

Tweede Kamer, Hulp- en geneesmiddelenbeleid

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT

Concept

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 30 mei 2024 overleg gevoerd met mevrouw Dijkstra, minister voor Medische Zorg, over:

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 september 2022 inzake beschikbaarheid medische hulpmiddelen en in-vitrodiagnostica (32805, nr. 146);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 september 2022 inzake reactie op het verzoek van het lid Agema, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 6 september 2022, over tekorten aan medische materialen in ziekenhuizen, verpleeghuizen en de thuiszorg (32805, nr. 149);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2022 inzake onderzoeken leveringszekerheid medische producten en beleid 2023 (29477, nr. 794);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 februari 2023 inzake reactie Gezondheidsraadadvies getiteld Verduurzaming van hulpmiddelen in de zorg (32805, nr. 157);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 maart 2023 inzake beschikbaarheid medische producten (29477, nr. 806);
- de brief van de minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 5 juli 2023 inzake reactie op verzoek commissie over de brief inzake vergoeding van psychosociale hulphond via UWV, zorgverzekeraar of gemeente (32805, nr. 169);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 maart 2023 inzake reactie op verzoek commissie over Vereniging Afbouwmedicatie met betrekking tot concept "Multidisciplinair document 'Afbouwen overige antidepressiva'" (MDOA) (29477, nr. 808) ;
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 maart 2023 inzake prijsonderhandelingen Trodelvy (29477, nr. 811);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 maart 2023 inzake voortgang financiële arrangementen geneesmiddelen 2022 (29477, nr. 810);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 april 2023 inzake antwoorden op vragen commissie over de voortgang medicinale cannabisbeleid (Kamerstuk 29477-802) (29477, nr. 813);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 april 2023 inzake Beneluxa-onderhandeling Libmeldy (29477, nr. 827);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 april 2023 inzake sluisandidaten tweede helft 2023 (29477, nr. 812);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 maart 2023 inzake voortgang medicinale cannabisbeleid (29477, nr. 802);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 mei 2023 inzake reactie op verzoek commissie inzake de petitie Red levens, vernietig geen bruikbare medicijnen (29477, nr. 830);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 mei 2023 inzake reactie op verzoek commissie over de brandbrief ALS patiëntenvereniging met betrekking tot moties over geneesmiddelenbeleid ALS-patiënten (29477, nr. 831);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 mei 2023 inzake reactie op verzoek commissie op het bericht "1 op de 6 gebruikers van medicijnen heeft daarover geen contact met zorgverlener" (29477, nr. 829);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juni 2023 inzake reactie op verzoek commissie over de petitie van Hoofdpijnnet met ervaringsverhalen van migraine- en hoofdpijnpatiënten (29477, nr. 835);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 juni 2023 inzake ex-postevaluatie geneesmiddelenvisie (29477, nr. 839);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 juli 2023 inzake voortgang beschikbaarheid medische producten (29477, nr. 845);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 juli 2023 inzake afschrift reactie van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) over de indeling van bepaalde zelfzorggeneesmiddelen (29477, nr. 841);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 juli 2023 inzake afschrift brief aan de Europese Commissie ten behoeve van draagvlak voor heruitgifte van geneesmiddelen (29477, nr. 850);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 juli 2023 inzake prijsonderhandelingen over het geneesmiddel Minjuvi (29477, nr. 846);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 juni 2023 inzake therapeutische toepassing van psychedelica (29477, nr. 840);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 december 2023 inzake antwoorden op vragen commissie over therapeutische toepassing van psychedelica (Kamerstuk 29477-840) (29477, nr. 860);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2023 inzake update doorlooptijden geneesmiddelen en routes tot pakkettoelating (29477, nr. 862);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2023 inzake extramurale farmaceutische zorg (29477, nr. 864);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2023 inzake visie op geneesmiddeleninformatie voor zorgverleners (29477, nr. 861);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2023 inzake antwoorden op vragen commissie over de brief inzake naar een toekomstbestendig stelsel voor de vergoeding van nieuwe dure geneesmiddelen uit het basispakket (Kamerstuk 29477-838) (29477, nr. 863);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 juni 2023 inzake naar een toekomstbestendig stelsel voor de vergoeding van nieuwe dure geneesmiddelen uit het basispakket (29477, nr. 838);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 december 2023 inzake update verkoop Intravacc B.V. (34951, nr. 15);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 december 2023 inzake voortgang beschikbaarheid medische producten (29477, nr. 865);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 december 2023 inzake stimuleren innovatieve geneesmiddelenontwikkeling (29477, nr. 867);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 januari 2024 inzake stand van zaken afbouwmedicatie antidepressiva januari 2024 (29477, nr. 868);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 januari 2024 inzake analyse earlyaccessprogramma's voor geneesmiddelen in andere landen (29477, nr. 869);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 januari 2024 inzake vergoeding Libmeldy per 19 januari 2024 (29477, nr. 870);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 november 2023 inzake sluiskandidaten eerste helft 2024 (29477, nr. 858);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 november 2023 inzake reactie op verzoek commissie inzake de opzet van de periodieke rapportage geneesmiddelen, medische technologie en lichaamsmateriaal (32772, nr. 38);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 december 2023 inzake samenwerking Nederland-India (36180, nr. 90);
- de brief van de minister van Buitenlandse Zaken d.d. 1 december 2023 inzake fiche: Commissiemededeling aanpak medicijntekorten in de EU (22112, nr. 3846);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 september 2023 inzake bestendigen prepzorg (32239, nr. 13);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 maart 2023 inzake reactie op de motie van het lid Tielen c.s. over standaard uitzetten hoe strategische onafhankelijkheid geborgd wordt bij de verkoop van deelnemingen (Kamerstuk 34951-13) (28165, nr. 389);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 augustus 2023 inzake onderzoeksrapport Kwalitatieve verdieping analyse hiaten geneesmiddelenontwikkeling (29477, nr. 852);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 augustus 2023 inzake voortgangsrapportage voorwaardelijke toelating weesgeneesmiddelen, conditionals en exceptionals, verlenging ataluren en beëindiging VT/opname basispakket NTRK-remmers (29477-851);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 september 2023 inzake beleidswijziging voorwaardelijke toelating van geneesmiddelen tot het basispakket van de zorgverzekering (29477, nr. 857);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 april 2024 inzake verkoop en overdracht aandelen Intravacc B.V. aan FDI Biosciences B.V. (34951, nr. 17);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 13 mei 2024 inzake reactie op verzoek commissie over de prijsonderhandelingen over het medicijn Kaftrio (29477, nr. 887);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 21 mei 2024 inzake reactie op verzoek commissie over een update over het geneesmiddel Kaftrio (29477, nr. 890);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 16 mei 2024 inzake voortgang beschikbaarheid medische producten (29477, nr. 889);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 december 2023 inzake monitor pakketmaatregel vitamine D (29477, nr. 866);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 december 2023 inzake reactie op de Nederlandse Kanker Agenda (32793, nr. 708);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 13 maart 2024 inzake continuering sluisplaatsing Tecartus (29477, nr. 882);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 16 april 2024 inzake reactie op de motie van het lid Claassen over een centraal nooddepot voor schaarse generieke medicatie (Kamerstuk 29477-879) (29477, nr. 885);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 11 april 2024 inzake voortgang pakketbeheer van dure geneesmiddelen (29477, nr. 883);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 15 april 2024 inzake uitfasering pfas in medische producten (35334, nr. 294);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 12 april 2024 inzake reactie op verzoek commissie over een afschrift van de brief aan de patiëntenvereniging Spierziekten Nederland over het verzoek tot brede beschikbaarheid van het geneesmiddel Evrysdi (risdiplam) tegen de spierziekte spinale musculaire atrofie (SMA) (29477, nr. 884);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 13 mei 2024 inzake Pallasproject: stand van zaken medische isotopen en aanbieding basisrapportage nieuwbouwprogramma (33626, nr. 24);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 14 mei 2024 inzake eindrapport over medicatiegebruik bij ouderen (29477, nr. 888);
- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 22 april 2024 inzake sluisplaatsing tweede helft 2024 (29477, nr. 886);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 juli 2023 inzake verslag van een schriftelijk overleg over afstel GVS-modernisering (Kamerstuk 29477-832) (29477, nr. 847);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 mei 2023 inzake afstel GVS-modernisering (29477, nr. 832);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 augustus 2022 inzake voornemen Stichting Sanquin Bloedvoorziening tot verkoop van dochteronderneming Sanquin Reagents B.V. (29447, nr. 76);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 september 2022 inzake advies Gezondheidsraad rond testen bloeddonaties (29447, nr. 77);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 oktober 2022 inzake reactie op verzoek commissie op het artikel in Het

- Financieele Dagblad over Gilde koopt testbedrijf bloedbank Sanquin (29447, nr. 78);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2022 inzake verruiming leverancierskrediet Sanquin-Prothya (29447, nr. 80);**
 - **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 januari 2023 inzake antwoorden op vragen over de actualiteitenbrief bloedvoorziening 2022 (29447, nr. 81);**
 - **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 november 2022 inzake actualiteitenbrief bloedvoorziening 2022 (29447, nr. 79);**
 - **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 maart 2023 inzake donorselectiebeleid MSM (mannen die seks hebben gehad met een andere man) (29447, nr. 82);**
 - **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 december 2023 inzake donorvragenlijst van Stichting Sanquin Bloedvoorziening (29447, nr. 83);**
 - **de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 13 mei 2024 inzake stand van zaken bloedvoorziening (29447, nr. 84).**

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

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

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

Voorzitter: Agema
Griffier: Heller

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Agema, Bushoff, Claassen, Daniëlle Jansen, Krul, Paulusma en Tielen,

en mevrouw Dijkstra, minister voor Medische Zorg.

Aanvang 10.00 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen. Ik open dit commissiedebat van de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit commissiedebat gaat over het hulp- en geneesmiddelenbeleid, maar ook over de bloedvoorziening. Er staat een bijzonder groot aantal punten op de agenda.

Ik heet mijn collega's van harte welkom. Meneer Bushoff van GroenLinks-PvdA, meneer Claassen namens de PVV, mevrouw Jansen namens NSC. Naast mevrouw Jansen zit zo direct mevrouw Tielen, zij spreekt namens de VVD. Meneer Krul spreekt namens het CDA en mevrouw Paulusma namens D66.

Ik heet de minister voor Medische Zorg van harte welkom.

We hebben veel publiek op de tribune. Er is zelfs een tweede zaal ingericht. Dat laat ook maar zien hoeveel waarde er wordt gehecht aan het debat dat wij vandaag voeren.

Ik stel mijn collega's voor om negen interrupties toe te staan in het gehele debat, dus bij elkaar en bij de minister. U kunt ze er in één keer uitgooien of ze per keer doen.

Ik geef als eerste het woord aan mijn collega Bushoff. Hij spreekt namens GroenLinks-PvdA.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik zal vandaag ingaan op twee punten: de tekorten van generieke medicijnen en de schandalig hoge prijzen van dure geneesmiddelen.

Laat ik met dat laatste punt beginnen. Ik noem enkele voorbeelden om daar wat inkleuring aan te geven. Het middel CDCA kostte €0,28. De prijs werd verhoogd naar €140 per stuk. Het middel Cystadrops kostte zo'n €20 en de prijs werd verhoogd naar €1.000. Het middel Lutetium-DOTATATE kostte zo'n €3.000 en de prijs werd verhoogd naar ruim €19.000. Om nog wat meer cijfers te geven: deze laatste fabrikant haalde daarmee in 2023 een winstmarge van bijna 19% en in de jaren daarvoor van 29%. Er werd maar liefst ruim 6 miljard euro aan aandeelhouders uitgekeerd en bijna 2 miljard aan eigen aandelen ingekocht. Dit soort cijfers laat zien dat de farmaceutische industrie ons een sprookje voorhoudt dat hoge winstmarges nodig zijn om de kosten voor onderzoek en ontwikkeling te kunnen bekostigen. Dit sprookje is inmiddels wel doorgeprikt.

Ik wil een rechtstreekse oproep doen aan de farmaceutische industrie: stop met recht praten wat krom is over de rug van patiënten en het publieke belang en ga op zoek naar het moreel kompas. Ik weet zeker dat als dat moreel kompas wordt gevonden, er ook een andere route is om te komen tot eerlijke medicijnprijzen. Ik vraag de minister hoe zij naar die andere route kijkt. Ik noem bijvoorbeeld de route om de prijzen van medicijnen te baseren op de daadwerkelijke kostprijs van een medicijn, plus de kosten voor ontwikkeling, onderzoek en niet naar de markt gebrachte medicijnen, plus nog een redelijke winstmarge. Zelfs over dat laatste punt valt met GroenLinks-PvdA nog te spreken. Ik ben benieuwd hoe de minister kijkt naar dit cost-based++-model om te komen tot eerlijkere prijzen van dure geneesmiddelen.

Ik ben ook benieuwd hoe de minister kijkt naar bijvoorbeeld de bevoegdheid om dwanglicenties af te geven, en naar het overhevelen van die bevoegdheid van EZK naar VWS zodat er niet alleen met een economische bril naar wordt gekeken, maar ook met een publiekbelangbril en een volksgezondheidbril. Ik vraag de minister hoe zij aankijkt tegen de voorwaardelijke toelating van geneesmiddelen tegen een lager instaptarief om vervolgens in de praktijk eerst nog te kunnen onderzoeken wat de daadwerkelijke effectiviteit en de beste toepasbaarheid van dat middel is. Daarna kan worden gekomen tot een definitieve prijsafpraak, die dan is gebaseerd op de effectiviteit en toepasbaarheid van dit middel. Hoe kijkt de minister hiernaar? Tot zover een aantal concrete maatregelen die volgens mij nodig zijn om die schandalig hoge prijzen van dure geneesmiddelen tegen te gaan.

Dan heb ik nog het punt over de tekorten van generieke geneesmiddelen. Natuurlijk is het nodig dat we daarvoor de productie meer in eigen hand nemen, in Nederland maar ook in Europa. Maar dat is meer een langetermijnoplossing. Voor een kortetermijnoplossing is het nodig dat het preferentiebeleid wordt aangepast. Dat kan vernieuwend klinken uit de mond van de Partij van de Arbeid, want wij waren een van de grondleggers, een van de grote voorstanders van het preferentiebeleid. Het heeft ons veel opgeleverd. Het heeft miljoenen bespaard. We zijn ook nog steeds voorstander van het preferentiebeleid, maar op een enkel punt moet het wel aangepast worden. Bij tekorten en bij dreigende tekorten moet het preferentiebeleid toch worden opengebroken zodat meerdere aanbieders hun medicijn op de markt kunnen aanbieden en dit medicijn vergoed wordt. Ik ben benieuwd of de minister bereid is om hiernaar te kijken en dit te gaan doen, omdat dit op korte termijn een oplossing is voor het geneesmiddelentekort van generieke medicijnen.

Tot zover.

De voorzitter:

Er zijn een paar vragen. Mevrouw Tielen namens de VVD.

Mevrouw Tielen (VVD):

GroenLinks-PvdA pleit ervoor om tijdens tekorten of dreigende tekorten het preferentiebeleid te verruimen. We zien dat nu al een aantal registraties van middelen wordt ingetrokken. Het klinkt als "dan pakken we iets anders uit de kast en is er een alternatief", maar dat kan dan niet omdat die middelen niet meer in Nederland geregistreerd zijn. Hoe ziet GroenLinks-PvdA dat?

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Ik denk dat het daarom zinvol is om die mogelijkheid niet alleen bij tekorten, maar juist ook bij dreigende tekorten te bieden. Ik verwacht dat dan meer fabrikanten bereid zullen zijn hun middel wél op de markt te houden. Dan kun je die tekorten sneller tegengaan. Volgens mij zijn daar al enkele mogelijkheden toe binnen het huidige preferentiebeleid. Ik denk dat die mogelijkheden beter benut moeten worden. Waar dat niet kan, vraag ik de minister of zij bereid zou zijn om inderdaad het preferentiebeleid op dat punt aan te passen.

De heer Claassen (PVV):

Het is goed om te horen dat GroenLinks-PvdA nu eindelijk ook voelt dat het preferentiebeleid op deze manier niet langer houdbaar is. We hebben tot twee keer toe een motie ingediend om het preferentiebeleid aan te passen naar twee of meer preferente middelen. Uw partij heeft daar toen tegengestemd. Wat heeft u in de afgelopen weken — want over die tijd hebben we het — doen besluiten er anders naar te kijken?

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Voor de volledigheid: het preferentiebeleid heeft ons ook heel veel opgeleverd. Het heeft ons honderden miljoenen aan geneesmiddelenuitgaven bespaard. Dat zijn honderden miljoenen die ingezet kunnen worden voor andere zorg en die niet vloeiden naar de zakken van deze geneesmiddelenproducenten. Ik denk dat het preferentiebeleid op zichzelf heel veel heeft opgeleverd. Het moet niet volledig overboord worden gegooid of generiek opzij worden gezet, zoals beschreven in de moties die u net noemde, maar het

moet wel worden aangepast op het moment dat er tekorten zijn of dreigen. Dan kun je kijken of het preferentiebeleid opengebrouwen kan worden op die specifieke punten. Ik denk dat dat wel zinvol is. Het lijkt mij niet verstandig om het generieke preferentiebeleid overboord te zetten of voor alle middelen het preferentiebeleid open te breken.

De heer **Claassen** (PVV):

Dat is niet helemaal de juiste voorstelling van zaken. De moties gingen niet over het afschaffen van het preferentiebeleid. Ze gingen erover dat op z'n minst twee of drie preferente leveranciers zouden worden toegekend. U moet het toch met mij eens zijn dat — dit werd net ook aangekaart door de collega van de VVD — als meer leveranciers weten dat ze medicijnen aan de markt kunnen gaan leveren, zij zich niet uit de markt zullen terugtrekken. Dat is ook een positieve bijdrage aan het voorkomen van een geneesmiddelentekort. Ik hoop oprecht dat als de PVV de motie binnen een halfjaar voor de derde keer gaat aanbieden, de heer Bushoff er dan wel in mee wil gaan.

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

Voor de volledigheid: volgens mij zijn er al afspraken gemaakt tussen de fabrikanten en de verzekeraars om te zeggen dat er vaker concessies worden gedaan en dat er tenders worden uitgeschreven door onder andere verzekeraars zodat meer aanbieders van geneesmiddelen kans maken op een vergoeding voor hun medicijnen. Ik denk dat dit al een aantrekkelijke stap is om als fabrikant een middel wel op de markt te houden. Daarnaast denk ik dat het een toegevoegde waarde heeft om nog een extra stap te zetten en het preferentiebeleid open te breken voor de middelen waar tekorten aan zijn of waar tekorten aan dreigen. Dat is anders dan waar u nu voor pleit, namelijk het preferentiebeleid in den brede voor alle middelen openbreken en voor alle middelen meer fabrikanten toe te staan. Ik denk dat je dan afstand neemt van het hele preferentiebeleid en dat we dat nog niet moeten doen. We moeten het preferentiebeleid in stand houden waar het goed gaat en verbeteren waar het beter kan. Dat laatste is op het punt van bestaande of dreigende tekorten. GroenLinks-PvdA stelt concreet voor het preferentiebeleid op die punten open te breken.

De heer **Krul** (CDA):

Toch nog één vraag daarop. Ik hoor de heer Bushoff een goede stap maken. Ik denk dat we nog iets dichter bij elkaar kunnen komen. Wat zou nou de reden zijn voor een niet-preferente fabrikant, die geen tender heeft, om te gaan zitten wachten op een dreigend tekort? Dat is toch eigenlijk een situatie waarin geen enkele fabrikant levensvatbaar is? Ik ben benieuwd hoe de heer Bushoff dit ziet. U beschrijft een situatie waarin fabrikanten die niet getenderd zijn gaan wachten op een dreigend tekort om vervolgens te gaan leveren. Dat gaat natuurlijk niet gebeuren. Zou er niet nog een extra stap gezet moeten worden?

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

Zoals ik het heb begrepen, zullen er voortaan vooral contracten zijn met een maximale duur van twee jaar. Het is dan voor alle fabrikanten mogelijk om tussentijds hun middel alsnog op de markt te houden, omdat ze kans maken om ook toegelaten te worden tot de markt. Bovendien zetten wij bij dreigende en daadwerkelijke tekorten een extra stap door te zeggen dat we het preferentiebeleid gaan opschorten, meerdere aanbieders gaan toelaten en meerdere aanbieders een vergoeding van het medicijn geven dat zij dan op de markt hebben. Ik moet eerlijk bekennen dat het in één keer helemaal afstappen van het preferentiebeleid mij niet wenselijk lijkt. Volgens mij moeten we met

z'n allen op zoek gaan naar hoe we dat preferentiebeleid op punten kunnen verbeteren. Ik denk dat de verbeteringen die ik hier schets stappen zijn in de goede richting. Ik denk dat recentelijk al een aantal stappen is gezet. Gisteren, eergisteren of de afgelopen weken is hierover overleg geweest tussen andere verzekeraars en de aanbieders van medicijnen. Zij hebben een aantal goede stappen gezet. Ik ben benieuwd of u die stappen kent en of u daarover een oordeel heeft. Daar bovenop pleit GroenLinks-PvdA voor een extra stap, namelijk het openbreken van het preferentiebeleid op het moment dat er tekorten zijn of dreigen. Ik denk dat dit de weg vooruit is. Ik ben ook benieuwd hoe de minister daarnaar kijkt.

De voorzitter:

Dit is onze lange bel dus dan wachten we altijd even.

Mevrouw Paulusma heeft een vraag voor de heer Bushoff.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik kan een heel eind meegaan in de woorden van de heer Bushoff. Dat stemt mij op deze donderdagochtend zeer positief. Ik snap ook de suggestie van het openbreken rondom de tekorten. Die suggesties hebben we ook veel uit het veld gehoord en we zijn allemaal overstroomd met e-mails, maar wat ik vooral heb gehoord aan de rondetafel en heb gelezen in de petitie, is dat er nog veel beter kan in de communicatie. Ik zou nog veel eerder in dit traject druk willen uitoefenen om ervoor te zorgen dat we niet eens op de oplossing van de heer Bushoff hoeven uit te komen. Hij knikt al, maar ik ben eigenlijk benieuwd welke beelden hij daarbij heeft en of hij het hiermee eens is.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Twee dingen. Een: ik ben het in principe eens met mevrouw Paulusma dat we nog veel meer kunnen doen in het op tijd communiceren over dreigende tekorten van medicijnen. We zien dat dit vaak te laat goed wordt gecommuniceerd. We hebben meermaals tijdens het vragenuurtje de vraag gesteld hoe het nou kan dat er een tekort is en waarom de minister dat nog niet wist. Telkens bleek dan dat er bij de juiste instanties, zoals het CBG, en bij de minister pas heel laat bekend was dat er een dreigend tekort van een medicijn zou zijn. Ik denk dat daar zeker winst te boeken valt. Daarnaast is de stap nodig die ik net omschreef. Ik hoop dat mijn collega's ook zien dat het preferentiebeleid heel veel heeft opgeleverd en dat we daar niet volledig in een keer afstand van zouden moeten nemen. We moeten met z'n allen zoeken naar een beter preferentiebeleid dan we nu hebben. Dat heb ik bepleit en ik hoop dat de collega's daar ook voor voelen.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik knikte heel enthousiast, voorzitter.

De voorzitter:

Ja, dat zag ik.

Dan waren dat de interrupties en de inbreng van de heer Bushoff. We gaan nu luisteren naar meneer Claassen. Hij spreekt namens de PVV.

De heer Claassen (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Het medicijn Kaftrio voor de behandeling van patiënten met cystic fibrosis, taaislijmziekte, wordt nog steeds niet vergoed voor patiënten tussen 2 en 6 jaar

oud. Er zijn uiteindelijk drie brieven van de minister aan de Kamer nodig geweest om helderheid te verschaffen en de stand van zaken van de bekostigingsprocedure van dit medicijn te verduidelijken. De eerdere twee brieven hebben voor veel onrust gezorgd bij de ouders en de kinderen die met smart wachten op dit medicijn. Er is zelfs een petitie gestart en er zijn een heleboel belletjes gepleegd. De ouders waren echt ernstig verontrust naar aanleiding van de eerste twee brieven. Ik vraag de minister: wat was de oorzaak van deze miscommunicatie? Speelde de lastige communicatie alleen in deze casus of zien we hier maar een topje van de ijsberg? Wanneer denkt de minister dat het medicijn voor deze groep kinderen beschikbaar is?

Voorzitter. De minister gaf onlangs in haar voortgangsbrief over de aanhoudende medicijntekorten aan dat onze aangenomen motie om een nooddepot aan te leggen niet uitgevoerd zal worden. Ik weet ook dat een nooddepot symptoombestrijding is, maar zolang we niet met elkaar geregeld hebben dat er geen tekorten zijn, is het wel belangrijk. De aangevoerde argumenten zijn de moeilijke uitvoerbaarheid, de hoge kosten en de verstoorde marktwerking. Ik zou graag een toelichting van de minister willen horen op het punt van de verstoorde marktwerking. Wat maakt de uitvoering van deze motie zo moeilijk?

Wat betreft een van de oplossingsrichtingen, het preferentiebeleid, heeft de PVV-fractie nu al twee keer getracht dit beleid met twee moties aan te passen, die twee keer verworpen zijn. Ik voel dat er nu wel draagvlak is om iets met het preferentiebeleid te gaan doen. Ik vraag dan ook om wat meer steun. Het zou goed zijn, naar aanleiding van wat meneer Bushoff heeft verteld, als we daar vandaag of eventueel later met elkaar uit kunnen komen om dit probleem op te lossen.

De PVV is blij dat de minister aan de slag is gegaan met het tekortenprobleem. Ze laat nu zelf extra voorraden aanleggen van schaarse medicijnen en er wordt gewerkt aan een nationaal overzicht van belangrijke, kwetsbare geneesmiddelen. We vinden het verbazend dat het overzicht er nog niet was, omdat er na vragen van de PVV-fractie, ook tijdens het vorige commissiedebat, was toegezegd dat in oktober vorig jaar een lijst van kritische middelen naar de Kamer zou worden gestuurd. Gelukkig krijgen we deze nu voor het zomerreces, als het goed is. Het zou een hele zegen zijn als mensen in het veld eerder wisten dat er een tekortenbesluit was en dat zij daarop konden anticiperen. Dat geeft zowel de praktijk als collega Bushoff aan.

Uit het rondetafelgesprek en de recente hoorzitting bleek dat als medicijnen de sluis overleefd hebben, er alsnog een effectentoets wordt gedaan. Mijn vraag aan de minister is: is dat niet omslachtig en vertragend? Hierdoor is het beoogde medicijn immers nog steeds niet beschikbaar voor de patiënt. Een eerdere motie van collega Maeijer, namelijk de motie op stuk nr. 826 (29477) betreffende een onderzoek naar de vertraging in de postsluisperiode, die overigens unaniem was aangenomen in de Kamer, wacht nog steeds op uitvoering. Ik hoor graag een reactie hierop van de minister.

Voorzitter. Dan het gebruik van statines. Statines zijn het meest voorgeschreven medicijn om het LDL-cholesterolgehalte in het bloed te verminderen. In Nederland krijgen 2 miljoen mensen statines voorgeschreven. Dit gebeurt vaak ook al in de context van de primaire preventie, om te voorkomen dat iemand hart- en vaatproblemen krijgt. De sterftcijfers ten gevolge van hart- en vaatziekten zijn van 2005 tot heden, ondanks veelvuldig gebruik van deze statines, niet significant gedaald. Uit onderzoek is gebleken

dat er 0,4% risicoreductie is wanneer men statines slikt. Dat betekent dat je 217 mensen een statine moet laten slikken om bij 1 persoon een hartinfarct te voorkomen. Ondanks dit gegeven werd in 2019 de streefwaarde voor LDL-cholesterol in de NHG-Standaard verlaagd, dus krijgen mensen nóg sneller een statine voorgeschreven. Kan de minister verklaren waarom dit gebeurd is? Vindt de minister dit een wenselijke ontwikkeling?

Vaak wordt er aan mensen die eenmaal statines krijgen medegedeeld dat zij dit levenslang moeten slikken — zo staat het ook vaak in de beschrijving — terwijl de richtlijn eigenlijk niet zo is. Graag hoor ik van de minister wat het gebruik van statines in Nederland per jaar kost. Wat zijn de geschatte zorgkosten bij de uit de primaire preventie voorgeschreven statines? Als we de vele bijwerkingen en de daarmee gepaard gaande druk op de huisartsenketen namelijk meenemen, ben ik benieuwd wat die preventie eigenlijk nog meer gaat kosten dan wat mensen vanuit een zorgvraag gaan krijgen.

Tot slot. Het is ook een hulpmiddelendebat, dus ik dacht: laat ik proberen om dat onderwerp er ook nog in te gooien. Hulpmiddelen zijn niet altijd goed te verkrijgen. Door de verschillende wetgevingen, voorschriften en daarbij verschillende vergoedingen, is het voor patiënten en voorschrijvers soms een moeilijke weg om ze te verkrijgen. Dit leidt vaak tot een grote werklast voor degenen die de hulpmiddelen bij elkaar proberen te regelen. Mijn vragen aan de minister zijn als volgt. Is dit sinds januari verbeterd? Hoe monitort de minister dat afspraken over goede hulpmiddelenzorg worden nageleefd? In januari is de Stichting Kwaliteitsraad Hulpmiddelen en Zorg van start gegaan. Kan de minister hier al iets over zeggen en de eerste resultaten met de Kamer delen?

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Bushoff heeft nog een vraag.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Ik denk dat het terecht is dat in dit debat ook veel aandacht uitgaat naar de tekorten aan generieke geneesmiddelen. Aan de andere kant hebben we ook nog een ander probleem, namelijk de heel dure geneesmiddelen en de enorm hoge prijzen daarvan. Ik ben benieuwd of de PVV ook ziet dat de komende tijd, de komende maanden of jaren, echt concrete stappen gezet moeten worden om die heel hoge prijzen van dure geneesmiddelen aan banden te leggen en meer transparantie af te dwingen over de prijsopbouw van die dure geneesmiddelen.

De heer Claassen (PVV):

Maandag hebben we daar een uitvoerige hoorzitting over gehad. Ik schrik ook van sommige prijzen. Maar we weten ook dat dat vooral listprijzen zijn en dat de uiteindelijke kosten misschien anders zijn dan wat er werkelijk op papier is neergepend. Ik wil twee dingen zeggen. Ik denk dat we als Kamer wel onderzoek moeten doen naar meer transparantie van de stapeling van de kosten die leidt tot de uiteindelijke prijs. Ik denk dat we daar met elkaar verder onderzoek naar zouden moeten doen. Maar u zei ook "aan banden leggen", wat ik een zware woordkeuze vind. Ik zou er meer een voorstander van zijn om de uitkomsten, in ieder geval die van de hoorzitting, wat meer te duiden met elkaar in een nader te bepalen moment en te kijken wat we kunnen betekenen om die prijzen, en daarmee ook de zorgkosten, wellicht wat te kunnen drukken.

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

Ik ben nog wel benieuwd of de PVV in ieder geval ziet dat wat betreft de hoge winstmarges en de hoge winsten die bijvoorbeeld uitgekeerd worden aan aandeelhouders of die gebruikt worden voor de inkoop van eigen aandelen, er dus ruimte is voor de verlaging van die prijzen. Dat is één. Twee. Misschien kunnen we naast onderzoek doen naar meer transparantie van de hoge prijzen, ook kijken of we tot concrete maatregelen kunnen komen om meer transparantie af te dwingen over de prijsopbouw. Bent u daar dan in ieder geval wel voorstander van?

De heer **Claassen** (PVV):

U geeft aan te willen kijken, onderzoeken of verder verkennen wat dat kan betekenen. Dát zou wel kunnen, alleen als we zouden zeggen "we gaan het nu aan banden leggen", dan heb ik ook begrepen uit het gesprek van afgelopen maandag dat dat consequenties kan hebben die we op dit moment met elkaar niet kunnen overzien. Als ik terugkijk in de tijd, zie ik dat we, volgens mij, regelmatig besluiten hebben genomen. Ik refereer even aan de initiatiefnota Big Farma die hier ooit is voorbijgekomen met allerlei moties. Het effect van de moties die daaruit zijn gekomen en van de initiatiefnota hebben wellicht ook bijgedragen aan het geneesmiddelentekort waar we het vandaag over hebben. Ik zou dus het volgende zeggen. Laten we wat voorzichtig zijn met zeggen "we gaan het aan banden leggen en dat is het standpunt", maar we moeten wel kijken naar waar we het in ieder geval kunnen optimaliseren en transparant kunnen maken.

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

De tekorten aan generieke geneesmiddelen is echt een ander onderwerp dan die heel dure geneesmiddelen. Mijn tweede vraag van zojuist was of u ook ziet dat er ruimte is voor lagere prijzen, gelet op de enorm hoge winstmarges en op de miljarden die soms uitgekeerd worden aan aandeelhouders of die gebruikt worden voor de inkoop van eigen aandelen. Ik heb het over het soort miljarden die niet gebruikt worden voor de ontwikkeling van dure geneesmiddelen, maar die gewoon rechtstreeks naar de zakken van een aantal aandeelhouders of farmaceuten vloeien. Ziet u daar geen ruimte om die prijzen te verlagen?

De heer **Claassen** (PVV):

In mijn vorige antwoord zei ik dat de heer Bushoff het nu brengt als feitelijkheden, alsof het zo is. Als er exorbitante winsten zijn die misschien niet gebruikt worden waarvoor ze zouden moeten worden gebruikt, dan zullen we daar zeker iets mee moeten. Dan vindt u mij aan uw zijde. Maar nogmaals, ik heb begrepen uit de hoorzitting dat de feitelijkheden — althans, de dingen die u beschrijft als feiten — misschien iets anders in elkaar zitten. Daarom zeg ik: laten we daar, op basis van wat we gehoord hebben, nog eens een keer kritisch naar kijken. Als het uitgangspunt is dat de prijzen naar beneden kunnen en dat de middelen, publieke middelen, die wij inzetten goed terecht moeten komen, dan vindt u ons natuurlijk aan uw zijde. Maar de stelligheid waarmee u dat nu brengt ... Ik wil daar toch nog heel even enig voorbehoud voor maken.

De **voorzitter**:

Dat was het. Dan gaan we luisteren naar mevrouw Jansen namens Nieuw Sociaal Contract.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil heel graag ingaan op het tekort aan geneesmiddelen, het

hulpmiddelenprobleem en de dure geneesmiddelen, ook al heb ik maar vier minuten. Ik probeer dus om heel snel te praten.

Allereerst wil ik het hebben over het geneesmiddelentekort. Het probleem is helaas nog steeds niet opgelost. Er is deze week weer een patiëntenpanel geweest. De resultaten laten zien dat meer dan de helft, namelijk 53%, van de medicijngebruikers in Nederland het afgelopen halfjaar last heeft gehad van medicijntekorten en dat het probleem nog steeds alleen maar toeneemt. De gevolgen zijn groot. Patiënten krijgen veel klachten en veel stress. Ook krijgen ze andere klachten door andere medicijnen. Een patiënt gaf aan: "Zonder de injecties kan ik bijna niet lopen en door de pijn mijn handen niet gebruiken. Ik heb dus heel veel hulp nodig. Dat wil ik niet, want ik wil zelfstandig zijn. Ik slaap niet van de pijn." Daarnaast kost het tekort de maatschappij honderden miljoenen. Zoals iedereen zegt, is het geneesmiddelentekort een veelkoppig monster. Dat zorgt er ook voor dat de oplossing niet eenvoudig is. Maar we mogen niet accepteren dat we al jarenlang een alsmaar toenemend geneesmiddelentekort hebben.

Er is nog steeds geen uitzicht op een oplossing. Iedereen die te maken heeft met het tekort denkt mee aan een oplossing, bijvoorbeeld de Landelijke Eerstelijns Farmacie, Patiëntenfederatie Nederland en de apothekersvereniging KNMP. Maar wie heeft de regie, vraag ik de minister. De minister heeft eerder aangegeven dat zij alle urgentie voelt om alles te doen om medicijntekorten te voorkomen en dat er wordt gekeken naar suggesties die vanuit het veld worden gedaan. Kan de minister bevestigen dat alle suggesties worden overwogen? Zijn alle voorstellen en de voorgelegde alternatieven, bijvoorbeeld die van de KNMP en van de Landelijke Eerstelijns Farmacie, serieus overwogen en zijn veelbelovende alternatieven ook uitgewerkt? Of moet de minister bekennen dat er niet veel gedaan is met die voorstellen? Kan de minister hier een toelichting op geven?

Ook wil ik nogmaals ingaan op de zorgplicht van zorgverzekeraars. Het is wettelijk vastgelegd dat zorgverzekeraars ervoor horen te zorgen dat iedere verzekerde binnen een redelijke tijd en afstand de zorg kan krijgen die nodig is. Is de minister het met me eens dat de leveringszekerheid en beschikbaarheid van de door zorgverzekeraars aangewezen preferente medicijnen ook onder de zorgplicht vallen? Is de minister bereid in te grijpen als zorgverzekeraars hun zorgplicht op dit vlak niet nakomen? Zou het volgens de minister helpend zijn om beleid en wetgeving aan te passen die zorgverzekeraars verplichten om aan hun zorgplicht te voldoen, bijvoorbeeld met regels over de toegankelijkheid, leveringszekerheid en beschikbaarheid van de door hen preferente geneesmiddelen?

Ten tweede wil ik kort ingaan op de problemen bij de levering van hulpmiddelen. De huidige regelgeving en afspraken met zorgverzekeraars beperken apotheken in het leveren van hulpmiddelen, terwijl er wel behoefte aan is. De centrale levering door landelijke groothandels veroorzaakt vaak grote problemen, vooral voor kwetsbare groepen. Landelijke groothandels kunnen vaak niet direct en niet in kleine porties leveren, wat tot schrijnende situaties leidt. Bij een werkbezoek aan een apotheek hoorde ik bijvoorbeeld dat patiënten soms huilend aan de balie staan, dat patiënten met kranten als geïmproviseerd incontinentiemateriaal naar de apotheek komen of dat patiënten langer in het ziekenhuis moeten blijven omdat de benodigde hulpmiddelen nog steeds niet beschikbaar zijn. Ook komt het voor dat na het overlijden van een patiënt dozen vol hulpmiddelen worden aangetroffen omdat groothandels vaak veel te veel leveren, wat

leidt tot enorme verspilling. Voor zorgverleners betekent dit een grote belasting, omdat ze veel tijd kwijt zijn aan het proberen te regelen van hulpmiddelen voor patiënten. Daarnaast leveren ze deze hulpmiddelen vaak op eigen kosten om de patiënt toch te kunnen helpen. Hoe staat de minister tegenover het idee om apotheken weer de mogelijkheid te geven om zelf hulpmiddelen te leveren, om zo verspilling tegen te gaan en betere zorg aan kwetsbare patiënten te kunnen leveren?

Tot slot wil ik ingaan op de dure geneesmiddelen. Door het rondetafelgesprek en de hoorzitting is mij duidelijk geworden dat transparantie van de prijs en de prijsopbouw essentieel is om grip te krijgen op de steeds duurder wordende innovatieve medicijnen. Ik vind het niet meer dan logisch dat bedrijven om te beginnen transparant moeten zijn over het gedeelte van de research-and-developmentkosten, de publieke financiering en die van non-profitorganisaties. Is de minister het met me eens dat deze informatie, wanneer verstrekt op een toegankelijke, volledige en tijdige manier, de overheid helpt bij de prijsonderhandelingen om zo de prijs in de hand te houden en de verdringing van zorg tegen te gaan?

Tot zover.

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Jansen. Zijn er nog vragen? Meneer Claassen heeft een vraag.

De heer **Claassen** (PVV):

Als het gaat over de tekorten aan geneesmiddelen is de PVV-fractie er eigenlijk altijd van overtuigd geweest dat het preferentiebeleid een belangrijke schakel is om daar iets aan te doen. Collega Bushoff gaf daar ook een opening voor. Ik heb u daar niet over gehoord. Hoe kijkt u ondertussen, nu steeds meer duidelijk wordt dat dit een probleem is, naar het huidige preferentiebeleid? Bent u bereid om samen met ons, de PVV-fractie, te kijken hoe we dat preferentiebeleid zouden kunnen wijzigen?

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Ik ben het allereerst met de heer Bushoff eens dat het preferentiebeleid jaren geleden heel veel goeds heeft opgeleverd, maar we moeten wel vaststellen dat het preferentiebeleid nu aardig is doorgeschoten en dat het een van de oorzaken is van de huidige tekorten. Ik ben zeker voor het aanpassen van het preferentiebeleid, maar ik ben het eens met de heer Bushoff dat je goed moet nagaan hoe de balans moet zijn en in welke vorm het moet plaatsvinden. Ik weet bijvoorbeeld dat de apothekersvereniging de minister een jaar geleden voorstellen heeft gegeven over hoe je in bepaalde noodsituaties iets meer kunt spelen met het preferentiebeleid, zodat je dit bijvoorbeeld kunt behouden voor de geneesmiddelen waar het wel werkt, maar wel drastisch aanpakt voor de tekorten.

De heer **Claassen** (PVV):

Daar zit de crux, en daar zit ook de crux bij het voorstel van GroenLinks-PvdA. Op het moment dat je gaat zeggen dat andere leveranciers ook de markt op kunnen als er een tekort dreigt, dan ben je veel te laat. In de kern moet je dat dus voor zijn. Het moet de leverancier dan heel duidelijk zijn dat er meerdere leveranciers zijn die op die markt twee jaar lang kunnen opereren en dat er dus niet uit één kast medicijnen kunnen worden gegrepen, maar dat in een andere kast dezelfde stof ligt die de mensen beter kan maken. De vraag die ik aan NSC heb, is: wilt u dat deel dat de heer Bushoff

benoemde dan in ieder geval loslaten? Het moet niet gaan om het preferent maken op het moment dat er schaarste dreigt of is, want dan zijn we te laat. Het voorstel van de PVV-fractie zou zijn om dat aan de voorkant goed te regelen.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Ik denk niet dat het tot een oplossing gaat leiden als je aan één knop, bijvoorbeeld het preferentiebeleid, gaat draaien. Hoe je dat preferentiebeleid gaat aanpassen, moet mijns inziens dus een onderdeel zijn van een heel pakket aan maatregelen, waarbij je inderdaad ook rekening houdt met de problemen waar je tegen aanloopt als je het preferentiebeleid bijvoorbeeld alleen bij acute of dreigende tekorten loslaat. Mijns inziens kunnen de mensen vanuit het veld het beste oordelen over die voorstellen. Die hebben het meeste zicht op wat er kan gebeuren. Er liggen dus voorstellen voor hele pakketten over hoe je kunt omgaan met het preferentiebeleid en wat je in welke situatie moet doen. Aan één knop draaien is dus niet een oplossing. Het moet een heel pakket zijn en dat pakket moet op elkaar ingespeeld zijn.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Mevrouw Jansen zei aan het eind dat het veld heel goed weet wat er moet gebeuren. Zeker naar aanleiding daarvan dacht ik: wij moeten de politieke keuze maken, want niet alles wat ons aangedragen wordt, kan. Ik was in het hele verhaal op zoek naar welke keuze NSC bereid is te maken om ervoor te zorgen dat dit dossier verder op gang komt. Het gaat dus niet om de suggesties vanuit het veld, maar om welke keuze NSC bereid is te maken in dit dossier.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Wij willen zeker werken aan het preferentiebeleid. Dat moet anders dan het nu is. Dat is één ding dat duidelijk is. Verder gaf ik in mijn verhaal ook aan dat ik vind dat de zorgverzekeraars een duidelijkere rol moeten hebben en dat die zorgplicht er niet voor niets is. Het is nu onduidelijk of het tekort aan geneesmiddelen onderdeel is van die zorgplicht. Het probleem moet bij de juiste mensen terecht komen, dus waar het hoort. Ik ben het helemaal met mevrouw Paulusma eens dat wij de politieke keuzes moeten maken, maar ik wil vooralsnog voor het grootste deel leunen op de mensen uit het veld, omdat zij het meeste gevoel hebben voor wat er misgaat.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Daar sla ik toch een beetje op aan, want dit vak gaat over kiezen. Niet alles kan. Wij zullen zeker in dit dossier, waar misschien wel te lang niet in gekozen is, keuzes moeten maken. Die gaan over dure geneesmiddelen, het preferentiebeleid, de EMA en weesgeneesmiddelen. Mevrouw Jansen zegt ook: er zijn meerdere knoppen om aan te draaien. Ik ben nog steeds heel benieuwd welke keuze NSC bereid is te maken. Ik heb namelijk ook het idee dat meneer Claassen daar een beetje naar op zoek is. Hoe kunnen we samen de volgende stappen zetten? Het is dan wel nodig om te weten wat NSC bereid is te doen in dit dossier.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Nogmaals, NSC is bereid om naar het preferentiebeleid te kijken. Verder denk ik dat we op den duur — dat zijn langetermijnoplossingen — moeten kijken of we minder afhankelijk kunnen worden van landen buiten Europa. De productie zou wat NSC betreft dichterbij moeten, bijvoorbeeld in Europa. Dat zijn al twee onderdelen waarin NSC bereid is om keuzes in te maken.

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

Op het punt van de tekorten van generieke geneesmiddelen, meer productie in Europa en kijken naar waar het preferentiebeleid verbeterd kan worden, sloten volgens mij de betogen van NSC en Groenlinks-PvdA in dit geval best aan. Ik ben nog wel even benieuwd naar de dure medicijnen. We kunnen in de Kamer debatteren over de mate waarin je vindt dat het gerechtvaardigd is dat er hoge winsten worden behaald en je het acceptabel vindt dat sommige prijzen van medicijnen enorm worden verhoogd. Ik hoop toch dat er in ieder geval een soort gezamenlijke basis in de Kamer te vinden is waarbij we zeggen: er moet in ieder geval een eerlijke prijs betaald worden voor dure geneesmiddelen en daarvoor is veel meer transparantie nodig. Bent u dat met mij eens?

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Daar ben ik het helemaal mee eens. Het is mij tijdens de hoorzitting duidelijk geworden dat die transparantie volledig ontbreekt en daar ben ik helemaal niet blij mee. De hele maatschappij heeft volgens mij ondertussen het gevoel dat er iets scheef gaat en dat er te hoge winsten worden gemaakt. Ik ben dus honderd procent voor meer transparantie van de prijsopbouw.

De **voorzitter**:

Dat was het? Dan gaan we luisteren naar mevrouw Tielen. Ze spreekt namens de VVD.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Miljoenen Nederlanders gebruiken dagelijks medicijnen. Het zijn vaak slimme innovaties die zijn verpakt in een klein tabletje of een kleurige capsule. De middelen genezen mensen, verminderen hun klachten of zorgen dat ze niet echt ziek worden. Wat ze voor elkaar krijgen, is soms bijna magisch. De agenda van dit debat — meerderen zeiden het al — is heel lang. Ik wil nu eerst wat voorstellen doen om de tekorten te helpen verminderen. Dan ga ik verder met de procedures rondom dure medicijnen en aan het eind heb ik nog drie losse vragen.

Geneesmiddelen zijn dus fantastisch. Ik wil daarom eerst hulde brengen aan de medische wetenschap en innovatie. De waarde van medicijnen voor patiënten, maar ook voor het verlichten van de werkdruk in de zorg, kan enorm zijn. Het is niet makkelijk om medicijnen te ontwikkelen, te produceren en te vermarkten. De VVD zou willen dat Nederland aantrekkelijk is op dit gebied. Dat betekent dat er in Nederland een goed ecosysteem voor geneesmiddelenontwikkeling en -distributie zou moeten zijn. Ik vraag me af wat de minister daarvan vindt en of ze tevreden is over de positie van Nederland. Na het plenaire debat dat we in maart hadden over de medicijntekorten, werd een motie van mijn hand aangenomen die om een soort nationale apothekerskast vroeg. Er is een strategie nodig voor medicijnbeschikbaarheid met daarin aandacht voor de tekorten, de onafhankelijkheid, het vestigingsklimaat in Nederland en een evenwichtiger preferentiebeleid. Ik weet niet of iemand al turft hoe vaak dat woord is gezegd? Kan de minister vertellen en laten weten wat er tot nu toe met mijn motie is gedaan?

Als het om generieke medicijnen gaat, heb ik in meerdere debatten en ook in de genoemde motie gevraagd om naar het preferentiebeleid te kijken via de zorgverzekeraars, bijvoorbeeld door inderdaad niet één maar twee of drie preferenten toe te staan. Hoe staat het daarmee? Is de minister bereid om, zoals bijvoorbeeld in Duitsland gebeurt, middelen voor kinderen uit te sluiten van het beleid via het

preferentiebeleid? Graag een toezegging daarop.

Ook wil ik graag dat de standaard uitgifteperiode van medicijnen wordt verlaagd. Nu is de standaard drie maanden. Ooit was dat twee weken en daarna een maand. Is de minister bereid vast te leggen dat de standaard omlaag gaat? Wat is volgens haar een zinnige standaard? Graag een toelichting.

In de werkbezoeken en gesprekken verbaas ik me daarnaast over de standaard verpakkingsgroottes en de onmogelijkheid om makkelijk om te pakken vanuit bulkverpakkingen. Kan de minister in kaart brengen wat mogelijk is en wat nodig is om daarin wet- en regelgeving aan te passen? Het kan naast het voorkomen van tekorten ook veel afval voorkomen. Graag een toezegging.

Voorzitter. Dan ga ik verder met de dure geneesmiddelen. We hadden er afgelopen maandag met vier Kamerleden een bijzonder interessante hoorzitting over. Vanuit de wetenschap en de praktijk is een aantal suggesties gedaan om de beschikbaarheid en de prijs-kwaliteit te verbeteren, onder andere via de sluisprocedure. Ik benoem er graag een paar. Is de minister bijvoorbeeld bereid om de eisen van de registratievergoedingsdossiers uit te breiden? Het is niet voor het eerst dat er wordt gevraagd om transparantie van bijvoorbeeld de prijsopbouw. Het lijkt me best wel interessant om daar eens wat op door te gaan. Wij hoorden maandag dat dit in Italië wettelijk mogelijk is gemaakt. Weet de minister daarvan? Kan de minister toezeggen om die Italiaanse wet wat nader te analyseren en voor de Nederlandse situatie in kaart te brengen wat de voordelen daarvan zouden kunnen zijn? Sommige farmaceutische bedrijven dienen al vroeg in het proces een proefdossier in, maar de meeste doen dit niet. Kan de minister in overleg met de industrie tot meer afstemming en overleg komen over proefdossiers en procedures en komen tot afspraken over doorlooptijden? Soms wordt er gezegd dat het aan de overheidskant ligt, maar ik denk dat er aan beide kanten wel wat verbeterd kan worden. Ik benoem ook niet voor het eerst de kwaliteit van leverdata als voorwaarde voor medicijnen. Kan de minister verkennen hoe het mogelijk is om die data te standaardiseren en mee te nemen in de registraties?

Verder ben ik erg benieuwd naar de plannen van bijvoorbeeld PharmaNL en andere medischewetenschapsinvesteringen. Kan de minister in gesprek gaan met de branche van zowel de generieke als de innovatieve farmaceutische bedrijven om te kijken wat we als Nederland aan ambitie willen neerzetten als het gaat om innovatie en toegang tot medicijnen?

Zoals ik al aankondigde, heb ik nog drie losse vragen. Hoe gaat het met de MDR-certificering op Europees niveau als het gaat over hulpmiddelen? Hebben we al wat achterstanden ingelopen? Kan de minister daar wat over zeggen?

Ik had Kamervragen gesteld over onafhankelijke informatie over geneesmiddelen, zoals het Geneesmiddelenbulletin. Ik was een beetje verward over het antwoord van de minister rondom bezuinigingen of bedragen daarover. Kan de minister voor mij nog mondeling toelichten wat ze bedoelt?

Gister heeft mijn collega Van Eijk bij het debat met de minister van VWS een motie ingediend over de druk op de huisarts om bijvoorbeeld ADHD-medicatie voor te schrijven. Kan de minister aangeven wat zij bespreekt en kan doen met de huisarts om

hen te helpen om niet onder druk allerlei geneesmiddelen te hoeven voorschrijven?

Ik hoop dat ik niet al te lang over mijn tijd heen ben gegaan, voorzitter.

De voorzitter:

Tot nu toe heeft iedereen vijf minuten gesproken. Dat is voor meneer Krul en mevrouw Paulusma dan ook een goede hint dat de collega's voor u er een minuutje bij gepikt hebben.

Mevrouw Daniëlle Jansen (NSC):

Mevrouw Tielen noemt wat suggesties voor het meer flexibiliseren van het preferentiebeleid en doet onder andere de suggestie om middelen voor kinderen uit te sluiten. Kan mevrouw Tielen toelichten waarom ze specifiek voor deze groep kiest? Ik snap de gedachte op zich wel, maar is het wel verstandig? Ik vraag me toch af of dat wijs is.

Mevrouw Tielen (VVD):

Het is altijd goed om je dingen af te vragen met elkaar. Daarom hebben we ook een debat. In Duitsland doen ze het. We kunnen in ieder geval kijken of het daar werkt. We hebben gezien dat er voor kinderen vaak niet evenveel alternatieven beschikbaar zijn als voor volwassenen. Ik wil inderdaad niet de ene groep afzetten tegen de andere, maar medisch en farmaceutisch gezien is het minder makkelijk om kinderen alternatieven te bieden. Dat zou wat mij betreft een goed aanknopingspunt zijn om specifiek voor die groep bepaalde middelen uit te sluiten van het preferentiebeleid.

Mevrouw Daniëlle Jansen (NSC):

Zou mevrouw Tielen dan nog willen nagaan of er ook uitzonderingssituaties voor andere groepen zijn of willen inventariseren of er wellicht voorbeelden van zijn uit het buitenland? Zou ze dat alsnog willen nagaan voor andere groepen?

Mevrouw Tielen (VVD):

In de interruptiedebatjes van mijn drie voorgaande sprekers hebben we dat ook al een paar keer gehad. Helemaal afschaffen lijkt me geen goed idee, want er zitten ook allerlei voordelen aan. Er zal dus een soort weging moeten komen van verschillende alternatieven en de consequenties daarvan. Dit zou er eentje kunnen zijn waarbij bijvoorbeeld heel weinig alternatieven zijn, vanwege specifieke dingen. Als je kind bent, heb je andere toedieningsvormen en dergelijke. Dat soort dingen kunnen meespelen. Ik heb eigenlijk behoefte aan een wat groter overzicht van voor- en nadelen van verschillende deeloplossingen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is nu het woord aan de heer Krul. Hij spreekt namens het CDA.

De heer Krul (CDA):

Voorzitter. Ik vrees dat mijn inleiding toch iets minder optimistisch is dan de inleiding van mevrouw Tielen. Natuurlijk is het zo dat de innovaties in de medische wetenschap fantastisch zijn en ontzettend veel mensen helpen. Maar de realiteit is wel heel schrijnend, namelijk: rijdend van stad naar land met de kinderen op de achterbank, op zoek naar een beetje antibiotica. En dat in een rijk land als Nederland. Met al die mooie innovaties zouden we ons daar kapot voor moeten schamen. We debatteren bijna

tweewekelijks over dit onderwerp. Volgens mij hebben we hier in de eerste week van de minister al uitvoerig over gesproken. Laat ik wel zeggen dat er echt wel stappen worden gezet. Zeker wel. De heer Bushoff heeft er ook al even aan gerefereerd. Er ligt wat ons betreft nog een te sterke nadruk op het proces. Misschien hebben we daar te lang te weinig aan gedaan en moest zo'n OTG eerst op gang komen. Wij zijn heel benieuwd wanneer we de concrete acties kunnen verwachten. Ik bedoel dan niet alleen verkenningen of andere gesprekspunten die we in de toekomst verder uitwerken.

Wie inzoomt op het geneesmiddelenbeleid komt er al gauw achter dat het ingewikkeld is. Mevrouw Jansen noemde het "een veelkoppig monster" en dat stond ook in mijn inbreng. Die ingewikkeldheid wordt vaak als argument aangedragen om niet te beginnen. Dat heb ik net ook weer gehoord. Want ja, als je aan de ene knop draait, dan moet je ook aan de andere knop draaien. Of er wordt gezegd dat er een samenhangend pakket aan maatregelen moet komen.

We moeten gewoon beginnen. Ik ga een paar denkrichtingen meegeven aan de minister waarvan het CDA denkt in ieder geval stappen te kunnen zetten. Natuurlijk kunnen we niet alles in een keer oplossen.

Allereerst de tekortenbesluiten. Die moeten nog steeds gewoon eerder worden genomen. We hebben een meldpunt en wij krijgen signalen dat dat meldpunt vanwege de boeteclausule eigenlijk niet goed werkt. Het veld geeft wel signalen, maar wij hebben de indruk dat die signalen eerder opgepakt kunnen worden en dat we met tekortenbesluiten eerder grote problemen kunnen voorkomen.

Ten tweede: het preferentiebeleid. Het is al een paar keer benoemd in dit debat. Voor de kijkers thuis die niet weten wat dat behelst: zorgverzekeraars kunnen kiezen voor één geneesmiddel van hun voorkeur en andere middelen die precies hetzelfde zijn, worden dan niet vergoed. Dat is het preferentiebeleid. Tegen de heer Bushoff zeg ik: ja, dat preferentiebeleid heeft ons best heel veel gebracht, namelijk dat we minder zorgkosten maken en dat wat het zou kosten voor andere zorg beschikbaar is geweest. Inmiddels is het preferentiebeleid een beetje uitgespeeld. We lopen nu het risico dat we daarmee van goedkoop duurkoop maken. Ik wil hier echt nog even een ander risico benoemen — dat zijn ook signalen die wij vanuit het veld krijgen — namelijk dat Duitsland uiteindelijk onze groothandel wordt. Daar zijn immers meer fabrikanten. Als het code rood wordt en richting code zwart gaat, dan weten we dat we echt wel naar Duitsland gaan. Dit zorgt ervoor dat fabrikanten hier, die niet preferent zijn en niet getenderd zijn, te weinig redenen hebben om hier te blijven. Mijn punt is dat het preferentiebeleid dus negatieve effecten en ook negatieve indirecte effecten heeft. Ik wil er nog eentje noemen. Onder 18 zijn geneesmiddelen niet altijd preferent. Dat is mooi. Die zijn er nu al. Maar de toediening bijvoorbeeld wel. Daardoor loop je uiteindelijk toch weer vast in het systeem.

Wat zouden we dan kunnen doen? De heer Bushoff heeft daarvoor een mooie voorzet gegeven, denk ik. Zouden we niet een drempelwaarde moeten inbouwen, een tripwire of struikeldraad? Dat betekent dat we het preferentiebeleid tijdelijk aan de kant kunnen schuiven wanneer we zien dat er een bepaald tekort dreigt.

Nog een punt. Het is al een paar keer genoemd, maar ik ben nu eenmaal een beetje achteraan het staartje. Apothekers kunnen zelf ook veel. Ze kunnen bijvoorbeeld doorleveren; ze kunnen gezamenlijk importeren. Dat drukt de kosten wat. Nu mag dat

vaak niet, want dat wordt gezien als marktverstoring. Ik ben wel heel benieuwd hoe de minister reflecteert op zo'n begrip als marktverstoring in de situatie van een groot geneesmiddelentekort. Ik zou bijna willen zeggen: zou de ACM in zo'n situatie niet wat beters te doen hebben?

Dat geldt ook voor het bereiden. Er zijn echt nog wel apothekers die goed kunnen bereiden, maar het moet wel uit kunnen. Het moet op z'n minst kostendekkend zijn. Nu zie je nog steeds dat apothekers die graag aan andere apotheken zouden willen leveren daarvoor te weinig reden hebben. Het is goed in Nederland dat er hele hoge eisen zijn, maar dan kan het dus gewoon niet uit.

Ik heb nog een bonusvraag, voorzitter. Ik denk dat de strategische voorraad een goede ontwikkeling is, maar ik ben wel heel benieuwd waar we die vandaan gaan halen. Op het moment dat we die van preferente aanbieders gaan pakken, zijn we dan niet zelf onderdeel van het probleem aan het worden? Daar ben ik wel benieuwd naar. Hoe komen we zelf aan onze strategische voorraad en zouden we dan niet zelf een preferente fabrikant moeten hebben?

Voorzitter. Er is al heel veel gezegd en ik wil er nog een ding aan toevoegen. Het aantal agendapunten van dit debat heeft de kwaliteit van het debat geen goed gedaan, denk ik. Misschien is het beter om maar wat vaker bij elkaar te komen dan dat we nu zo van de hak op de tak de onderwerpen moeten bespreken, zou ik bijna willen zeggen. Het zij zo.

De voorzitter:

Als voorzitter is dat me uit het hart gegrepen. We hebben vroeger weleens mammoetdebatten gehad en dan hadden we meer dan honderd rapporten en agendapunten. Maar wat meer aandacht met wat minder agendapunten komt de kwaliteit van het debat doorgaans wel te goede. Daar gaat u zelf over.

Het woord is aan mevrouw Paulusma.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dank u wel, voorzitter. Het medicijntekort in Nederland houdt veel mensen bezig. Op bijna dagelijkse basis moeten patiënten en zorgverleners alle zeilen bijzetten om op zoek te gaan naar een geschikt medicijn, met alle stress van dien. Er wordt al aan heel veel knoppen gedraaid, maar daar merken patiënten nog niet genoeg van. Het zou niet mogen uitmaken of je zorgverlener net een beter netwerk heeft of net geluk heeft met wie het eerst komt, die het eerst maalt. De communicatie en afspraken tussen partijen over hoe zij handelen bij een tekort, kunnen en moeten beter. Hoe is de minister van plan dit voor elkaar te krijgen?

Voorzitter. Er is al heel veel gezegd, dus ik ga focussen op één onderwerp. Mensen die helemaal de dupe zijn, zijn patiënten voor wie er überhaupt geen behandeling beschikbaar is. Ik heb het over mensen met een zeldzame aandoening. Een zeldzame aandoening heb je niet alleen. Er zijn 1,2 miljoen Nederlanders met een zeldzame aandoening. Zij hebben dikwijls dubbel pech. Een zeldzame aandoening wordt vaak pas laat gediagnostiseerd. Als eenmaal bekend is om welke ziekte het gaat, zijn er maar zelden effectieve behandelingen beschikbaar. We spreken van een zeldzame aandoening als deze bij maximaal 1 op de 2.000 mensen voorkomt. Wanneer een ziekte bij 1 op de 7.000 mensen voorkomt, spreken we zelfs van een ultrazeldzame ziekte.

Veel van deze aandoeningen zijn erfelijk. Hierdoor treden de eerste ziektekenmerken al vanaf jonge leeftijd op en worden soms hele families geraakt door dezelfde aandoening.

Doordat de patiëntgroepen vaak zo klein zijn, is het moeilijk om een goede diagnose te stellen of om medicijnen te ontwikkelen. Dat is al helemaal zo wanneer je als land de capaciteit onvoldoende benut om samen te werken met andere Europese lidstaten. Waar er in Nederland van een zeldzame ziekte misschien een handvol patiënten is, spreken we in Europa wellicht van tientallen. Het uitwisselen van kennis om sneller een diagnose te stellen om mensen van betere behandelingen te voorzien, redt mensenlevens. Dat is wat mensen met een zeldzame aandoening vragen: niets meer en niets minder dan toegang tot zorg.

Daarom bied ik de minister zo meteen graag namens 90 patiënten en zorgorganisaties een manifest aan. Hierin vraagt D66 om drie concrete acties. Dat gaat om het oprichten van een Europees onderzoeksfonds naar medicijnen voor zeldzame aandoeningen waarvoor nu nog geen behandeling bestaat. Hierbij gaat het om het committeren aan de European Health Data Space, waarmee medische gegevens kunnen worden gedeeld, dus ook onderzoek. Dat gaat ook om het opstellen van een nationale strategie en het actief steunen van een Europees actieplan voor zeldzame aandoeningen. Ik ga dit manifest graag zo meteen via de bode overhandigen. Kan de minister aangeven of zij net als wij de meerwaarde ziet van een intensieve Europese samenwerking op het gebied van zeldzame aandoeningen? Kan de minister een eerste reactie geven op de drie punten die ik zojuist heb genoemd?

Voorzitter. Juist als het gaat om toegang tot een geneesmiddel, een onderwerp waar het debat van vandaag zich uitstekend voor leent, blijkt die toegang voor patiënten met een zeldzame aandoening meer uitzondering dan regel te zijn. Het is goed dat we scherp kijken naar de toegevoegde waarde van een therapie, maar we zijn in een stadium beland waarbij het medicijn voor de ene leeftijdsgroep wél voorwaardelijk wordt toegestaan maar voor de andere niet. Dit levert schrijnende situaties op waarbij een arts aan dezelfde ouders moet vertellen dat hun ene kind wel een behandeling kan krijgen maar het andere niet. Zoals ik net al zei: zeldzame ziektes komen vaak in familieverband voor.

Voorzitter, ik ben me uiteraard bewust van het belang van het betaalbaar houden van de zorguitgaven. Daar ging het in eerdere bijdragen ook al over. Met dit in gedachten wil ik de minister toch vragen welke kansen zij ziet om de schrijnende situaties te voorkomen en de toegang tot weesgeneesmiddelen te verbeteren.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we hiermee gekomen aan ... Sorry, sorry, de heer Bushoff wil nog een vraag stellen.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Nog één vraag, voorzitter. Ik ging net even tellen. In de politiek moet je namelijk ook kunnen tellen tot de helft plus één. Als ik tel, kom ik met GroenLinks-PvdA, VVD, CDA, en als ik het goed beluister ook D66, uit op een meerderheid om in ieder geval het preferentiebeleid wel in stand te houden maar waar nodig aan te passen. Heb ik dat

goed gehoord? Ik weet niet zeker of NSC daar ook bij gerekend kan worden. Klopt het, ook in de ogen van mevrouw Paulusma, dat ik tot een meerderheid kom als je al die zetels bij elkaar optelt en dat we met die meerderheid het preferentiebeleid in stand willen houden maar waar nodig aanpassen?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Meneer Bushoff kan goed tellen. Ondertussen heeft de minister een heel zwaar pakket gekregen, want er staan 92 organisaties onder dit manifest. Een deel daarvan zit ook op de tribune. Die organisaties wil ik nog even de credits geven. Ja, meneer Bushoff kan goed tellen. Ik maak me alleen een beetje zorgen over NSC. Daarom mijn vragen. Zij hadden in hun verkiezingsprogramma staan dat ze het preferentiebeleid geheel willen loslaten. Ik denk toch dat we naar een soort tussenoplossing toe moeten. Als we daar met elkaar naartoe kunnen werken, komen we volgens mij een heel eind.

De heer **Claassen** (PVV):

Ik ben aan het begin van mijn inbreng vergeten te vertellen — dit kan meneer Bushoff misschien geruststellen — dat ik mijn inbreng ook heb gedaan namens de BBB. Er zal moeten worden afgestemd wat de wijziging van het preferentiebeleid zou moeten zijn. Het liefst gaat dat op onze manier, maar u weet, de PVV is altijd erg flexibel.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

De details horen we nog wel. Ik heb nog een vraag aan mevrouw Paulusma. Zij refereerde met haar manifest ook aan weesgeneesmiddelen. Volgens mij is er een regeling in Nederland aangaande weesgeneesmiddelen om inderdaad ruimte te bieden voor ontwikkeling enzovoorts. Die wordt soms echter ook gebruikt voor andere doeleinden. Waar precies in die regeling wil mevrouw Paulusma iets veranderen?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik wil, en D66 wil vooral dat we veel meer aandacht hebben voor deze ontzettend grote groep patiënten met een zeldzame aandoening. Er wordt nu te weinig onderzoek naar gedaan. Ze zijn ook niet interessant voor de markt. Dat speelt hier natuurlijk ook een rol bij. Er is geen financieel belang bij patiënten met een zeldzame aandoening. Dat klink heel onaardig en ik vind echt dat dat moet veranderen. Het manifest gaat dus over drie dingen: de nationale strategie Europees samenwerken en Europees meer data delen om ervoor te zorgen dat we meer van de goede dingen gaan doen om ervoor te zorgen dat patiënten met een zeldzame aandoening beter kunnen worden geholpen. Dat kan vooral in Europees verband zodat Nederlandse patiënten er sneller de vruchten van gaan plukken.

De **voorzitter**:

Dan zijn we nu echt gekomen aan het einde van de eerste termijn van de Kamer. Ik wil even met mijn collega's overleggen, want we zijn ook de commissie van de gezonde leefstijl. Ik wil dus even met u overleggen of we de lunchpauze meteen koppelen aan de schorsing. De minister heeft twintig minuten nodig. Het gaat om de vraag of we nu schorsen tot bijvoorbeeld 11.40 uur en dan ook hebben geluncht, of dat we nu twintig minuten schorsen voor de minister en om 13.00 uur schorsen voor een lunchpauze, waar de minister dan ook mag zijn met haar beantwoording.

De heer **Krul** (CDA):

Ik weet niet of je dan nog 14.00 uur haalt. Volgens mij is die eindtijd wel hard. Ik zou het

nu doen.

De voorzitter:

Ja, nu. Dan schors ik de vergadering tot 11.40 uur. Ik hoop dat het goed is voor onze gezondheid om zo vroeg te lunchen.

De vergadering wordt van 10.57 uur tot 11.41 uur geschorst.

De voorzitter:

In de vergadering in het kader van het commissiedebat over hulp- en geneesmiddelen hebben we de eerste termijn van de Kamer gehad. Daarna hebben we geschorst. We gaan nu luisteren naar de beantwoording van de minister in haar eerste termijn. Het woord is aan de minister voor Medische Zorg en ... Nee, het is zonder "sport". Het is de minister voor Medische Zorg. De minister.

Minister Dijkstra:

Dank u wel, voorzitter. Ik heb natuurlijk heel goed geluisterd in de eerste termijn. Ik heb best een inleiding, maar ik dacht: iedereen heeft dat hier al zo goed gedaan, laat ik nou korthedshalve wat verderop in mijn tekst beginnen. We weten namelijk allemaal waar we het over hebben. We vinden het allemaal ongelooflijk belangrijk. Dat zien we ook aan de belangstelling voor dit debat. We spreken hier ook vaak over met elkaar. Dat klopt.

We zijn het er snel over eens dat medische producten cruciaal zijn. Dat betekent helaas niet dat altijd eenduidig is wat het optimale beleid is. Als het gaat over medische producten hebben we het vaak over de kosten. Voor sommige producten zijn de kosten erg hoog en voor andere juist laag. Ik wil vandaag benadrukken dat het zeker niet alleen om de betaalbaarheid gaat. We moeten voortdurend zoeken naar de balans tussen verschillende zaken die we allemaal belangrijk vinden. We willen dat een product zo snel mogelijk beschikbaar is voor de patiënt. Het moet veilig zijn. Het moet het liefst ook duurzaam zijn. Het moet natuurlijk ook betaalbaar zijn. Elke dag worden we geconfronteerd met deze dilemma's. Ik denk bijvoorbeeld aan dementie. De eerste veelbelovende middelen komen nu op de markt. Doet het middel echter wat de fabrikant belooft? Is het effectief? Is het betaalbaar? Ik denk ook aan generieke medicatie, zoals antibiotica. We komen daar nog uitvoering over te spreken. De prijzen hiervan zijn inderdaad zo laag dat fabrikanten zich afvragen of het nog wel uit kan om in Nederland te produceren. Daardoor worden we afhankelijker van buitenlandse producenten. Dit zijn voorbeelden van de dilemma's. Ze zijn hier ook door de Kamer genoemd.

Ik ga graag het gesprek met u aan. Ik wil de antwoorden op de vragen behandelen in blokjes. Die zijn overzichtelijk. Dat hebben de leden zelf ook aangegeven. Ik wil beginnen met de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Dan kom ik bij de beschikbaarheid van medische hulpmiddelen. Vervolgens bij de dure geneesmiddelen. Dat is blokje drie. Daarna zijn er nog een paar overige vragen die ik wil beantwoorden.

Voorzitter. Ik zal beginnen met de beschikbaarheid. We hebben de afgelopen periode helaas de nodige voorbeelden gezien van tekorten aan antibiotica en astmamiddelen. Nou ja, ik kan alleen maar het woord "helaas" herhalen, want er zijn ook van andere geneesmiddelen regelmatig tekorten. We hebben op meerdere momenten met elkaar over dit onderwerp gesproken. Er zijn een aantal belangrijke moties aangenomen. Het is logisch dat er veel aandacht is voor dit onderwerp. Als je de media volgt — ik doe dat

ook intensief — dan zou je kunnen denken: in de Kamer zegt ze van alles, maar ze doet niets of niet veel. Ik zou u willen zeggen dat het tegendeel waar is. Ik vind dat het sneller moet. Dat is voor mij ook echt een punt. Daar zijn echter ook beperkingen aan. Er gebeurt al heel veel. We zitten wekelijks aan tafel met alle betrokken partijen om te overleggen over het preferentiebeleid, het boetebeleid, de voorraden, enzovoort. Dat zijn geen eenvoudige gesprekken. Het kost heel veel tijd. Het kost meer tijd dan ik had gedacht en gehoopt. Dat moet mij even van het hart.

Mag ik mijn inleiding even afmaken voordat ik vragen beantwoord, voorzitter?

De voorzitter:

Ik stel voor dat we afspreken dat we aan het einde van het blokje de vragen stellen aan de minister.

Minister Dijkstra:

Ik zei al dat ik de media volg. Ik merk dat bijvoorbeeld brancheorganisaties — ik noem Bogin en KNMP — de suggestie wekken dat er niets gebeurt. Ik vraag me dan oprecht af: wat wil je daar nu eigenlijk mee zeggen? Ik ben daarover echt teleurgesteld. We zitten voortdurend met elkaar aan tafel. Het is namelijk een onderwerp waar we juist heel veel op inzetten. Er zijn enorm veel ambtenaren intensief mee bezig. Er gebeurt zeker van alles, maar zoals ook al hier eerder gezegd: het is heel complex. Het is lastig, juist als je alle partijen wil meenemen en aan tafel wil hebben. Ik kom zeker met voorbeelden waaruit blijkt dat we wel degelijk stappen zetten. De zorgverzekeraars hebben eerste stappen gezet. Die gaan in uw ogen misschien nog niet ver genoeg, maar het zijn wel stappen die gezet zijn. Ze hebben mij bevestigd dat ze niet voor een dubbeltje op de eerste rang willen zitten. Mocht dit in de praktijk anders zijn, dan hoor ik daar graag de voorbeelden van. Ik ben heel graag bereid om onderzoek te laten doen naar de contracten als men daar twijfel over heeft. Dat weet men ook.

Ik wil niet alleen vanachter mijn bureau — ik zeg altijd maar: vanuit mijn ivoren toren — inzicht in dit onderwerp. Daarom ben ik de afgelopen weken ook in gesprek geweest met partijen en op bezoek geweest bij partijen, waaronder Nederlandse fabrikanten en groothandelaren van werkzame stoffen, oftewel API's, en eindproducten. Dat waren echt hele nuttige en constructieve gesprekken. Zij gaven mij aandachtspunten mee die ik heel graag verder wil gaan verkennen. Het gaat bijvoorbeeld om de garantie van de zorgverzekeraars dat 20% tot 30% van de geneesmiddelen uit Nederland of de ons omringende landen zou moeten worden afgenomen. Zorgverzekeraars geven aan dat ze dit al doen, maar ik wil daar meer van weten.

Ze gaven ook aan dat de productie nooit helemaal alleen uit Europa kan komen. Het overhevelen van de productie naar onder meer een land als China is al 30 jaar geleden ingezet. Waarom was dat? Dat had te maken met goedkope arbeidskrachten. De productie was daar goedkoper. Als je nu kijkt naar hoe je daarin verandering kan aanbrengen, dan is het een soort enorme mammoettanker die door het Suezkanaal moet en die niet zomaar gekeerd kan worden. De totstandkoming van een geneesmiddel bestaat vaak uit enorm veel stappen. Laten we even terugdenken aan China. Ook daar zijn grote organisaties ontstaan. Daardoor krijg je te maken met de volgende situatie: als middelen niet beschikbaar zijn, dan zijn ze ook bij anderen niet zo makkelijk te vinden. Op al die terreinen zijn er ontwikkelingen die maken dat het soms een hele kwetsbare keten wordt. Het kan bijvoorbeeld wel om twintig stappen gaan,

waar zes à zeven bedrijven bij betrokken zijn die in hun planning allemaal rekening moeten houden met de productiestappen. Sommige bedrijven voeren zo'n stap maar twee keer per jaar uit. Dan heb je daar al een probleem. U kunt zich voorstellen dat dit complex is in het proces en in de logistiek en dat dit voor vertraging kan zorgen.

Ik kom nu bij de concrete voorbeelden van acties die sindsdien in gang zijn gezet. Ondanks het risico op marktverstoring ga ik toch starten met het laten aanleggen van extra voorraad van een aantal geneesmiddelen, zodat we ons nu al kunnen voorbereiden op de winter. Dat is in lijn met de moties van de leden Dijk en Claassen. U moet daarbij vooral denken aan antibiotica en salbutamol. Ik kom straks terug op de vragen die daarover gesteld zijn. Ik werk met het Meldpunt geneesmiddelentekorten en –defecten en de leveranciers aan het verbeteren van het melden van leveringsproblemen voor geneesmiddelen, zodat tekorten eerder gesignaleerd kunnen worden. Er kan dan eerder naar een oplossing worden gezocht. Ik heb begrepen dat u hierover in de door u recent georganiseerde hoorzitting ook gesproken hebt met de verschillende experts. Daarnaast zal ik een lijst publiceren met geneesmiddelen die er echt kritiek voor staan in Nederland. Voor die geneesmiddelen wil ik extra maatregelen nemen.

Ik noem als voorbeeld de volgende drie maatregelen. Ik ben met zorgverzekeraars en andere inkopende partijen in gesprek over de mogelijkheid om in hun inkoopbeleid te sturen op gedeeltelijke productie dicht bij huis. Ik ben met partijen aan het onderzoeken of we tenders kunnen uitzetten voor het aanleggen van API's. Ik spreek het op z'n Nederlands uit als "apies", maar het is natuurlijk "ee pie ai". Dat zijn de grondstoffen. Het is de basis die je nodig hebt om geneesmiddelen te maken van API-voorraden dicht bij huis. Ik ben ook aan het kijken waar we vanuit de overheid de administratieve hordes kunnen wegnemen die initiatieven vanuit de sector belemmeren om te helpen bij de huidige tekortenproblematiek.

Voor het vergroten van de leveringszekerheid ben ik in april naar Brussel geweest voor de lancering van de Critical Medicines Alliance. Ook heb ik met Frankrijk een manifest opgesteld om Europese subsidie-instrumenten in te gaan zetten om productie te stimuleren. Ook dat is in lijn met een motie, te weten de motie-Bushoff. Om de Nederlandse markt voor farmaceutische bedrijven aantrekkelijker te maken, worden onder mijn regie afspraken gemaakt tussen farmaceuten en zorgverzekeraars om het preferentiebeleid te verbeteren. Alle leden zijn hier vandaag eigenlijk over begonnen. Deze afspraken over het preferentiebeleid worden de komende tijd geïmplementeerd en geëvalueerd. Ik ben heel blij dat de Erasmus Universiteit onderzoek heeft gedaan naar het verband tussen het preferentiebeleid en de tekorten. Zoals ik heb vernomen, blijkt uit het rapport dat het preferentiebeleid soms positieve gevolgen en soms negatieve gevolgen voor de beschikbaarheid heeft. Dat was bekend, maar dat wordt nu onderbouwd. Dat is heel goed. Zodra het onderzoek van de Erasmus Universiteit is gepubliceerd, ga ik het met de betrokken partijen bespreken.

Ook niet onbelangrijk — ik zou willen zeggen: belangrijk — is dat ik met de ACM en de NZa bekijk of zij als toezichthouders een analyse van de huidige markt kunnen maken. Ik werk ook aan een tijdelijke beleidsregel maximumprijzen geneesmiddelen. Hiermee wordt extra prijsdruk voorkomen door maximumprijzen van mogelijk kwetsbare geneesmiddelen niet te verlagen. Bij het aantrekkelijker maken van de Nederlandse markt trek ik zoveel mogelijk samen op met mijn collega van Economische Zaken.

Voorzitter. Dat is mijn inleiding. Dan kom ik nu bij de beantwoording van de vragen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dat was dan toch meteen ook het blokje beschikbaarheid?

Minister **Dijkstra**:

Nee, de antwoorden komen nu. Het blokje is dus nog niet voorbij. Ik ben nu aan de antwoorden toe.

De **voorzitter**:

Zullen we het blokje beschikbaarheid even afronden? Meneer Claassen, moet het echt per se? Dan wil iedereen, snapt u?

De heer **Claassen** (PVV):

Ja, maar ik begrijp de laatste opmerking niet.

De **voorzitter**:

Meneer Claassen begrijpt de laatste opmerking niet. Misschien kunt u daar even beginnen.

Minister **Dijkstra**:

Dat is goed.

De **voorzitter**:

Dan kunt u voor de rest uw blokje over geneesmiddelen en beschikbaarheid afronden. Dan doen we daarna de vragen.

De heer **Claassen** (PVV):

Dank u wel, voorzitter, want ...

De **voorzitter**:

De minister verduidelijkt haar laatste zin. Dan gaat ze door. Daarna komen we bij de Kamer.

De heer **Claassen** (PVV):

U bent de voorzitter.

Minister **Dijkstra**:

Voorzitter. Mijn laatste zin was: ik ga nu over tot het beantwoorden van de vragen. Dus in die zin ...

(Hilariteit)

De **voorzitter**:

Zonder een hele ronde te doen ... U wilt een toelichting op wat de minister zei aan het einde van haar betoog? Gaat u verder, minister.

Minister **Dijkstra**:

Ik zal proberen zo helder mogelijk en zo snel mogelijk te antwoorden. De heer Krul en

de heer Bushoff vragen of ik bereid ben te kijken naar het openbreken van het preferentiebeleid bij dreigende tekorten aan generieke geneesmiddelen. De heer Krul had het over de drempelwaarde. De mogelijkheid is er al. Zorgverzekeraars maken hier in de praktijk ook gebruik van. Bij een tekort heffen ze het preferentiebeleid voor het betreffende middel op of wijzen ze een ander middel aan. Zo kunnen apotheken vervangende middelen van andere aanbieders leveren aan patiënten. Ik wil echter ook met partijen bespreken om dit bij dreigende tekorten te gaan doen. Je moet het echt eerder in het proces gaan doen. Daarom is het zo belangrijk dat we op tijd weten dat die tekorten dreigen.

Mevrouw Jansen vroeg of de beschikbaarheid van door preferentie aangewezen middelen ook onder de zorgplicht valt. Ja, die valt daaronder. De zorgplicht van zorgverzekeraars geldt zeker ook voor de farmaceutische zorg. Zij hebben een zorgplicht voor hun eigen verzekerden voor alle zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt. Dat geldt dus ook voor de farmaceutische zorg. Ze moeten ervoor zorgen dat hun verzekerden tijdig en kwalitatief goede zorg krijgen als zij hierop aangewezen zijn.

Mevrouw Tielen en de heer Krul vragen naar concrete acties rondom het oplossen van tekorten, ook naar aanleiding van de motie van de VVD voor een nationale apothekerskast. Ik ben in mijn spreektekst al even ingegaan op mijn inzet op het gebied van beschikbaarheid van medische producten en langs welke lijnen ik dit doe. Daarnaast heb ik voor uw Kamer vlak voor het debat mijn brede beleid op het gebied van beschikbaarheid schriftelijk uiteengezet. In die brief heb ik alle lopende en nieuwe acties genoemd. In deze brief is uw motie — ik zeg dat tegen mevrouw Tielen — ook schriftelijk beantwoord. Ik hoor echter graag of het gegeven overzicht de oproep voldoende beantwoordt. Het gaat over het preferentiebeleid, over voorraden en over de productie dicht bij huis.

Mevrouw Tielen vroeg ook naar het toestaan van meer preferente middelen. Hoe staat het daarmee? Ze noemt als voorbeeld Duitsland. Daar worden medicijnen voor kinderen uitgesloten van het preferentiebeleid. Het is mogelijk om meer preferente middelen toe te staan. Zoals ik al zei, maken de zorgverzekeraars hier wel gebruik van. Het is echter wel met wisselend resultaat. Een zorgverzekeraar had bijvoorbeeld twee middelen aangewezen en in de praktijk werd er in de apotheek maar één afgenomen voor de patiënten. Voor één leverancier zorgde dat preferentiebeleid niet voor een afnamegarantie. De zorgverzekeraar is daarmee gestopt. Ik wil best onderzoeken of we bij uitstek de middelen voor kinderen van het preferentiebeleid kunnen uitsluiten en wat hiervan de voor- en nadelen zouden kunnen zijn. Als het goed is, wordt daar na de zomer op teruggekomen. Ik zeg het even in passieve zin, want ik zal dan niet meer degene zijn die dat doet, denk ik.

De heer Claassen vraagt of de minister een toelichting kan geven waarom een nooddepot zorgt voor verstoorde marktwerking en waarom de uitvoering moeilijk is. Veldpartijen hebben mij gewezen op de risico's van marktverstoring. Nederland heeft een uitstekend distributienetwerk voor geneesmiddelen binnen de geneesmiddelenketen. Eventuele extra voorraden kunnen het beste daarbinnen worden aangelegd. Een nooddepot buiten deze keten zou verstrend kunnen werken, want de partij die zo'n noodvoorraad inkoopt, concurreert op de markt met partijen die geneesmiddelen voor gebruik inkopen. Dit kan prijzen opdrijven of schaarste veroorzaken. Die extra voorraad verloopt natuurlijk na verloop van tijd, met een groot

risico op verspilling. We hebben daar voorbeelden van gezien tijdens de covidpandemie. In de praktijk is gebleken dat het heel lastig is om middelen vanuit een noodvoorraad weer in te zetten in de markt, omdat het aan een goede inbedding in de distributieketen ontbreekt. Het is altijd goed om te kijken of daar oplossingen voor zijn. In eerste instantie is dit wel wat het heel moeilijk maakt.

De heer Claassen vraagt ook om het overzicht van kwetsbare geneesmiddelen dat vorig jaar al naar de Kamer zou worden gestuurd. Hij vraagt waarom er achterstand is. Om te beginnen heb ik eerst meegewerkt aan de Europese lijst van kritieke geneesmiddelen. Die is eind 2023 gepubliceerd. Nu werk ik met het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen, het LCG, en in nauw overleg met zorgverleners aan een lijst van de voor de Nederlandse patiënten kritieke geneesmiddelen. Dat is best heel ingewikkeld, want wanneer is een geneesmiddel kritiek? Kun je dat altijd voorspellen? Van een aantal kun je dat redelijk goed zeggen, maar het LCG heeft mij geïnformeerd dat het opstellen van de Nederlandse lijst meer tijd vergt. De verwachting is wel dat die deze zomer wordt opgeleverd. De lijst komt eraan. Er is ook vertraging ontstaan, omdat er nog aanvullende gesprekken met experts plaatsvinden over deze onderwerpen.

Mevrouw Jansen heeft gevraagd wie nou eigenlijk de regie heeft bij het oplossen van ... Ik zie mevrouw Tielen elke keer met haar lichaamstaal aangeven dat zij dat ook graag wil weten. Mevrouw Jansen gaf al aan dat het een multifactorieel probleem is. Betrokkenheid van alle partijen is belangrijk. Ik heb de regie genomen zoals de Kamer mij gevraagd heeft. Die regie lag niet bij mij, maar ik heb die voor het oplossen en mitigeren van geneesmiddelentekorten wel op mij genomen. Daarbij blijft nog steeds de samenwerking ongelooflijk belangrijk. In mijn inleiding zojuist heb ik aangegeven dat ik hierover in overleg ben met verschillende partijen en dat er verschillende acties zijn uitgezet.

Mevrouw Jansen vroeg ook wat ik heb gedaan met de voorstellen of suggesties van de Landelijke Eerstelijns Farmacie en de KNMP om tekorten te voorkomen. Ze vroeg of ik alle opties serieus weeg. Alle opties die tekorten kunnen oplossen, overweeg ik serieus. Die komen ook op tafel in al de overleggen die we voeren. Natuurlijk moet je dan kijken naar wat er op de korte termijn haalbaar is en wat op de langere termijn nog verder moet worden uitgewerkt. Ik werk actief met de veldpartijen aan de oplossingen via de werkgroep tekorten. Ik zou iedereen die zegt "er wordt niet goed naar ons geluisterd" willen oproepen dat in die overleggen te melden, want daarvoor hebben we ze. Het is heel erg belangrijk dat we duidelijk zijn over wat er kan, wat de gevolgen kunnen zijn, en wat er als eerste moet gebeuren. Dat er daarover verschillende opvattingen zijn, is logisch want het zijn best brede overleggen. Het is goed om daarin alles op tafel te leggen en niet achteraf te zeggen "we willen het anders" als dat niet echt duidelijk aan de orde is geweest.

Mevrouw Jansen vroeg of ik bereid ben in te grijpen bij het door zorgverzekeraars niet nakomen van de zorgplicht. Het is aan de NZa om in te grijpen als zorgverzekeraars de zorgplicht niet nakomen, want die ziet toe op de naleving ervan. Dat heeft de NZa ook al een keer laten zien. Ik spreek regelmatig met de zorgverzekeraars over hun rol bij de aanpak van de geneesmiddelentekorten en de NZa benadrukt expliciet aandacht te hebben voor de toegankelijkheidsproblemen in de farmaceutische zorg en de rol van zorgverzekeraars en andere betrokken partijen. In het toezicht van de NZa op de zorgplicht beoordeelt de NZa of de toegankelijkheidsnormen behaald worden. Als dat

niet zo is, richt de NZa zich op de maximale inspanning van zorgverzekeraars om deze op zo kort mogelijke termijn wel te halen. Als dit niet gebeurt, zet de NZa haar instrumenten in. Dat is aan de NZa.

De heer Krul vroeg mij naar de voorraden en waar ik die vandaan ga halen. Moeten we niet een preferente fabrikant hebben voor de voorraden? Ik neem aan dat u doelt op de extra voorraad die ik wil laten aanleggen met betrekking tot antibiotica en salbutamol. Dat gaat inderdaad heel moeilijk worden. Veel van deze producten zijn op dit moment schaars. Daarom moeten we op tijd beginnen, met het oog op de komende winter wanneer die producten het meest nodig zijn. De voorgesorteerde groothandels met wie ik in gesprek ben over het aanleggen van deze voorraad, hebben een uitgebreid nationaal en internationaal netwerk. Met andere woorden, ik wil eigenlijk inzetten op het spreiden van onze kansen. Het is belangrijk om steeds voor ogen te houden dat uiteraard de zorg voor de patiënt op dit moment of op een bepaald moment altijd voorgaat op het aanleggen van voorraden. De middelen zijn er uiteindelijk voor de patiënt.

Het zou goed zijn als mensen in het veld eerder weten dat er een tekortenbesluit is, zei de heer Claassen. Ik geloof dat het CDA daar ook melding van maakte. Kunnen signalen niet eerder worden opgepakt om grote problemen te voorkomen? Tekortenbesluiten die import uit het buitenland toestaan, worden binnen 24 uur genomen. Die kunnen binnen 24 uur worden uitgegeven en worden dan meteen openbaar. Dat gaat heel snel. Maar het is essentieel dat leveranciers goed en tijdig de tekorten aankondigen bij het meldpunt. Ik wil erop inzetten dat het meldpunt tekorten eerder ziet aankomen. Daarom organiseer ik met het CBG en de IGJ in juni een veldbijeenkomst over die meldplicht. Ik kijk ook maar even naar de publieke tribune: met klem nodig ik daarvoor alle betrokkenen uit, want we moeten hier samen een oplossing voor vinden.

Mevrouw Paulusma vroeg naar de communicatie en afspraken tussen partijen over hoe ze handelen bij een tekort. Hoe is de minister van plan om dat voor elkaar te krijgen? Ik heb al aangegeven dat ik voortdurend in gesprek ben met veldpartijen om processen te verbeteren. Ik noemde al de workshop in juni met de leveranciers en IGJ en CBG om het proces van meldingen te verbeteren. Binnen de werkgroep tekorten, waarin alle betrokken veldpartijen zijn vertegenwoordigd, zijn en worden afspraken gemaakt over wie wat doet bij tekorten, de mogelijke oplossingsrichtingen en de communicatieafspraken. Ik zou best vandaag tegen u willen zeggen "we hebben die en die afspraken gemaakt", maar zover zijn we nog niet. Ik wil benadrukken dat het wel heel belangrijk is dat er nu termijnen zijn waarop we daarover met elkaar spreken. Ondertussen wordt het tekort steeds nijpend. Dat zet ook heel veel druk op dit proces. Ik hoop echt dat dit ook gaat helpen.

Dan nog een vraag van de heer Krul over acties die apotheken kunnen nemen. Deze mogen nu vaak niet worden genomen, omdat dat marktverstoring zou zijn volgens de ACM. Hij vraagt hoe ik naar die barrière kijk. Eerlijk gezegd herken ik die barrière niet. In Nederland is al veel mogelijk tijdens een tekort. Als er een tekort is, is het bereiden en op grote schaal doorleveren al mogelijk zodra de IGJ een tekortenbesluit heeft genomen, want dat moet er wel aan vooraf gegaan zijn. Ik heb al geantwoord dat dit tekortenbesluit wordt genomen als er een melding wordt gemaakt van mogelijke tekorten. Opnieuw: laten we dat alsjeblieft vroegtijdig melden, zodat we de volgende

stappen in het proces kunnen doorlopen.

Dit was mijn blokje beschikbaarheid.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik ga het rijtje af voor degenen die een vraag hebben. Meneer Bushoff.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Even concreet. Hoorde ik de minister aan de heer Krul en mij eigenlijk de toezegging doen dat ze het preferentiebeleid op een aantal punten gaat herzien om te kijken of het verbeterd kan worden, bijvoorbeeld op het moment dat er niet alleen tekorten zijn, maar ook op het punt dat er dreigende tekorten zijn? Wat betekent het dat de minister dit gaat oppakken? Gaat ze daarover in gesprek? Koppelt ze dit terug aan de Kamer? Et cetera.

Minister Dijkstra:

Als het aan mij ligt, koppel ik altijd alles terug aan de Kamer, dus ook als het hierover gaat. Dat kan ik alvast toezeggen.

De voorzitter:

Kunnen wij dit op het toezeggingenlijstje zetten?

Minister Dijkstra:

Ja. Het lijkt me zo'n vanzelfsprekende toezegging, maar goed. Daarnaast heb ik net al aangegeven dat het goed is dat ik straks weet dat het onderzoek van de Erasmus Universiteit, dat gebaseerd is op wetenschappelijke inzichten, gepubliceerd wordt zodat we daar gebruik van kunnen maken. We gaan zeker kijken naar hoe we dat hele proces kunnen verbeteren. Er zijn al mogelijkheden. Er valt nog heel veel te zeggen over het preferentiebeleid en de industrie die dan over generieke middelen via het preferentiebeleid met zorgverzekeraars contracten wil sluiten. Die gaan vaak niet op de maximprijs zitten. Daar zitten nog heel veel dingen die we nader moeten bekijken. Hoe kun je dat nou stimuleren? We gaan daar zeker naar kijken, want het is ieders zorg.

De heer Bushoff zei dat er ooit een geschiedenis is geweest die heeft geleid tot het preferentiebeleid; dat was niet voor niets. In aansluiting daarop wil ik nog wel zeggen dat dit preferentiebeleid er is gekomen omdat daarvoor de inkoop werd gedaan door de apotheken. De winst die daarmee werd gemaakt, was voor de apothekers. Met het preferentiebeleid wilden we met de zorgverzekeraars gaan onderhandelen ten behoeve van de patiënten en de verzekerden. In eerste instantie is er een enorme slag geslagen. Ik ben het met iedereen eens die zegt dat op een gegeven moment zo'n instrument niet goed meer werkt en dat er moet worden ingegrepen. Daar gaan we dus naar kijken. Ik zal dit aan mijn opvolger meegeven.

De voorzitter:

Ik hoor een toezegging. U had een brief in de zomer toegezegd, geloof ik.

Minister Dijkstra:

Die toezegging voor in de zomer ging over een andere brief. Ik heb hierover nog geen tijdstip genoemd. Ik vind dat ook moeilijk. Ik kan hier alle voorbereidingen voor treffen. Ik kan gaan kijken wat er mogelijk zou zijn, maar wat mij betreft is de uitvoering daarvan en het verder brengen van het preferentiebeleid — wel of niet en hoe dan — uiteindelijk aan

het volgende kabinet.

De heer **Claassen** (PVV):

In de toezegging van de minister om het in ieder geval in een soort overdrachtdossier klaar te maken voor haar opvolger en daar al op voor te bereiden, hoor ik de minister vooral zeggen dat het dan zal zitten op, zoals ik ernaar kijk, een reactief beleid. Met andere woorden, er dreigt schaarste en dan gaan we kijken naar het doen van aanpassingen aan het preferentiebeleid. Is de minister bereid om dat niet reactief te doen, maar meer proactief? Zo kan er een structurele oplossing komen voor het preferentiebeleid, waardoor we niet continu te maken krijgen met tekorten waarop we dan weer moeten reageren. De vraag is eigenlijk of de minister in de voorbereiding een uitwerking conform eerder ingediende moties zou willen meenemen. Zo weten we in ieder geval wat de impact zal zijn en wat het werkveld daarvan vindt. Is de minister bereid dat in gang te zetten?

Minister **Dijkstra**:

Ik heb aangegeven dat ik er graag naar wil kijken. Maar ik wil dat vooral doen met het oog op het debat dat we nu voeren en de aandacht die we hebben voor de tekorten, omdat er natuurlijk door heel veel partijen wordt gewezen naar het preferentiebeleid. Dat is dus niet achteraf; het gaat om het op dit moment kijken naar welke rol het preferentiebeleid speelt in de tekorten en wat er zou moeten worden aangepast. De onderzoeker van de Erasmus Universiteit die het onderzoek heeft gedaan — het is natuurlijk nog niet gepubliceerd, maar er is wel al in de media over gesproken — heeft gezegd: ik pleit niet voor het afschaffen van het preferentiebeleid, maar wel voor het inzetten en verbeteren op een andere manier.

De heer **Claassen** (PVV):

Daar ben ik het helemaal mee eens. Ik vraag me het volgende af. We hebben nooit gepleit voor het afschaffen van het preferentiebeleid. Het heeft ook heel goede effecten. Er zitten ook een heleboel scherpe randen aan. Een van die scherpe randen is dat het volgens mij — dat wordt ook door het werkveld aangegeven — niet de oplossing is als er schaarste is. Als dat dus niet de oplossing voor schaarste is, moet je het preferentiebeleid er volgens mij niet op inrichten dat je er anders mee omgaat als er schaarste is. Mijn vraag is of u bereid bent om in het voorstel en in de toezegging die aan collega Bushoff is gedaan, de volgende vragen mee te nemen. Wat als het een structurele verandering is in het preferentiebeleid en wat zijn daar de consequenties van?

Minister **Dijkstra**:

Misschien heb ik het daarnet niet helemaal goed begrepen. Wat ik heb geprobeerd aan te geven, is dat we in het algemeen moeten kijken naar het preferentiebeleid — ik weet niet of ik u deze keer wel goed begrijp — maar dat het natuurlijk inderdaad op dit moment niet dé oplossing is voor de tekorten. Dat heb ik zelf ook steeds aangegeven. Maar we moeten wel kijken wat het effect op de lange termijn is. We hebben gezien dat sinds het preferentiebeleid er is, het heel veel heeft opgeleverd. Dat geldt ook voor de verzekerden. Het is heel goed geweest en het heeft heel goed gewerkt. Ik denk dat ik het zo moet formuleren: we gaan kijken naar de effecten van het preferentiebeleid in de hele breedte.

De **voorzitter**:

Dit is uw achtste woordmelding, meneer Claassen.

De heer **Claassen** (PVV):

Ja, dat is dan zo.

De **voorzitter**:

Ja, het is aan u de keuze. Ik geef u alleen ...

De heer **Claassen** (PVV):

Het is zo'n complex verhaal, met de 71 agendapunten en de 5 minuten spreektijd, dat het met 9 interrupties eigenlijk niet te doen is. Ik ga er toch nog eentje aan wijden, want ik sloeg net aan op dat het ernaar uitziet — maar volgens mij gaat de minister dat dan intrekken — dat per 1 oktober de Tijdelijke beleidsregel maximumprijzen geneesmiddelen versoerd zou worden. Maar ik hoorde de minister net in het laatste zinnetje van de inleiding zeggen dat zij blijkbaar voornemens is om die versoering niet te toe te passen en te gaan handhaven zoals het nu is. Met andere woorden: wordt die tijdelijke maatregel zoals die aangekondigd is voor 1 oktober dan ingetrokken?

Minister **Dijkstra**:

Wat ik gezegd heb, klopt. We gaan dus niet intrekken. Dat klopt.

De **voorzitter**:

Heeft mevrouw Jansen een interruptie in deze ronde? Ja.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Ik wil het even hebben over twee punten. Ten eerste wil ik de samenwerking met het veld ter sprake brengen. Ik heb daarover een aantal vragen gesteld. Wat ik van de minister hoor, is dat ze wel degelijk aan tafel zitten. Dat wist ik ook wel. Ik denk dat het erom gaat dat er wel suggesties worden gegeven, maar dat het veld toch niet altijd de ervaring heeft dat hun inbreng ook actief wordt meegenomen. Daarover heeft de minister gezegd: meld het als je vindt dat je niet genoeg gehoord wordt. Ik denk dat dat een mooie oproep naar het veld is.

Ten tweede wil ik het hebben over de zorgplicht. De minister zegt dat het aan de NZa is. Dat begrijp ik ook, maar ik kan me niet voorstellen dat de minister zich hier niet druk om maakt. Kan de minister aangeven of en hoeveel zorgverzekeraars in het afgelopen jaar bijvoorbeeld door de NZa op hun zorgplicht wat dit thema betreft zijn gewezen? Want ik neem aan dat de minister ook een terugkoppeling krijgt op dit gebied.

Minister **Dijkstra**:

Nee, wij hebben daar geen terugkoppeling op gehad. Ik denk dat de NZa het nauwlettend monitort — dat heb ik ook gezegd — maar geen aanleiding heeft gezien om daar met zorgverzekeraars over te spreken. Maar ik weet dat niet zeker. We gaan het navragen.

De **voorzitter**:

Daar komt de minister ...

Minister **Dijkstra**:

We gaan bij de NZa navragen of dat aan de orde is geweest.

De **voorzitter**:

Daar komt de minister op terug.

Minister **Dijkstra**:

We komen daar in de tweede termijn misschien wel op terug en anders komen we daar schriftelijk bij de Kamer op terug.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

De minister zit er lekker in, zou ik zomaar zeggen. Dank voor de brief die ze linkt aan mijn motie over de nationale apothekerskast. Die motie is overigens ook van meneer Bushoff en mevrouw Paulusma. Ik denk inderdaad dat heel veel elementen — het is een heel grote motie — in de brief terugkomen, maar laat me daar toch even een vraag over stellen. De minister heeft het namelijk in die brief over de Taakgroep Preferentiebeleid. Dat is niet de eerste keer, dus dat snap ik wel, maar dan zegt ze: ik wil ook een taakgroep geneesmiddeleninkoop oprichten. Mijn vraag is dan: ik zie wat hun taak wordt, maar wat moeten zij eigenlijk opleveren wat weer bijdraagt aan — ik noem 'm toch maar even, want ik vind het gewoon een lekkere term — de nationale apothekerskast?

Minister **Dijkstra**:

Ik pak nog eventjes mijn antwoord erbij over de nationale apothekerskast. We willen met die taakgroep natuurlijk ook weer heel goed met het veld kijken wat er nodig is en wat we daarop kunnen ondernemen. Alle inkoopende partijen worden daarbij betrokken. Dat zijn dus ook de apothekers, de groothandels en de zorgverzekeraars. We blijven breed kijken naar de verschillende onderwerpen die hier aan de orde zijn.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Geldt dat dan zowel voor de generieke als de innovatieve geneesmiddelen of hoort dit echt bij het stukje medicijntekorten en dus generieke geneesmiddelen?

Minister **Dijkstra**:

Ik denk dat het vooral, overigens ook naar aanleiding van de motie, belangrijk is om te kijken naar de generieke geneesmiddelen, dus de extramurale middelen.

De heer **Krul** (CDA):

U mag deze interruptie als twee interrupties wegstrepen, hoor. Ik heb namelijk een algemene vraag waar ik iets meer woorden voor nodig heb. We hebben heel veel van dit soort debatten met de minister gehad. Er ontstaat weleens wat spanning, die de minister denk ik ook wel herkent, tussen enerzijds de Kamer die zegt "wat doet u nou echt; waar zijn de acties" en anderzijds de minister die zegt "maar wacht even, moet je kijken wat voor lijst we al in gang hebben gezet". Vervolgens zegt de Kamer "maar we zien niks" of "waar blijven de resultaten?". Ik heb daar toch een vraag over, want ik heb nu ook weer gehoord dat de minister tal van acties heeft uitgezet. Ik citeer even heel snel: "We zijn in gesprek over het inkoopbeleid. We gaan de API's onderzoeken. We hebben een manifest getekend met Frankrijk. Ik wil spreken over het versoepelen van het preferentiebeleid bij dreigende tekorten." Er moet dus heel veel gesproken worden. De minister zei: het zijn geen eenvoudige gesprekken; het zijn lastige gesprekken. Daar zit mijn frustratie, want als het gaat om zoiets fundamenteels als het tekort aan geneesmiddelen, kan ik dat moeilijk verkroppen. Wat maakt het nou dat het in al deze

gesprekken die ervoor moeten zorgen dat patiënten een geneesmiddel dat nodig is tot hun beschikking hebben, zo moeilijk is om de neuzen dezelfde kant op te krijgen? Kan de minister iets meer vertellen over wat dat dan zo lastig maakt?

Minister Dijkstra:

Om te beginnen, bestrijd ik dat ik alleen maar in gesprek ben en dat allerlei acties nog niet in gang zijn gezet. Ik heb namelijk een paar voorbeelden genoemd van acties die wel concreet in gang zijn gezet, zoals de extra noodvoorraden en het melden. Daar kunnen we meteen actie in nemen. Daar kan ik ook zeggen: het moet echt gebeuren. Tegelijkertijd is wat de heer Krul zegt precies mijn frustratie. Absoluut. Ik heb al gezegd dat het wat mij betreft ook sneller mag gaan. Als je tegelijkertijd kijkt naar waarom het nou zo moeilijk is, dan denk ik dat er ongelofelijk veel belangen mee gemoeid zijn en dat er van partijen wordt gevraagd om over hun eigen schaduw te stappen. De vraag is: wie gaat dat als eerste doen en volgen er dan meer, of blijft iedereen op zijn eigen punt zitten? Ik vond het ook wel een beetje lastig toen mevrouw Jansen zei dat er mensen zijn die zich niet gehoord voelen. Dan denk ik: maar daarvoor zijn de veldpartijen wel bij elkaar. Het is ook niet zo dat het niet gehoord wordt als iemand zijn of haar zin niet krijgt of vindt dat zijn of haar belang niet voldoende uit dat overleg komt. Maar je wilt het er met elkaar over eens worden. Het mag geloof ik nooit, maar ik zou best van de heer Krul willen weten wat hij dan denkt dat de eerste stap moet zijn om heel snel van die tekorten af te komen.

De voorzitter:

Helaas, dat gaan we inderdaad niet doen.

Minister Dijkstra:

Dat mag niet, maar misschien voelt de heer Krul zich best uitgedaagd door mij. Laat ik het dan anders formuleren. De vraag van de heer Krul betekent volgens mij dat hij wel oplossingen voor de korte termijn ziet, en ook een rol voor de minister, die in dit stelsel natuurlijk toch een rol heeft die — ik heb daar de regie in genomen — wat anders georganiseerd is. Het is niet mijn vraag, maar het is wel belangrijk om te weten wat dan volgens de Kamer oplossingen zijn. Dan is het toch gewoon weer een vraag. Maar goed, dit was het antwoord.

De heer Krul (CDA):

Ik ben blij met deze reactie van de minister.

De voorzitter:

Sorry, u wilt nog een keer ...

De heer Krul (CDA):

Ja hoor, deze uitdaging mag u zeker bijschrijven. Dat is ook een vraag die ik gesteld heb en die niet beantwoord is. Er zit wat mij betreft een bepaalde weging aan het hele concept van een geneesmiddelentekort ten opzichte van allerlei risico's. Ik noem iets. Ik vind het argument van de minister dat verspilling een belangrijke reden is om geen voorraden aan te leggen een non-argument, omdat ik aan de andere kant een geneesmiddelentekort een heel zware weging geef. Het zou mij echt ... Ammehoela als het betekent dat er wat verspilling plaatsvindt. Dat is het verschil van inzicht. Apotheken zeggen: ik heb hier 60 apothekers die gezamenlijk willen importeren vanuit België om zo de verzendkosten en allerlei extra kosten te drukken. Dat mag niet van de ACM. Als je

zegt dat het wel mag, dan wordt er gezegd: "Dat mag niet van de ACM. Dat is marktverstoring." Dan zou ik meteen zeggen: "Ja dag, het is een noodsituatie. Deze apothekers mogen prima met z'n zestigen importeren, waarbij dan één iemand bestelt. En doorleveren die hap." Een tijdelijke beleidsregel die we na de ... Hoezo? We zijn nu al sinds januari met het OTG in gesprek. Dat had sneller gekund. Dus ja, ik zie wel mogelijkheden. Ik ben heel blij met de minister die antwoordt: er zijn heel veel verschillende belangen en het is moeilijk om over de schaduw heen te stappen. Ik ben blij met dat antwoord, want dat is denk ik het probleem. Alleen, ik bestrijd de suggestie dat er geen oplossingen mogelijk zijn. Daar zit dan gewoon een verschil van inzicht. Dat was een gratis stukje betoog.

De voorzitter:

Dat was een hartenkreet. De minister.

Minister Dijkstra:

Ik vind het heel fijn dat we even zo kunnen uitwisselen. Dat is natuurlijk toch heel belangrijk. Als het namelijk gaat over verspilling ... Een beetje verspilling, oké. Maar waar ik natuurlijk altijd rekening mee moet houden, is enerzijds het belang van de patiënten die hun geneesmiddelen moeten krijgen, en anderzijds de betaalbaarheid van de zorg. Hoe je het ook wendt of keert, hoe groot een crisis ook kan zijn. We hebben natuurlijk gezien wat een enorme gevolgen het kan hebben, maar we hebben ook gezien wat het kan betekenen voor het aanleggen van voorraden. Tegelijkertijd zou ik over de ACM willen zeggen dat ik daar echt totaal niet over ga. Ik kan de ACM niets opleggen. Dat is een volstrekt onafhankelijke marktmeester. Ik heb altijd goede hoop dat ook de mensen van de ACM luisteren naar wat er hier in de Kamer gewisseld wordt en hoe de opvatting van de Kamer is, en dat er ook wordt gekeken naar wat er wel of niet mogelijk is. In die zin wordt er ook door de ACM en NZa op sommige terreinen echt wel gekeken naar of er meer mogelijkheden zijn. Het is dus niet zo dat het uitgesloten is.

Ik snap wel dat de heer Krul meteen zou zeggen: zie je, er wordt weer gekeken; het is weer geen actie. Dat deel ik. Die frustratie deel ik echt met de Kamer. Ik heb ook in het mondelinge vragenuur al een keer gezegd: ik zou niets liever willen dan een middel of instrument hebben om dat allemaal af te dwingen. Tegelijkertijd denk ik dat het ook niet goed zou zijn. Ik denk dat het heel erg belangrijk is dat we alle veldpartijen hierin meenemen, want ook voor de toekomst moeten we zorgen dat het goed geregeld is. Dat betekent ook dat onze markt in orde moet zijn. Of het nu de zorgverzekeraars of de apothekers zijn die geneesmiddelen inkopen of contracten sluiten, uiteindelijk gaat het erom dat we de zorg toegankelijk en betaalbaar houden. In mijn eerste tekst heb ik al gezegd dat die betaalbaarheid wat mij betreft nog niet eens voorop staat. Ik ben het er helemaal mee eens dat we op een gegeven moment moeten kijken naar wat de patiënt nodig heeft en wat wij nodig hebben om een echte noodsituatie te voorkomen. We zijn daar niet ver vandaan, vind ik. Ik vind het echt heel zorgelijk.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik ben misschien iets positiever dan mijn buurman, maar dat houdt de boel mooi in balans. Ik ben heel blij met wat de minister in gang zet, maar vooral ook met haar laatste uitspraak dat niet de betaalbaarheid, maar het patiëntbelang voorop staat. Dat bindt ons hier allen ook volgens mij. Ik ben ook blij met een aantal acties die in gang wordt gezet en met de indirecte oproep aan het veld en de publieke tribune om samen tot een oplossing te komen. Ik denk dat iedereen die goed gehoord heeft. Maar dan is er nog

wel één ding. Ik was blij dat de heer Claassen van de PVV hier in zijn woordvoering over begon, want mij lukte dat niet. De heer Claassen begon over het middel Kaftrio voor jonge kinderen. Als we het hebben over beschikbaarheid, dan lees ik in de reactie van de minister dat daar door het Zorginstituut nog geen uitspraken over gedaan kunnen worden omdat ze de documenten nog niet hebben. Als we het hebben over beschikbaarheid, tempo en beter samenwerken, ben ik wel een beetje verbaasd over dit soort uitspraken van het Zorginstituut en dat ze niet aan de gang kunnen omdat ze de juiste documenten niet hebben. Ik ben op zoek naar waar daar dan de oplossing zit. Ik vind het eigenlijk onbestaanbaar dat kinderen in Nederland vanaf hun zesde levensjaar wel Kaftrio krijgen en kinderen tussen 2 jaar en 5 jaar niet. Ik vind dat ook moeilijk uit te leggen aan patiënten en hun ouders.

Minister Dijkstra:

Ik had dit antwoord bij het blokje over de dure geneesmiddelen gepland, maar ik kan er nu ook op reageren, even zonder dat ik mijn antwoord erbij pak. Dit is natuurlijk precies de vinger op de zere plek. Als er een farmaceut is die vindt dat die geneesmiddelen ook beschikbaar moeten komen, maar geen onderzoek doet dat wel gevraagd wordt, dan ligt daar dus de vertragende factor. Dat is echt heel problematisch. Dat moeten we niet willen. Tegelijkertijd moeten we heel erg opletten dat er geen dingen gebeuren die niet in orde zijn. Zo'n onderzoek is dus wel heel erg belangrijk. Ik kom daar misschien zo meteen nog verder op terug. Ik kom daar ook nog uitgebreider op terug in mijn beantwoording bij het blokje dure geneesmiddelen. Ik deel met u dat het richting de patiënt en de ouders van patiënten onhelder en onduidelijk is en niet te begrijpen.

Voorzitter, ik had ook nog een antwoord voor mevrouw Jansen op haar vraag of zorgverzekeraars door de NZa worden gewezen op de zorgplicht. Ik heb hiervoor verwezen naar de tweede termijn, maar ik heb het antwoord inmiddels gekregen. Er is contact geweest. Ik hoor dat dat gesprek wel gaande is, zeg ik tegen mevrouw Jansen. De NZa heeft de afgelopen periode met zorgverzekeraars gesproken over de problematiek van toegankelijkheid, waaronder de geneesmiddelentekorten. Dat maakt dus dat de NZa het probleem scherp heeft, zodat ze op basis daarvan eventueel haar instrumentarium kan inzetten op de meest passende en effectieve manier. Hoe ze dat doet, is aan de NZa. Daar kan ik verder niet op vooruit lopen.

Mevrouw Daniëlle Jansen (NSC):

Dank u wel voor de snelle reactie, minister. Is het ook mogelijk dat de Kamer daar iets vaker over wordt geïnformeerd?

Minister Dijkstra:

We zullen het daar met de NZa over hebben. Als de Kamer vraagt om geïnformeerd te worden als daar ook aanleiding toe is, heb ik daar niet zo veel bezwaar tegen, maar de NZa misschien wel. We zullen dat dus met haar overleggen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan leven er geen vragen meer als het gaat om het blokje van de beschikbaarheid van de geneesmiddelen. Of ze leven nog wel, maar de woordvoerders bewaren hun interrupties misschien voor het volgende blokje, dat gaat over de beschikbaarheid van de hulpmiddelen. Ik geef het woord aan de minister.

Minister Dijkstra:

Voorzitter. Het begint ook weer vrolijk. Er is een tekort aan hulpmiddelen en daar maak ik me ook zorgen over. Ik doe er alles aan wat ik kan om dit tekort te voorkomen. Allereerst is het belangrijk om net als bij geneesmiddelen de signalen van acute tekorten van medische hulpmiddelen te melden. Dat kan bij het meldpunt van Zorg Inkoop Netwerk Nederland. Maar we zijn er nog niet. Fabrikanten melden onderbrekingen in de levering van cruciale medische hulpmiddelen helaas nog altijd te laat. Ik ben dus blij met het voorstel van de Europese Commissie voor een Europese meldplicht voor fabrikanten. Die verplicht fabrikanten onderbrekingen van leveringen van kritische middelen uiterlijk zes maanden van tevoren te melden. Dat geeft de partijen in principe meer tijd om op zoek te gaan naar mitigerende maatregelen.

Verder bereid ik me samen met het veld voor op een situatie waarin onverhoopt een tekort ontstaat als gevolg van de Medical Device Regulation. Op 26 mei vervielen de certificaten van medische hulpmiddelen als een fabrikant geen nieuwe aanvraag had ingediend bij een notified body voor certificering onder de MDR. Daarover sta ik in nauw contact met de Taakgroep beschikbaarheid medische hulpmiddelen, waarin zorgkoppels, leverancierkoppels en het meldpunt zijn vertegenwoordigd. Er is hard gewerkt aan een inventarisatie van welke hulpmiddelen van de markt verdwijnen en het bevorderen dat dit tijdig wordt gemeld. Als laatste is er vanuit de Kamer al eerder aandacht gevraagd voor de signalen dat de verstrekking van hulpmiddelen, vooral in spoedsituaties, knelt. De NZa heeft daarom in december vorig jaar een brief gestuurd aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars met de randvoorwaarden en deadlines om de spoedzorg voor diabetes, incontinentie, stoma en wondzorg beter passend te organiseren. Ook dit is geen gemakkelijk proces kan ik u verzekeren. Daarom ben ik blij dat de Kwaliteitsraad Hulpmiddelen en Zorg, waar alle betrokken partijen in zitten, dit gaat begeleiden. Dat zijn de uitdagingen waaraan ik werk en waarvan ik weet dat ook de Kamer ze belangrijk vindt. Dat even ter inleiding. Dan ga ik nu over tot de beantwoording van de vragen op dit gebied.

De heer Claassen heeft gevraagd of het sinds de brief in december allemaal is verbeterd en hoe ik dat monitor. Zoals ik in mijn inleiding aangaf, is er inderdaad sprake van die knelpunten. De NZa heeft een brief verstuurd in december jongstleden, waarin ze verzekeraars en aanbieders verzoekt met oplossingen te komen. Ik zei al dat de Kwaliteitsraad Hulpmiddelen en Zorg dit proces begeleidt. Daar wordt nu over gesproken. De Kwaliteitsraad heeft toegezegd om mij rond 1 juli, dus over ongeveer een maand, een signalement te sturen over welke knelpunten inmiddels zijn opgelost en welke er nog liggen. Ik wil u graag op de hoogte brengen van wat zij daarover zeggen. Ik ben trouwens blij dat er een paar goede voorbeelden liggen. Zo wordt de Palliakit nu door alle verzekeraars vergoed. Die kit kan worden ingezet bij terminale, palliatieve patiënten voor wie snel hulpmiddelen nodig zijn.

Mevrouw Jansen vroeg mij hoe ik ertegenover sta dat apotheken weer de mogelijkheid krijgen om hulpmiddelen te leveren. Om te beginnen heeft het ook nadelen als je dat zou doen. Apothekers moeten dan voorraden aanhouden en het vervoer moet geregeld zijn. Er komt heel wat bij kijken. Het is in principe niet aan mij als minister om daarover te bepalen. Hoe verzekeraars en veldpartijen met elkaar de levering van hulpmiddelen organiseren, is aan hen. Maar ook hier is er natuurlijk weer sprake van een zorgplicht. Patiënten moeten de zorg krijgen waar ze recht op hebben. Verzekeraars moeten dat passend organiseren en de NZa houdt toezicht. Op dit moment zijn de betrokken partijen allemaal met elkaar in gesprek over hoe dat beter georganiseerd kan worden.

De Kwaliteitsraad begeleidt dit gesprek en dat komt ook in dat signalement van ongeveer 1 juli aan de orde. Daarin wordt ook gefocust op de duurzaamheid van hulpmiddelen en daarbij hoort toch ook verspilling, meneer Krul, zeg ik maar even. Verspilling kan soms best om hele grote cijfers gaan.

Mevrouw Tielen vraagt hoe het gaat met de certificering van de MDR, de Medical Device Regulation. Daar gaf ik al een voorschot op. Het beeld is dat we er met de notified bodies beter voorstaan dan een jaar geleden. Even voor wie dat begrip niet kent het volgende. De certificerende instanties in Europa hebben nu aangegeven voldoende capaciteit te hebben voor certificering van medische hulpmiddelen. De nieuwe overgangstermijnen zorgen er daarbij voor dat de certificeringslast nu wordt verspreid bij notified bodies. Ik heb de afgelopen tijd intensief contact gehad met fabrikanten en koepels. Zij geven aan dat ze de meeste medische hulpmiddelen in hun portfolio overzetten naar de MDR. Op zich zijn het positieve ontwikkelingen.

Voorzitter, dat waren de vragen over medische hulpmiddelen.

De voorzitter:

Ik begin aan de ander kant, tenminste als mevrouw Paulusma of meneer Krul ...
Mevrouw Tielen?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

De minister zegt inderdaad dat er een aantal registraties zijn vervallen door de Medical Device Regulation. De certificering is op orde. Het meeste wordt gehercertificeerd en er is een taakgroep mee bezig, maar ik zou best wel wat dieper inzicht willen hebben in welke dingen nu niet worden gecertificeerd. Dan kom ik een beetje terug op de verspilling. Heel veel hulpmiddelen zijn eenmalig bruikbaar. Een andere certificeringsroute is meermalig bruikbaar. Met name daar zou ik wel wat inzicht willen hebben in of er nu voldoende herbruikbare hulpmiddelen zijn en of we het certificaat hebben om aan die regelgeving te voldoen.

Minister Dijkstra:

Ik heb soms moeite om alles te verstaan. Maar we zullen u daarvan op de hoogte brengen, dat is goed. Dat kan ik nu niet hier mondeling doen, maar ik zeg graag toe dat we u als Kamer daarover informeren.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Ik heb geen expliciete vragen, maar wel een opmerking. Ik begrijp dat er nadelen aan zitten als je de bevoorrading weer bij de apothekers zou neerleggen, maar ik sluit me aan bij de heer Krul dat je de nadelen wel tegen elkaar moet afwegen. Ik denk dat iedereen erover uit is dat patiënten te allen tijde geholpen moeten worden en soms brengt dat ook andere nadelen met zich mee. Dat wilde ik even zeggen.

De voorzitter:

Meneer Claassen? Meneer Bushoff? U heeft geen vraag in deze ronde? Oké. Dan gaan we naar de dure geneesmiddelen. Of u moet nog iets willen zeggen over de opmerking van mevrouw Jansen?

Minister Dijkstra:

Ik vind het een terechte opmerking, overigens ook van de heer Krul. Dat zijn inderdaad

de afwegingen die je moet maken. Als de nood hoog is, moet je ook kijken naar de zaken die oplossingen bieden. Dat is ook hier aan de orde. Hier moeten die afwegingen ook gemaakt worden. Ik denk dat het heel goed is dat we daar met elkaar naar kijken.

De voorzitter:

Ja. Gaat u verder.

Minister Dijkstra:

Voorzitter. Dan kom ik bij de dure geneesmiddelen. Ook ik ken natuurlijk de verhalen van patiënten en spreek met patiënten die heel lang moeten wachten op een geneesmiddel dat hen daadwerkelijk kan helpen. In de gevallen dat die geneesmiddelen er nog niet zijn, zijn er twee mogelijke oorzaken. Het duurt een tijd voordat objectief kan worden vastgesteld wat de echte meerwaarde van een geneesmiddel voor de patiënt is. Die beoordelingen kosten altijd tijd en/of de prijs en de uitgave aan het geneesmiddel zijn onaanvaardbaar hoog. Er moet onderhandeld worden. Ik vind dat ongelofelijk moeilijke afwegingen, moet ik eerlijk zeggen. Nu ik vandaag in dit debat toch mijn hart aan het luchten ben: ik vind dit misschien wel een van de moeilijkste onderwerpen van mijn portefeuille. De patiënten die op zo'n middel wachten, hebben eigenlijk geen tijd om te wachten. Die willen ook niet wachten. Als het er is, dan willen ze het krijgen. Ze willen het graag proberen, of het nu meteen effectief blijkt of niet. Laat mij maar proefkonijn zijn, hoor je soms. Het is natuurlijk wel zo dat we de toegang tot betaalbare geneesmiddelen waar de patiënt ook echt wat aan heeft, op de een of andere manier moeten garanderen, voor zover we dat kunnen. Dan is het ook belangrijk om te zeggen waar het op staat. Bij veel van deze middelen is onvoldoende duidelijk hoe goed ze in de praktijk werken en of ze ook op de lange termijn werken. We willen patiënten niet in gevaar brengen. Ondertussen worden de prijzen van deze middelen alsmaar hoger. Dat is een steeds urgenter wordend probleem voor ons als maatschappij. Dus ook bij deze uitdagingen kijk ik naar de balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Voordat ik verder inga op uw vragen over dure geneesmiddelen, is het misschien wel goed om aan te geven waarom na een EMA-beoordeling, dus een Europese beoordeling, het Zorginstituut ook nog een beoordeling uitvoert. Daar bestaat namelijk heel vaak een misverstand over. Vaak wordt gezegd dat het toch door de EMA geaccepteerd is en dat het Zorginstituut het nu nog een keer overdoet. Elke maand registreert het EMA, het Europees Medicijnagentschap, nieuwe geneesmiddelen en nieuwe indicaties voor bestaande geneesmiddelen. Dat waren er in 2022 bijvoorbeeld in totaal 89. Het EMA beoordeelt op veiligheid en werkzaamheid. Werkzaamheid zegt alleen iets over de vraag of er een effect optreedt. Het Zorginstituut gaat hierna kijken of het geneesmiddel voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk en of het kan worden toegelaten tot het verzekerde pakket. Dan wordt er gekeken naar de effectiviteit. Dat gaat over de vraag of het geneesmiddel in vergelijking met de huidige standaardbehandeling minimaal een gelijke waarde of een meerwaarde heeft. Zowel de beoordeling van het EMA als van het Zorginstituut zijn echt van groot belang voor de patiënt.

Daarnaast vind ik het echt mijn plicht aan de premiebetaler dat we alleen zorg vergoeden waarvan geconcludeerd wordt dat die kosteneffectief is. Dan komen we natuurlijk op het heikele onderwerp: het instrument van de sluis. Ik krijg regelmatig vragen of we niet van de sluis af moeten en of de nadelen wel opwegen tegen de voordelen. Ik ben de laatste die zal zeggen dat de sluis zaligmakend is. Ik sta volledig

achter het kritisch kijken naar verbetering van de sluis. Maar de sluis afschaffen vind ik geen goed idee, want de alternatieven hebben ook nadelen. Zo zouden we ervoor kunnen kiezen om bijvoorbeeld niet te onderhandelen, maar aan de fabrikant een eenmalig bod te doen om de openbare prijs te verlagen naar de prijs die het Zorginstituut adviseert, maar fabrikanten zullen dan waarschijnlijk niet geneigd zijn om zo'n openbare prijsverlaging te accepteren, al is het maar omdat prijzen in Nederland doorwerken in de prijzen in andere landen.

Het laatste wat we willen, is dat er geen innovatieve middelen meer beschikbaar komen voor Nederlandse patiënten. We noemen heel vaak Duitsland. Daar worden geneesmiddelen direct beschikbaar gemaakt na markttoelating door het EMA. Financiële afspraken worden pas gemaakt als er meer bekend is over hoe goed een geneesmiddel in de praktijk werkt. Een nadeel daarvan is dat patiënten al behandeld worden met een geneesmiddel dat mogelijk achteraf niet of niet genoeg effectief blijkt. Dat kan betekenen dat patiënten bijwerkingen hebben gehad zonder dat ze echt baat hebben gehad bij het middel. Ook dat is niet-effectieve zorg. Kortom, voorzitter, ik vond het toch belangrijk dit even neer te zetten, omdat we het hier zo vaak over hebben.

Om geneesmiddelen op de juiste manier in te zetten bij de juiste patiënten en dus de kwaliteit van hun zorg te verbeteren, onderneem ik drie acties. Ik werk ernaartoe om artsen al veel vroeger in het proces van toelating te betrekken, zodat behandelrichtlijnen en afspraken over gepast gebruik eerder tot stand komen en patiënten er na een vergoedingsbeslissing onmiddellijk baat bij hebben. Als er onduidelijkheid is over gepast gebruik of de juiste inzet, bijvoorbeeld hoelang een patiënt behandeld moet worden, dan kijk ik ten tweede hoe ik dat onderzoek verder kan faciliteren. Ik kijk ook naar hoe ik dat kan verplichten. Ik noemde zo pas al even een voorbeeld in gevallen waar onderzoek niet tot stand komt. Ten derde wil ik geneesmiddelen die nu al gebruikt worden door patiënten, vaker opnieuw laten beoordelen door het Zorginstituut. Hierdoor werken nieuwe inzichten door in de behandeling van patiënten. Dat gaat bijvoorbeeld over verlaging van een dosering, waardoor een patiënt minder bijwerkingen heeft.

Voorzitter. Tenslotte gaat het over de toegankelijkheid. Er zijn voor een snelle toegang acties op de verschillende stappen in het toelatingsproces ondernomen. Ik noemde al: artsen eerder betrekken. Er komt ook steeds betere informatie uit de Internationale Horizonscan. Die wordt steeds beter gebruikt. Het Zorginstituut is in gesprek met fabrikanten om de procedure voor pakkettoelating te versnellen. Nog steeds bestaat de mogelijkheid van de zogenoemde "parallelle procedure" waarbij markttoelating en pakkettoelating parallel worden beoordeeld waardoor middelen sneller bij patiënten komen. Helaas wordt daar weinig gebruik van gemaakt.

Ik ga nu over tot het beantwoorden van de vragen, voorzitter. Ik kom waarschijnlijk wel op het punt waarover de heer Krul een vraag heeft. Als eerste de vraag van mevrouw Jansen over het cost-based+-model waarbij de prijzen van medicijnen gebaseerd worden op de daadwerkelijke kostprijs, de R&D-kosten van het medicijn en de niet naar de markt gebrachte medicijnen. Het mag duidelijk zijn: ik ben sterk voorstander van maatschappelijk aanvaardbare prijzen voor geneesmiddelen. Fabrikanten hebben zelf de grootste morele plicht, vind ik, om daarvoor te zorgen en oog te houden voor de maatschappelijke impact van hun producten en de gevraagde prijzen. Ik zoek naar manieren om via het vergoedingsbeleid prijzen te matigen. Varianten die meer kijken naar de daadwerkelijk gemaakte kosten, zijn interessant maar niet zaligmakend. Ik

noem dat woord nog maar een keer.

Allereerst gaat het natuurlijk om bedrijfsvertrouwelijke informatie. Het is de vraag of fabrikanten die informatie willen delen. Dat blijkt niet zo te zijn. Fabrikanten kunnen namelijk ook de Nederlandse markt gaan mijden bij zo'n vereiste om inzicht te geven in de kostenopbouw en winstnormering. Daar is de patiënt, opnieuw, niet bij gebaat. Laten we realistisch zijn: dit kun je eigenlijk alleen maar doen als een grote groep landen het met elkaar tegelijkertijd doet. Anders zijn we nergens.

Dan rijst de vraag: als ik weet hoe de prijs is opgebouwd, hoe beoordeel ik dan de rechtvaardigheid van die prijs en waar meet je dat aan af? Het is een hele lastige vraag. Een bedrijf dat inefficiënt onderzoek heeft gedaan en zich inefficiënt heeft ontwikkeld, komt op hogere kosten uit. Vinden we dat dan acceptabel tegenover een bedrijf dat er wel heel goed in is om dat heel effectief te doen?

Ik wil juist proberen veel meer in te zetten op onze eigen maatschappelijke behoefte. Het draait om de vraag aan welke geneesmiddelen wij behoefte hebben. Als we zeggen dat we zo'n groeiend aantal mensen hebben met dementie en dat daar echt sterk op moet worden ingezet, kun je je voorstellen dat je zegt: daar zetten we op in. Wat zijn we dan zelf bereid daarvoor te betalen? We hebben natuurlijk een bepaald budget voor geneesmiddelen. Moet dat anders? Moeten we daar meer voor over hebben? Dat is natuurlijk iets waarover we wel gaan. We kunnen zelf bepalen welke producten we als maatschappij belangrijk vinden en wat we ervoor over hebben om die op de markt te krijgen. Dat is mijn antwoord op de vraag van mevrouw Jansen en ook die van de heer Bushoff.

Voorzitter. Ik had ook een vraag van mevrouw Jansen over transparantie van kosten voor publiek onderzoek. Als het gaat om publiek gefinancierd onderzoek bij een geneesmiddel, hebben we in Nederland de afspraak gemaakt over maatschappelijk verantwoord licentiëren. Geneesmiddelen die in de Academie worden ontwikkeld, zouden ook bij verkoop aan een bedrijf alleen verkocht mogen worden met voorwaarden voor de maximum winst die bedrijven na het bereiken van de markt mogen maken. De weg die een geneesmiddel aflegt, is lang en vaak gaat het eigendom al in een vroege fase over naar grote bedrijven en ook nieuwe bedrijven. Het zijn soms hele kleine bedrijfjes die heel innovatief bezig zijn, maar die het hele proces niet alleen kunnen doorlopen. Ook doordat er vaak in diverse landen publieke investeringen worden gedaan, is het lastig om de kosten scherp te krijgen. Wat dat betreft ben ik realistisch in de haalbaarheid van de eis. Ik denk dat het opnieuw een heel ingewikkelde rekensom wordt, als je er al met elkaar uitkomt. Dus het inzicht dat we kunnen geven in het publiek gefinancierde onderzoek is beperkt.

Voorzitter. Mevrouw Tielen maar ook GroenLinks-PvdA en NSC hebben gevraagd of ik via de sluis prijstransparantievereisten van registratie en vergoedingsdossiers kan toevoegen. Kent de minister de wet in Italië over transparantie in de prijsopbouw? Ik heb het eerst even over het uitbreiden van de vergoedings- en registratiedossiers met transparantie van de eisen. De eisen voor markttoelating zijn Europees vastgelegd. Op nationaal niveau kan ik daaraan geen eisen toevoegen. Bij de registratie wordt beoordeeld op kwaliteit, veiligheid en werkzaamheid, maar niet op prijs of kosten. In de nieuwe farmawetgeving wordt wel ingezet op transparantie rondom publieke investeringen in geneesmiddelenontwikkeling. Ik algemene zin ben ik zelf ook erg vóór

transparantie, maar ik heb nog wel kanttekeningen bij de praktische uitvoering, de belasting voor het bedrijfsleven en niet te vergeten de mogelijke gevolgen daarvan voor de beschikbaarheid van de geneesmiddelen.

Dossiereisen voor vergoeding in Nederland kan ik natuurlijk wel zelf vaststellen. Het is op het eerste gezicht een hele logische eis om te stellen aan fabrikanten, maar er zitten echt heel veel haken en ogen aan. Het betreft bedrijfsgevoelige informatie. Fabrikanten zullen niet staan te springen om die informatie te delen. Mogelijk zullen ze daardoor de Nederlandse markt gaan verlaten, terwijl we de tekorten willen tegengaan en we ze allemaal hier willen houden. Dat is dus het tegenovergestelde van wat we willen. Daar is de patiënt namelijk niet bij gebaat.

Ik ken overigens geen landen die dit succesvol hebben toegepast. Ik heb de richtlijnen bestudeerd. Nou, "ik" is in dit geval een beetje groot woord. De fantastische mensen die mij hierbij ondersteunen, hebben daarnaar gekeken. De richtlijnen voor een vergoedingsaanvraag zijn vastgesteld. In bepaalde gevallen, in enkele andere landen, wordt weliswaar gevraagd om nettoprijzen, maar uit onze navraag bij Italiaanse collega's kunnen we concluderen dat deze transparantie-eisen niet actief worden afgedwongen. Het lijkt dus meer dan het is. Dat wat betreft deze vraag.

Ik kom op de vraag van de heer Bushoff over dwanglicenties. Kan dat van EZK naar VWS? Ik denk het niet. Het lijkt me ook niet wenselijk. Intellectueel eigendom, octrooien en dwanglicenties vallen onder verantwoordelijkheid van EZK. De zeggenschap van alle mogelijke octrooien, ook diegenen die bij de ontwikkeling van geneesmiddelen betrokken zijn, zijn geconcentreerd bij één ministerie. Ik denk dat dit heel goed en ook wenselijk is. Bij de ontwikkeling van geneesmiddelen zijn vaak meerdere uitvindingen betrokken. Op een geneesmiddel kunnen dus ook meerdere octrooien rusten. Dat is bijvoorbeeld omdat het niet alleen de werkzame stof betreft, maar doordat ook een technologische uitvinding als een productiemethode onder dat octrooi kan vallen. Overigens zijn dwanglicenties voor geneesmiddelen nog nooit toegepast in Nederland. Als het relevant is of als het aan de orde is, vindt er afstemming plaats tussen de collega van EZK en mij. Dat is niet aan de orde geweest.

Nog een ding is belangrijk om te melden. Bij de herziening van de Europese farmawetgeving ondersteun ik dat ook de markt- en databescherming die op een geneesmiddel rust, kan worden opgeheven in het geval van een dwanglicentie. Dat is wel een aspect dat bijdraagt aan wat u eigenlijk zou willen, denk ik.

Voorzitter. De heer Bushoff heeft ook gekeken naar de voorwaardelijke toelating als het gaat om te komen tot definitieve pakketopname tegen een laag instaptarief. Op dit moment zijn er al mogelijkheden om geneesmiddelen waarvan de effectiviteit nog onzeker is, toch al te vergoeden, terwijl er tegelijkertijd onderzoek loopt naar de effectiviteit. Dat is al het systeem op dit moment. Daarbij moet wel onderscheid worden gemaakt tussen geneesmiddelen die voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk en dus onderdeel uitmaken van het basispakket en geneesmiddelen waarbij dat nog niet het geval is. Bij geneesmiddelen die in het pakket zijn opgenomen, maar waarover nog enige onzekerheid is, gaat het om de mogelijkheid van een herbeoordeling na een bepaalde periode. Het kan een pay-for-performanceafspraken zijn of het doen van onderzoek naar gepast gebruik. Voor geneesmiddelen die nog geen onderdeel uitmaken van het pakket, maar die wel veelbelovend en voor kleine patiëntpopulaties bedoeld zijn,

bestaat de voorwaardelijke toelating. Ik denk dan natuurlijk ook aan de weesgeneesmiddelen. Ik ben nog met partijen in gesprek over de eerder aangenomen motie-Bushoff. We bespreken ook of deze uitvoerbaar is. Dat moeten we goed onderzoeken. Hopelijk is daar in het najaar meer informatie over. Dan wordt de Kamer daarover ook geïnformeerd.

De heer Claassen en mevrouw Paulusma vroegen mij naar Kaftrio. Hoe kan het toch dat daar zo'n miscommunicatie over is geweest? Hoe gaan we dat in het vervolg beter doen? Tot mijn spijt was de informatie die ik van het Zorginstituut over Kaftrio heb ontvangen niet volledig. Daarom heb ik twee brieven naar de Kamer moeten sturen. Die miscommunicatie speelde gelukkig — nou, "gelukkig", het was heel ongelukkig — niet in andere casussen. Het speelde alleen in deze casus. Het lijntje met het Zorginstituut is over het algemeen namelijk altijd helder en goed. Dat is het even wat betreft de communicatie, de miscommunicatie. Ik vind het heel betreurenswaardig, laat ik dat vaststellen. Het heeft natuurlijk onze aandacht dat dat niet weer gebeurt.

Wanneer komt Kaftrio dan beschikbaar voor kinderen tussen 2 en 6 jaar? Dat kan ik u nog niet zeggen. Ik gaf al aan dat er nog geen compleet vergoedingsdossier beschikbaar is. Als dat er is, kan het Zorginstituut beginnen met de beoordeling. Ik volg het proces nauwlettend. Het is heel erg jammer dat we op dit moment nog niet met de beoordeling kunnen beginnen. Dat is alles wat je er verder over kan zeggen.

Meneer Claassen, die heel graag heel veel interrupties zou willen hebben, zegt dat na de sluis nog een effecttoets wordt gedaan. Is dat niet omslachtig en vertragend? Er is door de PVV een motie ingediend. Die wacht nog op uitvoering. Ik vind snelle beschikbaarheid ook van groot belang. In de brief aan uw Kamer van december vorig jaar is de motie van het Kamerlid Maeijer afgedaan. Ik ga ervan uit dat de nu gestelde vraag gaat over de rol van zorgverzekeraars na de sluis. In de brief hebben we al uitgelegd dat er na de afronding van de sluis drie processtappen zijn die nog moeten worden uitgevoerd. Zorgverzekeraars voeren in sommige gevallen, zoals bij combinatiebehandelingen, een beoordeling uit naar de effectiviteit van de combinatie. Na de sluis geldt het reguliere inkoopproces van ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Dan wordt er bijvoorbeeld gekeken naar doelmatige alternatieven en/of naar de benodigde expertise van de zorgaanbieder. Dat maakt ook uit. De beroepsgroep kan onderzoek doen en/of afspraken maken om doelmatige en juiste inzet van het geneesmiddel te bevorderen en te borgen.

Voorzitter. Mevrouw Tielen vroeg naar de proefdossiers. Kunnen we in overleg met de industrie tot meer afstemming komen daaromtrent? Kunnen we afspraken maken over de doorlooptijden? Het is niet aan mij als minister om het gesprek aan te gaan over de indiening van dossiers. Daar is het Zorginstituut voor. Het Zorginstituut is al zeer regelmatig in gesprek met de industrie. Het Zorginstituut biedt verschillende mogelijkheden om het proces te versnellen, zoals een wetenschappelijk advies en de indiening van een proefdossier met vooroverleg. De website van het Zorginstituut geeft daarnaast informatie over belangrijke aandachtspunten. Firma's kunnen ook gebruikmaken van die parallelle procedure. Ik zei het al even in mijn inleiding. Firma's hebben mij echter laten weten dat ze dat niet doen, omdat ze het niet voldoende interessant of haalbaar vinden. Dat zou eigenlijk echt een versnelling kunnen betekenen. Dat is dus jammer, maar ik ga daar niet over.

Mevrouw Tielen vraagt nog naar de mogelijkheid om de kwaliteit-van-levendata te standaardiseren en mee te nemen in de registratie van medicijnen. Farmaceuten moeten die data al aanleveren voor hun vergoedingsdossier. Dat wordt ook beoordeeld door het Zorginstituut. De eisen die aan die data worden gesteld, zijn expliciet opgenomen in de Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg van het Zorginstituut. Ze wegen deze data als onderdeel van de qaly (quality-adjusted life year). Dat zijn precies die kwaliteit-van-levendata.

Voorzitter, dat waren de antwoorden op de vragen over de dure geneesmiddelen.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik ga het rijtje zo af. De volgende keer doe ik dat weer andersom. Meneer Bushoff.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Gelukkig hoorde ik de minister zeggen dat ze zich ook zorgen maakt over de hoge prijzen van dure geneesmiddelen. Dat zijn vaak te hoge prijzen. Het is gewenst om meer inzicht en dus meer transparantie te krijgen in de kosten en prijsopbouw van deze geneesmiddelen. De minister schetst echter als nadeel dat de industrie daar waarschijnlijk niet op zit te wachten en dat dat ook zou kunnen leiden tot een industrie die zijn geneesmiddelen niet aanbiedt op de Nederlandse markt. Ik wil de minister vragen of het een beetje het moreel failliet van de industrie zou zijn als je dat soort chantagemiddelen inzet. Is de minister het met GroenLinks-PvdA eens dat we er misschien rekenschap van moeten geven, maar dat we niet terughoudender moeten zijn en dat we alles op alles moeten zetten om die transparantie wél verder af te dwingen? In dat licht wil ik de minister vragen of zij bereid is om toch nog nader te kijken naar die Italiaanse wet om te bezien welke eventuele goede instrumenten er wel in zitten.

Minister Dijkstra:

Op het eerste punt van de heer Bushoff zeg ik: richt die oproep vooral aan de farmaceuten. Overigens zijn er absoluut ook farmaceutische bedrijven die wel oog hebben voor maatschappelijk verantwoorde prijzen. Zij willen daar ook wel over spreken. Het moet voor een farmaceutisch bedrijf echter nog wel mogelijk zijn om levensvatbaar te blijven. Ik denk dan vooral aan de generieke geneesmiddelen.

Het gaat hier nu vooral over die dure geneesmiddelen. Dat kan ik ook met u delen. Om te beginnen wil ik zeggen dat ik heel graag nog een keer naar dat Italiaanse voorbeeld wil kijken om te bezien of er toch voorbeelden in zitten waar wij wat aan hebben en waar wij ons voordeel mee kunnen doen. Dan gaan we dat ook inbrengen. Als dat gedaan is, zullen we te zijner tijd de Kamer daarvan op de hoogte brengen met een van onze informatiemiddelen. Ik ben het ermee eens dat het heel goed is dat zij de druk erop zetten, maar het uiteindelijk afdwingen ... Ik wil er echt voor waken — niet alleen als het over de generieke middelen gaat, maar ook over de dure en innovatieve geneesmiddelen — dat we achter het net vissen. Dan zijn we nog verder van huis. We moeten dus steeds naar die balans zoeken tussen het meedenken en het stellen van voorwaarden aan het op de markt krijgen van geneesmiddelen. Er is wat mij betreft altijd maar één onderwerp dat voor in mijn hoofd zit en dat is de patiënt. Daar gaat het om. Als we de industrie weggagen, heeft de patiënt daar niets aan.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Ik deel dat laatste met de minister. We moeten natuurlijk het belang van de patiënt vooropzetten. Ik ben dan benieuwd of de minister het met mij eens is. Ik verwacht van wel, gelet op de eerdere beantwoording. Als je te veel betaalt voor een duur geneesmiddel — heel veel geld gaat naar winsten van farmaceuten — dan had dat geld beter ingezet kunnen worden voor andere doeleinden in de zorg waarmee we meer patiënten hadden kunnen helpen. Vanuit het oogpunt van het belang van patiënten is het heel hard nodig om eerlijkere en dus ook lagere prijzen voor die dure geneesmiddelen te betalen.

Minister **Dijkstra**:

Dat is bij uitstek wat we willen bereiken. Dat is ook waarom we die sluis hebben en waarom we goed kijken naar de effectiviteit. Doet het echt wat? We hebben natuurlijk de voorbeelden gezien van allerlei innovatieve oncologische geneesmiddelen die, als je er goed naar kijkt, eigenlijk nauwelijks iets opleveren. Ze bevorderen zeker niet de kwaliteit van leven. Ze zorgen misschien hooguit voor een korte verlenging van het leven waarbij de patiënt ook nog heel veel bijwerkingen heeft. Dat wil je allemaal voorkomen. Er is een heel systeem voor om daarachter te komen. Je weet dat niet als de fabrikant ermee komt. Vandaar dat het ook zo'n lange weg is. Uiteindelijk gaat het erom dat de patiënt er baat bij heeft en dat wij inderdaad waar voor ons geld krijgen. Daar komt het op neer.

De **voorzitter**:

Meneer Claassen?

De heer **Claassen** (PVV):

De minister is nog bezig toch? Of bent u klaar?

Minister **Dijkstra**:

Nee, ik ben nog niet klaar. Ik was wel klaar met de beantwoording.

De **voorzitter**:

U was klaar met de beantwoording van de vragen van meneer Bushoff.

Minister **Dijkstra**:

Ja.

De **voorzitter**:

Wilt u nog een interruptie, meneer Bushoff?

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

Ik heb volgens mij geen interrupties meer.

De **voorzitter**:

U heeft er nog eentje.

Minister **Dijkstra**:

Het hoeft niet hoor. Blijkbaar waren mijn antwoorden heel duidelijk.

De **voorzitter**:

Meneer Claassen? Wilt u nog een interruptie in deze ronde?

De heer **Claassen** (PVV):
Nee, ik bewaar hem.

De **voorzitter**:
Oké. Mevrouw Jansen? Mevrouw Tielen?

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Hoeveel heb ik er nog, voorzitter?

De **voorzitter**:
Vier.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Dank aan de minister voor de toezegging over die Italiaanse wet. Ik hoor de minister zeggen dat het nu niet van toepassing is, maar dat het fijn is om een beetje begrip te hebben omdat het wellicht aanknopingspunten geeft.

Ik hoor de minister ook zeggen: ik zit niet met de farmaceuten om tafel om bijvoorbeeld over de proefdossiers of over de parallelle procedures te praten. Dat snap ik, maar tegelijkertijd zitten we wel in een ingewikkelde situatie. Ik ga iets meer tijd nemen voor deze. Aan de ene kant heb je hele slimme wetenschappers die gekoppeld zijn aan hele slimme bedrijven met voldoende capaciteit om grootschalig onderzoek te doen, met daadwerkelijk bewezen effectiviteit, enzovoort. Daar zijn we afhankelijk van. Tegelijkertijd is die morele verantwoordelijkheid — zo noemde de minister het, geloof ik — soms niet helemaal duidelijk. Afgelopen maandag hadden we met de hoorzitting volgens mij echt een hele goede dag. Toch proef ik nog niet zo veel beweging bij de farmaceutische bedrijven. We moeten ze niet willen weggagen. Volgens mij was ik in mijn betoog duidelijk genoeg dat juist Nederland voorop zou moeten kunnen lopen door een interessant ecosysteem. Wellicht dat de rol van een minister wel kan helpen om in ieder geval dat gezamenlijke gevoel erbij te krijgen in plaats van dat heen en weer blijven dimdammen; jullie willen niet genoeg betalen, jullie vragen te veel, jullie doen dit en jullie doen dat. Ik heb wel behoefte aan een gezamenlijke ambitie daarin.

Minister **Dijkstra**:
De ambitie van de farmaceutische industrie is uiteindelijk ook om op de markt te komen met een mooi nieuw geneesmiddel waar de patiënt wat aan heeft. Ik denk dat dat wel de gezamenlijke ambitie is van zowel de industrie als van ons, van u, van de Kamer. Het hele punt is hoe je die ambitie samen verder vormgeeft op een manier waar iedereen wat aan heeft. Ik snap heel goed dat research and development of onderzoek en ontwikkeling van nieuwe medicijnen beslag leggen op de geneesmiddelenprijzen. We weten alleen niet precies hoe dat zit in de prijsvorming. De heer Bushoff heeft dat ook al aangegeven. Daar zouden we best meer over willen weten. Ik zou daar eerlijk gezegd ook best meer over willen weten. Als het gaat over waar je nou naartoe gaat, dan weet ik natuurlijk ook sommige dingen waar ik niet over kan spreken. Het gaat er uiteindelijk inderdaad om hoe je nou met bijvoorbeeld de brancheverenigingen, zoals de VIG, de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen, hier goed uit kunt komen. Er moeten niet enorme bedragen naar de aandeelhouders gaan. Tegelijkertijd is dat ook een manier voor de industrie en de bedrijven om in leven te blijven, om te kunnen doen wat ze doen. Er zitten heel veel aspecten aan. Mijn voorganger, Ernst Kuipers, heeft ook geprobeerd om met de VIG daarover het gesprek te voeren. Het gaat echter ontzettend moeizaam.

In de korte tijd dat ik hier actief ben, is het daar nog niet van gekomen. Ik denk dat het er ook niet meer van zal komen. Dat lijkt me iets voor mijn opvolger op dit dossier.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik herken die moeizaamheid heel erg. Iedereen die wil, kan alles wat we afgelopen maandag hebben besproken terugkijken. Daar verwijst ik mensen graag naar. Ik neem ook de gelegenheid te baat — misschien is dat op het randje van fatsoenlijk — om te noemen dat Kafrio hier een paar keer is langsgekomen. De farmaceut die die moleculen intellectueel in eigendom heeft en dus ook de onderzoeken en de registratiedossiers doet, heet Fairtax. Wij hebben Fairtax expliciet uitgenodigd voor de hoorzitting en ze hebben tot tweemaal toe geweigerd te komen. Dat laat zien hoe ingewikkeld het is en dat het een soort kat-en-muisspel is. Maar het is een gezamenlijke ambitie om bijvoorbeeld een medicijn als Kafrio daadwerkelijk geregistreerd en vergoed te krijgen voor een groep die er baat bij heeft. Daarbij gaat het over leeftijdsgroepen, maar ook over de bepaalde indicaties betreffende de mutaties. Het wordt nu al wat te technisch. Ik weet eigenlijk niet welke vraag ik daarover moet stellen. Ik hoor wat de minister zegt, dus misschien is het ook een opdracht aan de volgende minister. Maar mijn vraag is dan toch: kunnen we breder in kaart brengen hoe we die gezamenlijke ambitie voor elkaar krijgen, met ieders belangen voor ogen, maar wel met het gezamenlijke belang wat meer voorop dan het kat-en-muisspel? Want het wordt in sommige gevallen, lang niet altijd, wel een kat-en-muisspel en dat past ook niet meer bij wat we als normale burgers acceptabel vinden.

Minister **Dijkstra**:

Dan moet ook iedereen over de eigen schaduw heen stappen. Dat heb ik al eerder gezegd. Ik ben daar zeer toe bereid. Maar het is heel ingewikkeld en er wordt al aan gewerkt. Ik snap het en ik beschouw het ook als een oproep van mevrouw Tielen. Ik hoop dat iedereen die dit debat meekrijgt daar ook aandacht aan wil besteden. Dat was wat ik daarover kan zeggen. Die ambitie is er absoluut. Die ambitie is er volledig.

De heer **Krul** (CDA):

Ik heb een ander punt. Even terug nog. Als ik het goed begrepen heb, zei de minister aan het begin van dit blokje: ik ga in gesprek met het Zorginstituut om te kijken of het ook bij bestaande toegelaten middelen vaker kan controleren. Daar heb ik een vraag over. De minister heeft vrij helder uitgelegd wat het nadeel is van het Duitse systeem, maar er zit ook een voordeel aan het Duitse systeem. Het zou namelijk ook zo kunnen zijn dat een middel dat heel effectief blijkt, eerder op de markt komt en dus eerder mensen helpt. Er zit dus ook wel een voordeel aan, alhoewel ik het wel eens ben met de afweging van de minister. Mijn zorg is een beetje dat als je de controle op al toegelaten middelen gaat intensiveren, je het toelatingsproces vertraagt, omdat je daarvoor juist zo'n belangrijke taak bij het Zorginstituut neerlegt. We willen natuurlijk dat die middelen zo snel mogelijk op de markt komen, als ze goed zijn. Dat moet het Zorginstituut beoordelen. Is de minister dat met ons eens en ziet zij dat risico ook?

Minister **Dijkstra**:

Even voor het goeie begrip: ik heb aangegeven dat het gaat over geneesmiddelen die nu al gebruikt worden door patiënten en dat het Zorginstituut die vaker wil beoordelen. Ook daar is het zo nu en dan natuurlijk nodig om te kijken wat de effectiviteit is en of die nog steeds volgens de stand der wetenschap en praktijk is. Maar als een middel effectief is, en dan heb ik met name gesproken over de voorwaardelijke toelating ... Nee, ik heb

niet speciaal over de voorwaardelijke toelating gesproken, maar wel over die herbeoordeling. Als het effectief is, dan gaat het ook heel snel. Dan werkt het op zich niet vertragend. Ik denk dat het belangrijk is dat hierbij op te merken.

De voorzitter:

Mevrouw Tielen, of nee, mevrouw Paulusma. U heeft geen vragen? Dan gaan we door naar het laatste blok, het blok overig. Ik geef het woord weer aan de minister.

Minister Dijkstra:

Dank u wel, voorzitter. De heer Claassen heeft mij gevraagd naar statines. Hij heeft gevraagd wat ik vind van de ontwikkeling dat statines steeds vaker en sneller worden voorgeschreven voor primaire preventie en van de zorgkosten die daarbij horen. Ik ben een enorme voorstander van leefstijlinterventies, want die voorkomen dat mensen aan de statines moeten. Ik ben heel erg vóór al die preventieve maatregelen. In dit huidige kabinet hebben we daar natuurlijk ook het nodige voor uitgetrokken. In het akkoord van de nieuwe coalitie wordt preventie ook genoemd, maar in de financiële paragraaf is het weggelaten. Ik zou zeggen dat als we willen dat er minder statines kunnen worden voorgeschreven, het ongelooflijk belangrijk is om juist op die preventie in te zetten. In de regel is het natuurlijk ook heel belangrijk dat patiënten helemaal geen geneesmiddelen gebruiken die ze niet nodig hebben. Als je voldoende beweegt en een beetje let op je leefstijl, dan hoef je geen geneesmiddelen te gebruiken. Er zijn altijd mensen die wel geneesmiddelen moeten gebruiken en voor hen moeten ze ook beschikbaar zijn. Maar het is natuurlijk aan de voorschrijvers of ze die statines voorschrijven. Ik wil hier graag met ze over in contact treden. Daarna komen we daar schriftelijk op terug, of er wordt schriftelijk op teruggekomen, in de brief over farmaceutische zorg die voor het einde van het jaar gepland staat.

Voorzitter. Mevrouw Tielen heeft gezegd dat we een goed ecosysteem nodig hebben voor ontwikkeling en distributie van geneesmiddelen. Zij vroeg of ik tevreden ben over de positie van Nederland. Wij hebben uitstekende expertise op het gebied van ontwikkeling van geneesmiddelen. Ook in de productie en distributie vinden veel activiteiten plaats. Ik ben zelf ook in Leiden en Oss geweest. Daar zie je dat in die clusters. Ik draag bij aan innovatie middels, onder andere, het expertisecentrum FAST, Future Affordable and Sustainable Therapy development, en ook middels groeifondsprojecten zoals PharmaNL. Voor verdere stimulering werk ik een voorstel uit voor een fonds voor geneesmiddelenontwikkeling. Dat is mij ook gevraagd in de motie-Bushoff/Van Dijk. Die motie krijgt hiermee uitvoering. Het productie-ecosysteem stimuleer ik via de Europese subsidie IPCEI. Die heeft deze week groen licht gekregen van de Europese Commissie. Hiermee geef ik subsidies voor innovaties van de ontwikkeling, distributie en productie van geneesmiddelen in Nederland en dat is een boost voor het ecosysteem in Nederland.

Dan heeft mevrouw Tielen ook gevraagd of het mogelijk is om de uitgifteperiode van medicatie in de apotheek te verlagen naar een of twee maanden. Dat kan. In geval van een tekort kunnen IGJ en CBG adviseren om apothekers minder mee te laten geven aan patiënten. Dat is ook gebeurd in de afgelopen periode. Maar het standaard verlagen van die uitgifteperiode vind ik eigenlijk niet zo'n goed idee. Ik ben namelijk een beetje bang dat patiënten dan vaker naar de apotheek moeten en dan heeft de apotheek ook meer werk. Ik vrees een beetje voor de medicatietrouw en of die dan nog voldoende aanwezig is.

Mevrouw Tielen heeft mij ook gevraagd om in kaart te brengen wat mogelijk en nodig is om wet- en regelgeving over het gemakkelijk ompakken vanuit bulkverpakkingen aan te passen. Dat gaat over de grote hoeveelheden die soms worden meegegeven. Dat is op dit moment al mogelijk. Apothekers mogen dat doen. Zij mogen verpakkingen van medicijnen aanpassen om aangepaste hoeveelheden mee te geven aan patiënten. Het is dus niet per se noodzakelijk om die bulkverpakkingen mee te geven.

Dan is mevrouw Tielen ook benieuwd naar de plannen van PharmaNL. Zij vraagt mij om in gesprek te gaan met branches van producenten van generieke en innovatieve medicijnen om te kijken welke ambitie Nederland wil neerzetten als het gaat om innovatie en toegang tot medicijnen. De eerste subsidies vanuit PharmaNL zijn inmiddels verstrekt voor het versterken van human capital en richten zich in de volgende ronde op het versterken van de infrastructuur. Mijn ambitie is om de geneesmiddeleninnovatie door academische instellingen en het bedrijfsleven te blijven aanjagen. Daarvoor hebben we ook het expertisecentrum FAST, dat ik al noemde, dat het Nederlandse veld voor therapieontwikkelingen verbindt en kennis ontsluit. Ik noemde al mijn werkbezoek aan Pivot Park in Oss. Ik sta continu in contact met partijen in het veld. Ik zeg toe in gesprek te blijven met producenten, want als het over ambitie gaat, is het idee natuurlijk dat sterkere innovatie in Nederland zal leiden tot snellere toegang van geneesmiddelen.

Mevrouw Tielen had een aantal losse vragen. Ze heeft mij gevraagd wat ik bedoel met "omgaan met het geneesmiddeleninformatielandschap". Dat vroeg zij naar aanleiding van een brief over ... Nee, dit was niet naar aanleiding van een brief. Ik heb u eind december de herijkte visie op het geneesmiddeleninformatielandschap gestuurd; althans, dat heeft mijn voorganger gedaan. Die visie richt zich op zorgverleners. Daarin is aangegeven waar de prioriteiten liggen en waarop we willen inzetten. Ik wil meer accent leggen op specifieke patiëntengroepen waarvoor directe beslis- en doseerinformatie vaak ontbreekt, omdat de geneesmiddelen niet onder deze kwetsbare groepen getoetst worden. Denk aan kinderen, zwangeren en ouderen. Op dit moment zijn er een aantal organisaties voor geneesmiddeleninformatie — het gaat dus inderdaad wel over de brief over geneesmiddeleninformatie — ten behoeve van zorgverleners die van VWS subsidie krijgen. Wij zijn in gesprek met de organisaties om de verdeling van subsidiemiddelen meer in evenwicht en balans te brengen en ook meer in lijn met deze visie en het accent dat ik daarin wil aanbrengen. Dat proces loopt sinds vorig jaar en zal zijn effect kunnen hebben met ingang van 1 januari 2026. Het was een schriftelijke vraag, waar ik antwoord op heb gegeven.

Mevrouw Tielen vroeg ook: kan de minister aangeven wat zij bespreekt en doet in samenwerking met huisartsen tegen de druk om ADHD-medicatie voor te schrijven? Ik ga graag verkennen in welke onderzoeksprogramma's we daar meer kennis over kunnen opdoen, bijvoorbeeld via ZonMw. Ik vind het heel belangrijk dat we met eventuele acties hierop aansluiten bij waar de beroepsgroepen behoefte aan hebben. Huisartsen staan inderdaad vaak onder druk, niet alleen van ouders, maar soms ook van scholen die ouders met hun kind naar de huisarts sturen met de boodschap: dit is een druk kind, dat ritalin of iets anders moet krijgen. Dat is natuurlijk niet wenselijk.

De heer Krul heeft mij gevraagd wat ik vind van het signaal dat de apotheekbereidingen niet kostendekkend zouden zijn. Ik heb dat vorig jaar uitgevraagd — dat wil zeggen: dat

heeft mijn voorganger gedaan — bij de relevante brancheorganisaties. Zij hebben aangegeven hierover informatie te zullen verzamelen. Zij zouden dat uitzoeken bij de achterban en dat met mij delen. Daar hebben wij nog niets van gehoord. Als we die informatie hebben, bekijken we welke vervolgstappen nodig zijn.

Ik zie dat de heer Krul wil interrumpen, maar daar gaat de voorzitter over, ik niet.

Mevrouw Paulusma heeft gevraagd of ik bereid ben een Europees fonds te lanceren om onderzoek naar behandelingen voor zeldzame aandoeningen te stimuleren. Bij het beantwoorden van deze vraag wil ik meteen nog even aangeven: hartelijk dank voor de petitie die ik namens mevrouw Paulusma heb mogen ontvangen om meer in te zetten op het stimuleren van geneesmiddelenonderzoek naar zeldzame ziektes. Als antwoord op de vraag over het Europese fonds kan ik zeggen: ik blijf via bestaande Europese fondsen, zoals Horizon Europe, het programma van de Europese Unie voor onderzoek en innovatie, inzetten op het stimuleren van geneesmiddelenonderzoek naar zeldzame ziektes. Binnen Horizon Europe is in september de start van een nieuw Europees partnerschap voor zeldzame ziekten beoogd. Ook Nederland zal deelnemen aan deze samenwerking en een financiële bijdrage leveren. Naast dit partnerschap worden binnen Horizon Europe ook andere onderzoekscalls uitgezet. Die zijn gericht op zeldzame ziekten; niet allemaal, maar er zijn er wel die gericht zijn op zeldzame ziekten. Ik zet me ervoor in dat dit onderwerp op de agenda blijft en heel veel aandacht blijft krijgen in de toekomstige werkprogramma's van Horizon Europe.

Mevrouw Paulusma vroeg ook of ik bereid ben om me in te zetten voor het opstellen van een nieuwe nationale strategie voor zeldzame aandoeningen. Het huidige nationaal plan dateert uit 2014. In 2017 is er een slotadvies gepubliceerd van het Afstemmingsoverleg Zeldzame Ziekten. Sinds 2017 zijn er flinke stappen gezet, zoals op het gebied van netwerkvorming, organisatie, financiering, Europese samenwerking en internationaal onderzoek. Ondanks dat zijn er ook nog verdere stappen te ondernemen. Ik onderschrijf ook het belang van een nieuw nationaal plan zeldzame aandoeningen. Zo'n nationale strategie raakt natuurlijk aan heel veel terreinen. Ook hier zie ik een belangrijke rol voor het zorgveld weggelegd. Ik moet toch weer wijzen op mijn demissionaire status. Het opstellen en uitvoeren van zo'n strategie zal ik niet meer op me kunnen nemen, maar is aan een nieuw kabinet. Wel wil ik hier zeggen dat we kunnen beginnen met de voorbereidingen, zodat het voor een volgend kabinet mogelijk is om snel te komen tot een nieuw nationaal actieplan, samen met de veldpartijen. Tegen mevrouw Paulusma wil ik zeggen dat ik het ook warm zal aanbevelen aan mijn opvolger.

Voorzitter. Ik ben er doorheen.

De **voorzitter**:

Dat is hartstikke mooi.

Minister **Dijkstra**:

Nee, ik ben er nog niet.

De **voorzitter**:

Gaat u verder dan.

Minister **Dijkstra**:

Ik zie iedereen naar adem snakken. Ik ben ook al heel lang aan het woord; dat realiseer ik me. Maar goed, dat is nu eenmaal de manier waarop we dat hier zo doen.

Mevrouw Paulusma heeft gevraagd of ik meerwaarde zie in de Europese samenwerking als het gaat om de zeldzame aandoeningen. Ja, die zie ik zeker. Daarom nemen we als VWS ook deel aan al die Europese trajecten en zijn we medefinancier. Begin dit jaar is de joint action voor zeldzame aandoeningen gestart om de integratie en toegankelijkheid van de Europese referentienetwerken voor zeldzame aandoeningen in de zorgsystemen van de Europese lidstaten te verbeteren. We zijn hier zeker mee bezig.

Mevrouw Paulusma heeft mij ook gevraagd — dat is natuurlijk ook niet onbelangrijk — welke kansen ik zie om de toegang tot weesgeneesmiddelen te verbeteren, waarbij een geneesmiddel niet alleen voor jonge patiënten beschikbaar komt. Ik erken natuurlijk dat dergelijke situaties heel schrijnend kunnen zijn voor families. Wel is het goed dat we kijken naar de toegevoegde waarde van een geneesmiddel. Van sommige geneesmiddelen is namelijk onvoldoende aangetoond dat ze werken boven een bepaalde leeftijd. Dat wil niet zeggen dat die geneesmiddelen niet veelbelovend kunnen zijn, maar ze kunnen onder voorwaarden aan patiënten worden vergoed. Ik start dan ook met een beleidsevaluatie van de voorwaardelijke toelating. Daarin gaan we uitzoeken hoe het beleid uitwerkt, of het doel wordt bereikt en of de criteria hiervoor moeten worden aangepast, zodat de voorwaardelijke toelating eventueel breder kan worden ingezet.

Volgens mij ben ik er nu wel.

De voorzitter:

Oké. Dan zijn we het aan het einde van het blokje gekomen.

Minister Dijkstra:

Tenzij mensen nog iets missen.

De voorzitter:

Meneer Bushoff. O nee, ik zou aan de andere kant van de tafel beginnen. Mevrouw Paulusma.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dank voor de uitvoerige beantwoording van de minister. Ik ben blij met de toezeggingen, zeker rondom de nationale strategie, maar ook rondom de Europese aanpak. Ik heb ook nog een vraag gesteld rondom de EHDS, waar ik samen met collega Tielen rapporteur over ben. We weten een beetje wat daar allemaal gaande is. Ik vroeg specifiek aandacht voor juist die zeldzame aandoeningen in de EHDS. Het zou heel erg jammer zijn als we dat laten liggen, terwijl juist als het gaat om zeldzame aandoeningen het van belang is dat we meer data gaan delen en bundelen en beschikbaar gaan stellen voor onderzoek.

Minister Dijkstra:

Heel goed. Ik ben even op zoek. Ondanks dat ik begeleid word, slaag ik er elke keer in om een puinhoop te maken van mijn papieren. Sorry.

Inderdaad, daar heb ik ook naar gekeken. Nederland heeft zich sinds de start van de onderhandelingen constructief opgesteld en heeft inhoudelijk sterk bijgedragen aan de

EHDS. Als rapporteur bent u daarvan op de hoogte. Wij hebben ook de belangrijkste onderhandelingspunten weten te borgen. Dat heeft ertoe geleid dat we op 22 maart van dit jaar hebben ingestemd met het voorlopig politiek akkoord. Wat mij betreft blijft dat zo, maar het is natuurlijk aan de opvolgers om dat voort te zetten. Zoals bij vrijwel alles, hoop ik dat ook hier in de toekomst voldoende aandacht voor blijft.

De heer **Krul** (CDA):

Ik ga nog even door op de apothekers. De minister zegt dat ze geen concrete signalen hebben ontvangen dat er een probleem zou zijn rond het niet kostendekkend zijn van bereidingen. Ik zal niet al te anekdotisch worden, want ik herken dat dat een valkuil is. Maar ik heb vier apotheken bezocht en die zeggen, in ieder geval tegen mij, allemaal: het feit dat er de afgelopen jaren, misschien wel terecht, steeds strengere regels zijn gekomen en steeds hogere kwaliteitseisen worden gesteld aan het bereiden, bijvoorbeeld als het gaat om de ruimte, en het feit dat wij niet zomaar mogen doorleveren aan andere apotheken, zorgt ervoor dat het voor ons steeds minder aantrekkelijk wordt. Ik zeg maar even letterlijk wat ik gehoord heb. De echte vakidioten, die het ook echt heel leuk vinden om te doen, zien er nog heil in. Heeft de minister die signalen echt niet ontvangen of is het heel toevallig dat ik vier apotheken gesproken heb die dit aangeven?

Minister **Dijkstra**:

Ik heb aangegeven dat wij daar via de wegen die we normaal bewandelen niet over hebben gehoord en dat we daar nog op wachten. Maar ik heb er natuurlijk kennis van genomen, ook in de media. Het is ook interessant dat ik hetzelfde hoor als ik met fabrikanten van generieke geneesmiddelen spreek. Van hen hoor ik ook dat de regels strenger zijn geworden, dat er daardoor vaker een beroep op hen wordt gedaan en dat het langer duurt. Daar zie ik een overeenkomst tussen. We kijken nu hoe we de doorgeleverde bereidingen beter kunnen regelen voor de apothekers die dat heel graag willen doen. Sommige zijn heel erg goed in het maken van die magistrale bereidingen. We gaan die mogelijkheid verder uitwerken, maar dan blijft staan dat kwaliteit essentieel is.

De heer **Krul** (CDA):

Nu ga ik toch een toezegging lospeuteren. De minister geeft namelijk aan dat ze ernaar gaat kijken. Dat vind ik belangrijk. Kan ze toezeggen dat daar een terugkoppeling op komt? Ik hoef daar nu geen termijn aan te koppelen, hoor. Maar ik zou graag specifiek op dit punt een terugkoppeling ontvangen.

Minister **Dijkstra**:

Dat wil ik graag toezeggen. Dat zullen we dan combineren, want ik hoop dat we die informatie, de terugkoppeling van hoe het nou zit in het veld, eens een keer krijgen van de brancheverenigingen. Het zijn niet alleen deze vier, maar er zijn natuurlijk meer apotheken. Dan kunnen we dat combineren en dan kunnen we meteen aangeven welke kant we op denken.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Wat mij betreft zei de minister iets te snel: nou, laten we het standaard verkorten van de uitgifteperiode niet doen. De reden waarom ik dat zeg, is de volgende. Ik snap dat de minister zegt dat therapietrouw onder druk kan staan, maar aan de andere kant laat heel veel onderzoek van de Patiëntenfederatie zien dat heel veel mensen denken dat ze al te

lang onnodige medicijnen krijgen. We weten dat slaapmedicatie niet eens verstandig is. Ik ga dus ook proberen een toezegging los te peuteren. Zou de minister op een rijtje willen zetten wat de voor- en nadelen zijn van het verkorten van de standaardgiftetermijn van drie maanden? Natuurlijk komen daar weer kosten bij; dat snap ik ook. Maar het lijkt me echt goed om daar opnieuw naar te kijken. Gelijk voor 90 dagen doosjes meegeven is namelijk lang niet altijd nodig, en soms zelfs onverstandig.

Minister Dijkstra:

Het staat natuurlijk voorop dat patiënten sowieso geen geneesmiddelen moeten krijgen voor een langere periode als ze die maar kort nodig hebben. Om nou te zeggen dat dat standaard is ... Ik noem bijvoorbeeld antibiotica. Die neem je tien, zeven of vijf dagen in, afhankelijk van het voorschrift van de arts. Maar er zijn ook geneesmiddelen die je wat langer moet gebruiken. Wat betreft het terugbrengen van de standaardtermijnen denk ik dat het aan de huisarts is, of eventueel aan de medisch specialist als mensen bij de reguliere apotheek terechtkomen in plaats van in het ziekenhuis, om duidelijk op het voorschrift te vermelden voor welke periode het geneesmiddel moet worden gegeven. Als het gaat om medicatie die chronisch gebruikt wordt omdat dat nodig is, dan zie ik dat punt van die drie maanden niet als een groot probleem. Ik zie wel dat de therapietrouw echt een probleem is, maar goed.

Mevrouw Tielen (VVD):

Dan zijn de minister en ik het daar niet over eens. Ik noemde de slaapmedicatie al. Ik ben wel blij met wat de minister zei over de huisartsen en het met hen in gesprek zijn over de druk, omdat het breder is, ook breder dan ADHD. Dus ik hoop dat ZonMw dat ook meeneemt. De minister zei dat we daar in het onderzoeksprogramma ook rekening mee moeten houden. Ik hoop ook dat de minister dat breder ziet dan alleen de ADHD-medicatie. Er zijn meer medicijnen waar huisartsen bij wijze van spreken flink gedwongen worden, of zich in ieder geval gedwongen voelen, om recepten voor die medicijnen uit te schrijven.

Minister Dijkstra:

Het is natuurlijk sowieso een probleem dat huisartsen te maken krijgen met patiënten die zelf thuis van alles hebben opgezocht en op grond daarvan behoorlijke druk uitoefenen. Dat is weer een andere kant van het verhaal. Maar ik wil nog eventjes aangeven dat de eerste uitgifte van een nieuw medicijn voor vijftien dagen is. Pas daarna wordt dat drie maanden. Als het dure geneesmiddelen betreft, dan wordt het maar voor een maand uitgegeven. In die zin is er al differentiatie. Ik denk wel dat het goed is dat we hierop blijven letten. We zijn natuurlijk ook regelmatig in gesprek met artsen. Het hele punt van de druk die op huisartsen gelegd wordt, is nog wel een ding. Met betrekking tot ADHD hebben we gezegd dat we bij ZonMw kijken of we daar iets meer over te weten kunnen komen. Dat kunnen we natuurlijk best een beetje breder trekken. Ik bedoel gewoon "breder", zonder "een beetje".

De voorzitter:

Mevrouw Jansen? Nee? Dan meneer Claassen.

De heer Claassen (PVV):

Ik heb nog één interruptie die ik gebruik voor mijn vragen. De rest gebruik ik voor de tweede termijn. Daar ga ik mijn best voor doen. Ik zou vooral willen opmerken dat ik deze vraag stel als volksvertegenwoordiger en niet als belangenbehartiger van een of

ander farmaceutisch bedrijf. Ik hecht er namelijk grote waarde aan dat medicijnen bij, in dit geval, kinderen terechtkomen, omdat ze daar waarschijnlijk heel goed mee geholpen worden. Het zou ook kostenbesparend werken, omdat voorkomen wordt dat ze zieker worden dan ze al zijn. In dit geval gaat het over het medicijn Kaftrio. Wij verzochten de minister nog een keer te reageren op de eerder uitgestuurde brief, omdat zij juist werken met een proefdossier. Binnen dit proefdossier wordt gebruikgemaakt van studies die gericht zijn op de doelgroep waar het over gaat. Ik hoorde de minister zeggen dat er iets is aangeleverd wat niet gebaseerd is op onderzoek. Dat verbaast me, want dat was juist de reden om in de procedurevergadering te verzoeken om die brief, omdat er wél onderzoek is. De vraag is dan ook: waarom geeft u nu aan dat er geen data aangeleverd is rondom deze specifieke beroepsgroep? Dat verbaast mij. Mijn vervolgvraag is: heeft het ook niet te maken met de vraag of het Zorginstituut wel voldoende capaciteit heeft om al dit soort aanvragen te behandelen in de tijd die er eigenlijk voor zou moeten staan, zodat mensen op tijd hun medicijnen krijgen?

Minister Dijkstra:

De heer Claassen vraagt mij naar wat meer gedetailleerde informatie, maar het enige wat ik daarover kan zeggen, het enige wat mij ter ore is gekomen, wat mij verteld is en wat ook zo is, is dat het definitieve dossier niet is ingeleverd. Dat is toch een voorwaarde. Het is dus niet zo dat ik dat niet zou willen. Integendeel. Ik zou willen vragen aan degene die het dossier levert om daar wel snel mee te komen. Dan kan het ook worden afgehandeld. Op dit moment is het Zorginstituut bezig met het werven van personeel. De vraag was: is er wel genoeg personeel om dit allemaal uit te voeren? Daar zit ook druk op, zoals overal op dit moment. We willen natuurlijk niet dat de patiënten daaronder te lijden hebben. Het is dus heel belangrijk dat daar van beide kanten druk op staat, ook voor de producent, om ervoor te zorgen dat die dossiervorming op orde is, zodat er kan worden doorgegaan.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik neem ... O, eerst meneer Bushoff nog.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Ik wil toch nog gebruikmaken van mijn laatste interruptie. Er is namelijk nog één vraag bij mij blijven hangen naar aanleiding van het blokje over die dure geneesmiddelen. Afgelopen maandag hadden wij een hoorzitting in de Kamer, onder andere met vertegenwoordigers van de farmaceutische industrie. Zij gaven toen ook aan: er wordt vaak over ons en niet met ons gesproken en wij zouden dat graag anders zien. Dan zou je kunnen verwachten dat de farmaceutische industrie wellicht ook zelf een stap naar voren zet, de hand in eigen boezem steekt en zegt: goh, wij rekenen ook dure prijzen; wij willen ook toe naar eerlijkere prijzen en meer transparantie. Ik denk dat mevrouw Tielen goed aangaf dat het gevoel was dat die beweging richting de Kamer in ieder geval nog niet echt werd gemaakt afgelopen maandag. Ik ben benieuwd: is die beweging al wel richting de minister gemaakt?

Minister Dijkstra:

We hebben natuurlijk contact met de brancheorganisaties. Iedereen, elke farmaceutische industrie die ons op dit terrein wil bijpraten, is welkom, zou ik zeggen. Daar hebben we nooit een geheim van gemaakt, volgens mij. We hebben nooit gezegd dat we ze niet willen spreken. Er is ook contact, hè. Ik heb net al verteld dat ik verschillende werkbezoeken heb afgelegd. Dan spreek ik ook met de industrie. Ik ben

elke keer weer — dat moet ik ook zeggen — onder de indruk van wat daar allemaal gebeurt. Dat is ongelooflijk belangrijk. Maar je wilt zo graag dat je het met elkaar eens bent over de vraag: voor welke prijs kunnen we dit en hoe komen we dichterbij elkaar als het daarover gaat?

Overigens — als u mij toestaat, voorzitter — heb ik de indruk dat u een hele goede rondetafel hebt gehad.

De voorzitter:

Die opvatting delen we helemaal.

Dan komen we hiermee aan het einde van de eerste termijn van de regering. Meneer Bushoff zou sowieso een tweeminutendebat willen aanvragen. Is er voor de rest behoefte aan een tweede termijn? Dat is het geval. Dan stel ik voor dat u even studeert op uw laatste minuut of 30 seconden en schors ik tot 13.45 uur.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Ik geef voor de laatste vraag voor 30 seconden het woord aan de heer Bushoff.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil allereerst inderdaad graag een tweeminutendebat aanvragen. Ik denk dat er wel aanleiding voor is om dit debat nog verder voort te zetten.

Ik ben blij met de beantwoording van de minister, haar ondersteuning en de toezegging om bij tekorten van generieke geneesmiddelen nog eens goed te kijken naar het preferentiebeleid en of we bij dreigende tekorten het preferentiebeleid kunnen verbeteren. Ik zeg nadrukkelijk niet "afschaffen". Laten we kijken of we het op punten kunnen verbeteren. Dank voor die toezegging. Ik ben ook blij met de toezegging om toch nog eens te kijken naar de Italiaanse wetgeving op het gebied van transparantie bij dure geneesmiddelen, om te kijken of er echt niet iets in zit waar we wat van kunnen leren. Ik denk dat het echt noodzakelijk is dat wij tot eerlijkere prijzen komen van dure geneesmiddelen en betere transparantie.

Tot zover.

De heer Krul (CDA):

Ik heb een interruptie. Ik hoor wat de heer Bushoff zegt. Ik denk dat de heer Bushoff — dat is ook mijn vraag — het met het CDA eens is dat het heel belangrijk is dat zo'n toezegging gestand wordt gedaan voor zo'n tweeminutendebat. De heer Bushoff zegt in zijn eigen bijdrage ook: ik vind het wel belangrijk dat er bij een dreigend tekort iets verbeterd wordt aan het preferentiebeleid. Het is goed dat de minister gaat kijken wat dan. Ik neem aan dat de heer Bushoff dan ook graag wil dat we dat weten voor zo'n debat, want dan kunnen we er als Kamer in gezamenlijkheid een uitspraak over doen.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Volgens mij heeft de minister aangegeven dat ze nu nog niet goed kon aangeven wanneer ze eventuele verbeteringen in het preferentiebeleid kan bewerkstelligen. Misschien kan de minister wel op korte termijn een tijdlijn aan ons schetsen. Het zou

kunnen helpen als die tijdlijn in ieder geval komt voor het tweeminutendebat.

De **voorzitter**:

Meneer Claassen.

De heer **Claassen** (PVV):

Heel snel. Ik heb een vraag over de toezegging over kijken naar het preferentiebeleid. Betekent dat ook dat er in samenspraak met de werkveldvertegenwoordigers naar het effect wordt gekeken als er structureel meer dan één preferent is? Dat is de vraag.

Voor de helderheid. Wordt per 1 oktober 2024 de aangekondigde tijdelijke beleidsmaatregel maximale prijs geneesmiddelen nou wel of niet ingevoerd? Want dat bleef nog onduidelijk voor mij.

Tot slot, de motie-Maeijer over de vertraging post-sluisperiode in kaart brengen. U gaf een antwoord over hoe het proces eruitziet, maar eigenlijk zit in de motie de vraag besloten tot welke soort vertragingen dat leidt. Dat is dus veel meer een inhoudelijk perspectief. Wilt u daar misschien even op reflecteren?

De **voorzitter**:

Mevrouw Jansen.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Allereerst dank aan de minister voor het beantwoorden van de vragen. Ik heb nog één aanvullende vraag over de hulpmiddelen. In de beantwoording op mijn vraag leek het meer een of-ofoplossing: de hulpmiddelen worden of centraal aangeleverd, of door de apothekers. Maar er zou even goed een en-enoplossing kunnen komen. Als de leveringen nu niet gebeuren door de groothandelaren, worden ze opgevolgd door de apothekers. Die betalen daar dan zelf voor. Mijn vraag aan de minister is: zou er een vergoeding kunnen komen voor die spoedleveringen door apothekers? Dan zoek je meer naar een tussenoplossing.

De **voorzitter**:

Mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank aan de minister en de overige Kamerleden voor het debat. Ondanks de enorme agenda kijk ik met een plezierig gevoel terug op dit debat.

Dank voor de toezegging over de Italiaanse wet en de toezegging over de kindergeneesmiddelen, om die wellicht uit het preferentiebeleid te halen, of om in ieder geval op papier te zetten of dat een mogelijkheid zou zijn.

Het geneesmiddeleninformatielandschap begreep ik nog niet helemaal. De minister gaf aan: er moet meer balans komen in welke criteria daarvoor worden gebruikt. Misschien kan de minister dat toelichten.

Ik ga nog even nadenken over wat ik vind van de standaarduitgifte.

De **voorzitter**:

Meneer Krul.

De heer **Krul** (CDA):

Voorzitter, hartelijk dank aan de minister voor de beantwoording. Ik moet zeggen: het gefrustreerde gevoel dat ik de afgelopen keren had, heb ik nu niet. Ik denk echt dat de minister op een hele heldere manier heeft uitgelegd wat we wel doen, maar ook wat de complexiteit is. Ik zit nog niet zo lang in deze commissie, maar ik krijg de indruk dat het hier erg coöperatief is, ook met de andere commissieleden. Dat wordt erg gewaardeerd.

Ik heb nog één punt. Ik voel soms toch een beetje machteloosheid en verwarring over de bijdrage van GroenLinks-PvdA, die in de eerste termijn zelf begonnen met zeggen dat we bij dreigende tekorten eventueel het preferentiebeleid moeten aanpassen en nu akkoord gaan met de toezegging dat er een tijdljn komt voor het in kaart brengen van mogelijkheden. Dat is een beetje de tandenloosheid die ik merk, dat we met zo'n proces weer het bos in worden gestuurd. Ik zou de minister willen vragen om daar echt vaart mee te maken, want er moet iets gebeuren. Het is nijpend. Ik denk ook echt wel dat we dingen kunnen verbeteren aan het preferentiebeleid. Daar zullen wij in het tweeminutendebat in ieder geval voorstellen voor doen.

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

Toch een vraag daarover. Op zichzelf ben ik het er helemaal mee eens dat het tekort nijpend is en dat we schrijnende gevallen zien. Er moet wat veranderen. Vandaar ook dat we volgens mij bijna commissiebreed willen dat het preferentiebeleid op punten wordt verbeterd. Ik vraag me wel even af wat in de ogen van de heer Krul nou de allersnelste en meest effectieve route is om het ook daadwerkelijk voor de patiënten te gaan verbeteren.

De heer **Krul** (CDA):

Dat is een goede vraag. Ik denk eigenlijk dat het antwoord verscholen zat in de eerste termijn van meneer Bushoff. Dat is ook een beetje mijn verwarring. Hij begon zijn eerste termijn met: zouden we niet het preferentiebeleid niet alleen bij tekorten maar ook bij dreigende tekorten moeten aanpassen? Dan kun je kiezen voor een tweede, voor een derde of voor helemaal geen preferentiebeleid — dat is invulling — maar dit is nou iets wat we echt zouden moeten doen. Ik proefde een bepaalde bereidheid daartoe. De heer Claassen heeft daar ook een paar keer naar gevraagd. Mijn verwarring zit 'm er oprecht in dat de heer Bushoff op het moment dat hij aan zijn tweede termijn begint, zegt dat hij akkoord gaat met een tijdljn waarin de minister in kaart gaat brengen wat er eventueel zou kunnen gebeuren. Dat is zó'n procesmatig antwoord. Dat vind ik jammer.

De **voorzitter**:

Neeneenee, we zijn aan het einde van het debat, bij de laatste bespiegelingen. Ik stel voor dat we dit gesprek bilateraal verder voortzetten. Dan zien we in het tweeminutendebat de uitkomst van deze laatste clash wel. Het woord is aan mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank u wel, voorzitter. De heer Krul begon zo goed, over deze coöperatieve commissie. Ik wil de minister graag bedanken voor al haar reacties. Ik wil ook van de gelegenheid gebruikmaken om nogmaals alle mensen te bedanken die hebben meegewerkt aan het manifest Zeldzaam goed geholpen, over aandacht en middelen voor patiënten met een

zeldzame aandoening, dat ondertekend is door ruim 90 patiëntenorganisaties. We hebben namelijk samen hard gewerkt om hiertoe te komen. Ik hoop vooral dat we hiermee sneller de stappen kunnen zetten die patiënten met een zeldzame aandoening nodig hebben en ook verdienen. Daar zal ik mij in de komende periode hard voor inzetten.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we voor de tweede termijn van de regering naar de minister voor Medische Zorg.

Minister Dijkstra:

Ik heb nog niet helemaal alles paraat, maar ik zal het proberen.

Voorzitter. De heer Bushoff heeft aangegeven welke toezeggingen ik heb gedaan. Er is hier vervolgens ook een discussie geweest over de tijdlijn. Ik wil daar best naar kijken voor het tweeminutendebat, om te zien of we daar toch iets meer over kunnen zeggen. Tegelijkertijd vind ik het belangrijk om te zeggen dat verzekeraars rond de geneesmiddelenkortingen vaak de preferentie al af hebben gehaald van de medicijnen waarvan er een tekort is. Dat viel me daarnet nog even te binnen. Ik zal in elk geval een tijdlijn sturen. Als dat niet meer nodig blijkt te zijn, merken we dat wel, maar ik kan het bij dezen toezeggen.

Is de aanpassing van de Wgp tijdelijk? Dat vroeg de heer Claassen. Die wordt wel ingevoerd. Dat heeft ook al in de Staatscourant gestaan. Als ik dat vangnet namelijk niet instel, worden de prijzen nog lager. Het is dus heel belangrijk dat we dat wel doen.

Dan het CDA. Het is op zich fijn om te horen dat de heer Krul een iets minder unheimisch gevoel heeft na dit debat, maar voor mij blijft het nog steeds een heel urgent debat. Kijk, wij maken vaart en de Kamer kan daarbij ook helpen, door iedereen in het veld met wie de Kamerleden te maken krijgen, op te roepen tot die samenwerking. Ik denk dat dat helpt.

Mevrouw Tielen ging nog even door op het informatielandschap. Ze wil een toelichting op de criteria. De nadruk ligt op specifieke doelgroepen, zoals ik al heb gezegd, en op direct toepasbare beslisinformatie voor die specifieke groepen. Door de organisaties zal in gesprekken met hen duidelijk moeten worden gemaakt wat dat moet zijn. Daar is dus nog voortgezet overleg over.

Dan heb ik ten slotte nog een vraag over de hulpmiddelen. Komt er voor de spoedlevering een vergoeding, vroeg mevrouw Jansen. Er is al een betaaltitel en de huisarts kan declareren. Goede communicatie hierover is natuurlijk heel belangrijk. Ik neem dit ook mee in de gesprekken met de Kwaliteitsraad, waar dit aan de orde is. Dat kan ik u dus toezeggen.

Dat waren volgens mij de vragen.

De heer Krul (CDA):

De minister geeft aan dat zorgverzekeraars bij een kortenbesluit al kunnen afstappen

van het preferentiebeleid. Zou ze in het onderzoek dat ze gaat doen dan ook kunnen meenemen dat op het moment dat je dat alleen bij een tekort doet, er al geen fabrikanten meer zijn? Die hebben helemaal geen reden om hier te zijn als ze alleen maar in beeld komen bij een tekortenbesluit. Het is dus een soort vicieuze cirkel op die manier. Het heeft niet zo heel veel nut om bij een tekortenbesluit af te stappen van het preferentiebeleid, want dan zijn er geen fabrikanten; die zijn dan allang weg. De vraag is dus of ze dat mee kan nemen.

Minister Dijkstra:

Dit is een terechte opmerking, dus die nemen we daarin mee. Bij de beantwoording over de tijdslijn kunnen we daar ook nog even naar verwijzen.

De voorzitter:

Meneer Claassen, u heeft geen interrupties meer, maar u heeft een vraag gesteld die in de laatste ronde nog niet beantwoord is.

De heer Claassen (PVV):

Ja, of ik heb het gemist; dat kan best op dit late tijdstip. Het gaat over de uitvoering van motie van collega Maijer. Het gaat niet om het proces, maar daaronder zit eigenlijk de vraag tot wat voor soort vertragingen in het proces of in de inhoud de huidige postprocedure heeft geleid. We weten hoe die postprocedure is, maar wat gebeurt daar nu eigenlijk? Wat gaat daar goed en wat gaat daar mis?

Minister Dijkstra:

Ik begrijp de vraag niet helemaal. Dat zal wel aan mij liggen. We zijn inderdaad al een tijd met elkaar in gesprek. Maar laten we afspreken ...

De voorzitter:

Wacht, wacht, wacht. Wacht heel even. Kunt u de vraag nog één keer herformuleren, meneer Claassen?

De heer Claassen (PVV):

Ja, dat zal ik proberen rustig te doen. Het antwoord op de vraag over de uitvoering van die motie was vooral een beschrijving van hoe dat proces eruitziet, maar de vraag is eigenlijk wat er nu gebeurt. Wat is het effect van die procedure op de medicijnen die postsluis zijn? Dat zit veel meer besloten in die motie.

Minister Dijkstra:

Soms is er een versta-misverstand tussen een Fries en een Limburger, maar ik heb het nu begrepen. Maar ik heb niet meteen het antwoord, dus ik kom daar graag schriftelijk op terug.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan komen we aan het einde van de bijdrage van de minister. Dan heb ik hier de toezeggingenregistratie.

- De minister probeert aanpassingen aan te brengen in het preferentiebeleid en zal haar opvolger vragen de Kamer op de hoogte te houden van de vorderingen hiervan. Voor het tweeminutendebat stuurt zij een tijdlijn.

- De minister zal het signalement van de Kwaliteitsraad Hulpmiddelen en Zorg die rond 1 juli wordt verwacht, met de Kamer delen.
- De minister zal de Kamer nader informeren over de MDR-certificering en zal de vragen die hierover tijdens het debat zijn gesteld, schriftelijk beantwoorden.
- In de brief over farmaceutische zorg die eind dit jaar aan de Kamer wordt gestuurd, zal de nieuwe bewindspersoon ook ingaan op het grootschalige gebruik van statines.
- De minister zegt toe de Italiaanse wetgeving rondom transparantie bij de dure geneesmiddelen nader te analyseren en haar bevindingen met de Kamer te delen.
- De minister informeert de Kamer schriftelijk over de doorgeleverde en de magistrale bereidingen van geneesmiddelen.

Zo is dat.

Dan dank ik de minister voor Medische Zorg voor haar beantwoording. Ik dank mijn collega's voor hun inbreng. Ik dank de griffier. Ik dank de Dienst Verslag en Redactie. Ik dank de bode. Ik dank onze gasten op de publieke tribune. Ik begrijp dat er ook in de andere zaal een heleboel betrokkenen en patiënten aanwezig zijn, die het debat hebben gevolgd. Ik dank ook iedereen die het debat op afstand heeft gevolgd. Dank u wel.

Sluiting 14.00 uur.