

Vergaderjaar 2020–2021

**29 477**

**Geneesmiddelenbeleid**

**Nr. 727**

## **VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT**

Vastgesteld 13 augustus 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 16 juni 2021 overleg gevoerd met mevrouw Van Ark, Minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 oktober 2020 inzake beantwoording vragen commissie over de aanpak geneesmiddeltekorten en ijzeren voorraad (Kamerstuk 29 477, nr. 660) (Kamerstuk 29 477, nr. 682);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 juli 2020 inzake aanpak geneesmiddeltekorten en ijzeren voorraad (Kamerstuk 29 477, nr. 660);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 9 november 2020 inzake één jaar uitstel inwerkingtreding modernisering geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) (Kamerstuk 29 477, nr. 684);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 december 2020 inzake uitkomsten verkenning ZonMw verder onderzoek van medicinale cannabis (Kamerstuk 29 477, nr. 686);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 9 december 2020 inzake stand van zaken over de vorming van een personele unie tussen de Stichting voorbereiding Pallas-reactor en de Stichting Nuclear Research and Consultancy Group (Kamerstuk 33 626, nr. 13);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 15 december 2020 inzake herijking Wgp-maximumprijzen per 1 april 2021 en aanbidding ontwerpregeling (Kamerstuk 29 477, nr. 687);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 17 december 2020 inzake voortgang PrEP-verstrekking (Kamerstuk 29 477, nr. 688);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 17 december 2020 inzake maatschappelijk verantwoord licentiëren (Kamerstuk 29 477, nr. 689);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 17 december 2020 inzake inrichten Intravacc als beleidsdeelname onder VWS (Kamerstuk 34 951, nr. 6);**

- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 december 2020 inzake inwerkingtreding van de modernisering geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) (Kamerstuk 29 477, nr. 690);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 december 2020 inzake voortgangsbrief financiële arrangementen 2020 (Kamerstuk 29 477, nr. 691);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 januari 2021 inzake reactie op verzoek commissie over het bericht «Man-vrouwverschillen onderbelicht in onderzoek coronamedicijnen» (Kamerstuk 25 295, nr. 945);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 februari 2021 inzake voortgang algemeen geneesmiddelenbeleid 2021 (Kamerstuk 29 477, nr. 696);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 april 2021 inzake RIVM-risicobeoordeling kruidenpreparaten met sint-janskruid (Kamerstuk 31 532, nr. 262);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 april 2021 inzake reactie op verzoek commissie over een reactie van het kabinet inzake gegevensuitwisseling bij de verstrekking van PrEP (Kamerstuk 29 477, nr. 700);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 maart 2021 inzake geneesmiddelenoverzicht «Wisselen ongewenst» (Kamerstuk 29 477, nr. 699);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 25 februari 2021 inzake voorwaardelijke toelating tumoragnostische geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 697);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 maart 2021 inzake voorzieningszekerheid van medische isotopen (Kamerstuk 33 626, nr. 14);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 maart 2021 inzake aankondiging sluiskandidaten tweede helft 2021 (Kamerstuk 29 477, nr. 698);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 april 2021 inzake overheveling geneesmiddelen per 2022 (Kamerstuk 29 477, nr. 702);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 16 april 2021 inzake halfjaarlijkse voortgang ijzeren voorraad geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 701);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 23 april 2021 inzake antwoorden op vragen commissie over de stand van zaken over de vorming van een personele unie tussen de Stichting voorbereiding Pallas-reactor en de Stichting Nuclear Research and Consultancy Group (Kamerstuk 33 626, nr. 13) (Kamerstuk 33 626, nr. 15);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 mei 2021 inzake stand van zaken uitvoering actieplan hulpmiddelen (Kamerstuk 32 805, nr. 116);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 10 mei 2021 inzake stand van zaken GVS-modernisering: vangnet «medische noodzaak» niet langer haalbaar (Kamerstuk 29 477, nr. 704);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 juni 2021 inzake afschrift van de brief van Zorginstituut Nederland met daarin de stand van zaken van het traject «toekomstbestendig pakketbeheer geneesmiddelen» (Kamerstukken 29 477 en 32 805, nr. 706);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 28 mei 2021 inzake kabinetsreactie inzake rapporten FAST en

**actieprogramma «Nieuwe kansen voor Topsector LSH»  
(Kamerstukken 29 477 en 33 009, nr. 707).**

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

De fungerend voorzitter van de commissie,  
Agema

De griffier van de commissie,  
Esmeijer

**Voorzitter: Agema**  
**Griffier: Bakker**

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Ellemeet, Den Haan, Hijink, Kuiken, Maeijer, Paulusma en Tellegen,

en mevrouw Van Ark, Minister voor Medische Zorg en Sport.

Aanvang 18.00 uur.

**De voorzitter:**

Goedenavond. Ik open de vergadering van de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit commissiedebat gaat over het geneesmiddelenbeleid. Ik heet mijn collega's van harte welkom. Ik heet natuurlijk de Minister voor Medische Zorg en Sport van harte welkom. Aanwezig zijn mevrouw Den Haan namens de Fractie Den Haan, mevrouw Ellemeet namens GroenLinks, de heer Hijink namens de SP, mevrouw Paulusma namens D66, mevrouw Maeijer namens de PVV en mevrouw Van den Berg namens het CDA.

Mevrouw Van den Berg heeft het verzoek gedaan of zij haar bijdrage als eerste zou mogen leveren. Ik neem aan dat dat akkoord is. Goed, dan gaan we als eerste luisteren naar de bijdrage van mevrouw Van den Berg. Maar dat doen we niet alvorens ik mezelf heb voorgesteld. Mijn naam is Fleur Agema en ik ben fungerend voorzitter van de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Het woord is aan mevrouw Van den Berg.

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Dank u wel, voorzitter. Ik moet zo meteen weg vanwege een ander overleg. Dan hoop ik rond 18.45 uur weer terug te kunnen komen. Dank aan de collega's dat ik als eerste mag spreken.

Voorzitter. Slechts 40% van de oncologische behandelingen is effectief. Door DNA-diagnostiek kunnen precisie medicijnen worden gegeven. Dat betekent: geen onnodige behandelingen met bijwerkingen voor patiënten en een besparing van honderden miljoenen euro's. Dat wordt in een initiatiefnota van het CDA, 50PLUS en de VVD beoogd. Dank dat dit nu wordt geregeld bij «primaire tumor onbekend». De Minister stelt echter dat het voor de highest medical needs niet nodig is, omdat deze patiënten kunnen participeren in DRUP. Ons is echter verteld dat DRUP alleen bedoeld is voor mensen die uitbehandeld zijn. Is de Minister bereid om hier opnieuw naar te kijken? Deze DNA-diagnostiek is duurder, maar daarna kost de behandeling minder. Aanpassing van de dbc-vergoeding staat nu in de weg. De Minister is daarmee bezig, maar blijkbaar duurt het tot 2023 en kan dat echt niet eerder.

Voorzitter. Op kankeronderzoek wordt intussen intensief samengewerkt via Oncode door 900 onderzoekers in twaalf instituten. Onderschrijft de Minister de meerwaarde ervan en onderschrijft zij tevens dat Oncode belangrijk is voor de ontwikkeling van verantwoord maatschappelijk licentiëren? Wordt de subsidie ook toegekend voor de tweede periode?

Voorzitter. Het CDA is kritisch op de prijsstelling van de farmaceutische bedrijven maar het is ook trots op hun innovaties, zoals het Janssen-vaccin. Van diverse bedrijven krijgen we echter klachten over gebrek aan snelheid in Nederland bij beoordeling van geneesmiddelen en bij wetgeving met betrekking tot onderzoek. Participatie in clinical trials is laag en we lopen achter met de implementatie van de Europese verordening daarover. Graag een reactie.

In Denemarken wordt gewerkt met een centraal informatiepunt en een nationaal patiëntenregister. Is de Minister bereid dat ook in Nederland te realiseren?

Voorzitter. Onze grootste zorgen liggen nu bij de generieke medicijnen, bij de medicijnen zonder patent. Dat is 85% van de medicijnen en die vertegenwoordigen slechts 15% van de kosten. De gemiddelde prijs van deze geneesmiddelen is € 2 per maand per patiënt. Het betreft bijna alle medicijnen die via de apotheek gaan. We praten hier over 211 miljoen verstrekkingen per jaar, die voor patiënten essentieel zijn. Maar we zien daar nu de volgende problemen. Door de enorme prijsdruk op deze medicijnen worden sommige middelen niet meer in Nederland aangeboden. Kan de Minister daarvan een overzicht geven? Als zo'n medicijn er niet meer is, leidt dit ook tot het opnieuw inregelen van de patiënt. Dat heeft regelmatig grote effecten. Ik heb zelfs meegekregen dat een ggz-medicijn niet meer voorhanden was, de inregeling niet goed ging en mensen vervolgens weer opgenomen werden in de ggz-instelling. De fabrikant heeft amper marge, terwijl er wel hoge verplichtingen zijn. Zo kan er een boete worden gegeven voor het te laat melden dat een bedrijf een voorraadprobleem krijgt. Intussen heeft circa 35% van de generieke geneesmiddelen een omzet die kleiner is dan € 25.000. Graag een reactie van de Minister.

Een ander voorbeeld. De kosten van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen stegen de afgelopen jaren met meer dan 10%. Voor intussen een groot deel van de generieke medicijnen kost die beoordeling dus 10% van de kosten van dat medicijn. Er is een Monitor geneesmiddelen medisch-specialistische zorg en wij vragen ons af of de Minister bereid is om ook een monitor te maken over generieke geneesmiddelen, zodat het vergoedingssysteem tussendoor herijkt kan worden als een mandje leeg raakt of als er nog slechts één geneesmiddel in zit. Bij medische noodzaak kan afgeweken worden van het preferente medicijn. Maar dat loopt niet goed. Ik krijg dramatische e-mails van mensen die allergisch zijn voor hulpstoffen en hele verklaringen hebben van reumatologen of van psychiaters, maar die van de apotheek toch niet dat andere middel krijgen. De apotheker zegt: ik moet 95% preferent over de toonbank geven, want anders word ik daar financieel voor gestraft. Graag een reactie van de Minister.

Voorzitter. In de Geneesmiddelenwet is vastgelegd dat fabrikanten er zorg voor moeten dragen dat het geneesmiddel voldoende in voorraad is. Het is het CDA niet duidelijk of dit een inspanningsverplichting of een resultaatsverplichting is. Daarnaast blijkt dat het voor fabrikanten niet duidelijk is of deze verplichting geldt voor de hele markt of alleen voor hun eigen marktaandeel. Graag een reactie daarop. Is de Minister bereid om dat artikel eventueel te herformuleren om dat te verduidelijken? Voorzitter, ten slotte. De huidige regeling maximering eigen bijdragen loopt af per januari 2022. Mensen zijn al ongerust over wat er daarna gaat gebeuren. De Minister spreekt over een financieel vangnet als optie. Graag een toelichting daarop van de Minister. Zou de Minister ook een brief willen sturen over hoe het nu gaat met het hergebruik van dure geneesmiddelen? Want er is intussen een pilot daarover gestart door VGZ. Dank u wel, voorzitter. De rest bewaar ik voor de tweede termijn. Volgens mij ben ik over mijn tijd.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Ik heet mevrouw Tellegen van harte welkom, die namens de VVD is aangeschoven. Dan gaan we luisteren naar de bijdrage van mevrouw Den Haan namens de Fractie Den Haan.

**Mevrouw Den Haan (Fractie Den Haan):**

Dank u wel, voorzitter. Dank, Minister, voor uw brief en alle stukken. Er zijn heel veel zaken die ik aan de orde wil stellen, maar ik heb er een paar thema's uit gehaald die voor mij belangrijk zijn. Ten eerste polyfarmacie bij ouderen. We worden allemaal ouder. Gelukkig blijven we allemaal ook wat langer gezond, maar we zien ook dat ouderen, met name mensen met

multimorbiditeit en andere kwetsbare patiënten, meer geneesmiddelen tegelijkertijd moeten gebruiken. De bedoeling daarvan is natuurlijk om hun meer kwaliteit van leven te geven, maar dat is niet altijd het geval. Dat komt omdat er regelmatig medicijnen worden gebruikt die contraproductief zijn als mensen ze samen slikken.

De Minister geeft in haar brief al aan dat het belangrijk is dat er een goede medicatieoverdracht komt. Dat klopt, maar ook de medicijnbeoordeling, die de apotheek bijvoorbeeld in samenwerking met de huisarts kan uitvoeren, is van buitengewoon belang. Daar zijn richtlijnen voor, maar in de praktijk blijkt dat niet iedereen die in aanmerking komt voor een medicatiebeoordeling er ook een krijgt. Dat is jammer, want het kan veel zorgkosten op langere termijn voorkomen. Het kan ook het gezondheidswelbevinden van de patiënt verhogen. Hoeveel mensen die volgens de richtlijnen recht hebben op een medicatiebeoordeling, krijgen die ook daadwerkelijk? Wordt dat gemonitord? Hetzelfde geldt voor mensen die meerdere medicijnen slikken, maar volgens de richtlijnen geen recht hebben op een intensieve medicatiebeoordeling. Die zouden ook regelmatig een medicatie-evaluatie moeten krijgen.

Is er zicht op in hoeverre de module Minderen en stoppen van medicatie, die is opgesteld door diverse partijen die bij de ouderenzorg zijn betrokken, in de praktijk ook echt wordt opgepakt?

Dan preventie en leefstijlinterventies. Leefstijlinterventies zijn natuurlijk van groot belang op het moment dat mensen ziek zijn en medicijnen gaan gebruiken, met name bij ziekten waar een behoorlijke verbetering kan optreden door bijvoorbeeld gezond eten, bewegen, niet-roken, niet-drinken en voldoende slaap. Maar het is natuurlijk ook belangrijk om juist in te zetten op preventie. Het is mooi dat leefstijlinterventies nu onderdeel zijn van het verzekerde pakket, maar hoe zorgen we ervoor dat verzekeraars nog meer gaan investeren in preventie?

Een opmerking die ik veel heb gehoord van zorgverzekeraars is dat het jaarlijkse overstapcircus ook een hobbel is. Ze investeren in verzekerden en lopen vervolgens het risico dat bij overstap het rendement elders komt te liggen. Hoe lossen we dit op? Kunnen we wellicht naar meerjarige polissen toe? Of heeft de Minister hier andere ideeën over?

Dan cel- en genterapie. Ik was zeven jaar geleden in Canada bij een TEDx Talk. Daar was een Canadese hoogleraar die vertelde dat elke vorm van kanker of andere terminale ziektes te genezen zijn. Dat was goed nieuws. Ik weet ook niet of het echt zo is, maar ik weet wel dat er hoopvolle resultaten worden bereikt door het toepassen van cel- en genterapie, omdat er optimaal maatwerk wordt geleverd voor de specifieke patiënt. Wat mij opvalt, is dat Nederland nog geen 1% van de geneesmiddelenstudies hieraan wijdt. Volgens mij geldt hier: nu investeren is besparen voor later. Ons vergoedingensysteem is nog niet ingesteld op een eenmalige dure therapie met een werking voor de komende tien jaar. Heeft de Minister ideeën over hoe we dit kunnen oplossen? Hoe gaan we op een veilige manier meer klinisch onderzoek doen? Hoe bereiken we hiervoor ook de juiste patiënten?

Dan over de toegang tot geneesmiddelen. De Nederlandse gezondheidszorg behoort tot de top drie. Dat is natuurlijk fantastisch, maar op de toegang tot geneesmiddelen scoren we een stukje lager. Dat is jammer en wat mij betreft niet nodig. In de EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator zien we dat Nederland van de 152 nieuwe geneesmiddelen er nog maar 96 beschikbaar heeft, in tegenstelling tot Duitsland, dat er al 133 beschikbaar heeft. Bij zeldzame ziektes waar je dood aan gaat of kanker doen we het zelfs nog iets slechter. De toegang tot dit soort geneesmiddelen moet sneller. Hoe kunnen we hierbij snelheid en minder bureaucratie realiseren?

Dan met betrekking tot de ijzeren voorraad. Er is toegezegd hier structureel meer aandacht voor te hebben. De Minister komt na de zomer met een onderzoeksanalyse. Ik zag net op het laatste moment nog even uw

brief van 16 april, waarin staat dat u bezig bent met de uitvoering van de motie-Veldman c.s. Dat is mooi. Kan er een lijst opgesteld worden – of misschien is die er al – met essentiële geneesmiddelen, bijvoorbeeld met buurlanden? En kan op basis daarvan wellicht een gezamenlijke voorraad worden aangelegd? Is er of kan er een impactanalyse komen van nationale beleidsmaatregelen in relatie tot beschikbaarheid en tekorten van medicijnen?

Tot zover. Ik vergat nog even te melden dat de inbreng ook is namens mevrouw Van der Plas van de BoerBurgerBeweging.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Den Haan. Dan gaan we nu luisteren naar mevrouw Ellemeet van GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ik ben blij dat de commissie besloten heeft om van de geringe agendatijd die we nog hebben voor het reces gebruik te maken voor dit debat over geneesmiddelen, want er is heel veel gaande. De situatie is op sommige deeldossiers best wel zorgelijk. Ik wil dan ook beginnen met het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. De modernisering hiervan is wederom met een jaar uitgesteld, maar desalniettemin trekken huisartsen, patiënten en apothekers wel al aan de bel. Hun zorg is niet alleen dat veel patiënten gedwongen van medicijn zullen moeten wisselen, maar ook dat de rekening van deze modernisering bij de patiënt terecht gaat komen. Ik vraag de Minister of zij deze zorgen deelt. En zo ja, hoe wil zij dat dan voorkomen?

Voorzitter. Daarnaast zijn de bijbetalingen voor medicijnen uit het Geneesmiddelenvergoedingssysteem in de voorgaande kabinetsperiode gemaximeerd op € 250 per jaar per verzekerde. De afspraken over maximering gelden tot 1 januari 2022. Voor de periode daarna is voor zover ik weet nog niks geregeld om bijbetalingen van patiënten voor medicijnen te beperken. Ziet de Minister de mogelijkheid om deze regeling te verlengen, om zo zekerheid te bieden aan de patiënten? Het kopen van tijd door middel van het uitstellen van de modernisering van het GVS lost de fundamentele problemen niet op. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat hier toch op termijn breed draagvlak voor gevonden kan worden? Graag een reactie.

Voorzitter. Dan een heel ander onderwerp, antibioticaresistentie. We hebben misschien allemaal wel het stuk op de voorpagina van de NRC gelezen, over de grote zorgen over antibioticaresistentie. Dat deed me denken aan een gesprek dat ik voerde op het afscheid van Minister Schippers en Staatssecretaris Van Rijn, best wel lang geleden. Toen sprak ik een ambtenaar van VWS. Die begon hierover en zei dat hij zich heel grote zorgen maakte hierover, dat het echt een nog niet erkend groot probleem is. De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat het bij mij weer een beetje weggezakt was, totdat ik dit artikel zag. Na corona weten we wat het is als niet alleen ons land maar ook heel veel andere landen gegijzeld worden door een epidemie, of een pandemie, moet ik zeggen.

Het onderzoeksbureau Access to Medicine heeft in een recent gepubliceerd rapport de angstaanjagende conclusie getrokken dat de aankomende pandemie van antibioticaresistentie een nog grotere globale gezondheids crisis zou kunnen betekenen dan covid. Ook nu staat het er slecht voor met betrekking tot de ontwikkeling van nieuwe antibioticavarianten. NRC schreef daar dus deze maand een indringend artikel over. Momenteel zijn er wereldwijd slechts 55 nieuwe varianten van antibiotica in het laatste stadium van ontwikkeling. Dat schijnt veel te weinig te zijn om de groeiende vraag aan te kunnen.

Nu heb ik begrepen dat Zweden en het Verenigd Koninkrijk een abonnementsmodel hebben geïntroduceerd om op die manier het onderzoek te stimuleren. Ik snap zelf nog niet helemaal hoe dat model werkt, dus ik

hoop dat de Minister er wat meer over kan vertellen. Wat vindt ze ervan? Ziet zij er iets in om dit ook in Nederland toe te passen? Graag een reactie, en mogelijk ook een reactie in bredere zin op de signalering van dit probleem. Wat gaan wij daaraan doen?

Voorzitter. Ik wil nog even doorgaan op investeringen. De Minister heeft een brief naar de Kamer gestuurd met een kabinetsreactie op het FAST-initiatief. Hierin stelt de Minister dat de overheid in ruil voor publieke financiering garanties kan vragen voor de betaalbaarheid en beschikbaarheid van toekomstige geneesmiddelen, zoals met de principes voor maatschappelijk verantwoord licentiëren. Ik heb de toolkit er nog een keer op nagekeken. Het is duidelijk dat hierin geen garanties staan dat de eindproducten ook daadwerkelijk toegankelijk zullen zijn voor patiënten. Het is meer dat het de mogelijkheid biedt. Hoe zeker weten we nou dat dit initiatief, het FAST-initiatief, niet zal worden misbruikt als weer een nieuwe bron van financiering waarover de industrie geen enkele maatschappelijke verantwoording hoeft af te leggen? Hoe verhoudt dit voorstel van de Minister zich tot het verzoek in de aangenomen motie-Ellemeet/Raemakers, waarin wordt gevraagd om de regie te nemen in het gesprek met de NFU over het toevoegen van juridische bepalingen ten aanzien van betaalbaarheid, toegankelijkheid en transparantie? Graag een reactie.

Voorzitter. Het gaat er nu om hoe de Minister de betaalbaarheid en beschikbaarheid van toekomstige geneesmiddelen gaat garanderen. Dat is een heel grote opgave, want in de coronapandemie hebben we gezien dat grote farmaceuten winst belangrijker vinden dan opschaling en het maatschappelijk belang. Het is tijd om te breken met de macht van de farmaceutische industrie en om het publieke belang voor het persoonlijk gewin te laten gaan. Het is mogelijk om de keuzes te maken die ervoor zorgen dat medicijnen voor iedereen toegankelijk en betaalbaar kunnen zijn. Laten we daar vandaag wat stapjes in gaan zetten.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Ik heet mevrouw Kuiken van de PvdA van harte welkom. Dan is nu het woord aan de heer Hijink namens de SP.

**De heer Hijink (SP):**

Dank, voorzitter. Het is geen verrassing dat aan de coronapandemie, de coronacrisis, heel veel mensen heel veel geld hebben verdiend. Dan heb ik het dit keer niet over Sywert, maar over de farmaceutische bedrijven en met name de bazen van deze bedrijven, die verschrikkelijk veel geld verdienen, ook op dit moment nog, aan het ontwikkelen en produceren van vaccins. Het is een hele lucratieve business. Uitgerekend is dat de negen directeuren van negen grote farmaceutische bedrijven in één jaar 16 miljard euro hebben opgestreken. Dat is verschrikkelijk veel geld. Het is ook heel wrang dat dit geld naar deze bazen gaat, juist als je bedenkt dat heel veel van het onderzoek dat aan de basis ligt van de vaccins die we nu hebben en de ontwikkeling van deze vaccins vaak aan publieke instituten is geweest. Nu komt zo veel geld terecht in de zakken van de directeuren van deze bedrijven. Er is ook uitgerekend wat je met deze 16 miljard euro zou kunnen doen. Daarmee kun je de volledige bevolking van alle ontwikkelingslanden minimaal één keer vaccineren.

De SP-fractie vindt het niet uit te leggen dat er zulke buitensporige winsten worden gemaakt op vaccins terwijl zo'n groot deel van de wereld deze vaccins nog nodig heeft. Ik vraag de Minister wat zij doet om de productie en de verspreiding van vaccins op te schroeven. We vragen ons af hoe het kan dat de Europese Unie zo dwarsligt als het gaat om het vrijgeven van de patenten, die vrijgegeven moeten worden zodat de vaccins op veel grotere schaal geproduceerd kunnen worden. Dat is om meerdere redenen belangrijk, niet alleen voor de landen waar nu zo weinig mensen gevaccineerd worden. Deze landen blijven langer hangen in de



crisis en hebben langer te maken met de maatregelen waar wij juist snel vanaf hopen te zijn. Wij hebben er alle belang bij om deze landen te helpen, niet met donaties, maar juist door de productie ook in deze landen op te schroeven zodat hun bevolking snel veilig is. Dat is ook voor onze eigen veiligheid belangrijk, want als wij ons eigen landje keurig gevaccineerd hebben maar het virus ondertussen kan doorgaan en zich verder kan ontwikkelen in andere landen, of dat nou India, Pakistan, in Afrika of waar dan ook is, snijden we ook onszelf in de vingers.

Ik wil het punt hier toch maar gemaakt hebben dat ik heel goed begrijp dat de farmaceutische bedrijven dit allemaal niet zo'n punt vinden. Die vinden het prima dat zij, als er een nieuwe variant is, een nieuw vaccin tegen die variant kunnen ontwikkelen waarna ook onze bevolking opnieuw tegen die variant gevaccineerd moet worden. Het is hun verdienmodel. Ik vind dat het kabinet dit verdienmodel moet stoppen. Wij moeten de coronacrisis niet zien als een manier voor grote bedrijven om heel veel winst te maken, maar wij moeten deze crisis aangrijpen om de patenten te stoppen, zodat we zo snel mogelijk zo veel mogelijk vaccins gaan verspreiden over de hele wereldbevolking. Ik vraag de Minister wat zij gaat doen om daar een begin mee te maken, want het gaat nu veel te traag en we komen straks in een situatie waarin we heel veel nieuwe varianten hebben waarvan alleen de farmaceutische industrie gaat profiteren.

Daarop aansluitend zou ik ook graag van de Minister willen weten wat nu de plannen zijn voor het op afstand zetten van Intravacc, een publiek instituut in ons eigen land dat we nu heel goed kunnen gebruiken voor het verder ontwikkelen van nieuwe vaccins, niet alleen tegen corona maar ook tegen allerlei andere ziekten. Ik hoor ook graag hoe het staat met de uitvoering van de motie-Marijnissen/Pieter Heerma over het naar Nederland halen van de productie en ontwikkeling van vaccins en geneesmiddelen om ervoor te zorgen dat wij niet tegen tekorten aanlopen, maar ook dat wij als samenleving veel meer grip krijgen op de ontwikkeling van deze vaccins. Ik vraag de Minister wat zij op dit moment doet om deze motie uit te voeren, want het is inmiddels alweer een jaar geleden dat die is ingediend en aangenomen.

Voorzitter. Tot slot wil ik een heel ander punt maken, dat gaat over het preferentiebeleid. Wij krijgen steeds meer mails. Mijn voorganger Henk van Gerven heeft het punt al heel vaak gemaakt: het preferentiebeleid leidt tot grote problemen voor mensen die niet het medicijn krijgen dat zij wel nodig hebben om gezond te leven. Zij gaan naar de dokter, zij krijgen een middel voorgeschreven van de arts, ze komen vervolgens bij de apotheek en krijgen een ander middel of moeten heel veel bijbetalen om een medicijn te krijgen dat de arts nota bene heeft voorgeschreven. Hier wordt een hele nare strijd gevoerd tussen apothekers en verzekeraars, een strijd die uiteindelijk alleen maar gaat over geld. Apothekers krijgen de medicijnen die zij aan patiënten geven niet vergoed als zij een bepaalde drempel over gaan. Wij horen ook dat de apothekers zelf dat heel veel vervelend vinden en dat de prijsafspraken hun in de weg zitten. Ik vind echt dat dit moet stoppen. Een arts bepaalt wat een medische noodzaak is. Ik vraag de Minister of zij bereid is om in de wet te regelen dat die medische noodzaak veel duidelijker en veel beter wordt gedefinieerd. Als er een medische noodzaak is om een bepaalde variant van een bepaald middel te nemen, moet de apotheker noch de zorgverzekeraar kunnen zeggen: dat gaan we niet doen. Dan ga je echt op de stoel van de arts zitten en dat zouden we moeten stoppen. Ik ben aan mijn tijd, voorzitter. Al zo lang is mijn collega Van Gerven hiermee bezig geweest. Als je ziet hoeveel berichten wij hier nog over krijgen, vind ik dat het nu echt een keer klaar zou moeten zijn. Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Hijink. Dan is nu het woord aan mevrouw Paulusma namens D66.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Goedenavond ook. Wat fijn dat we voor het zomerreces toch nog met elkaar in debat kunnen over dit belangrijke onderwerp. Het lijkt een hoop papier – ik heb het toch maar geprint – waarover we vanavond praten en er staan ook bijzonder veel specifieke punten op de agenda, maar het gaat vanavond over de medicijnen die mensen moeten gebruiken om beter te worden of om de dag dragelijker te maken of om het doodgaan uit te stellen. Ik zag in mijn werk als verpleegkundige welk effect medicijnen kunnen hebben, dat het ook gerust kan stellen omdat je weet dat de pijn ervan overgaat of omdat je vader er goed van kan slapen. Dat is waar het vanavond over gaat.

Voorzitter. Dit onderwerp is voor veel niet-patiënten ook erg belangrijk, heb ik gemerkt. De afgelopen weken kreeg ik namelijk – de collega's zullen dit waarschijnlijk bevestigen – een enorme hoeveelheid mails over geneesmiddelen, van professionals uit de zorg maar vooral ook van de industrie. Ik snap dat, want we staan voor een hele grote opgave om geneesmiddelen nu en in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden. Ik zie zeker waaraan we in dit huis, maar vooral ook in Europa, nog wat kunnen doen, maar ik doe vanavond vooral een oproep aan de industrie. Mijn collega refereerde er net ook al aan, met veel meer woorden, dat ook u een rol heeft. We praten al veel te lang over transparantie, gesjoemel met patenten en prijsafspraken.

Voorzitter. Het lijkt een beetje offtopic, maar corona heeft ons veel ellende gebracht maar ook goede dingen. Een daarvan is wat mij betreft: dat wat publiek is, van ons allemaal, heeft meer waarde dan ooit, net als onze gezondheid. Als het gaat om medicijnen moedig ik daarom publiek-private samenwerking enorm aan, net als maatschappelijk licentiëren. Omdat het er uiteindelijk om gaat dat iedereen die zorg in de vorm van medicijnen nodig heeft, die ook kan krijgen, nu en in de toekomst, heb ik nog een aantal vragen. Dit heet wel «cherrypicking», want ik kon natuurlijk niet alles meenemen.

De eerste vraag gaat over de modernisering van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem, waarnaar een aantal collega's al heeft verwezen. Deze modernisering is verder uitgesteld omdat het niet mogelijk was om de vangnetregeling medische noodzaak goed vorm te geven. Zijn er nog andere mogelijkheden overwogen? Wat zou het bijvoorbeeld betekenen als we wel de prijs herijken per groep en tegelijkertijd de maximale eigen betaling van € 250 voor patiënten verder verlengen naar dit jaar? Hoe kijkt de Minister naar de inbreng van onder anderen huisartsen, die erop wijzen dat de beroepsrichtlijnen eigenlijk al voldoende werken?

Voorzitter. Ook op de agenda staat een brief van het Zorginstituut over het toekomstbestendig pakketbeheer geneesmiddelen. Hierin wordt de motie-Veldman over het pay for performance-model toegelicht, maar ik vraag om hier nog wat verder op in te gaan. Wil de Minister het Zorginstituut bijvoorbeeld vragen om ook de duur van het gebruik van geneesmiddelen mee te nemen? Zo weten we bijvoorbeeld dat slaapmiddelen vaak veel langer worden gebruikt dan dat ze effectief zijn.

Voorzitter. Dan een onderwerp dat mij zeer aan het hart gaat, namelijk inclusieve gezondheidszorg. De verschillen tussen de bijwerkingen van het AstraZenecavaccin die optreden bij mannen en de bijwerkingen die optreden bij vrouwen hebben nogmaals benadrukt hoe belangrijk het is om in de zorg rekening te houden met gender. Mijn collega's van de Partij van de Arbeid, van GroenLinks en van mijn eigen fractie hebben hier al eerder aandacht voor gevraagd. In het antwoord op alle vragen houdt de Minister eraan vast dat er niet direct aanleiding is om bij de geneesmiddelenontwikkeling de eisen aan te scherpen opdat apart onderzoek plaatsvindt naar het effect van medicijnen op en de bijwerking ervan voor

vrouwen, ondanks het feit dat vrouwen significant meer last hebben van bijwerkingen dan mannen. Ik zou de Minister dan ook willen vragen of zij op dit punt wat concreter kan worden, want ik kan beide zaken eigenlijk niet goed met elkaar rijmen. Daarnaast is een amendement op de begroting aangenomen met het doel het programma Gender en Gezondheid van ZonMw voor dit jaar te verlengen. Maar in het antwoord op de vragen lees ik dat over de besteding van de desbetreffende middelen nog gesprekken worden gevoerd. Kan de Minister bevestigen dat deze middelen zo snel mogelijk worden ingezet?

Voorzitter. Ter afsluiting nog een vraag over PALLAS en SHINE. Vorige week ging het trouwens ook al over PALLAS. Wat is op dit moment de stand van zaken bij het eventueel verstrekken van een lening aan SHINE? In uw gesprekken met de partijen zou hiermee een gelijk speelveld kunnen worden bewerkstelligd. Wat we volgens mij allemaal willen voorkomen, is dat we investeren in een techniek die op de dag van gebruik eigenlijk al achterhaald is. De belangrijkste prioriteiten zijn leveringszekerheid en, wat mij betreft, zo min mogelijk afval, en dat alles tegen een «redelijke prijs», als we dat bij deze bedragen al zo kunnen noemen.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Dan is nu het woord aan mevrouw Maeijer van de PVV.

**Mevrouw Maeijer (PVV):**

Dank u, voorzitter. Er staan veel onderwerpen op de agenda die eigenlijk allemaal aandacht verdienen. Als nieuwe woordvoerder op dit terrein moet ik zeggen dat er een lawine was aan stukken, termen en systemen. Ik zal mijn uiterste best doen om er wegwijs in te worden, maar ik kan nog niet beloven dat dit vanavond al helemaal het geval is. De eerlijkheid gebiedt mij dat gewoon even te zeggen. Gelet op de tijd beperk ik mij op deze ietwat tropische avond in deze tropische ruimte tot een aantal punten.

Voorzitter. Ik begin met de teleurstellende reactie van de Minister op de aangenomen motie van mijn voorganger, de heer Jansen. Het is de motie over de regie van de voorschrijver. In de reactie beschrijft de Minister precies de huidige situatie die zich voordoet tussen de voorschrijver en de zorgverzekeraar, maar kondigt zij geen onderzoek of oplossing aan. De Minister constateert dat de arts uit medische overwegingen een recept kan uitschrijven voor een niet-preferent middel. Zij maakt dit duidelijk door middel van de toevoeging «medische noodzaak». Tegelijkertijd constateert de Minister dat de zorgverzekeraar het middel ondanks die toevoeging niet hoeft te vergoeden. Het resultaat is natuurlijk – ik geloof dat de heer Hijink daar ook al uitgebreid over sprak – dat de patiënt toch het preferente middel krijgt. En dit is nu precies de reden waarom de heer Jansen, mijn voorganger, die motie heeft ingediend: we moeten onderzoeken hoe we dit beter kunnen regelen, opdat we de patiënt maatwerk kunnen bieden. Als dit probleem niet wordt opgelost, wat hebben we dan eigenlijk aan de lijst «Wisselen ongewenst» van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen? Ook hier moet maatwerk mogelijk worden om wisselingen vanwege het preferentiebeleid van de zorgverzekeraars te voorkomen. Kortom, waar blijft de uitvoering van onze Kamerbreed aangenomen motie? Wanneer komt dat onderzoek? Graag een reactie. Voorzitter. Iets wat eveneens teleurstellend is, is de beantwoording van onze Kamervragen over de vergoeding van Kaftrio, een nieuw geneesmiddel voor taaislijmziekte. Daarmee kom ik dan ook op het thema «toegankelijkheid». De Minister schrijft dat zij samen met Europese partners wil kunnen beoordelen of een prijs maatschappelijk aanvaardbaar is. Op welke partners doelt de Minister dan? Want in Duitsland, Engeland, Ierland, Denemarken, Oostenrijk en Griekenland is

het nieuwe geneesmiddel wél verkrijgbaar. Daar vindt men de prijs dus wel maatschappelijk aanvaardbaar. Waarom daar wel, maar hier niet? Heeft zij met deze landen overlegd en, zo nee, met welke landen heeft zij dan wel overlegd of is zij in overleg?

Voorzitter. Ik zie gelukkig ook een lichtpuntje in de beantwoording. De Minister zegt namelijk dat zij met de fabrikanten in gesprek gaat over het tijdens de onderhandelingen ter beschikking stellen van Kaftrio aan patiënten. Dat is wat de PVV-fractie al jaren voorstelt. Geef patiënten tijdens de prijsonderhandelingen toegang tot het nieuwe geneesmiddel, want die onderhandelingen duren gemiddeld twaalf maanden, en zo lang kunnen de meeste patiënten niet wachten. Ik hoor graag wat de status nu is. Heeft dat gesprek met de fabrikant al plaatsgevonden?

Voorzitter. Ik blijf nog even bij het thema toegankelijkheid. In dit kader wil ik de Minister wijzen op de publicatie van de Patients W.A.I.T. Indicator. Mevrouw Den Haan had het daar ook al over. Over een periode van vier jaar werden 34 Europese landen en 152 nieuwe innovatieve geneesmiddelen onderzocht op toegankelijkheid. En wat blijkt? Nederland behoort niet tot de top, maar blijft zelfs duidelijk achter als het gaat om geneesmiddelen tegen kanker en zeldzame ziektes. Landen als Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland, Frankrijk, Italië en Engeland moeten wij dan voor laten gaan. Een voorbeeld: van de 152 onderzochte geneesmiddelen die door het EMA zijn goedgekeurd, zijn er in Duitsland nu 133 beschikbaar voor patiënten, maar in Nederland slechts 96. Van de acht nieuwe kankergeneesmiddelen die in 2019 door het EMA zijn goedgekeurd, zijn er in Nederland maar vier beschikbaar gekomen, terwijl in 2016 in Nederland nog tien van de elf nieuwe middelen tegen kanker beschikbaar kwamen. Hier is dus sprake van een dalende trend. Hoe gaan we deze daling stoppen? Kan de Minister die daling verklaren? Kan zij bijvoorbeeld aangeven welke vier medicijnen tegen kanker nog niet beschikbaar zijn voor patiënten in Nederland?

Voorzitter. In het verlengde hiervan vraag ik de Minister of zij misschien nog eens kan reflecteren op mogelijkheden om de doorlooptijd van gemiddeld twaalf maanden te bekorten. Hoe doen andere landen dit? Hanteren zij vaste tijdschema's? Hebben ze meer capaciteit? Graag een reactie.

Voorzitter. Uiteraard heeft de toegankelijkheid een raakvlak met de betaalbaarheid. De dure geneesmiddelen zitten sinds 2016 verstopt in het ziekenhuisbudget. Erg transparant is dat allemaal niet. Mijn fractie heeft zich daar al eerder kritisch over uitgelaten. Tot onze verrassing komt de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen nu ook tot de conclusie dat dure geneesmiddelen een apart kader behoeven. Ze wijst op vier positieve gevolgen: een, transparantie, twee, scherpere inkoop, drie, optimale benutting en, vier, een zorgvuldige afweging. Ik ben benieuwd naar de reactie van de Minister op dit voorstel van de NVZ. Op onze steun kan het in ieder geval rekenen.

Tot slot, voorzitter, een tweetal praktische vragen.

Nu de modernisering van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem is uitgesteld tot 2023 zou de huidige regeling voor het maximeren van de eigen bijdrage door moeten lopen tot het nieuwe GVS gereed is. Die loopt nu echter op 1 januari 2022 af. Is de Minister bereid om die te verlengen? Dan de allerlaatste vraag. De kwestie van de taperingstrips om antidepressiva af te bouwen lijkt in een impasse te zitten. Is de Minister bereid om met de relevante partijen aan tafel te gaan zitten om een einde te maken aan de al vijf jaar durende discussie over de vergoeding van taperingstrips?

Dank u.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan is nu het woord aan mevrouw Kuiken van de Partij van de Arbeid.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Excuus dat ik iets later binnenkwam. Ik hobbel een beetje van debat naar debat.

Voorzitter. Geneesmiddelen. Ik vind het een machtig interessant onderwerp. Het gaat over macht, het gaat over belangen, het gaat over anticonceptie en het gaat uiteindelijk over ons aller gezondheid. Het is dus iets wat onze hele samenleving raakt; het is iets wat eigenlijk allen, de hele wereldbevolking, raakt. Covid heeft dat bij uitstek laten zien. Het raakt je ook als je ouder bent van een kind dat ernstig ziek is en als een van de heel weinigen een heel noodzakelijk en levensverlengend of levensreddend medicijn nodig heeft. Het is ongelooflijk ingewikkeld, maar tegelijkertijd is het ontzettend belangrijk dat wij hierover de komende jaren flink discussie blijven voeren. Want vriend en vijand zijn het over een paar dingen eens. De geneesmiddelenboeren vinden vaak dat het te lang duurt voordat hun producten aan de man kunnen worden gebracht en levens kunnen redden of gezondheidswinst kunnen opleveren. En wij zijn kritisch omdat de prijzen veel te hoog zijn, de toegankelijkheid veel te laag is en de macht gewoon te groot is. Beide zijn denk ik waar. Dat is een tegenstelling, een paradox, die we toch moeten zien te overbruggen in de politiek. Want daarvoor zijn wij op aarde, om ingewikkelde dingen mogelijk te maken. In dat licht stel ik mijn vragen.

Voorzitter. Wij hebben het al gehad over Kaftrio en Zolgensma. Ik spreek het misschien verkeerd uit, maar het zijn in ieder geval medicijnen die ongelooflijk duur zijn. Terecht wordt daarover gezegd: we gaan niet zomaar accepteren dat we geen inzicht in prijzen hebben, dat men niet kan aantonen dat het op deze manier nodig is en dat men eigenlijk grove winsten maakt over de ruggen van ouders en kinderen. Tegelijkertijd is het de vraag hoe we dat gaan doorbreken. Eigenlijk is dat mooi samengevat in het interessante artikel «Van de dweil naar de kraan», gepubliceerd op de website. Ik denk dat de Minister dat betoog kent. Ik zou het eigenlijk wel fijn vinden als zij daarop een schriftelijke reactie zou geven waarin zij met name aangeeft wat nou de haken en ogen zijn van hetgeen men daar beoogt. In ieder geval is één ding duidelijk: het Zorginstituut, de Rekenkamer, de NZa en de ACM vinden allemaal dat we wat anders moeten op het gebied van het geneesmiddelenbeleid. Ze willen komen tot een integraal beleid, waarbij vastgesteld wordt op welke momenten aan welke knoppen gedraaid moet worden om het systeem anders in te richten. De kennis en kunde zijn nu verspreid en met het beleid wordt telkens maar één onderdeelje aangepakt in plaats van dat wordt bekeken hoe alles met elkaar samenhangt. Mijn vraag aan de Minister is dan ook concreet: kan er niet een structureel samenwerkingsverband worden georganiseerd tussen ZIN, NZa en ACM opdat zij daarover een onafhankelijk beleidsadvies geven? We zouden kunnen beginnen met deze instanties te vragen om voor de volgende begroting aan te geven op welke manier dit geregeld zou kunnen worden. Dat lijkt mij een weg te gaan, en misschien is het ook een mooie start voor de nieuwe periode.

Voorzitter, een tweede punt. Het Zorginstituut zegt dat het noodzakelijk is om afdwingbare voorwaarden te stellen bij de pakkettoelating, bijvoorbeeld voor vervolgonderzoek of gepast gebruik, om ook op die manier data te kunnen verzamelen over de effectiviteit van het middel. Ook de specialisten vragen daarom. De Minister zegt in gesprek te zijn met het Zorginstituut, maar laat dit ook aan het volgende kabinet. Ik zou eigenlijk aan de Minister willen vragen of zij dat niet alvast kan voorbereiden, zodat we daar klaar voor zijn.

Voorzitter. In een vorig debat vroeg mijn collega Ploumen om meer transparantie over de financiële argumenten. Zij stelde een Trusted Third Party voor die altijd aanwezig is bij de prijsonderhandelingen. De Minister was daar zelf nog niet heel erg enthousiast over, maar de Rekenkamer was ook niet zo enthousiast over de resultaten die VWS zelf heeft behaald. Mijn vraag is dus wederom: is het niet toch een goed idee om te gaan

werken met een constructie met een TTP, een Trusted Third Party, en zo rechtstreeks aan de Kamer verslag te doen over de effectiviteit? Voorzitter. Er zijn een aantal vragen gesteld over het geneesmiddelenvergoedingssysteem. Laat ik me daar kortheidshalve bij aansluiten. Een ding is nu absoluut noodzakelijk: door de verlenging van het pakket zouden ook de regeling maximering eigen bijdrage en de afspraken die daarover zijn gemaakt vervolgd moeten worden. Mijn collega hier naast mij eindigde daar ook mee. Volgens mij hebben meerdere collega's daar vragen over gesteld, ook mevrouw Ellemeet. Ik denk dat het goed is dat dit gebeurt. Voorzitter, als ik nog tijd heb, ga ik naar mijn laatste onderwerp. Dat gaat over de geneesmiddelentekorten en over de voorraden die worden aangelegd. Bij covid hebben wij gezien dat het noodzakelijk is om hierbij in Europees verband samen te werken. We hebben het ook gezien bij tekorten aan sommige medicijnen. Ik kan het allemaal beter toelichten met mooie zinnen, keurig voorbereid door mijn beleidsmedewerker, maar mijn vraag is kortheidshalve: wat gaan we nu in Europees verband doen om ervoor te zorgen dat we voor een deel onze eigen voorraden kunnen regelen, of het daarbij nou om vergietjes gaat, om plastic materialen, om buisjes, om echte grondstoffen of weet ik veel wat? Daar komt het eigenlijk op neer. Hoe doen we dat in Nederland? Welke ijzeren voorwaarden zouden we daaraan moeten stellen, zodat we daarbij voor een deel ook zelfvoorzienend zijn, we niet afhankelijk zijn en niet geconfronteerd kunnen worden met het niet meer kunnen leveren van medicijnen doordat dit niet goed geregeld is? Mochten er nog nadere vragen zijn of mocht er een verzoek zijn om dat beter toe te lichten, dan kan dat natuurlijk straks altijd.

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan gaan we luisteren naar de bijdrage van mevrouw Tellegen van de VVD, de laatste bijdrage aan de kant van de Kamer.

**Mevrouw Tellegen (VVD):**

Dank u wel. Ik vervang mijn collega Aukje de Vries, die op dit moment een ander debat heeft. Ik ben dus niet eens een nieuwe woordvoerder op dit dossier, want ik vervang haar echt, maar mijn ervaring is dezelfde als die van mevrouw Maeijer: het is een mooi, maar heel complex onderwerp. Ik hoop dus dat ik met mijn allerbeste best doen een eind kan komen. Ik pak het stokje over van mevrouw Kuiken waar zij dat achterliet, namelijk bij de coronacrisis en de ervaringen die we daar nu mee hebben opgedaan en het grote belang om ons in de toekomst voor te bereiden op een volgende gezondheids crisis. De huidige pandemie heeft laten zien dat het kwetsbaar is om al te zeer afhankelijk te zijn van een of twee landen buiten Europa, bijvoorbeeld voor het maken van mondkapjes. Kritieke productieprocessen, bijvoorbeeld voor het maken van medische apparatuur, beschermingsmiddelen en medicijnen moeten binnen de grenzen van Europa behouden worden en geïntensiveerd worden. Er werd al over gesproken. Dit vermindert de afhankelijkheid van landen als China en India en maakt het mogelijk om tijdens een gezondheids crisis de eigen productie snel uit te breiden, ook al is dat soms iets duurder. Mijn oud-collega Hayke Veldman heeft niet voor niets een initiatiefnota ingediend die ertoe oproept om met een wet te komen die een noodproductie van medische middelen in Nederland mogelijk maakt. Dat was precies om die reden.

Naast de productie is de aanleg van strategische voorraden hulp- en geneesmiddelen, persoonlijke beschermingsmiddelen en noodzakelijke grondstoffen van groot belang. De VVD vindt het wel van belang dat wij daarbij rekening houden met de Europese ontwikkeling. Mevrouw Kuiken maaide het gras al voor mijn voeten weg. We moeten geen dingen dubbel gaan doen en goed blijven kijken naar nut en noodzaak van zo'n ijzeren

voorraad voor vijf maanden van alle geneesmiddelen: wat is nou echt nodig en wat niet?

Er moet ook gekeken worden naar de belangrijkste oorzaken van geneesmiddelen tekorten, bijvoorbeeld het tekort aan grondstoffen. Kan de Minister aangeven of en hoe er wordt gekeken naar die Europese ontwikkeling op dit moment? Hoe kan maatwerk worden geleverd bij het aanleggen van die ijzeren voorraad? Hoe pakken we een van de grondstoffen aan, namelijk het tekort aan grondstoffen? Graag een reactie.

Voorzitter. Dan een ander onderwerp: de uitkomstbepaling. «Geneesmiddelen die werken», zal ik het maar noemen. De VVD vindt dat patiënten zo snel als mogelijk toegang moeten kunnen krijgen tot veelbelovende effectieve geneesmiddelen tegen een eerlijke prijs. Daarbij geldt dat wij vinden dat er in algemene zin veel meer inzicht moet komen in de daadwerkelijke waarde van behandelingen met bepaalde medicijnen. Er moet veel meer gekeken worden naar het behandelresultaat. Dat adviseert ook het Zorginstituut, bijvoorbeeld ten aanzien van het medicijn Zolgensma, een effectief medicijn tegen de zeldzame en ernstige spierziekte SMA. De VVD is voor uitkomstbepaling in brede zin en ondersteunt het principe van «pay for performance». Mijn vraag is dan ook hoe nu meer invulling kan worden gegeven aan dat principe. Is de Minister voornemens om dit voortvarend op te pakken? Het Zorginstituut komt volgend jaar met een actualisatie van zijn beoordelingskader van nieuwe medicijnen. Die actualisatie is gebaseerd op ervaringen uit trajecten zoals trajecten inzake tumor-agnostische geneesmiddelen, personalised medicine en complexe indicaties. De VVD heeft hiervoor de motie-Veldman ingediend. Hoe staat het daarmee? Worden bij de uitkomst onder andere ook de patiëntenorganisaties betrokken?

Dan het geneesmiddelenvergoedingssysteem. Er is al veel over gezegd. Ik zie dat zich in de Kamer een lijn aftekent. Sinds 2019 is de eigen bijdrage voor geneesmiddelen gemaximeerd tot € 250 per persoon, dit ter voorkoming van stapeling van noodzakelijke zorgkosten en het mijden van zorg. Met name voor de middeninkomens is dit van belang. Maar deze regeling loopt eind dit jaar af. Het vraagstuk van het zogeheten geneesmiddelenvergoedingssysteem wordt bij voorkeur aan een nieuw kabinet overgelaten, maar wat als de formatie te lang gaat duren? Zitten de mensen dan vanaf 2022 met de gebakken peren? Ik wil dus graag weten hoe de Minister daarnaar kijkt.

Voorzitter. Dan het wisselen van medicijnen. De VVD wil weten hoe in de gaten wordt gehouden of en hoe vaak het wisselen van medicijnen die op de lijst «Wisselen ongewenst» staan, voor patiënten tot problemen leidt. Wanneer wordt die lijst geactualiseerd? Worden patiënten vervolgens geïnformeerd en zo ja, hoe dan? Zijn er knelpunten op basis van het kader dat is ontwikkeld door het CBG? Wij begrijpen dat er toch een probleem is, bijvoorbeeld met schildkliermedicatie die nu niet op de lijst staat. Hoe gaat de Minister dat probleem oplossen? Wat is de status van de lijst? Staat die al vast? Is die vastgesteld of kan die nog gewijzigd worden? Graag een reactie.

Voorzitter. De VVD wil geen verspilling van geneesmiddelen. Die moeten we dus tegengaan waar we dat kunnen. Veel medicijnen blijven ongebruikt op de plank liggen of worden weggegooid. Er is een mooi initiatief van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis. Daar krijgt een aantal patiënten een speciaal kastje om de medicijnen onder optimale omstandigheden te bewaren, zodat niet-gebruikte medicijnen alsnog gebruikt kunnen worden. De VVD wil weten hoe de Minister tegen dit initiatief aankijkt en of op dit dossier nog andere initiatieven lopen.

Nog een paar punten, voorzitter, als ik daarvoor nog tijd heb.

**De voorzitter:**

Iedereen heeft zes minuten gebruikt.

Mevrouw **Tellegen** (VVD):

O, oké. Ik heb het ondertussen heel warm, maar dat geldt misschien ook voor alle anderen.

**De voorzitter:**

Dat komt door de warmte.

Mevrouw **Tellegen** (VVD):

Voorzitter. De VVD vindt dat publieke kennisinstellingen nadrukkelijk moeten gaan werken met de toolkit voor maatschappelijk verantwoord licentiëren, die is ontwikkeld voor fundamenteel onderzoek dat is betaald uit publieke middelen en wordt gebruikt door commerciële partijen. Ik geloof dat mevrouw Ellemeet het daar ook al over had. Hoe gaan deze Minister en de Minister van OCW dat nu echt concreet voor elkaar krijgen? Dan nog een punt over de medische isotopen. Ook dat is al besproken. Vorige week hebben we het ook al gehad over de voorzieningszekerheid van medische isotopen – die zijn van groot belang bij de diagnose en de behandeling van hart- en vaatziekten en kanker – en over het tegengaan van antibioticaresistentie. We vinden het belangrijk dat de motie die mijn collega's De Vries en Van den Berg hierover hebben ingediend, wordt uitgevoerd. Wij vinden dat daadkrachtig moet worden opgetreden inzake de PALLAS-reactor, zowel in de EU, als nationaal. Graag krijg ik daar dus een reactie op.

Tot slot man-vrouwmedicijnen. Ik geloof dat mevrouw Paulusma daar al aan refereerde. De VVD vindt dat er meer aandacht moet zijn voor de verschillen bij medicijnen, vaccins en behandelingen. Dit probleem kwam bij de recente vaccinaties ook aan het licht. Het is misschien niet wetenschappelijk bewezen, maar het is op z'n minst de moeite waard om daar steviger naar te kijken. Hoe wordt dit door de Minister opgepakt?

Dat was het, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn van de Kamer. Er zijn heel veel vragen gesteld aan de Minister. Zij vraagt om een schorsing van 25 minuten. Ik stel dus voor dat we schorsen tot 19.10 uur.

De vergadering wordt van 18.45 uur tot 19.10 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Ik heropen dit commissiedebat. Er ligt een duizelingwekkende, dikke stapel met antwoorden voor de Minister. Ik stel voor dat we het aantal interrupties beperken tot acht woordmeldingen. Je kunt dan dus zelf kiezen of je twee keer in viervoud interrumpeert, vier keer in tweevoud of een keer in drievoud en een keer in vijfvoud. We houden dan bij dat het acht keer is geweest. Ik denk dat dat voor iedereen wel voldoende moet zijn. Ik zie geknik. Dan gaan we snel over naar de antwoorden van de Minister in de eerste termijn.

**Minister Van Ark:**

Voorzitter, dank u wel. Dank ook aan uw Kamer voor de inbreng. Ik hoef u niet te zeggen dat we een heel bijzonder jaar achter de rug hebben. Dat geldt ook zeker voor de geneesmiddelen. Ik denk dat we nu, terugkijkend, wel kunnen constateren dat – daar zeg ik bij: gelukkig – echt grote problemen met geneesmiddelen tijdens de crisis zijn uitgebleven. Daar ging wel een hoop aan vooraf. Er is bijvoorbeeld veel samenwerking geweest tussen partijen, bijvoorbeeld als het ging om leveringsproblemen, om het actief monitoren van de voorraden van geneesmiddelen en soms ook om ingrijpen.

Maar er zijn wel een aantal zaken aan de hand; dat signaleerde de Kamer ook. Soms kampen we met terugkerende tekorten. Die kunnen van



structurele aard zijn. Dat betekent dat we daar blijvend aandacht aan moeten geven. Eind januari heb ik u nog een voortgangsbrief gestuurd over de stand van zaken van de vier hoekstenen van het geneesmiddelenbeleid: de ontwikkeling van geneesmiddelen, de toegang tegen aanvaardbare kosten – dat is ook door meerdere van uw Kamerleden aangekaart – de beschikbaarheid en ook de farmaceutische zorg. We zijn met een aantal zaken heel actief bezig, zoals de toekomstbestendigheid van het pakketbeheer, de tekorten en de leveringszekerheid. Bij een aantal zaken – ik zal ook antwoord geven op specifieke vragen daarover – wordt de besluitvorming overgelaten aan een nieuw kabinet. Dat heeft natuurlijk alles te maken met de demissionaire status van het kabinet. Dan denk ik bijvoorbeeld aan de GVS-modernisering.

Er is een tweetal keuzes waarover ik graag met u van gedachten wissel vandaag. Dat gaat allereerst over de maximering van de eigen bijdrage voor de geneesmiddelen in 2022. Daar hebben eigenlijk alle fracties naar gevraagd. Het klopt dat deze maximering zonder tussenkomst na dit jaar zal aflopen. Dan zijn de bijbetalingen vanaf 2022 weer onbegrensd. Dat zou betekenen dat er voor vele patiënten gevolgen zijn. Als je dat wil voorkomen, dan is er een ministeriële regeling nodig. Die zou voor de zomer moeten komen. Dat heeft alles te maken met het feit dat zorgverzekeraars voor de zomer duidelijkheid nodig hebben. Ik leg dat hier dus ook heel graag open in de Kamer neer, want u weet dat de maximering van de eigen bijdrage ook in het regeerakkoord zat. Dat betekent dat de regeling daarvoor tot 2021 was voorzien. We hebben er overigens nog een, die vandaag niet aan bod is gekomen. Vanwege de volledigheid zal ik die wel noemen: ook het eigen risico zal zonder tussenkomst in 2022 licht stijgen. Daarvoor is wetgeving vereist. Een deadline daarvoor ligt uiterlijk op 1 oktober 2021. Ik leid er in ieder geval uit af dat de Kamer de betaalbaarheid en de beschikbaarheid van geneesmiddelen nog steeds als topprioriteit ziet. Ik kan dat ook zeker onderschrijven.

Voorzitter. Ik kom fractiegewijs bij de vragen die zijn gesteld. Ik begin bij mevrouw Van den Berg, die refereerde aan de «highest medical needs»-patiënten. Ik zeg tegen haar dat ik zeker bereid ben om daarnaar te kijken. Dat gaat ook juist gebeuren in het traject dat het Zorginstituut samen met de veldpartijen gaat oppakken. Er loopt een DRUP-studie in de periode dat dit project loopt. In april 2023 is het project afgerond. Dat is nog best heel ver weg. We hebben een goed overleg gehad met de oude Kamer, waardoor ik weet dat we allemaal snelheid willen op dit onderwerp. Ik heb het Zorginstituut dus ook gevraagd om als dit mogelijk is tussentijds al resultaten te implementeren en halfjaarlijks een tussenrapportage toe te zenden. Het is de NZa die over de aanpassing van de bekostiging gaat. Die aanpassing gaat in een jaarlijkse cyclus. Als je de wijzigingen op 1 januari 2023 in zou willen voeren, moet je die dus al in september van dit jaar bekendmaken. Dan heb je namelijk de eerste release van 2023. Anders kun je de bekostiging niet per 1 januari 2022 maken. Maar wat wel kan, is dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen al afspraken maken over de hoogte van de dbc-vergoedingen. Daarin kan bijvoorbeeld ook de complexe moleculaire diagnostiek meegenomen worden. Ik maak ook graag van de gelegenheid gebruik om in de richting van mevrouw Van den Berg, maar ook aan de overige Kamerleden, aan te geven dat ik in de brief die ik op 19 mei heb gestuurd met betrekking tot de DRUP-studie, heb vermeld dat de DNA-diagnostiek wordt vergoed in de studie, maar dat dit niet het geval is. Ik heb dat abusievelijk opgenomen. Er zijn wel afspraken gemaakt over de vergoeding van de geneesmiddelen. Ziekenhuizen betalen de DNA-diagnostiek nu vooral uit onderzoeksfinanciering en als onderdeel van de dbc-tarieven. Maar ik zet dat bij dezen graag recht.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Kan ik dan de volgende conclusie trekken? De Minister zegt dat de NZa blijkbaar anderhalf jaar van tevoren tarieven bekend moet maken.

Betekent dat voor wat de Minister net zei, namelijk dat er nog aan de DRUP wordt gewerkt door het Zorginstituut met de veldpartijen, dat dus wel 2023 wordt? En betekent dat, hoewel er voor de dbc-aanpassing nu wel naar creatieve oplossingen wordt gezocht, dat die ook niet gereed kan zijn vóór 2023? Heb ik dat nu goed geconcludeerd?

**Minister Van Ark:**

Klopt. We willen het allemaal, maar het is buitengewoon complex. We volgen nu de reguliere weg, en dan is dit het tijdspad. Maar we kijken in de tussentijd wel of we het op een andere manier kunnen doen. We kijken dus naar creatieve oplossingen, zoals mevrouw Van den Berg net zei.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

**Minister Van Ark:**

Voorzitter. Dan de vraag van mevrouw Van den Berg over Oncode. Ik denk dat er veel meerwaarde zit in het omzetten van de kennis naar de toepassingen van het kankeronderzoek, zeker vanuit het patiëntenbelang gezien. Als het gaat om maatschappelijk verantwoord licentiëren – we komen daar straks ook nog op – is het in algemene zin van belang dat die valorisatie van publiek gefinancierd onderzoek wordt toegepast. Dat gebeurt hier ook. De toekenning van de volgende fase is ook afhankelijk van wat wordt aangeleverd voor de invulling van het strategisch plan. We willen ook dat de toepassing van maatschappelijk verantwoord licentiëren daarin een belangrijke rol krijgt. We hebben daarom nu een gesprek met de andere financiers. Dat zijn de departementen van OCW en EZK, maar ook met het KWF en de topsector. We zijn daarover ook met Oncode in overleg. Dat overleg loopt dus.

Mevrouw Van den Berg vroeg ook naar het geneesmiddelenonderzoek. Ik herken zeer en ik onderschrijf ook dat het sneller beschikbaar krijgen van innovatieve geneesmiddelen een diepe wens is, niet alleen van de patiëntenorganisaties, de behandelaren en de farmaceutische industrie, maar zeker ook van uw Kamer en van mij. Middels een pilot kijken we op dit moment met het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, en met het Zorginstituut Nederland of het mogelijk is om de beoordelingen bij het registratietraject en bij het vergoedingstraject parallel te laten verlopen, zodat we daar tijdswinst kunnen boeken door de tijd vanaf de registratie tot en met de vergoeding van geneesmiddelen te verkorten. De European Clinical Trial Regulation zal begin volgend jaar van kracht worden. Dan zal ook de daarbij benodigde wijziging in de Nederlandse regelgeving ingaan. Het bureau van de CCMO, de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek, is ook uitgebreid, zodat zij ondersteuning kan bieden aan de Medisch Ethische Toetsingscommissies. Sinds 2017 draaien de twaalf erkende METC's mee in vrijwillige Europese pilots om te kunnen oefenen met de nieuwe eisen. We hopen daarmee ook te komen tot een soepele implementatie. We hebben dus ook de DCRF al vroegtijdig gevraagd om samen met de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek ervoor te zorgen dat ook alle betrokkenen vroegtijdig de juiste informatie hebben, zodat zij hun werk volgens de eisen van de verordening goed kunnen uitvoeren. Denk hierbij onder andere ook aan e-learningmodules. We willen met al deze inspanningen er eigenlijk voor zorgen dat Nederland er klaar voor staat om op deze manier te gaan werken, zodra het van kracht is. Het doel van dit alles is dat patiënten snel over nieuwe geneesmiddelen kunnen beschikken. Natuurlijk hebben we ook – dat zeg ik in de richting van mevrouw Van den Berg – aandacht voor de wijze waarop deelname van patiënten aan dat onderzoek kan worden bevorderd. Zij vroeg of wij kijken naar Denemarken, dat een centraal informatiepunt en een centraal patiëntenregister heeft. Feitelijk is het bureau van de CCMO het centrale informatiepunt, maar er is ook nog een Netherlands

Trial Register, waar de informatie over lopende onderzoeken beschikbaar is voor het publiek. Deze twee platforms, het register van de CCMO en het Netherlands Trial Register, worden samengevoegd tot één nationaal register, zodat de informatie breed en open toegankelijk is voor het publiek. Ik denk echt dat dit gaat helpen om het voor patiënten makkelijker te maken. De beschikbaarheid van het nieuwe register – ik bespaar mevrouw Van den Berg een interruptie, want zij wil altijd graag weten wanneer dat dan het geval is – wordt voorzien in de tweede helft van 2022.

Voorzitter. Dan geneesmiddelen die wegens prijsdruk niet meer worden aangeboden op de Nederlandse markt. Ook dat was een vraag van mevrouw Van den Berg. Er is een onderzoek naar de onderkant van de geneesmiddelenmarkt, zoals het wordt genoemd. Daarin wordt onderzocht welke producten in Nederland kwetsbaar zijn: wat is de rol die de veldpartijen hierin spelen en welke overheidsinstrumenten zijn er? Dat onderzoek komt in oktober van dit jaar. De resultaten daarvan wil ik graag delen met de Kamer. Ik geef wel vast aan dat er weliswaar overzichten zijn van producten die uit de handel zijn gehaald, maar dat je niet per product specifiek kan aangeven of dat is gebeurd vanwege nationale prijsdruk. Het kan bijvoorbeeld ook zo zijn dat er een alternatief middel is gekomen dat de voorkeur heeft van de voorschrijvers, of dat een internationale firma de hele productie heeft gestaakt. We hebben een survey uitgestuurd naar een aantal fabrikanten die hun producten in 2020 uit de handel hebben gehandeld, juist om meer inzicht in de beweegredenen te krijgen. Als die uitkomsten er zijn, stuur ik die graag naar de Kamer.

Mevrouw Van den Berg vroeg ook naar het boetebeleid. Ik snap deze vraag heel goed. Ik vind het ongelooflijk belangrijk dat Nederland een aantrekkelijk land is als het gaat om het aanbieden van geneesmiddelen. Het klopt – dat is inderdaad zo – dat je bij een overtreding een boete opgelegd kan krijgen. Die boete is ook afhankelijk van de grootte van het bedrijf, dus die kan best in de papieren lopen. Wel is het zo dat de maximale boete een aantal jaren geleden op verzoek van de Kamer juist is verhoogd. Een meer inhoudelijke reden is dat het best lastig is om van één geïsoleerde factor, namelijk het boetebeleid, te identificeren hoe die bijdraagt aan hoe het aanbod eruitziet. Want je ziet over het algemeen een combinatie van positieve en negatieve factoren die voor een fabrikant de balans naar een bepaalde kant doen omslaan. Ook hierbij refereer ik aan het onderzoek naar de onderkant van de geneesmiddelenmarkt. Ik denk dat daardoor meer inzicht ontstaat in de dynamiek die hierbij een rol speelt. Zoals ik al zei, kunnen we kijken wat we daarin zouden kunnen betekenen met publieke instrumenten.

Mevrouw Van den Berg vroeg nog naar een monitor voor generieke geneesmiddelen. Zij noemde het GVS-systeem in het licht van de zogenaamde spookclusters. Dat zijn clusters waar nog maar één geneesmiddel van is. Ik heb al aangegeven dat ik de besluitvorming over de modernisering van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem aan een nieuw kabinet laat. Wat ik wel wil doen, is alvast klaarzetten wat we kunnen; ik kom daar straks op bij de overige vragen. We kunnen bijvoorbeeld al een herberekening met een maximering in voorbereiding nemen, zodat er geen tijd verloren gaat. In de vorige commissie refereerde mevrouw Dik-Faber nog aan het jaar waarin we voor het laatst de vergoedingslimieten voor medicijnen hebben berekend. Er is inderdaad wel het nodige gebeurd sinds die tijd. Die spookclusters passen niet bij de manier van kijken naar geneesmiddelen en leveren soms ook bijbetalingen op. Ik denk dat daar een oplossing voor gevonden moet worden, maar ik denk ook dat dat aan een nieuw kabinet is.

Voorzitter. Ook mevrouw Van den Berg vroeg naar de maximering van de eigen bijdrage. Daar heb ik al in mijn inleiding antwoord op gegeven. Ik herken heel erg wat zij zei, de zorgen die zij benoemde van de mensen die dit zien aankomen. Ik ga hierover graag in overleg met uw Kamer.

Voorzitter. Mevrouw Van den Berg had ook een vraag over de medische noodzaak. Er kan afgeweken worden van het preferente medicijn, maar mevrouw Van den Berg heeft signalen dat dit in de praktijk niet goed gaat. Ik denk dat het goed is om daarop in te gaan. Het moet in ieder geval helder zijn dat «medische noodzaak» op het recept betekent dat de apotheker dit middel aan de patiënt dient te verstrekken. Dat zeg ik ook in de richting van de heer Hijink, die de traditie van de heer Van Gerven heeft overgenomen. Ook in het vorige debat hebben we daarover van gedachten gewisseld. De apotheker is de geneesmiddelenverstrekker en -expert. Die kan vakmatig gezien een ander inzicht hebben, maar dan moet de apotheker in overleg gaan met de voorschrijver en met de patiënt. Als er dan geen oplossing gevonden wordt, moet de apotheker de medicijnen uit het recept op basis van de medische noodzaak verstrekken. Ik heb dat helder aan willen geven aan de Kamer in de vragen die zijn beantwoord.

We hebben wel in de wet geregeld dat het verstrekken door de apotheker niet automatisch een vergoeding door de zorgverzekeraar betekent, want hier komen de polisvoorwaarden om de hoek kijken. Dat is iets waar we goed naar moeten kijken. De voorschrijver kan gevraagd worden om eerst een ander generiek middel voor te schrijven. Dat kan allemaal plaatsvinden in dat overleg. Als er zo veel overleg is en als er zo veel verschillende partijen zijn, dan kan dat in de praktijk natuurlijk weleens spanning opleveren. Ik herken dat. Het signaal van mevrouw Van den Berg is helder.

**De voorzitter:**

Meneer Hijink heeft daar ook een vraag over.

**De heer Hijink (SP):**

De Minister zegt terecht dat als er een medische noodzaak is, het medicijn gewoon verstrekt moet worden aan de patiënt. Alleen, zij zegt zelf in antwoord op onze vragen: in de wet is het zo geregeld dat het verstrekken van een geneesmiddel door een apotheker aan een patiënt op grond van een medische noodzaak niet per definitie betekent dat de zorgverzekeraar het geneesmiddel vergoedt. Dat is natuurlijk een hele rare zaak. Als er een medische noodzaak is, dan heeft de apotheker eigenlijk geen andere keuze dan het middel verstrekken. Dat kan eventueel in overleg; dat mag. Dan moet de zorgverzekeraar dat middel toch gewoon vergoeden? Anders wordt de apotheker ook de dupe van de financiële druk die de verzekeraar op de apotheker legt. Dat moet je toch niet willen?

**Minister Van Ark:**

We hebben hier ook te maken met de rollen, de verantwoordelijkheden en de spelregels die er zijn. Laat ik het antwoord vervolgen in de richting van mevrouw Van den Berg en de heer Hijink. Laat ik dat bij elkaar pakken. Ik gaf al aan dat er verschillende belangen zijn. Ik zou er een voorstander van zijn dat de zorgverzekeraar er in de polisvoorwaarden rekening mee houdt dat een apotheker geen vrije keuze heeft in het wel of niet verstrekken van medicijnen op basis van een medische noodzaak, maar dat de arts en de patiënt dit samen bepalen. Dat heeft natuurlijk ook gevolgen voor de tarieven. Op dit moment is er een bestuurlijk overleg gaande daarover. Ik wacht dat overleg af. Ik denk dat dat beter is dan nu zelf dingen te gaan regelen. Er is nu ook geen wettelijke basis om dit op een andere manier te regelen. Het feit dat de zorgpartijen met elkaar in gesprek zijn en dat de medische noodzaak in die gesprekken centraal staat, maakt dat ik dat graag wil afwachten. Ik verwacht overigens dat dat in het najaar tot een afronding zal komen.

**De heer Hijink (SP):**

Dat is de kern van het probleem. De Minister zegt het eigenlijk zelf ook: het is op dit moment wettelijk niet mogelijk. Dan is het natuurlijk heel

lastig onderhandelen tussen die partijen, tussen de apothekers en de verzekeraars. Die verzekeraars staan ijzersterk, omdat in de wetgeving, die de Minister kan veranderen, staat dat een medische noodzaak niet per definitie hoeft te betekenen dat een medicijn ook daadwerkelijk vergoed wordt. Als dat in de wet staat, dan is het voor een verzekeraar vrij makkelijk om te zeggen: dat ga ik niet vergoeden. Dan staat die apotheker onder enorme druk, want die heeft een arts en een patiënt aan de ene kant, die een bepaald middel voorgeschreven heeft gekregen en dat ook nodig heeft, en een verzekeraar aan de andere kant, die zegt: ja dag, dat gaan we niet vergoeden; gaat u eerst nog maar alternatieven onderzoeken. De Minister moet niet verwijzen naar de verzekeraar, want ze wijst zelf op de wet, waarin staat dat een middel niet per se vergoed hoeft te worden. Als u echt vindt dat een medische noodzaak een medische noodzaak is en dat een medicijn daarom vergoed zou moeten worden, dan moet u dat in de wet veranderen. Is de Minister daartoe bereid?

**Minister Van Ark:**

Ik denk juist dat de samenwerking tussen de partijen die wij kennen, dus de zorgverzekeraars, de apothekers, de voorschrijvers maar zeker ook de patiënten ... Door hen bij elkaar te zetten en naar dit vraagstuk te laten kijken, kan het er beter op worden. Je moet niet zeggen dat een van de partijen altijd gelijk moet krijgen. Ik heb aangegeven wat preferent is. Dat is het feit dat medische noodzaak vooropstaat. Maar dat is iets anders dan wat er vergoed wordt. Ik heb net gerefereerd aan het bestuurlijk onderzoek, want wij zitten zeker niet stil. Uiteindelijk moet er een keer een knoop worden doorgehakt, want dit dossier loopt echt al heel lang en anders neemt over een aantal jaren de opvolger van de heer Hijink dit dossier, dat hij van de heer Van Gerven heeft overgenomen, weer over. Naast het bestuurlijk overleg hebben we ook een onderzoek gepland naar de medische noodzaak. Ik moet eerlijk zeggen dat het voor mij niet de belangrijkste overweging is, maar er is natuurlijk ook oneigenlijke medische noodzaak. Dat vind ik niet doorslaggevend, maar we moeten er wel rekening mee houden. Juist in de spanning van dit vraagstuk zitten verschillende belangen. Daar moeten we op een gegeven moment een knoop over doorhakken, maar ik ben heel duidelijk over wat er belangrijk is als er verschil is tussen de apotheker en dat wat de arts voorschrijft. Dan geldt de medische noodzaak.

**De heer Hijink (SP):**

De Minister zegt dat er verschillende belangen zijn, maar wat de SP betreft gaat het om de belangen van de patiënt. Wij krijgen mailtjes met verhalen van mensen die noodgedwongen een medicijn nemen waarvan zij slechter worden dan ze vooraf waren, omdat ze het middel niet krijgen dat ze eigenlijk zouden moeten hebben. Het wordt niet vergoed, of ze moeten bijbetalen terwijl ze dat niet kunnen, of de apotheker heeft er ruzie over met de verzekeraar. Dat is gewoon niet acceptabel. Dit speelt al jaren. Als de Minister zegt dat er verschillende belangen zijn, wil ik dat ze kiest voor het belang van de patiënt. Ook heeft ze het over onderhandelingen en gesprekken die tussen partijen lopen. Ik zou dan wel willen zeggen dat de verzekeraars wel een stuk sterker staan in dat soort gesprekken zolang in de wet nog steeds geregeld is dat een bepaald middel ook bij medische noodzaak niet per definitie vergoed hoeft te worden. Je staat als apothekers natuurlijk wel met 4-0 achter als je met zo'n verzekeraar aan tafel zit, die alleen maar naar de wet hoeft te wijzen om te laten zien dat hij helemaal niet hoeft te vergoeden, want dat staat immers in de wet. Is de Minister dan ook bereid om te kijken naar een wijziging van die wet, zodat medische noodzaak op voorschrift van een arts ook daadwerkelijk betekent dat een middel wordt vergoed?

**Minister Van Ark:**

Ik maak één verdiepende slag, want ik ben het zeer eens met de heer Hijink dat we uiteraard alles doen in het belang van de patiënt. Het voorschrijven is een belang van de individuele patiënt. Het overeind houden van alle afspraken die we hebben over de zorg, ook middels de zorgverzekeraars die kijken naar de toekomst van de zorg en ook middels de voorschrijvers, is ook een belang. Uiteindelijk doet iedereen het voor de patiënt. Dat moet met elkaar in balans worden gebracht. Ik ben nu niet bereid om de wet aan te passen. Ik vind dat ook niet aan een Minister met een demissionaire status. Maar ook hiervoor geldt dat we niet stil moeten zitten, dus ik ben wel bereid om naast het bestuurlijk overleg ook een onderzoek te laten uitvoeren naar de medische noodzaak. Ik ben het namelijk absoluut eens met de heer Hijink dat er een keer duidelijkheid op dit punt moet komen.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik ben in ieder geval blij met de laatste woorden van de Minister dat er duidelijkheid moet komen. Ik begrijp best dat als je alleen maar snel «medische noodzaak» neerzet omdat de patiënt daar bijvoorbeeld zelf een mening over heeft, er best wel discussie kan zijn tussen de apotheker en de voorschrijver van het medicijn: «Ja, maar het zijn prima medicijnen met echt dezelfde werking.» Maar ik zou graag geanonimiseerd wat voorbeelden doorsturen aan de Minister waarin er gewoon hele verklaringen zijn van de arts dat een patiënt eigenlijk zieker wordt van het medicijn dan dat hij er beter van wordt, zoals de heer Hijink al zei. Dan nog kan het zijn dat je als patiënt zegt: dit wordt voorgeschreven, maar ik heb zelf gewoon liever dat andere middel en dus betaal ik het ook. Maar als iemand echt zieker wordt van een medicijn, door hulpstoffen of anderszins, heb ik er erg veel moeite mee om te zeggen: ja, dat is jammer, want dit zit nu eenmaal in het beleid. Ik ben dus blij met de woorden van de Minister dat er in ieder geval duidelijkheid moet komen. Ik zal een paar situaties geanonimiseerd doorsturen aan de Minister die volgens mij zeer illustratief zijn.

Minister **Van Ark**:

Dank daarvoor, zeg ik in de richting van zowel mevrouw Van den Berg als de heer Hijink. U weet hoe ik erin zit: het systeem moet werken voor mensen, niet andersom. Er gaan altijd dingen fout. Als je ziet hoeveel mensen in Nederland geneesmiddelen nodig hebben, zullen er altijd dingen fout gaan. Het is onze plicht om te kijken of dat is omdat er iets niet goed is gegaan, wat verschrikkelijk is of verschrikkelijk kan zijn, maar wat kan gebeuren, of omdat er dingen niet kloppen. Daarom vind ik het van belang dat we dit onderzoek hebben en dat we daarnaast ook het bestuurlijk overleg hebben. Maar zeer graag, want uiteindelijk moet het werken voor de patiënt.

Voorzitter. Mevrouw Van den Berg vroeg naar het aanhouden van de voorraad. Is dat een inspanningsverplichting of een resultaatsverplichting? En geldt het voor de hele markt of voor het eigen marktaandeel? De nationale verplichting om voldoende voorraad aan te houden is gebaseerd op Europese regelgeving. Onze inspectie houdt daar toezicht op. Die Europese richtlijn gaat niet in op de vraag of het een inspanningsverplichting is of een resultaatsverplichting. In sommige gevallen leiden bijvoorbeeld onvoorziene omstandigheden ertoe dat er een leveringsonderbreking ontstaat. Het blijft dus steeds de context waarbinnen we inspanning en resultaat beide moeten beoordelen als er een tekortsituatie ontstaat.

Met de nieuw op te stellen beleidsregel ijzeren voorraad maken we een concretiseringsslag in wat we verstaan onder «voldoende voorraad». Ik verwacht en hoop dat daarmee een deel van de onduidelijkheid wordt weggenomen. Daarnaast bekijk ik of een herformulering van het wetsar-

tikel nodig is. Ik zeg daar echter wel bij dat we hier begrensd worden door een Europese richtlijn.

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Ik heb er toch wat zorgen over. Deze vraag stelde ik in combinatie met het feit dat heel veel aanbieders van generieke medicijnen soms nog maar een omzet hebben van € 25.000, omdat er een enorme prijsdruk is. Voor € 25.000 heb je heel veel pakjes geneesmiddelen die over de toonbank gaan. Maar wat als ik als de aanbieder niet weet of het een inspanningsverplichting is of een resultaatsverplichting? Wat als ik ook niet weet of ik dat alleen voor mijn eigen marktaandeel moet doen? Als ik ieder jaar 20.000 doosjes verkoop, moet ik dan zorgen dat ik altijd die 20.000 doosjes kan verkopen? Of is het dan zo dat als de hele markt opeens 100.000 doosjes verkoopt, ik plotseling moet zorgen dat ik 100.000 doosjes kan geven? Dan zeg ik: sorry, maar met een omzet van € 25.000 ga ik dat risico niet meer nemen. Dus ik denk dat duidelijkheid hieromtrent toch essentieel is om een goed aanbod van geneesmiddelen te houden.

**Minister Van Ark:**

Dank voor de sprekende illustratie. Ik zeg toe om bij de brief over de ijzeren voorraad die ik in oktober wil sturen, precies dit punt mee te pakken. Ik denk dat dat goed is, want ik snap wat mevrouw Van den Berg zegt. Zoals ik zojuist al aangaf, hebben we nu altijd een context nodig om te kijken of het inspanning of resultaat is. Ik zal in die brief ingaan op de nieuwe beleidsregel. Laten we dit punt daar dan ook bij betrekken. Voorzitter. Dan de laatste vraag van mevrouw Van den Berg, die daarmee op het mooie aantal van zeven kwam. Het is een vraag waar ook mevrouw Tellegen aan refereerde, over het hergebruik van dure geneesmiddelen. In oktober 2020 is de Kamer geïnformeerd over een aantal best practices. Dat hebben we toen ook in het debat aan de orde gehad. Juist de heruitgifte van dure geneesmiddelen is een van de initiatieven. Op dit moment loopt de pilot in het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, waar mevrouw Tellegen naar verwees, maar ook de pilots in het Radboudumc en het Amsterdam UMC lopen nu. Ik stel voor dat als deze pilots afgerond zijn en we concrete resultaten hebben, ik daar de Kamer over informeer. Dat zal ongeveer aan het begin van het nieuwe jaar zijn. Als er echt iets superinteressants uitkomt, mag u erop rekenen dat ik dat eerder aan u zal doen toekomen.

Voorzitter. Ik kom bij de vragen van mevrouw Den Haan. Zij vroeg naar de medicatiebeoordelingen en gaf aan dat vanwege de corona-uitbraak er het afgelopen jaar natuurlijk minder medicatiebeoordelingen zijn uitgevoerd. Ik onderschrijf dit. Het had alles te maken met de drukte bij de huisartsen en de apotheken maar zeker ook met een bepaalde terughoudendheid bij patiënten. Dit wil niet zeggen dat we geen zicht hebben op het geneesmiddelengebruik bij de doelgroep, want medicatiebewaking wordt continu uitgevoerd, zowel bij het voorschrijven als bij het verstrekken van de medicatie. Ik heb de verwachting dat de beoordelingen nu weer zullen aantrekken. Het zijn cijfers die we goed in de gaten houden. Ook is de module Minderen en stoppen van medicatie inmiddels weer beschikbaar voor artsen en apothekers.

Dan vroeg mevrouw Den Haan naar de cel- en genterapie. Ik denk dat de steun die de overheid geeft aan het geneesmiddelenonderzoek in brede zin heel erg van belang is. We doen dit gedreven voor medische noodzaak. De vraag of er een technische oplossing is, is niet leidend. Er wordt wel degelijk ook geïnvesteerd in gen- en celtherapie. Ik refereer bijvoorbeeld aan de subsidie van 30 miljoen die verstrekt wordt voor de academische ontwikkeling van CAR T-therapie voor oncologie. Aan verschillende van deze cel- en genterapieën gaan overigens wel vaak prijsonderhandelingen vooraf. Ik heb een stand-van-zakenbrief van het Zorginstituut naar de Kamer gestuurd over de toekomst van het pakket-

beheer. Daarin vindt u een overzicht. Het Zorginstituut is bezig met een actualisatie van de beoordelingssystematiek, om beter in te kunnen spelen op deze innovaties.

Dan toch over het W.A.I.T.-onderzoek. Dit onderwerp kwam een aantal keer aan bod, zeker ook bij mevrouw Den Haan. Ik zou een kleine nuance willen aanbrengen. Ik moet overigens zeggen dat ik toen ik de berichten las, er ook meteen op aansloeg. Maar ik wil ook graag aangeven dat Nederland nog steeds in de top vijf staat van landen waarin geneesmiddelen het snelste worden geïntroduceerd. Dus als geneesmiddelen worden geregistreerd en in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen, komen ze gemiddeld genomen snel bij de patiënten. Duitsland scoort heel hoog; dat is een terechte constatering van de Kamer, maar daar betalen ze in het eerste jaar de lijstprijs voor de geneesmiddelen. Het percentage middelen van alle nieuwe door de EMA aangeboden geregistreerde middelen dat in Nederland wordt aangeboden, is hoog. Wij staan in de top acht. Ik zou liever hoger staan, maar het is niet een plek om je heel erg voor te schamen.

Dan even over de specifieke groep van de kankergeneesmiddelen. Als je naar de cijfers kijkt, lijkt het alsof er minder van bij de patiënt terechtkomen. Maar die verschillen zijn zo klein dat het verschil met andere landen vaak slechts een of twee geneesmiddelen betreft. In Nederland waren 31 van de 41 nieuwe middelen tegen kanker beschikbaar en in Frankrijk, Italië en Zwitserland waren dat er 33. Dat is dus een verschil van twee. Dat kunnen nog steeds twee cruciale medicijnen zijn, maar het is geen verschil van tientallen. Natuurlijk willen dit heel graag versnellen. Ook hier kijken we naar bijvoorbeeld parallelle beoordelingen, zodat je al in de markttoelatingsfase kunt beginnen met de beoordeling. Dat is iets wat ook de fabrikanten positief vinden en waarover we spreken met het Zorginstituut.

Dan over de lijst met essentiële geneesmiddelen. Ik refereer aan het traject dat in Europa loopt, waarbij we kijken of we gezamenlijke criteria kunnen opstellen voor een Europese lijst met kritische geneesmiddelen. Ik ben in ieder geval heel erg blij dat dit traject is opgestart. We zijn er als Nederland ook nauw bij betrokken. Ik verwacht rond de zomer de eerste uitkomsten van dit traject. Zojuist gaf ik al aan in de richting van mevrouw Van den Berg dat in oktober de volgende voortgangsbrief komt over de ijzeren voorraad. Daarin zal ik de Kamer graag een update geven.

Mevrouw Den Haan vroeg ook nog of we een impactanalyse kunnen maken over de relatie tussen verschillende beleidsinstrumenten, het effect op beschikbaarheid en tekorten. Ik refereer aan het antwoord dat ik gaf aan mevrouw Van den Berg over het onderzoek naar de onderkant van de geneesmiddelenmarkt, dat in oktober komt.

Dan de laatste vraag van mevrouw Den Haan, mede namens mevrouw Van der Plas, over leefstijl en preventie. Dat zijn twee zaken die zeer kunnen helpen als mensen moeten herstellen of om te voorkomen dat ze ziek worden. Ik wijs graag op de leefstijlcampagne die de Staatssecretaris heeft opgestart. Binnenkort bericht Staatssecretaris Blokhuis de Kamer over de voortgang van het Nationaal Preventieakkoord, maar ook over het programma Preventie in het Zorgstelsel. Ik denk dat dit een van de belangrijkste thema's is, ook kijkend naar de toekomst, waar we echt een antwoord op moeten vinden. In ieder geval vergoeden de zorgverzekeraars steeds meer preventieve interventies, onder andere in het basispakket, bijvoorbeeld de gecombineerde leefstijlinterventie. Ik zal uw verzoek graag meenemen in de gesprekken met de zorgverzekeraars.

**De voorzitter:**

Een droge keel met dit weer is volkomen normaal; neemt u even een slokje water. We zijn er niet meer zo aan gewend om af en toe even een droge keel of een kuchje te hebben zonder te denken dat iemand denkt dat jij misschien ... Het is een vreemd jaar geweest, wat dat betreft.



**Minister Van Ark:**

Dank voor de gelegenheid, voorzitter. Ik kom bij de vragen van de heer Hijink. Ik heb zojuist naar aanleiding van een vraag van mevrouw Van den Berg in een interruptiedebat al het nodige met hem besproken over medische noodzaak. Daar komen we dus later op terug.

Dan over het opvoeren van de productie van coronavaccins. Ik denk dat het van belang is om aan te geven dat we dat nationaal doen maar ook in Europees verband. Misschien doen we dat niet helemaal op de manier die de heer Hijink zou wensen, maar ik zal aangeven hoe we dat doen. In eerste instantie speelt natuurlijk de farmaceutische industrie er zelf een belangrijke rol in. Ik noem het voorbeeld van Moderna, dat heeft aangegeven om vaccins te gaan produceren in Geleen. Of het voorbeeld van het Amerikaanse farmaconcern dat in Leiden een nieuwe fabriek gaat bouwen. Er vinden dus heel veel ontwikkelingen plaats. We hebben ook vanuit de Nederlandse overheid een agentschap om dit soort investeringen plaats te laten vinden in Nederland.

Oh, ik zie nu dat ik de vragen van mevrouw Ellemeet heb overgeslagen. Zie je wel, dat is de warmte.

**De voorzitter:**

U zat er heel vriendelijk en charming bij te lachen.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Ik dacht: laat maar, dat komt straks wel.

**De voorzitter:**

Gaat u maar verder met de heer Hijink.

**Minister Van Ark:**

Het was wel een groen papiertje!

In Europa werken we samen middels het Hera Incubator-initiatief, voor de productie van vaccins binnen Europa. Kijkend naar de pandemic preparedness is het echt van belang dat het topteam Life sciences & health dit betreft bij de plannen die het maakt. Daarnaast is er vanuit de Europese Commissie een flexibel productiecapaciteitsnetwerk. Dat is wat nu loopt. Dan snijdt de heer Hijink het vraagstuk van de patenten aan. Bij de plenaire coronadebatten is daar al vaak het nodige over gezegd. Ik wil hier wel aangeven dat het vrijgeven van het patent sec nog niet per definitie betekent dat er meer vaccins komen. Ik heb dit vorig jaar ook al in het debat aangegeven, in reactie op de vragen van Partij van de Arbeid en ik meen ook GroenLinks of ik zou kunnen afdwingen om het paardenmiddel van de dwanglicentie van stal te halen. Wat we natuurlijk willen – volgens mij vinden we elkaar daarin – is zo veel mogelijk vaccins produceren en verdelen over de wereld. Je moet alleen geen maatregelen willen nemen die ook contraproductief kunnen zijn. Als je dit soort maatregelen in het vooruitzicht stelt, terwijl je aan de andere kant ook graag de ontwikkeling wil stimuleren, zou je weleens kunnen uitkomen op het tegenovergestelde van wat je wil bereiken.

Wat ik wel graag stimuleer en waaraan we als Nederland en zeker ook als Europa onze bijdrage leveren, is het allergrootste belang dat de internationale gemeenschap zich gemeenschappelijk inspannt om bestaande knelpunten voor de productie van vaccins aan te pakken. Denk aan het gebrek aan grondstoffen of aan mensen die gekwalificeerd zijn om dingen te maken. Het gaat dus echt over matchmaking tussen bedrijven met capaciteit en bedrijven met kennis van vaccinproductie. Kijk bijvoorbeeld wat het COVAX-programma van de WHO beoogt. Wat mij betreft zou dat de route zijn, maar ik heb zo'n vermoeden dat de heer Hijink daar anders over denkt.

**De heer Hijink (SP):**

Daar denk ik zeker anders over, want de vraag is uiteindelijk: wie neemt nu de leiding en de verantwoordelijkheid voor het zo snel mogelijk vaccineren van niet alleen de Nederlandse bevolking maar ook de rest van de wereldbevolking? Zoals ik het van de Minister nu hoor, leggen wij die macht en die verantwoordelijkheid dus volledig in handen van de farmaceutische industrie. Zij bepalen het tempo. Zij zitten op de kennis, de middelen en de productiemiddelen. En zij bepalen dus uiteindelijk ook hoeveel vaccins er gemaakt worden en hoe ze verspreid kunnen worden. We kunnen een donatie doen – supersympathiek: een donatie aan landen die zelf nog geen vaccins hebben – maar dat schiet natuurlijk niet op. Je wil dat de gehele wereldbevolking zo snel mogelijk die prik kan krijgen. Dat is ook in ons eigen belang. Dat is misschien heel egoïstisch gedacht, maar het is ook in ons eigen belang dat de wereld zo snel mogelijk gevaccineerd wordt als je nieuwe varianten wil tegenhouden. Maar het is zeker ook van belang om die landen zelf te ondersteunen om uit deze crisis te komen. En dan begrijp ik dus niet dat de Minister en ook andere Ministers in de Europese Unie zich zo ontzettend afhankelijk maken van die farmaceutische bedrijven en niet zelf de touwtjes in handen nemen.

**Minister Van Ark:**

Laat ik beginnen – ik hoop daar ook mee te eindigen – met wat we allemaal willen. De heer Hijink zegt terecht dat we zo snel mogelijk iedereen gevaccineerd willen hebben. En of dat nou uit eigenbelang is of uit naastenliefde, het moet gebeuren. Ik vind de tweede reden mooier, maar het moet gebeuren. Octrooirecht is Europees recht, dus het is niet iets wat we als Nederland in ons eentje kunnen doen. Europa speelt een hele belangrijke rol als het gaat om de inspanningen van de Wereldgezondheidsorganisatie om de wereld te vaccineren. Ik zou dat een te prefereren route vinden, temeer omdat alleen maar het vrijgeven van het patent niet betekent dat je zomaar in allerlei landen een fabriek kunt bouwen en gekwalificeerde mensen kunt hebben om vervolgens een vaccin te maken. Daar is echt wel meer voor nodig. Het klinkt misschien minder sympathiek, maar als een organisatie die veel onderzoek doet, weet dat zij in the end het patent moet vrijgeven, is het mogelijk dat zij minder onderzoek gaat doen. En dan zijn we er op de langere termijn slechter mee af. Dat is mijn waarschuwing. Maar ik kom weer terug bij wat we wel willen, en dat is zo snel mogelijk iedereen vaccineren.

**De heer Hijink (SP):**

Het gros van de nieuwe geneesmiddelen, ook het gros van de vaccins die zijn ontwikkeld, vinden hun basis in publieke instituten. De mRNA-vaccins en de andere vaccins – de techniek daaronder – zijn in beginsel allemaal ontwikkeld in publieke instituten en in universiteiten. Ik vind het schandalig om te zien dat op dit moment miljarden opgestreken worden door farmaceutische bedrijven die enorme winsten maken, tot 20% – het is een van de meest lucratieve soorten van handel die je op aarde kunt verzinnen – en dat het ons tegelijkertijd niet lukt om het tempo op te schroeven, zodat zo snel mogelijk, dit jaar nog, de gehele wereldbevolking gevaccineerd kan worden. En dat heeft er alles mee te maken dat de industrie op dit moment de touwtjes in handen heeft. Als bedrijven zeggen dat ze niet sneller kunnen, dan zegt de Europese Unie, dan zegt deze Minister: nou ja, prima; dan wachten we wel en dan vragen we nog een keer vriendelijk of het wat sneller kan. Maar het gebeurt niet, omdat zij er natuurlijk ook helemaal geen belang bij hebben om dit nog heel veel sneller te doen. En het is cynisch geredeneerd, maar hoe meer varianten er komen, hoe meer vaccins zij weer kunnen produceren. Dus er is alle belang bij – een publiek belang – om bedrijven op te dragen om veel meer vaccins te gaan ontwikkelen. En natuurlijk gaat het niet alleen om een patent. Dat heb ik ook nooit gezegd. Het gaat ook de productiemiddelen, het gaat ook om de kennis, de kunde en de mensen. Maar het helpt wel degelijk als je dat

vrijgeeft, zodat overal ter wereld waar het kan, ook daadwerkelijk de productie zal worden opgeschroefd. Ik hoop dat de Minister zich daar hard voor wil gaan maken en dat we niet, net als anderen in de Europese Unie, zeggen: we trekken onze handen ervan af en we wachten wel af tot de bedrijven het zelf gaan doen.

**Minister Van Ark:**

Met alle respect, want ik weet hoe belangrijk het onderwerp voor ieder van ons is, maar zo zwart-wit is het niet. Dat is het helaas niet, want dan zou het makkelijk zijn. Dan zou je gewoon kunnen zeggen «geef je patent», en de volgende dag hebben we meer vaccins. Maar er is meer voor nodig om vaccins te produceren dan alleen een patent. Dat is één. Het tweede is dat we wel degelijk dingen kunnen doen en dat we dus ook constateren dat de productie van vaccins wel degelijk plaatsvindt. Ik noemde een aantal voorbeelden van bedrijven die zich hier vestigen om productie te gaan verzorgen.

En soms is er meer nodig. Wij hebben in het vorige debat met elkaar de route afgelopen van bedrijven die inderdaad onwillig zijn. En dan kun je ze inderdaad wel degelijk ook aansporen. Ik ben het eens met de heer Hijink – ik heb dat in een ander verband ook al gezegd – dat als je in een crisis echt absurde winsten maakt, je dan wel even naar jezelf in de spiegel moet kijken. Ik ben dat helemaal eens met de heer Hijink. Maar om dan het hele mechanisme, alle spelregels die we hebben, juist ook om ervoor te zorgen dat er innovatie is, dat er onderzoek is en dat die vaccins er komen, helemaal overboord te gooien, vind ik gewoon te ver gaan. Ik denk dat we moeten kijken waar het misgaat. De heer Hijink noemt een aantal sprekende voorbeelden. Maar we moeten ook voorkomen dat we eindigen met het tegenovergestelde van wat we hadden willen bereiken.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Ik wil hier nog even op doorgaan. Kijk, volgens mij zegt niemand hier dat het simpel is of dat het probleem is opgelost als je op een knop drukt. Als je een dwanglicentie oplegt, ben je er inderdaad nog niet, want je hebt productiecapaciteit en voldoende kwaliteit nodig. Maar we weten ook dat er landen zijn, zoals Israël, Bangladesh en Canada, die hebben aangegeven dat zij meer ruimte hebben om meer vaccins te produceren. We weten ook dat we nu een schrijnend tekort aan vaccins hebben voor een heel groot deel van de wereld, en dat het inderdaad een probleem is voor die landen, maar uiteindelijk ook voor ons. En we weten ook dat het opleggen van die dwanglicenties niet betekent dat de farmaceutische industrie er verlies op maakt. Sterker nog: je krijgt nog steeds een redelijke vergoeding voor je eigen productie. Wat voor die farmaceutische industrie uiteindelijk het allerbelangrijkste is, is dat ze afnamegarantie hebben, zou je kunnen zeggen. Nou, als we een ding zeker weten, is het dat het wel goed zit met die afnamegarantie. En hetzelfde geldt voor de garantie van een redelijke vergoeding. Dus het vraagt best wat politieke moed. Uiteindelijk is het aan lidstaten om die dwanglicenties op te leggen. Het octrooirecht is Europees recht, maar dit is aan de lidstaten. Er zal dus iets moeten gebeuren om deze voor heel veel landen schrijnende situatie te verbeteren. Dat is echt een bevoegdheid van deze Minister. Ik wil het op geen enkele manier simplificeren, maar ik ben er echt van overtuigd dat dit kan bijdragen aan het oplossen van dit probleem.

**Minister Van Ark:**

Ik grijp even terug op het vorige debat dat we hierover hebben gehad. Er zijn best wel een aantal stappen te zetten, waarvan we er zeker een aantal zetten. Als je daarover in overleg gaat met bedrijven, blijkt dat gedrag wordt bijgesteld. Het is echt wel een ultiem redmiddel, waarvoor overigens al mogelijkheden zijn. Die liggen dan bij de Minister van EZK. Ik ken natuurlijk het initiatief vanuit mevrouw Ellemeet en uit mijn hoofd de

Partij van de Arbeid om te zeggen: hevel die bevoegdheid over naar VWS. Maar ja, als het nodig is – het kabinet spreekt met één mond – dan haal ik de collega van EZK er wel bij. Maar ik denk echt dat de route anders moet zijn, wat niet wegneemt dat er gewoon dingen niet goed gaan in deze crisis, bijvoorbeeld als het gaat om winsten die worden gemaakt. Maar ik sta een andere route voor, dus ik vrees dat dat toch het antwoord is wat ik geef.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Het is inderdaad best een extreem instrument – het is niet iets is waar je snel een beroep op doet – maar de situatie is extreem. We zien dat we nu te weinig vaccins produceren om te voorzien in de vraag die er is. Ik wil niet eens zeggen dat we dat hele probleem oplossen, want de vraag is of je voldoende productiecapaciteit hebt als landen als Canada, Bangladesh en Israël dat aanbieden. Maar ik vind dat we meer moeten doen dan we nu doen. Op geen enkele manier dwarsbomen we de farmaceutische industrie, ze zullen nog steeds een redelijke vergoeding krijgen, en ik zie werkelijk niet in waarom we, gezien de extreme omstandigheden, dit niet nu zullen inzetten.

Minister **Van Ark**:

Ik probeer eigenlijk altijd iets te bedenken waardoor we dicht bij elkaar kunnen komen, maar onze twee standpunten liggen best wel uit elkaar. Het lukt me dus gewoon niet om ze dicht bij elkaar te brengen, moet ik eerlijk zeggen. Want uiteindelijk is het toch een bedrijf dat dingen moet produceren, niet een land. Een poging: ik ben het wel met mevrouw Ellemeet eens dat, als je een stok achter de deur hebt ... In de ministerraad kun je ook stemmen, maar dat doe je alleen nooit, want je weet: op het moment dat je gaat stemmen, is er iets niet oké. Je kunt werken met dwanglicenties. Weliswaar via EZK, maar het kan. Dat betekent dat je gewoon een titel hebt om die gesprekken te voeren. Maar dat vind ik veel meer de route, omdat die in het verleden effectief is gebleken.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister **Van Ark**:

Voorzitter. Ik ga nu een poging doen om de heer Hijink toch even tevreden te krijgen. Want ik heb nu een aantal debatten gehad waarin gevraagd wordt naar de toekomst van Intravacc, waarbij ik steeds heb gezegd: ja, Intravacc is overgegaan naar een tijdelijke beleidsdeelneming, wat eigenlijk gewoon te maken had met dat het de organisatie qua aard niet past om onderdeel te zijn van een departement. Zij kunnen makkelijker samenwerken met overige organisaties. Maar ik heb nadrukkelijk en persoonlijk, zeg ik ook tegen de heer Hijink, in alle correspondentie ervoor gezorgd dat er geen voorschot wordt genomen op welke aard van organisatie het in de toekomst wordt. Ik wil dat hier graag nog eens herhalen: er wordt niet voorgesorteerd op een bv, er wordt niet voorgesorteerd op iets anders, het is echt zo – dat heb ik nadrukkelijk in alle Kamerbrieven, waar ik natuurlijk altijd al met een stofkam doorheen ga, hierop bekeken – dat een besluit over een eventuele verkoop van Intravacc aan een volgend kabinet is. Ik heb de Kamer heel goed gehoord over het belang van publieke borging, een onderwerp dat vaak terugkomt. Er is op dit moment geen agenda om een bepaalde richting op te kijken. Dat geef ik graag nadrukkelijk aan.

Dan vroeg de heer Hijink naar de motie van mevrouw Marijnissen en de heer Heerma, over het naar Nederland halen van de productie van vaccins. Terecht zegt hij dat we daar meer grip op moeten krijgen. Ik verwacht in het derde kwartaal een beleidsagenda leveringszekerheid naar de Kamer te sturen. We hebben dan gesproken met veldpartijen in

Nederland. Ik neem dat daarin graag mee. We hebben dan ook de gelegenheid om het verslag van de onlinerondefafels leveringszekerheid van begin maart – dat is overigens op 7 mei naar de Kamer gestuurd – evenals de lessen die daaruit getrokken kunnen worden, daarin mee te nemen. Ook EU-trajecten worden in de beleidsagenda meegenomen. Er loopt bijvoorbeeld een onderzoek van de Europese Commissie naar de grondoorzaken van geneesmiddelentekorten. De resultaten van dat onderzoek komen ook dit najaar. Vervolgens verwacht ik dat de Europese Commissie met beleidsopties komt. Die gaan we uiteraard goed bekijken. Voorzitter. Mevrouw Ellemeet ...

**De voorzitter:**

Excuus, ik zie dat mevrouw Van den Berg haar vinger opsteekt.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ja, want dit triggert mij om nog een vraag te stellen aan de Minister, omdat we daar een update over krijgen. Meneer Hijink heeft zeer terecht al vragen gesteld over Intravacc. Daar krijgen we dus in oktober, of in ieder geval in het najaar, een update van. Neemt de Minister dan alle vitale onderdelen daarin mee? Ik kijk ten eerste naar Intravacc, ten tweede naar Sanquin Plasma Products, waar we vorig jaar veel discussie over hebben gehad – wat is daar de stand van zaken? – en ten derde naar de medische isotopen. Want dat zijn alle drie zeer essentiële onderdelen. Als we het hebben over een vitale infrastructuur voor de zorg, dan denk ik dat deze daar qua geneesmiddelen alle drie bij horen voor Europa.

**Minister Van Ark:**

Ik zit even te puzzelen, want volgens mij heb ik geen brief toegezegd over Intravacc. Ik heb juist geprobeerd heel duidelijk te maken dat er geen voorschot wordt genomen op de toekomstige aard van de organisatie. In antwoord op de vraag van de heer Hijink over de uitvoering van de motie-Marijnissen/Heerma komt er een beleidsagenda leveringszekerheid. Als mevrouw Van den Berg daar prijs op stelt, kan ik voor deze organisaties best een update geven van waar we dan staan, maar ook hiervoor geldt: het zijn allemaal dossiers waar ik zeer mee bezig ben en waarbij de publieke borging een heel belangrijk punt is.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

**Minister Van Ark:**

Ik kom bij de vragen van mevrouw Ellemeet. Zij vroeg ook naar de GVS-modernisering, met name naar de huisartsen, de apothekers en de patiënten die aan de bel hadden getrokken. Ik herken hun zorgen. Ik moet overigens zeggen dat het ontbreken van draagvlak ook wel een hele belangrijke reden was om het op te schorten, want je kunt eigenlijk niet zoiets groots gaan doen als je weet dat degenen die het moeten uitvoeren er zo ontzettend op tegen zijn. Het is echt een verandering met grote impact, dus draagvlak is echt van belang. Ik denk dus dat het heel goed is dat zij hun zorgen hebben ingebracht. Er zal wel wat moeten gebeuren, in het nieuwe kabinet dan weliswaar, omdat we nu hebben gezegd: dit is demissionair niet meer te doen. We gaan wel die berekening met een maximering in voorbereiding nemen, zodat je daar al wel met partijen over kan spreken, maar er moet wel wat gebeuren. Daar is draagvlak voor nodig. Het is helaas niet gelukt om dat met de GVS-modernisering voor elkaar te krijgen.

Dan de vragen van mevrouw Ellemeet over antibiotica. Daar was ik heel blij mee. Ik moet u zeggen: dat onderwerp heeft mij ook wel in z'n greep. Het is misschien een beetje een stil onderwerp op de achtergrond, al werden we inderdaad wel even opgeschud door het artikel, maar ik kan u

zeggen dat ik zeer begaan ben met dit onderwerp. Internationaal proberen we het echt de goede kant op te duwen. Ik zit ook zelf in een netwerk om problemen aan te kaarten en te kijken waar je met overheden kunt samenwerken om het gebruik van antibiotica terug te dringen. Nederland wordt, net als bijvoorbeeld Zweden, over het algemeen gezien als een goed voorbeeldland, maar in andere landen is het natuurlijk best lastig om dit goed door te voeren, vanwege heel andere problemen die daar soms een rol spelen. Wij zijn er als VWS heel actief in. Het probleem dat ontstaat – mevrouw Ellemeet duidde daar ook op – is dat de ontwikkeling superkostbaar is en dat de markt heel erg klein is. We willen het gebruik van antibiotica terugdringen. Dan krijg je een steeds grotere afhankelijkheid van juist deze kleinere bedrijven als het gaat om innovatie. Ik vind het goed om te zien dat het VK en Zweden experimenteren met nieuwe manieren, bijvoorbeeld via een afnamegarantie, om te kijken of je de innovatie op gang kunt houden. Volgens mij kun je dit ook alleen maar doen als je samenwerkt, het liefst natuurlijk in EU-verband in dit geval. Ik denk dat hier ook de gecoördineerde farmaceutische strategie van de Europese Commissie genoemd moet worden, waar ook een aantal acties in zitten, evenals een Europese pilot om dit soort nieuwe verdienmodellen te bekijken. We volgen dit dus met heel veel interesse, ook om te kijken wat wij er eventueel van kunnen overnemen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Het is goed om te horen dat de Minister het op de radar heeft. Wat het zo ingewikkeld maakt, is dat het niet een heel makkelijk verdienmodel is voor farmaceuten. Als overheid investeren we vaak in het voortraject en op een gegeven moment neemt de farmaceutische industrie het over, om het even simpel te zeggen. Het probleem hier is dat dat niet gebeurt. Daarom blijft de markt zo klein en zijn kleine bedrijfjes die dit opstarten, uiteindelijk afhankelijk van landen als China. Volgens mij willen we dat allemaal niet. We willen meer controle en grip daarop hebben. Zo begrijp ik ook het abonnementsmodel van Engeland en Zweden. Zij zeggen: wij blijven betrokken bij de ontwikkeling, dus we haken niet op een gegeven moment af in de verwachting dat de farmaceutische industrie het helemaal van ons overneemt. Dit is één vorm van innovatieve financiering vanuit de overheid, maar misschien zijn er nog wel andere. Denkt de Minister daar ook aan als het gaat om de inzet vanuit Nederland? Willen wij ook op die manier betrokken zijn bij de ontwikkeling van antibiotica?

Minister **Van Ark**:

Op dit moment volgen we het. Wij hebben natuurlijk een ander systeem. Wij kopen als land niet zelf in. Het Verenigd Koninkrijk doet dat bijvoorbeeld wel. Maar het is wel iets wat we volgen, want wij hebben ook last van de onderliggende problematiek. Daarom kijken we wat er gebeurt. We kijken welke dingen we in Europa kunnen volgen en waarop we mogelijk kunnen samenwerken. Dit is iets wat we met heel veel interesse volgen, vanwege de onderliggende problematiek. Met het abonnementstarief heb je in ieder geval een gegarandeerde afname, waarmee je de innovatie op gang kan houden.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik kan me voorstellen dat als wij een ander systeem hebben dan Engeland, we het niet een-op-een kunnen kopiëren, maar ik denk dat het wel heel interessant is om heel actief te kijken in Europa of er nog andere initiatieven zijn. Misschien zijn er wel te weinig van zulk soort initiatieven en moeten we meer doen vanuit de Europese Unie. Ik zou de Minister heel erg willen aanmoedigen om hier echt een prioriteit van te maken, want het is geen hysterie om dit zo op de agenda te zetten. Het zou weleens een heel grote bedreiging kunnen zijn en dat willen we voor zijn. Volgens mij zou het goed zijn als wij het voortouw nemen als het gaat om nieuwe

vormen van het financieren van geneesmiddelen. Volgens mij heeft Nederland ook een beetje die reputatie in Europa.

**Minister Van Ark:**

Zeker. Dat kan ik ook echt aangeven in de richting van mevrouw Ellemeet. Antibiotica en resistentievraagstukken zijn een grote prioriteit in Europa. Nederland speelt daar ook echt een actieve rol in. Dat geldt overigens ook voor landen als het Verenigd Koninkrijk en Zweden. We proberen samen met de Wereldgezondheidsorganisatie en de Verenigde Naties te kijken naar landen elders in de wereld, waar nog allerlei vraagstukken zijn op het gebied van landbouw en antibioticagebruik. Ik heb zo vaak de Engelse term gebruikt dat ik die nu wilde gaan zeggen, maar dat doe ik maar niet. De antibioticaresistentie werkt dan natuurlijk door. Heel veel onderwerpen hebben hiermee te maken en die hebben echt topprioriteit voor Nederland en Europa. Ik probeer daar zelf ook het nodige aan te doen. Dus ja, we volgen dit met heel veel interesse.

Voorzitter. Ik kom bij de vraag van mevrouw Ellemeet over maatschappelijk verantwoord licentiëren. Zij stelt de vraag die vandaag al meer aan bod is geweest, namelijk: hoe weet je dat je niet iets publiek gaat optuigen wat vervolgens privaat, en ook nog buitenproportioneel, wordt gebruikt? Ik heb recent samen met de Staatssecretaris van Economische Zaken de Kamer geïnformeerd dat we gaan starten met het FAST-initiatief. Ook hierbij kijk ik naar een volgend kabinet voor de beschikbaarheidstelling van publieke middelen. Dan kun je academische geneesmiddelenontwikkeling op gaan pakken en vanuit een sterkere positie als kennisinstelling patenten licentiëren aan het bedrijfsleven. Ik denk dat de toolkit voor maatschappelijk verantwoord licentiëren een goed startpunt is om verder te bouwen en om te kijken hoe we garanties kunnen stellen. Dat is iets wat je bij FAST verder kunt ontwikkelen. Dat heb ik volgens mij ook aangegeven in het vorige debat. We moeten steeds kijken of de toolkit scherper moet. Dat was ook de oproep van mevrouw Ellemeet en meneer Raemakers. Dit is zo'n moment waarop je kan zeggen: als FAST gaat werken, kunnen we dan ook de toolkit verder aanscherpen?

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

In de motie die ik samen met de heer Raemakers had ingediend, hadden we aan de Minister gevraagd om regie te nemen in het gesprek met de NFU. Kan ze daar misschien nog iets over zeggen, bijvoorbeeld over hoe het daarmee staat?

**Minister Van Ark:**

Ik moet even op mijn geheugen koersen, dus even uit mijn hoofd: dat gesprek is gevoerd en daar is ook iets over aangegeven in de stand-van-zakenbrief. Maar ik moet u eerlijk bekennen dat ik door alle vragen niet helemaal scherp heb wat ik hier precies over heb gezegd. Ik kan daar in de tweede termijn nog even op terugkomen.

Voorzitter. Ik kom bij mevrouw Paulusma. Ook zij vroeg naar het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Ik heb daar ook al antwoord op gegeven aan andere fracties. Het is van belang om te vermelden dat er, naast een herberekening, een alternatief vangnet voor patiënten wordt voorbereid. Maar dat is echt aan een nieuw kabinet.

Ook mevrouw Paulusma refereerde aan de inbreng van de huisartsen. Zij zei dat er binnen de beroepsrichtlijnen eigenlijk al rekening wordt gehouden met de kosten en de gelijkwaardigheid van geneesmiddelen. Ik denk dat mevrouw Ellemeet daar ook op doelde. Dat is aan een nieuw kabinet, gezien de context, zoals ik al aangaf. Doelmatig voorschrijven is natuurlijk van groot belang. Ook artsen houden er rekening mee welke therapeutische groep ze wanneer inzetten. Ze starten bijvoorbeeld bij hoge bloeddruk met het ene type en pas als dat niet werkt, starten ze met het volgende. Ik denk dat mevrouw Paulusma dat beter weet vanuit haar

professie en achtergrond dan ik. Ik vind het dus heel positief dat dat richtlijnen zijn die gaan over doelmatigheid en passende zorg. Maar je ziet ook, juist binnen de therapeutische groepen, prijsverschillen tussen de producten. Dat is iets waar mevrouw Paulusma ook op doelde. Artsen kunnen daar binnen hun richtlijn weinig aan doen, maar daar kan je nou juist op sturen met het geneesmiddelenvergoedingssysteem, waarbij we herberekenen op targets om de prijzen van deze relatief dure geneesmiddelen te matigen. De beroepsrichtlijnen en het GVS vullen elkaar daarin aan, zou ik willen zeggen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank voor deze reactie. Ik dacht dat u in uw beantwoording het jaar zou gaan noemen waarin de herijking voor het laatst had plaatsgevonden. Dat was namelijk in 1994. Het zou dus goed zijn als we hier vaart mee maken.

Minister **Van Ark**:

Eens. Ik ben altijd zo bang om de Kamer verkeerd te informeren. Dus als ik twijfel over een jaartal, noem ik het liever niet. Maar het was 1994, zeg ik in de richting van mevrouw Paulusma. Dat was ook precies waarom de urgentie enorm werd gevoeld. Maar zoals ik ook al zei in antwoord op mevrouw Ellemet: dit kan je niet doen zonder draagvlak. Het was echt massief. Dat is terecht hoor, want de bureaucratie die hiermee naar verwachting gepaard zou gaan, was echt heel groot. We zullen dus echt nog onze creativiteit aan moeten boren.

Mevrouw Paulusma vroeg naar pay for performance. Dat kan al binnen de huidige financiële arrangementen, maar het is wel lastig om het erover eens te worden wat de uitkomst moet zijn waar je op stuurt. Daarmee is het wel gewoon heel interessant, maar complex in de uitwerking. Terecht wijst zij op de duur van een behandeling, die ook van belang kan zijn bij vergoedingsadviezen. Een bekend voorbeeld zijn de slaapmiddelen. Die zou je namelijk alleen kortdurend moeten gebruiken. Het Zorginstituut heeft daarom bepaald dat slaaptabletten alleen vergoed worden voor specifieke toepassingen, bijvoorbeeld voor epilepsie of ernstige psychiatrische indicaties, en niet voor regulier gebruik als slaapmiddel. In die zin houdt het Zorginstituut hier al rekening mee.

Dan de vraag over gender in geneesmiddelenonderzoek. Mevrouw Tellegen vroeg daar ook naar. Laat ik vooropstellen dat ik het ontzettend belangrijk vind om genderverschillen te betrekken bij geneesmiddelenonderzoek. In de beantwoording van de vragen is het niet zozeer dat het niet belangrijk is, maar dat er al heel veel gebeurt. Ik zou dat hier ook graag willen benadrukken. Als je kijkt naar de richtlijnen voor geneesmiddelenonderzoek en de geneesmiddelenbeoordeling, dan zie je dat daar al het uitgangspunt in staat dat de studiegroep zo veel mogelijk moet lijken op de doelgroep, en dat de effecten van geneesmiddelen in relevante subgroepen, waaronder sekse, moeten worden onderzocht en geëvalueerd. Er worden ook analyses uitgevoerd in de subgroepen om te kijken of er substantiële verschillen zijn tussen de seksen. Ik zie geen aanleiding om het te verscherpen. Dat is niet omdat het niet nodig is, maar omdat er al best wel veel is.

Kijk naar de coronavaccins. Dat was ook een moment waarop bij mij de wenkbrauwen even omhooggingen. Je zag dat de man-vrouwverhouding in de studies nagenoeg gelijk is. Dat betekent dat je de verschillen in effecten en bijwerkingen kon analyseren. Maar dat was niet mogelijk voor extreem zeldzame bijwerkingen, zoals bij het AstraZenecavaccin. Als je dit soort extreem zeldzame bijwerkingen in klinische studies wilt vinden, dan moet je extreem omvangrijke klinische studies doen. Dat was praktisch gezien niet haalbaar. Wel is het zo dat je voor dat soort bijwerkingen juist achteraf toezicht moet hebben, zoals dat nu ook plaatsvindt. Daarmee is dat ontzettend belangrijk.



**De voorzitter:**

Mevrouw Kuiken, wilde u een vraag stellen?

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Nee, doe maar eerst mevrouw Ellemeet en dan sluit ik aan op dit blokje.

**De voorzitter:**

Mevrouw Paulusma, bedoelt u.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ja, sorry, mevrouw Paulusma.

**De voorzitter:**

Als u een vraag heeft, mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ja, dank u, voorzitter. Ik heb het net zo warm als de collega, denk ik. Even om iets recht te zetten. Op Twitter gaat er namelijk ook al een discussie over rond. Ik vroeg niet specifiek naar het verschil in bijwerkingen ten aanzien van AstraZeneca. Ik noemde dat als voorbeeld en vroeg meer in het algemeen aandacht voor de verschillen in bijwerkingen. Die zijn er namelijk nog steeds. Ik zie dat er al een heleboel wel gebeurt, maar ik mis ook nog wel een aantal grote stappen daarin.

**Minister Van Ark:**

Ik vond het echt een hele goede vraag, want het is nogal opvallend dat het vooral vrouwen waren. In die zin is de vraag heel terecht, denk ik. Ik hoop aan te geven dat er al heel veel in de richtlijnen zit. Ik sta er altijd voor open als er meer nodig is. Maar zo is het in dit specifieke geval gegaan, gegeven de studie, de opzet en het feit dat het echt extreem zeldzame bijwerkingen waren.

Ik wil nog even naar het amendement waar mevrouw Paulusma naar vroeg. Dat is een breed gesteund amendement. Dat is belangrijk en onderstreept het belang van gender en gezondheid. We hebben inderdaad gesprekken met ZonMw en OCW. Indertijd was OCW de opdrachtgever van de kennisagenda Gender en Gezondheid. Die gesprekken lopen nog. De middelen zullen we zo veel mogelijk dit jaar inzetten, maar we willen er wel voor zorgen dat we ze ook naar volgend jaar door kunnen zetten als dat nodig is. Waar heeft dat mee te maken? Het programma is vooral bedoeld voor het veld. Dat moet ermee aan de slag kunnen. De evaluatie van het programma is openbaar beschikbaar op de website. Ik kan de link uiteraard delen met de Kamer.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Het is meer een geheugensteuntje: we hebben nog een initiatiefnota liggen over gendersensitieve zorg. Het zou wel fijn zijn als die op korte termijn komt. Dit is daar een onderdeel van.

**Minister Van Ark:**

Daar zal ik naar uitkijken.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

**Minister Van Ark:**

Dan de vraag van mevrouw Paulusma over SHINE. SHINE heeft aangegeven – dat vind ik echt superpositief nieuws – dat zij zich in Nederland willen vestigen, in Groningen, in de gemeente Veendam. Ik denk dat echt iedereen daar heel erg blij mee is. Ik ben ook blij dat zij een belangrijke

bijdrage gaan leveren, wat mij betreft samen met PALLAS, aan de leveringszekerheid, de voorzieningszekerheid van medische isotopen. Ik ben samen met SHINE in gesprek met de NOM, de Investerings- en Ontwikkelingsmaatschappij voor Noord-Nederland, over het mogelijk verstrekken van een lening om activiteiten mogelijk te maken. Ik heb heel veel gesprekken daarover gevoerd. Ik heb in alle gesprekken, ook in die met SHINE, aangegeven dat ik het gelijk speelveld van groot belang vind, niet alleen omdat wij daar regelgeving voor hebben – denk aan staatssteunregels et cetera – maar ook omdat ik het intrinsiek heel erg van belang vind.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Nog even ter verduidelijking voor mijzelf. U bent in gesprek en u beaamt het belang van een gelijk speelveld. Liggen er dan ook scenario's klaar waarop beide – of wellicht een derde; dat weet ik niet – naast elkaar zouden kunnen functioneren? Dat was de vraag.

Minister **Van Ark**:

Als je kijkt naar PALLAS en de discussie daar, dan gaat het over medische isotopen en de toekomst daarvan. Maar de technologie van SHINE is natuurlijk een andere. De range van producten die zij op kunnen leveren, is ook weer een andere. Wat mij betreft is het dus niet of-of, maar aanvullend. Ze kunnen elkaar enorm versterken. Ik denk dat het voor Nederland echt super is dat we beide organisaties hier hebben, omdat het nieuwe kennis aan zal trekken. Maar dan is het wel van belang ... Ik snapte heel goed dat SHINE daarover in gesprek wilde. SHINE zei: wij willen wel een gelijk speelveld wat betreft de gesprekken die de overheid voert met PALLAS. Dat vind ik buitengewoon belangrijk. Daarom heb ik dat in elk gesprek benadrukt.

Voorzitter. Ik kom bij de vragen van mevrouw Maeijer. Ik ben het overigens enorm met haar eens. Ik weet nog heel goed dat ik, toen ik een jaar geleden aan dit onderwerp begon, ook even verstrikt raakte in alle technieken en procedures. Dat geef ik ook altijd aan in de gesprekken die ik voer. Er zit heel veel techniek achter. Wij ontsluiten die kennis graag voor eenieder, naar behoefte en zonder politieke bemoeienis. Ik zeg dat hier nog maar een keer tegen de Kamer. Dat doen wij graag. Ik kan u verzekeren dat ik daar zelf ook heel veel gebruik van heb gemaakt en dat ik dat nog steeds doe.

Dan de lijst «Wisselen ongewenst». Ik kan aangeven dat de zorgpartijen op dit moment in gesprek zijn over het maken van bestuurlijke afspraken. Het is echt van belang dat er veilig en verantwoord gewisseld kan worden, maar ook dat er maatwerk wordt geboden aan patiënten die dat nodig hebben. De zorgpartijen zijn daarover in overleg. Ik zou dat overleg graag afwachten. Ik verwacht dat zij dit najaar tot een afronding komen en dan kan ik de Kamer daarover informeren.

De vragen over het W.A.I.T.-onderzoek heb ik beantwoord, behalve de vraag naar de oorzaak van een vertraging. Dat kunnen verschillende oorzaken zijn. Soms kan een fabrikant een product niet in Nederland op de markt brengen, omdat het vergelijkbaar is met andere producten die al beschikbaar zijn in Nederland. Het kan ook zijn dat er een negatieve beoordeling ligt door de beroepsgroep, dat behandelaren er negatief over zijn of – dat is heel praktisch – dat een product net over de jaargrens heen in de vergoeding wordt opgenomen of door de fabrikant wordt aangeboden. Als je een middel in Nederland niet in 2019 maar in januari 2020 vergoedt, dan valt het net buiten de scope van het onderzoek.

Dan de vraag over de betaalbaarheid van dure geneesmiddelen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Maeijer heeft nog een vraag over het vorige punt.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Dank voor het aanbod om de kennis wat op te vijzelen. Dat kan volgens mij nooit kwaad. Ik had nog een vraag over het W.A.I.T.-onderzoek. Kan de Minister op het gebied van oncologie, de kankermedicijnen, specifiek aangeven welke vier medicijnen in Nederland nog niet beschikbaar zijn? Bent u bekend met welke vier dat zijn? En wat zijn de specifieke redenen dat die hier nog niet beschikbaar zijn?

Minister **Van Ark**:

Overigens zei ik dat niet specifiek tegen mevrouw Maeijer. Die indruk wil ik graag wegnemen. Ik bood dat meer in algemene zin aan. Het was een breed aanbod.

Op deze vraag zou ik graag schriftelijk even terug willen komen, want die is echt heel specifiek. Als mevrouw Maeijer het goed vindt, dan doe ik dat graag schriftelijk.

Dan kom ik bij het voorstel van de NVZ. Die zegt: zullen we een apart kader maken voor dure geneesmiddelen? Ik ben me bewust van mijn demissionaire status, dus het kan allemaal weer anders worden in de toekomst. Maar ik zou daar geen voorstander van zijn, omdat die uitgaven onder het financiële kader voor medisch-specialistische zorg vallen. Daarmee vallen ze ook onder het hoofdlijnenakkoord en daarover hebben we natuurlijk afspraken gemaakt. Ik zou die niet tussentijds willen aanpassen. In dat akkoord hebben we wel een aantal acties uitgezet om de groei van uitgaven aan geneesmiddelen te beteugelen. Ik noem bijvoorbeeld het verbeteren van de gezamenlijke inkoop en het inzetten op gepast gebruik van geneesmiddelen. Als je een apart kader neerzet, dan zou je ook weleens een andere financiële prikkel kunnen neerzetten en dat lijkt mij een ongewenste richting.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Mag ik?

De **voorzitter**:

Ja.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Sorry. Ik dacht dat u «mevrouw Maeijer» zei, dus ik was even in verwarring. Ik wil daar graag nog even op aanhaken. Ik ben het helemaal eens met de Minister dat er geen apart kader voor die geneesmiddelen moet komen. In mijn inbreng zei ik dat 85% van de geneesmiddelen goed is voor 15% van de kosten. Oftewel: die andere 15% is goed voor 85% van de kosten. Als je het in een apart kader gaat zetten, dan zie ik de prijs nog verder stijgen. We hebben als CDA eerder een voorstel gedaan. We hebben een motie ingediend, die ook aangenomen is, waarin we zeggen dat er bij de toelating van geneesmiddelen meer eisen gesteld moeten worden aan de werking in de praktijk. In de stukken zit een brief van het Zorginstituut, waarin wordt gezegd: we gaan kijken of we in het algemeen meer eisen moeten stellen voordat iets in het basispakket kan komen. Maar dat geldt in het algemeen, voor het hele pakket. Ik vroeg me af of de Minister, misschien in tweede termijn, kan aangeven hoe het met de uitwerking van die motie staat, ook in relatie tot de discussie over het feit dat wij deze kosten alleen maar zien toenemen. Ik heb eerder aangegeven dat een concept als value-based pricing voor ons gewoon een ordinaire discounted cash flow-methode is. Ik wil graag dat daar nog een reflectie op komt.

Minister **Van Ark**:

Dat zal ik in tweede termijn doen.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister **Van Ark**:

Ik had nog een aantal andere vragen. Allereerst over Kaftrio. We zien inderdaad in een aantal Europese landen dat Kaftrio reeds vergoed wordt; dat gebeurt niet in alle Europese landen. In een deel van de landen zijn voor markttoelating al prijsafspraken gemaakt met de fabrikant over alle middelen voor taaislijmziekte van deze fabrikant. In andere landen wordt een geneesmiddel vanaf het moment van de Europese marktregistratie automatisch vergoed; prijsonderhandelingen volgen dan daarna. Dat is ook de reden waarom Kaftrio in sommige landen al vergoed wordt. Binnen het gremium België, Luxemburg en Nederland werken we samen op het gebied van de vergoeding van geneesmiddelen en spreken we ook over de middelen voor taaislijmziekte.

Dan de beschikbaarheid ervan voor patiënten tijdens de onderhandeling. Ik moet u eerlijk zeggen dat ik het altijd een van de moeilijkste besluiten vind om te nemen, omdat ik ook veel brieven, berichten, krijg – u krijgt die denk ik ook – van mensen die gewoon ontzettend zitten te wachten op dergelijke medicijnen. Ik moet u zeggen dat ik dit altijd enorm heftige beslissingen vind; zo voel ik dat echt. Als we die prijsafspraken gaan maken, die superlegitiem zijn – we hebben hier ook de discussie met elkaar over het belang van geneesmiddelen, maar ook over de hoge prijs die soms wordt gevraagd – vragen we fabrikanten dan ook om dit medicijn, dit geneesmiddel, tijdens de onderhandelingen gratis beschikbaar te stellen voor de patiënten die niet kunnen wachten. Ik hecht eraan om te zeggen dat dat regelmatig gebeurt, maar dat die verantwoordelijkheid echt bij de fabrikant ligt. Dat ligt dus niet aan de afspraken die wij maken om hen tot een redelijke prijs te bewegen; dat besluit ligt echt bij hen. In het geval van Kaftrio stelt de fabrikant dit voor ernstig zieke patiënten momenteel beschikbaar. Wij hebben natuurlijk gezegd: stel dat voor alle patiënten beschikbaar; wij zouden dan ook bereid zijn om de kosten voor die beschikbaarheidsstelling mee te wegen in de onderhandelingen die er vervolgens zijn. Ik heb hierop nog geen reactie gekregen van de fabrikant. Ik wacht die reactie af, maar in de tussentijd dringen wij wel steeds aan op een reactie.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Een korte vervolgvraag: op welke termijn verwacht u dan een reactie? Heeft u daar enig beeld van?

Minister **Van Ark**:

Enkele weken.

Voorzitter. Dan de doorlooptijd. Daar vroeg mevrouw Maeijer ook naar: kunnen we dat niet sneller doen? Ik denk dat dat een heel belangrijk streven is, dat we met elkaar delen. We zijn ook in gesprek met het Zorginstituut. Ik noemde al de mogelijkheid om dingen parallel te doen of om de beroepsgroepen alvast te wijzen op een mogelijke beoordeling door het Zorginstituut, zodat zij zich kunnen voorbereiden. Tegelijkertijd denk ik wel dat we realistisch moeten zijn: we kunnen echt nog wel wat verkorten, maar er zullen altijd wel doorlooptijden zijn, omdat je gewoon tijd nodig hebt om een middel goed te kunnen beoordelen. En ook hiervoor geldt dat de fabrikant er invloed op heeft, want juist door de hoge prijs komt zo'n medicijn, zo'n geneesmiddel, in die sluis terecht. Zoals ik al zei, roepen we hen er dan ook toe op om het beschikbaar te stellen aan patiënten tijdens die sluisperiode. Gelukkig gebeurt dat ook geregeld.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ik begrijp wat u zegt, maar ik heb toch nog een vraag over de beschikbaarheid van die nieuwe, innovatieve geneesmiddelen. Die blijven zo'n beetje 100 dagen, zeg maar drie maanden, langer in de sluis zitten dan bijvoorbeeld in Duitsland. Wat is dan het verschil met hoe wij dat regelen ten opzichte van ons buurland? Want daar kan het kennelijk wel sneller. En drie maanden kan een zaak van leven en dood zijn, bijvoorbeeld als het gaat om een nieuw kankermedicijn.

Minister **Van Ark**:

Ja, dat klopt. De oorzaken kunnen echt verschillend zijn. Daarom proberen we ook samen op te trekken met andere landen in Europa die hier een goed trackrecord op hebben. Duitsland betaalt bijvoorbeeld het eerste jaar de prijs die op de lijst staat. Wij zeggen: we vinden het helemaal niet erg om een prijs te betalen, maar het moet wel een normale prijs zijn, want je kan niet over de rug van patiënten enorme bedragen gaan vragen. Daarom doen we dit. Maar alles is erop gericht om die tijd zo kort mogelijk te laten zijn.

Tot slot, voorzitter. Mevrouw Maeijer zegt dat er een impasse is rond de taperingstrips. Ze heeft in ieder geval gelijk dat het al een hele tijd duurt. Ik vind het belangrijk dat patiënten op een veilige en verantwoorde manier hun antidepressiva kunnen afbouwen. Gelukkig lukt dat de meeste patiënten ook met de beschikbare sterktes. We hebben gewoon maar heel weinig onderzoek naar de beste wijze van afbouwen. Wij doen niet in ons eentje aan het trekken van conclusies; dat doen huisartsen, patiënten, apothekers en psychiaters gezamenlijk in een gezamenlijk multidisciplinair document. Zij geven hierbij ook echt als experts aan dat aanvullend onderzoek nodig is. Dat betekent dat nut en noodzaak van de taperingstrips niet bewezen zijn en dan kom ik bij de conclusie dat je zonder bewijs geen behandelingen opneemt in het basispakket, dus ook geen taperingstrips.

Wat ik wel heb begrepen – ook daar zijn in de Kamer natuurlijk al vaker vragen over gesteld – is dat partijen met elkaar in gesprek gaan over de vergoeding van de magistrale bereiding van afbouwmedicatie. Ik heb begrepen dat zorgverzekeraars bereid zijn om met behandelaren in gesprek te gaan. Dat vind ik in ieder geval een hele positieve ontwikkeling. Voorzitter. Ik kom bij de vragen van mevrouw Kuiken. Zij vroeg mij om een schriftelijke reactie op het opiniestuk van de NZa. De NZa zou een onderzoek uitvoeren, maar dat is uiteindelijk een opiniestuk geworden. Ik had eigenlijk wel graag een onderbouwd onderzoek gezien, omdat je natuurlijk ook uitspraken wilt staven en ook omdat je een handelingsperspectief wilt. Maar ik zie wel dat er hele waardevolle zaken in dat opiniestuk staan. Die hebben we overigens niet van de ene op de andere dag opgelost. Mijn handelingsperspectief is dat ik hierover met de NZa in gesprek wil. Maar ook met de andere leden van het Landelijk Overleg Dure Geneesmiddelen is een overleg ingepland aan het eind van deze maand. Mevrouw Kuiken refereerde aan samenwerking tussen verschillende partijen. Ik zal die suggestie meenemen.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

En dan ...

De **voorzitter**:

... mag mevrouw Kuiken. Natuurlijk.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Dat lijkt mij heel goed. Even los van de kwalificaties van het stuk, geven ze heel duidelijk aan dat ze gewoon een herbezinning op de rolverdeling in de keten willen. En dat zeggen eigenlijk de belangrijkste spelers zelf. Dan is het ook goed en waardevol om te verkennen of ze dat echt serieus

nemen, hoe ze dat vorm zouden willen geven en wat dat dan uiteindelijk kan betekenen in de zoektocht die we met elkaar hebben. Dus ik zou daar graag een terugkoppeling van willen hebben op het moment dat het ook concreet wat oplevert.

**Minister Van Ark:**

Ik denk dat het goed is om hier even aan te geven dat datgene wat hieruit volgt, echt wel aan een volgend kabinet is. Ik ga dus even op zoek naar een manier om wel wat te laten weten, maar heel eerlijk: ik vind een demissionaire status niet passend voor concrete acties.

**Mevrouw Kuiken (PvdA):**

Nou ja, dan is het ook aan ons om daar richting aan te geven. Maar wat er wel gedeeld of teruggekoppeld kan worden of denklijnen, dat zou wel heel prettig zijn. Dat helpt ons allemaal.

**Minister Van Ark:**

Dat zal ik doen.

Dan kom ik bij de vraag van mevrouw Kuiken over het stellen van randvoorwaarden bij pakkettoelating. Dat verkennen we inderdaad op dit moment met het Zorginstituut. We verkennen welke mogelijkheden er zijn voor bijvoorbeeld een vervolgonderzoek gepast gebruik. Ik denk dat het belangrijk is om meer maatwerk toe te kunnen passen, omdat je de vaak dure, nieuwe middelen betaalbaar en verantwoord toe moet kunnen laten en je ook wilt dat ze doelmatig en effectief worden toegepast. Dat is een verkenning die we nu al doen. Dat kan wel in een periode als die waarin we nu verkeren. Maar als er besluitvorming plaatsvindt, dan geldt dat dat aan een nieuw kabinet is. Maar de verkenning doen we al wel.

**Mevrouw Kuiken (PvdA):**

Een verhelderende vraag: wanneer krijgen we een terugkoppeling van de uitkomsten van die verkenning?

**Minister Van Ark:**

Dat laat ik zo weten. Dat moeten we even uitzoeken.

**Mevrouw Kuiken (PvdA):**

Dat is goed.

**Minister Van Ark:**

Dan was er een follow-up van mevrouw Kuiken van het pleidooi van mevrouw Ploumen in het vorige AO voor het aansluiten van de TTP bij de prijsonderhandelingen. Ik heb daar al het een en ander over gezegd in de voortgangsbrief financiële arrangementen. We zijn het eens over het belang van transparantie over de onderhandelresultaten. Om tegemoet te komen aan die wens om meer transparantie, wil ik in ieder geval de exercitie die de Algemene Rekenkamer heeft uitgevoerd, zelf herhalen in de voortgangsbrief van 2021. Ik wil bijvoorbeeld laten zien bij hoeveel producten de door het Zorginstituut geadviseerde kosteneffectieve prijzen zijn behaald. Dat zou een invulling daarvan kunnen zijn. Ik denk wel dat ik daardoor meer inzicht zou kunnen geven in de uitkomsten van de onderhandelingen. Dat zou voor mij te prefereren zijn boven een TTP bij de onderhandelingen.

**Mevrouw Kuiken (PvdA):**

Hierna ben ik klaar, hoor. Ik snap het, maar zelfs de Algemene Rekenkamer zelf is kritisch. Wat is dan het moment dat je zegt: het levert voldoende op of het levert onvoldoende op?

**Minister Van Ark:**

Dat is uiteindelijk een weging die we gezamenlijk moeten maken, omdat het gaat over transparantie en de weg daarnaartoe. Ik stuur in ieder geval die voortgangsbrief over 2021.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

...

De **voorzitter**:

Mevrouw Kuiken, u praat echt de hele tijd voordat u het woord krijgt.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ja, sorry. Excuus. Ik vroeg: wanneer komt die? Waarom stel ik allemaal van dit soort onnozele procesvragen? Omdat het voor mij de eerste ronde is. Op een gegeven moment weet je dat soort dingen. Excuus.

Minister **Van Ark**:

Ik moest het ook opzoeken. Ik kom er in september op terug.

Dan de vraag van mevrouw Kuiken over de uitwerking van de voorraden. Ik verwijs naar de Kamerbrief uit april. Daarin wordt ook aangegeven dat we willen aansluiten bij de aanpak in Europese landen. Ik heb ook aangegeven dat de Europese inventarisatie op dit moment plaatsvindt. Ik zie wel dat de plannen om geharmoniseerd voorraden aan te leggen op Europees niveau nog niet heel concreet zijn. Ik verwacht dat er na de zomer voorstellen komen, waarbij er ook nog onderhandelingen en een implementatietermijn zijn. Dat betekent dus dat het traject best nog even kan duren. Ik zie mevrouw Van den Berg al denken: wat doen we dan als Nederland? Dat betekent dat we als Nederland zelf ook kijken wat er mogelijk is. Daar kom ik graag in oktober op terug in de voortgangsbrief over de ijzeren voorraad.

Dan kom ik bij de vragen van mevrouw Tellegen. We hadden het net al over de ijzeren voorraad. We houden dus rekening met die Europese ontwikkelingen en we kijken ook hoe andere landen dat doen, ook ten aanzien van het maatwerk. Je kan niet volledig maatwerk bieden per productgroep, maar er zijn wel bepaalde geneesmiddelen waarbij dat wel moet. Denk bijvoorbeeld aan producten die zeer kort houdbaar zijn, en waar je dus extra aandacht voor moet hebben in de uitwerking. In de pilot die gaande is, zijn daarom ook verschillende soorten producten opgenomen.

Mevrouw **Tellegen** (VVD):

Ik hoorde de Minister al eerder spreken over de ijzeren voorraad, ook in antwoord op vragen van mijn collega's. De Minister zegt dat er van alles gebeurt in Europa, maar dat het niet snel genoeg gaat, dat het nog even duurt en dat we dus ook gaan bekijken wat we hier in Nederland al kunnen doen. Dat is allemaal mooi. Daarover worden we dan in het najaar verder geïnformeerd. Maar mijn vraag is dan hoe dat leveren van maatwerk, die differentiatie, verder plaatsvindt. Als er pilots lopen, kunnen we daar dan in het najaar ook meer informatie over krijgen? Ik denk dat het echt heel belangrijk is dat we doen wat nodig is, precies om de redenen die de Minister zelf ook aangeeft.

Minister **Van Ark**:

Ja, dat kan. Overigens ligt er natuurlijk ook nog een schriftelijk verslag van de Kamer. Ik werk nu aan de antwoorden en ik hoop die op korte termijn aan de Kamer te sturen. Daarbij moet ik overigens wel aangeven dat er een aantal dingen zijn die we in de tijd moeten zien. Dat gaf ik ook aan over het Europees traject, dat wij wellicht sneller zouden willen zien gaan. Een deel van de antwoorden moet u daarom in het licht van dat proces zien. Maar het antwoord op de vraag van mevrouw Tellegen is ja.

Dat geldt ook voor de vraag over de grondoorzaken van tekorten, de tekorten aan grondstoffen. Het is echt superbelangrijk om dat in beeld te hebben. We willen dat natuurlijk het liefst zo datagedreven mogelijk doen. Dat zit ook in het onderzoek dat deze zomer wordt verwacht, en dat ik met de Kamer zal delen. Ik hoop dat we er dan ook concreter over kunnen zijn wat die geconstateerde grondoorzaken zijn en wat we nationaal en in Europa kunnen doen.

Mevrouw Tellegen vroeg ook naar de redenen voor het van de markt halen van generieke geneesmiddelen. Ik heb daar al eerder in een antwoord wat over gezegd. Er kunnen daarvoor verschillende redenen zijn. Ik refereer daarbij aan de survey naar een aantal fabrikanten die in 2020 hun product uit de handel hebben gehaald, waar ik al eerder over sprak. In die survey onderzoeken we, aan onderkant van de geneesmiddelenmarkt, welke producten kwetsbaar zijn. Zoals ik ook al eerder heb gezegd, verschijnen de resultaten van dat onderzoek in oktober. Die zal ik delen met de Kamer.

Dan de vragen over de uitkomstbepaling. Ik geloof dat mevrouw Paulusma daar ook naar vroeg. Kunnen we daarmee verder? Zoals ik al heb gezegd, is het soms best lastig om het met elkaar eens te worden over de vraag welke uitkomsten je dan wil. Maar dit kan wel degelijk een rol spelen bij verantwoorde pakkettoelating, zeker als een uitspraak over effectiviteit op groepsniveau niet mogelijk is, maar een individuele patiënt er wel degelijk baat bij kan hebben. Het Zorginstituut onderzoekt dit verder in zijn traject toekomstbestendig pakketbeheer geneesmiddelen.

**Mevrouw Tellegen (VVD):**

Op het gevaar af dat ik te weinig achtergrondkennis heb om precies de juiste vraag te stellen, maar ik hoorde iets over de grotere systeemvraag. Daar hebben we niet direct een antwoord op. Maar mijn zorg zit 'm erin dat de patiënten straks uiteindelijk niet weten hoe het zit als het om hun eigen bijdrage en die maximering gaat. Wanneer kan de Minister daar iets meer over zeggen? Dat gaat anders gewoon per 2022 verkeerd. Ik zou graag willen weten hoe dat pad verder afgelopen wordt, even los van de discussie over de herziening van het vergoedingensysteem.

**Minister Van Ark:**

Als het gaat om pay for performance bij geneesmiddelen, dan praten we over een bekostigingssystematiek. Omdat mevrouw Tellegen vroeg naar deze zomer, dacht ik dat zij wellicht vroeg naar de maximering van de eigen bijdrage, maar misschien ben ik abusief.

**Mevrouw Tellegen (VVD):**

Die twee dingen lopen nu door elkaar. Ik heb één vraag gesteld over zekerstelling van de eigen bijdrage per 2022, maar ik begrijp dat ik voor een aantal elementen misschien niet helemaal weet wat de laatste stand van zaken is. Maar mijn vraag was: hoe gaan we verder als blijkt dat de formatie nog langer op zich laat wachten? Dan zou je dat namelijk graag zeker willen stellen. En de andere vraag zag inderdaad op de motie-Veldman, over pay for performance.

**Minister Van Ark:**

De pay for performance is een bekostigingsvraagstuk. Dat is met name van belang voor de zorg die geleverd wordt. Het is bij uitstek een instrument om uitgaven te beperken, omdat je alleen betaalt voor datgene wat van toegevoegde waarde is, van daadwerkelijke waarde is, voor de patiënt. Daarvan hebben we met z'n allen geconstateerd dat het buitengewoon interessant is. Het gaat ook echt over toegevoegde waarde, wat we allemaal willen. Maar dat kan al binnen de huidige financiële arrangementen. Alleen, en dan kom ik weer op het verhaal dat ik met mevrouw Paulusma deelde: wat is dan een uitkomst? Het moet een rol gaan spelen



in pakkettoelating, maar dat is nu nog lastig op groepsniveau. Maar juist voor individuele patiënten kan het wel. Het is nu aan het Zorginstituut om te kijken hoe dat hiermee omgaat. Het Zorginstituut heeft dit op het netvlies.

De maximering van de eigen bijdrage is nu inderdaad gemaximeerd op € 250 per persoon per jaar. Dat loopt aan het eind van het jaar af. De besluitvorming daarover is in principe aan een nieuw kabinet, maar als er geen tussenkomst is, dan is er na dit jaar geen maximering. Dat betekent echt dat voor heel veel mensen – de zorgen daarover werden hier terecht genoemd – de bijdragen weer onbegrensd zijn. Ik kan daarvoor een ministeriële regeling maken, maar dan zou ik graag willen weten hoe de Kamer daarnaar kijkt, want dit is niet iets wat ik zomaar even kan doen. Dan zou ik dus aan de Kamer willen vragen – alle fracties hebben daarnaar gevraagd – of zij daar onderling over kan spreken. Dat is voor mij wel van belang. Dan zal ik bezien of ik dat kan doen. Maar u hoort mij ook met enige terughoudendheid spreken. Ik ben mij namelijk zeer bewust van mijn status, maar ik ben mij ook zeer bewust van de breedte van de vragen uit de Kamer.

**De voorzitter:**

Wilde u nog een vraag stellen, mevrouw Tellegen? Nee? O, ik dacht dat ik u even naar voren zag reiken.

Mevrouw **Tellegen** (VVD):

Ik zie dat de Minister de Kamer met huiswerk op pad stuurt, dus dat gaan we dan doen.

**De voorzitter:**

Oké. Helemaal goed.

**Minister Van Ark:**

Meestal krijg ik dat huiswerk dan ook weer terug.

De vraag over het beoordelingskader van het Zorginstituut heb ik volgens mij al beantwoord. Er komt volgend jaar een actualisatie. Daar worden alle relevante stakeholders en zeker ook de patiëntenorganisaties – daar vroeg mevrouw Tellegen naar – voor uitgenodigd.

Dan het verantwoord wisselen. De partijen zijn onlangs opnieuw gesprekken gestart over de afspraken die zij kunnen maken over veilig en verantwoord wisselen. Dat zijn werkafspraken over hoe ze omgaan met de risicovolle middelen op de CBG-lijst. Die moeten echt onderdeel gaan uitmaken van de bestuurlijke afspraken. Ook buigen zij zich gezamenlijk over de uitgangspunten die zij gezamenlijk willen nemen, de implementatie, de monitoring en de communicatie van de bestuurlijke afspraken. Tot het moment waarop die werkafspraken er liggen, is de bedoeling van de lijst dat die betrokkenen alert maakt op de risico's bij het wisselen van geneesmiddelen. De eerlijkheid gebiedt te zeggen – dat was ook het geval in het bestuurlijk traject in 2019 – dat het CBG veel verdeeldheid heeft ervaren. De belangen liggen ver uiteen. Daarom zal het CBG de lijst elke keer herzien en aanpassen aan de hand van nieuwe inzichten. Dat is ook het moment waarop je allerlei ervaringen die zijn opgedaan met de lijst, in praktijk kan brengen.

De vraag van mevrouw Tellegen over verspilling en het mooie voorbeeld van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis heb ik al beantwoord.

Mevrouw Tellegen brak een lans voor het maatschappelijk verantwoord licentiëren. Ik weet zeker dat zij daar brede weerklank voor vindt in deze commissie. Ook hier heb ik graag gezegd dat ik mij daar samen met OCW voor in wil blijven zetten. Nederlandse universiteiten hebben aangegeven de toolkit te gebruiken. Zij gaan over het gebruik daarvan rapporteren in hun jaarverslag. We evalueren – dat zeg ik ook in de richting van GroenLinks – het gebruik van de toolkit in 2022. Misschien even, heet van

de naald, het laatste nieuws: het onderwerp maatschappelijk verantwoord licentiëren staat nu ook voor het eerst op de EU-agenda, zeg ik in de richting van mevrouw Ellemeet. Gisteren zijn alle lidstaten akkoord gegaan met de Raadsconclusies over duurzame, eerlijke en universele toegang tot geneesmiddelen, met ook een passage over licentiëren. Ik denk dat dat een eerste stap is die kan leiden tot een gelijk speelveld. Het is belangrijk dat private partijen in de Europese Unie met vergelijkbare voorwaarden te maken krijgen als zij een licentie willen op een patent van een publieke kennisinstelling.

Mevrouw Tellegen vroeg naar de voorzieningszekerheid van medische isotopen. Zeker, dat zeg ik heel graag toe. Ik denk echt dat het cruciaal is dat we dit in Europees verband samen doen, dat we de zelfvoorzienendheid die we hebben, ook houden en dat Europese patiënten gelijke toegang hebben. We herinneren ons natuurlijk allemaal nog de periode tussen 2007 en 2009 waarin die medische isotopen er niet waren en wat dat betekende voor de behandeling van mensen met kanker. Op 10 juni is door de VVD een motie ingediend, waarin wordt gevraagd om in te zetten op financiële ondersteuning vanuit de Europese Unie. Ik kan van harte zeggen dat ik die zie als ondersteuning van beleid. De Europese Commissie heeft ook die ambitie in het kader van het Beating Cancer Plan, maar ook in het kader van het European radioisotope Valley Initiative. Wat mij betreft zijn zowel PALLAS als SHINE een belangrijk onderdeel van deze isotopenvallei. Ik heb in ieder geval ook om die reden een speciale gezant aangesteld, die juist ook het belang van deze initiatieven voor de voorzieningszekerheid nog meer voor het voetlicht kan brengen in Europa en bij de andere lidstaten.

De vraag van mevrouw Tellegen over antimicrobial resistance had ik eigenlijk ook al een beetje meegenomen in de beantwoording van de vraag van mevrouw Ellemeet. De ontwikkeling van nieuwe antibiotica is zeer, zeer van belang, maar dat geldt vooral ook voor het spaarzaam gebruik van antibiotica. We steunen internationaal de organisatie GARDP met als doel het op de markt brengen van vijf nieuwe antibiotica. En we hebben natuurlijk de farmaceutische strategie van de EU, met veel aandacht hiervoor, en de internationale organisaties die op dat gebied werken.

Voorzitter. Ik heb nog een antwoord voor mevrouw Ellemeet over het maatschappelijk verantwoord licentiëren. Ik biecht hier gelijk op dat het toch niet in de brief gemeld is. Het was gepland voor de stand-van-zakenbrief, maar dat is nog niet gebeurd. De NFU geeft aan in de huidige context geen ruimte te zien om de toolkit aan te scherpen, anders dan op basis van de ervaringen die zij nu opdoet met de toolkit, maar dat dit kan veranderen als er meer publiek geld komt voor de doorontwikkeling van geneesmiddelen door kennisinstellingen. Dat geeft hun een sterkere onderhandelingspositie met het bedrijfsleven. Daar zou FAST een infrastructuur voor kunnen zijn. Daar heb ik van gezegd dat het volgende kabinet daar hopelijk een besluit over neemt. Ze zeggen dat ze hier wel een gelijk speelveld voor moeten hebben in Europa, maar dat kun je eigenlijk alleen op een wat langere termijn realiseren. Dat is voor hen ook van belang. Wij hebben het als VWS in ieder geval op ons genomen dat we die toolkit ook onder de aandacht brengen van de Europese Commissie. Dat hebben we natuurlijk ook al eerder toegezegd in de Kamerbrief. Ik verwijs ook naar het nieuws, heet van de naald, over de Raadsconclusies die zijn aangenomen. Ik denk echt dat het een hele belangrijke stap is dat maatschappelijk verantwoord licentiëren daarin is opgenomen en daarmee ook op de Europese agenda staat. Voorzitter, ik meen dat ik hiermee alle vragen van uw Kamer beantwoord heb. Zo niet, dan verneem ik dat graag.

**De voorzitter:**

Dan zijn we hiermee gekomen aan het einde van de eerste termijn van de Kamer. Ik wil de Minister complimenteren met haar korte en bondige beantwoording. Zo veel onderwerpen en zo'n complex dossier; heel knap gedaan! Hebben leden behoefte aan een tweede termijn? Dat is het geval. Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter. Ik wil graag een tweeminutendebat aanvragen.

De **voorzitter**:

Dan gaan we dat aanmelden. Dan mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank, voorzitter. Dank ook voor alle antwoorden en zeker voor de korthed en de bondigheid. Ik zou de Minister toch graag willen vragen of zij voor mij zou willen uitzoeken en opschrijven hoe het nou precies zit met de regelgeving voor de toelating van medicijnen op het gebied van gender en het verschil tussen het Europese en het Nederlandse beleid op dat gebied. Kan zij ook aangeven hoe het precies zit met de voorwaarden voor het goed bijhouden van bijwerkingen als de geneesmiddelen eenmaal op de markt zijn? Dat helpt mij namelijk ook om te bepalen of dat voor mij inderdaad voldoende is. Nu is dat voor mij niet helemaal helder, terwijl het beeld vanuit het veld lijkt te zijn dat het nog onvoldoende is. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan mevrouw Maeijer.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Dank, voorzitter. Dank aan de Minister voor de toezegging om schriftelijk terug te komen op mijn vraag over de beschikbaarheid van oncologiegeneesmiddelen. Ik heb nog een paar vragen.

Ik wil even terugkomen op dat W.A.I.T.-rapport. In dat rapport lijkt sprake te zijn van een soort dalende trend als het gaat om de beschikbaarheid van goedgekeurde geneesmiddelen in Nederland. Ziet de Minister die trend ook? En wat kunnen we er dan nog aan doen om dat tij te keren, om de stijging weer in te zetten?

Dan nog even op het punt van de eigen bijdrage. Ik begrijp nu dat de Minister de bal een beetje bij de Kamer neerlegt om te kijken of we haar misschien met een boodschap op pad kunnen sturen. Wacht zij nu op een aangenomen motie met een richting waar zij heen moet? En wat is precies het tijdsframe waar zij in zit? Zij heeft het over «voor de zomer». Dat gaat best rap, zeg maar.

Tot slot over de doorlooptijd van twaalf maanden. Ik snap heel goed dat een deel van die oplossingen bij de fabrikanten ligt, maar ook een deel mogelijk niet. Hoe doen andere landen dat? Hoe hebben ze het in België, Duitsland of waar dan ook ingericht? Valt daar voor ons nog iets van te leren?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dank u wel, voorzitter. In de eerste plaats dank ik de Minister voor alle antwoorden, maar ook voor de toezeggingen. Ik heb verschillende dingen genoteerd voor het CDA. Er vindt een onderzoek plaats naar de...

De **voorzitter**:

Die ga ik straks allemaal opnoemen. Dat hoeft u niet te doen.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):  
Oké.

De **voorzitter**:

U hoeft alleen maar te controleren of ik ze straks allemaal opgenoemd heb.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Fijn, voorzitter.

Ik heb nog twee korte vragen. De Minister heeft toegezegd dat er begin 2022 een brief komt over hergebruik van geneesmiddelen. Zou ze daarin ook kunnen meenemen wat de ontwikkelingen zijn met betrekking tot Ontpillen? Dat boek heb ik hier twee jaar geleden in mijn handen gehad bij een debat. Daarin staat bijvoorbeeld dat diabetes type 2 omkeerbaar is. In hoeverre vinden daarin ontwikkelingen plaats?

Voorzitter. Dan mijn tweede concrete vraag. Ik refereerde net even aan de motie-Van den Berg over het stellen van eisen aan de werking van medicijnen in de praktijk. Dat moet een eis worden aan dure geneesmiddelen en anders mogen ze niet toegelaten worden door het Zorginstituut. Hoe is dat intussen georganiseerd en hoe loopt dat?

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik zal zo luisteren naar de toezeggingen.

De **voorzitter**:

Ja. Mevrouw Tellegen.

Mevrouw **Tellegen** (VVD):

Dank. Ik wil de Minister bedanken voor haar uitgebreide en bondige beantwoording. Ik heb een aantal toezeggingen gehoord, maar die gaat u oplezen, dus ik wacht in spanning af.

De **voorzitter**:

Dat doe ik aan het eind. Kan de Minister direct antwoorden in de tweede termijn of wil zij nog even een kort ogenblik schorsen? Een paar minuutjes? Dan gaan we om 21.05 uur verder.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:

Ik geef het woord aan de Minister voor haar tweede termijn.

Minister **Van Ark**:

Voorzitter, dank. Dank ook voor uw vriendelijke woorden. Ik moet u eerlijk zeggen, als ik mezelf een uur en drie kwartier hoor praten, dan denk ik: kan dat niet wat sneller? Maar ik waardeer het zeer. Ik doe altijd mijn best om echt antwoord te geven. Dus dank voor uw vriendelijke woorden. Er staan nog een aantal vragen open.

Ik heb een vraag van mevrouw Paulusma: kunt u mij een brief sturen met meer uitleg over gender, ook over hoe dat Europees gaat en wat de voorwaarden zijn? Dat zeg ik graag toe. We hebben natuurlijk ook al wat Kamervragen gehad, maar het lijkt me prima om dat nog een keer op een rijtje te zetten.

Dan heb ik de vraag van mevrouw Maeijer over de beschikbaarheid van oncologische middelen. Sorry, ik zeg het verkeerd. Op haar vraag naar die vier middelen kom ik schriftelijk terug. Dat doe ik ook als het gaat over haar vraag over het W.A.I.T.-rapport en of de trend dalend is. De cijfers

bieden niet heel veel basis om over een trend te spreken, maar ik kan in diezelfde brief daar ook een reflectie op geven. Dat doe ik dan graag. Dan haar vraag over de doorlooptijd en hoe het gaat in andere landen. De meeste landen doen het ongeveer hetzelfde als wij, behalve landen die echt een open systeem hebben: op het moment van toelating wordt het vergoed. Maar verder is er veel gelijkheid wat dat betreft.

De vraag van mevrouw Maeijer over de eigen bijdrage en hoe dat dan zit in de tijd. Ik ben vrij rolvast in mijn taakopvatting, zeker nu ik demissionair ben. Daarom vind ik het ook wel van belang om hier te merken dat de Kamer breed hiernaar vraagt en daar zorgen over lijkt te hebben. Het is voor een demissionair Minister ook nogal een verschil of er 150 handtekeningen onder een motie staan of dat het krap aan is. Het is misschien niet helemaal netjes dat ik het zo zeg, maar het weegt wel mee in wat ik kan doen en welke ruimte ik voel, ook binnen het kabinet. Een periode van «voor de zomer» betekent dat ik een ministeriële regeling kan slaan. Dan hoef je op het moment dat je een Kameropdracht krijgt, niet terug naar de Kamer, want dat kun je zelf doen. Dat kan ik dan voor de zomer doen. Dan zou een Kameruitspraak voor de zomer dus gewenst zijn. Hebben wij een exacte datum dat we die ministeriële regeling dan moeten slaan? Voor de zomer. Het reces valt ook later dit jaar, dus dat kan. De zorgverzekeraars moeten het weten. Ja. Maar dat is in alle transparantie de achtergrond van mijn vraag.

Mevrouw Van den Berg: het hergebruik van medicijnen. Ik heb abusievelijk gezegd een brief begin '22, maar de pilots lopen af eind '22. Daarna stuur ik graag een brief. De vraag over Ontpillen neem ik daarin zeker mee.

Mevrouw Van de Berg had een vraag over de uitvoering die zij had ingediend voor meer eisen stellen aan de werking in de praktijk bij de toelating van dure geneesmiddelen. Deze motie heb ik ingevuld door een inzet te plegen rondom de pakkettoelating gepast gebruik en registers. Ik heb daar een toelichting over opgenomen in de brief Voortgang algemeen geneesmiddelenbeleid van afgelopen februari. Ik hoop dat mevrouw Van den Berg het eens met mij is dat het belangrijk is om al bij de pakkettoelating waar nodig harde randvoorwaarden te stellen om in de praktijk inzicht in de waarde van de behandeling te vergroten, bijvoorbeeld door het verplicht stellen van onderzoek naar gepast gebruik. We kijken met het Zorginstituut hoe we dit kunnen vormgeven. Registers zijn een randvoorwaarde voor onderzoek naar het gebruik en de effecten in de praktijk. Het Zorginstituut werkt hiervoor aan het project Regie op Registers. Dat kwam al eerder een keer voorbij in een AO.

Dan hou je het vraagstuk over van financiering van de registers. Dat vraagstuk ligt wel bij het komende kabinet. Dit ook in aanvulling op wat in eerste termijn besproken was naar aanleiding van de vraag van mevrouw Kuiken.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dan heb ik nog even twee korte vragen aan de Minister. Als we pas eind 2022 een brief krijgen over hergebruik, zou ik het toch fijn vinden als even een tussenstand, een update kan worden meegenomen in een algemene brief. Ten tweede. De Minister geeft aan dat het Zorginstituut aan het kijken is hoe je meer eisen kan stellen aan de werking in de praktijk van dure geneesmiddelen. Toen noemde de Minister ook even registers. Wij hebben als commissie volgens mij een reminder gestuurd of wij de antwoorden op vragen over de kwaliteitsregistraties – misschien heb ik dat gemist in de laatste week – kunnen ontvangen ruim voor het debat over de medisch-specialistische zorg op 5 juli, want de vragen liggen er vanaf oktober.

Minister **Van Ark**:

Dat zijn andere registers. Dat zijn de kwaliteitsregisters. Klopt dat?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dat zijn kwaliteitsregisters, maar het triggerde mij omdat de Minister begon over deze medicijnregisters, vandaar.

Minister **Van Ark**:

Als u een reminder heeft gestuurd, dan ga ik daar heel goed naar kijken. Dat is goed om te weten. Wat betreft de eerste vraag van mevrouw Van den Berg: zeker. Ik zal een brief benutten om ook een stand van zaken te geven van waar we staan met de pilots hergebruik.

De **voorzitter**:

Dat was 'm. Dan komen we aan de toezeggingen. De griffier naast me zat wild te pennen tijdens de beantwoording van de Minister. De volgende toezeggingen zijn gedaan tijdens het commissiedebat over het geneesmiddelenbeleid.

- In april 2023 zal de DRUP-studie worden afgerond door onder andere het Zorginstituut Nederland. Tussentijds zal de Kamer hier halfjaarlijks over worden geïnformeerd. In de richting van mevrouw Van den Berg.
- In oktober 2021 zal het onderzoek onderkant geneesmiddelenmarkt worden afgerond, waarin ook wordt ingegaan op producten die uit de markt zijn gehaald. Hierover zal de Kamer worden geïnformeerd. Ook in de richting van mevrouw Van den Berg.
- De Kamer zal in oktober een brief ontvangen over de ijzeren voorraad van geneesmiddelen. Daarin zal de Minister ook ingaan op de nieuw op te stellen beleidsregel ijzeren voorraad en op het vraagstuk over de resultaats- of inspanningsverplichting. Tevens wordt daarin ingegaan op de lijst van essentiële middelen. In de richting van Van den Berg en Den Haan.
- Begin 2022 ontvangt de Kamer een brief over de uitkomsten van de best practices van pilots over hergebruik van geneesmiddelen. In de richting van Van den Berg en Tellegen.
- Binnenkort informeert de Staatssecretaris van VWS de commissie over de voortgang van het Preventieakkoord. In de richting van mevrouw Den Haan.
- De Minister stuurt in het derde kwartaal de beleidsagenda leveringszekerheid aan de Kamer. In de richting van de heer Hijink.
- De gesprekken door de veldpartijen over de lijst «Wisselen ongewenst» zullen rond het najaar worden afgerond. De Kamer zal daarover worden geïnformeerd. In de richting van mevrouw Maeijer.
- De Minister zal schriftelijk nadere duiding geven over de medicijnen oncologie uit de patiënten-W.A.I.T.-indicator. In de richting van mevrouw Maeijer.
- De Minister stuurt de Kamer na het gesprek met betrokken partijen een terugkoppeling inzake dure geneesmiddelen, in relatie tot het artikel Van de dweil naar de kraan van de NZa. In de richting van Kuiken.
- De voortgangsbrief geneesmiddelen verschijnt in september 2021. Hierin wordt ingegaan op de uitkomsten van de Algemene Rekenkamer naar onderhandelingen en prijsafspraken met de farmaceutische industrie. In de richting van Kuiken.
- De Minister zal de Kamer een brief toesturen over genderverschillen bij geneesmiddelen. In de richting van mevrouw Paulusma.
- Er wordt een tussenstand over pilots hergebruik aan de Kamer gestuurd, in afwachting van de brief in 2022. In de richting van mevrouw Van den Berg.

Volgens mij is dat allemaal akkoord. Mevrouw Ellemeet heeft een vervolg op dit debat aangevraagd om moties in te kunnen dienen. Dat tweeminutendebat zullen we doorgeven aan de Griffie plenair, met het verzoek om dat nog in te plannen vóór het zomerreces.

Dan zijn we hiermee aan het einde gekomen van dit commissiedebat over het geneesmiddelenbeleid. Ik dank iedereen hartelijk voor zijn inbreng. Ik

dank de Minister voor haar aanwezigheid. Ik dank de griffier, de Dienst Verslag en Redactie en de bode voor de ondersteuning. Ook hierachter zat nog een dame alleen te werken. Ik dank haar ook voor de digitale ondersteuning. U allen hartelijk dank!

Sluiting 21.12 uur.