

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Oncologie
Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl
T +31 (0)20 797 85 55
Contactpersoon
mw. drs. A.J. Link
T +31 (0)6 208 232 64

verslag

ACP 85
Adviescommissie Pakket

Omschrijving	Adviescommissie Pakket
Vergaderdatum	3 juli 2020
Vergaderplaats	Teleconferentie i.v.m. coronamaatregelen
Aanwezig	Romke van der Veen Jan van Busschbach Marcel Canoy Heleen Dupuis Marcel Verweij Cor Oosterwijk Jacqueline Zwaap (secretaris) Angèl Link (plv. secretaris, verslag)
Afwezig	Carina Hilders Carla Hollak Jos Schols

Datum
3 juli 2020

Onze referentie
2020030017

1 Opening en mededelingen

5 De voorzitter heet iedereen welkom en verzoekt de leden hun camera aan te doen en de toehoorders om de camera en microfoon uit te zetten. De sprekers mogen hun camera en microfoon aanzetten op het moment de voorzitter hen hiervoor uitnodigt. Op deze manier is het voor de voorzitter overzichtelijker wie wanneer wat wil zeggen. Hij vraagt de secretaris of er nog mededelingen zijn. De secretaris geeft aan dat deze vergadering een week is verschoven omdat het anders niet 10 mogelijk zou zijn om dit agendapunt te bespreken. Dit is de reden waarom de commissie niet volledig is en er drie leden verhinderd zijn. Punt 5 van de agenda is vanwege de hoge tijdsdruk wel vorige week besproken, maar staat ivm de nummering wel op de agenda. Ze wil de commissieleden bedanken voor hun 15 flexibiliteit. Daarnaast hebben drie partijen verzocht om in te spreken. De patiëntenorganisatie, een behandelend arts namens de beroepsgroep en de fabrikant Vertex.

2 Concept verslag van de vergadering van 22 mei 2020 (ACP 84)

20 Er zijn geen opmerkingen bij het verslag. Naar aanleiding van het verslag wil Marcel Canoy graag reageren wat in de reacties en de media is geschreven in reactie op het advies over ibrutinib. De suggestie wordt gewekt dat er sprake zou zijn van een paradigma-shift of een methodologische verandering bij de ACP. Hij wil duidelijk maken dat dit niet het geval is. Als je kijkt naar de afgelopen

25 adviezen is te zien dat de commissie consequent is qua argumentatie, alleen de
vorige keer met een andere uitkomst. De voorzitter vult aan dat de commissie
continu werkt aan verfijning van de werkwijze. Met enige regelmaat wordt dit
gerapporteerd in rapporten van het Zorginstituut zoals "pakketbeheer in de
praktijk" en "pakketadvies in de praktijk". Op dit moment wordt ook aan een
30 nieuwe uitgave gewerkt waarin nieuwe inzichten beschreven zullen worden.
Marcel Verweij vraagt of het klopt dat het Zorginstituut nog niet het definitieve
advies heeft uitgebracht over ibrutinib. Is dat omdat de RvB worstelt met het
advies van het Zorginstituut? De secretaris reageert dat naar haar weten het
advies een dezer dagen wordt afgerond en gepubliceerd. Ook de RvB heeft
35 brieven van de patiëntenvereniging en beroepsgroep ontvangen en die ook
betrokken bij haar uiteindelijke adviezen.

3 Stukken ter kennisneming

De voorzitter vraagt of er leden zijn met vragen over de stukken ter kennisgeving.
Dat blijkt niet het geval.

40

4 GVS-geneesmiddel Symkevi®/Kalydeco® bij cystische fibrose

De voorzitter nodigt de medewerker van het Zorginstituut uit om het agendapunt
in te leiden. Zij doet dit aan de hand van een presentatie (bijlage 1). Marcel
Canoy vraagt zich af waar de symptoombehandeling uit bestaat. De medewerker
45 antwoordt dat die bestaat uit een combinatie van geneesmiddelen gericht op de
bestrijding van infecties en ontstekingen, klaring van slijm, verbetering van de
voedingstoestand, fysiotherapie en vaccinaties. Jan van Busschbach geeft aan dat
het onderzoek over de voorliggende combinatie van geneesmiddelen een
gecontroleerde trial betreft voor wat betreft de eerste 8 weken, waarna alle
50 patiënten behandeld zijn met de combinatietherapie voor een periode van 96
maanden. Toch wordt in het model voor kosteneffectiviteit voorspeld dat de
patiënten langer leven, zelfs zes jaar langer. Hij vraagt of uitgelegd kan worden
hoe een studie van 6 weken met een winst in longfunctie geëxtrapoleerd kan
worden naar zes jaar overlevingswinst. Een andere medewerkster licht toe dat in
55 het model 9 karakteristieken voor ziekteprogressie zijn opgenomen die van
invloed zijn op overleving. Op basis van de effecten uit de studie worden die
effecten geëxtrapoleerd. Ook worden er verschillende scenario's gedraaid om de
invloed op de ICER te kunnen inschatten. Jan van Busschbach geeft vervolgens
aan dat als hij het goed begrijpt er een aantal factoren in het model is
60 opgenomen, waarbij op basis van de trialdata een afname in sterfte wordt
geëxtrapoleerd, omdat afname van het aantal exacerbaties leidt tot een betere
overleving. In het verleden is het zo ook gegaan bij cholesterolverlagers. Daarbij
werd een relatie gevonden tussen overleving en cholesterol gehalte. Achteraf
bleek die relatie niet causaal te zijn. Hoe weten we nu of die relatie tussen afname
65 van aantal exacerbaties causaal is? De medewerkster antwoordt dat ze dat niet
zeker weten. Jan van Busschbach vult aan dat het effect tussen het middel en
placebo over de tijd steeds groter wordt, terwijl we eigenlijk alleen maar
zekerheid hebben over de eerste acht weken; wie weet stabiliseert het effect
daarna wel. Wat hij probeert te zeggen, is dat er best veel aannames zijn die
70 grote gevolgen hebben. Dat laten de scenario's ook zien. Hij vraagt of de
scenario's een gunstiger beeld laten zien of een ongunstiger. De medewerker
antwoordt dat de scenario's laten zien dat de ICER stijgt en dus ongunstiger
wordt. Jan van Busschbach voegt tot slot toe dat de patiënten ook niet goed gefit
75 konden worden voor de Nederlandse populatie.

75

De voorzitter vraagt of er nog leden zijn met een conflicterend belang. Dat lijkt niet het geval. Hij nodigt Jacqueline Noordhoek uit voor haar toelichting. Deze is bijgevoegd als bijlage 2.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Oncologie

Datum
3 juli 2020

Onze referentie
2020030017

80 De voorzitter nodigt Jacqueline Noordhoek namens de NCFS uit voor haar toelichting (bijlage 3). Zij heeft geen conflicterende belangen. Cor Oosterwijk lukte het eerder niet op tijd te reageren bij de vraag of er leden zijn met conflicterende belangen. Hij wil melden dat hij de directeur is van de VSOP, de koepelorganisatie voor zeldzame en genetische aandoeningen in Nederland. Hij adviseert vanuit het bredere patiënten perspectief. Hij begrijpt dat er sprake is van achtergang bij deze patiënten. Hij wil graag weten hoe mevrouw Noordhoek de effectiviteit interpreteert. Wordt de achteruitgang voorkomen of verminderd? Mevrouw Noordhoek geeft aan dat de volgende inspreker hier op ingaat tijdens zijn inspraak. Marcel Verweij heeft vernomen dat er stopcriteria zijn geformuleerd bij onvoldoende effect. Hij vraagt zich af hoe realistisch dat is. Hij kan zich voorstellen dat deze patiëntengroep zich vast klampt aan alles wat ze kunnen krijgen. Mevrouw Noordhoek reageert dat ze zich die gedachte kan voorstellen. Ze wil het ook niet ontkennen, maar uit het verleden is gebleken dat patiënten verschillende redenen hebben om te stoppen met de behandeling. Daarom is het ook van belang om dat te monitoren. Marcel Canoy vindt het goed om te horen dat ook de patiëntenorganisatie aan het belang van kosteneffectiviteit denkt door mee te werken aan het formuleren van stopcriteria. De snelste manier om de kosteneffectiviteit te verbeteren is echter het verlagen van de prijs. Hij vraagt zich af hoe actief de patiëntenorganisatie is in het onder druk zetten van de fabrikant wat betreft zijn prijs, bijvoorbeeld in de media. Mevrouw Noordhoek reageert dat de inspectie zich ongeveer een half jaar geleden is gaan richten op patiëntenorganisaties wat betreft het al dan niet reclame maken voor producten. Haar organisatie is hierop gewezen door de inspectie. Een patiëntenorganisatie mag geen patiënten informatie geven over een product, omdat dat gezien wordt als reclame. Zij geeft aan zich over de prijs te willen uiten in de media, maar niet een boete te willen riskeren. Het is een grijs gebied. Zij is in overleg met de inspectie wat wel en wat niet kan en mag. Haar organisatie schrijft wel brieven hierover aan fabrikanten. Marcel Canoy geeft aan dat het niet echt een antwoord is op zijn vraag. Mevrouw Noordhoek reageert dat ze het hier anders een andere keer over moeten hebben. Cor Oosterwijk krijgt de indruk dat de NCFS onder een vergrootglas ligt; andere organisaties uit zijn achterban worden hierop niet aangesproken. De voorzitter begrijpt dat dit een belangrijke discussie is, maar wil graag weer focussen op de casus die voorligt. Als er geen verdere vragen meer zijn, nodigt hij de heer Kors van der Ent uit voor zijn toelichting namens de beroepsgroep. Zijn conflicterende belangen staan beschreven in slide twee van zijn presentatie (bijlage 4). Cor Oosterwijk vraagt of de heer Van der Ent iets kan zeggen over het belang van vroeg beginnen met behandelen. Is het effect bij kinderen groter dan bij volwassenen? En wat is de invloed van het feit dat CF sinds 2011 is opgenomen in de screening door middel van de hielprik? De heer Van der Ent legt uit dat de long in principe bij de geboorte nog onaangetast is. De pancreas is echter op dat moment al wel kapot en jongens zijn direct onvruchtbaar. Daarom is het van belang om zo vroeg als mogelijk te beginnen met behandelen mits dat veilig en effectief is. De studies voor kinderen zijn er nu nog niet, die lopen. Maar ook de andere middelen zijn inmiddels uitgebreid naar kinderen dus hij verwacht dat op termijn wel. CF is ook opgenomen in de hielprik waardoor behandelingen vroegtijdig ingezet kunnen worden. Hij verwacht dat behandelen in de toekomst ook al tijdens de zwangerschap gaat gebeuren. Marcel

130 Canoy begrijpt dat de symptoombehandeling over de jaren ook sterk is verbeterd. Zijn vraag is hoe men weet welk effect door het geneesmiddel komt. De heer Van
der Ent antwoordt dat er correlatie studies gedaan zijn, maar dat Marcel Canoy
gelijk heeft dat opgepast moet worden om daaruit directe conclusies te trekken.
Er zijn echter ook landen waar registers worden bijgehouden die nog niet
135 beschikken over Orkambi. Op basis hiervan kunnen ze ook vergelijkingen maken
en die laten dit zien. Er zijn geen verdere vragen. De voorzitter geeft het woord
aan de heer Arno Dirkx die namens de fabrikant Vertex zal inspreken.

140 De heer Dirkx heeft geen andere belangen dan dat hij werkzaam is voor de
fabrikant. Zijn inspraak is opgenomen in bijlage 5. De heer Dirkx geeft in zijn
toelichting aan een maatschappelijk verantwoorde prijs te vragen. Marcel Verweij
wil graag weten wat hij onder een maatschappelijke verantwoorde prijs verstaat.
De heer Dirkx antwoordt dat hij niet kan ingaan op de prijsafspraken met het
ministerie, anders dan dat de minister de prijs blijkbaar ook maatschappelijk
145 verantwoord vond. Heleen Dupuis stelt de vraag waarom het nodig is om deze
prijs geheim te houden als de prijs maatschappelijk verantwoord is. Door niet
transparant te zijn, denkt zij toch dat de prijs te hoog is. Het is een ellendige
ziekte, maar er zijn er zoveel meer. De middelen moeten eerlijk verdeeld worden.
De heer Dirkx begrijpt de opmerkingen van Heleen Dupuis en is van mening dat
het een terecht punt is. Het betreft echter een internationaal bedrijf en om die
reden is hij niet in staat om het onderhandelde bedrag vrij te geven. Het spijt
150 hem dat hij dit antwoord moet geven. Hij begrijpt de vraag en vindt deze
persoonlijk terecht. Marcel Canoy geeft aan nog even door te willen gaan over de
prijs. Hij begrijpt dat de heer Dirkx zich moeten houden aan de orders vanuit het
hoofdkantoor. De vraag was echter wat hij een maatschappelijk verantwoorde
prijs vindt. De heer Dirkx licht toe dat hij onder een maatschappelijk
155 verantwoorde prijs verstaat, dat het de waarde reflecteert voor de patiënt en
maatschappij. Het werd tot voor kort voor onmogelijk gehouden dat de
onderliggende oorzaak van CF behandeld kon worden. Vertex is hier 20 jaar mee
 bezig geweest en blijft door ontwikkelen. Cor Oosterwijk wil de fabrikant allereerst
complimenteren voor het feit dat hij het initiatief heeft genomen om een
weesgeneesmiddel te ontwikkelen. Zijn vraag betreft de modulatoren. Vertex
160 heeft verschillende modulatoren ontwikkeld. Is er bij elke modulator een volledig
R&D proces nodig of kunt u voortborduren op eerdere onderzoeken? Daarnaast wil
hij het verzoek van de heer Van der Ent, over het ondersteunen van fase IV
onderzoek, herhalen. Hij is van mening dat dit niet als een gunst gezien moet
165 worden, want naast de fabrikant hebben ook de samenleving en de patiënt
geïnvesteed. Daarnaast kan de fabrikant er ook zijn voordeel mee doen. Hij vindt
het dan ook logisch dat de fabrikant iets betekent voor het fase IV onderzoek, dit
zou ook een prijsverlaging kunnen zijn. De heer Dirkx reageert dat zij qua R&D
doorbouwen op wat er reeds aanwezig is. Eerst Orkambi, binnen twee jaar
170 Symkevi op de markt en nu is er een triple onderweg. Vertex is bereid om aan
tafel te gaan zitten om te spreken over het mee financieren van een fase IV
onderzoek. Verder zijn er geen vragen meer.

175 De voorzitter opent de discussie. Zoals eerder gemeld zijn er drie leden afwezig,
twee daarvan hebben schriftelijk gereageerd, namelijk Carla Hollak en Carina
Hilders. Zij waren beide van mening dat deze indicatie-uitbreiding alleen
toegelaten zou mogen worden indien er een majeure prijsonderhandeling plaats
vindt. Ook de lange termijn effecten moet goed gemonitord worden, net als van
de triple. Meer grip op het effect is nodig om tot een doelmatige inzet te komen.

180 Heleen Dupuis geeft aan met twee vragen te blijven zitten. Het verschil in lange
termijn effectiviteit zoals in het rapport van ZIN/WAR en wat de heer Van der Ent
zojuist gepresenteerd heeft. Stel dat patiënten inderdaad de leeftijd van 70 jaar
bereiken, betekent dit dat patiënten heel veel langer met het middel behandeld
dienen te worden? Als je naar de levenslange kosten gaat kijken, is het vergoeden
185 daarvan onmogelijk. Zij vindt het buitengewoon lastig, te meer omdat onduidelijk
is waarom die prijs zo hoog moet zijn. De commissie tast in het duister. De
voorzitter reageert dat het niet voor het eerst zal zijn dat de commissie in haar
advies opneemt ongelukkig te zijn met de ontwikkeling van de prijzen. De
commissie heeft transparantie nodig om haar werk goed te kunnen doen. De
190 voorzitter vraagt of de medewerkster kan verduidelijken waar het verschil in lange
termijn effectiviteit door komt. Zij antwoordt dat het Zorginstituut zich baseert op
gepubliceerde gegevens, in dit geval een studie met een follow up van 104
weken. Dat is ook besproken met de beroepsgroep. Specifiek voor deze
patiëntengroep zijn nog weinig lange termijn gegevens bekend. De beschikbare
195 Ierse data is niet zo maar te extrapoleren naar de Nederlandse populatie. Marcel
Verweij wijst erop dat er een nieuwe behandeling aan zit te komen. Wanneer een
behandeling met een ongunstige ICER wordt toegelaten tot de basisverzekering
heeft dat implicaties voor nieuwe behandelingen waarbij de kosteneffectiviteit van
de nieuwe behandeling zal worden afgezet tegen deze behandeling met reeds een
200 ongunstige kosteneffectiviteit, waardoor het mogelijk lijkt alsof die toekomstige
behandeling kosteneffectief is. Bij de vorige vergadering heeft de commissie een
stevig advies neergezet. Hij adviseert de commissie om te overwegen om iets in
dezelfde lijn te doen. Hij stelt ter discussie of er wel een prijsonderhandeling
gestart zou moeten worden. Marcel Canoy vindt het goed dat Marcel Verweij dit
205 inbrengt. Het geeft hem de gelegenheid nog eens toe te lichten wat de ACP onder
een maatschappelijk verantwoorde prijs verstaat. Dit betreft een adequate
vergoeding van de gemaakt R&D kosten in combinatie wat het ons waard is als
samenleving. Beide producten bestonden al, dit betekent dat de fabrikant niet
dezelfde inspanningen heeft hoeven leveren als bij een geheel nieuw product. Dit
210 is reden om een lagere referentiewaarde als uitgangspunt te nemen. De ICER ligt
dusdanig boven de referentiewaarde dat het uitgesloten is dat de minister een
prijs kan onderhandelen die in de buurt komt van een bedrag dat je volgens
objectieve maatstaven zou willen betalen. Hij is dan ook van mening dat we niets
anders kunnen doen dan Marcel Verweij al constateerde. Hij begrijpt het vurige
215 pleidooi van de behandelend arts, maar er is geen rechtvaardiging voor deze hoge
prijs. De voorzitter stelt voor eerst de vraag te beantwoorden of de
referentiewaarde als uitgangspunt voor de discussie goed is of naar boven of
beneden dient te worden bijgesteld. Jan van Busschbach vindt dat als je kijkt naar
de kwaliteit van het onderzoek, er grote mate van onzekerheid is over de
220 overlevingswinst. Hij kan daar mee leven als de prijs navenant omlaag gaat. Hij is
van mening dat om die reden niet de 80.000 euro per QALY de referentiewaarde
zou moeten zijn, maar eerder een waarde van 20.000 euro per QALY. De prijs
moest bij een referentiewaarde van 80.000 al met ruim 80% naar beneden. Hij
ziet echter geen reden om die 80.000 als uitgangspunt te nemen. Marcel Canoy
225 geeft aan nog een reden te hebben waarom niet 80.000 het uitgangspunt zou
moeten zijn. Die referentiewaarde is bedoeld om fabrikanten te compenseren voor
hun R&D kosten van een product dat van de grond af aan moet worden
opgebouwd. Dat is niet zo, dus, naast de onzekerheid, ook een economische
reden om lager te gaan zitten. Daarbij komt ook nog dat de onzekerheid
230 asymmetrisch is, en de ICER alleen maar hoger zal kunnen worden. De voorzitter
vat samen dat er dus twee redenen zijn om een lagere referentiewaarde als

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Oncologie

Datum
3 juli 2020

Onze referentie
2020030017

uitgangspunt te nemen. Marcel Verweij vult aan dat de commissie in het verleden ook wel eens als argument om boven de referentiewaarde te gaan zitten heeft genoemd dat er geen andere behandeling beschikbaar is voor de patiëntengroep.

235 Daar heeft hij wel sympathie voor, maar hij vraagt zich wel af hoe sterk dit argument in deze casus is, aangezien de overleving van deze groep ook door een betere symptoombehandeling behoorlijk is toegenomen. Daarbij vraagt hij zich af of een toename van 6% in longfunctie, bij een groep patiënten die een slechte longfunctie heeft, wel substantieel is. Om deze redenen vindt hij dit argument niet

240 zo sterk. De voorzitter geeft aan dat dit inderdaad een argument zou kunnen zijn om soepel om te gaan met de referentiewaarde, maar ook de symptoombehandeling lijkt vrij effectief, waardoor dit argument niet doorslaggevend is. Marcel Canoy vult aan dat symptoombehandeling daarnaast ook veel goedkoper is.

245 De voorzitter vraagt of er leden zijn die nog nieuwe argumenten willen noemen, anders wil hij gaan proberen een advies te formuleren. Cor Oosterwijk wil nog even gezegd hebben, en hij denkt dat hij namens heel de commissie spreekt, dat hij wil dat het middel beschikbaar komt voor de patiënten. Hij wil daarnaast een

250 voorschot nemen op het mogelijke advies. Marcel Verweij gaf al eerder aan, misschien moeten we naar een nee. Daar wil hij even kort over filosoferen of het verschil maakt dat de commissie nee zegt of de minister. De Rekenkamer heeft de minister geadviseerd om eens een keer nee zeggen, misschien helpt het de minister om dit te doen wanneer de commissie dat doet. Hij denkt dat ook de

255 minister wil dat de patiënt toegang krijgt. Dat geldt ook voor de fabrikant maar dan om andere redenen. Hij hoopt en verwacht dat als de minister op enig moment nee zegt, de fabrikant de dag erna met hangende pootjes aan belt met een lager bod. Als de commissie nee zegt, is dat omdat ze de openbare prijs niet acceptabel vindt. Dat betekent niet dat de Minister niet kan gaan praten met de

260 fabrikant. Marcel Canoy is van mening dat de commissie nee moet zeggen in situaties waarin er weliswaar een effectief medicijn op de markt is, maar niet met een serieuze prijs waardoor effectieve onderhandeling niet mogelijk is. Hij wil ook graag dat het middel beschikbaar komt, maar wel voor een maatschappelijk verantwoorde prijs. Hij hoopt dat de fabrikant dat waar gaat maken. Hij is van

265 mening dat het effectiever is wanneer de commissie nee zegt tegen niet serieuze voorstellen. Jan van Busschbach is van mening dat de commissie met de conclusie twee kanten op kan. Met de prijs zoals die nu voorligt, is zij van mening dat men niet aan een prijsonderhandeling moet beginnen. Er is 0% kans op kosteneffectiviteit en de commissie ziet het niet zitten dat hier ooit een goede

270 prijs uit komt. Een andere manier zou kunnen zijn: De commissie acht het alleen maatschappelijk verantwoord als een prijsonderhandeling van 95% reductie tot stand komt. Dan kan de minister zelf beslissen: als ik 95% van de prijs af moet krijgen, dat gaat me niet lukken, dus ik begin er niet aan. Natuurlijk wil de commissie dat patiënten dit middel krijgen, maar voor deze prijs, dan blazen we

275 het zorgsysteem op. Dat geld moet ergens anders verdaan komen, dan gaat dat ten koste van bijvoorbeeld verpleegkundigen of thuiszorg. En elk volgend middel wordt getoetst aan een niet kosteneffectief middel, waardoor er nog meer middelen op de markt komen die er niet thuishoren. Heleen Dupuis is van mening dat er nauwelijks verschil is tussen beide conclusies. De voorzitter deelt deze

280 mening.

285 De voorzitter formuleert een conceptadvies. De commissie vindt het een effectief
middel en zou graag dat het ter beschikking komt voor de patiënten, ondanks dat
er veel onzekerheid is over de lange termijn, zoals ZIN/WAR dat ook hebben laten
zien. Dat leidt er toe dat de commissie veel meer over het middel zou willen
weten en daarom voorwaarden zou willen stellen voor een doelmatige inzet van
het middel. Het middel is niet kosteneffectief en dat zal het ook niet worden door
290 het doen van meer onderzoek.

De commissie ziet geen argumenten om hoger te gaan dan de referentiewaarde.
Ook het feit dat er geen ander middel is voor deze groep patiënten vindt zij in dit
geval niet van toepassing. Sterker nog, de commissie ziet redenen om lager te
gaan zitten dan de referentiewaarde. Wanneer de commissie uit gaat van een
295 prijsdaling van 80%, gaat zij uit van een referentiewaarde van 80.000 euro per
gewonnen levensjaar. Die referentiewaarde is aan de hoge kant, dus eigenlijk
moet nog meer van de prijs af. Voor een goed verstaander is duidelijk wat dat
betekent. De voorzitter vindt het belangrijk dat in het advies ook de twee punten
worden geadresseerd over het gebrek aan transparantie en over de consequenties
300 van het werken met incrementele kosteneffectiviteit. Beide punten bemoeilijken
het werk van de commissie.

Cor Oosterwijk merkt nog op dat de heer Van der Ent positiever was over de
effecten. Zou dat kunnen leiden tot een hogere prijsstelling? De voorzitter is van
305 mening dat de commissie bij de bevindingen in het rapport moeten blijven, die
zijn gecontroleerd door de WAR. De Minister kan dit punt zelf meenemen. Jan van
Busschbach is het daar mee eens; anders gaat ook het volume enorm stijgen en
klopt de Budgetimpact analyse niet meer. De voorzitter concludeert dat iedereen
zich kan vinden in het geformuleerde advies. Het secretariaat zal het advies
310 uitwerken en voorleggen aan de leden. Hij wil nog even zijn excuses maken aan
de heer Van der Ent wie hij Kors noemde. Door de volgorde van de namen in het
beeldscherm, was hij in der veronderstelling dat Kors zijn achternaam was. In het
verslag zal het correct verwoord worden.

315 **5 Rondvraag en sluiting**

De voorzitter vraagt of één van de leden nog wat heeft voor de rondvraag. Jan
van Busschbach geeft aan de inspraak door de industrie te waarderen. Door de
pittige discussie lijkt dat misschien niet zo, dus vandaar dat hij dit nog even wil
melden. De voorzitter sluit zich hier graag bij aan. Het is goed voor de kwaliteit
320 van de discussie wanneer de industrie inspreekt en vragen kan beantwoorden. Het
heeft meerwaarde om de industrie aan tafel te hebben, maar hij begrijpt ook de
complexiteit hiervan vanuit de industrie.