weken aan moeten houden, maar dat is niet voldoende.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Ja, maar dat is hun wettelijke taak en daarvan is hun vergunning afhankelijk. Het is een beetje gek dat daar belastinggeld naartoe moet, zodat zij hun taak kunnen uitvoeren.

Minister **Agema**:

De taak is een voorraad voor een tot twee weken. Ik denk dat wij hier allemaal willen dat deze spullen wel beschikbaar zijn, dat er extra voorraden van antibiotica zijn. Ik zal daar dus iets tegenover moeten stellen.

De **voorzitter**:

Een laatste vervolgvraag.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Daar komen we even niet uit. Het gaat nu over antibiotica en Salbutamol. Maar daarvoor was het Propranolol, waren het de vervuilde statines en was het misschien de anticonceptiepil. Is het geen goed idee om naar een langere termijn te kijken en om bijvoorbeeld de List of Essential Medicines van de Wereldgezondheidsraad aan te houden als het gaat om voorraden?

Minister **Agema**:

Dat klinkt allemaal heel erg goed, maar dan zal ik van de ondersteunende partijen wel fors meer budget moeten krijgen. Dat is namelijk de consequentie. Ik ga nu in kaart brengen welke middelen wij heel belangrijk vinden -- u krijgt straks de lijst met kritieke middelen -- maar daar zal wat tegenover moeten staan. Dat zullen wij moeten dekken. Dat is het punt. We kunnen overal van eisen dat er grote voorraden van zijn, maar dit zijn commerciële bedrijven. Daar moet iets tegenover staan en dat kost geld.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Ik heb toch nog een laatste vraag.

De **voorzitter**:

Uw laatste vraag op dit punt.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Ja, sorry. Mijn vraag is wat de opvatting van minister Agema is over de wettelijke taak van de groothandels. Wat zijn ze wettelijk verplicht om te doen en waar moeten ze extra geld voor hebben?

Minister **Agema**:

Ze zijn verplicht om een voorraad voor een tot twee weken aan te houden. Voor Salbutamol heb ik gerekend met een maand extra voorraad. Dat kost al 1 miljoen extra. We leven niet in een wereld van gratis geld, zeg ik in de richting van mevrouw Hertzberger. Als het gaat om die lijst van kritieke middelen, zal er dus boter bij de vis moeten komen.

Voorzitter: Inge van Dijk

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ik had ook nog een korte vraag. Het is altijd even zoeken naar hoe we dat moeten doen. Mijn vraag raakt aan een punt dat hiervoor en in de inleiding werd gemaakt door de minister. Het gaat over informatie over dreigende tekorten. Deze informatie komt bij mijn weten niet altijd tijdig bij iedereen

terecht, niet bij de zorgverzekeraars en niet bij de IGJ zodat zij op tijd een tekortenbesluit kan nemen. Ik ben benieuwd of de minister deze signalen herkent. Dat is één. Twee. Ik ben benieuwd of de minister acties voor ogen heeft waardoor we de informatie wel tijdig bij de juiste gremia kunnen laten belanden.

Minister **Agema**:

Het systeem van het tekortenbesluit werkt naar mijn idee goed, maar dat betekent niet dat we vervolgens op tijd de middelen hebben die we nodig hebben. Daarom zal ik meer subsidiegeld beschikbaar moeten stellen.

De **voorzitter**:

De heer Bushoff heeft nog een vervolgvraag.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Op zich werkt het idee best goed. Het punt is alleen dat wij horen dat de informatie niet tijdig terechtkomt bij de zorgverzekeraars, zodat zij het preferentiebeleid aan kunnen passen, en bij de IGJ, die bij een dreigend tekort een tekortenbesluit kan nemen. Als dat wel zo is, dan is dat superfijn en dan ga ik dat nog eens dubbelchecken. Maar mocht het inderdaad zo zijn dat er verbeteringen mogelijk zijn, ziet de minister dan ook mogelijkheden om die informatie sneller bij de juiste partijen te krijgen?

Minister **Agema**:

In de brief die aan het einde van het jaar komt, kom ik terug op onze verbetervoorstellen. We gaan hiervoor ook een meldpunt publiceren. Het boetesysteem heeft hierop ook betrekking. Je krijgt eerst een waarschuwing en op het moment dat het misgaat, komt er een boete bij kijken.

De **voorzitter**:

Nog een laatste vervolgvraag.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Misschien is het geen probleem in de mate waarin ik dacht dat het een probleem was, maar mocht het wel zo zijn dat de informatie niet altijd tijdig

bij de juiste instanties terechtkomt, dan zou het heel fijn zijn als daar nog iets over gezegd kan worden in die brief.

Minister **Agema**:

Ja. Dat hoort bij de regie vanuit VWS op de gesprekken met de partijen uit het veld, die ik heb toegezegd.

Voorzitter: Bushoff

De **voorzitter**:

Ik neem het voorzitterschap weer over. Er kunnen nu geen vragen aan mij gesteld worden, want dit is de termijn van de minister. Meneer Claassen, u kunt nu geen vraag aan mij stellen terwijl ik een interruptie pleeg op de minister. Zo werkt het niet. Als u een vraag voor mij heeft, dan mag u die zo meteen stellen in mijn tweede termijn. Dan moet u hem even onthouden. We gaan door met de beantwoording van de minister.

Minister **Agema**:

Wat is er allemaal gedaan om de tekorten aan antibiotica op te vangen? De ervaring van de vorige periode heeft geleid tot een groot aantal acties. Daar zijn we dus mee aan de slag. Het gaat om het voortzetten en intensiveren van het Meldpunt geneesmiddelentekorten, het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen en het Operationeel Team Geneesmiddelentekorten. De veiligheidsvoorraad bij de groothandels wordt verhoogd met één maand, zoals ik zojuist al zei. VWS continueert de regie op de gesprekken tussen de leveranciers en de zorgverzekeraars en start de regie op de gesprekken met alle inkopende partijen, de apotheken, de ziekenhuizen, de groothandels en de zorgverzekeraars. De groothandels en de zorgverzekeraars zijn in gesprek over goede afspraken over de distributievergoeding. We werken met het veld aan verbetering van de farmaceutische zorg, onder andere zodat mensen niet meer geneesmiddelen gebruiken dan nodig. We bekijken met de huisartsen en de apothekers hoe zij met elkaar goed kunnen regelen welke vervangende medicatie mensen krijgen. In opdracht van VWS wordt door het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen samen met de zorgprofessionals een nationale lijst opgesteld. Daar heb ik het ook al over gehad. Die krijg ik ook over een paar weken aangeboden. Over de Critical Medicines Alliance heb ik het ook al gehad, net als het onderzoek naar aanpassing van de wetgeving ten aanzien van de maximale prijzen. Overal komen we op terug in de brief die we in het najaar gaan versturen. Er wordt een hoop gedaan, maar het moet uiteindelijk ook effect sorteren.

Mevrouw Tielen vroeg naar de inzichten in de kosten die zorgverleners maken voor het oplossen van tekorten. Daar is geen inzicht in, maar we kunnen allemaal wel op onze sloffen aanvoelen dat dit gewoon heel veel tijd kost. Voor elke patiënt die zijn middel niet krijgt, wordt er heel veel moeite gedaan. Bij het Meldpunt geneesmiddelentekorten wordt er ook gewerkt aan het verbeteren van de melding van leveringsproblemen bij geneesmiddelen, zodat tekorten eerder gesignaleerd kunnen worden en er eerder naar oplossing gezocht kan worden. Dat kost te veel tijd, en administratietijd is mijn allergrootste ergernis in de zorg. Omdat de personeelstekorten en de administratietijd elkaar doorkruisen, zullen we dat moeten aanpakken. Hier geldt dus ook mijn motivatie om alles op alles te zetten zodat de apotheker en de apothekersassistente bezig kunnen zijn met wat ze moeten doen in plaats van met het constant regelen van vervangende middelen voor hun patiënten, omdat er tekorten zijn aan bepaalde middelen.

Mevrouw Hertzberger vroeg: zou het niet goed zijn als Nederland van de medicijnen op de WHO-lijst altijd een ijzeren voorraad houdt? We hebben onze eigen lijst gemaakt, omdat we ook onze eigen prioriteiten in ziektebeelden hebben. Op korte termijn krijg ik die aangeboden.

In het kader van het verlagen van de prijs per 1 oktober als gevolg van de Wet geneesmiddelenprijzen: hoe wordt de balans bewaakt tussen het betaalbaar houden van een geneesmiddel en het waarborgen van de beschikbaarheid voor de Nederlandse markt? De afgelopen jaren is er veel oog geweest voor de beschikbaarheid. Zo is voor het merendeel van de geneesmiddelen de afgelopen vier jaar de maximumprijs bevroren en dus hoog gehouden. Er geldt een nieuwe tijdelijke beleidsmaatregel waarbij productgroepen met een omzet van minder dan 1 miljoen in Nederland een opslag van 15% krijgen. Ook kunnen fabrikanten een verzoek indienen bij het ministerie voor een hogere maximumprijs wanneer ze het geneesmiddel op dit moment niet rendabel op de Nederlandse markt kunnen houden.

Mevrouw Hertzberger zei: wij willen graag op korte termijn een brief van de minister over de acties die de zorgverzekeraars gaan ondernemen. Daarin moet niet alleen staan wat ze nu hebben voorgesteld, maar ook op welke wijze de zorgplicht wordt ingevuld, wat de NZa gaat doen als er wordt verzaakt en wat de rol van de groothandel is. Ik heb al toegezegd dat ik u voor het einde van het jaar per brief zal informeren over de verbeteropties voor het preferentiebeleid. Ik zal daarin ook de rol van de zorgverzekeraars en hun zorgplicht, de rol van de NZa en de positie van groothandels meenemen in relatie tot de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Ik vind het namelijk erg belangrijk dat alle partijen hun verantwoordelijkheid nemen. Ook hier geldt dat 109 miljard euro een enorm duizelingwekkend bedrag is, maar dat de dragende partijen de minister van VWS ook een bezuinigingsopgave van 1,8 miljard euro hebben meegegeven en het voor mij heel lastig is om bij medisch noodzakelijke zorg extra geld te vinden op de lopende begroting. Ik zal daar alles voor doen, maar een gemakkelijke opgave is het niet.

Hoe staat het met de voorwaarden aan de voorraden van preferente middelen, bijvoorbeeld met de winter die er nu aan komt? Dat was een vraag van de heer Bushoff. De afspraken die zorgverzekeraars en leveranciers hebben gemaakt om het preferentiebeleid te verbeteren zijn inderdaad in sommige tenders meegenomen. Of dat uiteindelijk leidt tot meer inschrijvingen en, belangrijker, meer producten op de markt, weten we pas mettertijd, als meer zorgverzekeraars volgens deze afspraken hebben ingekocht. Als het gaat om de voorraden voor preferente middelen, gelden dezelfde voorwaarden als bij andere middelen. Groothandels bleken moeite te hebben om voor preferente middelen de voorraden te financieren. Zorgverzekeraars en groothandels hebben nu afspraken kunnen maken over de financiering van die voorraden. Ik ben natuurlijk erg blij dat dat is gelukt.

Het lid Bushoff vroeg: is de minister het met ons eens over het preferentiebeleid in stand houden en aanpassen? Ik ben het met u eens dat het preferentiebeleid verbeterd moet worden. Ik kom, zoals gezegd, nog dit jaar met een uitwerking van de verbeteropties voor het preferentiebeleid die we aan het verkennen zijn. We weten allemaal dat het ons structureel erg veel geld scheelt. Maar onze systemen zijn er natuurlijk ook om te verbeteren waar nodig. We zien dat we problemen hebben met beschikbaarheid die ook aan het preferentiebeleid kunnen liggen. Het is een veelkoppig monster. Het kan ook door tekorten aan grondstoffen komen. Dan heb je het niet over het preferentiebeleid. Maar daar waar we kunnen verbeteren, zullen we dat doen.

Dan het lid Krul aan deze kant van de tafel. Het is al vaker gegaan over het schrappen van preferentiebeleid voor geneesmiddelen voor kinderen. Ik ga het meenemen in de ontwikkeling van de verbetering van het preferentiebeleid. Dat zeg ik bij dezen toe.

Het lid Bushoff vroeg of we aanpassingen zien in het aantal meldingen over dreigende tekorten en of de aanpassing van het boetebeleid het beoogde effect heeft. Het effect van de aanpassing naar schriftelijke waarschuwingen is nog niet te zien in het aantal zekerheidshalve meldingen die binnenkomen bij het Meldpunt geneesmiddelentekorten. Ik blijf hierover met de handelsvergunning in gesprek. Ik werk aan een beleidsregel meldplicht om meer duidelijkheid te geven over wat en wanneer gemeld moet worden. We moeten waken voor het volgende. Het boetebedrag is nu €450.000. Het kan nog een keer verhoogd worden naar €900.000. Het is erg belangrijk om eerst een waarschuwing te geven omdat je fabrikanten niet zo onzeker wil maken dat ze hun middel maar niet meer aanbieden op de Nederlandse markt. Daarmee zouden we onszelf helemaal in de voet schieten.

Hoe gaat de handreiking in de brief van de minister van 2 oktober bijdragen aan de beschikbaarheid van geneesmiddelen, vroeg het lid Claassen. In mijn brief van 2 oktober doe ik de Kamer inderdaad twee handreikingen. Ik geef aan dat ik blijf kijken naar het effect van het Nederlandse prijsbeleid op de beschikbaarheid. Ik wil hier echt met zorg naar kijken, want het is maatwerk. Daarnaast wil ik borgen dat bereidingen beschikbaar zijn en blijven. Hierom

werk ik aan de verankering van het Nederlandse beleid in twee beleidsjaren. Aan het einde van het jaar kom ik met een updatebrief over de beschikbaarheid en medische hulpmiddelen.

Dan ontpillen. Dat is heel belangrijk. Toevallig moest ik afgelopen vrijdag voor mijn eigen dochter zo'n antibioticamiddeltje halen bij de apotheek. Ze had 200 milliliter voorgeschreven gekregen en kreeg 100 milliliter mee. Dan moet er een hoop uitleg komen over waarom je 100 milliliter meekrijgt en twee keer moet komen. Maar de dame achter de balie legde uit dat kinderen soms zo misselijk worden dat ze overgeven en vervolgens het middel niet opmaken. Dan is het heel erg zonde als je de volledige hoeveelheid van 200 milliliter meegegeven hebt. Dat vond ik dus een heel goede oplossing van de apotheek. Ik begrijp dat het op veel plekken zo gebeurt. Als er bijwerkingen zijn die best weleens voorkomen waardoor een bepaalde hoeveelheid van het geneesmiddel niet wordt opgemaakt, geven ze in eerste instantie gewoon minder.

Het andere punt maakt ik zelf ook mee toen ik mijn fluticason bestelde. Dat was niet beschikbaar. Ik kreeg een keurig mailtje van de apotheker: uw middel is niet beschikbaar, maar ik heb wel een ander, preferent middel; wilt u dat ook ontvangen? Natuurlijk zeg je dan ja. Maar ik begrijp wel van apothekers en apothekersassistenten -- die zijn vorige week nog bij mij langsgekomen op het ministerie -- dat het soms heel lastig is om uit te leggen aan de balie waarom het middel dat mensen al zo lang krijgen en waar ze aan gehecht zijn geraakt, er voorlopig niet is en er een alternatief moet komen. Hoewel er dus met man en macht gewerkt wordt, is dat soms aanleiding voor agressie aan de balie. Dat vind ik wel heel erg spijtig. Ik heb de apothekersassistenten toegezegd dat we volgend jaar starten met een campagne over agressie tegen zorgmedewerkers. Dat heeft u ook in het regeerprogramma kunnen lezen.

De **voorzitter**:

Wilt u nog verdergaan op dit punt?

Minister **Agema**:

Nee, ik zag mevrouw Hertzberger met haar vinger omhoog.

De **voorzitter**:

Dan gaan we gelijk door naar de vraag van mevrouw Hertzberger.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Wat me altijd verbaast, is hoeveel energie, tijd en aandacht het kost van iedereen. Het ontbreken van een €0,10 kostend pilletje of een stripje pillen dat minder kost dan een pakje Sportlife kost enorm veel tijd en energie. Komt dat ergens terug op de begroting? Want je zou toch zeggen dat het beschikbaar houden van die pillen veel goedkoper zou moeten zijn? Je verspilt een heleboel tijd en energie van zorgmedewerkers en apothekers. Ik vroeg mij af of daar nog een besparing te verwachten is op de begroting.

De voorzitter:

Helder. Deze vraag is volgens mij een beetje gerelateerd aan een eerdere vraag van mevrouw Tielen. Maar wellicht kan de minister er nog een keer iets over zeggen.

Minister Agema:

Dit is mijn jarenlange frustratie, zeg ik tegen mevrouw Hertzberger. In het systeem waarvoor gekozen is, zullen je kosten en je baten CPB-proof moeten zijn. Het is gewoon heel erg lastig om dat in kaart te brengen op een zodanige wijze dat het CPB er ook een prijskaartje aan wil hangen. Het is vooral op het terrein van de zorg heel spijtig, want inderdaad, als we 100 à 200 miljoen euro extra zouden hebben voor extra voorraden, zit daar natuurlijk ook een batenkant aan. Mevrouw Tielen begon er ook al over: wat kost dit eigenlijk voor een tijd? Maar we hebben het niet. Dus zal ik het gewoon recht moeten dekken. Wij hebben extra subsidieaanspraak voor kritieke medicijnen. Die gaan we aanleggen. Dat kan ik dus alleen maar doen door andere dingen niet meer te doen, tenzij er een CPB-doorrekening is. Dat is in de zorg ontzettend lastig. Dit is mijn jarenlange frustratie.

Kan de minister een doorkijkje geven in haar ambitie voor de toekomst van de eerstelijnsapotheekeezorg, bijvoorbeeld het organiseren van andere prikkels om het ontpillen te stimuleren, vroeg de heer Bushoff. Apothekers moeten een prominentere rol gaan spelen in de eerstelijnszorg vanwege alle druk die daar ligt. Dat betekent niet alleen een focus op het verstrekken van geneesmiddelen maar nog meer op de zorg daaromheen, bijvoorbeeld begeleiding bij minderen en stoppen. Er zijn hiervoor nu mogelijkheden in de bekostiging, maar deze worden niet voldoende benut. Ik ga kijken hoe we de huidige bekostiging aan kunnen passen, maar ook hoe we de prikkels anders kunnen inrichten.

De heer Bushoff vroeg of ik ook ideeën heb. Ja, die heb ik wel, maar een Kamerlid kan ze zó naar voren brengen terwijl de minister ze eerst door alle ambtenaren moet laten uitzoeken. Ik kan nu dus niet vertellen wat mijn ideeën zijn, want het moet uiteindelijk wel kunnen. Ik kom erop terug in die brief aan het einde van het jaar. Dat wordt echt een dikke brief, maar ik hoop wel dat die verhelderend werkt.

Dan de heruitgiftes. Dat is inderdaad een lastig punt, want het mag niet vanwege de Europese regelgeving. Maar in Nederland lopen we wel voorop met ons gedoogbeleid voor heruitgifte. Op dit moment wordt in veertien Nederlandse ziekenhuizen onderzocht of heruitgifte van orale oncolytica uitvoerbaar is. Daarnaast is Nederland sinds dit jaar voorzitter van de Europese werkgroep die de mogelijkheden voor heruitgifte op Europees niveau onderzoekt. Die werkgroep kijkt naar eisen en randvoorwaarden en naar juridische vraagstukken. Ik hoop dat er zo voldoende draagvlak wordt gecreëerd voor aanpassing van de Europese regelgeving. Dat zal mijn inzet zijn. Ik hou de Kamer daarvan op de hoogte.

Dan het Kamerlid Tielen. Zij had het erover dat de brief van de minister met daarin een reactie op het voorstel van het magistraal bereiden veel nuances bevat. Kan de minister kijken wat er wél kan? Het klopt dat de reactie op de initiatiefnota van Krul en Van den Berg een hoop nuances bevat. De reactie schetst echter ook juist wat er wél kan en waar mijn inzet op gericht is, onder andere ten aanzien van de beleidsregels en de EU-herziening. Daar werk ik dan ook hard aan.

Waarom duurt het zolang om de beleidsregels voor de apotheekbereidingen uit te werken, vraagt het lid Van Dijk. Ik werk aan het beter vastleggen van het bestaande beleid van apotheekbereidingen. Dat doe ik door uitwerkingen van twee beleidsregels, een voor de magistrale apotheekbereiding en een voor de collegiale doorlevering van apotheekbereidingen. Meerdere koepels willen hierover in gesprek. Daarom was er deze zomer voor beide beleidsregels een tweede consultatieronde nodig. Ik kijk op dit moment zorgvuldig naar de ontvangen reacties. Door deze aanvullende consultatie loopt de planning wat vertraging op, maar dat is nodig want ik wil de reacties goed kunnen beoordelen.

Dan de vraag van het lid Claassen wat de verwachte tijdslijnen zijn voor de beleidsregels. Ik ben nu druk bezig met het verwerken van de inbrengen van de veldpartijen in de tweede consultatieronde. Ik streef vooralsnog naar het publiceren van de beleidsregels in het eerste kwartaal van '25.

Dan een vraag van het lid Bushoff: "De brief over de bereidingen gaat vooral over wat er juridisch niet kan. Is er niet meer ambitie mogelijk?" Apotheekbereidingen zijn in diverse situaties van belang. Het is belangrijk om voldoende ruimte hiervoor in Nederland te hebben. Het klopt dat de Europese wet- en regelgeving bepaalde begrenzings biedt, maar daarbinnen creëer ik met bijvoorbeeld het gedoogbeleid en de aankomende beleidsregels juist de ruimte die in de praktijk nodig is om bereidingen in te kunnen blijven zetten wanneer ze nodig zijn. Tijdens de Europese herziening zet ik ook in op het wijzigen van de Europese regels.

Kan de minister reflecteren op de rol van apotheekbereidingen bij dure geneesmiddelen? Ja. De apotheekbereidingen bij dure geneesmiddelen zie ik niet als hét instrument tegen dure geneesmiddelen, want zo is de Europese regelgeving ook niet bedoeld. De voorkeur gaat uit naar geregistreerde

geneesmiddelen, onder andere omdat deze geneesmiddelen vooraf zijn getoetst op kwaliteit en veiligheid. Wel is het zo dat als er een geregistreerd geneesmiddel is, apothekers ruimte behouden om voor hun eigen patiënten op kleine schaal te bereiden. Tijdens de EU-herziening zet ik in op het behoud van deze ruimte. Ik vind het ook heel belangrijk om te melden dat fabrikanten gewoon met hun prijs omlaag moeten, want in een veilige omgeving bereide geneesmiddelen zijn nog altijd te prefereren boven magistrale bereidingen. Hoe bijzonder en goed die ook zijn, er zijn toch vaak verschillen met bereidingen door leveranciers en fabrikanten als het gaat om de kwaliteit.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Ik heb toch nog een vraag over die bereidingen en het maken van de moleculen zelf vanuit grondstoffen. Stel nou dat het Zorginstituut zegt, zoals al meerdere keren is voorgevallen: dit middel heeft zo'n obscene prijsstelling; dat gaan wij niet toelaten tot het basispakket. Vindt u het dan geoorloofd en wilt u ook gedogen dat de apotheken op dat moment zeggen: dan bereiden wij het zelf?

Minister **Agema**:

Ik blijf hier natuurlijk wel bij mijn standpunt dat de fabrikanten een normale prijs moeten vragen. Dat is echt het allereerste wat geregeld moet worden. Twee. Daar ga ik het zo direct ook nog even bij de sluis over hebben: ze moeten ook veel sneller gaan werken. Er zijn soms middelen die jaren in de sluis blijven zitten. Ik zei zojuist al: de magistrale bereidingen zijn natuurlijk heel goed, maar qua kwaliteit en veiligheid kunnen ze niet meekomen met de medicijnen zoals die in fabrieken kunnen worden gemaakt. Het is ook heel erg lastig, want er is ook sprake van patenten en eigendomsrechten. Het is toch wel heel erg lastig om die te omzeilen.

De **voorzitter**:

Een korte vervolgvraag.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Nou moeten we wel constateren dat producenten er een handje van hebben om de kwaliteit en veiligheid zo in te richten dat alleen hun eigen productie nog mogelijk is. Maar de vraag is deze. Die prijsstelling van de producenten wordt misschien ook wel beïnvloed door te zeggen: "We hebben ook een andere optie. We kunnen dit ook zelf maken. Als de prijsstelling meer op een

gijzeling lijkt dan op medicijnontwikkeling en -verkoop, dan zullen wij dat doen." Is de minister bereid om dat zo te zeggen?

Minister **Agema**:

Nou, dat blijft wel heel erg lastig, want je treedt dan in patent- en eigendomsrecht. Het lijkt me heel lastig om dat te omzeilen. Ik ga natuurlijk proberen om in de Europese regels een andere richting te geven aan wat we wél mogen. Ik zal proberen daar zo ver mogelijk in te gaan. Maar zoals ik zei, moeten fabrikanten vooral sneller gaan aanbieden en sneller met de prijs omlaaggaan, zodat er gecontroleerde, veilige, kwalitatief goede medicijnen geproduceerd kunnen worden.

Het lid Krul sprak over apotheekbereidingen, voorstellen voor belemmeringen, geen houdbaarheidsonderzoek, productdossiers opstellen voor de lijst kritieke ... O ja, de productdossiers. Deze voorstellen neem ik mee. De kwaliteit van het geneesmiddel moet wel gegarandeerd zijn, maar daar heb ik het zojuist ook over gehad. Maar ik neem het mee.

Dan ga ik nu eerst de sluis doen, met uw goedvinden. Dat vind ik mooi aansluiten hierop. Even kijken hoor. We kennen natuurlijk allemaal de sluisperiode. Een heel aantal middelen waar we heel erg blij mee zijn, is verschrikkelijk duur. Sinds 2012 worden deze producten eerst in een sluis geplaatst. Ik kan u aanbevelen om het dashboard eens te bekijken. Inmiddels zitten er 75 unieke geneesmiddelen in de sluis. Je ziet dat 60 daarvan nog steeds in fase 1 zitten. Fase 1 is het moment dat er wordt gewacht op de fabrikant, omdat die een compleet dossier moet aanleveren. In fase 2 vindt de beoordeling door het Zorginstituut plaats. Fase 3 is de onderhandelingsfase. Ik vond het heel erg interessant om te zien dat het allereerste middel dat ooit in de sluis werd geplaatst, Revestive, in september 2012 in de sluis werd geplaatst en dat de fabrikant pas in augustus 2023 het dossier compleet had. Vervolgens heeft het Zorginstituut tussen 19 augustus en 20 september 2023 de beoordeling gedaan en hebben de onderhandelingen tussen 21 september en nu plaatsgevonden. Dat vond ik nogal interessant om te zien. Hetzelfde geldt voor Trodelvy, waarvoor ik recentelijk het besluit heb mogen tekenen om het toe te voegen aan het basispakket. Daarbij zie je dat er tweeënhalf jaar gedaan is over het indienen van het dossier door de fabrikant, vervolgens tien weken over de beoordeling door het Zorginstituut en negen weken over de onderhandeling. Ik denk dat het goed is dat we dit soort verhoudingen nu scherp voor ogen hebben.

Ik zie een heleboel handen omhooggaan.

De **voorzitter**:

Ik wacht even tot u klaar bent met uw voorbeelden.

Minister **Agema**:

Komt u maar.

De **voorzitter**:

Volgens mij is de minister klaar met dit voorbeeld. Als eerste zag ik een hand van meneer Claassen.

De heer **Claassen** (PVV):

De vraag is dan hoe het komt dat fabrikanten daar zo lang over doen. Ik heb het idee -- daar refereerde ik eerder al aan -- dat ze aan de voorkant moeten weten hoe dat proces eruitziet en wat er verwacht wordt, en dat wat er van fabrikanten verwacht wordt niet moet veranderen. Ik heb het idee dat er daarom telkens dossiers teruggestuurd worden. Volgens mij was dat ook aan de hand bij Trodelvy. Wat moet er veranderen om te voorkomen dat dit zulke lange trajecten zijn? Het ligt volgens mij niet alleen aan de fabrikant.

Minister **Agema**:

Nee, maar de fabrikant heeft hier wel zijn eigen verantwoordelijkheid. Het kan toch niet zo zijn dat je er, zoals bij Revestive, elf jaar over doet om je dossier compleet te maken? Nee. Datzelfde geldt natuurlijk voor de tweeënhalve jaar die nodig is geweest voor Trodelvy. Dat is gewoon heel erg lang. Je ziet dat het ineens veel sneller gaat op het moment dat het bij het Zorginstituut ligt of de onderhandelingsfase er is. Het ligt dus ook aan de verantwoordelijkheid van de fabrikant om de spullen goed en snel gereed te krijgen.

De **voorzitter**:

Een vervolgvraag nog.

De heer **Claassen** (PVV):

Dat begrijp ik, maar mijn vraag was vooral of het niet zou helpen om aan de voorkant juist heldere, duidelijke afspraken met elkaar te maken, zodat men weet hoe zo'n proces eruitziet. Dat schijnt -- ik heb het proces gelukkig nooit hoeven te volgen -- namelijk vaak toch wat onduidelijk te zijn. Het is dus niet zozeer een oproep om helemaal op te komen voor de fabrikanten, maar wel

om op te komen voor de patiënt die het uiteindelijk nodig heeft. Denkt de minister dat dat proces helder genoeg is? Kan dat niet beter?

Minister **Agema**:

Nou, ik denk dat dat wel helder genoeg is. Ze kunnen natuurlijk altijd contact opnemen met het Zorginstituut -- want het Zorginstituut doet de beoordeling -- en vragen: wat heeft u van ons nodig? Dan is het gewoon aan een fabrikant om voort te maken.

De heer ...

De **voorzitter**:

Voordat we verdergaan, is er ook nog een vraag van mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik kan deze niet zomaar voorbij laten gaan, zeg ik heel eerlijk. Ik heb ook helemaal niet de neiging om op te komen voor fabrikanten. We hebben als Kamercommissie in mei een hoorzitting gehouden. De minister heeft het in haar tijd als Kamerlid de destijds zittende minister heel vaak verweten dat het te lang duurde, dat het Zorginstituut niet goed zijn best deed en dat de overheid en met name de minister gewoon echt faalden. Dat heeft ze heel vaak gedaan, ook met hele nare beschuldigingen richting de zittende bewindspersoon. Aan de ene kant ben ik blij dat de minister laat zien dat ze kennelijk toch wat dieper en genuanceerder inzicht heeft in dit hele sluisproces, maar ik kan het ook niet zomaar laten lopen. Ik vind dit namelijk echt lastig. Inderdaad, het is aan fabrikanten. De procedure is volgens mij helder. Die is al jaren helder. Volgens mij is het heel duidelijk dat als je de eigenaar bent van een bepaald effectief middel, een molecuul of een combinatie van moleculen, het ook jouw verantwoordelijkheid is om dat proces goed in te gaan. De minister heeft als Kamerlid voortdurend de destijds zittende ministers beschuldigd van opzettelijke vertraging. Kennelijk is ze daar voorbij, maar ik wil dat punt wel eventjes markeren.

Minister **Agema**:

Het klopt dat ik vaak harde bewoordingen heb geuit richting mijn voorgangers, maar ik heb ze er niet van beschuldigd dat ze geen haast zouden maken. Het is wel zo dat het dashboard pas sinds dit jaar openbaar is. We kunnen pas nu zien hoe het precies in zijn werk gaat. Het ligt vooral een hele lange tijd bij de fabrikanten en dus niet bij het Zorginstituut of het ministerie.

De **voorzitter**:

Een vervolgvraag van mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Het is dankzij de vorige bewindspersoon dat dat dashboard er is en wellicht ook dankzij wat Kamerleden die daarom gevraagd hebben. Elk Kamerlid dat contact zoekt met het Zorginstituut om te begrijpen hoe het zit -- ik heb dat meerdere malen gedaan via de geëigende routes -- kan dit soort redelijk makkelijke en voor de hand liggende informatie krijgen. Elk Kamerlid dat weleens contact opneemt met farmaceutische bedrijven of met de vertegenwoordigende brancheorganisatie om het wat beter te begrijpen had dit ook kunnen weten. Dat heb ik ook regelmatig gedaan. Het is dus fijn dat dat dashboard er is en we zullen daar ook met argusogen naar kijken. De gemiddelde duur was telkens zo'n groot ding. Je hoorde steeds: ze zitten er gemiddeld zo veel dagen in. Maar het gaat dus om een kleine groep vertragers. Dat is dus niet te wijten aan de overheid, het Zorginstituut, de minister of wie dan ook. Ik vind dat we daar echt genuanceerder in moeten zijn, ook richting de mensen die hun hoop hebben gevestigd op een middel dat hun leven kan redden of verbeteren. Daar refereerde meneer Claassen heel terecht aan. Wij als politiek -- dat geldt zowel voor het kabinet als voor de Kamerleden -- moeten eerlijk zijn over wat er aan de hand is en we moeten geen valse beschuldigingen over tafel gooien.

Minister **Agema**:

Ik heb zeker harde woorden gebruikt in de richting van mijn voorgangers, maar valse beschuldigingen zijn niet aan de orde. Ik heb mijn vragen en harde bewoordingen altijd gebaseerd op de brieven die werden gestuurd. Het dashboard is sinds dit jaar actief geworden. We krijgen er nu inzicht in. Ik heb me altijd gebaseerd op de brieven die naar de Kamer werden gestuurd.

Twee. Ik heb het altijd gehad over de scherpe randjes, over de hele schrijnende scherpe randjes. Ik noem het voorbeeld van Enhertu. Als je een levensverlengend middel nodig had dat in twintig andere Europese landen wel beschikbaar was, moest je in Nederland een crowdfundingactie starten. Dat vind ik nog steeds heel erg schrijnend. Met alle dingen die we nu kunnen en het inzichtelijk maken via het dashboard willen we voorkomen dat mensen via een crowdfundingactie een middel uit een ander land moeten krijgen terwijl ze al vechten voor hun leven. Daar heb ik harde woorden voor gebruikt en dat vind ik nog steeds ongelofelijk schrijnend. Het maakt mij niet uit op welke stoel ik zit, aan die kant of aan deze kant. Het is nog steeds mijn motivatie om die scherpe randjes eraf te halen.

De **voorzitter**:

Meneer Claassen heeft ook nog een vraag.

De heer **Claassen** (PVV):

Ik krijg niet het gevoel dat de sluis nu helemaal prima is. Ik hoop dat we nog op een punt aankomen waarop de minister de grote problemen in de sluis en de postsluis wil oplossen, want nu lijkt het net alsof het allemaal in orde is en dan verschillen we van mening.

Minister **Agema**:

Nee, zeker niet. Wat betreft de postsluisgegevens: op het moment dat het besluit wordt getekend door de minister, zoals ik vorige week heb gedaan voor Trodelvy, strandt het inderdaad in het basispakket. Maar bij een behandeling met meerdere geneesmiddelen kan het gebeuren dat er toch nog een beoordeling moet plaatsvinden door de zorgverzekeraar als een van de geneesmiddelen niet in de sluis zat. Het gaat dan om de effectiviteit van combinatiebehandelingen. Ook na de sluis is er sprake van het reguliere inkoopproces van ziekenhuizen en zorgverzekeraars, waarbij bijvoorbeeld gekeken wordt naar eventuele meer doelmatige alternatieven en naar de vraag of het in een expertisecentrum moet worden toegepast. Het kan zijn dat de beroepsgroep dan nog onderzoek doet en/of afspraken maakt om de doelmatige en juiste inzet van een geneesmiddel te bevorderen en te borgen. Artsen willen eerst zelf nog afspraken maken binnen de wetenschappelijke verenigingen over de start- en stopcriteria en over welke patiënten worden behandeld. Mijn toezegging in de richting van de heer Claassen is deze. In de ontwikkeling van het bestendige pakketbeheer werk ik eraan om artsen eerder te betrekken. Bovenstaande drie punten die ik hier noem, die post sluis plaatsvinden, zullen in het dashboard worden opgenomen en ik zal er zorg voor dragen dat ze ondervangen worden tijdens de sluisperiode.

Dat zijn een aantal dingen die we kunnen doen aan de sluis. Voor een ander model heb ik van de ondersteunende partijen geen budget gekregen, dus ik zal er alles aan doen om het huidige model te verbeteren met alle mogelijkheden die ik heb.

Dan ...

De **voorzitter**:

Hoeveel tijd denkt de minister nog nodig te hebben, met het oog op de tijd?

Minister **Agema**:

Het begint op te schieten.

De **voorzitter**:

Het begint op te schieten. Heel goed.

Minister **Agema**:

Dan de vraag hoe we ervoor kunnen zorgen dat artsen die met zinvolle studies over lagere doseringen bezig zijn, niet worden tegengewerkt door de industrie. Ik ben blij met het initiatief van artsen om behandelingen met geneesmiddelen te verbeteren, zoals door het verlagen van de dosering, zonder dat dit ten koste gaat van de effectiviteit van het geneesmiddel. Volgens mij heeft het oud-lid Sazias ooit al een initiatiefnota daarover gemaakt. Ik ondersteun deze initiatieven en heb partijen zoals de Federatie Medisch Specialisten, ziekenhuizen en het Zorginstituut opdracht gegeven om samen te bepalen hoe die studies uitgevoerd moeten worden. Ik heb daar ook budget voor beschikbaar gesteld. Doordat het draaglijk is bij alle partijen om een studie uit te voeren, vertrouw ik erop dat de invloed van de industrie dan minimaal is.

Dan de budgettaire redenen voor gebruik na de sluis. Artsen kijken ... O, die hebben we al gehad.

De **voorzitter**:

Ondertussen is er nog een vraag van mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ja, een verhelderende vraag. Ik weet niet precies wat de minister zei op de vraag over het in de weg staan van experimenten met andere doseringen. We hebben ook in de voorbereiding van de hoorzitting gehoord dat artsen hier echt last van hebben. Hoe kunnen we nou zorgen dat ze die last niet hebben? Dat heb ik nog niet helemaal gehoord.

Minister **Agema**:

Ik heb in ieder geval budget beschikbaar gesteld zodat onder andere de Federatie Medisch Specialisten, de ziekenhuizen en het Zorginstituut samen

kunnen bepalen hoe de studies naar de lagere dosering uitgevoerd moeten worden.

De **voorzitter**:

Een vervolgvraag.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Alleen is geld niet altijd het probleem, naar ik begrepen heb, maar het feit dat het intellectueel eigendom van een bepaald molecuul of een combinatie van moleculen bij een fabrikant ligt, en dat fabrikanten dat dus niet zomaar uitlenen zonder allerlei voorwaarden en dat soort dingen. Hoe wordt dat dan ondervangen?

Minister **Agema**:

Ik ga even luisteren naar wat de ambtenaar mij vertelt. Daar komen we op terug.

Dan de vraag hoe we het invoeren van het enzymspaspoort oppakken. Ik denk dat ik weinig toe te voegen heb aan de lezing van mevrouw Hertzberger. De microbioloog in ons midden heeft de voor- en tegenargumenten volgens mij heel goed naar voren gebracht. Zoals mijn voorganger in oktober 2023 aan uw Kamer heeft gemeld, kan het farmacogenetisch profiel nu niet breed worden ingevoerd. Er is nog geen bewijs dat het breed invoeren van het farmacogenetisch profiel effectief en kosteneffectief is. Het ministerie heeft wel via ZonMw 4 miljoen euro subsidie ter beschikking gesteld voor studies naar het farmacogenetisch profiel. Daarnaast zie ik dat er in het veld verschillende studies worden uitgevoerd, dus we zullen de uitkomsten volgen.

Even kijken waar we zijn. Er was een vraag over statines van de heer Claassen. Op welke wijze wordt binnen de huisartsen- en apotheekzorg aandacht gegeven aan het te lang voorschrijven van bijvoorbeeld statines, en welke consequenties kan dit hebben voor het betaalbaar houden van apotheekzorg? Artsen moeten samen met de apothekers ervoor zorgen dat mensen passende medicatie gebruiken. Ze maken afspraken met zorgverzekeraars over welke prestaties ze kunnen gebruiken om dit te declareren. Ze moeten goede zorg verlenen. Dat betekent ook minderen en stoppen als dat nodig is voor de patiënt. Ik ben in gesprek met het veld, waaronder apothekers, huisartsen en zorgverzekeraars, over de vraag waarom er maar zo weinig zorgprestaties worden gedeclareerd. Ze hebben meerdere redenen aangegeven, zoals tijdgebrek, maar bijvoorbeeld ook omdat ze het niet eens worden over de tarieven en de aantallen. Daarom

werk ik samen met het veld uit hoe de zorg moet verbeteren en wat daarbij een passende bekostiging is. Dat moet zeker bijdragen aan het betaalbaar houden van de apotheekzorg.

Dan de vraag van het Kamerlid Van Dijk: wat is de stand van zaken van de gesprekken rondom de toekomstvisie eerstelijnsapotheekzorg en is de minister bereid over te stappen op populatiebekostiging? De sessies met het veld rondom de toekomstvisie zijn in volle gang. Eind van dit jaar bericht ik de Kamer over de stand van zaken, over de voortgang. Parallel hieraan wordt verkend of de doelen van de eerstelijnsapotheekzorg nog passen bij de bekostiging. Populatiebekostiging is een van de mogelijkheden. Iedere vorm van bekostiging heeft voor- en nadelen. Daarom wil ik met het veld bepalen wat het beste werkt om een goede zorg te kunnen leveren. Ik ben al in gesprek met de NZa over medicatie-evaluaties en over andere zorg, los van het verstrekken van medicijnen.

Kan Nederland een voorloper worden op het gebied van gezamenlijk inkopen in Europa? Gezamenlijk inkopen in Europa is ingezet door mijn voorganger Edith Schippers. Zij heeft ook Beneluxa opgericht. Nederland is daardoor een van de voortrekkers bij het opzetten van samenwerking rond geneesmiddelenbeleid. We zijn al langer actief om samen met andere landen betere prijzen te kunnen uitonderhandelen. Het gaat daarbij vooral om volumes. Hoe groter het volume, hoe beter de prijs. Daarbij hebben we ervaring opgedaan met gemeenschappelijk onderhandelen over nieuwe dure geneesmiddelen. Door de verschillen in de landelijke zorgsystemen is dat wel complex. Het nadeel is dus dat we allemaal verschillende systemen hebben. Daarnaast sta ik ervoor open om te verkennen of het mogelijk is om gezamenlijk met ander landen goedkopere geneesmiddelen in te kopen.

Wat is de voortgang bij de uitvoering van de motie over de apothekerskast? Deze motie is afgedaan door mijn voorganger Pia Dijkstra. Zij heeft uw Kamer in haar laatste voortgangsbrief over de beschikbaarheid van medische producten, uitgebreid geïnformeerd over de initiatieven, waarmee mede invulling wordt gegeven aan de motie. In deze brief is onder meer ingegaan op het signaleren van tekorten en het inzicht in kritieke middelen, op het vergroten van voorraden en leveringszekerheid, op internationale activiteiten en op de inzet van eigen financiële beleidsinstrumenten.

Het lid Tielen heeft gevraagd of de minister bereid is om standaard de omvang en de duur van uitgaves van geneesmiddelen aan te passen en te verkorten. Het veld heeft afspraken gemaakt over de hoeveelheid medicijnen die per recept aan patiënten wordt afgeleverd. Dit is de prescriptieregeling. Deze regeling draagt eraan bij dat zo min mogelijk wordt meegegeven aan een patiënt en dat verspilling van medicijnen ook op deze manier wordt voorkomen. Hé, dat is toevallig het voorbeeld over mijn dochter van afgelopen vrijdag.

Het standaard verkorten van de uitgifteperiode vind ik onwenselijk omdat de patiënt dan vaker medicijnen moet ophalen en de apotheek meer werk heeft,

maar we moeten hier natuurlijk per casus naar kijken. Bovendien kan het effect hebben op de therapietrouw. Als er bijzondere situaties zijn, bijvoorbeeld bij een tekort, dan wordt de uitgaveduur dus aangepast, zoals bij de antibiotica.

Hoe kunnen we ervoor zorgen dat farmaceuten geneesmiddelen ontwikkelen gericht op kwetsbare groepen, zoals kinderen en zwangere vrouwen? Volgens mij heb ik daarop al de toezegging gedaan dat ik dat erbij ga betrekken.

Dat was het.

De **voorzitter**:

Goed. Ik zie dat er nog twee vragen zijn. Daarna gaan we snel door naar de tweede termijn. Er is eerst nog een vraag van mevrouw Hertzberger.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Ja, voorzitter, nog even voor deze minister. Ik dank haar voor de beantwoording. Kan zij nog ingaan op de richtlijn over stedelijk afvalwater, de Urban Waste Water Treatment Directive, en de uitgebreide producentenverantwoordelijkheid daarin? Wat betekent dit? Het is ook ...

De **voorzitter**:

Wellicht is dit iets voor de tweede termijn. Heel kort.

Minister **Agema**:

Ik kom er even in tweede termijn op terug.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Ja, maar dit is wel iets wat echt zorgen baart, ook in het veld. Ik ben heel erg benieuwd.

Minister **Agema**:

Ja, daar gaan we mee beginnen.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Misschien kan zij ook ingaan op de rol die de consument heeft, opdat dat amoxicillinedrankje niet door de gootsteen gaat.

De **voorzitter**:

Ja, er gaan zo veel medicijnen door de gootsteen; er komt ook veel in het riool terecht. Ik kom daar in tweede termijn op terug.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik weet het niet zeker, want het zou kunnen dat de minister het al eerder heeft toegezegd in lijn met de toezegging die zij tijdens het debat over mpox heeft gedaan. Is er inzicht in de ijzeren voorraden van bepaalde generieke middelen in andere Europese landen en hoe hebben die invloed op de beschikbaarheid daarvan in Nederland?

De **voorzitter**:

Ik hoor dat de minister ook daarop nog terugkomt.

Volgens mij zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn van de verdediging van de initiatiefnota door het lid Krul en zijn ondersteuning en van de beantwoording van de vragen door de minister. Wat mij betreft gaan we gelijk door met de tweede termijn van de Kamer. Zoals dat gebruikelijk is bij een notaoverleg, kunnen dan ook moties worden ingediend.

Toch een heel kleine schorsing. We gaan drie minuten schorsen omdat nog het een en ander geprint moet worden, begrijp ik. Daarna gaan we snel van start. Mijn vraag is om het dan kort en beknopt te houden, want om 14.00 uur moet de zaal leeg zijn.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:

We gaan weer van start met de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Een aantal mensen heeft nog wel wat spreektijd over. Een aantal mensen heeft amper spreektijd meer over. Met het oog op de tijd kijk ik alle leden aan en verzoek ik het enigszins beknopt te houden. Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Van Dijk van het CDA.

Mevrouw **Inge van Dijk** (CDA):

Dank je wel, voorzitter. Het voordeel was dat ik helemaal niet zo veel spreektijd had. Toch wil ik de heer Krul en de minister heel hartelijk bedanken voor de beantwoording.

Ik heb nog een vraag en een motie. Met betrekking tot het magistraal bereiden zegt de minister: "KNMP en NVZA hebben op verzoek van mijn voorganger knelpunten rondom de vergoeding van de apotheekbereiding in kaart gebracht en een overzicht daarvan met mij gedeeld. Aan de hand van dit overzicht bekijk ik aan welke van de knelpunten ik iets kan doen en welke partijen, zoals de zorgverzekeraars, ik daar in elk geval bij moet betrekken." Mijn vraag is: kan de minister aangeven wanneer ze met meer informatie hierover komt? Waar kan ze iets aan doen en wanneer gaat dat vervolgens opgepakt worden?

Dan het belonen of in elk geval niet afstraffen van ontpillen. Daarover heb ik een motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat het terugdringen van onnodig medicijngebruik zorgt voor lagere kosten en minder bijwerkingen;

constaterende dat er grote regionale en lokale verschillen zijn in de mate van medicijngebruik;

constaterende dat in de huidige bekostigingssystematiek perverse prikkels zitten die ontpillen ontmoedigen;

verzoekt de regering samen met apothekersorganisatie KNMP en Zorgverzekeraars Nederland alternatieve bekostiging van farmaceutische zorg te onderzoeken waarmee ontpillen niet langer ontmoedigd wordt,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door het lid Inge van Dijk.

Zij krijgt nr. 6 (36343).

Mevrouw **Inge van Dijk** (CDA):

Dank je wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

We gaan door naar het lid Claassen.

De heer **Claassen** (PVV):

Voorzitter, ik zal kort zijn. Ik wil de indiener en de minister bedanken voor de antwoorden. Ik heb begrepen dat we binnenkort een heel lange, uitgebreide brief krijgen. Volgens mij zijn de ambtenaren feitelijk al begonnen met typen om die af te krijgen. Maar in die brief gaan volgens mij wel een heleboel voorstellen staan die het allemaal wat beter moeten maken. Daar zullen wij goed op gaan letten.

Tot slot vraag ik de minister nog: waar zijn wij volgend jaar als het gaat over dit onderwerp? Wat is dan de grote winst van vandaag?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank, voorzitter. Nogmaals dank aan de initiatiefnemers en dank aan de minister voor een volgens mij best wel weer goed debat over geneesmiddelen. Ik denk dat meneer Krul het al goed zei: in de tijd verandert er een hoop en dat gaat niet vanzelf. Soms denk je weleens in zo'n debat: wie zijn wij nou helemaal dat we denken dat we daar iets aan kunnen veranderen? Maar ik denk toch dat het een rol speelt.

Ik wacht nog op één antwoord van de minister en heb ook een motie, omdat ik denk dat het toch een rol speelt.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat veel klinische medicijnonderzoeken primair worden gedaan om de effectiviteit en veiligheid van geneesmiddelen bij volwassenen, meestal westerse, mannen in kaart te brengen;

overwegende dat een dergelijke onderzoeksetting lang niet altijd representatief is voor de daadwerkelijke effecten bij gebruik door mannelijke patiënten en al helemaal niet bij gebruik door vrouwelijke patiënten en kinderen;

overwegende dat dit soms kan leiden tot onverwachte effecten en suboptimaal gebruik van medicijnen;

verzoekt de regering om toe te werken naar gestandaardiseerd en voorgeschreven postmarketingonderzoek om de effecten van medicijnen bij gebruik door verschillende doelgroepen in de praktijk te monitoren, en om daarin kwaliteit-van-levendata op te nemen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door de leden Tielen en Hertzberger.

Zij krijgt nr. 7 (36343).

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik heb de minister wel een toezegging horen doen. Ik vond dat een goede stap, maar wij zouden graag nog een stap verder zetten. Vandaar de motie.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Hertzberger.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Voorzitter. Ik wil de heer Krul en de minister bedanken voor de beantwoording. Nogmaals, het punt van NSC is dat we ook goed moeten kijken waar de verantwoordelijkheden liggen in deze markt. Ik hoop dat dat ook echt terugkomt in de brief.

Dank u wel.

Voorzitter: Inge van Dijk

De **voorzitter**:

Dan geef ik het woord aan de heer Bushoff.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dank u wel. Dan hou ik het ook heel kort. Namens mijn fractie dank voor de beantwoording van de vragen. Dank aan het lid Krul en zijn ondersteuning. Ook dank aan de minister.

Eén: er komt een brief met héél veel toezeggingen. Daar ben ik op zich blij mee, want in die brief komen heel veel dingen terug. Ik ga zo meteen een aantal daarvan opnoemen.

Twee: de ruimte om bij geregistreerde geneesmiddelen als apotheek toch magistraal te bereiden. De minister gaf aan dat ze zich er hard voor gaat maken dat die ruimte bij de herziening van de Europese wetgeving blijft bestaan. Is er dan aanleiding om te denken dat die ruimte wordt ingeperkt? En zou onze inzet niet moeten zijn om die ruimte juist te vergroten? Dat wilde ik graag nog wel even horen van de minister, want daar maakte ik mij wel wat zorgen over.

Gelet op de tijd en mijn oproep aan u allen hou ik me zelf ook aan mijn eigen oproep en wil ik het hier voor nu bij laten.

De **voorzitter**:

Dan geef ik u het voorzitterschap weer terug.

Voorzitter: Bushoff

De voorzitter:

Dank u wel. Dan denk ik dat we bijna gelijk door kunnen gaan. De moties moeten zo nog een appreciatie krijgen van de minister, dus laten we vijf minuten schorsen. Dat moet lukken.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Volgens mij kreeg ik het signaal dat ook de minister gereed is en dat we door kunnen met de tweede termijn van de mensen aan mijn rechterzijde. Er zijn twee moties ingediend. Die zijn gericht aan de regering, dus daarvoor en voor vragen die eventueel nog zijn blijven liggen geef ik zo meteen de minister nog het woord. Maar eerst is natuurlijk het woord aan het lid Krul.

De heer Krul (CDA):

Voorzitter, dank u wel. Een van de onwennigheden van het verdedigen van zo'n nota is dat je tijdens de termijn van de minister niet elke keer je hand moet gaan opsteken. Elke keer als mijn collega's dat deden, heb ik dat in mijn hoofd ook gedaan. Ik zal mij nu ook onthouden van het stellen van nog een paar vragen. Omwille van de tijd lijkt me dat ook niet handig.

Er resten mij nog maar een paar dingetjes. Ik heb nog één vraag openstaan van NSC over de nieuwe regels vanuit Europa op het gebied van waterzuivering en de nieuwe zogenaamde vierde trap. Vervuiling van water door geneesmiddelen, bijvoorbeeld doordat consumenten geneesmiddelen door de wc spoelen, is een groot probleem. Het is zelfs een groter probleem dan vervuiling vanuit de landbouw -- een veelvoud daarvan zelfs, zou ik er even bij willen zeggen -- en waterschappen kunnen er maar heel beperkt wat aan doen. Er zijn best wel ideeën en mogelijkheden om hier wat aan te doen. Denk bijvoorbeeld aan filters bij ziekenhuizen. Maar het is ook belangrijk dat fabrikanten het probleem bij hun eigen bron gaan aanpakken. Dat het water dan gefilterd moet worden voordat het geloosd wordt, is wat ons betreft een logische stap. We hebben signalen ontvangen dat dat een enorme investering vergt. Ik ben ervan overtuigd dat de minister diezelfde signalen heeft ontvangen en ik denk dat zij daar straks ook meer over kan vertellen.

Voorzitter. Veel van de stappen die volgen uit deze initiatiefnota, zijn eigenlijk door de minister aangekondigd in wat een recordbrief moet zijn. Ik sluit niet

uit -- daar kunt u van op aan -- dat we aan de hand van dat boekwerk weer met nieuwe voorstellen zullen komen.

Tot slot, echt tot slot, wil ik nogmaals mijn dank uitspreken aan Joba van den Berg, aan Rutger Stafleu, die haar geholpen heeft, aan veldpartijen, die uiteraard ook meegedacht hebben, aan mijn ondersteuning, aan Jacco hier, maar ook aan de Kamerleden die hier toch maar zijn gaan zitten op deze maandag om mij bij dit notaoverleg van prikkelende vragen te voorzien. Dank daarvoor, allemaal, en tot de volgende keer. Ik zie ernaar uit om weer aan die kant te zitten bij dit onderwerp.

Minister **Agema**:

Nou, aan deze kant past u ook perfect.

Mevrouw Hertzberger had een vraag over het stedelijk afvalwater. Ik heb begrepen dat het gaat om zo'n 400 miljoen euro per jaar voor fabrikanten van geneesmiddelen. Dat is voor de generieke fabrikanten een te grote opgave, omdat deze producten simpelweg te weinig marge hebben. Bij de implementatie trek ik samen op met mijn collega van IenW en met andere landen. Daarbij heb ik oog voor de gevolgen voor de beschikbaarheid, maar dit is ook een story to be continued.

De VVD had nog de vraag wat er mogelijk is om de lagere doseringen te onderzoeken. Hangt dit samen met intellectueel eigendom? Nee, in dit geval niet, want het gaat om offlabel gebruik.

Dan de ijzeren voorraad. Er werd gevraagd naar inzicht in andere landen. Als er een tekort is, zorgen we voor inzicht in de voorraadstatus in Nederland om daarop te acteren. Het meldpunt gaat er dan mee aan de slag. Er is zowel nationaal als internationaal geen inzicht in de voorraadstatus van alle producten.

Dan Van Dijk. Zij vroeg naar knelpunten in de vergoedingen van de apotheekbereidingen. Er komt een update in de eindejaarsbrief.

De PvdA vroeg naar de doorgeleverde bereidingen in de Europese wetgeving. Er zijn heel veel verschillende belangen bij dit onderwerp. We hebben zelf een gedoogbeleid. Onze inzet is natuurlijk om niet daarvandaan te komen met minder, maar met meer, dus eerder om het te formaliseren dan om daar met lege handen vandaan te komen.

Meneer Claassen vraagt wat mijn grote wens is voor over een jaar. Ik begon mijn bijdrage met de elf acties die al worden ondernomen. De Kamer heeft ook een heleboel ideeën en creativiteit laten zien. Ook de heer Krul heeft dat gedaan met zijn initiatiefnota. Maar ik vind het wel zorgelijk dat alle acties die al ingezet zijn er nog niet voor hebben gezorgd dat het probleem kleiner is geworden. Moet je dan zo redeneren dat het probleem anders nóg groter was geweest? Dat weten we niet. We krijgen wel steeds meer inzichten in dit

veelkoppige monster. Het is mijn grote wens dat we er volgend jaar beter voor staan. Daar heeft de Kamer heel hard aan meegewerkt, net als de heer Krul met zijn initiatief, het ministerie en het veld. Iedereen doet daar enorm veel voor, in de hoop dat we er over een jaar beter voor staan dan nu.

Dan de twee moties. De eerste is de motie-Inge van Dijk op stuk nr. 6. Omdat er niet gevraagd was naar regionale en lokale verschillen, ben ik in de beantwoording daar ook niet op ingegaan. Soms is het zo, bijvoorbeeld met die longformularia, dat er op regionaal gebied afspraken worden gemaakt waardoor de regionale verschillen juist positief zijn. Onder een heleboel van de regionale verschillen zit een heel positieve ondertoon, behalve bijvoorbeeld als het gaat om studentensteden waar bijvoorbeeld opvallend veel ADHD-medicatie wordt gebruikt. Wij onderzoeken ook wat dit betreft de knelpunten. De motie verzoekt de regering om samen met apothekersorganisatie KNMP en Zorgverzekeraars Nederland alternatieve bekostiging voor farmaceutische zorg te onderzoeken waarmee ontpillen niet langer ontmoedigd wordt. Oordeel Kamer. Het gevraagde is ook ondersteuning van beleid, want we zijn hiermee bezig.

Dan de motie-Tielen/Hertzberger op stuk nr. 7. Deze verzoekt de regering om toe te werken naar gestandaardiseerd en voorgeschreven postmarketingonderzoek om de effecten van medicijnen bij gebruik door verschillende doelgroepen in de praktijk te monitoren en om daarin kwaliteit- van-levendata op te nemen. Dit heeft betrekking op "people to treat and people to harm". Het gaat vooral om heel veel individuele verschillen. Bijvoorbeeld bij oncologische medicijnen accepteert de gebruiker het eerder dat die leiden tot onvruchtbaarheden dan bijvoorbeeld bij astmamedicatie; daar zouden we het echt buitenproportioneel vinden. Maar het kan ook individueel zo zijn dat iemand zegt: nee, ik wil geen oncologische medicijnen als die betekenen dat ik geen kinderen kan krijgen als ik mijn ziekte overleef. Er zijn dus zo veel verschillen dat het mij heel erg belangrijk lijkt om dit bij de arts en de patiënt te laten. Mijn verzoek aan de indieners is dan ook om het dictum zodanig aan te passen dat de regering om inzicht wordt gevraagd in hoe artsen en het Zorginstituut samen bepalen welk onderzoek nodig is. Ik zou het in ieder geval niet dicht willen regelen, want dat lijkt me risico's met zich mee te brengen.

De **voorzitter**:

Dan is de motie in deze context misschien ontraden, maar het dictum kan natuurlijk nog aangepast worden. Dat ligt dan bij de indieners.

Minister **Agema**:

Ja, als de indieners bereid zijn om het dictum aan te passen.

De **voorzitter**:

Ja. Dan ga ik eerst nog even naar de indieners.

Mevrouw **Hertzberger** (NSC):

Toch wel even een vraag hierover. Het gaat over na de marketing surveilleren wat de effecten zijn. Dan spreek je over groepen waarvoor de farmaceutische industrie registratie niet waardevol genoeg vindt, bijvoorbeeld registratie qua leeftijd, of registratie van groepen zoals zwangeren of mensen die borstvoeding geven, groepen die je dus wel ná de markttoelating kan onderzoeken. Als je het onderzoek niet vooraf gaat doen in een klinische trial: oké, fine. Maar om het onderzoek ook achteraf niet te doen, gaat toch wel heel erg ver.

Minister **Agema**:

Het probleem blijft hetzelfde. Maar ik zou dit vooral niet kapotregelen. Ik vind het heel risicovol. De arts en het Zorginstituut kunnen zelf en gezamenlijk het beste bepalen wat er nodig is. Ik zou dit op deze manier niet doen, omdat we zo meer administratielasten krijgen en misschien wel het kind met het badwater weggooien. Daarom heb ik een alternatief dictum voorgesteld waarin ik in ieder geval inzicht ga geven in hoe het werkt en welke onderzoeken er nodig zijn om hier verheldering over te geven.

De **voorzitter**:

Voor mij is het in ieder geval helder. Er kan ook op een later moment nog over gewisseld worden tussen de indieners. We stemmen natuurlijk pas volgende week dinsdag over de moties, dus er is nog tijd om het wellicht eens te worden.

Minister, was dit het van uw kant? Ik zie dat dat zo is. Dan zijn we bijna aan het einde van deze vergadering gekomen, tenzij er nog een prangende vraag is blijven liggen. Ik zie dat dat niet zo is.

Dan allereerst heel hartelijk dank aan Krul en zijn ondersteuning en eerder Joba van den Berg voor deze initiatiefnota. Het schrijven van een initiatiefnota is een supermooi instrument dat wij als Tweede Kamerleden hebben. Het is daarom belangrijk dat er van de zijde van de Kamer altijd genoeg mensen belangstelling tonen. Dat was nu zo, dus daar ben ik heel blij mee. Ook dank aan de minister voor haar beantwoording.

Het is een onderwerp dat iedereen bezighoudt en waar de minister ook nog op terugkomt in het boekwerk waar al aan gerefereerd werd. Er is namelijk een brief toegezegd tegen het einde van het jaar. In die brief komt, werkelijk waar, een waslijst aan toezeggingen terug. We hebben een geweldige griffie, die een heel deel van deze toezeggingen die in de brief moeten landen, heeft opgeschreven. Ik kan er een aantal noemen, maar ik weet zeker dat ze er niet allemaal in staan. Volgens mij wordt er ook meegeschreven en worden ze genoteerd en aan de Kamer gestuurd. Volgens mij is het dus niet noodzakelijk dat ik die hele waslijst aan toezeggingen opnoem. Er komt naar de Kamer toe wat de minister heeft toegezegd. Dan zullen we op een later moment ongetwijfeld nog over deze brief komen te spreken.

We zijn keurig op tijd klaar. Ik dank alle leden, de aanwezige mensen op de publieke tribune en natuurlijk de mensen, onder wie Joba van den Berg, die thuis meekeken voor hun aanwezigheid.

Sluiting 13.45 uur.