

## **Tweede Kamer, Hulp- en geneesmiddelenbeleid**

### **VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT**

#### **Concept**

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 1 oktober 2025 overleg gevoerd met de heer Bruijn, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 10 juni 2024 inzake tijdpad verbetering preferentiebeleid geneesmiddelen (29477, nr. 894);**
- **de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 12 juni 2024 inzake beantwoording vragen commissie over voortgang pakketbeheer van dure geneesmiddelen (Kamerstuk 29477-883) (29477, nr. 896);**
- **de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 13 juni 2024 inzake voortgang financiële arrangementen geneesmiddelen 2023 (29477, nr. 898);**
- **de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 13 juni 2024 inzake getrapte beleidswijzigingen medicinale cannabis en voornemen tot wijziging Opiumwet (29477, nr. 897);**
- **de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 20 juni 2024 inzake ontwikkelingen rond lichaamsmateriaal (35844, nr. 12);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 september 2024 inzake berichtgeving van de IGJ (29477, nr. 903);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 september 2024 inzake prijsonderhandelingen zanubrutinib (29477, nr. 905);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 september 2024 inzake voortgangsrapportage voorwaardelijke toelating weesgeneesmiddelen, conditionals en exceptionals (29477, nr. 904);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 september 2024 inzake prijsonderhandelingen darolutamide (29477, nr. 906);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 september 2024 inzake reactie op de motie van het lid Dobbe over een brede aanpak van de problemen met de levering van hulpmiddelen (Kamerstuk 29509-78) (29509, nr. 84);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 september 2024 inzake reactie op verzoek van het lid Krul over vergoeding migrainegeneesmiddelen (29477, nr. 907);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 oktober 2024 inzake reactie op verzoek commissie over een kabinetsvisie inzake dure geneesmiddelen en daarin meer specifiek in te gaan op de sluis(werking) voor dure geneesmiddelen met oog op de toelating tot het basispakket (29477, nr. 909);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 oktober 2024 inzake advies AclCT met betrekking tot het programma Nieuw GBS van het CBG (27529, nr. 322);**

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 november 2024 inzake Nederlandse lijst kritieke geneesmiddelen (29477, nr. 910);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 november 2024 inzake continuering van de sluis voor zes geneesmiddelen (29477, nr. 911);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 november 2024 inzake sluis kandidaten eerste helft 2025 (29477, nr. 912);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 november 2024 inzake antwoorden op vragen commissie over het tijdelijk opheffen van de sluis voor Trodelvy (Kamerstuk 29477-908) (29477, nr. 913);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 november 2024 inzake uitspraak Raad van State over tekortenbesluiten geneesmiddelen (29477, nr. 914);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 november 2024 inzake aanwijzing IGJ in verband met het niet handhavend optreden tegen een overtreding van de handelsvergunningsplicht op grond van de Geneesmiddelenwet (29477, nr. 915);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 december 2024 inzake voortgang beschikbaarheid medische hulpmiddelen (32805, nr. 185);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 december 2024 inzake reactie op verzoek commissie om een stand-van-zakenbrief over de tekortenbesluiten van geneesmiddelen (29477, nr. 917);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2024 inzake vindbaarheid van patientaccessprogramma's (29477, nr. 920);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 december 2024 inzake voortgang pakketbeheer dure geneesmiddelen tweede helft 2024 (29477, nr. 921);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 januari 2025 inzake tijdelijke opheffing sluis Brukinsa (29477, nr. 922);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 februari 2025 inzake antwoorden op vragen commissie over continuering van de sluis voor zes geneesmiddelen (Kamerstuk 29477-911) en sluis kandidaten eerste helft 2025 (Kamerstuk 29477-912) (29477, nr. 923);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 februari 2025 inzake beleids- en wetsontwikkelingen medicinale cannabis (29477, nr. 924);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 maart 2025 inzake reactie op verzoek commissie over een afschrift van het antwoord op de brief van hollandbio over medicinale cannabis (29477, nr. 925);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 maart 2025 inzake antwoorden op vragen commissie over onder andere voortgangsbrief beschikbaarheid geneesmiddelen (Kamerstuk 29477-918) (29477, nr. 932);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 december 2024 inzake voortgangsbrief beschikbaarheid geneesmiddelen (29477, nr. 918);
- de brief van de staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport d.d. 18 maart 2025 inzake Red Alert: nitazenen in illegale pijnmedicatie (29477, nr. 926);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 mei 2025 inzake sluisandidaten tweede helft 2025 (29477, nr. 934);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 mei 2025 inzake procesmatige evaluatie en voortgangsrapportage van de voorwaardelijke toelating (VT) voor weesgeneesmiddelen, conditionals en exceptionals, en beëindiging van de VT voor Translarna (29477, nr. 933);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 mei 2025 inzake voortgang financiële arrangementen geneesmiddelen 2024 (29477, nr. 935);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juni 2025 inzake eerstelijnsapotheekzorg (33578, nr. 160);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 juni 2025 inzake voortgang beschikbaarheid en leveringszekerheid (29477, nr. 939);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 juni 2025 inzake reactie op verzoek commissie over de petitie met betrekking tot behoud van Geneesmiddelenbulletin (29477, nr. 937);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 juni 2025 inzake ontwikkelingen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) (29477, nr. 938);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2025 inzake voortgangsrapportage expertisecentrum FAST (29477, nr. 940);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2025 inzake sentimentenpeiling obesitasmedicatie (29477, nr. 941);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 juli 2025 inzake stand van zaken medische technologie (32805, nr. 188);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juli 2025 inzake beleidsmatige evaluatie voorwaardelijke toelating weesgeneesmiddelen, conditionals en exceptionals (29477, nr. 942);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juli 2025 inzake burgerraadpleging Dure geneesmiddelen en voortgang programma Maatschappelijk Aanvaardbare Uitgaven Geneesmiddelen (29477, nr. 943);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 juli 2025 inzake vergoedingsdossier vosoritide (merknaam Voxzogo) (29477, nr. 944);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 augustus 2025 inzake prijszonderhandeling Hemgenix (29477, nr. 945);
- de brief van de staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport d.d. 1 september 2025 inzake reactie op verzoek commissie op de petitie met betrekking tot erkenning van obesitas als chronische ziekte en de noodzaak van toegankelijke behandeling (32793, nr. 853);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 september 2025 inzake vergoedingsdossier vosoritide (merknaam Voxzogo) (29477, nr. 946);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 september 2025 inzake de behoefte vanuit de samenleving als basis voor geneesmiddelontwikkeling en -vergoeding (29477, nr. 947);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 september 2025 inzake Prothya (29477, nr. 948);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 september 2025 inzake update aantal acties ter verbetering beschikbaarheid geneesmiddelen, beantwoording vraag van het lid Slagt-Tichelman over informatievoorziening patiënten bij medische technologie en stand van zaken programma Medicatieoverdracht (29477, nr. 949).

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

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

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

**Voorzitter: Mohandis**  
**Griffier: Sjerp**

Aanwezig zijn vijf leden der Kamer, te weten: Bevers, Bushoff, Claassen, De Korte en Mohandis,

en de heer Bruijn, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 13.30 uur.

**De voorzitter:**

Het is 13.30 uur. Ik open de vergadering. Ik heet allen hier van harte welkom. Iedereen die dit debat op afstand volgt, en ook de Kamerleden en de minister, heet ik van harte welkom. We gaan zo beginnen. Voordat ik dat doe, heb ik wat belangrijke mededelingen.

De belangrijkste is dat om 13.45 uur de stemmingsbel gaat. Er zijn twee hoofdelijke stemmingen in de plenaire zaal. Dat betekent dat ik de vergadering zal schorsen zodra die bel gaat. Alle Kamerleden moeten dan naar de grote zaal, onder wie ook uw voorzitter. Volgens mij zijn er twee stemmingen. Zodra die zijn afgelopen, hervatten we de vergadering. Dan weet u dat er vandaag een extra schorsing is, die er normaal niet is.

Het is ook goed om te vermelden dat dit vooralsnog — vrijwel zeker, moet ik zeggen — het laatste commissiedebat van deze Kamer is. Dat geldt niet voor de minister, want zo werkt het in ons bestel: de minister zit nog even. Maar bij het volgende commissiedebat na de verkiezingen is er een nieuwe Kamer, een nieuwe commissie. Er zijn vaak ook weer nieuwe gezichten.

Ik ga zo starten met de heer Claassen van de PVV-fractie. Voordat ik dat doe, is het ook goed om te vermelden dat de heer Bevers aanwezig is van de VVD-fractie en de heer

Bushoff van GroenLinks-PvdA. U heeft vier minuten spreektijd en maximaal vier interrupties in de eerste termijn. We zien het straks wel bij de tweede termijn.

We gaan beginnen. De heer Claassen.

De heer **Claassen** (PVV):

Voordat ik naar de inhoud ga, wil ik alvast zeggen dat ik na mijn inbreng ook weg moet vanwege verplichtingen, ook in dit huis. Maar goed, ik ga toch fris van start, voorzitter.

Voorzitter. Iedereen wil het beste voor de patiënten, maar ik vraag me soms echt af of dat daadwerkelijk zo is. Het medicatiebeleid gaat erover dat dingen kosteneffectief en bewezen effectief moeten zijn, wel proefdossier, geen proefdossier, dure geneesmiddelen — wat is duur? — en innovatieve geneesmiddelen. Innovatieve en dure geneesmiddelen moeten talloze hordes overwinnen en worden na onderhandelingen op papier met VWS over de prijs uiteindelijk met forse korting toegelaten.

Het gevolg is dat de beschikbaarheid van medicatie voor wie die echt nodig heeft over het algemeen slecht is of zelfs te laat komt. Een in toenemende mate falend preferentiebeleid en een niet meer werkend sluitsysteem zijn daar wat ons betreft belangrijke oorzaken van. Het preferentiebeleid bespaart zeker kosten op medicatie, maar het systeem piept en kraakt en staat, zoals wij dat zien, op omvallen. Er zijn nog steeds tekorten, niet omdat de medicijnen er niet zijn, maar omdat het systeem vaak voorkomt dat beschikbare medicijnen worden geleverd.

Voorzitter. Enkele voorbeelden. In 2025, even fictief, is medicijn X, 40 milligram, preferent. Maar in 2026 wordt het vervangen door een ander preferent medicijn Y, want dat is een breektablet van 80 milligram. In december liggen er dus nog forse voorraden van het eerdere preferente medicijn X. Wat ons betreft is dat kapitaalvernietiging. Maar nog belangrijker is dat er risico's ontstaan op over- of onderdosering en foutief gebruik door degenen die deze medicijnen nodig hebben. We zagen vandaag in het nieuws dat mensen vaker vallen. Door verkeerd gebruik van medicijnen vallen mensen ook vaker. Er zou dus preventie moeten zijn, bijvoorbeeld door te zorgen dat mensen de medicijnen blijven krijgen die ze gewend zijn.

Als fabrikant heb je geen reden om aan Nederland te leveren als je niet preferent bent, want je moet jezelf uit de markt prijzen. Nederland wordt dan toch wel onaantrekkelijk. Neem salbutamol. Hieraan zijn tekorten, maar niet in het buitenland. Door het preferentiebeleid kost een puffje hier €3, terwijl andere landen soms €25 voor hetzelfde middel betalen. Ik snap dus dat farmaceuten liever niet aan Nederland leveren. Maar Nederland heeft die middelen wel nodig en koopt ze dan in uit het buitenland, niet voor €3, maar soms voor €6, €10, €12 of €25. Dat is dus veel duurder. De vraag is: is er dan wel een tekort aan medicijnen? Ja, misschien hier in Nederland, maar wereldwijd natuurlijk niet.

Het zijn twee voorbeelden — ik heb er meer — die eigenlijk laten zien dat we iets moeten doen aan dat preferentiebeleid. Ik vraag de minister opnieuw — de motie was niet aangenomen — om ons voorstel in de motie uit te werken, dus dat er niet één, maar twee of drie preferente middelen op de markt zouden mogen komen. Ik zou de minister ook willen vragen wat zijn definitie is van medicijntekort, want afhankelijk van wie je daarover spreekt, wordt er gezegd: dít is medicijntekort, dát is medicijntekort. Maar ik

ben er wel echt benieuwd naar hoe de minister dat zou definiëren.

De aangenomen motie van mij die apothekers bij schaarste laat leveren aan elkaar en laat importeren uit het buitenland, noemt de minister onuitvoerbaar. De motie werd ook weggestemd in de Kamer. Dat is raar, want de partijen die deze wegstemden, zijn nu wel voor EU-hergebruik. Misschien kan de minister uitleggen hoe dat precies zit. Ziet de minister niet dat er ook binnen Nederland heel veel te winnen is?

Ondanks de motie van mijn collega Thiadens heeft de minister nog geen goed overzicht van de totale tekorten. Welke verbeterpunten en -voorstellen heeft de minister voor de distributieketen? Wat doet hij om de beschikbaarheid en distributie te verbeteren? Welke flexibiliteit verwacht de minister van zorgverzekeraars om bij schaarste aan de zorgplicht te kunnen voldoen? De beschikbaarheid van dure en innovatieve medicijnen loopt fors achter op andere Europese landen. Macedonië bijvoorbeeld heeft meer in de sluis dan Nederland. Dat is echt niet te geloven. Vorig jaar werd mijn motie om de post-sluisperiode te verkorten unaniem aangenomen. Ik heb in het debat ook uitgelegd hoe dat verkorten eruit moet zien. We zien eigenlijk te weinig beweging. Het blijft hordenlopen zonder te weten hoe hoog de hordes zijn of hoe lang het parcours is. Wat doet de minister met de verbeterpunten van het Zorginstituut voor voorwaardelijke toelating? Klopt het dat onderhandelde kortingen op dure geneesmiddelen terugvloeien naar zorgverzekeraars? En als dat niet zo is, wat gebeurt er dan wel met die middelen?

Ik ga afronden, voorzitter. Ik zie uw rechterhand al naar de knop gaan. Vorige week nam de Kamer de motie-Thiadens/Claassen aan, over Voxzogo via een pilot beschikbaar maken voor kinderen met dwerggroei. Kan de minister iets zeggen over de uitvoering en het tijdpad? Als je onderzoek doet naar de effectiviteit van medicijnen die een direct aantoonbaar effect hebben, bijvoorbeeld op pijn, dan weet je dat het werkt als de pijn weggaat na het geven van het nieuwe medicijn. Bij dwerggroei werkt het niet zo. De eis om aan te tonen dat het gaat werken, is natuurlijk totaal niet uitvoerbaar.

**De voorzitter:**

U bent ruim over uw spreektijd. Dat betekent dat de andere collega's dat ook eventueel zouden mogen. De heer Bushoff is helemaal blij. De heer Bevers denkt nu: wat doet u mij aan? Nee, alle gekkigheid ... Voordat u weggaat, heeft de heer Bushoff een interruptie.

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

Even over die dure innovatieve geneesmiddelen: natuurlijk kan het een en ander beter. In het toelatingsproces kun je misschien kijken naar voorwaardelijke toelating. Je kunt de effectiviteit van geneesmiddelen meewegen in een voorwaardelijke toelating en pas daarna in een definitieve toelating et cetera. Dus ja, er zijn verbeterpunten. De vraag is wel welke rol farmaceuten hierin hebben. Kijk bijvoorbeeld naar het middel Voxgozo. Het is de farmaceut die weigert om het dossier volledig aan te leveren bij het Zorginstituut. We zien heel vaak dat het niet beschikbaar zijn van middelen leidt tot heel schrijnende verhalen. Dat zien we ook hier in de Kamer, met petities, in onze mailbox, en in persoonlijke gesprekken. De frustratie is heel begrijpelijk, maar heel vaak zijn het toch de farmaceuten bij wie de bal ligt. Die weten het verdomd goed te spelen via de media naar de Kamer, naar de politiek. Maar daar ligt dan toch ook een verantwoordelijkheid. Ik hoop dat de PVV dat ook inziet. Ik ben benieuwd naar hun reactie daarop.

De heer **Claassen** (PVV):

Daar heeft de collega helemaal gelijk in. Ik begon mijn bijdrage ook met: iedereen wil het beste voor de patiënt. Maar ik vraag me af of het daadwerkelijk zo is. Het moet kosteneffectief zijn. Het moet bewezen effectief zijn. Dan volgen er prijsonderhandelingen. Ik heb in gesprekken weleens gezegd: wat is het raar dat je korting moet krijgen en dan weet dat je een hogere prijs gaat vragen. Dat is een pervers systeem. Vraag gewoon de prijs die het kost en hou op met die flauwekul met kortingen. In het nieuws hebben we ook over de patenten kunnen lezen. Daar heb ik over gelezen. De minister heeft er ook op gereageerd. Ik denk dat het een weg is die je zou kunnen bewandelen. Als je je medicijn een beetje aanpast, kun je het patent opnieuw verlengen. Volgens mij was dat niet de bedoeling van het hele vraagstuk. Tot slot deel ik ook wel dat het voor een Kamerlid op dit dossier wel een beetje spitsroeden lopen is. Volgens mij willen wij er allemaal het beste uit halen voor de patiënt, politiek gezien. VWS wil dat ook en de farmaceut wil dat ook. In je bijdrage wil je dan niet in de val trappen dat je het voor de ene of de andere partij opneemt. Ik heb dat ook proberen te doen in mijn bijdrage. Het gaat over de hordes nemen, zoals ik zei over die dure geneesmiddelen. Er valt heel veel te winnen.

De **voorzitter**:

Duidelijk.

De heer **Claassen** (PVV):

Dat geldt voor farmaceuten, voor VWS en voor alle andere hordes die ertussen zitten.

De **voorzitter**:

Ja, u mag nog. Ik zit wel even te kijken, want ik ga zo schorsen voor de stemmingen, dus het moet wel binnen een paar minuten.

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

Op zichzelf is het leuke van dit antwoord op het eind dat de PVV een soort middenpositie inneemt, waarbij ze iedereen te vriend wil houden. Dat is op zichzelf ... Nou ja, hoe zal ik het zeggen: dat zie je niet altijd, maar in dezen wel. Dat vind ik vaak een goede positie, maar hierbij vind ik het niet helemaal terecht. De farmaceutische industrie is een van de meest winstgevende industrieën. Kijk naar de enorm hoge prijzen die ze vragen. Kijk naar het voorbeeld dat de heer Claassen van de PVV zelf ook aanhaalde over evergreening, dus kunstmatig de prijs hoog houden. Dan moeten we toch concluderen dat de farmaceutische industrie echt de mist ingaat als het gaat om het publieke belang en zeker het belang van iedereen die de geneesmiddelen wil krijgen die ze nodig hebben.

De **voorzitter**:

Het punt is gemaakt. De heer Claassen, nog kort.

De heer **Claassen** (PVV):

Tot slot dan daarover. Het klinkt misschien vreemd uit mijn mond, maar je moet niet iedereen over één kam scheren.

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

Er zitten ook goede tussen?

De heer **Claassen** (PVV):  
Er zitten ook goede tussen.

De **voorzitter**:

Uw voorzitter is een hele goede. Alle gekkigheid ... We gaan schorsen, want u gaat zo weg. Ik kreeg net binnen dat de stemmingen om exact 13.45 uur zijn. Dan kunnen we rustig naar de plenaire zaal lopen. Ik schors tot nader order, maar de schatting is dat het vijftien à twintig minuten duurt, gezien de stemmingslijst. Ik zie u zo terug in de zaal. Dan gaat de heer Bevers zijn inbreng doen.

De vergadering wordt van 13.42 uur tot 14.06 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Ik heropen de vergadering. De schatting van twintig minuten klopte aardig, en we gaan weer door. De heer Claassen had al aangegeven dat hij andere verplichtingen heeft. Mevrouw De Korte van de NSC-fractie is nu wel aangeschoven. We gaan naar de volgende spreker van de zijde van de Kamer, de heer Bevers namens de VVD-fractie.

De heer **Bevers** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. 48 stukken op de agenda en vele tientallen berichten met input van patiëntenorganisaties, leveranciers en producenten: het is vrijwel onmogelijk om alles te behandelen. Het toont ook wel aan hoe belangrijk het onderwerp is, maar ook hoe groot de belangen zijn. In 2024 bedroegen de uitgaven aan geneesmiddelen in Nederland bijna 8,5 miljard euro. Daar komen dan de uitgaven aan hulpmiddelen nog bovenop. Het is dus belangrijk dat we dat geld zorgvuldig uitgeven. Dat doen we door nauwkeurige procedures en onder andere de sluis voor dure geneesmiddelen. De VVD staat voor deze werkwijze, omdat die de zorgkosten drukt en daarmee premies betaalbaar houdt. Wat ons betreft moeten we de politiek niet laten beslissen over individuele geneesmiddelen.

Uit recente gesprekken kwam naar boven dat nieuwe innovatieve middelen niet altijd een bewezen meerwaarde hebben. Soms lopen de bedragen op tot €70.000 of meer per patiënt. De VVD erkent dus hierbij het grote belang van de sluis, hoe lastig dat soms ook is. Wel merken we op dat de wachttijd in de sluis steeds langer is. Welke stappen worden gezet om daar verandering in aan te brengen? Dat is mijn eerste vraag aan de minister.

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

Dat sommige innovatieve geneesmiddelen in de praktijk minder effectief blijken te zijn, zien we wel vaker. Soms is dat omdat de patiëntengroep waarop getest is anders uitpakt dan in de praktijk. Soms blijkt uit de praktijk dat de dosering aangepast moet worden. Kortom, soms geeft de praktijk aan dat een medicijn anders toegepast moet worden of dat de effectiviteit toch te betwijfelen valt. Zou je daarom misschien moeten kijken naar een soort voorwaardelijke toelating, waarbij tegelijkertijd wordt gekeken naar de effectiviteit van een geneesmiddel? Hoe kijkt de VVD naar een dergelijke oplossing?

De heer **Bevers** (VVD):

Bij de voorwaardelijke toelating heb je wellicht toch een probleem in de eerste periode met de prijs die gevraagd wordt. Ik ben wel benieuwd naar de reactie van de minister daarop. Wij zien dat de sluis op een aantal punten problemen oplevert, met name als

later blijkt dat iets minder effectief is. Maar die sluis is nu juist bedoeld om die afweging te maken. Ik vind het lastig om dat proces zomaar te doorbreken, maar ik zou wel willen weten welke mogelijkheden we daarin hebben. Ik herken zonder meer, zeker als je kijkt naar de oplopende wachttijd in de sluis, dat je soms een medicijn iets eerder wilt uitproberen. Dus ik volg u wel. Ik snap de vraag, maar ik vind het wel lastig om te beoordelen, ook gezien de vraag welke prijs we voor dat soort medicijnen in zo'n voorwaardelijke toelating moeten gaan betalen. Ik kijk ook even naar de minister, als u dat goedvindt.

**De voorzitter:**

Meneer Bushoff, dit wordt uw laatste interruptie.

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

Ik snap het. Op zichzelf ben ik ook benieuwd naar die vraag. Ik ben wel benieuwd of de VVD ervoor voelt om te zeggen: dat moet natuurlijk ook meewegen in de prijs die we bereid zijn te betalen voor een geneesmiddel. In eerste instantie betaal je misschien wel wat minder voor het geneesmiddel, omdat nog moet blijken hoe effectief dat geneesmiddel in de praktijk is. Als het heel effectief is, kun je daarna nog kijken wat dat met de prijs moet doen. Maar het is toch wel pijnlijk dat er nu nog steeds, ook na onderhandelingen, hoge prijzen worden afgesproken, terwijl het middel achteraf veel minder effectief blijkt te zijn. Ik ben het met de heer Bevers van de VVD eens dat het zoeken is naar wat we daartegen kunnen doen. Maar het principe dat het anders moet, deelt de VVD toch, mag ik hopen.

**De heer Bevers** (VVD):

Ja, ik zie dat probleem, maar ik zie ook een omgekeerd probleem, namelijk: wat doen we als blijkt dat het middel heel effectief is? Wat doet dat met de prijs die we uiteindelijk gaan afspreken? Daarom twijfel ik erover. U kent mij als iemand met een open mind, maar ik twijfel er wel aan, omdat ik ook dat omgekeerde effect zie.

**De voorzitter:**

U gaat door met uw betoog.

**De heer Bevers** (VVD):

De VVD vindt het goed dat de NZa zorgverzekeraars aanspreekt op hun zorgplicht. De VVD ziet tegelijkertijd dat de zorgverzekeraars wel maatregelen nemen, maar we weten ook dat het hun heel vaak ontbreekt aan inzicht in relevante data. Gisteren kondigde Zorgverzekeraars Nederland aan om dan maar zelf een meldpunt voor medicijntekorten op te richten, bij gebrek aan een centraal meldpunt. Om heel eerlijk te zijn begrijpt de VVD-fractie die actie wel, juist ook omdat we de zorgverzekeraars aanspreken op hun zorgplicht. Dan moeten we ze ook in staat stellen om die uit te voeren. Hoe kijkt de minister naar de stap van Zorgverzekeraars Nederland met betrekking tot het meldpunt?

**Voorzitter.** De meest recente Horizonscan liet twee ontwikkelingen zien: een flinke toename van combinatiebehandelingen en evergreening. Die term is net al even gebruikt. Ten eerste de combinatiebehandelingen. Deze bevorderen de effectiviteit voor patiënten. Dat steunen we, natuurlijk, maar het zorgt wel voor hogere kosten. Het gaat namelijk om meerdere geneesmiddelen tegelijkertijd, waardoor de kosten per behandeling hoger zijn. De combinaties vervangen bestaande behandelingen niet, maar zijn aanvullend. Hoe kijkt de minister naar de kosteneffectiviteit van deze

behandelingen? Hoe wordt gewaarborgd dat alleen de combinatiebehandelingen die aantoonbaar meerwaarde hebben, worden toegelaten tot het basispakket?

Dan ten tweede, de evergreening van geneesmiddelen. Het is een strategie van farmaceutische bedrijven om de winstgevendheid van een medicijn te verlengen, zelfs nadat het oorspronkelijke patent is verlopen. Dat gebeurt door kleine wijzigingen aan te brengen aan het bestaande medicijn. We hebben dat net al even genoemd. Daardoor komen er nieuwe patenten. Hierdoor kunnen geen generieke medicijnen met dezelfde werkbare stof op de markt worden gebracht. Dat leidt tot onnodig hoge zorgkosten en het uitschakelen van concurrentie. Dat is wat de VVD betreft een ongewenste ontwikkeling. Ik wil daarom van de minister weten wat hij vanuit zijn rol kan doen om het Zorginstituut en de Autoriteit Consument & Markt te ondersteunen in het tegengaan van evergreening, wat mij betreft zowel juridisch als beleidsmatig.

Voorzitter. Dan drug repurposing. Ja, het zijn vreselijke termen. De VVD heeft zich al eerder kritisch uitgelaten over farmaceuten die de prijs van een middel verhogen als dat middel effectief blijkt te zijn tegen andere aandoeningen of bij andere indicaties. Wat is op dit moment de stand van zaken met betrekking tot drug repurposing? Welke acties heeft de minister ondernomen of gaat hij nog ondernemen op dit punt?

Voorzitter. Ten slotte nog een paar korte opmerkingen over hulpmiddelen. Deze kunnen van groot belang zijn bij herstel, maar helpen ook om het dagelijkse functioneren te verlichten. Bovendien kunnen nieuwe innovaties de komende jaren helpen om de druk op arbeid in de zorg te verlichten. Ik heb vanuit de sector begrepen dat ze nog steeds last hebben van zogenaamde Nederlandse koppen op Europese regelgeving. Het meest concrete voorbeeld dat ik recent kreeg, is dat data vanuit het Europese meldsysteem voor tekorten niet in Nederland worden gebruikt, maar dat er een eigen meldpunt wordt overwogen. Wat kan de minister ons daarover verduidelijken? Is hij het met de VVD eens dat data-uitwisseling op dit soort systemen anno 2025 geen probleem meer mag zijn?

Tot zover, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan kom ik bij de volgende spreker van de zijde van de Kamer. Dat is de heer Bushoff namens GroenLinks-PvdA.

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

Dank u wel, voorzitter. Er zijn een heel aantal onderwerpen, dus ik steek ook gelijk van wal. Nancy heeft €1.200 per maand te besteden, is elk jaar aan het begin van het jaar haar eigen risico kwijt, heeft net als alle andere Nederlanders te maken met een torenhoge zorgpremie van €160 per maand, en heeft ook nog te maken met medicijnen die zij moet slikken. Daar moet zij ook nog een eigen bijdrage voor betalen. Dat laatste lukt gewoon eigenlijk niet meer. Dat kan ze gewoon niet ophoesten. Dus neemt ze maar minder medicijnen, met als gevolg duizeligheid en misselijkheid. Dat werkt dus averechts.

Voorzitter. Zo zijn er veel meer mensen. Zo'n 84% van de mensen die zorg hebben gemeden, geeft aan dat de klachten daardoor erger werden. 70% van die mensen geeft aan dat ze daarvan stress en onzekerheid ervaren. Ruim een kwart van de mensen die

zorg mijden als gevolg van financiële overwegingen, heeft aangegeven dat daardoor de kwaliteit van leven ook echt achteruitgaat. Als je deze feiten, deze cijfers, kent, moet je er wat GroenLinks-PvdA betreft ook wat aan veranderen. Je moet ervoor zorgen dat de toegang tot zorg verbeterd wordt, dat de betaalbaarheid van zorg verbeterd wordt. Maar waar ik in ieder geval heel kritische kanttekeningen bij zet en vragen over heb, is het plan van de regering om te bezuinigen — zo'n 70 miljoen, volgens mij — op zelfzorgmedicijnen. Ik vraag aan de minister om toe te zeggen om duidelijk op papier aan de Kamer uit te leggen om welke medicijnen het gaat, hoeveel die medicijnen kosten, welke doelgroepen dit met name treft en hoeveel mensen er daardoor op achteruitgaan. Dat zou ik heel specifiek inzichtelijk willen hebben.

Voorzitter. Laat ik er één voorbeeld uitlichten. Stel dat je een laag inkomen hebt en astma en hooikoorts hebt. We weten dat hooikoorts ervoor kan zorgen dat je ergere astma-aanvallen hebt. Dat verband is aangetoond. Tegelijkertijd zou het heel goed kunnen dat die hooikoortsmedicijnen straks niet meer vergoed worden. Dat kan oplopen tot zo'n €30 extra per maand. Als je een laag inkomen hebt en al die andere bijkomende kosten al hebt, en je, omdat die tegemoetkoming van 70 miljoen nu geschrapt wordt, nog eens €30 per maand extra moet betalen, kan het wel heel erg ingewikkeld worden. Ik ben dus wel benieuwd hoe de minister daartegen aankijkt.

Voorzitter. Dan het punt van de tekorten. Er zijn op dit moment tal van punten waar verschillende actoren een tekort aan geneesmiddelen kunnen melden. Ik zeg met nadruk "kunnen", want er is nog geen verplichting tot melden. Het is ook bijna een ondoorgrondelijk web aan plekken waar je het kunt melden. Het gaat om groothandelaren, farmaceuten en apothekers. Ik ben benieuwd of de minister iets voelt voor één gezamenlijk verplicht punt voor het melden van tekorten.

Voorzitter. Tot slot over de farmaceutische industrie. Uit de Horizonscan van het Zorginstituut bleek dat van zo'n negen geneesmiddelen het patent afloopt en dat het risico bestaat dat door een kleine wijziging van het geneesmiddel het patent verlengd wordt ofwel opnieuw aangevraagd wordt. Daarmee worden de prijzen kunstmatig hoog gehouden. Als Kamer weten we nog niet om welke medicijnen het gaat. Ik ben benieuwd of we daar snel achter kunnen komen en of we erachter kunnen komen om welke fabrikanten het gaat. Ik zou ook tegen de fabrikanten die dit overwegen, willen zeggen: schaam je; schaam je dat je op deze manier de prijzen van geneesmiddelen kunstmatig hoog wilt houden. Ik ben ook echt benieuwd wat we daartegen kunnen doen. Het is ontzettend kwalijk dat het gebeurt. Mijn collega haalde ook nog zo'n voorbeeld aan, namelijk van drug repurposing. Daar zijn al vragen over gesteld.

Ik wil afsluiten met nog één vraag, over het middel Voxzogo. Daar heeft de Kamer een motie over aangenomen. Ik ben benieuwd hoe de minister daarnaar kijkt, zeker in het licht van het feit dat we weten dat ook hierbij de verantwoordelijkheid weer met name bij de fabrikant ligt. Die dient niet een compleet dossier in. Ik vind het toch zo ongelooflijk kwalijk dat de bal vaak naar de politiek, de overheid wordt gespeeld. En ja, wij kunnen ook dingen beter inrichten, bijvoorbeeld als het gaat om de sluis, maar de farmaceutische industrie lijkt nooit de hand in eigen boezem te steken, terwijl er zulke hoge winsten worden gemaakt en er sprake is van het kunstmatig hoog houden van de prijzen. Dat de toegang tot medicijnen, zoals het medicijn Voxzogo, in Nederland niet goed geregeld is omdat ze weigeren een dossier in te leveren, vind ik onverteerbaar. Ik hoor graag een reactie daarop van de minister, ook in het licht van de aangenomen

motie.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik kom bij de volgende spreker. Dat is mevrouw De Korte van NSC.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Dank u wel, voorzitter. Er zijn grote geneesmiddelentekorten. Soms kunnen kinderen geen puffjes krijgen, terwijl er elders ongebruikte verpakkingen liggen die teruggebracht worden naar de apotheker. Vervolgens moet de apotheker de teruggebrachte medicijnen vernietigen. Volgens de Europese regels mogen medicijnen niet hergebruikt worden. Dit mag alleen in studieverband. Uit studieverband blijkt dat we bij hergebruik van ongebruikte medicijnen vele miljoenen euro's kunnen besparen. Wat NSC betreft moeten we dit actief aanpakken. NSC wil meer pilotstudies starten voor verantwoord hergebruik en wil dat de minister zich in Europa ervoor inzet om deze regels te moderniseren. Graag een reactie van de minister. Is de minister bereid om in Brussel te pleiten voor meer ruimte voor verantwoord hergebruik van medicatie?

Dan incontinentiemateriaal. We krijgen als NSC klachten van wijkverpleegkundigen. Materialen worden soms te laat gebracht omdat het bedrijf maar één keer in de week rijdt. En soms wordt een schuurtje vol geleverd met incontinentiemateriaal voor terminale patiënten, waarbij uiteindelijk maar de helft gebruikt wordt. Waarom wordt ongebruikt incontinentiemateriaal niet teruggenomen? Waarom mag het niet teruggenomen worden na controle? Valt dit onder de Europese wet? Wij denken van niet. Hergebruik bespaart kosten en is beter voor het milieu. Kan de minister toezeggen om aan de slag te gaan met terugname en hergebruik van incontinentiemateriaal en andere zorgmiddelen?

Tekorten worden volgens NSC ook veroorzaakt door het preferentiebeleid. Zorgverzekeraars wijzen steeds een ander preferent middel aan. Daardoor kunnen er geen voorraden aangehouden worden. Is de minister bereid om met zorgverzekeraars afspraken te maken, zodat cruciale medicijnen langer op voorraad gehouden kunnen worden en er van cruciale medicijnen niet telkens andere preferente medicijnen aangewezen worden?

Ook zijn er zeer dure medicijnen voor zeldzame ziektes. De kosten kunnen oplopen tot een paar ton per patiënt per jaar. De farmaceuten lobbyen op vele manieren voor de toelating ervan op de markt, maar apothekers kunnen ze vaak veel goedkoper maken. Dat is de magistrale bereiding. Is de minister bereid om meer ruimte te creëren voor magistrale bereiding van zeldzame en dure medicijnen? Daarnaast heb ik begrepen dat nieuwe Europese regelgeving aangeeft dat alleen ziekenhuisapothekers medicijnen mogen bereiden, terwijl eerstelijnsapothekers dit ook kunnen. Dat is bijvoorbeeld nodig als bij afbouw van medicatie specifieke doseringen nodig zijn. Onze apothekers zijn daar heel goed voor opgeleid. Kan de minister in Europa ervoor pleiten dat zelfbereiding door eerstelijnsapothekers mogelijk blijft? Dit zorgt voor zekerheid.

Ik wil het ook hebben over Bas. Bas is vorige week bij mij geweest. Hij had een rolstoel die met ducttape aan elkaar zat en kussentjes had om de rolstoel goed aan te passen. Al maanden heeft Bas geprobeerd om via het onderhoudsbedrijf zijn rolstoel goed afgesteld en veilig te krijgen. Tot nu toe is dat niet adequaat gebeurd. Er bestaan Europese regels voor medische hulpmiddelen, de Medical Device Regulation. Daarin

staat dat de distributeur klachten en gebreken moet monitoren. Als uit de risicobeoordeling blijkt dat gebrekkig onderhoud risico's geeft, bijvoorbeeld de uitval van remmen, een batterijdefect of brand, moet er onderhoud uitgevoerd worden. Ik heb een paar concrete vragen aan de minister. Wie controleert de hulpmiddelenaanbieders? Wie controleert of zij het klachtensysteem op orde hebben? Wie controleert of de hulpmiddelenaanbieders de elektrische rolstoelen daadwerkelijk periodiek onderhouden? Is dit de verantwoordelijkheid van de gemeente, of valt dit onder het toezicht van de inspectie? Kan er jaarlijks misschien een apk-controle komen voor elektrische rolstoelen, zodat gebruikers zeker weten dat de rolstoel veilig is?

Ten slotte. Vorige week heb ik aangegeven dat je ook moet nadenken over het levenseinde. Mogelijk gebruiken mensen dan ook minder medicijnen of stoppen ze met medicatie. Vorige week heb ik de minister gevraagd of hij mijn proefschrift kan lezen. Daarom wil ik nu mijn proefschrift aan de minister overhandigen.

**De voorzitter:**

Dat moet officieel via de bode, maar hartstikke goed.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Mag ik het zelf geven?

**De voorzitter:**

Dat had u dan ... Onder begeleiding van de bode mag het. Hartstikke goed. Dank ook voor uw inbreng. Het proefschrift is overhandigd. Daar ben ik ook wel heel erg benieuwd naar. Uw voorzitter is eigenlijk ook wel benieuwd naar het proefschrift. We geven het daarna gewoon door.

We zijn aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. De minister heeft aangegeven ongeveer twintig minuten nodig te hebben voor een schorsing. Met het heen en weer lopen erbij stel ik voor om om 14.50 uur te hervatten. Dus om 14.50 uur hervatten we de vergadering.

De vergadering wordt van 14.25 uur tot 14.50 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Ik heropen de vergadering. Het woord is aan minister Bruijn.

**Minister Bruijn:**

Dank u wel, voorzitter. Om te beginnen wil ik graag zeggen dat ik het bijzonder vind dat ik de laatste vergadering van deze commissie mag bijwonen en er ook aan mag meedoen. We hebben maar heel kort mogen samenwerken, maar die samenwerking is voor mij een heel groot plezier geweest, in ieder geval tot nu toe.

Het tweede wat ik graag wil zeggen, is dat ik zeer verguld ben met het proefschrift van mevrouw De Korte: *Reasons and Avoidability of Hospitalisations at the End of Life*. Dit is een ontzettend belangrijk onderwerp en ik waardeer het zeer dat u mij dat proefschrift gegeven heeft. Ik ga het ook zeker lezen. Ik kan daar eigenlijk niet mee wachten; ik zou het het liefste nu gaan lezen, maar dat is natuurlijk niet helemaal gepast. Onder het motto "voor wat, hoort wat" heb ik natuurlijk ook mijn eigen proefschrift meegenomen om te overhandigen aan mevrouw De Korte; u mocht eens denken dat ik niet gepromoveerd

zou zijn. Het verschil tussen dat van u en dat van mij is dat mijn proefschrift wat minder jong is, dat stamt namelijk uit 1988. Het is ook een beetje vergeeld, maar het is wel een origineel exemplaar. Er zitten ook stellingen bij en de laatste stelling luidt — ik ben zelf patholoog: hoe kleiner het biopt, hoe meer ze willen weten. Dat is namelijk de verzuchting van de patholoog en overigens nog echt waar ook.

Op het gevaar af dat u misschien zou denken "wat heeft die man gedaan sinds 1988?" heb ik toch ook maar even mijn afscheidscollege van afgelopen januari meegenomen: Lessen op snijvlakken. Voor een patholoog natuurlijk toepasselijk, maar ook het snijvlak van de wetenschap en de politiek is een heel belangrijk snijvlak, en eigenlijk waar het vandaag over gaat.

Dus, voorzitter, ik weet dat u het niet toestaat om het te overhandigen ...

**De voorzitter:**

Bij hoge uitzondering laat ik het toe. Omdat het omgekeerd ook weleens gebeurt, zou ik zeggen: overhandig het vooral aan elkaar. Tijdens zo'n laatste commissiedebat van deze Kamer moet dat kunnen.

**Minister Bruijn:**

Voorzitter, het is goed dat de Voorzitter van de Eerste Kamer hier niet is, want die zou het nooit hebben toegestaan.

**De voorzitter:**

Die is veel leuker. Maar gaat u door.

**Minister Bruijn:**

Voorzitter. Ik ga in vier blokjes antwoorden. Eerst de dure geneesmiddelen en dan de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Daarna een aantal andere onderwerpen aangaande de geneesmiddelen. Tot slot de medische technologie, dus de hulpmiddelen. Als u het toestaat, zal ik bij ieder van de vier blokjes graag een inleidende tekst uitspreken en dan de individuele vragen beantwoorden. Mocht u in de inleidende tekst uw vraag missen, dan klopt dat, want die komt daarna.

Voorzitter. Als eerste de dure geneesmiddelen. Er worden nog steeds veel geneesmiddelen ontwikkeld waar patiënten en familieleden van patiënten hun hoop op hebben gevestigd. Het Europees Medicijnagentschap, het EMA, beoordeelt de dossiers van de fabrikanten en beoordeelt of de middelen werkzaam zijn, of ze iets doen — daar worden die dossiers bij betrokken — en of dat opweegt tegen de bijwerkingen. Het lijkt een logische stap om zodra een middel het akkoord heeft van het EMA, dat middel ook te gaan vergoeden, maar dat is het niet. Er is ook wettelijk vastgelegd wat er daarna nog moet gebeuren. Dat wordt ook vanuit het veld gehuldigd; ik sta hier dus niet alleen in.

Ik was afgelopen vrijdag bij het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis — zoals u weet was Antoni van Leeuwenhoek de uitvinder van de microscopie — en sprak daar met een aantal artsen, die mij vertelden heel blij te zijn met ons systeem van de sluisen. Ik was daar uiteraard ter voorbereiding ook van dit debat. Voor de goede orde: lang niet alle geneesmiddelen komen in de sluis; het zijn alleen heel dure intramurale geneesmiddelen die in de sluis komen. Dat betreft vaak oncolytica, dus middelen tegen kanker. Een fabrikant van een duur geneesmiddel kan na goedkeuring van het EMA, en

zelfs als het proces bij het EMA nog loopt, een dossier indienen bij het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft de verantwoordelijke taak om, onder andere met input van zorgverleners, tot een goede afweging en daarmee tot een goed advies voor de minister te komen aangaande de bekostiging, de vergoeding, van het geneesmiddel.

Het Zorginstituut kijkt daartoe naar de vier pakketcriteria die daarbij worden gehanteerd. Met uw welnemen loop ik deze kort langs. Dat is ten eerste de effectiviteit: werkt het geneesmiddel even goed of beter dan de geneesmiddelen die al in het basispakket zitten voor dezelfde ziekte? Ten tweede gaat het om de kosteneffectiviteit: staat de prijs van het geneesmiddel in verhouding tot de gezondheidswinst die het geneesmiddel oplevert? De standaardmaat hiervoor is de qaly, de quality-adjusted life year. Het derde criterium is de noodzakelijkheid: is de ziekte ernstig genoeg en is de behandeling eventueel zelf te betalen? En ten slotte de uitvoerbaarheid: is opname van het geneesmiddel in het basispakket uit te voeren in de praktijk? Dat zijn de vier criteria die het Zorginstituut hanteert in dit wettelijk vastgelegde systeem.

Tijdens mijn bezoek aan het AVL gaven de oncologen aan zelfs nog een stap verder te willen gaan. Zij hebben als beroepsgroep de zogenoemde PASKWIL-criteria ontwikkeld, een aantal additionele criteria. De oncologen zijn eigenlijk nog kritischer dan wij al zijn op het gebruik en de toelating van die geneesmiddelen. Zij kijken nog scherper of een geneesmiddel geschikt is. Het gaat er dus niet om of bijvoorbeeld alle oncolytica die op de markt zijn, ook in Nederland beschikbaar zijn; het gaat erom dat middelen die artsen daadwerkelijk willen voorschrijven, ook beschikbaar komen.

Ik heb de artsen daar gevraagd of deze benadering niet leidt tot heel ingewikkelde gesprekken met hun patiënten, die vanzelfsprekend, zeker bij dit soort ziektes, heel veel hoop hebben op ieder nieuw middel. De artsen daar bevestigen dat die gesprekken natuurlijk niet altijd makkelijk zijn, maar verwezen mij ook naar een heel interessant artikel in The Lancet Oncology van december vorig jaar. Daarin is onderzocht hoe de patiënten hiernaar kijken. Uit dat gepubliceerde onderzoek blijkt dat ook patiënten aangeven liever wat langer te wachten op een middel dat écht wat voor hun doet, dan snel te beginnen met een middel waarvan nog helemaal niet bekend is of het werkt. Dat is natuurlijk een trade-off, maar het is een belangrijk onderzoek, denk ik, ook voor ons in dit debat.

Voor de goede orde: als er met een geneesmiddel veel gezondheidswinst behaald kan worden, gaan we het dus ook bekostigen; dan gaan we het gebruiken en dan mag het ook best wat kosten. Dat is ook het systeem. Als dat niet zo is, als het geneesmiddel dus niet een significante gezondheidswinst toevoegt, kunnen die euro's beter besteed worden aan zorg waar we meer gezondheidswinst voor krijgen. Je kan iedere euro natuurlijk maar één keer uitgeven. Als we dat systeem niet hadden, dan zou ik het echt niet aan alle huidige en toekomstige patiënten, die ook premiebetalers zijn, kunnen uitleggen als ik zou besluiten om een duur middel dat onvoldoende gezondheidswinst oplevert, zonder meer te vergoeden. Dit staat nog los van het feit dat u in de Kamer dit systeem wettelijk heeft geborgd. We willen allemaal dat premie- en belastingopbrengsten verantwoord worden besteed. Dat komt de solidariteitsgedachte, die de basis vormt van de Zorgverzekeringswet, ten goede. Ik ben ervan overtuigd dat door de vergoeding van dure geneesmiddelen die onvoldoende gezondheidswinst opleveren, op termijn de solidariteit zal worden aangetast.

Ik ben het ermee eens dat het proces van de sluis beter kan, bijvoorbeeld door in een veel vroeger stadium voorschrijvers erbij te betrekken, bijvoorbeeld door een Horizonscan van wat er straks aankomt. We zijn daar ook voor aan het werk; we zijn het systeem aan het doorontwikkelen naar een nieuw systeem. Ik zal uw Kamer daar uiteraard van op de hoogte houden. In het nieuwe systeem kunnen ook doelmatigheidsstudies zoals de recente SONIA-studie, die ook in Amsterdam is uitgevoerd, een plek krijgen. Dat is een studie naar hoe je minder van een bepaald geneesmiddel kunt gebruiken, in dit geval bij borstkanker, met hetzelfde effect. Dat is natuurlijk een voor de hand liggende gedachte, maar het is niet vanzelfsprekend dat die studies ook worden gedaan. Dat gebeurt daar dus wel.

Voorzitter. Dan kom ik bij de vragen van de heer Claassen, die tot mijn grote vreugde weer aanwezig is, ondanks zijn toezegging om afwezig te zijn. De eerste vraag is: wat doet de minister met de verbeterpunten van het Zorginstituut van de voorwaardelijke toelating? De voorwaardelijke toelating is een heel apart traject. Het Zorginstituut heeft een evaluatie van de voorwaardelijke toelating uitgevoerd op de uitvoeringsaspecten. Zelf heb ik een beleidsmatige evaluatie van de voorwaardelijke toelating gedaan. Ik bestudeer op dit moment de aanbeveling van het Zorginstituut en die vanuit de beleidsevaluatie, en zeg u toe dat ik later dit jaar kom met een integrale appreciatie van die evaluaties. Ik hoop dat u mij daar wat tijd voor gunt.

Voorzitter. Dan kom ik bij de vraag van de heer Claassen of het klopt dat onderhandelde kortingen op dure geneesmiddelen terugvloeien naar zorgverzekeraars. Zo niet, wat gebeurt er dan wel met die middelen? Het antwoord is dat dit klopt. Onderhandelde kortingen vloeien inderdaad terug naar de zorgverzekeraar en komen dan natuurlijk weer ten goede aan de premiebetaler. De zorgverzekeraar mag ze niet als winst gaan uitkeren; het gaat naar de premiebetaler. Het is wel zo dat de individueel behaalde kortingen geheim blijven, vanuit allerlei aspecten, als onderdeel van het arrangement met de leverancier. Dat betekent dat wij dus niet per geneesmiddel kunnen zien wat daar is uitonderhandeld, maar dat het significante bedragen zijn, macro gesproken, is wel een feit.

De heer **Claassen** (PVV):

In voorbereiding op een geneesmiddelendebat of een geneesmiddelen- en hulpmiddelendebat ontdek ik altijd nieuwe dingen. Dit is daar zo'n voorbeeld van. Stel dat er 500 miljoen is uitonderhandeld. Dan denk je: nou goed, dan kost het allemaal 500 miljoen minder. Maar het geld komt er toch — zo kijk ik ernaar — en wordt dan verdeeld over de deelnemende zorgverzekeraars. We weten niet hoeveel het is; het kan 500 miljoen zijn, het kan meer zijn, het kan minder zijn. De minister zegt dat het gebruikt wordt voor premiedemping. Weet de minister honderd procent zeker dat het gebruikt wordt voor premiedemping?

Minister **Bruijn**:

Ja. Ik kan daar in de tweede termijn nog wel even iets dieper op ingaan, maar uit de informatie die ik nu heb, blijkt inderdaad dat dat gebeurt. Als de zorgverzekeraar geld overhoudt, zie je dat terug in de premie. Dit jaar is de premie ook veel minder gestegen dan voorheen gedacht en geraamd werd. Dat heeft ook te maken met zo'n meevaller. Maar ik kom er nog even op terug.

Dan ga ik naar de vraag van de heer Bevers over dit onderwerp; ik kom straks natuurlijk

nog bij de vragen van de heer Claassen over de andere onderwerpen. De heer Bevers vraagt of de wachttijd in de sluisen niet steeds langer is. Welke stappen worden er gezet om daar verandering in aan te brengen? Dat is natuurlijk een goede vraag. Als de doorlooptijd van de sluis onnodig lang is, vinden we dat, denk ik, allemaal onwenselijk; dat willen we niet. Dus laten we even wat dieper duiken in die wachttijden, waardoor die worden veroorzaakt en wat de trend is. In 2024 was de gemiddelde tijd tussen het verkrijgen van een EU-handelsvergunning van het EMA, het Europees Medicijnagentschap, en het indienen van een compleet dossier bij het Zorginstituut ongeveer twaalf maanden. Dat is eigenlijk de eerste fase, dus tussen het EMA en het dossier. Daarna krijg je de beoordeling door het Zorginstituut. Die was in 2024 gemiddeld vijf maanden. De onderhandelingen door mijn departement waren vervolgens ook gemiddeld vijf maanden. Dan zit je dus op in totaal 22 maanden.

In vergelijking met 2023 zijn de doorlooptijden van fase 1 en fase 2 in '24 nagenoeg gelijk gebleven en zijn die van fase 3 iets afgenomen. Dus als er al een trend heeft plaatsgevonden, was het een geringe afname — ik betwijfel of die statistisch significant is, zeg ik in de richting van mevrouw De Korte, die daar natuurlijk meteen die vraag bij heeft, als wetenschappers onder mekaar. Maar er is in ieder geval een afnemende trend. Ik denk dat dat een belangrijk antwoord is op uw vraag. Dus de doorlooptijden lopen zeker niet op, althans dat deden zij niet in de afgelopen jaren.

Daarnaast staan er achttien middelen in de sluis waarvan het Zorginstituut heeft geoordeeld dat die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk voor één of meerdere indicaties. Er staan ook nog geneesmiddelen of een specifieke indicatie voor een geneesmiddel in de sluis waarvoor de leverancier ook na ruim één jaar helaas nog geen dossier heeft ingediend bij het Zorginstituut. Op dit moment zijn dat 33 geneesmiddelen waarbij we nog wachten op de leverancier.

Dit neemt niet weg dat er toch mogelijkheden zijn om te kijken of het efficiënter kan. Ik zet mij daar ook graag voor in, zeg ik in antwoord op de vraag van de heer Bevers. Ik werk daarom aan een nieuw systeem om de toelating toekomstbestendiger te maken; ik refereerde er in mijn algemene inleiding al even aan. Dat doe ik uiteraard met de veldpartijen en daar kom ik uiteraard graag bij u op terug. Nogmaals, daarin is het uitgangspunt: snel als het kan, uitgebreid als het moet. Die snelheid wordt een belangrijker criterium dan het nu is, door vroegtijdig samen met het veld inclusief de beroepsgroep de risico's in kaart te brengen, en als de risico's relatief groot zijn te bepalen welke maatregelen genomen moeten worden of genomen kunnen worden om de risico's beheersbaar te maken. Zoals ik ook hoorde tijdens mijn bezoek aan het AVL van afgelopen vrijdag, is hier in de beroepsgroep draagvlak voor. Ik informeer uw Kamer graag nog voor het einde van dit jaar over de voortgang.

Voorzitter. Dan kom ik bij de vraag van de heer Bevers hoe de minister aankijkt tegen de kosteneffectiviteit van combinatiebehandelingen en hoe er wordt geborgd dat alleen combinatiebehandelingen die een aantoonbare meerwaarde hebben worden toegelaten tot het basispakket. Dit is natuurlijk een complex vraagstuk, want bij een combinatie heb je per definitie meerdere geneesmiddelen, die worden gecombineerd. Hoe bepaal je per geneesmiddel of combinatie nog de meerwaarde ervan en wat is dan je benchmark? Combinatiebehandelingen vormen dus een uitdaging voor het pakketbeheer. Dat is wel een punt. Het is bijvoorbeeld niet altijd mogelijk voor het Zorginstituut om vast te stellen of die behandelingen effectief of kosteneffectief zijn — twee verschillende dingen, zoals

we besproken hebben — omdat daar niet altijd de juiste klinische data voor zijn, of omdat niet bekend is of het middel waarmee het wordt vergeleken, de benchmark dus, kosteneffectief wordt ingezet. Bij combinatietherapieën nemen de behandelkosten fors toe doordat het om meerdere geneesmiddelen tegelijkertijd gaat, terwijl de effecten vaak in mindere mate toenemen. Dat loopt dus ook nog uit elkaar. Mede daardoor is het waarschijnlijker dat combinatietherapieën niet snel kosteneffectief zullen zijn ten opzichte van de benchmark die we nu hanteren, in ieder geval minder snel dan geneesmiddelen die in hun eentje gebruikt worden.

Dat vormt bij uitstek een aanleiding om het systeem anders en toekomstbestendiger vorm te geven, waar ik dus ook mee bezig ben — dit is dus een additionele reden. Door de beroepsgroep eerder te betrekken kan sneller worden gekeken wat de plaatsbepaling is van een nieuwe combinatie, dus op welk moment van de behandeling de combinatie zal worden ingezet, en bij welke patiënt en op grond van welke criteria. Ook kunnen beheersmaatregelen worden afgesproken, zoals het afspreken van gepast gebruik of nader onderzoek in de praktijk. Ten slotte kijk ik in Europees verband met andere landen naar mogelijke oplossingen voor dit vraagstuk en naar de vereisten voor de juiste data. Kortom, dit is een heel terecht punt van de heer Bevers en we zijn er volop mee aan de slag.

Voorzitter. Dan was er een vraag van de heer Bevers en ook van de heer Bushoff. Zij willen weten wat ik vanuit mijn rol kan doen, zowel juridisch als beleidsmatig, om het Zorginstituut en de ACM, de Autoriteit Consument & Markt, te ondersteunen in het tegengaan van "evergreening", zoals het wel wordt genoemd. De doorontwikkeling van geneesmiddelen kan om te beginnen natuurlijk echt waarde hebben voor patiënten. Maar er kan ook misbruik van gemaakt worden door het onnodig verlengen van marktexclusiviteit, waardoor het middel onnodig lang duur blijft en de zorgkosten daardoor ook hoog blijven.

Als je dit onderwerp uit elkaar haalt, bestrijkt het eigenlijk twee domeinen: de minister van Economische Zaken is beleidsverantwoordelijk voor het intellectueel eigendom en de relevante wet- en regelgeving daarvan — het gaat natuurlijk om patenten en octrooien — en zelf ben ik verantwoordelijk voor de vergoedingsbeslissing voor een geneesmiddel conform het systeem dat we deels als besproken hebben. Ik heb als minister van Volksgezondheid geen directe wettelijke instrumenten om ongewenst gedrag te beïnvloeden, in ieder geval niet dit ongewenste gedrag, anders dan het maken van keuzes in het vergoedingsbeleid. Daarom heb ik nauw overleg met mijn collega de minister van EZ over dit onderwerp, maar ook met het Zorginstituut en de ACM. Die vallen overigens onder Economische Zaken en kan ik dus ook niet direct juridisch of beleidsmatig ondersteunen; dat zou mijn collega moeten doen. Zelf zou ik een lagere prijs kunnen vergoeden of zelfs niet kunnen vergoeden als ik van mening ben dat er sprake is van ongewenst gedrag. Die optie hebben we dus wel, maar dan moet het ook aantoonbaar zijn. Ik probeer meer inzicht te krijgen in dit onderwerp en spreek er ook in internationaal verband over, want dit speelt natuurlijk ook andere landen. Nogmaals, het is ongewenst.

De Tweede Kamer heeft bij de motie-Thiadens duidelijk gevraagd om nader uit te werken wat er mogelijk is om evergreening tegen te gaan. Ik heb al een aantal mogelijkheden genoemd. Ik verwacht u begin 2026 te kunnen informeren over de uitvoering van deze motie. Gezien het internationale karakter en de gesprekken heb ik

daar wat tijd voor nodig. Ik hoop dat u met deze toezegging kunt leven. Voor een uitgebreider en gedetailleerder antwoord verwijs ik u overigens naar mijn recente beantwoording van de Kamervragen hierover van het lid Dijk van de SP.

Dan heb ik nog een vraag van de heer Bushoff over evergreening, namelijk hoe ik dat ga stoppen. Nogmaals, evergreening is een complex vraagstuk. Het kan echt waarde hebben. Ik ben er internationaal mee bezig en sta ook in nauw overleg met Economische Zaken. Volgend jaar verwacht ik u te informeren. Het compleet stoppen is denk ik lastig, want het zijn vaak subtiele moleculaire veranderingen, maar ik ben het zeer eens met de commissieleden die hier vragen over hebben gesteld dat we hier echt iets bij de hand hebben waar iets aan moet gebeuren. Nogmaals, daar ben ik dus ook druk mee bezig.

Dan heb ik een vraag van de heer Bevers en de heer Bushoff. De VVD heeft zich eerder kritisch uitgelaten over farmaceuten die de prijs van een middel verhogen als dat middel effectief blijkt te zijn tegen andere aandoeningen of indicaties. Dus bij hetzelfde geneesmiddel voor een nieuwe ziekte gaat de prijs ervan omhoog. Wat is de stand van zaken van dit drug repurposing? Het geneesmiddel krijgt dus een ander doel. Welke acties zijn er door de minister ondernomen of worden nog ondernomen op dit punt? Met drug repurposing worden nieuwe behandelingen onderzocht met de bestaande generieke geneesmiddelen. Dat is in beginsel natuurlijk waardevol. Het is heel fijn als een bestaand geneesmiddel effectief is tegen een andere ziekte, dan ga je het er in beginsel ook voor gebruiken, als het leidt tot snellere en bij voorkeur ook goedkopere toegang tot nieuwe behandelingen, bijvoorbeeld omdat de aanloop- en ontwikkelkosten voor dat geneesmiddel niet nogmaals gemaakt hoeven te worden voor de nieuwe ziekte.

Daarnaast kan een farmaceut de prijzen van geneesmiddelen fors verhogen door een marktmonopolie te krijgen op indicatie-uitbreidingen, bijvoorbeeld bij weesgeneesmiddelen, dus geneesmiddelen die voor een heel kleine groep patiënten toepasbaar zijn. Dat vind ik uiteraard onwenselijk. Er ontstaat dan een ethisch probleem. Wat rechtvaardigt die grote prijsverhoging, zeker gezien het feit dat de aanloopkosten al gemaakt waren? De meerkosten zijn vaak beperkt omdat de klinische fases minder uitgebreid zijn voor de nieuwe ziekte doordat de middelen al waren goedgekeurd voor andere aandoeningen en ook de veiligheid en bijwerkingen vaak al goed zijn gedocumenteerd.

Voor de beslissing over de vergoeding van een middel is het natuurlijk belangrijk om te kijken naar de meerwaarde van dat middel voor de patiënt en naar wat we maatschappelijk aanvaardbaar vinden om eraan uit te geven. Dat is natuurlijk ook de achtergrond van uw terechte vraag. Naast de therapeutische waarde kijken we dus ook naar de kosteneffectiviteit. Als een prijs niet kosteneffectief is, kan ik daar op advies van het Zorginstituut over onderhandelen, maar dan nog hoeft de prijs die daaruit komt niet altijd acceptabel te zijn. Er kunnen ook andere redenen zijn die een prijs niet maatschappelijk aanvaardbaar maken. De ACM, het Zorginstituut en de NZa hebben hierover een advies opgesteld. Dat verwacht ik deze maand. Dit punt hebben we dus bij de kop. Als de farmaceut misbruik maakt van zijn positie en een excessieve prijs vraagt, kan de ACM ingrijpen. Maar dat is misschien nog niet voldoende. We wachten op het advies van de ACM, het Zorginstituut en de NZa over wat we hieraan kunnen doen en welke stappen we kunnen zetten. Uiteraard houd ik uw Kamer daar graag van op de hoogte.

Voorzitter. Dan was er een vraag van de heer Bushoff van GroenLinks-Partij van de Arbeid over Voxzogo. Hoe kijkt de minister naar de betreffende motie, zeker in het licht van de verantwoordelijkheid die bij de fabrikant ligt voor het indienen van het dossier? De farmaceutische industrie steekt de hand niet in eigen boezem, zo waren de woorden van de heer Bushoff als ik me niet vergis. Het Zorginstituut is nog met de fabrikant in gesprek, dus dit verhaal is zeker nog niet ten einde. Dat mag het ook niet zijn, want de patiënten lijden verschrikkelijk aan deze ziekte. Toekomstige patiënten willen natuurlijk uit alle macht proberen om dit te voorkomen. Binnenkort staat een vervolgesprek gepland waar verder wordt gesproken over eventuele vervolgstappen. Die moeten we zetten. Ik zou heel graag willen dat dit sneller zou gaan, maar ik kan geen ijzer met handen breken. Ik wacht de uitkomsten van dat gesprek af en zal uw Kamer daar zo snel mogelijk over informeren. Mocht de uitkomst teleurstellend zijn en de fabrikant dus geen dossier kunnen of willen indienen, dan kan ik daar alleen niets aan veranderen. Ik kan de fabrikant niet dwingen een dossier in te dienen. Dat maakt de motie dus in die zin moeilijk uitvoerbaar.

Voxzogo is een nieuw extramuraal middel. Het is dus geen sluismiddel; het zit niet in de sluis. Maar dat doet er verder niet toe voor de discussie. Het is namelijk wel een duur middel. Voor opname in het basispakket is net als voor alle andere nieuwe extramurale middelen een advies van het Zorginstituut, de wettelijke pakketadviseur, nodig voor de effectiviteit. Dat ligt ook vast in de Zorgverzekeringswet. Maar daarvoor hebben we dus wel dat dossier van de producent nodig. Het gaat ook over de kosteneffectiviteit. De maximale uitgaven voor dit geneesmiddel zijn volgens de Horizonscan in totaal meer dan tussen de 1 en 10 miljoen euro en per patiënt meer dan €50.000 per jaar, namelijk ongeveer €200.000, en het middel moet jarenlang gebruikt worden. Dat is geen reden om het niet uit te reiken, maar het is wel een reden om er goed naar te kijken. Ik hoop op een positieve uitkomst van de gesprekken tussen het Zorginstituut en de fabrikant. Want nogmaals, ik kan de frustratie van de ouders heel goed begrijpen. Ik zal uw Kamer dus informeren over de uitkomst van de gesprekken. Misschien ten overvloede, maar een voorwaardelijke toelating — dat kwam ook nog even voorbij — is mogelijk als er een dossier is ingediend en als het Zorginstituut dat kan beoordelen. Een voorwaardelijke toelating is dus niet een toelating zonder dat de effectiviteit beoordeeld is. Een voorwaardelijke toelating betekent overigens natuurlijk tijdelijke toelating, maar dan ook voor een veel lagere prijs. Maar ook daarvoor moet er een dossier ingediend zijn. Dan hebben we ook nog early access, maar dat doen we in Nederland niet, zeg ik voor de volledigheid.

De **voorzitter**:

De heer Bushoff had zijn vinger al opgestoken. Daarna de heer Claassen.

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

Laat ik beginnen bij het punt over evergreening, want daar had ik ook nog een vraag over. Als Kamerleden krijgen wij te horen dat het Zorginstituut in de Horizonscan een mogelijk risico voorziet met negen geneesmiddelen waarbij evergreening zou kunnen plaatsvinden. Daarvan heeft het de ACM op de hoogte gesteld. Meer dan dat weten wij ook niet. We weten niet om welke geneesmiddelen of welke fabrikant het gaat. Ik ben wel benieuwd of de minister iets meer informatie en tools in handen heeft dan wij als Kamerleden om hier paal en perk aan te stellen of hier preventief actie op te ondernemen, voordat het te laat is. Zit het 'm in het versterken van de capaciteit van de

ACM, zodat zij er al wel onderzoek naar kunnen doen en noem maar op? Ik ben dus benieuwd wat we eventueel preventief al kunnen doen om te voorkomen dat dit straks de praktijk gaat zijn bij die negen geneesmiddelen.

Minister **Bruijn**:

Ik begrijp het punt, en ik kijk of ik hier iets meer over kan zeggen. Het is natuurlijk vertrouwelijke informatie, maar ik ben van harte bereid om hierin te duiken en te kijken hoever ik kan gaan, tot die vertrouwelijkheidsgrens. Daarover zal ik uw Kamer ook informeren. Dat zeg ik toe.

De heer **Claassen** (PVV):

Ik begrijp dat er aan eisen moet worden voldaan. Dat geldt ook voor dit verhaal als het gaat over Voxzogo. De motie verzoekt om een pilot. Je zou dit dus kunnen vertalen naar een voorwaardelijke toelating en noem maar op. Maar ik ben hierin een leek, hoor. Ik zei in mijn eerste termijn al dat het bij dit soort medicatie heel erg lastig is om aan te tonen dat het werkt, omdat het volgens mij een vrij uitgebreid en langdurig onderzoek zou moeten zijn. Volgens mij vraagt dat daarom. Dat zou een behoorlijke belemmering zijn. Daarom vroeg ik om die pilot, dus de voorwaardelijke toelating. Zit ik dan op dezelfde golflengte als de minister?

De vervolgvraag over de voorwaardelijke toelating in algemene zin zou zijn — het zou voor dit medicijn kunnen gelden, maar misschien ook voor andere — om de Kamer inzicht te geven in wat er gebeurt. Ik vraag dus om er een soort casestudy van te maken en met de Kamer te delen hoe dat proces verloopt, dus wat er gebeurt achter de schermen, waar wij als Kamer geen zicht op hebben.

Minister **Bruijn**:

Ik begrijp de vraag. Voorwaardelijke toelating gaat dus over weesgeneesmiddelen, die voor een kleine groep beschikbaar zijn. Het zijn vaak geneesmiddelen waar nog weinig gegevens over zijn, maar die wel veelbelovend zijn. Daarvoor is voorwaardelijke toelating een weg, dus we kunnen = een snellere route bewandelen. Maar ook daarvoor moet er eerst een beoordeling zijn van de effectiviteit. Dat ligt vast in de wet en die kan ik niet overtreden. Dan zou het stelsel moeten veranderen. Als demissionair minister ga ik nu niet aan een stelselwijziging beginnen. Maar we kunnen de voorwaardelijke toelating niet toestaan zonder dossier, want de effectiviteit moet beoordeeld zijn. Dat is helaas de grens van de wet waar ik tegenaan loop. Ik zou dat heel graag anders willen zien en anders willen doen, maar dat vergt een wetswijziging.

De **voorzitter**:

Het tweede deel van de vraag ging over de pilot.

De heer **Claassen** (PVV):

Het ging over de voorwaardelijke toelating. Dat geldt ook voor andere medicijnen. Ik zou als vertegenwoordiger in de Kamer graag willen weten hoe dat proces verloopt en wat daar gebeurt. Ik had het over een soort casestudy die al doorlopen is of doorlopen wordt. Ik vraag u om de Kamer daarover te informeren.

Minister **Bruijn**:

Daar zullen we u schriftelijk over informeren.

De **voorzitter**:

Ja, dus over een mogelijke casestudy om inzichtelijk te maken hoe zo'n proces verloopt. Kan dat dan — ik zeg maar wat — in het voorjaar? Anders kan ik de toezegging niet noteren.

Minister **Bruijn**:

Voorjaar 2026, dat zeg ik toe.

De **voorzitter**:

Genoteerd.

Minister **Bruijn**:

De heer Claassen vroeg nog of de onderhandelde korting zeker wordt gebruikt voor de premiedemping. Ik kom daar nu dus even op terug. Ja, de korting wordt in principe gebruikt voor premiedemping. De Nederlandse Zorgautoriteit gaat dit jaar overigens weer uitvragen bij zorgverzekeraars of dat inderdaad de communicerende vaten zijn of dat er toch nog ergens een lek kan optreden en wat ze dus met de behaalde kortingen doen. We zullen dat in de gaten houden en u daarover informeren. In het voorjaar van 2026, zeg ik voordat u vraagt wanneer.

De **voorzitter**:

Oké, dat hebben we genoteerd. Ik zal de toezeggingen aan het einde nog langsgaan. Meneer Bevers, had u nog een interruptie in dit blok? Nee. Dan gaan we naar het volgende blok. O sorry, de heer Bushoff nog.

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

Ik zat eventjes na te denken. We hebben nu een tijdje gesproken over dure geneesmiddelen en de wens op te treden tegen een aantal van die praktijken die ons niet bevallen. Een van die praktijken is de manier waarop we kijken naar de bekostiging van dure geneesmiddelen. Nu geven we eraan uit wat er ongeveer gevraagd wordt door de fabrikant en proberen we daar nog over te onderhandelen. Zou je voor de bekostiging van dure geneesmiddelen niet toe moeten naar een zogenoemd kost-plus-plussysteem? Daarbij betaal je de kosten die gemaakt zijn en geef je er nog een plusje bij voor de onderzoekskosten en een plus voor een redelijke winstmarge. Dat bepaalt dan de prijs van een geneesmiddel. Dat zijn we met z'n allen ook bereid om ervoor te betalen. Zou dat niet een veel eerlijker systeem zijn, waar we ondanks het verzet van de farmaceutische industrie toch naar moeten kijken?

Minister **Bruijn**:

Laat ik zeggen dat dat een hele interessante optie is, die ik zelf in ieder geval niet eerder bedacht had. We werken toe naar een toekomstbestendige vergoeding van dure geneesmiddelen en een aanpassing van het systeem. Ik zou korthedshalve willen zeggen dat we deze optie in die discussie gaan meenemen en dan als een geheel gaan bekijken waar dit systeem heen gaat en hoe we dat beter en rechtvaardiger doen. Meer dan dat kan ik over het specifieke voorstel van de heer Bushoff op dit moment niet zeggen, want ik heb er nog niet over kunnen nadenken. Ik kan wel toezeggen dat we dit meenemen als optie. De discussie daarover ga ik uiteraard nog met u voeren. We gaan dat systeem natuurlijk niet zomaar invoeren; dat zal ook een heel traject zijn. Overigens kiest Nederland een andere benadering: niet de prijsopbouw moet leidend zijn, maar de prijs die we bereid zijn te betalen voor een bepaalde behandeling. Dat is in ieder geval

nu het uitgangspunt. Het gaat dus niet over de kosten van het geneesmiddel, maar over wat wij bereid zijn ervoor te betalen. Dat doen we met het oog op de meerwaarde voor de patiënt, want die staat centraal in dit systeem. Wat betekent het voor de patiënt? Dan kom je bij de galy's et cetera. Dat is het huidige systeem. Dat vind ik zelf ook een rechtvaardig systeem. Ik begrijp ook dat u dit als wetgever zo heeft vastgesteld. Maar we gaan het dus evalueren en kijken of het beter kan. We gaan ook kijken of we de kosteneffectiviteit meer in balans kunnen brengen met andere criteria, zoals gepast gebruik en financiële waarborgen. Daarover kom ik graag bij u terug.

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

Ik zal het niet tot in den treure herhalen, maar als er geneesmiddelen zijn ... CDCA was zo'n geneesmiddel. Dat kostte €46 en dat werd €14.000. Mexiletine was €0,35 en werd 420 keer zo duur. De prijs van lenalidomide, een geneesmiddel tegen de ziekte van Kahler, zakte nadat het patent was afgelopen met 99,7%. Dat geeft al aan wat voor ongelofelijke marge op die geneesmiddelen gemaakt wordt. Ik snap de voordelen van het systeem dat we hebben, maar ik denk dat het op dit moment toch ook in de hand werkt dat er te hoge prijzen worden betaald voor de geneesmiddelen. Ik zou met klem willen oproepen om ook te kijken naar dat kost-plus-plusmodel voor de vergoeding van geneesmiddelen.

Minister **Bruijn**:

Dat heb ik dus net toegezegd.

Voorzitter. Dan gaan we naar de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Dat is dus een ander onderwerp dan de bekostiging. Ik begrijp de zorgen van de leden over de aanhoudende geneesmiddelentekorten heel goed. Ik vind dat net als u een uiterst ernstig probleem. Het heeft niet alleen directe gevolgen voor patiënten, voor wie het ontzettend vervelend is als het geneesmiddel dat ze nodig hebben niet beschikbaar is, maar ook voor zorgverleners en apothekers is het heel frustrerend en kost het veel werk. Ondanks dat het aantal tekorten vorig jaar minder was ... Dat is dus het goede nieuws: het aantal tekorten is vorig jaar met ongeveer 30% gedaald. Dat zeg ik met enige nadruk, want hier wordt al lang aan gewerkt, ook door mijn en uw voorgangers. Er worden dus wel successen geboekt op dit terrein. De eerste geluiden over 2025 zijn dat de tekorten verder zijn afgenomen. Maar goed, nog steeds krijgen te veel patiënten hiermee te maken. Het feit dat de tekorten afnemen, betekent natuurlijk geen soelaas voor de patiënten die er zelf nog steeds mee te maken krijgen. Niemand hoeft mij ervan te overtuigen dat de situatie zeer onwenselijk is.

Laat ik beginnen met een reactie op de aankondiging van de zorgverzekeraars voor een informatiepunt voor de tekorten. Ik ga even in op een aantal deelonderwerpen. Ik ben blij dat de zorgverzekeraars verantwoordelijkheid voelen voor dit onderwerp. Ik wil hierover graag met hen in gesprek gaan. Ik vind het een goede ontwikkeling. We hebben in deze Kamer vaak gesproken over de versnippering van informatie over de tekorten. Ik heb begin september het AZWA, het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord, ondertekend. Daarin hebben we met alle partijen onder andere afspraken gemaakt over eenduidige definities van een tekort en over betere data-uitwisseling. Ik wil daarvoor gaan, ook in het licht van de motie-Thiadens, die zich hier natuurlijk mee bemoeit. Ik wil dit in gezamenlijkheid doen met alle partijen, zodat we iets goeds kunnen neerzetten waar we voor lange tijd gebruik van kunnen maken. Ik vind dit belangrijk en ik neem ook graag de regie op me. We hebben nu meerdere meldpunten en het initiatief van zorgverzekeraars

komt erbij, maar ik wil echt streven naar één meldpunt. Ik kom hier straks nog op terug bij de beantwoording van een aantal vragen van uw leden.

Dan meer over mijn beleid in den brede. U heeft de afgelopen tijd al vaak voortgangsbrieven ontvangen en gedebatteerd over de tekorten. U weet dat deze problemen niet alleen Nederland betreffen, maar ook vrijwel alle andere Europese landen. Zoals u ook weet, is de tekortenproblematiek complex en dus internationaal. Het heeft te maken met een wereldwijde geneesmiddelenmarkt waarin verstoringen in productie, logistiek of beschikbaarheid van bijvoorbeeld grondstoffen direct voelbaar zijn aan onze apotheekbalie; dat gaat vaak snel. We moeten echter niet blijven hangen in verklaringen of oorzaken. We werken hard aan structurele oplossingen. Zo is er inmiddels een operationeel team ingesteld in Nederland dat tekorten in gezamenlijkheid aanpakt. Dat vindt plaats naast dat centrale meldpunt waarnaar ik streef en waarvoor ik de regie op me neem. We vergroten de voorraden van kritieke geneesmiddelen en in het uiterste geval kan de inspectie een vrijstelling geven om middelen uit het buitenland te halen. Ook heb ik begin september het AZWA mee mogen ondertekenen, met dank aan alle partijen, in het bijzonder de Patiëntenfederatie. Het is natuurlijk heel belangrijk dat de patiënten bij deze discussie rechtstreeks betrokken zijn. In het AZWA hebben we afspraken gemaakt om de beschikbaarheid van geneesmiddelen te verbeteren. Dat doen we op allerlei manieren, bijvoorbeeld via betere data-uitwisseling, minder administratieve lasten, duidelijke informatie voor patiënten en dat centrale meldpunt. Ik zei al dat het een Europees probleem is. We werken ook op Europees niveau aan gezamenlijke inkoop, strategische voorraden en productiecapaciteit. Als je dat als land alleen gaat oplossen, krijg je natuurlijk een waterbedeffect. Dan doe je elkaar tekort en dat is geen oplossing voor de tekorten.

De Critical Medicines Act komt eraan. Dat is de Europese wet die hierover gaat en die nu vorm krijgt. Het is het streven van het Deens voorzitterschap om zelfs aan het eind van dit jaar al een gedragen voorzitterschap te hebben. Vanuit Nederland zullen wij daar ook actief de schouders onder blijven zetten. Ik deel uw frustratie over het tempo, maar de meeste maatregelen kosten tijd. Dat komt bijvoorbeeld door juridische procedures — zeker als je het Europees aanpakt, is dat complex — tegengestelde belangen of internationale afhankelijkheden. Maar ik verzeker u dat ik met alle betrokken partijen keihard werk aan oplossingen die structureel het verschil gaan maken. Gelukkig zien we dat de maatregelen die tot nu toe genomen zijn, in de afgelopen jaren al succes hebben opgeleverd.

Voorzitter. De heer Claassen vraagt mij om het voorstel van de motie van de PVV om een, twee of drie preferente middelen op de markt te brengen, uit te werken. Voor zorgverzekeraars bestaat al de mogelijkheid om meerdere middelen als "preferent" aan te wijzen. Het aanwijzen van twee of drie preferente geneesmiddelen blijkt in de praktijk echter niet te werken. Dat komt omdat er dan onduidelijkheid in de markt ontstaat: wie moet nu welke hoeveelheid leveren en aan wie? Dan krijg je allemaal paralleltrajecten; dat is dus niet zoals we het normaal gesproken doen. Dat zorgt helaas weer voor beschikbaarheidsproblemen. In lijn met de motie van Jansen en Tielen over een kosten-batenanalyse van het preferentiebeleid ben ik zeker bereid om verder te kijken naar de voor- en nadelen hiervan voor de beschikbaarheid en daar dit punt van de heer Claassen in mee te nemen, ook al ziet het er voorlopig dus niet heel hoopvol uit voor meerdere preferente middelen tegelijkertijd. Ik ben ook bereid om een onafhankelijke evaluatie van de kosten en baten van het preferentiebeleid voor te bereiden. Dat ben ik

eigenlijk al aan het doen. Maar ik zeg u toe dat ik daar energie in stop en dat we daarmee doorgaan. Het preferentiebeleid is overigens recent al aangepast door dakpansgewijs tenderen en door de aanbestedingstermijn in te korten tot twee jaar. Dat is bedoeld om in ieder geval het risico op plotselinge tekorten te verminderen. Meerdere preferente middelen tegelijk op de markt is een interessante gedachte. Die leggen we ook niet naast ons neer, maar voorlopig staan de stoplichten daarvoor op oranje of rood. Maar wie weet.

De heer **Claassen** (PVV):

Als je kunt stoppen bij oranje moet je gewoon stoppen, dus dan weten we al wat de output daarvan gaat worden.

Minister **Bruijn**:

Dat heb ik anders geleerd tijdens mijn rijlessen.

De heer **Claassen** (PVV):

Dat is niet goed dan.

Maar ik bracht mijn punt over het preferentiebeleid in omdat ... De minister geeft aan dat het aanwijzen van meerdere preferente middelen problemen oplevert, maar aan de andere kant zien we in de praktijk dat het per verzekeraar kan verschillen. Het is dan afhankelijk van waar ik verzekerd ben of het middel er wel of niet is. Het ligt dan gewoon in de la bij de apotheek, alleen heb ik een andere verzekeraar die de 80 milligram heeft en niet de twee tabletten van 40 milligram in een andere vorm. Dat komt voor. Volgens mij is dat het gevolg van het feit dat er maar één middel preferent is en dat dat ook nog verschilt per zorgverzekeraar. En dat is precies mijn punt. De inbreng van de minister gaat inderdaad over productie, grondstoffen en samenwerken. Daar hebben wij eerder ook al op ingezet. Als samenwerking in Europa moet, is dat prima, maar dat kan in Nederland nog beter. Mijn punt van vandaag is dat het eigenlijk gaat over een ogenschijnlijk tekort. In het voorbeeld dat ik gaf zit dit, met andere woorden, zo: omdat het preferentiemiddel wijzigt in het nieuwe jaar, kan het zomaar zijn dat er ergens gigantische voorraden van het middel x liggen, terwijl dat niet meer preferent is. En dan moet je ineens tabletten van 80 milligram gaan breken, als iemand normaal gesproken 40 milligram zou krijgen. Mijn fractie vindt dat echt onwenselijk. Wat kunnen we eraan doen om dat soort problemen in de toekomst te voorkomen?

Minister **Bruijn**:

Mag ik de vraag in tweeën splitsen? Het eerste punt is: als er een tekort is bij één verzekeraar, dan wijst die een ander middel als preferent aan. Als er een ander middel is binnen het preferentiebeleid, komt er dus geen stop op de levering. Dat zou niet moeten kunnen voorkomen. Door het preferentiebeleid liggen er wel degelijk voorraden bij apothekers. De KNMP, de apothekers dus, is betrokken bij de afspraken over vergoedingstermijnen. We gaan een balans zoeken tussen voldoende voorraad en het voorkomen van verspilling op het moment dat een nieuw contract ingaat. Het gaat dan altijd om de balans. De heer Claassen heeft daar een punt en we nemen dat mee in de discussie met het veld.

De **voorzitter**:

Als de minister zegt dat hij het meeneemt, dan moet ik ervan uitgaan dat het zo is.

Minister **Bruijn**:

Het gaat om de AZWA-discussies. Die hebben we nu. Overigens kom ik zo meteen nog even terug op de andere vraag van de heer Claassen, de vraag over de voorraden. Laten we even kijken of we daaruit komen.

De **voorzitter**:

We vervolgen het debat even. Dat lijkt me goed. Dan kunnen we straks even kijken of er nog vragen zijn.

Minister **Bruijn**:

We hebben ook nog een tweede termijn.

De heer Claassen vraagt ook wat de definitie van de minister is van een medicijntekort. Zoals de heer Claassen zelf ook al aangeeft, is er op dit moment niet één definitie van een medicijntekort. Je zou kortweg kunnen zeggen dat er bij een tekort een discrepantie is tussen vraag en aanbod, maar er wordt niet één definitie gehanteerd. Daarom heb ik binnen het AZWA de afspraak gemaakt om nu samen met partijen wel tot een uniforme definitie te komen. U weet dat het AZWA een onderhandelingstafel of een samenwerkingstafel met alle zorgpartijen is. Ik was daar overigens afgelopen maandag te gast. Dat is de plek waar je dit soort discussies mee naartoe neemt. Dat was het even over de definitiekwestie.

Dan vraagt de heer Claassen hoe het preferentiebeleid werkt en wat het effect daarvan op voorraden is. Dat was, denk ik, de andere vraag, die ik al aankondigde. Het preferentiebeleid ligt iets genuanceerder dan de heer Claassen lijkt te schetsen. Er blijven geen grote voorraden liggen. Zorgverzekeraars schrijven eens in de twee jaar tenders uit, zoals we al even noemden, in het kader van het preferentiebeleid. Leveranciers kunnen daarop inschrijven. Wanneer een leverancier een tender wint, wijst de zorgverzekeraar dit product voor twee jaar aan. Voorheen was dat vier jaar. Dit betekent dat dit product vergoed wordt voor diens verzekerden. Het voordeel voor de leverancier is een gegarandeerde afzetmarkt, want die moet natuurlijk ook leven. De leverancier kan hierdoor nauwgezet plannen hoeveel er nodig is voor de Nederlandse markt tot welk moment, want hij weet hoelang de tender duurt. Dat zou dus juist verspilling voorkomen. Wanneer het preferentiebeleid wisselt na het aflopen van het contract van twee jaar, zien we dat dit soms wel tot leveringsproblemen leidt. Daar sloeg de vraag van de heer Claassen op. Het is dan waarschijnlijker dat de leverancier eerder stopt in plaats van dat hij een heel grote voorraad gaat aanleggen. Nou komen we weer bij het AZWA; dat is het mooie van die onderhandelingstafel. Bij het AZWA maak ik met zorgverzekeraars en leveranciers uniforme afspraken over vergoedingstermijnen in dit verband. Dat zeg ik u toe.

Dan had de heer Claassen nog een vraag in relatie tot de motie-Thiadens. Welke verbeterstappen neemt de minister om te komen tot een overzicht voor data rondom medicijntekorten? Ik heb de Kamer vorige week geïnformeerd over de invulling van deze motie. Op dit moment bestaat er niet één centraal punt — we hadden het in dit kader ook al even over het punt van de zorgverzekeraars — dat alle data rondom geneesmiddelentekorten verzamelt.

Verschillende organisaties verzamelen deze data. Dat zijn bijvoorbeeld het Meldpunt geneesmiddelentekorten van het CBG en de IGJ, Farmanco van de KNMP — dat zijn de

apothekers — en de monitor leveringsproblemen van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). Die hebben allemaal slechts een stukje van de informatie. De informatie is dus nog verbrokkeld. Nu hebben ook Zorgverzekeraars Nederland een initiatief gelanceerd. Het goede is dus wel dat al deze organisaties het belang van melding onderschrijven. Anders hadden ze dit niet gedaan. Daarom zet ik allereerst in op afspraken binnen het AZWA om datauitwisseling tijdens geneesmiddelentekorten te versnellen. Dat gaat dus over de uitwisseling, maar ik zie en hoor dat er meer nodig is. Daarom ga ik met partijen in gesprek over hoe we de informatie- en datauitwisseling rondom de beschikbaarheid van geneesmiddelen structureel kunnen verbeteren en vooral kunnen centraliseren. In antwoord op een eerdere vraag heb ik al toegezegd dat ik daarin de regie neem. Hoewel ik in deze discussie zie dat er dus veel verschillende belangen zijn, verwacht ik, gezien het belang van het onderwerp en de initiatieven die op allerlei plaatsen zijn genomen, een constructieve houding van alle partijen. Ik roep ze ook nog een keer daartoe op, want een aantal daarvan zullen dit debat zeker aan het volgen zijn. In de voortgangsbrief van het voorjaar 2026 informeer ik u over de voortgang op dit gebied. Dat is dan weer een toezegging, voorzitter.

Voorzitter. De heer Claassen van de PVV vroeg ook welke voorstellen ik heb om de beschikbaarheid te verbeteren. Ik werk langs drie lijnen: voorkomen, anticiperen en reageren op geneesmiddelentekorten, de zogenaamde VAR-aanpak. Ik denk dat de heer Claassen wel een voetballiefhebber is ...

De heer **Claassen** (PVV):  
Nee.

Minister **Bruijn**:

Oh, nou, ik zelf ook niet. Dat was dan een misser van de minister, maar we kunnen elkaar daar dus wel in vinden. Ik wil natuurlijk het liefst tekorten voorkomen, de v, en daarvoor is een gezonde Nederlandse geneesmiddelenmarkt belangrijk. Zo bekijk ik de mogelijkheden voor meer productie in Nederland en in Europa en versterk ik de relatie met grote producerende landen buiten Europa om tekorten tegen te gaan. Verder bekijk ik mijn eigen prijs- en vergoedingsinstrumenten en worden verbeteringen in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars doorgevoerd. Verder wil ik onze informatiepositie verbeteren door betere definities en datauitwisseling. Daar hadden we het al even over.

Behalve het voorkomen van tekorten wil ik ook anticiperen op tekorten die ontstaan. Leveranciers en groothandels hebben daarom een voorraadverplichting van zes tot acht weken voor de verschillende categorieën geneesmiddelen en daarbovenop wordt tot vier weken extra voorraad van kritieke geneesmiddelen opgebouwd bij de groothandels. Dat is een recente maatregel. Wanneer er toch tekorten ontstaan, doen vooral apothekers — in het bijzonder noem ik ook de apothekersassistenten — en voorschrijvers het harde werk om nadelige gevolgen voor patiënten te voorkomen en daarmee zijn we bij de r van het reageren. Zij kunnen het beste keuzes maken tussen bijvoorbeeld alternatieven. Dat valt typisch onder het werk en de kennis van de apothekers. Dat gebeurt in het Operationeel Team Geneesmiddelentekorten, dat dit coördineert, met behulp van het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen. Kortom, er zijn op dit terrein echt stappen gezet. Dat is mijn antwoord op de vraag van de heer Claassen.

Hij vraagt ook nog welke flexibiliteit de minister verwacht van zorgverzekeraars om bij schaarste aan de zorgplicht te voldoen. Ik verwacht van de zorgverzekeraars niet alleen

flexibiliteit, maar ook dat zij bij schaarste de regie nemen vanuit hun zorgplicht die wettelijk door uw Kamer is vastgelegd en, niet te vergeten, vervolgens ook nog door de Eerste Kamer. Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven dat zorgverzekeraars deze verantwoordelijkheid zullen nemen. Zorgverzekeraars Nederland benadrukt wel dat zij ook afhankelijk zijn van andere partijen, zoals leveranciers, groothandels, apotheken en ook de overheid, en dat goede centrale informatie essentieel is; vandaar mijn inspanningen in die richting. Ik onderschrijf dat we alleen samen de beschikbaarheid van geneesmiddelen voor patiënten en zorgverzekeraars kunnen verbeteren. Daarbij moet elke partij haar verantwoordelijkheid nemen. Dat geldt ook voor mij. Voor het centraal informatiepunt neem ik dus de regie, zoals ik u al heb toegezegd. Dat neemt niet weg dat zorgverzekeraars een resultaatverplichting en een zorgplicht hebben naar de verzekerden toe in het kader van die zorgplicht. De NZa houdt daar toezicht op.

Dan kom ik bij een vraag van de heer Bevers, wederom over Zorgverzekeraars Nederland en over één centraal meldpunt voor tekorten. Hij vroeg wat ik daarvan vind. Zoals gezegd in mijn inleidende spreektekst voor dit blokje, ben ik daar blij om. Ik ben blij dat zorgverzekeraars verantwoordelijkheid voor dit onderwerp voelen. Ik had ook niet anders verwacht. Ik wil daarover ook in gesprek met de zorgverzekeraars. U weet dat dit alles in de afgelopen dagen heeft plaatsgevonden, dus ik had nog niet de gelegenheid om met de zorgverzekeraars in gesprek te gaan voor dit debat, maar ik zal dat zeker zo snel mogelijk gaan doen. We hebben in deze Kamer vaak gesproken over de versnippering van de informatie over tekorten, ondanks alle goede bedoelingen van alle betrokken partijen, wat natuurlijk een onwenselijk gegeven is. Dit past ook allemaal bij de motie van het lid Thiadens van de PVV over een onafhankelijk instituut voor data over geneesmiddelentekorten.

Begin september heb ik gezamenlijk met alle partijen het AZWA ondertekend. Daar hebben we met alle partijen afspraken gemaakt over eenduidige definities — zie de eerdere vraag — en over betere datauitwisseling. Ik ga daar dus voor. Ik wil dit in gezamenlijkheid met alle partijen doen, zodat we iets goeds neerzetten, waar we voor lange tijd gebruik van kunnen maken, maar waar vooral de patiënt plezier van heeft. Ik vind het belangrijk en, nogmaals, ik neem hierin de regie.

Dan kom ik op de vraag van de heer Bushoff van GroenLinks-Partij van de Arbeid. Wat vindt de minister van een gezamenlijk verplicht punt voor het melden van tekorten? Allereerst is er wel degelijk een wettelijke verplichting voor handelsvergunninghouders voor het melden van verwachte leveringsonderbrekingen. Deze meldingen doen fabrikanten bij het Meldpunt geneesmiddelentekorten en -defecten, gecoördineerd door het CBG, het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Ik denk dat de heer Bushoff er ook op doelt dat er geen centraal punt is waar op dit moment alle data rondom geneesmiddelentekorten samenkomen. Daarom zet ik allereerst in op afspraken binnen het AZWA om datauitwisseling tijdens geneesmiddelentekorten te versnellen en te verbeteren, maar ik zie en hoor dat er meer nodig is. Dat blijkt ook uit een initiatief van Zorgverzekeraars Nederland. Daarom ga ik dus met partijen in gesprek over hoe we de informatie- en datauitwisseling rondom de beschikbaarheid van geneesmiddelen structureel kunnen verbeteren en centraliseren. Ik vind dat belangrijk. Nogmaals, ik neem daarin de regie. Hoewel ik in deze discussie zie dat er veel verschillende belangen zijn, verwacht ik dus een constructieve houding van alle betrokkenen. Ik zeg u toe dat ik de Kamer in de voortgangsbrief van het voorjaar 2026 zal informeren over de voortgang hiervan.

Voorzitter. Dan ben ik bij een vraag van het Kamerlid de heer De Korte. De vraag is of ik bereid ben om met zorgverzekeraars afspraken te maken, zodat cruciale medicijnen langer op voorraad gehouden kunnen worden en dat van cruciale medicijnen niet telkens andere preferente medicijnen aangewezen worden. Ik deel de zorg van mevrouw De Korte: zonder extra voorraden kunnen leveringsproblemen voor kritieke geneesmiddelen — daar hebben we het nu over — moeilijk worden opgevangen. Ik leg daarom een grotere voorraad aan van kritieke geneesmiddelen. Dit is dus meer dan in de beleidsregel voor algemene geneesmiddelen verplicht is. Het stijgt daarboven uit. In de beleidsregel staat dat van zo'n beetje alle geneesmiddelen zes weken voorraad bij de leverancier moet liggen plus twee weken bij de groothandel en in aanvulling daarop leg ik voor kritieke geneesmiddelen extra voorraad aan. Ik geef de groothandels daarvoor een subsidie.

De extra voorraden voor kritieke geneesmiddelen betreffen vier weken voor essentiële antibiotica en salbutamol, ook genoemd door de leden. Die liggen er overigens grotendeels al. Ook betreft dit vier weken extra voorraad voor de Nederlandse lijst kritieke geneesmiddelen gecategoriseerd als rood en drie weken extra voorraad van de Nederlandse lijst kritieke geneesmiddelen gecategoriseerd als oranje. Ik verwacht dat ook de afspraken tussen zorgverzekeraars en leveranciers om met tweejarige preferentiecontracten te werken en om dakpansgewijs te contracteren zullen zorgen voor meer leveringszekerheid en meer aanbieders op de markt. Daarnaast werk ik met de zorgverzekeraars in het kader van het AZWA aan uniforme afspraken over vergoedingstermijnen, zodat een wisseling van preferent product minder mogelijk negatieve effecten op beschikbaarheid heeft.

Voorzitter. Dan kom ik bij een aantal andere onderwerpen aangaande de geneesmiddelen. Eerst kom ik bij een vraag van de heer Claassen van de PVV en van mevrouw De Korte van NSC, maar niet dan nadat ik u het woord gegeven heb, voorzitter.

**De voorzitter:**

Ik dank de oud-voorzitter van de Eerste Kamer voor het krijgen van het woord.

**Mevrouw De Korte (NSC):**

Ik begrijp dat het blokje over de voorraden is afgelopen. De minister geeft aan dat hij pleit voor langdurige voorraden. Hij verwacht dan dat ook het preferentiebeleid van de zorgverzekeraars langdurig wordt vastgesteld. Ik hoor het niet als een soort zekerheid, dus dat het echt zo gebeurt. Het zou namelijk echt heel naar zijn als er voorraden worden aangehouden en die daarna worden weggegooid. Dat hoor ik ook uit de praktijk en wij vinden echt dat dat gestopt moet worden.

**De voorzitter:**

En daar wilt u een reactie op?

**Mevrouw De Korte (NSC):**

Graag daar een reactie op.

**De voorzitter:**

Of de minister ...

Minister **Bruijn**:

Dit is natuurlijk de balans. Enerzijds wil je van geneesmiddelen en in het bijzonder van kritieke geneesmiddelen voldoende voorraad hebben om tekorten te voorkomen. Anderzijds wil je natuurlijk ook geen voorraden hebben die je niet gebruikt. Voor die balans zullen we met elkaar moeten blijven zorgen. De ideale wereld daarin bestaat niet. Je hebt altijd het risico op het een of het ander. Dat zijn samenhangende domeinen. Ik kan noch toezeggen dat we een systeem kunnen ontwikkelen waarin er nooit meer een tekort zal ontstaan noch toezeggen dat we kunnen toewerken naar een systeem waarin nooit een voorraad zal worden weggegooid. We zullen echter trachten om de risico's op beide te mitigeren. Daarin kunnen we elkaar vinden en dat is precies wat we hier aan het doen zijn. We blijven dus altijd in de gaten houden wat de ideale omvang van zo'n voorraad is. Dat is ook een leerproces.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Toch heb ik nog even een aanvullende vraag. Ik ben wel erg benieuwd of de minister inzicht heeft in de voorraden die worden weggegooid omdat er een ander preferent middel wordt voorgeschreven. De zorgverzekeraars zijn daar verantwoordelijk voor. Het zou heel mooi zijn om daar inzicht in te krijgen.

Minister **Bruijn**:

Ik heb alleen inzicht in onze extra voorraad, die ik dus nu aan het aanleggen ben. Ik heb echter geen inzicht in de voorraden die er nog waren, de klassieke voorraden dus.

De **voorzitter**:

Eigenlijk is het antwoord op de vraag dus nee.

Minister **Bruijn**:

Ik heb dus wel het inzicht in de extra voorraden, dus het is een gedifferentieerd antwoord, voorzitter.

De **voorzitter**:

Zeer gedifferentieerd.

Minister **Bruijn**:

Ja, een genuanceerd antwoord.

De **voorzitter**:

Maar maak ik hieruit op dat de vraag van mevrouw De Korte nog niet helemaal bevredigend is beantwoord? Of toch wel?

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Nou, het is niet helemaal bevredigend beantwoord, maar ik heb maar een beperkt aantal interrupties. Het stelt me wel teleur dat de minister hier zelf eigenlijk geen inzicht in wil hebben.

De **voorzitter**:

De minister, tot slot op dit punt.

Minister **Bruijn**:

In die laatste opmerking zit de aannahme besloten dat ik die niet zou willen hebben. Die werp ik toch van mij. Ik zou dat inzicht natuurlijk heel graag willen hebben, maar dat stuit soms op bepaalde problemen. Ik beschouw de opmerking van mevrouw De Korte echter wel als een duw in de rug om me er maximaal voor in te zetten om dat inzicht zo groot mogelijk te krijgen en om er ook nog eens opnieuw naar te kijken. Kunnen we daar niet wat meer aan doen? Om te voorkomen dat voorraden worden weggegooid maken we overigens afspraken over vergoedingstermijnen met zorgverzekeraars en apothekers. De extra voorraden lopen ook mee in de reguliere workflow. Maar nogmaals, ik denk dat we aan dezelfde kant staan. Het is niet zo dat ik niet meer inzicht zou willen hebben, maar tussen willen en kunnen zit nu wel een zekere marge.

**De voorzitter:**

Dank u wel. We waren al aangekomen bij het derde blok. Ik vraag de minister om dat te hervatten.

**Minister Bruijn:**

Dank u wel, voorzitter. Mevrouw De Korte vroeg: is de minister bereid om met zorgverzekeraars afspraken te maken, zodat cruciale medicijnen langer op voorraad gehouden kunnen worden en dat van cruciale medicijnen niet telkens andere preferente medicijnen worden aangewezen? Ik deel de zorg dat zonder extra voorraden leveringsproblemen van kritieke geneesmiddelen moeilijk kunnen worden opgevangen en daarom leg ik dus een grotere voorraad aan van kritieke geneesmiddelen. Dat is meer dan de beleidsregel verplicht. Ik heb u al verteld hoe groot de voorraden zijn. In het AZWA maak ik afspraken hierover. Daar zitten gelukkig alle betrokken partijen regelmatig aan tafel. Dankzij de regie van de fantastische ambtenaren op VWS — ik mocht er afgelopen maandag even bij zijn — is dat de plek om dit te bespreken en te monitoren.

Voorzitter. Dan kom ik op een vraag van mevrouw De Korte en van mevrouw Claassen. Uh, de heer Claassen! Mijn excuus, voorzitter.

**De voorzitter:**

Ik was ook al even aan het kijken of er iets had plaatsgevonden, maar het is nog steeds meneer Claassen.

**Minister Bruijn:**

Ik ben patholoog en geen clinicus. Dan krijg je dat. De heer Claassen en mevrouw De Korte hebben mij gevraagd naar het hergebruik van geneesmiddelen. Ze noemden onder meer het starten van pilotstudies voor verantwoord hergebruik en de Europese stand van zaken. De heer Claassen heeft het er al even over gehad. Nu gaat het over hergebruik. Ik denk dat de heer Claassen en mevrouw De Korte heruitgifte bedoelen. Dat denk ik. Ik meen aan de reactie van beiden te zien dat ik het daarmee bij het juiste eind heb, dus daar vallen we elkaar weer snikkend in de armen. Bij "hergebruik" klinkt het alsof een geneesmiddel al eerder is gebruikt, terwijl bij heruitgifte een ongeopende verpakking — dat is redelijk cruciaal — opnieuw wordt uitgegeven aan een andere patiënt. Even scherp zijn! Meer pilotstudies voor heruitgifte van geneesmiddelen zijn op dit moment niet nodig en ook niet wenselijk. Ik ben ervan overtuigd dat het een goede ontwikkeling is. Zoals aangetoond in wetenschappelijk onderzoek dat sinds 2020 plaatsvindt in Nederlandse ziekenhuizen, kan dat onder strikte voorwaarden inderdaad veilig plaatsvinden.

Daarnaast pleit ik al voor aanpassing van de huidige Europese wetgeving die nodig is om nieuwe studies te kunnen toestaan. Wij zetten hier ook stappen op. Bij de onderhandelingen van de herziening van de Europese geneesmiddelenwetgeving span ik mij in om ervoor te zorgen dat heruitgifte wél een wettelijke basis krijgt, want natuurlijk is dat een logische gedachte. Het Raadsmandaat dat nu voorligt, maakt heruitgifte mogelijk door middel van extra voorwaarden en controles door de apotheker. Daarbij geef ik wel de winstwaarschuwing dat deze wetsteksten pas na de zogenaamde trilogie tussen de Raad, het Europees Parlement en de Europese Commissie definitief worden. Als je dit goed wilt regelen, dan moet je het natuurlijk Europees regelen. Zodra de wettelijke basis geregeld is, ga ik kijken naar de mogelijkheden in Nederland voor haalbare en veilige opties voor heruitgifte. Ik ben ervan overtuigd dat hier veel mee te winnen is op het gebied van duurzaamheid en kostenbesparing, en bij tekorten van geneesmiddelen.

Voorzitter. Ik kom bij de vraag van de heer Bushoff over de bezuiniging van 70 miljoen op zelfzorgmiddelen. Kan de minister toezeggen dat hij aan de Kamer zal melden om welke medicijnen, welke zorgkosten en welke doelgroep het gaat en hoeveel mensen er daardoor op achteruitgaan? Laat ik om te beginnen zeggen dat ook ik mij er zorgen over maak als de zelfzorgmedicatie uit het pakket gaat. Ik deel die zorgen. Ik breng daarom momenteel samen met de veldpartijen, zoals de KNMP, de zorgverzekeraars en het Zorginstituut, de mogelijkheden in kaart. Ik voer ook overleg met het ministerie van Financiën om te kijken of we een dekking kunnen vinden. De besluitvorming hierover zal plaatsvinden in de voorjaarsbesluitvorming van 2026. Dat streef ik in ieder geval na. Ik zal de Kamer hier uiteraard over informeren, waar mogelijk ook over de concrete effecten op patiënten dan wel over de mogelijkheid om die bezuiniging op een of andere manier te dekken. Ik kan dat op dit moment onmogelijk toezeggen, maar misschien blijkt hieruit wel dat dit mijn volle aandacht heeft. Ik doel op zowel de dekking zelf als op de eventuele gevolgen in termen van de vraag die de heer Bushoff stelt.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):  
Dit wordt mijn laatste, schat ik zo in.

De **voorzitter**:  
Ja, ik ga een beetje handhaven.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):  
Heel goed.

De **voorzitter**:  
Dit wordt uw laatste. Ik probeer straks nog een veegronde te doen. Dit is uw vierde. De heer Claassen heeft er officieel ook nog één.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):  
Dank voor de toezegging van de minister. Stel dat er helemaal geen probleem zou zijn. Waarom zouden we dan niet een besparing van tientallen miljoenen doorvoeren? Maar ook gegeven dit antwoord krijg ik toch enigszins het gevoel dat er een bedrag is gekozen waarvan we nog niet weten wat de gevolgen zijn voor de patiënten. Precies daarom hecht ik er veel waarde aan dat ruimschoots voor de voorjaarsbesluitvorming, maar het liefst al eerder, nog dit jaar, in kaart is gebracht wat de gevolgen zijn voor

individuele patiënten, om welke inkomsten het gaat et cetera. Dat moeten we weten voordat we hierover een besluit kunnen nemen. De voorjaarsbesluitvorming is eigenlijk nog te laat, want ik kan me voorstellen dat we om bepaalde redenen ergens begin of half november heel veel behoefte hebben aan deze informatie.

Minister **Bruijn**:

Het Zorginstituut kijkt nu naar de effecten voor patiënten. Ik kan niet namens het Zorginstituut toezeggen wanneer dat komt, maar ik kan u wel toezeggen dat ik zal aandringen op een spoedige rapportage.

Voorzitter. Mevrouw De Korte vroeg: is de minister bereid om meer ruimte te creëren voor magistrale bereidingen van zeldzame en dure medicijnen? Magistrale bereidingen zijn bereidingen door de apotheker zelf voor een kleine groep patiënten. Het antwoord is: nee, die kant wil ik niet op. Dat moet ook kunnen. Mijn voorkeur gaat in beginsel uit — daar is het hele stelsel overigens ook op gericht — naar het gebruik van geregistreerde geneesmiddelen, omdat die meer waarborgen kennen voor kwaliteit, veiligheid en werkzaamheid. Apotheekbereidingen kunnen een goede en mooie rol spelen wanneer generieke geregistreerde geneesmiddelen niet adequaat beschikbaar zijn. Ze maken in die zin dus wel onderdeel uit van het stelsel. Het gaat dan vooral om geneesmiddelen waarvan de juiste dosering of toedieningsvorm niet op de markt is. Bij magistrale bereidingen leveren apotheken aan de eigen patiënten. Bij collegiaal doorleveren — dat is net iets anders — gaat het om het leveren tussen apotheken. De beleidsregel voor collegiaal doorleveren is inmiddels in werking getreden. Ik werk op dit moment aan de beleidsregel voor magistrale bereidingen. Het belang daarvan onderschrijf ik wel degelijk — we werken daar ook aan — maar het kan wat mij betreft niet in de plaats komen van het gebruik van geregistreerde geneesmiddelen. Ik zet mij er overigens ook in Europa voor in, bij de herziening van de farmawetgeving, om collegiaal doorleveren wettelijk te verankeren.

Voorzitter. Mevrouw De Korte vroeg: kan de minister er in Europa voor pleiten dat zelfbereiding door eerstelijnsapothekers mogelijk blijft? Die vraag hangt hier natuurlijk mee samen. Nogmaals, magistrale bereiding door eerstelijnsapothekers blijft mogelijk, maar het Europees Parlement wil dat alleen ziekenhuisapothekers een voorraad van die producten mogen aanleggen. Daar zit de nuance. Dat vind ik niet acceptabel. Ik vind dat ook extramurale apothekers dat prima kunnen doen, want zij vallen ook onder allerlei kwaliteitscriteria. Als het gaat om magistrale bereiding, dan wil Nederland samen met andere EU-landen dat alle apothekers een voorraad mogen maken en dus niet alleen de ziekenhuisapothekers. Dat staat ook in het Raadsmandaat voor de onderhandelingen over de nieuwe farmaceutische wetgeving. Dat heeft uw Kamer voor de zomer ontvangen. Ik zal de voorzitter van de Raad vragen om hier niet op toe te geven in de onderhandelingen met het Parlement.

Voorzitter. Ik kom bij mijn laatste blokje, over medische technologie. Ik vroeg laatst aan iemand: van hoeveel soorten intra- en extramurale hulpmiddelen wordt in Nederland gebruikgemaakt? Ik mag natuurlijk niet vragen of iemand op de publieke tribune het weet, maar ik denk dat de mensen ook heel blij zijn dat ik dat niet mag vragen. Ik mag het ook niet aan de leden vragen. Het zijn er 500.000. Er zijn 500.000 soorten intra- en extramurale hulpmiddelen. Waar moet je dan aan denken? Denk aan sensoren om mensen thuis te kunnen monitoren, 3D-geprinte en gepersonaliseerde implantaten, AI bij borstkankerscreening, chirurgische robotica en zaken als hechtdraad, hechtnaalden,

katheters en ga zo maar door. Die ondersteunen zorgverleners uiteraard bij operaties. Het zijn 500.000 soorten. Ik vind dat in ieder geval een enorm groot aantal.

Ze spelen een essentiële rol in onze gezondheidszorg. Ze geven gebruikers de mogelijkheid om volledig mee te draaien in de samenleving of ze kunnen het werk van zorgpersoneel uit handen nemen. Denk aan kantelbedden. We kennen ook het kantellaken uit de gezondheidszorg. Deze hulpmiddelen moeten daarom veilig, beschikbaar, betaalbaar en het liefst ook zo duurzaam mogelijk zijn. Dat laatste is weer een andere discussie. Zoals zo vaak zien we dat die doelen elkaar soms bijten. De Europese regels voor medische hulpmiddelen, de Medical Device Regulation, de MDR, hebben onze producten de hoogste veiligheid ter wereld gegeven, maar dat heeft natuurlijk ook meteen een keerzijde. Daardoor zijn er voor fabrikanten soms hoge drempels ontstaan om een hulpmiddel op de Europese markt te brengen. Dat heeft, samen met de schaarse grondstoffen, de gestegen kosten en de ingewikkelde toeleveringsketen, weer negatieve gevolgen voor de beschikbaarheid en leveringszekerheid. Dat zijn samenhangende zaken, die elkaar soms tegenspreken.

Ik werk hier uiteraard hard aan, zowel op nationaal als Europees niveau. Zo hebben we tegenwoordig een nationaal meldpunt voor tekorten. Dat is niet te verwarren met de meldpunten voor geneesmiddelen, waarvan we er een aantal hebben, maar waarbij we naar één streven. Voor de tekorten aan hulpmiddelen hebben we één nationaal meldpunt. Dat wordt georganiseerd door het Zorg Inkoop Netwerk Nederland. Dat is natuurlijk hartstikke mooi. Zij staan zorgaanbieders bij in de zoektocht naar een geschikt alternatief als er onverhoopt een tekort is. Het gaat dus niet alleen om het melden, maar ook om het zoeken naar een oplossing. Ook is sinds begin dit jaar de Europese meldplicht van kracht, die fabrikanten verplicht om onderbrekingen van leveringen te melden in Europa. Dat geeft zorgpartijen meer tijd om op zoek te gaan naar alternatieven of om andere mitigerende maatregelen te nemen. Zoals u weet, wil ik deze meldingen ook breder beschikbaar maken, zodat de hele zorg zich beter kan voorbereiden op een eventueel tekort aan een hulpmiddel. Dat is belangrijk, maar natuurlijk pakken we het liefst de kern van het probleem aan, hoe moeilijk dat ook is. Daarom ben ik blij dat de evaluatie van de Europese medische hulpmiddelenwetgeving is vervroegd. Ik heb namens Nederland aangegeven dat ik het belangrijk vind om een betere balans te vinden tussen veiligheid, beschikbaarheid en innovatie in de wetgeving. U kunt erop vertrouwen dat ik dit proces met aandacht volg.

Ik kom bij een vraag van het lid Bevers van de VVD. Hij zei: "De data vanuit het Europees meldsysteem voor tekorten aan medische hulpmiddelen zouden niet in Nederland gebruikt worden. Een nationaal meldpunt wordt overwogen. Wat kan de minister ons daarover vertellen? Is hij het met de VVD eens dat datauitwisseling anno 2025 geen probleem meer mag zijn?" Ik ben het in ieder geval met de heer Bevers eens dat het anno 2025 geen probleem meer zou mogen zijn, maar dat is natuurlijk een klein nuanceverschil. Het Europees meldsysteem, waar de VVD naar verwijst, wordt wel gebruikt. Hier komt alle informatie in vanuit de Europese meldplicht. Dat noemde ik al in mijn inleiding. Die informatie wordt ook nu al gedeeld met alle lidstaten en met de klanten van de fabrikant. Dat geldt ook voor Nederland. Wij zijn daar onderdeel van. Ik wil dat die informatie ook voor andere partijen beschikbaar komt, zodat de zorg zich nog beter kan voorbereiden op naderende tekorten, want die informatie is nu nog besloten.

Als die meldingen openbaar zijn, kan ook het Zorg Inkoop Netwerk Nederland daarmee

aan de slag. Zij helpen zorginstellingen met het aandragen van alternatieve producten en het coördineren bij tekorten, met subsidie van mijn ministerie. Mede daarom heb ik recent een wetsvoorstel naar uw Kamer gestuurd, waardoor ik informatie uit de Europese meldingen openbaar kan maken en kan publiceren. Dit kost fabrikanten geen extra werk, dus de administratieve lasten lopen niet op. Maar ik ben graag bereid om dit in mijn volgende overleg met de fabrikanten verder toe te lichten, want ook daarmee heb ik natuurlijk een ongoing discussie. Dit is mijn antwoord op de vraag van de heer Bevers.

De heer **Bevers** (VVD):

Ik geloof dat ik bij nummer één begin, voorzitter. Ik probeer dit even goed in beeld te krijgen. Zit het besloten in het Europees systeem dat het niet openbaar is of is dat een keuze van de leveranciers? Dat kan ik niet helemaal helder krijgen. Wat is er de oorzaak van dat dat nog niet kan?

Minister **Bruijn**:

Dat zit besloten in het Europees systeem.

Voorzitter. Ik kom bij een vraag van mevrouw De Korte van NSC. "Waarom mag ongebruikt incontinentiemateriaal, waarvan de kosten oplopen tot 140 miljoen euro per jaar, niet teruggenomen worden en hergebruikt worden na controle? Kan de minister toezeggen dat hij aan de slag gaat om de terugname en het hergebruik van incontinentiemateriaal en andere zorgmiddelen mogelijk te maken?"

De **voorzitter**:

Ik laat dit nu toe omdat dit het laatste commissiedebat is. Na het reces zal ik u vragen om niet elke keer de hele vraag te herhalen die al gesteld is, maar om alleen mevrouw De Korte en het onderwerp te benoemen, en om daarna antwoord te geven. Dat doen we in het vervolg.

Minister **Bruijn**:

Prima, voorzitter. Ik kan dat meteen invoeren, als u dat wenst.

De **voorzitter**:

Graag.

Minister **Bruijn**:

Mevrouw De Korte had een vraag over de incontinentiematerialen. Het is altijd al toegestaan om ongebruikt incontinentiemateriaal terug te nemen en na controle weer uit te geven. Ik zet mij ervoor in om het hardnekkige misverstand over de heruitgifte van medische hulpmiddelen de wereld uit te helpen, onder andere via de communicatiekanalen van de Green Deal Duurzame Zorg. Ik ben het wel eens met mevrouw De Korte dat dit in de praktijk nog niet gaat zoals we willen. Het retour nemen van incontinentiemateriaal kost leveranciers veel werk. Denk aan het ophalen en aan de administratie omdat de vergoeding uit de Zorgverzekeringswet retour moet. Dat is ingewikkeld. Ik zeg u toe dat ik met de zorgverzekeraars, ActiZ, de branchevereniging voor ouderenzorg en chronisch zieken, en de leveranciers zal bespreken wat we nog meer kunnen doen om de belemmeringen hiervoor weg te nemen.

Voorzitter. Mevrouw De Korte had ook nog een vraag over elektrische rolstoelen. Ik wil mevrouw De Korte graag bedanken voor het delen van het verhaal van Bas. Dat is een

indrukwekkend verhaal. Ik ken deze signalen. Dit soort situaties gaan ook mij zeer aan het hart. Samen met de staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg werk ik eraan om deze in de toekomst te voorkomen. De staatssecretaris heeft recent met uw Kamer gesproken over de Werkagenda VN-verdrag Handicap. In die werkagenda zijn verschillende maatregelen opgenomen om de positie van mensen met een beperking te verbeteren, waaronder maatregelen voor toegankelijke en beschikbare hulpmiddelen, waar het hier over gaat. Om meer antwoord te geven op de vraag zelf: bij rolstoelen die vanuit de Wmo worden verstrekt in de thuissituatie is het aan de gemeenten — want u vroeg naar het toezicht — om contractuele afspraken te maken met de hulpmiddelenleveranciers over de service aan hulpmiddelen. Het is ook aan de gemeenten om de leveranciers daaraan te houden. De gemeenteraad is de toezichthouder. Die moet erop toezien dat het college op een passende manier invulling geeft aan de Wmo. Dat is mijn antwoord op de vraag van mevrouw De Korte.

Voorzitter. Mevrouw De Korte had nog een vraag, over de controle op de hulpmiddelenaanbieders en het klachtensysteem. Het antwoord daarop is: dat is de taak van de IGJ. De IGJ is toezichthouder op de naleving van de Europese regels — want daar hebben we het hier over — voor medische technologie, de MDR, de Medical Device Regulation, en de IVDR, de In Vitro Diagnostics Regulation. Die laatste gaat bijvoorbeeld over zwangerschapstesten. In de MDR en de IVDR is wettelijk vastgelegd dat distributeurs en fabrikanten een klachtenregister moeten bijhouden. Nogmaals, de IGJ is daarop de toezichthouder.

Voorzitter. Mevrouw De Korte stelde een vraag over de jaarlijkse apk voor elektrische rolstoelen. Voorzitter, ik begin het al een beetje te leren om een samenvatting te geven. Ik zie dat u ervan onder de indruk bent. De rolstoelen in de thuissituatie worden geleverd vanuit de Wmo en vallen daarmee onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. De Wmo is namelijk een gedecentraliseerde wet. Daarom hebben de gemeenten de beleidsruimte om hun ondersteuning zo te organiseren dat die het beste aansluit bij de behoefte van hun inwoners. Dat geldt ook voor de afspraken over reparatie en periodiek onderhoud. Daarnaast heb ik begrepen dat helaas ook deze arbeidsmarkt te maken heeft met krapte, wat een onbedoeld negatief effect zou kunnen hebben op de algemene wachttijden voor urgente reparaties. Het punt van mevrouw De Korte is dus juist. Ik kan als minister van VWS niet afdwingen dat er een jaarlijkse apk voor rolstoelen komt, want dat ligt decentraal, maar ik zeg naar aanleiding van de vraag van mevrouw De Korte wel toe dat ik dit signaal ga delen met de staatssecretaris. Die zit bij mij op de gang, dus ik hoef daar niet ver voor te lopen. Zij kan dit dan meenemen in de gesprekken die zij voert met de VNG. Voorzitter, dat was mijn antwoord op de laatste vraag.

**De voorzitter:**

Dat roept een vraag op bij mevrouw De Korte.

**Mevrouw De Korte (NSC):**

Dat maakt het voor mensen met een handicap natuurlijk wel ingewikkeld. Enerzijds houdt de IGJ klachtensystemen bij en anderzijds wordt er aangeklopt bij de gemeente, die uiteindelijk niks doet. De IGJ doet ook niks en ondertussen zit zo iemand als Bas heel erg vervelend in een rolstoel. Hij moest zelfs een paar maanden op bed liggen, omdat hij er helemaal niet goed in kon zitten. Mensen worden echt van het kastje naar de muur gestuurd. Dat heeft misschien te maken met de decentralisatie, maar bij dit

soort complexe rolstoelen zou er eigenlijk landelijk aangestuurd moeten worden. De gemeenten zijn er ook niet zo mee bekend. Mijn vraag is dus toch of hier wat actiever vanuit het ministerie naar gekeken kan worden.

**De voorzitter:**

Volgens mij heeft de minister dat wel gezegd.

**Minister Bruijn:**

Dat is lastig, want we hebben de Wmo natuurlijk heel bewust gedecentraliseerd. We hebben het bij de gemeenten zelf gelegd, zodat het maatwerk dicht bij de burger geleverd kan worden. Dat is de ene kant. Aan de andere kant erken ik natuurlijk dit punt. Ik neem dit ter harte. Naar aanleiding van het verhaal van Bas ga ik de staatssecretaris vragen of zij dit punt wil meenemen in haar gesprekken met de VNG, zodat dit ook echt aandacht krijgt. Dat doe ik naar aanleiding van het verhaal van Bas en van het signaal van mevrouw De Korte.

**De voorzitter:**

Helder. Ik kijk nog even naar de anderen. We gaan richting de tweede termijn. Ik dank de minister voor de uitvoerige beantwoording en voor het samenvatten van de vragen. Dat waardeert de voorzitter zeer. We komen nu bij de tweede termijn van de Kamer. Ik begin bij de heer Claassen. Ik zit even naar de minuten te kijken. U heeft 1 minuut en 20 seconden.

**De heer Claassen (PVV):**

Dat zou moeten lukken.

Ik heb nog één dingetje. Ik heb nog een heleboel vragen, want dit is sowieso een neverending story. Dat is ook goed. Ik vraag bij dezen een tweeminutendebat aan, want ik merk dat we met moties het vliegwiel aan de gang houden om de geneesmiddelenbeschikbaarheid steeds beter te maken en om daar met elkaar over te praten.

Eén ding puzzelt me nog. Ik heb hem al een tijdje niet meer gezien, maar ik ben fan van Jos Burgers. Google hem maar. Hij heeft hele leuke filmpjes. Hij heeft het over klanten krijgen en klantenbinding. Een van zijn voorstellen en van de dingen die hij vertelt, is om de klant nooit korting te geven maar de eerlijke prijs. Geef vanaf het begin een duidelijke prijs. Het volgende puzzelt mij. Als ik het goed beluisterd heb, dan krijg je korting als men een hoge prijs vraagt. Je weet dan waar je uitkomt. Je vraagt als farmaceut dus een hogere prijs. Het mooie daarvan is dat het geld van die korting waarschijnlijk in bijna alle gevallen gebruikt wordt voor premiedemping. Dan zou je bijna zeggen: vraag de hoogst mogelijke prijs, want dat is des te beter voor de premie. Dat zou een logisch gevolg zijn. Dus mijn voorstel zou zijn om te zeggen: "Farmaceuten, houd op met die flauwekul. Stel een eerlijke prijs vast. Dan gaan de onderhandelingen ook duidelijker en sneller. Houd op met alle marges die eromheen zitten." Ik ben benieuwd wat de minister zo meteen van mijn voorstel vindt.

**De voorzitter:**

Dat horen we straks in de tweede termijn van de minister. De heer Bevers.

**De heer Bevers (VVD):**

Dank, voorzitter. Ik moet nog even nadenken over de rekensom die collega Claassen maakte.

De heer **Claassen** (PVV):  
Niet doen!

De heer **Beyers** (VVD):  
Maar dat horen we vanzelf.

Dank aan de minister voor de heldere en uitgebreide beantwoording. De vragen die ik heb gesteld, zijn wat mij betreft duidelijk beantwoord. Collega Claassen heeft een tweeminutendebat aangevraagd. Ik zie niet zozeer reden om moties in te dienen, maar ik heb zomaar het idee dat dit nog enige tijd duurt, dus ik kan daar nog over nadenken.

Tot zover mijn opmerkingen.

De **voorzitter**:  
De heer Bushoff.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):  
Dank u wel, voorzitter. Ook dank aan de minister en zijn ondersteuning voor de beantwoording van de vragen.

Ik heb een aantal problemen aangekaart over de betaalbaarheid van geneesmiddelen voor het individu. Ik heb enkele zorgen geuit en vragen gesteld over de voorgenomen bezuinigingen op zelfzorgmiddelen. Het is fijn dat de minister heeft toegezegd dat hij de Kamer daarover zo snel mogelijk meer inzicht zal verschaffen. Dat is een fijne toezegging.

Ik heb ook gehoord dat de minister zich verantwoordelijk voelt voor de geneesmiddelentekorten en dat hij daarin een sturende en coördinerende rol op zich wil pakken om te kijken of we in overleg met de partners tot één meldpunt kunnen komen. Ik denk dat het goed is dat de minister daar voortvarend mee aan de slag gaat. We wachten de terugkoppeling daarvan af.

Tot slot. Het ging over de farmaceutische industrie. Er worden fantastische geneesmiddelen uitgevonden door de farmaceutische industrie, maar er zijn ook hele grote problemen binnen deze industrie. Die hebben we gelukkig benoemd en die moeten we blijven benoemen, in de hoop dat er ook vanuit de farmaceutische industrie ooit een keer een beweging wordt gemaakt naar het publieke belang en het patiëntenbelang.

De **voorzitter**:  
Dank u wel. Tot slot mevrouw De Korte.

Mevrouw **De Korte** (NSC):  
Dank u wel, voorzitter. Ook dank aan de minister voor de uitgebreide beantwoording.

Het zou erg mooi zijn als de heruitgifte van medicijnen veel uitgebreider kan plaatsvinden. Er zijn in Nederland al een paar pilots. De minister zei: er komen niet meer

pilots. Wat ons betreft komen die er wel. Ik hoop dat hij daar aandacht aan wil besteden, want dat helpt. Het is duurzaam en het leidt tot bezuinigingen.

Het is fijn dat de minister er in Europa voor pleit dat eerstelijnsapothekers aan magistrale bereiding mogen blijven doen, want ook zij hebben soms allerlei verschillende doseringen van medicijnen. Het zou fijn zijn als ze dat kunnen blijven doen.

Ik denk dat de heruitgifte van incontinentiemateriaal behoorlijk onbekend is. We hopen dat meer bekend wordt dat dit opnieuw uitgegeven kan worden. Er is een soort mismatch tussen wat mag en wat mensen weten.

Ook dank aan de minister dat hij aandacht wil besteden aan het onderhoud van rolstoelen, zoals Bas heeft ervaren.

**De voorzitter:**

Ik dank ook mevrouw De Korte. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de tweede termijn aan de zijde van de Kamer. We schorsen voor tien minuten en dan gaan we luisteren naar de tweede termijn van de minister. Ik schors kort, tot 16.22 uur.

De vergadering wordt van 16.13 uur tot 16.24 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Ik heropen de vergadering. De minister.

**Minister Bruijn:**

Dank u wel, voorzitter. Om te beginnen dank ik de leden voor het plezierige en voor mij ook leerzame debat.

De heer Claassen stelde een vraag over de heer Burgers. Hij had het over nooit een korting geven, een eerlijke prijs en premiedemping. "Kunnen we ... ?" O nee, ik mocht niet de hele vraag voorlezen. Het systeem is heel ingewikkeld, maar laat ik eerst zeggen: we onderhandelen natuurlijk niet zomaar in het duister. Op grond van de qaly en de kosteneffectiviteit is er wel degelijk een hard en objectief prijsniveau bij een bepaald effect van een geneesmiddel. Dan heb je het over de qaly. Als een geneesmiddel één jaar toevoegt in goede gezondheid, dan hoort daar een bepaalde prijs bij. Die wordt afhankelijk van de ziektelast. Dat zijn concrete prijzen: €20.000, €40.000 en €80.000. Je onderhandelt dus niet in den blinde. Als een fabrikant minder vraagt dan die prijs, dan onderhandel je niet. Dat is het eerste deel van het antwoord aan de heer Claassen. We onderhandelen niet zo veel mogelijk omlaag.

We hebben met elkaar afgesproken — dat is zelfs wettelijk vastgelegd — dat dit de prijs is die we bereid zijn om vanuit de collectieve lasten te betalen voor dat medische effect. De realiteit is dat firma's niet bereid zijn tot een openbare prijsverlaging, maar alleen tot een vertrouwelijke korting. Dat is bijna wereldwijd het geval. Daar heeft de heer Claassen helemaal gelijk in. Je weet dus in feite niet wat er gebeurt. Het is wel zo dat het ziekenhuis de lijstprijs, de hoge prijs, betaalt en die vervolgens bij de zorgverzekeraar declareert. Vervolgens krijgt de zorgverzekeraar het verschil terug. Het is dus een beetje vestzak-broekzak of je hoog of laag begint. De premiedemping wordt daardoor niet groter of kleiner. Dat leek een beetje besloten te zitten in de vraag van de heer Claassen, maar dat is dus niet zo. Maar goed, zolang het systeem van die korting

vertrouwelijk is, kunnen we niet meer doen dan dit. Maar het is dus niet zo dat we in het luchtledige onderhandelen. Dat is het mooie van het Nederlandse systeem: we hebben wel degelijk een hele duidelijke richtprijs afgesproken die we bereid zijn om te betalen voor een toegevoegd jaar in goede levenskwaliteit.

Ik dank de heer Bevers voor de prettige discussie. Dat geldt ook voor de heer Bushoff. Ik heb inderdaad de sturende rol op mijn schouders geladen of op die van mijn opvolger, meneer Bushoff.

Mevrouw De Korte had het over de heruitgifte van geneesmiddelen. Pilots zijn er om aan te tonen of iets werkt en of iets veilig is. De pilots hebben dit al aangetoond voor heruitgifte. We wachten nu op de EU-wetgeving, de farmawetgeving, waarmee dit mogelijk wordt. We zitten nu in de trilogie. We zijn het stadium van de pilots dus al voorbij. Die studies zijn gedaan en hebben dit aangetoond. Maar we nemen uw vraag mee over de voorraden en het weggooien daarvan bij wisselend preferentiebeleid. Dat doen we overigens al in de evaluatie naar de kosten en baten van het preferentiebeleid, conform de motie-Jansen/Tielen.

Dat was het, voorzitter. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Ik dank u zeer. Het gaat steeds vlotter. Dat vind ik heel fijn, ook als voorzitter. Dank.

We zijn aan het einde gekomen van de tweede termijn aan de zijde van het kabinet. Ik ga proberen om de toezeggingen met elkaar door te nemen die wij hebben bijgehouden, samen met mijn onmisbare ondersteuning. Ik vraag de Kamerleden en de minister om even mee te luisteren om te zien of het klopt wat wij hebben genoteerd.

Voordat ik naar de toezeggingen ga, stel ik nog even vast dat de heer Claassen een tweeminutendebat heeft aangevraagd. Dat geleiden we door. Dat gaat sowieso plaatsvinden met de nieuwe Kamer, want morgen is de laatste vergaderdag en de agenda zit vol. Een nieuwe Kamer betekent nieuwe kansen op dit onderwerp. Zie het positief.

Ik kom bij de toezeggingen.

- Punt één. De Kamer ontvangt later dit jaar een integrale appreciatie van de ZIN-evaluatie over de procedure voor de voorwaardelijke toelating van medicijnen.
- Twee. In het voorjaar van 2026 wordt de Kamer geïnformeerd over de contouren van een nieuw systeem omtrent de toelating van medicijnen, inclusief het verzoek van de heer Claassen met betrekking tot de casestudie, om het maar even zo te noemen.

Minister **Bruijn**:

Dat gaat over de voortgang.

De **voorzitter**:

Zeker, met de aanvulling van de heer Claassen.

- Punt drie. De Kamer wordt begin 2026 geïnformeerd over de evergreening van medicijnen en de ontvoering ... Excuus, dat zou wat zijn! Over de uitvoering van de motie-Thiadens.
- De Kamer wordt nader bericht over het advies van de ACM, de NZa en het Zorginstituut over drug reperposing.

Minister **Bruijn**:  
"Repurposing".

De **voorzitter**:  
"Repurposing".

Minister **Bruijn**:  
Dit ging over maatschappelijk aanvaardbare uitgaven, denk ik. Ik zie steeds meer mensen knikken.

De **voorzitter**:  
Als het net iets anders moet zijn, dan wil ik het nu horen, want dan hebben we het gelijk goed. Het ging dus over "repurposing".

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):  
Een van de dingen die ik vroeg, was om naar een maatschappelijk aanvaardbare prijs te kijken. Ik dacht: misschien komt dat nog. Het had ook bij een van die andere punten gekund, maar misschien kan het onderdeel worden van de toezegging over het voorjaar.

De **voorzitter**:  
Ik stel voor dat ik ze eerst allemaal even langsloop, meneer Bushoff. Misschien komt het nog aan de orde.

- Ik kom bij punt vijf. De Kamer wordt zo snel mogelijk geïnformeerd over de uitkomsten van het gesprek tussen het Zorginstituut en de fabrikanten van het geneesmiddel Voxzogo.
- Punt zes. In de voortgangsbrief die de Kamer in het voorjaar van 2026 ontvangt, wordt de Kamer onder meer geïnformeerd over de voortgang van de datauitwisseling rondom medicijnentekorten/de beschikbaarheid van geneesmiddelen.
- Tot slot hebben wij punt zeven genoteerd. De Kamer wordt bij de voorjaarsbesluitvorming, zo mogelijk eerder, nader bericht over de voorgenomen bezuinigingen op de zelfzorggeneesmiddelen.

Deze zeven hebben wij genoteerd. Als er nog iets ...

Minister **Bruijn**:  
Wat betreft nummer vier: dat gaat over de maatschappelijk aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen. Dat is iets anders dan drug reperposing, maar het was wel naar aanleiding van drug reperposing.

De **voorzitter**:

Naar aanleiding ervan. Check. Dan hebben we die aangepast.

Minister **Bruijn**:  
Klopt dat?

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):  
Volgens mij wel. Dit kan meegenomen worden in de andere toezegging. Het ging inderdaad over het cost-plus-plusmodel et cetera.

Minister **Bruijn**:  
Ja, dat is oké. Voorzitter, zou nummer twee nog een keer herhaald kunnen worden? Dat geeft in mijn kamp enige beroering.

De **voorzitter**:  
Dat is geen probleem. Punt twee hebben wij als volgt genoteerd:

- In het voorjaar van 2026 wordt de Kamer geïnformeerd over de contouren van een nieuw systeem omtrent de toelating van medicijnen, inclusief het verzoek van de heer Claassen met betrekking tot het inzichtelijk maken door middel van een casestudie.

Als ik het niet goed heb samengevat, moet de heer Claassen mij even aanvullen.

De heer **Claassen** (PVV):  
Ik was hier inderdaad ook even naar op zoek. De voorzitter combineert er twee. Dat kan wat mij betreft. Ik had gevraagd naar de uitvoering van de motie over het versnellen van de sluisgeneesmiddelen.

Minister **Bruijn**:  
De werkwijze van de voorwaardelijke toelating zou daarin meegenomen kunnen worden.

De heer **Claassen** (PVV):  
Ja, en de werkwijze aan de hand van een case en de uitleg daarvan. Het gaat om die combinatie. Ik had twee toezeggingen, maar dat is er nu één.

De **voorzitter**:  
De voorwaardelijke toelating was punt één. Die luidde als volgt:

- De Kamer ontvangt later dit jaar een integrale appreciatie van de ZIN-evaluatie over de procedure voor de voorwaardelijke toelating van medicijnen.

Als daar een dubbeling in zit, dan ...

Minister **Bruijn**:  
Punt twee gaat over hoe de procedure eruitziet. Eén is de evaluatie en twee is: hoe ziet de procedure eruit?

De **voorzitter**:

Ja. Akkoord?

Minister **Bruijn**:

Akkoord. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dat is altijd heel belangrijk, want dan begrijpen we elkaar en gaat het niet mis. De heer Claassen heeft nog iets wat we wellicht niet hebben opgeschreven.

De heer **Claassen** (PVV):

Ja, dat vraag ik me af. Ik heb hier onderstreept: "uniforme afspraken over de vergoedingstermijnen als een medicijn overgaat van preferent naar ..." Er komt een ander preferent medicijn en dan is er sprake van een overgang in de vergoedingstermijn. Daar was een toezegging over.

De **voorzitter**:

De minister heeft gezegd: dat neem ik mee.

Minister **Bruijn**:

In het AZWA.

De **voorzitter**:

Maar dat heb ik niet als toezegging opgeschreven.

Minister **Bruijn**:

Uw vraag was: waar neemt u het mee? Het antwoord is: aan de AZWA-tafel. Ik kan toezeggen dat ik het daar meeneem. Maar ik kan er ook in de voortgangsbrief op terugkomen.

De heer **Claassen** (PVV):

Precies.

De **voorzitter**:

Welke voortgangsbrief? Want ik heb een paar voortgangsbrieven genoemd. U bedoelt gewoon dé voortgangsbrief, toch? Over de beschikbaarheid. Dan voegen we dat laatste punt toe: in de voortgangsbrief over de beschikbaarheid. Is dat akkoord zo? Dan zijn we weer rond. Helemaal goed. Dank u wel.

Dan wil ik nogmaals iedereen hier en iedereen die dit op afstand heeft gevolgd, bedanken. Ik dank alle Kamerleden, de minister en iedereen die het ons mogelijk heeft gemaakt om dit debat te kunnen voeren. Dit is tevens de laatste commissievergadering van deze commissie, want morgen zijn er geen commissievergaderingen meer van de commissie voor VWS. Ik zeg tegen iedereen die dit debat heeft gevolgd: u ziet straks na de verkiezingen een nieuwe commissie voor VWS. Dan gaan we weer door waar we zijn gebleven. Ik dank u allen zeer. Ik sluit de vergadering.

Sluiting 16.35 uur.

