

Vergaderjaar 2009–2010

**32 159**

## **Toegankelijker medicinale cannabis**

**Nr. 5**

### **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 3 mei 2010

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 23 maart 2010 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de heer Van der Ham en de Initiatiefnota toegankelijker medicinale cannabis d.d. 6 oktober 2009 (32 159, nrs. 1 en 2);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 november 2009 met een reactie op de initiatiefnota Toegankelijker medicinale cannabis (32 159, nr. 3);**
- **de lijst van vragen en antwoorden d.d. 23 december 2009 inzake de initiatiefnota Toegankelijker medicinale cannabis (32 159, nr. 4).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

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

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

<sup>1</sup> Samenstelling

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Sap (GroenLinks) en De Roos-Consemulder (SP).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

**Voorzitter: Ferrier**  
**Griffier: Sjerp**

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Anker, Azough, Van Gerven, Ferrier, Van der Ham, Harbers, Joldersma, Koşer Kaya en Timmer,

en minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van zijn ministerie.

De **voorzitter**: Ik heet iedereen van harte welkom bij dit algemeen overleg over de initiatiefnota Toegankelijker medicinale cannabis, in het bijzonder de opsteller de heer Van der Ham, zijn medewerker en de minister. Er is voor gekozen om te doen alsof hier twee bewindslieden zitten. De leden stellen vragen aan de heer Van der Ham en de minister, die ze vervolgens beantwoorden.

De heer **Anker** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik ben hier als vervanger van mevrouw Wiegman en zal haar bijdrage uitspreken. Vandaag discussiëren wij over medicinale cannabis, in populaire termen ook wel mediwiet genoemd. Ik wil mijn complimenten geven voor de nota: goed dat die is opgesteld. Ik ben tot de conclusie gekomen dat artsen, specialisten, patiënten, wetenschappers en politici op dit onderwerp nog lang niet op één lijn zitten. Om verbeteringen te bewerkstelligen, moeten wij hierover in gesprek blijven. Er zijn veel positieve verhalen van patiënten. Op 8 april 2002 was de ChristenUnie dan ook voor het wijzigen van de Opiumwet. De invoering van het legaal verstrekken van een drietal cannabisvarianten heeft echter niet geleid tot grootschalige afname. De verwachte patiëntengroep van 10.000 bleef na een evaluatie hangen op circa 1700 patiënten. Je zou kunnen speculeren dat een grote meerderheid van de patiëntengroep medicinale cannabis nog steeds verkrijgt via het illegale of het gedoogde circuit.

Er worden in de nota vier voorstellen gedaan. Het eerste voorstel betreft betere voorlichting en meer onderzoek. Grootschalig onderzoek naar de werking van cannabis met duidelijke conclusies ontbreekt nog steeds. Het is de vraag of de overheid hier verantwoordelijk voor is. De ChristenUnie kan zich in het commentaar van de minister vinden. De arts is op de hoogte van de omstandigheden van de patiënt en die rol kan de overheid niet overnemen. Zoals de minister aangeeft, heeft het eerder gedane onderzoek ertoe geleid dat de huidige producten kunnen worden gebruikt als geneesmiddel. Registratie ligt in handen van de farmaceutische bedrijven. De ChristenUnie is van mening dat medicinale cannabis geen uitzonderingspositie heeft ten opzichte van andere geneesmiddelen. De overheid moet hierin dus niet de taak overnemen van de farmaceutische bedrijven. De ChristenUnie ziet het wel als taak van de overheid om beter inzicht te krijgen in de patiëntengroep en het huidige gebruik van medicinale cannabis. In de nota staan de kosten wel uitgewerkt, maar die zijn niet duidelijk gespecificeerd. De ChristenUnie zou graag een kostenoverzicht zien met daarop de totale kosten, het aantal gebruikers en de hoeveelheid medicatie die wordt gebruikt. Verder blijkt uit het Evaluatierapport Medicinale Cannabis uit 2005 dat neurologen en oncologen nog niet overtuigd zijn van de werking. Wij zijn vijf jaar verder. Is die situatie veranderd?

De tweede aanbeveling gaat over de uitbreiding van de soorten. Die zal waarschijnlijk niet kostendekkend zijn. Op verzoek van de patiëntenorganisaties is om uitbreiding gevraagd, maar dit heeft niet tot vergroting van de afname geleid. De ChristenUnie ziet voorlopig dus niets in het uitbreiden van die markt. De derde vraag is of medicinale cannabis in het basispakket thuishoort. Hierover is in de media al bericht. De heer Van der Ham verwacht op dit onderwerp weinig tegenstand. Die is er bij ons wel een beetje. Wij zijn geen voorstander van een voorkeursbehandeling van

medicinale cannabis ten opzichte van andere medicijnen. Zoals de minister aangeeft: een van de voorwaarden voor het opnemen van een medicijn in het basispakket is dat het een geregistreerd geneesmiddel moet zijn. Wij zijn dan ook van mening dat er sprake is van rechtsongelijkheid als medicinale cannabis in het basispakket wordt opgenomen zonder dat voldaan is aan de wettelijke kaders. Wij erkennen het kostenprobleem, maar er zijn nog steeds zorgverzekeraars die medicinale cannabis verzekeren op basis van een coulanceregeling of in een aanvullend pakket. De ChristenUnie zou graag zien dat patiëntenorganisaties met zorgverzekeraars om de tafel gaan zitten en de standpunten uitwisselen. Op basis van het onderzoek dat tot nu toe is gedaan, is er voldoende bewijs dat verschillende patiëntengroepen baat hebben bij het gebruik van cannabis. Hier zouden zorgverzekeraars op in moeten spelen. Laten wij niet vergeten dat er veel goed werkende medicijnen zijn die niet in het basispakket zitten. Een voorbeeld hiervan zijn slaapmiddelen, bijvoorbeeld melatonine.

Ten slotte wil ik ingaan op het nuchter omgaan met zelfteelt. Moeten wij de wet nu handhaven of gedogen? Het is verboden om zelf cannabis te telen, ongeacht het aantal planten. De ChristenUnie wil ook hier de lijn van de minister volgen. Volgens de Opiumwet kunnen wij geen uitzondering maken, dit mede geplaast in het internationale kader. Wij moeten een duidelijke lijn trekken en geen uitzonderingen maken. Komt de ChristenUnie patiënten die graag verandering zien dan helemaal niet tegemoet? Jazeker wel. Wij zien in de toekomst mogelijkheden voor de registratie van medicinale cannabis. Wij kunnen dit nu echter niet ad hoc met elkaar besluiten. In de nota staat dat wij niet te veel moeten leunen op internationale onderzoeken. De ChristenUnie ziet op internationaal niveau juist wel mogelijkheden. Wij moeten de krachten bundelen. Als dit ertoe leidt dat medicinale cannabis sneller geregistreerd kan worden, lijkt ons dat een goede zaak.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. De heer Van der Ham dient geprezen te worden in zijn streven om voor een groep mensen met chronische klachten perspectief te bieden door middel van maatregelen om de kwaliteit van en de toegang tot medicinale cannabis te verbeteren. Ongetwijfeld is hij gedreven door persoonlijke ervaring met mensen die problemen hebben met de toegang tot het gebruik van die medicinale cannabis. Het gaat om ernstig zieke mensen die zich door het gebruik geholpen voelen. Daarbij vinden zij echter de wetenschap tegenover zich. Die acht immers de positieve werking van cannabis niet bewezen. Vandaar dat medicinale cannabis zich bevindt in een schemergebied, te meer daar cannabis als controversieel genotsmiddel bekend staat. Voor de SP gelden de volgende uitgangspunten bij haar beoordeling van de voorstellen in de initiatiefnota. 1. Leidt het tot een betere kwaliteit van leven voor patiënten die deze middelen gebruiken? 2. Dragen de voorgestelde maatregelen bij aan solidariteit? 3. Vergroot het de veiligheid ten opzichte van de huidige praktijk? 4. Is de zorg doelmatig of zijn er andere alternatieven? Sinds 2003 is het mogelijk om cannabis op recept te krijgen voor de volgende indicaties: aandoeningen van lichte spasticiteit in combinatie met pijn zoals multiple sclerose, misselijkheid en braken bij chemotherapie, radiotherapie en hiv-combinatietherapie, pijnbestrijding bij kanker en aids, chronische zenuwpijnen en het syndroom van Gilles de la Tourette. Het valt op dat het doorgaans gaat om ernstige chronische aandoeningen en ziekten met dodelijke afloop. Cannabis wordt beschouwd als een lastresortmiddel als bestaande, vergoede, medicatie niet meer helpt. Vreemd aan de huidige wetgeving is dat cannabis wel mag worden voorgeschreven, maar niet mag worden vergoed. Als een dokter het mag voorschrijven, gaat daar een zekere legitimatie van uit. Dat wringt net als de ervaringsgegevens dat jaarlijks

duizend of meer mensen, die vaak in zeer moeilijke omstandigheden leven, aangeven er baat bij te hebben.

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) concludeert dat cannabis niet bewezen werkzaam is. Het wijt dit aan het feit dat er geen goede gestandaardiseerde toedieningsvorm is. Door de wisselende samenstelling is goed onderzoek tot nu toe niet mogelijk geweest. Als een farmaceutisch bedrijf medicinale cannabis gaat produceren, kan aan dit bezwaar tegemoet worden gekomen en staat de weg open naar verder deugdelijk onderzoek. Het is verheugend dat verder onderzoek wordt gedaan. Hoe staat het met de registratie? Gaat die door? Wat is de laatste stand van zaken? Hoe staat het met mogelijk toekomstig onderzoek? Standaardisatie leidt tot een veiliger product. Patiënten kunnen er dan van op aan dat in het middel ook werkelijk de hoeveelheid en soort cannabis zit die wordt beoogd.

Medicinale cannabis zit niet in het basispakket, maar via een aanvullende verzekering wordt zij geheel of gedeeltelijk vergoed. Dit vindt de SP niet gewenst. Vaste premies treffen de lagere inkomens relatief zwaarder. Daarom wil de SP voorstellen om medicinale cannabis via een tijdelijke regeling in het basispakket op te nemen, deze tijdelijke regeling vervolgens te evalueren en na enkele jaren definitief de knoop door te hakken. Dit in het besef dat het een last resortmiddel is dat voorhanden kan zijn als andere middelen geen effect sorteren. Is deze suggestie van de SP mogelijk? Over de doelmatigheid kan ik kort zijn. Het gaat om een kleine groep beperkte middelen, in de orde van 1 mln. per jaar. Cannabisgebruik leidt mogelijk tot minder gebruik van regulier vergoede geneesmiddelen. Al met al lijken de financiën geen reden om cannabis niet tijdelijk op te nemen.

Ik loop kort de voorstellen van de indiener langs. Ten eerste het onderzoek. Het ligt voor de hand dat de fabrikant die de productie ter hand wil nemen hiermee aan de slag gaat. Ten tweede het vraagstuk van de voldoende varianten. Wij achten het een taak van de toekomstige fabrikant om aan de reële bestaande behoefte te voldoen. Ik neem overigens aan dat de markt groter zal zijn dan Nederland. Ten derde de zelfteelt. Die is nu een noodzakelijk kwaad, omdat cannabis niet in goede sterkte te verkrijgen is of te duur is. Als SP zijn wij hier niet gelukkig mee, vanwege veiligheidsredenen maar ook vanwege mogelijke criminaliteitsaspecten. Ten vierde het basispakket. Dat steunt de SP en ik heb daar al een voorstel voor gedaan.

Tot slot een uitspraak van Einstein die zeker van toepassing is. Niet alles wat waardevol is, kan worden gemeten. Meten is weten, is dus een te beperkte opvatting van de geneeskunde en dat lijkt ook op te gaan voor de medicinale cannabis. Dat het wetenschappelijk bewijs van effectiviteit nog niet is geleverd, sluit niet uit dat in individuele situaties patiënten er baat bij kunnen hebben. Een retorische vraag: wat als er geen alternatief is?

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Voorzitter. Ook het CDA heeft grote waardering voor het initiatief van de heer Van der Ham. De aandacht voor de medicinale cannabis was de laatste jaren helemaal weggezaakt. Hij zet het goed op de kaart. Ik hoop dat dit overleg ertoe leidt dat wij ook daadwerkelijk een stap kunnen zetten. Het CDA is altijd voorstander geweest van de medicinale cannabis. De reden is dat het een andere functie heeft en helpt bij ernstige ziektebeelden. Wij vinden het ook heel onwenselijk als mensen in de illegale teelt moeten gaan of naar het schimmige gebied van de coffeeshop.

Als ik kijk naar de vijf problemen die de heer Van der Ham schetst, denk ik dat hij misschien nog niet helemaal de kern van de problematiek te pakken heeft. Als ik ze koppel, zie ik een soort vicieuze cirkel. Er is weinig gebruik en er zijn weinig varianten. Dat komt omdat er geen geregistreerd medicijn in het basispakket zit en dat komt weer omdat het onderzoek

naar de aantoonbare effectiviteit nog niet is gedaan. Een andere oorzaak is dat mensen het niet leuk vinden om hun imago te verbinden aan een middel dat in het schemergebied van gedoogbeleid zit. De basis en de kern liggen volgens mij toch bij het medisch-wetenschappelijk onderzoek. Wat de heer Van der Ham voorstelt, zie ik als een gedoogoplossing: medicinaal cannabis in het basispakket te stoppen, ook al is het geen geregistreerd medicijn. Wanneer stoppen wij iets in het basispakket? Als het een geregistreerd medicijn is. Daarvoor hebben wij aantoonbaar wetenschappelijk onderzoek nodig, de zogenaamde experimental clinical trials. Wij moeten er bij stilstaan waarom dit niet gelukt is. In het verleden waren er twee opties bij de introductie van de medicinale cannabis. De ene was verstrekking via een experimenteel onderzoek en de andere was via verkrijgbaarheid op recept. Wij hebben voor die laatste gekozen. Als ik terugkijk en het vergelijk met de medicinale heroïne, waarbij we juist voor de eerste optie hebben gekozen, hebben wij daar een kans laten liggen. Een aantal mensen gebruikt nu medicinale cannabis. Het was mooi geweest als wij dit gebruik direct in een experimentele onderzoeksetting hadden kunnen opnemen. Dan hadden wij nu de erkenning als medicijn gehad, net als bij de medicinale heroïne. Dat is ons hierbij niet gelukt. Ik vraag de heer Van der Ham en de minister of er elementen zijn in het onderzoek naar de medicinale heroïneverstrekking waarvan wij van kunnen leren hoe wij dat onderzoek nu wel goed op poten kunnen zetten. Bij het onderzoek naar medicinale heroïne is mij opgevallen dat wetenschappers het vreselijk interessant vonden, hieraan prachtige wetenschappelijk artikelen hebben ontleend en dat het goed was voor hun status. Bij medicinale cannabis denk ik: wie zou het onderzoek moeten doen? Is het wel goed dat het Bureau voor Medicinale Cannabis (BMC) daar de trekker van wordt? Hoe kunnen wij dit ondersteunen? Ik kijk naar de minister want bij de medicinale heroïne is dit wel gebeurd. Buitenlandse instituten, bijvoorbeeld het Amerikaanse Centre for Medical Cannabis Research (CMCR), doen heel interessante onderzoeken, zelfs met clinical trials. Er zijn dus heel veel internationale bewegingen die wij beter kunnen benutten.

Als je het goed wilt doen, moet je overal oog voor hebben. Een van de elementen die mij opvalt, is dat de huisartsen bezwaren hebben. Heeft dit alleen te maken met die aantoonbare effectiviteit of zijn er andere redenen? Die moeten dan boven tafel komen. In de nota blijft het schemergebied tussen recreatief en medicinaal gebruik in stand. Dat is niet goed als wij het medicijn verder willen ontwikkelen en over willen gaan tot registratie. Dan moet je het van het schemergebied ontdoen en niet de oplossing zoeken in de zelfteelt enzovoorts. Daar moeten we vanaf. Wij moeten ook verkennen of er in de ruimere aanvullende verzekering meer mogelijkheden zitten waardoor wij het draagvlak kunnen vergroten bij de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders en de farmaceutische industrie. Is er ruimte in de aanvullende verzekering waarmee wij het gebruik kunnen promoten?

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Voorzitter. Ook ik begin met een woord van dank aan de heer Van der Ham van D66 voor het nemen van dit initiatief en de nota die hij heeft geschreven. Ik dank ook de minister voor de reactie die hij daarop heeft gegeven. Ik vervang hier mevrouw Bouwmeester die momenteel in de plenaire zaal aanwezig is. Voor bepaalde mensen met een veelal chronische aandoening heeft medicinale cannabis een heilzame werking. Het is daarom goed dat cannabis als medicijn onder voorwaarden verstrekt en vergoed kan worden. Het vermindert immers de ziekteverschijnselen. Een belangrijk onderdeel daarvan is de pijn. Mijnheer Van Gerven heeft net de aandoeeningen genoemd waarbij het een heilzame werking kan hebben. Er worden momenteel drie soorten medicinale cannabis geteeld onder strikte voorwaarden, waardoor de zuiverheid en samenstelling van het

medicijn medicinale cannabis wordt gegarandeerd. Hierdoor zijn mensen voor deze drie soorten niet afhankelijk van de cannabis uit de coffeeshop. Hierbij kunnen immers geen kwaliteitseisen worden gesteld omdat de inkoop van cannabis daar helaas nog niet is gereguleerd. Echter, het aantal soorten cannabis dat op recept verkrijgbaar is, is beperkt tot drie. Ook is de kennis over de heilzame werking bij huisartsen niet overal optimaal en wordt het niet door alle apotheken verkocht. Dat terwijl er volgens medici veel meer mensen gebaat zijn bij het gebruik van medicinale cannabis, maar dan van andere soorten dan de drie die nu aangeboden worden. Het initiatiefvoorstel van D66 om medicinale cannabis toegankelijker te maken, kan dan ook rekenen op sympathie van de PvdA. Complimenten dus.

Om over te kunnen gaan tot mogelijke uitbreiding van het assortiment medicinale cannabis moeten een paar dingen onderzocht worden. In de eerste plaats de uitbreiding van het assortiment. Eerst moet duidelijk worden welke soorten cannabis voor bepaalde ziekten een heilzame werking kunnen hebben. Ten tweede moet er geïnvesteerd worden in voorlichting aan huisartsen en apotheken over de varianten van cannabis, het gebruik en het voorschrijven, zodat medicinale cannabis ook daadwerkelijk wordt voorgeschreven en men weet hoe het medicijn te gebruiken. Ik heb een specifieke vraag aan de minister. Hoe staat het met de registratie van medicinale cannabis en de nationale en internationale onderzoeken?

De PvdA vindt het belangrijk dat het taboe op het gebruik van medicinale cannabis wordt doorbroken. Voor bepaalde aandoeningen wordt het al gebruikt, zoals de minister in zijn brief schrijft. Als andere soorten ook een heilzame werking hebben, moet uitbreiding van het assortiment mogelijk zijn. Ik kan mij wel goed vinden in wat de minister schrijft ten aanzien van opname in het basispakket. Wij hebben daar afspraken over gemaakt en er is een procedure voor de erkenning van medicijnen. In dat licht wil ik nadere informatie over die onderzoeken, zodat wij met de erkenning misschien een stapje verder kunnen komen.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Begrijp ik mijn collega goed dat zij zegt: wij zijn voor betere voorlichting, meer varianten, zelfteelt als last resort, maar niet voor het opnemen in het basispakket?

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Ik zei dat ik me kan vinden in wat de minister daarover schrijft. In principe is hij voor opname in het basispakket, maar wij hebben regels afgesproken over waar geneesmiddelen aan moeten voldoen. Daar refereerde ik aan. Voor de thuisteelt zouden wij bijna moeten gaan werken met een ontheffing van de Opiumwet. Ik twijfel daarover. Ik wil het niet verbieden. Het is nu mogelijk om vijf plantjes voor eigen gebruik te telen, dus in die zin hebben wij al iets geregeld. De kans dat je toch een beetje naar het criminele gaat, lijkt mij niet geheel uitgesloten. Als thuisteelt een oplossing is voor de groep patiënten die hun variant nog niet elders kunnen kopen, zullen wij ons daar niet tegen verzetten.

De heer **Harbers** (VVD): Voorzitter. Ook mijn fractie dankt de heer Van der Ham voor het indienen van zijn initiatiefnota. Het is een goede nota die inzicht geeft in de werking en het gebruik van medicinale cannabis en allerlei zaken die daarbij spelen. Wat mij betreft leidt dit tot de conclusie dat medicinale cannabis voor een groep patiënten uitkomst biedt, met name voor het tegengaan van braken, misselijkheid en verlichting van pijn. Bij mij bleef ook het gevoel hangen dat de nota laat zien dat er in vergelijking met andere geneesmiddelen in korte tijd al heel veel stappen zijn gezet. Sinds het begin van deze eeuw is het BMC ontstaan, wordt cannabis geleverd voor wetenschappelijk onderzoek en aan apotheken, is voorlichting op gang gekomen via het ministerie van Volksgezondheid,

Welzijn en Sport (VWS) en hebben opeenvolgende ministers de termijn van beschikbaarstelling van cannabis telkens verlengd. De heer Van der Ham schetst een aantal problemen en mogelijke oplossingen. Op een aantal daarvan ga ik kort in. Ten eerste de problemen op het gebied van voorlichting en onderzoek. De heer Van der Ham ziet hier een rol voor het ministerie van VWS. Waarom wil hij daarin verdergaan dan bij veel andere geneesmiddelen en aandoeningen? Vanzelfsprekend moet het taboe worden doorbroken, maar ik denk dat de redenering van de minister deugt dat het aan de artsen is om patiënten goed voor te lichten. Waarom niet het initiatief voor voorlichting gelegd bij huisartsen, internisten, al dan niet via hun koepelverenigingen? Volgens mij is het beeld niet zo zwart-wit. Ik heb zelf rondgevraagd bij een aantal artsen en ik kom er genoeg tegen die prima op de hoogte zijn van de beschikbaarheid van medicinale cannabis. Ze maken soms wel een andere afweging omdat ze voor heel veel aandoeningen waarvoor cannabis wordt voorgeschreven ook andere geneesmiddelen achter de hand hebben. Ook bij onderzoek zouden farmaceuten in de eerste plaats zelf moeten komen tot onderzoek en nieuwe geneesmiddelen. Dan het probleem van het tekort aan soorten. Niemand is in staat om heel goed de vraag te beantwoorden hoeveel soorten er moeten zijn. De heer Van der Ham stelt zeven tot tien, maar zegt ook dat het aantal variëteiten oneindig groot is. Een wrang bijverschijnsel van de vrije beschikbaarheid van cannabis in dit land is dat dit de ontwikkeling van heel veel medicinale soorten in de weg staat. Dit leidt tot het dilemma hoe ver je moet gaan. Hoe ziet de heer Van der Ham het voorstel van de minister om met een vierde soort te gaan werken, te bekijken wat dit oplevert en of het voldoende soelaas biedt?

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Ik heb een vraag over de voorlichting. Ik heb de nota van de heer Van der Ham niet gelezen alsof hij stelt dat er een landelijke campagne vanuit de overheid met SIRE-spotjes en dergelijke moet komen. Hij heeft aangegeven dat er wellicht meer gedaan moet worden aan kennis en expertise over het gebruik van medicinale cannabis, juist bij de professionals en experts, de huisartsen etc. Daar lijkt mij niet veel mis mee, want het kan best zijn dat daar een kennis- of ervaringsachterstand is.

De heer **Harbers** (VVD): Met uw laatste punt ben ik het eens. Ik heb de nota anders gelezen. Ik citeer: «De minister van VWS dient hiertoe de informatievoorziening te verbeteren.» Juist bij heel veel andere ziekten, aandoeningen en geneesmiddelen leggen wij het initiatief bij de beroepsgroepen zelf, bij de medici die beter dan een ministerie kunnen beoordelen wat de werking is. Vandaar mijn vraag aan de heer Van der Ham of hij dat met mij eens is.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Natuurlijk is alles wat men schrijft voor verschillende interpretaties vatbaar, maar in diezelfde paragraaf staat heel duidelijk dat hierover in gesprek moet worden gegaan met patiëntenorganisaties en beroepsverenigingen van artsen en huisartsen, in de eerste plaats met de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde (KNMG). De brochures die elk jaar gemaakt worden, moeten actueel blijven. Daarin moeten de laatste ontwikkelingen meegenomen worden. Daar lijkt mij niet zoveel mis mee.

De heer **Harbers** (VVD): Vandaar mijn vraag aan de heer Van der Ham en de minister. Ik kan mij meer vinden in de stellingname van de minister, die zegt dat wij dit moeten gelijkschakelen met andere aandoeningen en geneesmiddelen en de voorlichting daarover. De politiek moet niet voorschrijven hoe vaak een brochure moet worden geüpdatet.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Daarmee gaat u toch juist voorbij aan het schimmige karakter dat onterecht aan dit medicijn kleeft?

De heer **Harbers** (VVD): Dat laatste bestrijd ik. Er zijn voldoende artsen voor wie er helemaal geen taboe op rust, maar bij wie het een afweging is tussen de werking van cannabis en de werking van andere medicijnen. Zij komen tot een andere keuze. Ik weet niet of het taboegehalte zo vreselijk groot is. Ook daarbij geldt dat er bij de commissie meer vragen zijn dan kennis, dus vandaar mijn vragen.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Het taboe van de artsen berust op het evaluatierapport uit 2003 waarin ingegaan wordt op de herkomst. Hieruit blijkt dat artsen in hun maag zitten met de aantoonbare effectiviteit van het middel. U zegt dat er een update van kennis nodig is om de voorlichting aan te passen. Als ik die twee dingen combineer, kom ik er toch weer op uit dat het belangrijk is dat er medisch onderzoek komt naar de effectiviteit. Daarmee kunnen artsen overtuigd worden en kan de voorlichting worden verbeterd.

De heer **Harbers** (VVD): Wat betreft het basispakket staan de minister en de heer Van der Ham heel dicht bij elkaar. Ook de minister zegt dat hij in principe niet tegen opname in het basispakket is, maar dat hij de koninklijke weg van de geneesmiddelenregistratie wil volgen, inclusief wetenschappelijk onderzoek en klinische tests. Mijn fractie volgt bij voorkeur dit pad, zeker nu wij volgens de beantwoording van de minister blijikbaar aan de vooravond staan van een ronde klinische testen. Heeft de minister zicht op dat traject en de termijn waarop dit tot een geregistreerd geneesmiddel kan leiden, zodat wij het langs de koninklijke weg kunnen opnemen in het basispakket?

De heer Van der Ham is dubbel in zijn oordeel over de zelfteelt. Die heeft niet zijn voorkeur, maar hij zegt wel dat wij er wel nuchter mee moeten omgaan. Dat laatste vind ik heel ingewikkeld. Wat betekent dat? Wij weten dat zelfteelt meestal van slechtere kwaliteit is en dat alle negatieve aspecten van zelfteelt die voor illegale wietkwekerijen gelden ook gelden voor zelfteelt voor medicinale doeleinden. Veel mensen missen de benodigde expertise en er is in dezelfde mate gevaar voor brand, overlast etc. Dit heeft niet mijn voorkeur.

Tot slot: in de loop van een beperkt aantal jaren is er al veel verbeterd. De groep patiënten die baat heeft bij cannabis is sinds het begin van deze eeuw steeds beter bediend. De VVD-fractie heeft de voorkeur om die ontwikkeling verder te volgen, in de hoop dat dit binnen enkele jaren leidt tot een geregistreerd geneesmiddel dat voluit ten goede komt aan de patiënten. Tegen mevrouw Joldersma zeg ik: dat is het moment dat het gelegitimeerd is om het middel in het basispakket op te nemen.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. Het zal de commissie niet verbazen dat onze fractie de heer Van der Ham complimenteert met de initiatiefnota en dat onze fractie die nota steunt. Hij heeft een aantal problemen beschreven: de voorlichting, het aantal varianten, de kosten en de kwaliteit van coffeeshopcannabis in vergelijking met apotheekcannabis. Deze problemen zouden grotendeels opgelost kunnen worden als de voorstellen uit de nota worden opgevolgd. Die zijn: betere voorlichting, opname in het basispakket, meer varianten en nuchter omgaan met zelfteelt. Voor zelfteelt geldt: als het echt niet anders kan. Dit wordt beschreven in casus 3 van de nota.

Cruciaal onderdeel van het pakket van maatregelen is de opname in het basispakket. Mijn fractie is daar voor, net als de vorige directeur van het BMC, W.K. Scholten. De minister zegt dat hij geen uitzondering kan maken en dat de medicinale cannabis aan dezelfde criteria moet voldoen als andere medicijnen. Daartegenover wil ik twee opmerkingen plaatsen. Ten



eerste vergeet de minister te melden dat de Commissie Farmaceutische Hulp (CFH) is vergeten, medicinale cannabis te toetsen als gestandaardiseerde apotheekbereiding. Ten tweede vergeet hij te melden dat het substitutiegevaar van cannabis uniek is. Hij zegt dat medicinale cannabis geen geregistreerd geneesmiddel is. Dat klopt. Een niet-geregistreerd geneesmiddel kan echter voor vergoeding in aanmerking komen als sprake is van rationele farmacotherapie. Dat houdt in dat een geneesmiddel aan minstens een van deze twee criteria moet voldoen: er is voldoende bewijs van werkzaamheid geleverd of het betreft een gestandaardiseerde apotheekbereiding. De CFH heeft medicinale cannabis niet beoordeeld op het criterium van gestandaardiseerde apotheekbereiding. Mijn fractie vindt dat er een nieuwe beoordeling moet komen. Vindt de minister dat ook?

Er zijn meerdere argumenten om medicinale cannabis op te nemen in het basispakket. Ten eerste komt voor de werkzaamheid van medicinale cannabis steeds meer bewijs. Ten tweede is het gevaar van substitutie door schadelijke coffeeshopcannabis groot. Bij andere medicijnen speelt dit probleem veel minder of niet. Dat maakt cannabis uniek. Ten derde zijn er juridische argumenten. Verzekeraars moeten een eventuele afwijzing voor vergoeding motiveren aan de patiënt. Hierover is jurisprudentie. Over de kern van dit vergoedingsverschil heeft de rechter nog niet beslist, maar de regels geven ruimte voor een interpretatie die recht geeft op vergoeding.

In 2005 was de voorganger van de minister niet bereid te onderzoeken hoeveel mensen medicinale cannabis nodig hadden. In 2008 was deze minister daar ook niet toe bereid. Waarom niet? Wil hij niet weten hoe groot de markt is? Hij zegt dat hij niet verantwoordelijk is voor het op de markt brengen van medische producten. Ik citeer: «Het zou een verkeerd signaal zijn alleen voor medicinale cannabis hierop een uitzondering te maken». Hoe verhoudt zich dit tot pagina 26 van de begroting voor VWS van dit jaar? Daar staat: «Innovatie van medische producten komt niet altijd in de markt tot stand, zelfs niet als het maatschappelijk belang van deze producten groot is. VWS zal de markt dan op het belang wijzen en partijen bijeen brengen.» Waarom heeft de minister dit niet met medicinale cannabis gedaan?

Doet het BMC klinisch onderzoek? Zo nee, waarom niet? Is dat geen wettelijke taak van het BMC? In de Beleidsregels Opiumwetontheffingen staat dat het BMC als taak heeft te laten onderzoeken of cannabis of cannabisproducten kunnen worden gebruikt als geneesmiddel. Is het BMC kostendekkend? Zo ja, waar wil de minister het overschot aan besteden? In zijn antwoorden suggereert de minister dat alleen de THC-pil en niet de plant zelf in aanmerking komt als geregistreerd geneesmiddel. Klopt dit? Is hij bereid een conferentie voor wetenschappers en beleidsmakers uit Nederland en bijvoorbeeld de Verenigde Staten en Engeland te initiëren en te faciliteren, met als doel het op gang brengen van goed wetenschappelijk onderzoek op basis van de nu beschikbare kennis en middelen? Is hij bereid de twee onderzoeken die worden genoemd in de nota uit te voeren?

Mevrouw **Joldersma** (CDA): U zegt dat er meer bewijs is en dat dit voor u aanleiding is om medicinale cannabis te registeren als geneesmiddel. Ik vind dat een vreemde manier van denken. Dat doen wij toch bij andere dingen ook niet? De weg naar het basispakket is juist: eerst een groot dossier waar alles in staat, dan de methode van de clinical trials en dan is het bewijs pas geleverd. U vraagt of dit onderzoek geen taak is van het BMC, maar denkt u dat het BMC daartoe in staat is? Het is nogal wat als men zich moet begeven in de wereld van farmaceutische industrie, wetenschappelijk onderzoek enzovoorts. Dan moet men toegang tot die wereld hebben en daar een speler in zijn. Is het BMC dat wel?

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Dat onderzoek moet men in principe kunnen doen, anders zie ik niet in waarom dat met zoveel woorden is opgenomen. Ik hoor graag van de minister de redenen waarom het BMC dat niet zou kunnen doen. Wat betreft uw eerste vraag: natuurlijk blijven er vragen over. De heer Van der Ham zal daar ook op ingaan, maar ik zie vooralsnog niet in waarom het niet kan worden opgenomen. Je kunt ook het omgekeerde beredeneren.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Daarmee geeft u geen volledig antwoord. U zegt: medicinale cannabis is anders dan andere medicijnen, dus hoeft er geen bewijs te worden geleverd en kan het zo in het basispakket worden opgenomen. Dat vind ik een vreemde redenering.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Het is een uniek medicijn en dat maakt het anders dan de andere medicijnen.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Voorzitter. Het is inderdaad lang geleden dat wij gesproken hebben over medicinale cannabis. Het laatste debat was in februari 2006, dus vier jaar geleden, en ging vooral over verstrekking aan harddrugsverslaafden. Ondertussen ondervindt een kleine groep chronisch zieke mensen, die met cannabis de gevolgen van hun ziekte kan beperken, nog steeds problemen. Mijn complimenten voor de heer Van der Ham dat hij met deze nota hier aandacht voor vraagt en dit probleem opnieuw op de agenda zet. Hopelijk zorgen wij er nu sneller voor dat er oplossingen komen, want het zou heel triest zijn als wij over vier jaar opnieuw moeten concluderen dat er niets gedaan is aan de praktische problemen. Mijn fractie herkent de problemen die in de nota worden benoemd. Wij hebben de afgelopen dagen naar aanleiding van dit algemeen overleg een aantal e-mails gekregen, maar ook vanuit onze partij bereiken deze geluiden ons regelmatig. Met het huidige beleid is medicinale cannabis toegankelijker geworden, maar er zijn nog veel mogelijkheden tot verbetering.

Ik wil beginnen met de casussen die in de nota zijn opgenomen. Ik vind het belangrijk dat het duidelijk wordt over wat voor mensen wij het hebben. Het gaat bijvoorbeeld om iemand die verschrikkelijke operaties heeft meegemaakt, daar veel pijn van ondervindt en die zelfs met een operatief ingebracht morfinepompje geen soelaas wordt geboden. Die krijgt met medicinale cannabis enigszins verlichting. Het gaat om mensen die hiv-patiënt zijn en die op een fatale manier afhankelijk zijn van medicinale cannabis om te voorkomen dat ze hun dagelijkse medicijnen uitbreken. Medicinale cannabis zorgt ervoor dat hun eetlust wordt opgewekt en voorkomt dat ze op een zorgwekkende manier afvallen. Dat zijn de mensen waarover wij het hebben. Die kleine groep is misschien niet altijd even mondig om de Kamer te bereiken en wellicht ook te klein om de patiëntenorganisaties in te zetten om hun lobby kracht bij te zetten. Dat is van belang, want er is een sterke ambivalentie rond dit onderwerp. Medicinale cannabis mag wel worden voorgeschreven, maar hoeft niet te worden vergoed. Daar zit iets raars in. Dezelfde ambivalentie is in het overige drugsbeleid terug te vinden, maar is hier niet op haar plaats. Wij staan zij aan zij met het CDA – dat is opmerkelijk op dit punt – omdat het gaat om een heel ander onderwerp en een heel ander gebruik.

In de nota beschrijft de heer Van der Ham dat de vijf planten die nu zijn toegestaan voor thuisweek mogelijk niet voldoende zijn voor diegenen die voor medicinaal gebruik zelf willen kweken. Hoeveel planten zijn dan wel voldoende? Wij herkennen het probleem, kennen de uitspraak van het Hof en vinden dat bij dit gebruik wat flexibeler opgetreden mag worden. Ik begrijp echter ook de reactie van de minister. Dit is geen oplossing. De heer Van der Ham beschrijft eerst een heel aantal problemen om daarna te concluderen dat hij de zelfteelt wil houden en dat hij wil dat er flexibeler mee omgegaan wordt. Dat is de keuze van iemand die nu geen oplossing

heeft. Ik begrijp dat heel goed. Ik kies op termijn liever voor een fundamentele oplossing: het registreren als medicijn en het opnemen in het basispakket. Ik kan mij wel voorstellen dat het op dit moment noodzakelijk is om er wat soepeler mee om te gaan. Is de minister bereid om de aanwijzing voor medicinaal gebruik te versoepelen, bijvoorbeeld wanneer mensen met een medicijnpaspoort kunnen aantonen dat de wiet voor eigen medicinaal gebruik wordt gekweekt?

Over medicinale cannabis in het basispakket is een aantal vragen gesteld. Ik sluit mij daarbij aan. Is de minister bereid om naast de CFH ook het CVZ onderzoek te laten doen naar cannabis in het basispakket? Dit kan interessant zijn om een weloverwogen beslissing over de mogelijke, ook financiële, gevolgen te kunnen nemen. Het lijkt ons van groot belang dat de voorlichting wordt verbeterd. Wij onderschatten de misverstanden die nog steeds bestaan rondom het gebruik van medicinale cannabis. Waar mogelijk moet de minister daar actief in zijn, maar zeker ook de patiëntenverenigingen en de beroepsverenigingen. Ik hoop dat de minister zijn mening enigszins bijstelt, want het is niet de vraag om een SIRE-campagne op te starten. Ik denk wel dat het belangrijk is dat hij een rol speelt in het wegnemen van mogelijke vooroordelen en misverstanden rondom dit medicijn.

De heer **Van der Ham** (D66): Voorzitter. Het is erg leuk om aan deze kant van de tafel te zitten en om complimenten van mijn collega's te krijgen over de opstelling van de nota. Het is een actueel vraagstuk. De afgelopen jaren hebben wij diverse keren via de televisie het gedoe rond de heer Moorlag gezien, waaruit naar voren kwam dat hier een probleem ligt. De afgelopen weken zijn er veel brieven door patiënten aan de Kamer gestuurd waarin problemen worden geschetst met de kosten, de variatie en de zelfteelt. Er zijn ook veel mensen die hun mening hebben gegeven. Soms gebeurde dat anoniem. Die meningen zijn niet tot ons gekomen. Daarnaast zijn wij erg blij dat wij veel steun hebben gekregen van organisaties die ons pleidooi op grote lijnen ondersteunen, zoals de Stichting MS Research, de MS Vereniging Nederland, de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening en de Stichting Patiëntenbelangen Medicinale Marihuana (PMM). Ook de minister van VWS heeft een brief gestuurd waarin dingen staan die ons tegemoet komen. Het is nog niet voldoende, maar ook daarvoor dank.

Deze nota is tot stand gekomen door de zaak-Moorlag, die tot de Hoge Raad is gevoerd om tot een uitspraak te komen. Dit was een zeer mediagenieke vertoning, maar wel iets waar het veel grotere probleem achter zat van patiënten die worstelden met de medicinale wiet. Daarnaast heb ik mij met veel mensen verdiept in de situatie. Ik ben in Nederland langs geweest bij een aantal patiënten, maar ik ben ook gaan kijken hoe de verstrekking van medicinale wiet is geregeld in Californië. Zo heb ik mij proberen te verdiepen in wat hier speelt en in welke dilemma's hier optreden.

De heer Harbers sprak over de korte maar roerige geschiedenis van dit onderwerp. In de jaren negentig was er veel vraag en was er niets gereguleerd. Voormalig minister Borst heeft dat toen willen doen en heeft het BMC opgericht. Sinds 2003 is medicinale cannabis legaal verkrijgbaar. Dat is heel goed, ook al zijn er nog problemen. Er zit wel een constante in het beleid. Voormalig minister Hoogervorst en de huidige minister hebben het beleid op hoofdlijnen voortgezet en er is een brede ondersteuning in de Kamer om hiermee door te gaan.

Het doel van de nota is om de grootste problemen aan te kaarten rondom de onduidelijkheid over de toepassing en gebrek aan onderzoek, het tekort aan soorten, de kosten, de zelfteelt en de kwaliteit van medicinale versus de illegale cannabis. Wat ons betreft zijn betere voorlichting, uitbreiding van soorten, opname in het basispakket en het beter, nuchterder, omgaan met zelfteelt onderdelen van die oplossing. De reactie van de minister is

dat hij het aantal soorten wil uitbreiden met één variant. Er wordt niet helder hoe hij dit wil doen. Als hij even een nieuwe variant op de markt brengt – dat is sympathiek, want dat komt in onze richting – is mijn vermoeden dat dit gaat mislukken. Alle varianten hebben een aanlooptijd nodig en één batch van een nieuwe variant is te weinig om te weten of die aanslaat. De minister is in principe voor opname in het basispakket, maar vindt dat nog niet nodig omdat medicinale cannabis nog geen geregistreerd geneesmiddel is. Daar hebben veel woordvoerders iets over gezegd. Hij vergeet erbij te zeggen dat de CFH van het CVZ zelf vergeten is te toetsen of medicinale cannabis een gestandaardiseerde apotheekebereiding is. Als dit zo is, komt het in aanmerking voor opname in het basispakket. Ik hoop echt dat dit heroverwogen wordt. Ook is de minister niet ingegaan op het verzoek in de nota om klinisch onderzoek te doen, terwijl gedegen wetenschappelijk onderzoek natuurlijk cruciaal is.

De heer **Harbers** (VVD): U stelt dat de vierde soort gedoemd is te mislukken vanwege de lange aanlooptijd. Geldt dit dan niet als uw voorstel gevolgd wordt om zeven tot tien soorten op de markt te zetten?

De heer **Van der Ham** (D66): Wat ik in de nota heb willen zeggen, is dat wij een langere aanlooptijd moeten nemen en het een tijdje moeten laten gaan. U zei al dat een van de grootste problemen is dat er heel veel soorten cannabis zijn. Die kunnen niet allemaal geteeld worden, dat zou te veel worden. Wij hebben met mensen gesproken die veel ervaring en expertise hebben. Er is een aantal varianten nodig om te kunnen mengen en om zo te voldoen aan de grootst mogelijke vraag vanuit de patiënten. Met één soort kan niet worden gemengd en aan de vraag worden voldaan. Daarvoor zijn meer soorten nodig, waar langer mee geëxperimenteerd moet worden. Dan moeten wij ervoor zorgen dat die langer in de markt staan zodat patiënten ze weten te vinden. Vervolgens kunnen wij daar onze conclusies uit trekken. Eén variant is te weinig om te voldoen aan de diverse vraag van de patiënten.

De heer Harbers vraagt waarom er relatief weinig patiënten zijn. In 2003 was de schatting dat er 15.000 patiënten zouden zijn, in 2005 waren het er 1000 tot 1500 en in 2008 bleken er 300 patiënten te zijn die er gebruik van maken. Het lijkt erop dat bij zo'n daling veel mensen buiten de boot vallen of dat er weinig vraag is. Over dat laatste hebben wij echter andere berichten. Er is wel degelijk veel vraag en wij moeten ervoor zorgen dat daaraan voldaan wordt. Juist doordat er een beperkte variatie is, zijn veel mensen buiten de boot gevallen. De Nederlandse MS-patiënten zeggen bijvoorbeeld dat zij onderzoek hebben gedaan onder de eigen achterban waaruit blijkt dat er een veel grotere behoefte is aan medicinaal verstrekte cannabis. 50% van de 13.000 MS-patiënten zou het antwoord hebben gegeven dat zij graag willen zien of dit voor hun situatie iets kan bijdragen. Dat is een heel grote hoeveelheid.

Ik begin met de zelfteelt, om daarover wat vragen weg te nemen. Naar aanleiding van de zaak-Moorlag dacht ik in eerste instantie dat wij naar een regulering van de zelfteelt zouden moeten waarbij men met een doktersverklaring zelf zou mogen telen en wij dat in de Opiumwet moesten regelen. Bij nadere beschouwing ben ik daarop teruggekomen, omdat het ontzettend lastig is voor mensen om op een goede manier grootschalig mediwiet te telen. Van telen moet je verstand hebben. Er kunnen dingen fout gaan met betrekking tot brandgevaar etc., maar ook medicinaal is het niet altijd optimaal omdat er schimmels kunnen optreden waardoor mensen ziek worden. Ook is het principieel raar dat mensen die heel ziek zijn hun eigen medicijn moeten produceren. Echter, zelfs al zouden wij de hoeveelheden cannabis vergroten, dan kan het zijn dat dit net niet die soort is waar één of een paar patiënten heil bij hebben en die zij zelf gaan telen. Dat vind ik onwenselijk, want dat is niet in overeenkomst met de Opiumwet. Wij zien echter ook dat er nu al bij de

politie bekende situaties zijn van patiënten die een aantal planten hebben dat buiten de Opiumwet valt en waarbij de politie de autonome afweging maakt dat opsporing en vervolging niet opportuun is. Die mogelijkheid heeft de politie altijd. Ik wil dat niet vanuit Den Haag voorschrijven. Dat moet een lokale afweging zijn van politie en justitie. Dat is de ruimte die je voor dat soort specifieke gevallen kunt benutten. Nogmaals, het is een schemergebied en dit heeft absoluut niet mijn voorkeur.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Eigenlijk zendt u een dubbele boodschap uit. U zegt dat het uw voorkeur niet heeft, maar dat het wel moet als het niet anders kan. Een van de problemen rond de medicinale wiet is juist dat schemergebied. Dat is een van de redenen waarom de farmaceutische industrie er niet in wil stappen. Uit de manier waarover u erover praat, proef ik dat nog steeds. Het gaat niet om een klein onderzoekje, mensen die zeggen dat er behoefte aan is en: hier is het medicijn. Nee, het gaat om de medische wetenschap, die zich ontwikkelt en waarvoor medische regels zijn. Ik proef te weinig dat u een medicijn goed in de markt wilt zetten en dat wij daar als fracties wat aan kunnen doen. Als u dat schemergebied in stand houdt, ben ik bang dat het u nooit zal lukken.

De heer **Van der Ham** (D66): Ik begrijp uw verzuchting heel goed. Iets wat men onder amateuristische omstandigheden zonder expertise zelf teelt, kan nooit een medicijn zijn. Dat wil ik ook niet. De Hoge Raad heeft in de zaak-Moorlag gezegd dat het niet mag, maar dat vervolging niet opportuun was voor dat specifieke geval. De uitspraak mocht geen precedentwerking hebben, maar geeft de mogelijke ruimte aan die politie en justitie hebben. Nogmaals: ik ben het helemaal met u eens dat dit niet de oplossing is. Ik vind het heel gek dat patiënten die daartoe eigenlijk niet in staat zijn, hun eigen medicijnen moeten verbouwen. Ik verwijs wel naar de Hoge Raad die deze marge aangeeft en dat zeg ik de Raad na.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Die halfhartigheid zit toch ook in de brief van de minister? Die lost niets op en zorgt er niet voor dat een geregistreerd medicijn ontstaat waaraan de mensen in het veld en de patiënt wat hebben. Ik begrijp en deel de kritiek van mevrouw Joldersma, maar zij moet ook zien dat de situatie lastig is voor de mensen waarover wij het hebben. Die kiezen voor thuisteelt uit pragmatisme en nood.

De **voorzitter**: U dient de vragen te stellen aan de initiatiefnemer. Misschien wil de heer Van der Ham hierover iets zeggen?

De heer **Van der Ham** (D66): Hoe beter we het regelen via de koninklijke weg, hoe minder ruimte wij voor dit soort pragmatische oplossingen moeten en kunnen laten. Ik heb duidelijk aangegeven dat thuisteelt mijn voorkeur niet heeft. Iets wat men thuis onder amateuristische omstandigheden teelt, kan nooit een medicijn zijn. In Veendam gaat dit onder geconditioneerde omstandigheden en bestraalt men uiteindelijk het project. Dit zit heel dicht aan tegen hoe men met medicijnen omgaat: heel zorgvuldig en klinisch verantwoord. Dat is niet te vergelijken met thuisteelt.

Ik kom op het punt van de fundamentele oplossing. Ook ik wil goed onderzoek doen. Daarom moeten er twee grote onderzoeken van de CFH komen om tot een goede beoordeling te komen. Mevrouw Azough vroeg naar een beoordeling van het CVZ, maar de CFH maakt daar onderdeel van uit. Overigens is dit een vraag die aan de minister moet worden doorgespeeld, want ik zit niet op zijn stoel. De heer Harbers, mevrouw Timmer en mevrouw Joldersma vroegen hoe het zit met de wetenschap. Ik heb in mijn nota veel bronnen genoemd die verwijzen naar wetenschappelijk onderzoek. Dat dit er niet zou zijn, klopt dus niet. Ik heb net van mijn assistent, de heer Van Diest, gehoord dat er een lijstje rondgaat

met een aantal wetenschappelijke onderzoeken waarin de laatste jaren meer kennis is opgedaan over wat de werking van wiet kan zijn bij bepaalde problemen. Ook de grote artsenorganisaties erkennen dat er een wetenschappelijke basis is voor mediwiet. De grootste artsenorganisatie in de Verenigde Staten, de American Medical Association (AMA), heeft eind december 2009 op een groot congres verklaard dat de medische werking van cannabis wetenschappelijk goed onderbouwd is. Het is dus wel degelijk ergens op gebaseerd. Mevrouw Joldersma vroeg of het BMC wel in staat is om dat soort wetenschappelijk onderzoek te doen. Nee, daar heeft het niet de menskracht voor, maar het kan dat wel uitbesteden en het initiatief nemen tot dit onderzoek. Er wordt nu onderzoek gedaan door de Rijksuniversiteit Groningen (RUG) naar zogenaamd placebomateriaal dat gemaakt is van de twee belangrijkste varianten van cannabis. Dat kan helpen om het wetenschappelijk onderzoek vorm te geven. Ook daar zou die variant moeten worden gemaakt.

Er werd terecht gevraagd wat voor varianten wij zouden gaan maken. Er zijn op dit moment drie varianten. De minister heeft gezegd dat daar een vierde aan toegevoegd zou kunnen worden. Wat ons betreft zou er een aanbestedingsprocedure in gang moeten worden gezet. Het veld zou dan de varianten moeten standaardiseren. Ik heb ook informatie opgevraagd bij Bedrocan, de teler die op dit moment drie varianten voor de apotheek verbouwt. Bedrocan heeft mij gemeld dat er in de komende twee jaar zes nieuwe variëteiten geleverd kunnen worden. Die staan klaar in de startblokken om ontwikkeld te worden en zijn van dezelfde hoogstaande kwaliteit als wat er nu in de apotheek ligt. Twee van deze varianten, Bedropur en AI94, zijn praktisch klaar voor levering. Daar hebben wij niet eens twee jaar voor nodig. Wij hebben ook een lijstje van varianten die geleverd kunnen worden. Daarnaast is er ook behoefte aan klinische trials. Die kunnen gedaan worden met de Rijksuniversiteit Groningen (RUG) en zullen medio 2012 beschikbaar zijn. Het gaat dan om de zogenaamde cannabinoïd-knockoutvariëteiten waarbij het vermogen om cannabinoïden te maken door middel van genetische modificatie is uitgeschakeld. Dat is belangrijk om de placebo's te kunnen vormgeven.

Waarom die tien soorten? Zeven tot tien soorten zijn nodig om voldoende variëteit te hebben om in de bestaande behoefte te voorzien. Men kan ook varianten mixen zodat men nog meer variëteiten kan ontwikkelen. Daarbij hebben wij ons gebaseerd op de gevoerde gesprekken met wetenschappers uit de Verenigde Staten. Zij stellen dat tien varianten ongeveer 99% van de populatie van deze groep dekt.

De heer **Harbers** (VVD): U zegt dat er zes soorten klaarstaan om geleverd te worden. Hoe concreet is dat? Wat staat daaraan in de weg? Is dat binnen hetgeen het BMC op dit moment kan leveren? U doet voorkomen dat u veel verder bent dan in uw eigen nota staat.

De heer **Van der Ham** (D66): De minister moet toestemming geven. Hij is van plan om dat voor één variëteit te doen, maar ik zou zeggen: ga verder. Ik kan u wel een rijtje geven. Bedropur wordt reeds gebruikt voor de productie van THC-medicijnen, maar is praktisch klaar voor levering. AI94 bevat geen THC, maar wel veel CBD, een werkzame variant die helpt bij het bestrijden van bepaalde problemen bij patiënten. Deze planten zijn niet psychoactief. Ze bevatten weinig THC, dus men wordt er niet zo high van en ze kunnen niet worden verkregen in het coffeeshopcircuit. Ook deze zijn praktisch klaar voor levering. Dan is er nog de CBC-plant. Door middel van veredeling en labonderzoek kan een dergelijke plant redelijk snel worden ontwikkeld. Hierdoor kan de rol van CBC als actieve stof duidelijker worden. Er is ook nog een CBG-plant. Om dezelfde reden als bij de CBC-plant is daar ook behoefte aan. Die kan ook binnen twee jaar klaar zijn. Dan is er nog een AO7-plant, met een hoog gehalte aan terpenen, en de AG-variant die ook binnen twee jaar geproduceerd kan

worden. Daarnaast heb ik al gesproken over die twee varianten die in Groningen worden ontwikkeld. Deze planten staan in stekvariant klaar en als men wil, kunnen ze binnen twee jaar opgeschaald worden.

De heer **Harbers** (VVD): Hebt u dan ook laten uitzoeken wat dit kosten-technisch betekent voor het BMC en wat de geprognosticeerde afname zal zijn van die planten? Of is wat u zegt alleen geënt op de productontwikkeling?

De heer **Van der Ham**(D66): Ik ben een halfjaar geleden in Veendam geweest en dat is een vrij overzichtelijke, kleine plantage. Als er wat aan toegevoegd wordt, zijn dat geen tienduizenden planten. Het opkweken tot een niveau dat ze medisch gebruikt kunnen worden zal wat kosten, maar er zal waarschijnlijk ook afname zijn door patiënten. In de opstartfase zullen het geen grote bedragen zijn.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Ik hoor u over al die varianten die in de markt moeten worden gezet in samenhang met het onderzoek van de RUG. Ik denk dan: is dit nu de manier waarop wij medicijnen in Nederland ontwikkelen? Is het niet vreemd dat u zich bijna als de farmaceutische industrie gaat opstellen en zegt dat die varianten er moeten komen? Straks is er geen patiënt voor die varianten en blijven wij in een cirkel rondraaien. Ik wil zo graag uit die cirkel komen. Het komt een beetje amateuristisch over.

De heer **Van der Ham** (D66): Dat zou me spijten. Ik denk dat ik uw zorg heel snel kan wegnemen. Met betrekking tot de RUG gaat het puur om de placebovariant van Bedrocan en Bedriol. Van die andere varianten heb ik gezegd dat er een aanbesteding moet zijn. Die moet tot stand komen in overleg met patiëntenorganisaties. Ik heb een lijstje gegeven van dingen die klaar staan. Dat is een constatering. Het kan best zo zijn dat patiëntenorganisaties en dokters zeggen dat ze de ene variant interessanter vinden om uit te werken dan de andere. Op die stoel ga ik niet zitten. Het zou amateuristisch zijn als wij vanuit de Kamer gaan bepalen wat een goed medicijn is. Ik heb er zes genoemd, omdat u vroeg of het wel kon en of ze klaarstaan. Ik noem wat er klaar staat en als wij daar onder aanvoering van de minister groen licht voor geven, kan er worden gekeken door de minister, door patiëntenorganisaties, individuele patiënten, dokters en door allerlei andere mensen die daar verstand van hebben, welke variant ze willen uitwerken. Dan wordt het aanbesteed en komt er concurrentie die – ik kijk naar de heer Harbers – een kostendrukkend effect kan hebben. Dat soort oplossingen zie ik voor mij.

Mevrouw **Timmer** (PvdA): U zegt dat er twee placebovarianten worden getest door de RUG. Wat is er dan gebeurd met die zes stekvarianten? Is daar al iets mee gedaan voor de patiënten? Weten wij daar al iets van? Waarom zijn het die zes geworden en waarom niet andere? Voor hetzelfde geld zijn het er zes waarvan straks de patiëntengroepen zeggen dat zij daar niets aan hebben.

De heer **Van der Ham** (D66): Er is nog niets mee gedaan, want dat mag niet als de minister daar geen ja op zegt. Dat is het punt. Het is een cirkelredenering: als de minister niet meer toestaat, kan men ook niet meer experimenteren. Ik vraag de minister via de nota om toestemming te geven voor zes varianten, exclusief die twee placebovarianten. Dat is geen open vraag, omdat het tot die zes beperkt blijft. Vervolgens moet er gekeken worden, met producenten, patiëntenorganisaties en dokters, welke varianten interessant zijn om als eerste in de markt te zetten. Ik zeg erbij dat er een aantal als stek staat. Ik kan niet beoordelen of die bij een patiënt het meest aanslaan. CBC is echter een belangrijk element in de

toepassing bij bepaalde patiënten waar veel behoefte aan is en dat niet zomaar te verkrijgen is in de coffeeshops. Ik kan mij voorstellen dat dit een interessante variant is voor patiënten. Ik ga die beslissing echter niet maken, dat moet de minister samen met de patiëntenorganisaties doen en dan moet het vervolgens aanbesteed worden.

Over medicinale heroïne is door verschillende woordvoerders wat gezegd. Ik ben het er helemaal mee eens dat het een interessante vergelijking is, hoewel het om een ander medicijn gaat. Daar is de cirkel doorbroken en zijn wij er gewoon mee aan de slag gegaan.

Dan de kosten en het basispakket. De kosten staan in de nota. Ik ga nu niet uitgebreid in op hoeveel het kost om medicinale cannabis te produceren en wat het de patiënten kost. Ik heb gesuggereerd dat het in het basispakket moet worden opgenomen. Ik vind het idee van de heer Van Gerven om dat tijdelijk te doen interessant. Het is de vraag of de periode van een jaar wel lang genoeg is om het te laten aanslaan bij mensen en zij het ook weten te vinden. Ik kan mij voorstellen dat een jaar te kort is, maar ik leg dit neer bij de minister. Ik stel voor om de medicinale cannabis op te nemen in het basispakket. Herbeoordeling lijkt mij sowieso logisch. Ik heb al op het substitutiegevaar gewezen. Cannabis is een uniek medicijn omdat er alternatieven zijn te verkrijgen in de coffeeshop, die wel eens schadelijk kunnen zijn voor kwetsbare patiënten. Er zijn ook juridische argumenten. Het kost ongeveer 1,38 mln. om dit te doen. Dit is een vrij overzichtelijk kostenplaatje, omdat mensen heel veel dure medicijnen gebruiken en een groot percentage van de patiënten die het gebruiken minder dure medicijnen zijn gaan gebruiken. Er is ook substitutie in kostendekkendheid. Het levert niet zozeer geld op, maar het hoeft ook niet zoveel te kosten.

Tot slot wil ik iets zeggen over de artsen. Er zijn artsen die huiverig zijn om medicinale cannabis voor te schrijven. Dat heeft natuurlijk te maken met de medische bekendheid en het te verwachten effect. Er is steeds meer wetenschappelijk onderzoek dat aantoont dat het wel degelijk wat doet. Daar moet uitdrukkelijk informatie over worden gegeven aan artsen zodat zij die mee kunnen nemen in de afweging die zij uiteindelijk zelf maken. Dat is de soort informatie die via de site van het ministerie van VWS kan worden gegeven. Het is zoals mevrouw Azough zegt: wij gaan het niet promoten, maar wij willen goede informatie geven. Mensen moeten op de hoogte worden gehouden van de nieuwste ontwikkelingen. Een van de problemen van artsen is dat zij denken dat men medicinale cannabis moet roken en dat het moet worden vermengd met tabak. Dat is niet bevorderlijk voor de gezondheid. Er zijn steeds meer nieuwe manieren om cannabis tot je te nemen, bijvoorbeeld via verneveling, waarmee je dat probleem niet hebt. Heel veel artsen weten dat niet en daar moet men ze van op de hoogte stellen.

De heer **Harbers** (VVD): Waarom ziet u dan hierbij een expliciete rol voor het ministerie liggen? Bij heel veel geneesmiddelen en aandoeningen vindt het verstrekken van informatie plaats op symposia en congressen die binnen de beroepsgroep zelf worden georganiseerd door farmaceuten en wetenschappers.

De heer **Van der Ham** (D66): Het ministerie heeft deze rol al zelf bedacht. Op de site en in de folders van het ministerie van VWS staat informatie over de ziekten of verschijnselen waarbij medicinale cannabis toepasbaar is. Afgelopen jaar zijn daar nog glaucoom en reuma aan toegevoegd. Dat is goed, dat zijn nieuwe ontwikkelingen. Die informatie en de informatie over de wetenschappelijke inzichten en de verneveling zijn van groot belang. Rond cannabis denkt men onmiddellijk: is dat niet criminogeen, heeft dat niet iets te maken met coffeeshops en illegale teelt? Sommige mensen, ook patiënten, beseffen niet dat dit een legaal, schoon middel is dat op een legale manier in Veendam wordt geteeld. Die criminogene



sfeer moet doorbroken worden. Ik spreek mevrouw Joldersma na, die zegt dat dit probleem rond dit hele vraagstuk hangt. Door voorlichting kunnen wij dat temperen en mensen, ook artsen, geruststellen.

**Minister Klink:** Voorzitter. De overheid doet op dit domein vrij veel en vrij ongebruikelijke dingen. Wij verstrekken de grondstof medicinale cannabis en voor de gestandaardiseerde farmaceutische kwaliteit die daarmee gemoeid is ten behoeve van onderzoek en de bereiding van de medicijnen. Wij geven ook voorlichting aan de verzekeraars over wat met medicinale cannabis kan. Morgen zal een tiental verzekeraars van ons voorlichting krijgen, teneinde het middel uit de sfeer te halen dat het iets buitenissigs is. Ik hecht eraan te melden dat de overheid hier een rol heeft die bij andere medicijnen niet altijd zo voor de hand ligt. Dat heeft redenen die met de Opiumwet en dergelijke te maken hebben. Om een indruk te geven van de voortgang die geboekt wordt, kan ik vertellen dat er een aantal nationale en internationale trajecten rondom de registratie loopt. Een Brits farmaceutisch bedrijf is op dit moment bezig met het op de Europese markt brengen van een mondspray met medicinale cannabis als grondstof: Sativex. Hiervoor loopt een registratie-aanvraagprocedure in het Verenigd Koninkrijk en Spanje. De kans bestaat dat deze registratieaanvraag op termijn ook in Nederland wordt gestart. Deze is op dit moment decentraal en niet centraal, zodat wij niet automatisch meeliften. Er is een Nederlands bedrijf voornemens te starten met de registratieaanvraag van een product dat nabilonen bevat, een synthetische afgeleide van THC. Daarnaast is er een ander Nederlands bedrijf dat momenteel in de klinische fase zit van het onderzoek naar het product Namisol, dat na de laatste klinische fase waarschijnlijk in 2013 aangeboden wordt voor registratie. Op dit moment zit dit middel in klinische fase 2, straks in fase 3 met een grotere populatie. Eind 2010 start een klinisch onderzoek in Canada met cannabis uit Nederland. In die zin zien wij progressie op het gebied van de registratie van geneesmiddelen. Daarnaast zouden ze door het CVZ beoordeeld kunnen worden op doelmatigheid enzovoorts, en dan wellicht aan het pakket kunnen worden toegevoegd. Er is dus voortgang in een aantal ontwikkelingen. Wij nemen de handschoen op met betrekking tot het inlichten van verzekeraars over de mogelijkheden die er zijn. In het aanvullend pakket is het middel opgenomen. Een niet gering aantal verzekeraars vergoedt het al uit coulantoverwegingen.

In de brief meldde ik dat wij een vierde variant willen toevoegen aan de drie beschikbare varianten. Onlangs hebben wij een variant toegevoegd ten behoeve van MS-patiënten en bij een vierde variant overwegen wij om daar een proef mee te starten. Als er voldoende vraag is, kan die variant uiteindelijk op de markt komen.

**Mevrouw Koşer Kaya (D66):** Waar is die vierde variant op gebaseerd?

**Minister Klink:** Het BMC is voornemens de variant MGC 1004 van Maripharm BV in te zetten bij de proef voor een nieuwe variant voor medicinale cannabis. Er wordt op dit moment een screening uitgevoerd van de teler van dit product op grond van de Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur (Bibob). Afhankelijk van de resultaten zal worden beoordeeld of de teler integer is en of er zaken mee kan worden gedaan. In een eerder stadium is het product kwalitatief getoetst en goedgekeurd. Er zijn vijf batches van de variant in het laboratorium gecontroleerd op zowel inhoudstoffen als op verontreiniging zoals zware metalen, pesticiden en bacteriën. De huidige drie varianten medicinale cannabis zijn afkomstig van de Sativaplant. Deze variant kent meer ingrediënten van de Indicaplant en dat heeft een andere samenstelling van CBD en THC tot gevolg. Kenmerkend voor de Indicaplant is dat deze meer werkt op het lichaam dan op de geest. Het werkt

ontspannend en slaapverwekkend en minder energieopwekkend dan de andere drie varianten. De smaak is ook anders en in die zin komt het tegemoet aan een bepaalde doelgroep en bepaalde wensen van patiënten. Patiënten hebben laten weten meer baat te hebben bij deze cannabisvariant dan bij de Sativavarianten die wij op dit moment kennen. De wens van de patiënten is van belang bij het op markt te brengen van een nieuwe variant. Op het moment dat er een te kleine doelgroep is, nemen de kosten immers toe. Het BMC werkt nu kostenneutraal – zelfs met een lichte plus – maar naarmate de kosten toenemen, zal de prijs van de varianten en de medicinale cannabis gaan toenemen en dus ook het onderscheid tussen die prijs en de prijs die betaald wordt in de coffeeshop. Dat willen wij niet. Dit naast het meer principiële punt dat wij deze producten niet willen subsidiëren en niet via een achterdeur de producten aan het pakket willen toevoegen. Dat is ook het bezwaar tegen het opnemen van extra varianten in het totaalpakket dat geleverd wordt. De kosten nemen dan dusdanig toe dat de afstand tot de kosten in de coffeeshop toeneemt. Als wij die willen overbruggen via subsidies voegen wij in feite een medicijn dat niet op zijn effectiviteit is getoetst toe aan de overheidssubsidies, niet via de premie, maar via de begroting. Voor het meten van de effectiviteit is de registratie van belang en dat traject loopt op dit moment.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Gaat de minister nog door over de opname in het basispakket en heeft hij een toevoeging op de registratie en het onderzoek?

Minister **Klink**: Ik kom daarop terug, maar dit is een van de wezenlijke punten. De overheid is niet aan zet bij de vraag in hoeverre medicijnen geregistreerd zullen worden. Wij leveren de grondstof op kostenneutrale basis. Vandaar dat er een prijskaartje hangt aan de medicinale verstrekking van cannabis. Vervolgens is het traject dat te maken heeft met de medicijnontwikkeling, de registratie, het al dan niet opnemen in het pakket, de rol van de artsen en de verzekeraars, niet anders dan bij andere medicijnen. Daarom is er geen extra rol van de overheid in het vervoltraject nadat wij de grondstof hebben geleverd.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Wij hebben te maken met een bottleneck waardoor alles blijft hangen. Wanneer denkt u dat die registratie wel mogelijk is?

Minister **Klink**: Er zijn fabrikanten die op het punt staan om via de klinische trials nationaal en internationaal naar de registratie van medicijnen toe te werken. De prognose is dat men dit in 2013 aanbiedt aan de autoriteiten. Dan nog zal er als snel een halfjaar overheen gaan voordat het geregistreerd is. Daarna moet het CVZ nog bekijken in hoeverre het in het pakket past. Er is wel sprake van progressie.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): De minister heeft het over het BMC en over kostenneutraliteit. Is er dan geen winst gemaakt? Zo ja, hoeveel is dat en waar wordt die voor gebruikt?

Minister **Klink**: Het is niet de bedoeling om winst te maken. Als de prijs van de grondstof en het totaal van de middelen dat daarmee verworven wordt, boven de kosten uitgaan, zullen die in mindering worden gebracht op de prijs van de cannabis. De financiële drempel die zich aftekent, kan dan minder worden. Vandaar dat ik het van belang vind om niet te snel met heel veel varianten te werken als er geen nadrukkelijke wens van de gegadigden ligt. Als de kostenneutraliteit wordt doorbroken, gaat immers de prijs omhoog.

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Er is bekend dat mensen die drie varianten om twee redenen niet gebruiken. Ten eerste omdat ze niet werken en ten tweede omdat ze die te duur vinden. Ik vind het belangrijk om meer variëteiten toe te voegen om andere gezondheidsschade te voorkomen. Bij de varianten die wij op de markt toelaten, zijn wij gegarandeerd van goede kwaliteit zonder bijproducten, pesticiden etc. Keer op keer blijkt dat er wel gegadigden zijn, maar dat ons product niet voor al die verschillende doelgroepen voldoet.

Minister **Klink**: Een niet onbelangrijke nuancering: bij de derde variant was gemeten dat er een veel grotere doelgroep zou zijn dan zich feitelijk aftekende. Hierdoor namen de kosten van de verstrekking toe. De afname was veel minder dan wij veronderstelden. Desalniettemin is die derde variant er wel. Voor de vierde variant die wij nu gaan aanbieden, is een andere doelgroep. Het gaat om een andere plantensoort waaraan de medicinale cannabis ontleend wordt. Met mijn opsomming beoogde ik te illustreren dat wij wel degelijk luisteren naar de patiënten en dat wij aan de behoefte aan variatie tegemoet willen komen. Dat willen wij doen tegen de achtergrond van een effectieve vraag en de kosten. Daarom willen wij kritisch kijken naar de uitbreiding van een aantal varianten. Als er geregistreerd wordt, nemen de kosten niet meer toe. Dan is het in het pakket opgenomen en is de mogelijkheid voor een brede verstrekking aanwezig. Er is voortgang. Wij staan voor een aantal afwegingen en wij hopen dat in de loop van 2013, 2014 registratie kan gaan plaatsvinden. Meer in algemene zin had ik willen beginnen met het complimenteren van de heer Van der Ham. Het is buitengewoon goed dat hij dit soort initiatieven neemt. Het is ook bewonderenswaardig dat hij over de grenzen, naar Canada, naar Californië en andere staten in Amerika is geweest om te zien hoe daar met medicinale cannabis wordt omgegaan. De rol van de overheid is niet anders dan bij andere medicijnen. Wij verschaffen weliswaar op dit moment de grondstof, maar uiteindelijk is de farmaceutische industrie zelf aan zet om de medicijnen te ontwikkelen, te toetsen en te registreren. Ik zou graag willen dat het in het pakket wordt opgenomen, maar dat vergt goede en nauwkeurige toetsen op de mate waarin het effectief is en er geen bijwerkingen zijn. In die zin wijkt het niet af van de overige trajecten rondom medicijnen.

De heer Anker vroeg naar het aantal patiënten en de kosten. Het aantal patiënten dat nu medicinale cannabis gebruikt, wordt geschat op 500 à 550 personen waarbij uitgegaan wordt van een gemiddelde van 0,5 gram per dag. Wij gaan uit van €800.000 op jaarbasis voor de grondstof. De bureaunkosten van het BMC bedragen ongeveer 0,5 mln., en de totale kosten zijn ongeveer 1,4 mln. De heer Van Gerven vroeg of wij medicinale cannabis tijdelijk kunnen opnemen in het basispakket. Ik wil niet afwijken van de gebruikelijke procedures en dat betekent dat er gewoon geregistreerd moet worden voordat het in het basispakket opgenomen kan worden. Naar aanleiding van de vraag van mevrouw Koşer Kaya en de opmerkingen van de heer Van der Ham kom ik graag terug op hoe langs de weg van de magistrale bereiding van de apotheker opname in het pakket kan plaatsvinden.

Mevrouw Joldersma vroeg wie het initiatief neemt voor het medisch-wetenschappelijk onderzoek. Het is de primaire verantwoordelijkheid van de overheid dat zij de condities creëert voor een geneesmiddelenonderzoek, maar het is vervolgens de verantwoordelijkheid van de farmaceutische bedrijven om die noodzakelijke onderzoeken te realiseren. Ik gaf al aan dat sommige verzekeraars medicinale cannabis in het aanvullend pakket hebben opgenomen. Andere verzekeraars vergoeden het uit coulanceoverwegingen. Wij hebben morgen contact met de verzekeraars om hen in te lichten over wat zich aftekent in de sfeer van de medicinale cannabis.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Kunt u mij iets vertellen over de link met de medicinale heroïne? Het is daarbij op een andere manier gegaan, maar kunnen wij daaruit leren hoe wij het onderzoek van de grond kunnen krijgen? Ik dacht dat het ministerie daar meer verantwoordelijkheid had genomen voor de onderzoekscontext.

Minister **Klink**: Bij een langdurige heroïneverslaving gaat het niet om het therapeutische effect dat men wil bereiken, maar om het helpen van mensen die onvoldoende baat hebben bij methadon. Bij medicinale cannabis gaat het om geneesmiddelen en het onderzoek naar geneesmiddelen. Dat is iets anders dan dat wij langdurig heroïneverslaafden van heroïne voorzien.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Volgens mij hebben we bij de heroïneverstrekking precies dezelfde discussie gevoerd over de registratie als medicijn. De medicinale heroïne is toen eerst in een experimentele onderzoekscontext verstrekt en vervolgens heeft door dat onderzoek de registratie als medicijn plaatsgevonden. Ik snap dat de toepassing iets anders was, maar het doel van registratie als medicijn was hetzelfde.

Minister **Klink**: Jawel, maar voor de registratie van medicinale cannabis lopen reguliere trajecten. Er lopen klinische trials en als die afgerond zijn, na fase 3, zal men het voor registratie aanbieden. Die weg en die route zijn kansrijk en worden op dit moment genomen. Ik zie niet in waarom wij een andere route moeten kiezen. Het wijkt niet af van andere medicijnen. Dat het werkzaam is, zal eerst bewezen moeten worden. In die zin loopt het via de geëigende kanalen.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): U hebt morgen een overleg met de verzekeraars. Dat is een hoopvol signaal. Wat wilt u uit dat overleg halen, behalve dat zij beter geïnformeerd worden? Een van de problemen die gebruikers zien, is dat er zoveel variatie is in de voorwaarden die verzekeraars stellen. Wilt u daar ook iets aan doen, zodat er een zekere uniformiteit komt?

Minister **Klink**: Het gaat om voorlichting aan de verzekeraars zodat zij weten wat er speelt in de sfeer van de medicinale cannabis, wat de doelgroepen zijn en welke mensen daar behoefte aan hebben. Het is niet mijn bedoeling om de strategieën c.q. de handelwijze van de verzekeraars expliciet te beïnvloeden op de vraag of zij het in het pakket opnemen of uit coullance toch vergoeden. Dat is een zaak van de verzekeraars zelf. Ik sluit mij daarom aan bij wat de heer Harmers zei. De voorlichting aan de patiënt ligt bij de artsen en de voorlichting aan de artsengroeperingen ligt bij de wetenschappelijke verenigingen en bij de daarvoor verantwoordelijke deskundigen. Het is een verantwoordelijkheid van de beroepsgroep zelf om dat te organiseren. Dat is geen onwil van onze kant. Ook ik ben onder de indruk als ik de voorbeelden en de casussen van de heer Van der Ham zie. Die zijn ernstig en aangrijpend. Dat geldt echter voor heel veel medicijnen die verstrekt worden door een apotheek en al dan niet geregistreerd zijn. Ik zie geen afwijking of een bijzondere karakteristiek voor dit medicijn, dat in aanleg vergoed zal worden.

Mevrouw Koşer Kaya vroeg of de CFH medicinale cannabis in het verleden had moeten beoordelen op het criterium gestandaardiseerde apotheekbereiding. Voor de beoordeling of iets rationele farmacotherapie is, is een toets op het criterium gestandaardiseerde apotheekbereiding op zichzelf niet afdoende. Er moet ook een toets plaatsvinden op de werkzaamheid van de stof. Daarvan heeft de CFH geconcludeerd dat die niet voldoende bewezen is. Zolang daarvoor onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing is, is geen sprake van rationele farmacotherapie. Zij vroeg ook naar de wettelijke taak van het BMC. Ten onrechte trekt zij de

conclusie dat er een wettelijke grondslag is voor een taak van het BMC met betrekking tot het doen van onderzoek. Het BMC verschaft de grondstof, maar noch het bereiden van het medicijn, noch het onderzoek is een wettelijke taak. Zij verwees ook naar de begroting en vroeg in hoeverre er een taak voor het ministerie van VWS ligt op het gebied van innovatie als er te weinig tot stand komt c.q. er geen markt is voor bepaalde medicijnen. Die ligt er, maar er is een onderscheid tussen fundamenteel en transrationeel onderzoek aan de ene kant en het in de toepassingsfeer situeren van de activiteiten van het ministerie van VWS aan de andere kant. Dat laatste zou betekenen dat wij ons zouden bemoeien met het traject van registratie. Als wij dat financieel zouden ondersteunen, is het al snel staatssteun. Bij fundamenteel onderzoek en transrationeel onderzoek zit dit meer in de ontwerpfase van het medicijn en dat is echt iets anders dan dat wij ons gaan bemoeien met de klinische trials en de registratie.

Mevrouw Koşer Kaya vroeg waarom wij niet bereid zijn te onderzoeken hoeveel gebruikers er zijn van medicinale cannabis. Ik gaf zo-even een indicatie van het aantal. Wij hebben hier wel inzicht in, maar ook dat ligt een beetje buiten de verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS. Het gaat hier om een gebruikelijk traject en de ontwikkeling van medicijnen waarbij de partijen in het veld verantwoordelijk zijn. Zij vroeg of ik bereid ben een conferentie te initiëren ter stimulatie van wetenschappelijk onderzoek. Ik gaf aan dat wij bij een fundamenteel, transrationeel onderzoek initiatieven ontplooiën, bijvoorbeeld bij Top Institute (TI) Pharma, maar ik zie nu geen reden om een wetenschappelijk onderzoek of internationale conferentie te initiëren.

Ik ben het eens met de heer Van der Ham dat er de nodige bezwaren tegen zelfteelt bestaan, zoals de kwaliteit van het product, het feit dat niet alle mensen het kunnen telen en de brandgevaarlijkheid e.d. Om die redenen is het mij een lief ding waard als de effectiviteit wordt aangetoond en het in het basispakket zou komen. Het is ook om die reden dat ik de prijs niet hoger wil maken dan strikt noodzakelijk en dat ik gereserveerd sta tegenover het al te gemakkelijk opnemen van nieuwe varianten. Dan worden die prijsverschillen te groot en de drempel te hoog. Laten wij dat doen via de reguliere registratie van medicijnen. Zelfteelt is in internationale context dubieus omdat de internationale verdragen daaraan in de weg staan, net als onze Opiumwet. Ik ben het wel met de heer Van der Ham eens dat het opportuniteitsbeginsel van politie en het openbare ministerie maatgevend is voor de vraag of men optreedt tegen zelfteelt.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): In de evaluatie uit 2003 stond dat ten tijde van de instelling van het BMC de doelen nog beperkt waren, namelijk medicinale cannabis beschikbaar stellen voor onderzoek en het bij elkaar brengen van partners voor het ontwikkelen en klinisch onderzoeken van een geneesmiddel uit cannabis. In een later hoofdstuk kom ik tegen: «Zoals in de voorgaande hoofdstukken beschreven, zijn de beleidsdoelen: 1. het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek en 2. de bevordering van de ontwikkeling van een geregistreerd geneesmiddel voor de vraag naar medicinale cannabis.» Volgens mij staat dat haaks op wat u net zei.

Minister **Klink**: Het BMC levert de grondstof ten eerste aan voor de medicinale, magistrale bereiding en ten tweede voor het onderzoek. Zo kan er goed onderzoek plaatsvinden met producten en stoffen die vergelijkbaar zijn ten behoeve van de voorfase van het onderzoek, het aanleveren van die stof en vervolgens het beoordelen van de kwaliteit van de stof. Daar ligt de hoofdverantwoordelijkheid van het BMC. Het vervolgetraject, het feitelijk wetenschappelijk onderzoek doen, is een verantwoordelijkheid van de onderzoekers c.q. de farmaceutische

industrie. Het creëren van de voorwaarden waarbinnen onderzoek kan plaatsvinden is een verantwoordelijkheid van het BMC.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): In wat ik net voor heb gelezen over de beleidsdoelen, staat het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek en het bevorderen van de ontwikkeling van een geregistreerd geneesmiddel. Daarmee is die taak toch breder dan alleen het leveren van de grondstof.

Minister **Klink**: De taak van het BMC ligt in de randvoorwaardelijke sfeer. Het maakt onderzoek mogelijk en het stimuleert dat. Zonder die voorwaarden zou er geen enkele mogelijkheid zijn voor een deugdelijk onderzoek naar bijvoorbeeld de vergelijking van de werkzame stof met een placebo. Daar moet men een stabiele kwaliteit van de cannabis voor hebben. U mag mijn woorden zien als een nadere interpretatie van de woorden die u zo-even voorlas.

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Voordat wij aan de tweede termijn beginnen, wil ik vragen of het handig is als de heer Van der Ham ingaat op een paar dingen die de minister heeft gezegd. Wat vindt hij bijvoorbeeld van wat de minister zegt over de variëteiten e.d.? Ik ben daar benieuwd naar.

De **voorzitter**: De heer Van der Ham krijgt enkele minuten om daarop in te gaan.

De heer **Van der Ham** (D66): Voorzitter. Het is mooi dat de minister morgen om de tafel gaat zitten met de zorgverzekeraars. Maar wat wordt daar dan besproken? Wordt dan geadviseerd om de medicinale cannabis in de coulanceregelingen onder te brengen? Een aantal zorgverzekeraars heeft dit gedaan zoals De Friesland Zorgverzekeraar, FBTO, NV Interpolis, Stad Holland en Achmea. Ik zou het prettig en heel mooi vinden, ik adviseer het de minister ook, als dit geüniformeerd wordt. Mevrouw Azough suggereerde dat ook.

De minister zegt: als wij te veel varianten gaan maken, kan dat kostenopdringend werken. Het punt is dat als je een grotere groep patiënten wilt bedienen, je meer varianten moet hebben om daarmee te experimenteren. Ik begrijp het probleem, maar het argument bijt zichzelf in de staart. Ik hoop dat de nieuwe variant ook getest wordt bij patiëntenorganisaties en dat de suggestie om ook de placebo's erbij te betrekken wordt meegenomen. Op welke patiënten gaat de minister zich beroepen? Die 300 patiënten die nu al gebruikmaken van de cannabis uit de apotheek? Of gaat hij ook bekijken of de patiënten die de afgelopen jaren zijn afgehaakt en nu hun mediwiet noodgedwongen zelf telen of uit de coffeeshop halen ook geïnteresseerd zijn om die overstap te maken? Ik vind dat belangrijk, want daarmee wordt een markt aangeboden van patiënten die daar baat bij kunnen hebben en kan het kostendekkend worden gemaakt. Wij draaien in rondjes – mevrouw Joldersma zei dat ook – en dat stopt niet als de minister niet het voortouw neemt om die kring te doorbreken. Ik begrijp dat het niet uit de hand mag lopen en dat dit medicijn geen unieke positie moet krijgen ten opzichte van andere medicijnen, maar het punt is dat mensen het zelf gaan telen of bij coffeeshops gaan halen. Dat gebeurt bij andere medicijnen niet. Hier ligt een unieke taak. Het bedrijf Maripharm claimt dat het tussen 1995 en 2003 aan 1000 apothekers heeft geleverd, tot het moment dat het niet meer in staat was om dat te doen. Er is dus een grotere potentie aan patiënten waarop geëxperimenteerd kan worden.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Een oplossing is er nog niet en daar ben ik naar op zoek. Vandaar mijn voorstel voor die tijdelijke registratie of vergoeding. Volgens mij zou dat in een onderzoeksopzet mogelijk moeten zijn. Ik wil daar aandacht voor vragen. Er wordt gesproken met de

verzekeraars. Mijn suggestie is dat er in de aanvullende verzekering naar gestreefd wordt dat elke verzekeraar een fatsoenlijk aanbod doet voor de vergoeding van medicinale cannabis. Ik besef dat dit niet de beste oplossing is.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Voorzitter. Het CDA heeft goede dingen gehoord. Net als de heer Van der Ham willen wij af van het schemergebied. De minister benadrukt dat wij de noodzaak van de effectiviteit moeten aantonen en dat er al veel onderzoek door clinical trials plaatsvindt. In het schemergebied bevindt zich ook dat mensen cannabis gebruiken als zelfmedicatie. Dat is prima, maar dat is niet de bedoeling van een echt medicijn. De heer Van der Ham vindt dat er moet worden begonnen met meer varianten, maar dan heb ik het gevoel dat wij niet aan de goede kant beginnen. Ik kan mij wel iets voorstellen bij die ene variant. Ik zou de heer Van der Ham en de minister graag samen in een hok willen stoppen om te bepalen wat wij eerst doen en in welke volgorde. Het initiatief van de heer Van der Ham moet worden beloond. De minister is er positief over, maar er is nog een stap te zetten. Ik weet nu niet waar het aangrijpingspunt zit. Ik snap de terughoudendheid, want het is voor mij geen uniek medicijn. Tien varianten lijkt mij een beetje overdreven. Misschien zit het toch in voorlichting. Ik wil de heer Van der Ham en de minister vragen om die uitnodiging aan te nemen. Ik weet niet precies hoe, maar misschien weet de heer Van der Ham daar een vorm voor te vinden.

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Voorzitter. Ik ben het met iedereen eens dat medicinale cannabis een uniek middel is. Ook over het schemergebied is genoeg gezegd. Het gekke is dat men bij de meeste gewone geneesmiddelen geen uitwijkmogelijkheid heeft en dat die hier wel is, via de coffeeshop. Ik heb al gewezen op de risico's die dat met zich meebrengt. Alleen voorlichting aan verzekeraars is een beetje mager. Daar kan wat mij betreft een schepje bij. Ik steun de oproep dat het prettig zou zijn als meer verzekeraars mee gaan doen binnen de coulanceregeling en het aanvullend pakket. Op dit moment hebben wij ook hier niet de oplossing. Ik ben het van harte eens met de oproep van mevrouw Joldersma: ga met elkaar in gesprek. Of dit in een hok moet of bij een kopje koffie of een biertje mogen zij zelf bepalen. Probeer wat dichterbij elkaar te komen.

De heer **Harbers** (VVD): Voorzitter. De variant op de lijn Joldersma is dat de VVD vindt dat wij dit debat niet in een sfeer moeten beëindigen alsof het allemaal nog niet deugt. Er is ongelofelijk veel in gang gezet sinds 2003, met inbegrip van de ongebruikelijke rol van de overheid. Die erkenning past. Wij hebben nog niet alle oplossingen voor alle vraagstukken. Er komen ook oplossingen bij, zoals de vierde variant. Ten tijde van het schrijven van de nota had de heer Van der Ham die nog niet binnen handbereik. Die is nu in aantocht. Ik volg de redenering van de minister op het aantal soorten en dat eerst de stap gezet moet worden van een bewezen geneesmiddel. Dat is ook het cruciale punt om de vicieuze cirkel te doorbreken. Daar moeten wij op inzetten. Dan is alles binnen handbereik om op te nemen in het pakket en de voorlichting aan artsen verder te verbeteren.

Eén vraag is nog niet aan de orde geweest. De aanwijzing van het BMC loopt nu tot 2012. Ik denk dat het moment eraan komt dat er uitgesproken moet worden of het BMC een blijvende voorziening zal worden voor het door de overheid gereguleerde aanbod van de grondstof cannabis, zeker als men spreekt over registratie in 2013. Er zal in het veld op een gegeven moment meer behoefte zijn aan zekerheid. Ik vind het goed dat het ministerie van VWS basisinformatie verstrekt, maar de echte informatie die men nodig heeft, komt er via het debat binnen artsenverenigingen en wetenschappelijke verenigingen over voorschrijven, casuïstiek en

dosering. Volgens mij kan de minister nooit in die voorlichting treden en moet de politiek terughoudend zijn. Alleen binnen de beroeps- en wetenschappelijke verenigingen kan dat debat plaatsvinden, het liefst op wetenschappelijke gronden.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. Ik wil de collega's bedanken die de nota omhelzen en een goede start vinden voor verbetering. Het is fijn dat ook in de Kamer soms eensgezind opgetreden wordt. Het is jammer dat de minister een beetje terughoudend is. Ik steun de oproep om met elkaar in overleg te gaan. Is de minister bereid de CFH nog een keer cannabis te laten beoordelen? De laatste keer was in 2003. Daarnaast vraag ik mij af of de THC-pil of het plantje zelf al een geregistreerd geneesmiddel kunnen worden. Ik vind dat onduidelijk. De voorlichting aan alleen verzekeraars vind ik nog niet voldoende, dat zou breder moeten. Ik steun van harte de opmerking van mevrouw Azough om met de verzekeraars enige afstemming te bewerkstelligen. Dat moet de inzet zijn. Nogmaals: zou die conferentie van wetenschappers toch niet door de minister gefaciliteerd kunnen worden?

De heer **Van der Ham** (D66): Voorzitter. Op verzoek van mevrouw Timmer heb ik net al gereageerd op wat de minister heeft gezegd. Ik ben het helemaal met de heer Harbers eens: uiteindelijk moet het wetenschappelijk debat leidend zijn. Er is wel iets bijzonders aan de hand. Er kunnen criminogene sferen om het middel hangen en daarin kunnen mensen worden gerustgesteld. Daarbij is het onderzoek van de CFH op grond waarvan de minister zegt dat het nog geen geregistreerd medicijn is, alweer zeven jaar oud. Ondertussen zegt de AMA dat medicinale cannabis wel een werkzame stof is. Men baseert zich hierbij op de onderzoeken van de afgelopen vier à vijf jaar. Er is dus beweging en ik hoop dat de minister daarin reden ziet om de CFH dat opnieuw te laten onderzoeken. De minister zei dat zelfteelt niet kan vanwege internationale verdragen. Ik ben geen groot voorstander van zelfteelt, maar ik ben bij de Harborside Health Centre uitgiftebalie in Oakland in Californië geweest en daar mag men 75 plantjes mee naar huis nemen om aan zelfteelt te doen. Amerika gaat dus nog veel verder dan wij in Nederland. Ik wil maar zeggen dat die internationale regels ook door de bedenker van de «war on drugs» nogal breed worden opgevat. Nogmaals: dit is niet mijn oplossingsrichting. Het zou heel mooi zijn als wij door zouden gaan met de ontwikkeling van placebo's, met die ene variant van MGC en met die twee van Bediol die nu al leverbaar zijn. Patiëntenorganisaties kunnen bekijken of ze er wat mee kunnen. Dat kan die vicieuze cirkel een beetje doorbreken. Vervolgens kunnen wij alsnog opschalen naar die varianten die sneller leverbaar zijn als daar aanleiding toe is. Misschien is dit een pragmatische oplossing voor deze pragmatische minister – althans zo heb ik hem leren kennen, ik begin nu een beetje te slijmen – waar hij over na wil denken. Ik doe ook de suggestie om morgen dat gesprek aan te gaan met de zorgverzekeraars. Misschien komt daar iets moois uit. Ik denk dat de Kamer het mooi vindt als daar een verslag van komt en als er nog een reactie kan komen op de suggestie over de placebovarianten en die twee varianten die onmiddellijk op te kweken zijn. Het is niet zo dat alle synthetische cannabisvarianten die nu op de markt zijn altijd dekkend zijn. Ze bevatten soms maar een of enkele geïsoleerde stoffen uit de cannabisplant. In de plant worden alle stoffen samengevat. Daarnaast is er ook een verschil in de wijze van lichamelijke opname. Pillen worden anders opgenomen door het lichaam dan bijvoorbeeld roken of verneveling en ze zijn nooit helemaal door elkaar te vervangen. Tot slot wil ik het Advocatenkantoor Anker & Anker bedanken, dat ons goed heeft bijgestaan over juridische zaken, en al die patiënten die ons hebben begeleid en meegeholpen om te bedenken hoe wij dit in goede banen kunnen leiden. Ik bedank ook de heer Van Diest, die naast mij zit en



waarmee ik veel werkbezoeken heb afgelegd. Hij was toen nog stagiair en nu medewerker van D66.

**Minister Klink:** Voorzitter. Een van de punten die de heer Van der Ham mij zo-even aanreikte, is dat de AMA inmiddels zegt dat medicinale cannabis wel een werkzame stof is. Ik kan de CFH vragen of het zinvol is om tot een herbeoordeling over te gaan of opnieuw te bezien in hoeverre er sprake is van werkzaamheid van deze stof. Dat zal ik laten weten op basis van nieuw materiaal dat ons sinds 2003 ter beschikking is gekomen. Langs die route kan bezien worden of er sprake kan zijn van opname in het basispakket of anderszins. Ik laat de Kamer dat met genoeg weten. Een opmerking daarbij is dat hetgeen in de Verenigde Staten op dit moment usance is met betrekking tot die plantjes, tot een zeer groot probleem heeft geleid. Op statelijk en federaal niveau is men er zeer van doordrongen dat de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de cannabis die niet medicinaal wordt toegepast uit de hand begint te lopen. In die zin past enige terughoudendheid met betrekking tot de routes die zijn gekozen, maar ik denk dat wij het daar snel over eens zijn.

De bijeenkomst met de verzekeraars is inderdaad een voorlichtingsbijeenkomst waarbij patiënten en zorgverleners praktijkervaringen zullen presenteren aan de verzekeraars. De afweging of het opgenomen wordt in het aanvullend pakket of in aanmerking komt voor een vergoeding uit coulance is echt een afweging van verzekeraars. De heer Van der Ham gaf aan dat onder andere Achmea en De Friesland Zorgverzekeraar dat doen. Achmea is een zeer grote verzekeraar en De Friesland Zorgverzekeraar een kleine, dus er is een breed spectrum van verzekeraars die uit coulanceoverwegingen vergoeden. Er is een vrije keuze van verzekeraars, dus iedereen kan switchen naar een verzekeraar die dit wel doet. Wellicht dat de praktijkvoorbeelden die morgen worden getoond, anderen over de streep trekken. Ik sluit dat niet uit.

De heer Van der Ham had het over de vicieuze cirkel en de wenselijkheid van een brede categorie van patiënten. Het BMC heeft daar wel degelijk oog voor. Op basis van de geluiden van patiënten is die vierde variant opgenomen in het pakket van grondstoffen die ter beschikking worden gesteld.

De heer Van Gerven had het over een tijdelijke vergoeding. Ik heb aangegeven dat ik de reguliere route van klinische trials en registratie niet wil verlaten omdat ik dit medicijn niet anders wil behandelen dan andere producten. Ik zie daar geen reden voor, behoudens dat de grondstof verstrekt dient te worden voor onderzoek en medicinaal gebruik. De stap die mevrouw Joldersma vroeg en die mevrouw Timmer onderstreepte, is misschien al gezet. Hier zit geen terughoudende minister omdat hij terughoudend wil zijn, maar omdat hij de procedures zorgvuldig wil doorlopen. Dat geldt ook voor de voorlichting. Die moet echt van de wetenschappelijke verenigingen, de artsen en de onderzoekers zelf komen. De overheid is daar niet als eerste aan zet. De heer Harbers zegt terecht dat er sinds 2003 al veel in gang is gezet, zoals het verstrekken van de grondstof en de verlening daarvan met vijf jaar in 2008. Binnen een of anderhalf jaar staan wij voor de vraag over een opvolger van het BMC. Als wij in dezelfde fase verkeren als nu, lijkt het mij vanzelfsprekend dat de periode verlengd wordt, maar ik wil natuurlijk niet over mijn graf heen regeren. Mevrouw Koşer Kaya had het over terughoudendheid. Misschien is die nu doorbroken. Ik wil op haar opmerking over de registratie van het plantje schriftelijk terugkomen.

**Mevrouw Timmer (PvdA):** De minister heeft het over keuzevrijheid en dat er verzekeraars zijn die medicinale cannabis vergoeden in het aanvullend pakket. Voor een chronisch zieke is het wisselen van aanvullende verzekering echter niet zo eenvoudig als de minister nu zegt.

Minister **Klink**: Ik doelde met name op het uit coulanceoverwegingen vergoeden van de medicinale cannabis. Als men dan dit medicijn gebruikt, hangt er geen prijskaartje aan

De **voorzitter**: Er is gevraagd of de minister de uitkomsten van het gesprek dat hij morgen heeft met de zorgverzekeraars naar de Kamer wil sturen.

Minister **Klink**: Dat lijkt mij geen probleem.

De **voorzitter**: De volgende toezeggingen zijn gedaan:

- de minister zal de uitkomst van het gesprek met de zorgverzekeraars aan de Kamer toesturen;
- de minister zal bij het CFH navragen of het zinvol is om tot herbeoordeling over te gaan;
- de minister zal schriftelijk terugkomen over de opmerking van mevrouw Koşer Kaya over de registratie van het plantje.