

Vergaderjaar 2017–2018

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 510

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 11 juli 2018

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 26 juni 2018 overleg gevoerd met de heer Bruins, Minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 december 2017 inzake monitor Geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg (Kamerstuk 29 477, nr. 461);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 december 2017 inzake wijziging van de Regeling maximumprijzen geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 459);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 24 januari 2018 inzake reactie op evaluaties van de ZonMw-programma's Goed Gebruik Geneesmiddelen en Health Technology Assessment (Kamerstuk 29 477, nr. 465);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 februari 2018 inzake evaluatierapport G5 (samenwerkingsverband tussen de vijf verstrekkers van betrouwbare en objectieve farmacotherapeutische informatie) (Kamerstuk 29 477, nr. 467);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 februari 2018 inzake verkenning medicinale cannabis (Kamerstuk 29 477, nr. 470);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 februari 2018 inzake advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de bekostiging van de zorg aan mensen met een zintuiglijke handicap of taalontwikkelingsstoornis (Kamerstuk 30 597, nr. 491);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 15 februari 2018 inzake RIVM-rapport Off-labelgebruik van geneesmiddelen: Verkenning van de complexiteit en problematiek (Kamerstuk 29 477, nr. 469);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 maart 2018 inzake ontwikkelmodellen geneesmiddelen (Kamerstukken 29 477 en 32 336, nr. 473);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 maart 2018 inzake aankondiging kandidaten voor pakket-sluis geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 475);**

- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 3 april 2018 inzake resultaten projecten farmacie (Kamerstuk 29 477, nr. 477);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 maart 2018 inzake reactie op het verzoek van het lid Dijkema, gedaan tijdens de Regeling van werkzaamheden van 27 maart 2018, over het stopzetten van de vergoeding voor het medicijn Fampyra (Kamerstuk 29 477, nr. 476);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 15 mei 2018 inzake status vergoeding geneesmiddelen eculizumab, ribociclib en atezolizumab (Kamerstuk 29 477, nr. 480);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 april 2018 inzake levering van extra medicinale cannabis aan Italië (Kamerstuk 29 477, nr. 479);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 mei 2018 inzake antwoorden op vragen commissie over de toezending standpunten voorwaardelijke toelating tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet (29 689, nr. 908);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 22 mei 2018 inzake reactie op het verzoek van het lid Dijkema, gedaan tijdens de Regeling van werkzaamheden van 24 april 2018, over het bericht «Honderdduizenden mensen zieker door overstap naar ander merk medicijn» (29 477, nr. 482);**
- **de brief van de Minister van Buitenlandse Zaken d.d. 15 juni 2018 inzake verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en het Europees Geneesmiddelenbureau betreffende de vestiging van het Europees Geneesmiddelenbureau; 's-Gravenhage, 1 juni 2018 (30 952, nr. 310).**

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Pia Dijkstra
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Pia Dijkstra, Dik-Faber, Ellemeest, Van Gerven, Ploumen, Sazias en Aukje de Vries,

en de heer Bruins, Minister voor Medische Zorg en Sport.

Aanvang 16.29 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag. Welkom bij de tweede termijn van het algemeen overleg over het geneesmiddelenbeleid. We zijn er vorige week niet in geslaagd om dat binnen de daarvoor gestelde tijd af te ronden, dus we gaan nu de tweede termijn doen. Er zijn hier een aantal leden die over een halfuur al weg moeten. Als de anderen dat goed vinden, ga ik hun als eerste het woord geven. Ik kijk ook even naar de Minister. Hij zal misschien vragen beantwoorden of een nadere toelichting geven terwijl de betreffende leden er niet meer zijn, maar er zijn altijd fractiemedewerkers die dat aanhoren. Ik wil de Minister en zijn ondersteuning overigens ook van harte welkom heten. Ik geef gauw het woord aan mevrouw De Vries van de VVD. De spreektijd is anderhalve minuut in deze tweede termijn.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Dank u wel dat ik even als eerste mag. Ik heb om halfvijf ook een andere afspraak. Vandaar nu even kort. Dank in elk geval voor de beantwoording van vorige week. Ik heb nog een aantal punten.

Het eerste punt is de Autoriteit Consument & Markt. De Minister is daar wel op ingegaan, maar mij ging het er vooral ook om dat er geneesmiddelenfabrikanten zijn die een monopolie hebben. Zij kunnen die marktmacht ook misbruiken. Wij zouden het goed vinden om te weten of de ACM er prioriteit aan geeft om daarnaar te kijken en om eventueel in te grijpen als misbruik plaatsvindt. Dat is mijn eerste vraag.

De tweede vraag gaat over de procedure voor de sluis. In mijn eerste termijn heb ik heel nadrukkelijk aangegeven dat ik niet vind dat er een termijn zou moeten zitten op de onderhandelingen. Ik begrijp dat dit de farmaceuten in de kaart speelt, en dat willen we juist niet. Maar daarvoor zitten natuurlijk ook een aantal stappen. Daar zou je wel meer duidelijkheid over kunnen creëren. De vraag is of de Minister daar eventueel toe bereid is.

Mijn derde punt is de brief van de NZa over de bekostiging van de diagnostiek. De Minister heeft aangegeven dat hij die brief heeft gestuurd, maar daarin staat dat de NZa momenteel in gesprek is met relevante partijen om te bekijken of de partijen knelpunten ervaren en of verdere specificatie en differentiatie van de bekostiging op het gebied van farmacogenetica wenselijk en noodzakelijk zijn. Het lijkt erop dat het nog niet helemaal uitgegeven is. Wij zijn wel benieuwd wat er uitgekomen is. Voorzitter. Mijn laatste punt gaat over de biomarkers en het gepast gebruik van medicijnen. De Minister geeft aan dat hij die niet verplicht wil stellen, ook niet voor dure geneesmiddelen. Dat zijn toch wel zaken waarvan wij bekeken zouden willen hebben of dat niet gewoon kan en ook niet gewoon heel vaak gebeurt bij die dure geneesmiddelen. Wij denken namelijk dat dit een besparing zou kunnen opleveren.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw De Vries. Mevrouw Sazias moet ook zo meteen weg, dus ik geef haar graag het woord namens 50PLUS. Daarna geef ik het woord aan mevrouw Dik-Faber.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Heel erg bedankt, voorzitter. Tijdens de eerste termijn hebben we het gehad over medicijnen die op medisch voorschrift, op ... Hoe noem je dat ook alweer?

De **voorzitter**:

Op recept.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Op recept! Dat woord zocht ik. Over de medische noodzaak die wordt aangegeven op het recept hebben we het gehad. Toen heeft de Minister gezegd dat hij in oktober gaat praten met apothekers en zorgverzekeraars. Ik wil toch nog even onder de aandacht brengen dat er al jurisprudentie is en dat ook de vorige Minister in 2015 nog eens heeft benadrukt dat in geval van medische noodzaak de zorgverzekeraar vanuit zijn zorgplicht verplicht is om het duurdere medicijn te vergoeden. Wij vinden ook echt dat de arts in dezen het mandaat moet hebben, dus ik zou nogmaals aan de Minister willen vragen of hij niet wil wachten tot oktober om in gesprek te gaan, maar of hij dat nu al vast wil stellen.

We hebben het ook gehad over personalised medicine en over het feit dat daarbij fase 3 niet meer nodig is, niet kan, omdat je dan direct maatwerk gaat leveren aan de patiënt. De Minister heeft gezegd dat te willen onderzoeken. Het probleem daarbij is dat fase 3 niet wordt vergoed door de zorgverzekeraar, omdat die nog steeds wordt beschouwd als een onderzoek. Dat ligt dan nog steeds bij de farmaceut. Mijn vraag is dus of fase 3 ook vergoed kan worden. Kan de Minister dat repareren?

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan mevrouw Dik-Faber namens de ChristenUnie.

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

Dank u wel, voorzitter. Op voorhand al mijn excuses dat ik om 17.00 uur de vergadering moet verlaten. Ik dank de Minister voor de beantwoording van alle vragen in eerste termijn en ook voor de gedane toezeggingen. Van mij zijn er nog drie punten overgebleven.

Mijn eerste punt betreft de herberekening van de vergoedingslimieten in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. De vergoedingslimieten zijn sinds 1999 niet meer opnieuw berekend. Het gevolg hiervan is dat de actuele prijzen veelal onder de vergoedingslimieten liggen. Dit maakt het GVS ineffectief in het drukken van medicijnprijzen. Een herberekening kan de farmaceutische industrie stimuleren tot lagere prijzen. Ik wil de Minister dan ook nogmaals vragen om een proef te doen met een selectieve herberekening van de vergoedingslimieten met een of enkele clusters en daarbij de effecten goed te monitoren, zodat we beter zicht krijgen op de voor- en nadelen. Is hij daartoe bereid?

Mijn tweede punt betreft de beoordeling van nieuwe geneesmiddelen door het Zorginstituut. In het regeerakkoord hebben we afgesproken dat we toe willen naar personalised medicine. Is het Zorginstituut daarop berekend?

Mijn derde punt is de markttoelating van nieuwe geneesmiddelen. Wordt er rekening gehouden met productiestandaarden op het gebied van milieu, veiligheid en arbeidsomstandigheden? Ik heb begrepen dat het EMA er wel voor dient te zorgen dat medicijnen voor de Europese markt volgens de Good Clinical Practice worden ontwikkeld. Kan de Minister de Kamer een brief sturen waarin hij uiteenzet wat het mandaat van het EMA is op dit gebied en hoe hierop getoetst wordt?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan ga ik nu naar de heer Van Gerven. Eigenlijk had hij willen beginnen in dit AO – dat snap ik – maar hij vond het goed dat anderen even eerst het woord namen in tweede termijn. De heer Van Gerven namens de SP.

De heer Van Gerven (SP):

Dank, voorzitter. Het debat van vorige week vond ik buitengewoon teleurstellend. Eigenlijk hadden we een «Minister njet». Wettelijke verplichting transparantie register? Njet. Invoering nationaal fonds betaalbare geneesmiddelen? Njet. Steun apothekers magistrale bereiding? Njet. Noorse systeem Wet geneesmiddelenprijzen invoeren? Njet. Fampyra vergoeden? Njet. Selectieve herberekening Geneesmiddelenvergoedingssysteem? Njet. Dat roept mij bij de vraag op: wat moeten wij, Minister? Wat moeten wij als u op geen enkel van deze voorstellen serieus wilt ingaan en geen opening wilt bieden om verder te komen? Als u bijvoorbeeld het Noorse systeem zou overnemen, dan zou u in staat zijn om die idiote pakketuitname van mineralen, zware paracetamol en dergelijke van 40 miljoen te schrappen, omdat we die dan ruimschoots kunnen dekken. Dat is een voorbeeld. We hebben niet een «Minister njet» nodig, maar een Minister die moed toont en echt het gevecht wil aangaan met Big Pharma, wat keihard nodig is. Ik doe dus een klemmend beroep op de Minister om zijn beleid te wijzigen.

Afrondend stel ik nog één praktisch probleem aan de orde: de prijs van Spinraza. Dat zit in de sluis. De prijsstelling is idioot hoog: 0,5 miljoen per patiënt per jaar. Is de Minister bereid om te kijken of een dwanglicentie zou kunnen worden toegepast op dat middel als die sluis niet tot een echte, fatsoenlijke oplossing leidt?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Het woord is aan mevrouw Ploumen namens de Partij van de Arbeid.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Voorzitter, dank u wel. Dank ook aan de Minister voor zijn antwoorden. Helaas zie ik ook voor mijn vragen en verzoeken een weigerachtige Minister. Heel jammer, om de redenen die collega Van Gerven al noemde. Daarom overweeg ik een aantal moties. Ik heb gevraagd: wil de Minister eens goed kijken naar dat Noorse model? Dat wil hij niet. Dat is echt spijtig. Nou ja, ik ga niet herhalen wat collega Van Gerven zei.

Wat de Minister wél zou willen, is een aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen, maar hij zegt dat dat pas kan per 1 januari 2019. Het lijkt mij echt dat dat sneller kan. Het is een bestaande wet. Er moet één land vervangen worden door een ander land. We hebben echt wel ingewikkelde wetten in een sneller tempo kunnen verwerken. Ik heb hier niemand horen zeggen dat hij daartegen zou kunnen zijn. De Raad van State is gedurende de zomer gewoon open. Dus ik zou de Minister toch nog eens willen vragen: kijk nou toch even of dat niet wat sneller kan, want het is een hele simpele ingreep.

Voorzitter. Dan de wettelijke maatregel over licentieovereenkomsten, waar we over spraken. De Minister laat het eerst aan het veld en wil zich pas dan eventueel bezinnen op wettelijke maatregelen. Kan de Minister dan in ieder geval toezeggen dat hij een uiterste datum stelt om dat te bezien, bijvoorbeeld eind 2018? Kan hij dan eventueel toezeggen dat hij dan wettelijke maatregelen wel wil overwegen?

Tot slot: het transparantieregister. Collega Van Gerven zei daar al iets over. Zelfregulering kan nooit de uitkomst zijn, wat mij betreft.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef het woord aan mevrouw Ellemeet namens GroenLinks.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de Minister voor de beantwoording van de vragen. Goed te horen dat hij dit najaar met handvatten wil komen voor hoe magistrale bereiding toegepast kan worden. Ik ga ervan uit dat die concreet zijn, dat partijen daarmee aan de slag kunnen gaan en dat ze goed weten binnen welke ruimte ze dat kunnen gaan toepassen.

Jammer dat de Minister zegt, als het gaat om maximeren van bijbetalingen, dat hij niet wil gaan werken met maatwerkoplossingen, maar het hele systeem overhoop wil gaan gooien voor die groep patiënten om wie het gaat. Ik wil de Minister vragen of hij bereid is om goed te monitoren wat de gevolgen zijn van het maximeren van de eigen bijdrage als het gaat om administratieve lasten, niet alleen voor de verzekeraars, maar zeker ook voor de apothekers. Dus dat is nog een vraag.

Dan, voorzitter, sluit ik me aan bij wat mevrouw Sazias zei over die medische noodzaak. Volgens mij moeten we ervan uitgaan dat de huisarts bepaalt wanneer een bepaald medicijn medisch noodzakelijk is. Dus we hoeven niet te wachten tot dit najaar om daar nog duidelijkheid over te krijgen. Ik sluit me dus aan bij haar opmerkingen daarover.

Dan ten slotte heb ik aandacht gevraagd voor «leefstijl als medicijn». Daar is de Minister nog niet op ingegaan. Dus ik wil vragen of hij mijn vragen daarover nog kan beantwoorden.

De voorzitter:

Dan is het woord aan mevrouw Van den Berg namens het CDA.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. In de eerste plaats wil ik de Minister danken voor de antwoorden, maar ook voor de toezeggingen. Ik heb in ieder geval hier genoteerd dat hij een onderzoek gaat doen in Nederland naar het verschil tussen gemeenten in de antibioticaverstrekking. Ik ben blij met het rondetafelgesprek over medicijntekorten eind oktober en ook dat de apothekers aan een lijst werken van welke medicijnen je niet zou moeten wisselen om problemen te voorkomen. Daarbij vroeg ik mij nog af of de apothekers dat doen in samenwerking met de patiëntenverenigingen en of het ministerie of de inspectie naderhand ook toezicht gaat houden. De Minister zou ook nog schriftelijk terugkomen op mijn vragen over medicijntekorten in het Caribisch gebied.

Dan heb ik nog twee korte vragen, voorzitter. De Minister zou ook nog terugkomen op mijn verzoek of apotheken waar nog geen oplossing is gevonden voor aangepaste openstelling, niet hun uren aanpassen zolang er nog geen oplossing is. Kan de Minister verder ook nog aangeven of hij onderzoekt of bereid is om te onderzoeken hoe hij bij onderzoeken een betere match kan maken tussen patiënten en nieuwe onderzoeken? Nu neemt maar 5% van de patiënten deel aan onderzoeken en in deze digitale wereld moet dat volgens ons makkelijker en sneller kunnen. Dan zouden ook de kosten van medicijnen daarmee verlaagd kunnen worden.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Agema namens de PVV.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Je zou toch denken dat een debat over het geneesmiddelenbeleid een hallelujadebat zou zijn, omdat er zo'n 200 spectaculaire en levensverbeterende, soms ook levensreddende medicijnen aan zitten te komen. Niets van dat alles is waar. We hebben te maken met een Minister die het beleid van zijn voorganger voortzet, van

afweren, repressie en in de sluis plaatsen van de medicijnen, en die een extern instituut als het Zorginstituut rapporten laat opstellen die werkelijk waar vaak een bespottelijke uitkomst hebben. Dat is ontzettend spijtig. Het is ook nauwelijks te bevatten dat dit alles gebeurt in een tijd waar er geen 45 miljoen beschikbaar was voor Orkambi, maar er wel een meevaller is geweest van 2,6 miljard euro op VWS, die aan de schatkist is overgedragen. Elke maand weer, elke keer als die geneesmiddelen vrij beschikbaar komen, zou de vlag op het ministerie uit moeten in een tijd waarin er zo veel geld over is. Maar dat gebeurt niet. En dat vind ik ontzettend verdrietig.
Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Van Gerven, ik wil het voorzitterschap even aan u overdragen.

De heer **Van Gerven** (SP):
Met plezier.

Voorzitter: Van Gerven

De voorzitter:

Dan is nu het woord aan mevrouw Dijkstra van de fractie van D66.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Dank u wel. Ook ik wil de Minister bedanken voor zijn beantwoording in de eerste termijn. Het is goed dat hij inzet op innovatie, betaalbaarheid en toegankelijkheid, maar het is lastig om die alle drie te bereiken. Over dat spanningsveld daartussen zullen we de komende jaren nog heel veel met elkaar komen te spreken. Daarom ben ik blij met de toezegging dat de Minister zal monitoren of de bredere sluis niet gaat leiden tot vertraging. Ik begrijp dat geneesmiddelen er via de sluis zo'n 500 dagen over doen om de patiënt te bereiken, terwijl middelen die niet via de sluis gaan, al na zo'n 220 dagen beschikbaar komen. Ik vind dat een erg groot verschil en ik hoop dat de Minister zich gaat inzetten voor versnelling.

De Minister heeft antwoord gegeven op mijn vraag over de GRADE-systematiek, die het Zorginstituut gebruikt. Eerlijk gezegd vond ik dat antwoord teleurstellend. Ik heb gevraagd: kijk nou eens of die systematiek toekomstbestendig is. Is misschien een alternatieve systematiek denkbaar die beter toegespitst is op medicijnen voor specifieke patiëntengroepen? Wordt die misschien al in andere landen gebruikt? Innovatieve geneesmiddelen worden steeds gericht en ik ben heel erg bang dat we die middelen straks niet op de Nederlandse markt krijgen. Ik hoop dat de Minister alsnog bereid is om een onderzoek hiernaar toe te zeggen.
Dat was het, voorzitter. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef het voorzitterschap weer aan u terug.

Voorzitter: Pia Dijkstra

De voorzitter:

Dank u. Ik schors de vergadering voor tien minuten.

De vergadering wordt van 16.46 uur tot 16.55 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik geef het woord aan de Minister voor de beantwoording in tweede termijn.

Minister Bruins:

Voorzitter. Ik zal mijn inleidende spreektekst overslaan en direct de vragen beantwoorden. Ik geloof dat dit wel zo praktisch is.

Mevrouw De Vries vroeg wat de ACM aan beperking van inkoopmacht doet als het gaat over geneesmiddelen en monopolies. In de eerste termijn heb ik betoogd dat de ACM daar een prioriteit van maakt in het werkplan 2018–2019. Die verscherpte aandacht past mij heel goed. Als dat iets oplevert, dan meld ik dat de Kamer, zodat zij kan zien wat die extra aandacht van de ACM oplevert.

Dan het punt van de sluis. Mevrouw De Vries vroeg of de Minister mogelijkheden ziet om een termijn te verbinden aan de sluisperiode. In de eerste termijn had ik de vraag zo begrepen dat het ging over de onderhandelingsperiode. Ik wilde die niet beperken. De vraag was nu of ik voor de loop van de procedure een soort van gefixeerde termijn wil bedenken, maar eigenlijk geldt daarvoor hetzelfde. Ik zou dat wel willen, maar je kunt er geen gefixeerde datum aan verbinden. Ik wil er hooguit naar kijken of ik iets van een richttermijn zou kunnen afspreken, iets om in je eigen hoofd te houden, maar in de eerste fase van de sluis moet de beoordeling altijd zorgvuldig gebeuren. Doorgaans lukt het om dat in vier maanden af te ronden. Als je iets van een termijn hoort noemen, dan is het die viermaandstermijn, dus voordat de onderhandelingen starten.

Dan de stand van zaken met betrekking tot de NZa, de financiering van diagnostische tests en de knelpunten die door de NZa zijn geconstateerd bij de financiering van die diagnostische tests. In eerste termijn heb ik al aangegeven dat wij een onderscheid moeten maken tussen diagnostische tests die nog niet bewezen effectief zijn, waardoor er geen financieringsgrond is, en diagnostische tests die wel pakketwaardig zijn, maar die geen financieringsgrond of geen tarief hebben. Over het laatste heeft VWS recent contact met de NZa gehad. Er is nu een gesprek gaande tussen de NZa, VWS en allerlei andere partijen. Op dit moment zijn er geen grote knelpunten omdat de diagnostische test meestal onderdeel is van de dbc, de diagnose-behandelcombinatie. Dat maakt het ook zo lastig om een verbijzonderd of apart tarief te maken voor een test, want we hebben nu juist de systematiek van een dbc. Het is een beetje lastig om die twee uit elkaar te halen. Huiselijk gezegd: als onderdeel van een dbc is het moeilijk om zo'n diagnostische test te splitsen van het totaal van de dbc. Ik begrijp dat dit slechts een stand van zaken is, maar ik zal er nog een keer over in gesprek gaan met mevrouw De Vries.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik heb een toelichtende vraag. Begrijp ik het goed dat de Minister zegt: degenen die zijn geaccepteerd, zijn per definitie onderdeel van eigenlijk een hele behandeling? Is de Minister niet bereid om daarin een splitsing te maken? Ik begrijp dat iets bewezen effectief moet zijn, maar is de Minister ten principale dus niet bereid om een onderscheid te maken tussen het apart vergoeden van testen en mag dit alleen maar onderdeel zijn van een behandeling? Dat wil ik wel weten.

Minister Bruins:

Ik heb misschien met te veel woorden betoogd dat een aparte vergoeding voor die tests meestal niet nodig is. Daarmee maken wij het onnodig complex om er een aparte dbc voor in te richten.

Dan kom ik bij het verplicht stellen van biomarkers. Dat ga ik niet doen. Als het gebruik van biomarkers een wettelijke verplichting zou worden, dan kan dat een averechts effect hebben. Als een fabrikant bijvoorbeeld een baanbrekend geneesmiddel heeft ontwikkeld en overtuigende data kan presenteren over de kwaliteit, werkzaamheid en veiligheid van zijn geneesmiddel, dan zou de handelsvergunning moeten worden geweigerd als de firma nog geen biomarker heeft toegepast in het ontwikkelings-

traject. Dat zou een patiënt dan een geneesmiddel onthouden. Dat lijkt mij een onhandige figuur.

Dan de vragen die mevrouw Sazias heeft gesteld. Allereerst het punt van de medische noodzaak. De zorgverzekeraar mag via het preferentiebeleid één geneesmiddel aanwijzen waarop de patiënt aanspraak heeft. In artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering is vastgelegd dat de zorgverzekeraar een niet-preferent middel moet vergoeden als het preferente middel voor een patiënt medisch niet verantwoord is. So far so good en zo duidelijk, zou je zeggen. In de praktijk worden afspraken gemaakt tussen artsen, apothekers en verzekeraars over de wijze waarop deze tekst moet worden uitgelegd. Ik vind de regeling wel duidelijk, maar in de praktijk is zij niet duidelijk. En dat is de reden om met die apothekers om de tafel te gaan zitten aan de hand van een door henzelf opgestelde lijst van geneesmiddelen waarvan zij vinden dat je ze niet mag wisselen. Dan gaat dus om niet-preferente medicijnen. Ik wil dat gesprek voeren, omdat ik zie dat er in de praktijk geen duidelijkheid is. De patiëntenfederaties vertelden aan mij dat er in de praktijk onduidelijkheid over bestaat.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Het artikel is de Minister duidelijk en mij eigenlijk ook. Wat is dan de onduidelijkheid voor de sector?

Minister **Bruins**:

In de praktijk komen we voorbeelden tegen waarin apothekers zeggen: dit moet ik u van de verzekeraar meegeven. Het is de vraag of dat nog past bij dat artikel 2.8. Het zijn heel praktische voorbeelden die de patiënten aan mij vertellen. Mij leek het het handigst om apotheker en patiënt samen aan tafel te zetten, graag met de verzekeraar en met mijzelf. Ik wil graag dat die onduidelijkheid stopt.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Volgens mij laat artikel 2.8, dat u net voorlas, niks aan duidelijkheid te wensen over. Het is de zorgverzekeraar die zich daaraan onttrekt. Hij dwingt de apotheker om iets anders te doen dan dat artikel zegt. Nogmaals, het enige wat er moet gebeuren, is dat u ze daarop wijst. Daarvoor hoeven wij toch geen maanden op een gesprek te wachten?

Minister **Bruins**:

Ik heb u gezegd waarom wij in oktober terechtkwamen. Die lijst wordt op dit moment gemaakt. Dat is een afspraak tussen de patiëntenfederaties en de apothekersorganisatie. Ze hebben onderling afgesproken dat die lijst er in oktober moet zijn. Toen ik de patiëntenorganisaties aan tafel had, zei ik: zullen we dan eind oktober een gesprek, een rondetafel, organiseren, ook met de verzekeraar en met mij? Dan kunnen we meteen zien of die lijst alle onduidelijkheid wegneemt. De passage is blijkbaar niet zo duidelijk in de praktijk. Er is vastgelegd dat de zorgverzekeraar een niet-preferent middel moet vergoeden als het preferente middel voor een patiënt medisch niet verantwoord is. Blijkbaar levert dat in de praktijk vragen op. Ik vind het wel duidelijk, maar de patiëntenorganisaties geven mij aan: meneer Bruins, dit is in de praktijk niet duidelijk. Ik wil graag proberen die onduidelijkheid op te lossen. Dat zie ik als een actieve houding mijnerzijds, niet als een Minister van njet, maar als een Minister ...

De **voorzitter**:

De heer Van Gerven heeft een vraag aan u.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik wil daar nog even kort op door. De Minister weet ongetwijfeld dat er een motie van mijn hand over medische noodzaak is aangenomen. Daar is geen woord Spaans bij. Stel dat de voorschrijvend arts constateert dat iets

medisch noodzakelijk is. Dat moet dan toch leidend zijn? Het gaat toch niet om de financiële afwegingen van de verzekeraar of de apotheker?

Minister Bruins:

Meneer Van Gerven weet er gewoon veel meer van dan ik, maar het lijkt mij logisch. Als een arts voorschrijft dat iets medisch noodzakelijk is, dan moet dat worden opgevolgd. Dat lijkt mij wel. Dan komt er toch een stempeltje op het recept te staan: dit is van medische noodzaak? Dat lijkt mij een logische route. Ik wil niet graag een Minister van uitstel zijn, maar ik wil wel graag zorgen dat als er tussen partijen in het veld niet tot een logische oplossing van zo'n vraag wordt gekomen, die partijen bij mij aan tafel komen. En dan wil ik zo'n vraag weleens stellen. Het lijkt mij ook niet zo heel erg ingewikkeld, maar het zijn de patiëntenorganisaties die zeggen dat er wel onduidelijkheid is in de praktijk.

De heer Van Gerven (SP):

Ik ben blij met de duidelijke stellingname dat de voorschrijvende arts in dit geval leidend is. Ik denk dat dat ook zo hoort te zijn, want dat is degene die dat het best kan bepalen. Dus dank daarvoor. En we gaan dat zien.

De voorzitter:

De Minister gaat verder.

Minister Bruins:

Dat zeker.

De voorzitter:

Excuus, ik was te voorbarig. Mevrouw Ellemeet heeft ook nog een vraag.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Nog even op dit punt. Volgens mij lopen er twee dingen door elkaar. Er is bij de patiëntenorganisaties behoefte om van een aantal medicijnen vast te stellen dat die gewoon per definitie medisch noodzakelijk zijn. En daar moeten we een goede lijst van hebben. Dat is één. Dat is begrijpelijk, dus dat wordt meegenomen in dat rondetafelgesprek. Maar daarnaast is het punt dat de collega's ook maken dat zodra een huisarts op het recept aangeeft dat er sprake is van een medische noodzaak, het dan de bedoeling is – los van welke lijst ook – dat de apotheker dat specifieke medicijn aan de patiënt geeft. Dat is het punt dat de collega's en ik maken. We zien dat dat in de praktijk ook nog niet altijd gebeurt. De vraag is eigenlijk aan de Minister, los van welke lijst ook: kan hij verzekeraars erop wijzen dat zodra er van zo'n geval sprake is, de verzekeraars en de apothekers het advies van de huisarts moeten volgen?

Minister Bruins:

Ik ben blij dat mevrouw Ellemeet het zo een beetje uit elkaar haalt, want ik zie het echt als twee thema's. Ik heb in eerste termijn het rondetafelgesprek ook benoemd als een gesprek over het wisselen van medicijnen, dus het bredere kader, omdat ik vind dat dit onderwerp daar ook thuishoort. Ik ben geen dokter, maar ik denk dat «medische noodzaak» een hele duidelijke boodschap van de huisarts is. En misschien is er soms een goede grond om af te wijken van dat bepaalde recept, misschien omdat er een tekort is, misschien is er nog een andere reden. Maar dat zou ik dan wel willen horen. Het prettigste is om hier te verwijzen naar verzekeraars, apothekers en artsen om daar een sluitende afspraak over te maken. Maar als de patiëntenorganisaties bij ons aan de bel trekken en zeggen dat het niet sluitend is, dan denk ik dat we daar het goede gesprek over moeten hebben. Over beide onderwerpen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

De patiëntenorganisaties trekken aan de bel over die lijst met medicijnen waarvan het nog onduidelijk is welke eronder vallen. Dus het is helemaal goed om dat bij die rondetafel mee te nemen. Het punt dat hier aanvullend wordt gemaakt, is dat als er volgens een huisarts sprake is van medische noodzaak, dat in de praktijk niet opgevolgd wordt door de apotheek, omdat die apotheek door de verzekeraar mogelijk onder druk gezet wordt. Mijn vraag aan de Minister staat los van die rondetafel – die lijkt me hartstikke goed – en luidt: is hij bereid om in het geval er door de apotheek afgeweken wordt van die medische noodzaak volgens de huisarts, de apothekers te wijzen op het feit dat zij de huisarts met dat advies moeten volgen? Daarvoor hoeven we niet te wachten op de rondetafel dit najaar.

Minister **Bruins**:

Dat gaat me nou net iets te snel. Ik zou dit gesprek tussen de huisarts en de apotheker toch weleens willen hebben, omdat ze allebei hun professie hebben. De arts zegt iets. Die zegt gewoon: medische noodzaak. Hier komt de professie van de apotheker in beeld. Zegt hij dan: het is de arts die het zegt; u vraagt en wij draaien? Of zegt hij: nou, het zou ook kunnen zijn dat niet het door de arts voorgeschreven medicijn moet worden geleverd; ik vind dat er op basis van mijn professionele overtuiging tot een andere afspraak moet worden gekomen? En dan vind ik eigenlijk dat er tussen die twee professionals overleg moet zijn. Dat lijkt mij heel handig. Dat staat even los van een eventuele druk van verzekeraars. Want als het gebeurt onder druk van verzekeraars, dan zijn we er gauw uit. Maar het gaat hier over twee professionals die allebei wat vinden.

De **voorzitter**:

Gaat u verder. Ik wijs de collega's er wel even op dat we voor deze termijn een uur hebben uitgetrokken. We hebben dus nog twintig minuten. Ik verzoek de leden dus om zich iets te beperken, want anders gaan we heel gezellig het debat nog een keer met elkaar voeren. Dat kan niet. Daar hebben we geen tijd voor.

Minister **Bruins**:

Voorzitter. Ik zal proberen kort te zijn. Over het fase-3-onderzoek. Mevrouw Sazias zei: dat wordt niet vergoed. Ik maak daarvan: dat wordt meestal niet vergoed. Als al eerder is vastgesteld dat er sprake is van een goede werking en veiligheid, dan kan er ook al vergoeding plaatsvinden na de tweede fase. Maar meestal is het fase-3-onderzoek echt nodig om die goede werking en veiligheid vast te stellen. Het is aan het Zorginstituut om onafhankelijk te oordelen of een middel voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk.

Dan de vraag van mevrouw Dijk-Faber of ik de selectieve herberekening van het GVS wil overwegen. Nee, ik heb de vorige keer aangegeven dat een selectieve herberekening op allerlei juridische bezwaren stuit. Het is ook beter om het gehele systeem onder de loep te nemen en te moderniseren in plaats van een aantal hapjes eruit te nemen in de wetenschap dat je het hele systeem toch een keer onder de loep moet nemen. Die bereidheid bestaat er dus niet.

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

Ik vraag hierom omdat het GVS dat wij nu hebben gewoon niet effectief meer is. Dat vind ik vervelend. De Minister geeft aan dat er juridische bezwaren zijn waarom hij niet met pilots voor enkele clusters kan beginnen. Daar heb ik naar gevraagd, maar dan ben ik wel benieuwd welke juridische bezwaren dat dan zijn. De Minister stelt voorts dat eigenlijk het hele systeem moet worden gemoderniseerd. Ik weet dat de Minister misschien niet alles kan, maar als we het niet deels kunnen doen,

dan vraag ik hem toch wat hem belet om de volgende stap te zetten, naast alles wat hij al doet, en het GVS als totaal onder de loep te nemen.

Minister Bruins:

Wij hebben ingezet op een grondig onderhoud van het GVS. Zo staat het ook in de brief. De eerste stap is een analyse. Die is aan het eind van het jaar klaar. Ik zou menen dat wij deze vraag dan moeten hernemen, maar niet omdat ik denk dat een selectieve keuze voor modernisering een handige stap voorwaarts is.

De voorzitter:

In tweede instantie, mevrouw Dik.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Dat is mooi, die analyse. Daar krijgen wij aan het eind van het jaar informatie over, maar ik ben gewoon benieuwd welke juridische belemeringen er zijn. Als de Minister dat nu niet duidelijk kan maken, dan heel graag schriftelijk. Ik heb gesuggereerd om met een of enkele clusters te starten, zodat de effecten daarvan in beeld kunnen worden gebracht. Het lijkt zo ontzettend logisch om aan de slag te gaan. We willen allemaal dat de prijzen worden gedrukt, maar nu liggen de vergoedingslimieten en de prijzen van medicijnen uit elkaar. Het systeem werkt dus niet op dat punt.

Minister Bruins:

Dat wij aan de slag moeten gaan met de modernisering van het GVS, dat hoeft geen betoog. Dat heb ik met nadruk ook gemeld in de brief. Waar ik tegenaan loop, is dat ik dan een keuze maak voor bepaalde clusters die ik naar voren haal. Dat leidt tot nieuwe tarieven en nieuwe prijzen, maar andere patiëntengroepen zullen dan zeggen: waarom ben je daarmee begonnen? Dat is een vorm van willekeur die leidt tot ongelijkheid voor groepen patiënten die ik niet voorsta. Daarom zeg ik: het hele systeem in onderling verband bekijken en daar geen hapjes uit nemen.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

Voorzitter. Er was nog een vraag van mevrouw Dik-Faber. Zij vroeg mij in een brief toe te lichten wat het mandaat is van het EMA op het gebied van Good Clinical Practice. Dat lijkt mij prima. Die discussie hebben wij in eerste termijn niet helemaal afgemaakt.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Mijn vraag over personalised medicine en de toetsing door het Zorginstituut is blijven liggen. De Minister heeft de vorige keer in één zin gezegd dat het Zorginstituut ermee uit de voeten kan, maar volgens mij heeft de vertegenwoordiger van D66 deze vraag ook gesteld. Er komt veel op ons af, maar die vraag wil ik nog wel beantwoord zien.

Minister Bruins:

Ik had het antwoord in het mapje van mevrouw Dijkstra gestopt. Ik herneem de vraag even: is de Minister van mening dat er onderzoek nodig is naar de beoordelingsmethodiek voor behandelingen met kleine patiëntenpopulaties? Mevrouw Dijkstra voegde daar de GRADE-systematiek aan toe. De uitdaging bij de behandeling van kleine patiëntgroepen zit in het verkrijgen van goede onderzoeksgegevens over het effect van de behandeling. Goed onderzoek naar weesgeneesmiddelen staat nog in de kinderschoenen. Dat is een extra uitdaging voor de beoordeling van deze onderzoeken. Het Zorginstituut heeft oog voor de beperkingen van onderzoek bij kleine patiëntpopulaties en hoe dat effect

heeft op de beoordeling van weesgeneesmiddelen. Daarom worden bijvoorbeeld ook niet-gerandomiseerde studies in de beoordeling meegenomen, mits het effect maar goed aantoonbaar kan worden gemaakt. Natuurlijk blijft bij de beoordeling door het Zorginstituut vooropstaan dat voor alle behandelingen, dus ook voor die met weesgeneesmiddelen, uit de onderzoeken moet blijken dat er sprake is van een aantoonbaar effect dat klinisch relevant en betekenisvol voor de patiënt is.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

Voorzitter. Dan een antwoord in de richting van de heer Van Gerven. Is de Minister bereid om voor Spinraza een dwanglicentie in het vooruitzicht te stellen? Nee, dat zal ik niet doen. Ik zet in op het slagen van de onderhandelingen om tot een redelijke prijs te komen. Daar is mijn inzet onverkort op gericht. Ik hoop echt dat ik u voor de zomervakantie daarover een bericht kan sturen, maar daaraan wordt nog hard gewerkt.

Dan mevrouw Ploumen. Haar eerste vraag was of de aanpassing van de WGP niet sneller kan. Dat heb ik eigenlijk al gedeeld in de vorige termijn. Het antwoord is dat dit niet sneller gaat. Ik heb echt tijd nodig. Invoering voor 1 januari 2019 is niet haalbaar.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Ik heb behoefte aan iets meer toelichting. Nogmaals, het is een heel simpele wijziging in een bestaande wet. Zowel de toetsing door de Raad van State alsook het intypen van de naam van een ander land lijkt mij heel simpel. Ik begrijp dus gewoon niet zo goed waarom het zo lang moet duren.

Minister Bruins:

Hier wreekt het zich dat ik niet al die stapjes in mijn hoofd heb. Ik heb alleen maar in mijn hoofd zitten dat een wetswijziging, als we het een beetje uptempo doen, negen maanden kost. Ik wil een wetswijziging per 1-1 van een nieuw jaar laten ingaan. Dat valt over de termijn van 1 januari 2019 heen; je komt dan ergens in het late voorjaar van 2019 uit. Dus heb ik gekozen voor 1 januari 2020.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Een laatste poging. Zou de Minister willen kijken of het niet mogelijk is om het proces te versnellen? In de geschiedenis zijn door regeringen ingewikkeldere wetsvoorstellen dan dit wetsvoorstel met stoom en kokend water door het hele traject geduwd. Ik weet zeker dat de Tweede Kamer best bereid is om heel snel haar deel te doen. Wij willen ons ook inzetten voor een snelle afhandeling in de Eerste Kamer. Dat lijkt me nou echt belangrijk, niet zozeer voor ons maar in het belang van iedereen die met die wet te maken heeft.

Minister Bruins:

Ik wil natuurlijk alle schijn vermijden dat we het boeltje een beetje aan het vertragen zijn. Zo is het ook echt niet. Ik zeg u toe dat ik het wetsvoorstel snelstens hier breng. Dan zullen we het zien. Ik zal dus zorgen dat het hier heel snel na de zomervakantie ligt. We zullen dan maar kijken hoever we komen in Tweede en Eerste Kamer. Dat is misschien beter dan een hele beschrijving van alle stapjes in het proces. We gaan het gewoon proberen.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

Even kijken. In de eerste termijn hebben we ook over licentieovereenkomsten gesproken. Toen heb ik gezegd dat de Nederlandse federatie van universiteiten het op zich heeft genomen om een rapportage te maken. Die komt in het eerste kwartaal van 2019. Ik vind het handig om die bevindingen te hebben en dan te kijken of we een planning kunnen maken, en dan ook te bekijken wat we nog aan het veld overlaten en wanneer de wetgever moet optreden. U kent mijn voorkeur om eerst het veld te laten kijken voordat we aan wetgeving toekomen. De discussie zou moeten starten aan de hand van de bevindingen die we in het eerste kwartaal van 2019 krijgen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Het is onzinnig om een onderzoek te laten doen en daar dan niet serieus naar te kijken, maar ik ben blij dat de Minister de optie van wettelijke maatregelen nadrukkelijk openhoudt op basis van de onderzoeksresultaten. Ik hoop dat wij snel dat debat over het onderzoek kunnen hebben.

De voorzitter:

De Minister gaat verder.

Minister Bruins:

Voorzitter, ik ga verder. Mevrouw Ellemeet vroeg op welke manier VWS de uitvoering van de maximering van de eigen bijdrage GVS zal monitoren. Wij praten hier veel over een monitor, maar deze is echt van belang. We hebben de zekerheid nodig dat wij zicht hebben op het effect van de maximering. In eerste termijn heb ik gemeld dat de Stichting Farmaceutische Kengetallen de monitor zal uitvoeren en dat ik met de stichting in overleg ben over de opzet daarvan. Het gaat dan in ieder geval over het effect van de maximering op de prijzen, de hoeveelheid en de hoogte van de bijbetalingen en het effect op de terugbetaalregelingen. Die drie elementen komen in ieder geval in de rapportage terug.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik heb ook gevraagd of de administratieve last in de monitor meegenomen wordt.

Minister Bruins:

Ja, dat lijkt me een goed idee.

Dan de leefstijlinterventies. Voor leefstijlinterventies geldt vanaf 1 januari 2019 een vergoeding. Kan de Minister de ontwikkeling van nieuwe leefstijlinterventies vergoeden of bekostigen? Het ontwikkelen van nieuwe leefstijlinterventies is een zaak van partijen, waaronder beroepsgroepen. Het Zorginstituut is vervolgens aan zet om te beoordelen of nieuwe leefstijlinterventies effectief zijn en behoren tot de verzekerde zorg. Tot nu toe is alleen de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) door het Zorginstituut geduid als verzekerde zorg. Ik wist het niet, maar dat gebeurde al in 2009. De bruikbaarheid ervan in de afgelopen periode maakt dat er nu zo veel aandacht voor is.

Na 2009 zijn er diverse GLI's ontwikkeld, maar die bevatten onderdelen die niet tot het verzekerd pakket behoren. Ze kwamen dus niet voor vergoeding uit de Zorgverzekeringswet in aanmerking. Om voor vergoeding in aanmerking te komen, moeten GLI-programma's enkel verzekerde zorg omvatten en de verbinding met het sociale domein stevig verankeren. Een dergelijk programma is inmiddels wel ontwikkeld en vormt de aanleiding voor het Zorginstituut om te komen tot generieke uitspraken die als concrete handvatten kunnen dienen voor het zorgaanbod en de zorginkoop. Dan heb ik nog niet helemaal het antwoord gegeven waar mevrouw Ellemeet op rekt. Ik wil het voorbeeld van de GLI gebruiken om te kijken of het smaakt naar meer. Dat zullen we de

komende periode moeten doen. Het gaat er natuurlijk wel om dat zo'n leefstijlinterventie allemaal onderdelen bevat die tot het verzekerd pakket kunnen gaan behoren. Alleen dan kan het in het basispakket komen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dit is inderdaad nog niet helemaal het antwoord op mijn vraag. Ik heb twee dingen uit elkaar proberen te halen. Ten eerste de GLI, de preventie. Hartstikke goed dat die nu in het pakket zit. Ten tweede is er leefstijl als medicijn, waarbij het echt leidt tot herstel van een ziekte, zoals we dat bij diabetes hebben gezien. Mijn voorbeeld was: Keer Diabetes2 Om. Dat is destijds tot stand kunnen komen dankzij subsidiegeld van Economische Zaken. Mijn punt is dat er voor sommige medicijnen die niet leiden tot een patent, geen financiële prikkel is voor de farmaceutische industrie om die te ontwikkelen. Als wij het pad op willen van leefstijl als medicijn, dat volgens mij heel interessant is, zullen we moeten verkennen of er geen rol of taak voor de overheid ligt om juist die eerste ontwikkelfase mogelijk te maken. Misschien komen we er nu niet uit, maar ik zal de Minister erop blijven attenderen.

Minister **Bruins**:

Dat lijkt mij goed.

De **voorzitter**:

Ik heb genoteerd dat de Minister in eerste termijn heeft gezegd dat hij in tweede termijn zou terugkomen op die publieke financiering van leefstijl als medicijn. ik begrijp dat dat nu nog niet lukt. Is het iets waarvan u zegt: daar kijk ik naar; het komt op enig moment, bijvoorbeeld voor de begrotingsbehandeling, naar de Kamer?

Minister **Bruins**:

Voorzitter, soms kun je een toezegging doen om er maar vanaf te zijn, maar ik heb hier echt behoefte om wat meer ervaring op te doen, aan de ene kant met GLI omdat dat een heel duidelijk voorbeeld is. Maar ik weet ook van het programma dat mevrouw Ellemeet eerder heeft genoemd, Keer Diabetes2 Om. Ik vind dat heel interessante ontwikkelingen, maar ik wil daar gewoon eerst zelf iets meer over weten voordat ik met een zinvol antwoord naar u kan komen over niet alleen zo'n interventie maar ook wat daar dan de rol van de overheid zou moeten zijn. Ik heb dus echt behoefte aan iets meer tijd om daar zelf even over na te denken. Maar als mevrouw Ellemeet zegt dat ze de Minister daarop gaat bevragen in de komende periode, dan zou ik zeggen: be my guest.

De **voorzitter**:

Goed, gaat u verder.

Minister **Bruins**:

Voorzitter. Mevrouw Van den Berg vroeg naar de dienstapotheken en de spoedzorg. Kan de Minister garanderen dat de openingsuren van de dienstapotheken niet worden afgebouwd zolang er geen alternatief is? Het antwoord is nee. De inrichting en inkoop van avond-, nacht- en zondagzorg wordt bepaald in de onderhandelingen tussen dienstapotheken en verzekeraars. Ik heb daar geen formele rol in, dus ik meng mij niet in de inrichting en de openingsuren van individuele dienstapotheken. Ik heb onlangs in antwoord op verschillende Kamervragen benadrukt dat er verschillende alternatieven zijn voor de fysieke dienstapotheek. Het is aan verzekeraars en de zorgaanbieders in een regio of en hoe zij deze alternatieven betrekken bij een goede inrichting van avond-, nacht- en zondagzorg. Ik vind het belangrijk dat patiënten ook 's nachts en in het weekend toegang hebben tot farmaceutische zorg als ze die nodig hebben. Natuurlijk roep ik partijen op om daarover goede afspraken te

maken. Wellicht ten overvloede: bij echte spoed krijgt de patiënt zijn medicijnen via de huisartsenpost, de ambulance of de spoedeisende hulp. Dat is in ieder geval een helder antwoord; misschien niet het antwoord dat mevrouw Van den Berg wilde.

Wou u verder, voorzitter? Hebt u opeens haast? Het is al een stuk sneller dan de eerste termijn, voorzitter!

Dan de tekorten in het Caribisch gebied. Welke acties onderneemt de Minister? Dit vraagstuk ligt op het bordje van collega Blokhuis. Het punt van de tekorten is besproken in het recente vierlandenoverleg met de Ministers van de Koninkrijkslanden. Daarbij is afgesproken dat Nederland samen met de drie Caribische landen zal onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om binnen het Koninkrijk om te gaan met de blokkade op de uitvoer van medicijnen die zijn bereid in een Nederlandse apotheek. Daarbij wordt tevens meegenomen of het mogelijk is een gedoogperiode in te stellen totdat er een meer definitieve oplossing voorhanden is.

Voorzitter. Ook een vraag van mevrouw Van den Berg: zijn patiënten betrokken bij de herziening van de substitutiehandleiding en gaat de IGJ dan ook handhaven? De KNMP komt in oktober met een nieuwe concept-handleiding. Patiëntenorganisaties zullen inderdaad worden betrokken, evenals andere partijen. Juist om die handleiding breed gedragen te krijgen, organiseren we daarom die meer genoemde rondetafel.

Ook een vraag van mevrouw Van den Berg: hoe kunnen er meer patiënten in klinisch onderzoek meedoen? Onderzoekers bepalen wat relevante patiënten zijn om te onderzoeken. Daar moeten keuzes worden gemaakt. Je kunt niet gelijk iedereen behandelen. Het is niet aan mij als Minister om onderzoekers op te dragen om meer patiënten in klinisch onderzoek op te nemen. Wel is de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek actief om informatie over klinisch onderzoek open te stellen voor patiënten en zorgverleners, zodat men kan kijken of men kan meedoen aan een dergelijk onderzoek.

Voorzitter, tot zover de vragen die zijn gesteld door mevrouw Van den Berg. In het betoog van mevrouw Agema zaten geen vragen aan mij.

De voorzitter:

Voor u daarmee verdergaat, heeft mevrouw Van den Berg nog een vraag.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik zou nog wel graag even bevestigd willen krijgen van de Minister dat hij inderdaad start met dat onderzoek in Nederlandse gemeentes naar het verschil in antibioticagebruik. Dat heeft hij vorige keer benoemd en ik wil dat dat niet onbewust is gebeurd maar dat dat echt heel bewust wordt toegezegd.

Minister Bruins:

Vraagt mevrouw Van den Berg een herhaling van de toezegging? Heb ik die toezegging te ruim gedaan of zo? Heb ik er een grote blunder in gemaakt? Ik laat daar even naar kijken. De vraag was of de Minister wil onderzoeken waardoor voorschrijverschillen tussen gemeenten worden verklaard. Is dat de juiste vraag?

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Er is te constateren dat er tussen gemeenten inderdaad nog een enorm verschil is in het voorschrijfgedrag op het punt van antibiotica. Antibioticaresistentie is een groot gevaar. De Minister gaf de vorige keer aan dat hij bereid is om dat onderzoek uit te voeren. Dat zei hij in een halve tussenzin. Ik wil dat dus graag echt bevestigd krijgen.

Minister Bruins:

Dan gaat het mij te snel, want nu gaat het onderwerp over antibiotica. Ik ga nader met mevrouw Van den Berg in gesprek om de vraag preciezer te

krijgen. Dan reageer ik daar schriftelijk op, zodat u die vraag allemaal beantwoord krijgt, want ik begrijp de vraag niet helemaal.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

Ik heb nog één vraag liggen van mevrouw Dijkstra: wilt u de sluis versnellen? Eigenlijk denk ik dat ik die vraag heb beantwoord, omdat ik heb gezegd dat de beoordeling tijd kost en dat zorgvuldigheid boven snelheid gaat. De vraag over de GRADE-systematiek heb ik in een eerder antwoord al beantwoord.

De voorzitter:

Dan zijn we hiermee gekomen aan het einde van de beantwoording door de Minister in tweede termijn en daarmee ook aan het einde van deze termijn.

Er zijn een aantal toezeggingen gedaan, ook al de vorige keer. Ik zal proberen om de toezeggingen die gedaan zijn en die nu nog verder uitgewerkt zijn, even aan te passen. Daar kom ik zo op.

Er is een VAO aangevraagd door mevrouw Ploumen. Dat geleiden we dus door naar de plenaire zaal. Dat VAO zal nog voor het zomerreces plaatsvinden, met als eerste spreker mevrouw Ploumen.

Ik noem nu de toezeggingen op.

- De Minister informeert de Kamer wanneer zich maatwerkoplossingen aandienen rondom de dienstapothek en de avond- en nacht zorg.
- De Minister informeert de Kamer over het ook nu weer veelbesproken rondetafelgesprek met patiëntenorganisaties, KNMP en verzekeraars over het wisselen van medicatie. Dat gesprek zal in de laatste week van oktober plaatsvinden, aangezien dan de aangepaste lijst van de KNMP met niet te wisselen medicatie gereed is.
- De Minister heeft de vorige keer gezegd – ik weet niet of dat nu voldoende is toegelicht – dat hij de Kamer schriftelijk zal informeren over de stand van zaken rondom medicijntekorten in het Caribisch gebied. Die toezegging blijft nog staan.
- In de voortgangsbrief financiële arrangementen die elk jaar wordt verstuurd, zal een voortgang van de inzet van de sluis worden opgenomen.
- De Minister heeft een monitor toegezegd van de aanpassing van het GVS, het geneesmiddelenvergoedingssysteem, die door de Stichting Farmaceutische Kengetallen wordt uitgevoerd. De Minister wil dat deze eerste rapportage begin 2020 wordt opgeleverd. Hij heeft zojuist ook gezegd dat de analyse eind dit jaar beschikbaar komt. Dit wordt dus misschien eind dit jaar, begin 2020. Hierin worden onder andere terugbetaalregelingen en de monitoring van fraude opgenomen, maar de Minister heeft gezegd dat ook maximering van de prijzen en de administratieve lasten daarin zullen worden meegenomen.
- De Minister informeert de Kamer in oktober over de magistrale bereiding.
- De Minister informeert de Kamer over de uitvoeringstoets van het Zorginstituut over de rol van patiëntenorganisaties bij de patiëntenregisters. Die toets moet er voor het einde van het jaar zijn.
- De Kamer wordt bij het volgende algemeen overleg geïnformeerd over hoever de discussie in Europa is wat betreft personalised medicine en het beschikbaar stellen van dergelijke medicijnen.
- Bij het bespreken van de subsidieregeling wordt nader ingegaan op de leerervaringen van de casus Fampyra.
- De Minister zal de werking van de sluis monitoren en na enige ervaring wordt de Kamer hierover geïnformeerd.

- De Kamer wordt nader bericht over de resultaten van de beperkingen in de inkoopmacht geneesmiddelen door de ACM.
- De Kamer ontvangt de brief over het mandaat van het EMA over Good Clinical Practice.
- Voor de zomer ontvangt de Kamer, indien mogelijk, het resultaat van de onderhandelingen inzake Spinraza. De Minister heeft zijn goede hoop uitgesproken dat dat ook gaat lukken.
- Zo spoedig mogelijk na het zomerreces wordt een wetsvoorstel Aanpassing wet geneesmiddelen bij de Kamer ingediend, zodat daar haast mee gemaakt kan worden, zo de Kamer dat wil.
- De Kamer ontvangt een reactie op de vragen van mevrouw Van den Berg over de verschillen tussen gemeenten. Laat ik het zo zeggen: hierover gaat de Minister nog met mevrouw Van den Berg spreken, zodat wij straks allemaal weten wat de precieze vraagstelling is en zodat de Minister het antwoord kan geven.

Minister **Bruins**:

Wat Spinraza betreft: wat er gaat lukken, is dat ik u ga informeren.

De **voorzitter**:

Oké.

Minister **Bruins**:

Dat is iets anders dan ...

De **voorzitter**:

Dan het resultaat van de onderhandelingen.

Minister **Bruins**:

Juist.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ja, helder.

Hartelijk dank, zeg ik tegen de Minister en zijn ondersteuning. Hartelijk dank zeg ik ook tegen de collega's.

Sluiting 17.36 uur.