

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 964

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK
OVERLEG**

Vastgesteld 13 februari 2026

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 30 oktober 2025 inzake het beleidsadvies ten aanzien van maatschappelijk aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen (MAUG) (Kamerstuk 29 477, nr. 953).

De vragen en opmerkingen zijn op 19 januari 2026 aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 13 februari 2026 zijn de vragen beantwoord.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

**Vragen en opmerkingen van de leden van de
D66-fractie**

**Vragen en opmerkingen van de leden van de
PVV-fractie**

**Vragen en opmerkingen van de leden van de
VVD-fractie**

**Vragen en opmerkingen van de leden van de
GroenLinks-PvdA-fractie**

**Vragen en opmerkingen van de leden van de
CDA-fractie**

Vragen en opmerkingen van de leden van de FVD-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

II. Reactie van de minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van het beleidsadvies van het Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Autoriteit Consument en Markt (ACM) over maatschappelijk aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen, evenals de brief van de minister hierover.

Deze leden benadrukken dat het hier gaat om een uiterst gevoelig en maatschappelijk relevant onderwerp. Medicijnen kunnen voor patiënten het verschil maken tussen ziekte en gezondheid, tussen buitenspel staan en meedoen. Voor de leden van de D66-fractie staat voorop dat iedereen toegang moet hebben tot geneesmiddelen die aantoonbaar van waarde zijn. Tegelijkertijd is het noodzakelijk om zorgvuldig om te gaan met het collectieve zorgbudget, zodat ook andere vormen van zorg toegankelijk en betaalbaar blijven. Dat vraagt om een sterke onderhandelingspositie van de overheid ten opzichte van medicijnfabrikanten, goede samenwerking tussen betrokken partijen, en om een beleid dat gezondheidswinst door innovatie beloont zonder dat dit leidt tot maatschappelijk onaanvaardbare prijzen.

De leden van de D66-fractie zien in het adviesrapport “Naar maatschappelijk aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen” (MAUG-advies) een belangrijke stap richting een scherper en transparanter kader voor wat we als samenleving bereid zijn te betalen voor dure geneesmiddelen. Zij volgen met belangstelling hoe het

Zorginstituut, de NZa en het ministerie dit advies verder uitwerken in concrete vervolgstappen en beleidskeuzes. In het bijzonder hechten deze leden waarde aan het deel van het advies waarin wordt ingezet op het versterken van concurrentie tussen medicijnfabrikanten. Het advies benadrukt dat concurrentie een cruciale randvoorwaarde is voor lagere prijzen, maar dat die concurrentie in de praktijk vaak onvoldoende of te laat op gang komt. Daarbij worden onder meer voorstellen gedaan om onderling uitwisselbare medicijnen op dezelfde wijze te vergoeden en om prijsonderhandelingen beter te coördineren tussen het ministerie, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Deze leden wijzen er daarnaast op dat concurrentie en samenwerking elkaar kunnen versterken, met name door betere afstemming en gezamenlijke inzet, ook op Europees niveau. Juist in een internationale en geopolitiek veranderende context kan samenwerking bijdragen aan een sterkere onderhandelingspositie en betere toegang tot geneesmiddelen voor patiënten.

De leden van de D66-fractie vragen de minister hoe hij concreet opvolging geeft aan deze aanbevelingen. Welke maatregelen is de minister voornemens te nemen om zowel concurrentie te versterken als samenwerking te bevorderen, en op welke termijn? Hoe verhouden deze maatregelen zich tot lopende trajecten op nationaal en Europees niveau, mede in het licht van de huidige geopolitieke ontwikkelingen en afhankelijkheden in de geneesmiddelenketen? Daarnaast vragen deze leden de minister om in zijn verdere uitwerking expliciet inzicht te geven in de verwachte impact van deze maatregelen op patiënten, de prijzen van geneesmiddelen, en de houdbaarheid van de zorguitgaven.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben het zogenaamde MAUG-advies gelezen en hebben daar nog enkele vragen over.

Ten eerste willen voornoemde leden graag een antwoord op de vragen die specifiek over de MAUG-adviezen gaan. Op welke wijze draagt het MAUG-advies volgens de minister bij aan het versnellen van de toegang van patiënten tot innovatieve geneesmiddelen? Kan de minister dit toelichten? Daarnaast vragen genoemde leden aan de minister wat zijn visie is op het toepassen van het consumenten- en

fabrikantensurplus uit het MAUG-rapport. En wie zou volgens de minister de hoogte van deze kaders moeten bepalen?

De uitkomst van het burgerforum, onderdeel van de MAUG-verkenning, is inmiddels meermaals vertaald als draagvlak voor beslissingen om diverse geneesmiddelen niet toe te laten tot het verzekerde pakket. Kan de minister zijn zienswijze geven op de conclusie dat dit beleidsadvies al staand beleid lijkt zonder dat de Kamer zich daar actief over heeft kunnen uitspreken?

In hoeverre is het perspectief van patiënten en farmaceuten meegenomen in de totstandkoming van het MAUG-advies en in hoeverre kunnen de NZa en het Zorginstituut Nederland ook voor andere zorg dan geneesmiddelen concluderen in welke mate er sprake is van verdringing? Verwacht de minister dat sterkere prijsdruk als gevolg van de MAUG-voorstellen gevolgen heeft voor de toegang van Nederlandse patiënten tot nieuwe behandelingen?

Genoemde leden zijn benieuwd of de minister bekend is met de term “most favoured nations” (MFN) en de mogelijke gevolgen van dit beleid voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen voor de Nederlandse patiënt? Welke acties onderneemt de minister momenteel om te voorkomen dat Nederland door internationale prijsdruk achteropraakt bij de introductie van nieuwe geneesmiddelen? Hoe kijkt de minister naar de huidige situatie dat Nederland als welvarend land een relatief laag percentage van het bbp uitgeeft aan innovatieve geneesmiddelen en zodoende relatief weinig bijdraagt aan de wereldwijde innovatie van geneesmiddelen?

In relatie tot bovenstaande willen voornoemde leden weten of Nederland kwetsbaar is voor specifieke Amerikaanse maatregelen gericht op het verhogen van de Nederlandse uitgaven aan geneesmiddelen en wat de gevolgen van de Amerikaanse opstelling en beleid zijn voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen voor Nederlandse patiënten? Heeft de minister concrete acties ondernomen? Zo ja, welke en zo nee, is de minister voornemens dit te doen? Is de minister met zijn EU-collega's in gesprek over de gevolgen van het Amerikaanse geneesmiddelenprijsbeleid? Zo ja, kan de minister met de Kamer delen wat zijn inzet is in deze gesprekken? Kan de minister met de Kamer delen wat

andere EU-lidstaten doen in reactie op het MFN-beleid van de Verenigde Staten (VS)?

Tot slot met betrekking tot dit onderwerp willen genoemde leden weten of er een impactanalyse is uitgevoerd naar de effecten van de voorgestelde prijsmaatregelen van de VS op het Nederlandse innovatie-ecosysteem en klinisch onderzoek, en zo nee, is de minister bereid deze alsnog uit te voeren?

Tijdens eerdere debatten waar gesproken werd over geneesmiddelenbeleid is er ook gesproken over het vermaledijde “evergreening” en heeft de PVV-fractie daar ook een motie over ingediend. Daarom tot slot de volgende twee vragen. De term “evergreening” komt in het MAUG-rapport vaak naar voren. Vorig jaar heeft het Zorginstituut acht signalen over mogelijke evergreening met de ACM gedeeld. Zo ja, kan de minister met de Kamer delen om welke acht signalen het hier gaat? Wanneer kan de Kamer een reactie verwachten op de vorig jaar aangenomen motie Thiadens over evergreening (Kamerstuk 36 725-XVI, nr. 33)?

Genoemde leden vragen de minister de beantwoording op dit schriftelijk overleg, voor de behandeling van de begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2026 naar de Kamer te doen toekomen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het Beleidsadvies ten aanzien van maatschappelijk aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen. Deze leden willen investeren in onze veiligheid en welvaart, maar minder uitgeven in plaats van belasting verhogen. Dat betekent dat de gehele overheid haar huishoudboekje op orde moet houden. Om dit te realiseren moeten onder andere behandelingen in de gezondheidszorg meer worden beoordeeld op de toegevoegde waarde van behandeling ten opzichte van de bestaande alternatieven en maatschappelijke kosten. De leden van de VVD-fractie zijn daarom verheugd dat de minister stappen wil zetten om te komen tot maatschappelijk aanvaardbare prijzen voor geneesmiddelen.

De leden van de VVD-fractie vinden kostenbeheersing van zorgkosten niet alleen wenselijk, maar ook noodzakelijk.

Genoemde leden willen tegelijkertijd dat Nederland een aantrekkelijk vestigingsklimaat heeft voor ondernemers en bedrijven die actief zijn in de zorg- en biofarmaceutische sector, dit is immers nodig voor innovatie en economische groei. De leden van de VVD-fractie vragen of de minister voldoende rekening houdt met de wankelende stand van het Nederlandse vestigingsklimaat met het voorgestelde geneesmiddelenbeleid. Kan de minister reflecteren op de bredere, potentiële economische gevolgen van het in het algemeen verouderde “sluis-beleid” en het in het specifiek openbare maximumtarief in Nederland?

De leden van de VVD-fractie begrijpen dat inkoopprocessen van medicijnen vaak niet optimaal verlopen. Deze leden signaleren dat de “sluisprocedure” voor aanvragende partijen vaak onduidelijk en niet-transparant is, waardoor deze procedure ook voor hen moeilijk hanteerbaar is. Kan de minister aangeven of hij deze zienswijze deelt? Zo ja, hoe kan hij de sluisprocedure meer transparant maken? De leden van de VVD-fractie steunen de doelstelling van de minister van Economische Zaken om de biofarmaceutische sector tot bloei te laten komen. Zij zien hiervoor kansen in meer transparantie van “sluisprocessen”. Graag een reflectie van de minister.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de mogelijkheid onderzocht wordt van een “new competition tool”. Dit lijkt deze leden een goede manier om de markt wendbaarder te maken. Kan de minister aangeven hoe hij hiertegen aankijkt?

De leden van de VVD-fractie lezen dat het Zorginstituut in de loop van 2026 het doorontwikkelde beoordelingskader voor opname van medicijnen in het basispakket zal publiceren. Deze leden zijn blij met deze voortvarendheid. Kan de minister aangeven of dit traject op schema loopt?

De leden van de VVD-fractie lezen dat de NZa verkent of het mogelijk is om de maximumtarieven voor dure intramurale medicijnen beter aan te laten sluiten bij de maximaal maatschappelijk aanvaardbare tarieven. Kan de minister aangeven op welke termijn hij mogelijk acht dat deze tarieven daardoor beter aansluiten bij de maximaal maatschappelijk aanvaardbare tarieven, met inachtneming van de bekostigingscyclus van de zorgautoriteit? In welke mate verwacht hij dat deze maatregel zal bijdragen aan aanvaardbare geneesmiddelenuitgaven?

De leden van de VVD-fractie lezen dat professionals aangeven dat voor de prijsbepaling gekeken moet worden naar de werkelijke kosten voor de fabrikant, vermeerderd met een redelijke winstmarge. Hoewel deze leden het eens zijn met dit uitgangspunt, begrijpen zij ook dat de praktijk op dit punt weerbarstig is. Kan de minister aangeven op welke manier hij, in samenwerking met de farmaceutische industrie, kan komen tot een systematiek waarbinnen de kostprijsontwikkeling duidelijk is? Zo kan immers de ontwikkeling van maatschappelijk aanvaardbare geneesmiddelenuitgaven gepaard gaan met breder draagvlak voor de belangrijke werkzaamheden van innovatieve farmaceuten.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de MAUG-partijen hebben geadviseerd om bij de Europese Commissie te pleiten dat adviezen uit de “Joint Scientific Consultations” openbaar gemaakt worden. Is de minister van plan om dit advies op te volgen? Zo nee, is de minister van plan om op andere manieren binnen de Europese Unie de samenwerking aan te halen op het gebied van toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen?

De leden van de VVD-fractie lezen dat één van de problemen met de onderlinge uitwisselbaarheid van geneesmiddelen is, dat zij onderdeel uitmaken van twee verschillende aanspraken: farmaceutische zorg en geneeskundige zorg. Is het mogelijk om deze aanspraken samen te voegen, of kleven hier andere bezwaren aan? Graag een reflectie van de minister.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met veel interesse kennisgenomen van het voorliggende beleidsadvies ten aanzien van maatschappelijke aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen (MAUG). Zij achten het van groot belang dat de aandacht voor de stijgende uitgaven van medicijnen, (zeer) hoge vraagprijzen en het ontbreken van transparantie bij farmaceuten en inzicht in de kosten van fabrikanten niet verslapt en het gesprek hierover gevoerd blijft worden. Tegelijk hebben de leden oog voor het enorme belang, vaak zelfs levensbelang, van (nieuwe) medicijnen en innovaties voor patiënten. De vaak zeer schrijnende verhalen van patiënten die bepaalde medicijnen niet kunnen krijgen

omdat ze bijvoorbeeld nog in de sluisprocedure zitten, gaan deze leden aan het hart. Er moet wat genoemde leden betreft dan ook evenwicht zijn tussen het kritisch volgen van de stijgende uitgaven aan geneesmiddelen enerzijds en het bevorderen van de toegang tot nieuwe geneesmiddelen anderzijds. Juist door betere wet- en regelgeving, het afdwingen van transparantie en het tegengaan van ongewenste praktijken die de prijzen opdrijven, kan hier wat de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie een betere balans in worden gevonden. Deze leden hebben hier nog een aantal vragen en opmerkingen over.

Allereerst zijn de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie het Zorginstituut, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Autoriteit Consument en Markt (ACM) erkentelijk voor het adviesrapport “Naar maatschappelijk aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen”, dat er op initiatief van de motie Kuiken¹ is gekomen. Zij vinden het een goede zaak dat de minister van VWS naar aanleiding van het rapport een gezamenlijke werkgagenda heeft opgesteld. Genoemde leden lezen dat het Zorginstituut nu eerst het beoordelingskader verder gaat ontwikkelen op basis van in het advies uitgewerkte uitgangspunten, dat moet leiden tot concretere kortingsadviezen in een vergoedingsadvies aan de minister. Op welke termijn wordt dit beoordelingskader verwacht? En op welke termijn verwacht de minister dit te kunnen toepassen in onderhandelingen over vergoedingen?

Daarnaast hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie enkele vragen over de uitgangspunten die het Zorginstituut gaat kwantificeren. Het eerste uitgangspunt is om gezondheidswinst centraal te stellen. Hoe meer gezondheidswinst een medicijn oplevert, hoe meer we als samenleving bereid zijn voor het medicijn te betalen. Hoe wordt bepaald wanneer de gezondheidswinst groot genoeg is en welke indicatoren worden daarvoor gebruikt, met name bij nieuwe medicijnen waar misschien minder data over beschikbaar is? Welke mogelijke gevolgen heeft dit voor patiënten met zeldzame aandoeningen? Juist bij deze groep kan sprake zijn van hoge prijzen door een kleine afzetmarkt en mogelijk beperkt bewijs. Hoe wordt geborgd dat geneesmiddelen met een beperkte bewijslast en een kleine groep patiënten, toegankelijk blijven voor patiënten met ernstige aandoeningen en hoge onvervulde behandelbehoeften?

¹ Kamerstuk 29 477, nr. 722

Het vijfde uitgangspunt stelt dat de maatschappelijke aanvaardbare prijs dynamisch is, waarbij de maatschappelijk aanvaardbare prijs van het medicijn zou moeten dalen wanneer het aannemelijk is dat de investeringen zijn terugverdiend. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie gaan ervan uit dat dit betekent dat er transparantie zou moeten zijn over de investeringen van farmaceuten en de bijbehorende Research & Development-kosten (R&D). Zodat duidelijk is hoeveel en wanneer prijzen logischerwijs zouden moeten dalen. De betreffende leden missen nadere uitwerking hiervan in de beleidsreactie en ontvangen hier graag een verdere toelichting op. Hoe verwacht de minister dit te kunnen handhaven en bewerkstelligen, gezien de beperkte transparantie vanuit de sector op dit gebied en de inzet van praktijken als evergreening? Hoe kan worden voorkomen dat, ook met de nieuwe uitgangspunten en de vergoedingsadviezen, farmaceuten de “loopholes” opzoeken of met nieuwe methodes komen om dit te omzeilen? Hoe zet de minister zich in op Europees niveau om meer transparantie over medicijnprijzen te bewerkstelligen, zodat hier ook internationaal in kan worden samengewerkt en een vuist kan worden gemaakt tegen de farmaceutische industrie? Kan de minister reageren op het advies in het onderzoeksrapport om op Europees niveau af te dwingen op welke manier fabrikanten onderzoek moeten opzetten, zodat verschillende medicijnen beter met elkaar te vergelijken zijn? En hoe kan Nederland samen met andere Europese landen optrekken om te reageren op het huidige beleid van de Verenigde Staten, waarbij bedrijven tot lagere prijzen worden gedwongen waardoor de prijzen in Nederland en Europa weer stijgen?

Hoe kijkt de minister daarnaast naar het cost-plus model voor de vergoeding van medicijnen, waarbij bovenop alle gemaakte kosten van de fabrikant een vast percentage of bedrag als winstmarge wordt opgeteld? Kan deze methode mee worden genomen of nader uitgewerkt binnen één van de uitgangspunten? Het is wat de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie namelijk van groot belang om kritisch te blijven op de maatschappelijke aanvaardbare prijs die wordt betaald voor een medicijn als de winsten alsnog astronomisch hoog zijn. Als de prijs maatschappelijk aanvaardbaar is wil dat namelijk niet per definitie zeggen dat de prijs niet te hoog is. Denk bijvoorbeeld aan de recordomzet en enorme winsten die fabrikanten als AstraZeneca in 2025 behaalden. Vindt de minister dit maatschappelijk aanvaardbaar in het licht van de

grote opgaven en daaraan gekoppelde uitgaven waar we als samenleving voor staan?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie begrijpen daarnaast uit het beleidsadvies dat de minister verwacht door het kwantificeren van de genoemde uitgangspunten sneller tot een vergoedingsbesluit te kunnen komen. Met als gevolg dat de minister waarschijnlijk vaker nee moet gaan zeggen tegen een vraagprijs van een fabrikant omdat er geen sprake is van een maatschappelijk aanvaardbare prijs, waardoor patiënten geen toegang krijgen tot geneesmiddelen met mogelijke meerwaarde. Hoe verhoudt zich dit tot de sluisprocedure voor dure medicijnen? Verwacht de minister bijvoorbeeld dat hierdoor meer of juist minder medicijnen in de sluis terecht zullen komen, of dat bepaalde medicijnen niet meer voor de sluis in aanmerking komen?

In het beleidsadvies wordt tot slot het wetsvoorstel van het lid Bushoff genoemd dat als doel heeft dat de ACM ook fusies en overnames kan beoordelen die niet meldingsplichtig zijn bij de ACM als er gegronde redenen zijn om aan te nemen dat zich mededingingsproblemen kunnen voordoen. Ook onderzoekt de ACM de mogelijkheid van een “new competition tool”, waarbij de ACM na marktonderzoek aan specifieke ondernemingen voorschriften kan opleggen die de concurrentie bevorderen. Hoe verhouden deze beide voorstellen zich volgens de minister tot de gezamenlijke werkagenda MAUG en hoe kunnen deze voorstellen de werkagenda versterken? Kan de minister hier nader op ingaan?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het beleidsadvies over Maatschappelijk aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen (MAUG). Wat deze leden betreft is dit een goede basis voor de verdere discussie hierover. Deze leden zien uit naar de appreciatie van de adviezen die gericht zijn aan de minister van VWS.

De leden van de CDA-fractie hebben voor nu een vraag over de geopolitieke ontwikkelingen rondom de beschikbaarheid en betaalbaarheid van medicijnen, met name als het gaat om de ontwikkelingen in de Verenigde Staten. Deze leden willen

van de gelegenheid gebruik maken om de minister te vragen uitgebreider in te gaan op de stand van zaken hiervan, de gevolgen van de geopolitieke ontwikkelingen voor Europese producenten en patiënten, ons concurrentievermogen, de leveringsketens en de prijzen van geneesmiddelen in Europa en Nederland.

Vragen en opmerkingen van de leden van de FVD-fractie

De leden van de FVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief inzake het beleidsadvies Maatschappelijk aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen (MAUG) en hebben de volgende vragen.

Wat zet de minister op Europees niveau in om meer transparantie over medicijnprijzen te realiseren? Hoe borgt de minister dat (wees)geneesmiddelen met beperkte bewijslast tijdig toegankelijk zijn voor patiënten met ernstige aandoeningen en hoge onvervulde behandelbehoeften?

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de fractie BBB hebben kennisgenomen van het beleidsadvies ten aanzien van maatschappelijk aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen (MAUG). Deze leden hebben geen vragen aan de minister.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het beleidsadvies ten aanzien van maatschappelijk aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen (MAUG) en de reactie van het kabinet. Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

De leden van de SP-fractie vinden het goed dat er kritisch wordt gekeken naar de enorm hoge geneesmiddelenprijzen die commerciële farmaceutische bedrijven vaak vragen. Zij vinden echter dat de minister te weinig kijkt naar het vergroten van de transparantie van de opbouw van geneesmiddelenprijzen. Momenteel is vaak compleet onduidelijk of de productie- en ontwikkelkosten van een medicijn echt zo hoog zijn, of dat er vooral wordt geprobeerd om enorme winsten binnen te harken. Waarom neemt de minister niet veel meer stappen om dit te verbeteren op?

De leden van de SP-fractie benadrukken daarnaast dat de hoge geneesmiddelenprijzen ook grotendeels te maken hebben met de enorme afhankelijkheid van grote commerciële geneesmiddelenbedrijven voor het ontwikkelen van geneesmiddelen. Is de minister bereid om veel meer in te zetten op het publiek ontwikkelen van geneesmiddelen, zodat

er goedkopere alternatieven komen en de afhankelijkheid van commerciële ontwikkelaars wordt verminderd?

De leden van de SP-fractie zetten vraagtekens bij het voornemen van de minister om enkel in te zetten op een strakker beoordelingskader van nieuwe geneesmiddelen, zonder de fundamentele oorzaken van deze hoge prijzen aan te pakken. Dat heeft namelijk het risico dat patiënten minder toegang krijgen tot innovatieve medicijnen, terwijl er kansen blijven liggen om de exorbitante winstmarges van commerciële farmaceuten echt terug te brengen.

II. Reactie van de minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van het beleidsadvies van het Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Autoriteit Consument en Markt (ACM) over maatschappelijk aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen, evenals de brief van de minister hierover.

Deze leden benadrukken dat het hier gaat om een uiterst gevoelig en maatschappelijk relevant onderwerp. Medicijnen kunnen voor patiënten het verschil maken tussen ziekte en gezondheid, tussen buitenspel staan en meedoen. Voor de leden van de D66-fractie staat voorop dat iedereen toegang moet hebben tot geneesmiddelen die aantoonbaar van waarde zijn. Tegelijkertijd is het noodzakelijk om zorgvuldig om te gaan met het collectieve zorgbudget, zodat ook andere vormen van zorg toegankelijk en betaalbaar blijven. Dat vraagt om een sterke onderhandelingspositie van de overheid ten opzichte van medicijnfabrikanten, goede samenwerking tussen betrokken partijen, en om een beleid dat gezondheidswinst door innovatie beloont zonder dat dit leidt tot maatschappelijk onaanvaardbare prijzen.

De leden van de D66-fractie zien in het adviesrapport “Naar maatschappelijk aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen” (MAUG-advies) een belangrijke stap richting een scherper en transparanter kader voor wat we als samenleving bereid zijn te betalen voor dure geneesmiddelen. Zij volgen met belangstelling hoe het Zorginstituut, de NZa en het ministerie dit advies verder uitwerken in concrete vervolgstappen en beleidskeuzes. In het bijzonder hechten deze leden waarde aan het deel van het advies waarin wordt ingezet op het versterken van concurrentie tussen medicijnfabrikanten. Het advies benadrukt dat concurrentie een cruciale randvoorwaarde is voor lagere prijzen, maar dat die concurrentie in de praktijk vaak onvoldoende of te laat op gang komt. Daarbij worden onder meer voorstellen gedaan om onderling uitwisselbare medicijnen op dezelfde wijze te vergoeden en om prijsonderhandelingen beter te coördineren tussen het

ministerie, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Deze leden wijzen er daarnaast op dat concurrentie en samenwerking elkaar kunnen versterken, met name door betere afstemming en gezamenlijke inzet, ook op Europees niveau. Juist in een internationale en geopolitiek veranderende context kan samenwerking bijdragen aan een sterkere onderhandelingspositie en betere toegang tot geneesmiddelen voor patiënten.

De leden van de D66-fractie vragen de minister hoe hij concreet opvolging geeft aan deze aanbevelingen.

In de aanbiedingsbrief die ik eerder aan de Tweede Kamer stuurde gaf ik aan dat het adviesrapport grotendeels uit een werkagenda bestaat.² Daarin geven de drie zelfstandige bestuursorganen weer welke stappen ze zelf gaan zetten in vervolg op het advies en geeft men adviezen aan mij als minister voor beleidsaanpassingen. Naast de werkagenda werden diverse adviezen aan mij gericht. Dit betreft onder meer het onderwerp versterking concurrentie, evenals een aantal voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Autoriteit Consument en Markt (ACM) belangrijke onderwerpen. Mijn opvolger zal daar binnenkort middels een brief een nadere appreciatie op geven.

Welke maatregelen is de minister voornemens te nemen om zowel concurrentie te versterken als samenwerking te bevorderen, en op welke termijn?

In de aanbiedingsbrief heb ik aangegeven dat ik begin dit jaar kom met een nadere appreciatie van de aanbeveling ten aanzien van concurrentieversterking. Binnenkort zal mijn opvolger u daarover per brief informeren.

Hoe verhouden deze maatregelen zich tot lopende trajecten op nationaal en Europees niveau, mede in het licht van de huidige geopolitieke ontwikkelingen en afhankelijkheden in de geneesmiddelenketen?

Het rapport zie ik als een ondersteuning van mijn huidige inspanningen voor samenwerking in Europa. Nederland is zeer actief op diverse niveaus en streeft naar intensieve samenwerking met andere lidstaten en enkele niet-Europese landen: van het uitwisselen van informatie en kennis, tot actieve deelname aan internationale formele

² [Aanbiedingsbrief bij beleidsadvies over maatschappelijk aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen \(MAUG\) | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)

samenwerkingsverbanden zoals het Beneluxa initiatief. De Tweede Kamer heeft mij daartoe de afgelopen jaren ook bij herhaling om verzocht.

Daarnaast vragen deze leden de minister om in zijn verdere uitwerking expliciet inzicht te geven in de verwachte impact van deze maatregelen op patiënten, de prijzen van geneesmiddelen, en de houdbaarheid van de zorguitgaven.

Deze elementen kan mijn opvolger in haar appreciatie voor zover mogelijk verduidelijken.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben het zogenaamde MAUG-advies gelezen en hebben daar nog enkele vragen over. Ten eerste willen voornoemde leden graag een antwoord op de vragen die specifiek over de MAUG-adviezen gaan. Op welke wijze draagt het MAUG-advies volgens de minister bij aan het versnellen van de toegang van patiënten tot innovatieve geneesmiddelen? Kan de minister dit toelichten.

Het Zorginstituut zal de uitgangspunten uit het MAUG-advies het aankomende jaar uitwerken en waar mogelijk kwantificeren. De adviezen van het Zorginstituut zullen hierdoor concreter worden, waardoor ik sneller vergoedingsbesluiten hoop te nemen. Desondanks wil ik erkennen dat door strenger toe te zien op de prijzen van geneesmiddelen, de toegang tot sommige geneesmiddelen kan vertragen, of in het uiterste geval - zoals ook reeds opgemerkt in mijn aanbiedingsbrief van het beleidsadvies³ - dit er toe kan leiden dat patiënten vaker geen toegang krijgen tot een nieuw geneesmiddel, omdat er geen sprake is van een maatschappelijk aanvaardbare prijs. Ik realiseer me dat dit een grote impact heeft op patiënten en hun naasten die uitkijken naar het geneesmiddel, maar ik weeg hierin ook het belang van andere patiënten en premiebetalers mee.

Daarnaast vragen genoemde leden aan de minister wat zijn visie is op het toepassen van het consumenten- en fabrikantensurplus uit het MAUG-rapport. En wie zou volgens de minister de hoogte van deze kaders moeten bepalen?

Ik ben van mening dat het consumenten- en fabrikantensurplus rechtvaardig verdeeld dient te worden. Wat een rechtvaardige verdeling is en hoe die bepaald kan worden, kan ik op dit moment nog niet zeggen. Daarvoor wacht ik de uitwerking van de uitgangspunten uit het MAUG-advies door Zorginstituut eerst af.

De uitkomst van het burgerforum, onderdeel van de MAUG-verkenning, is inmiddels meermaals vertaald als draagvlak voor beslissingen om diverse geneesmiddelen niet toe te laten tot het verzekerde pakket. Kan de minister zijn zienswijze geven op de conclusie dat dit beleidsadvies al

³ Kamerstuk 29477, nr. 953

staand beleid lijkt zonder dat de Kamer zich daar actief over heeft kunnen uitspreken?

Deze conclusie deel ik niet. De beslissingen waarop de PVV-fractie doelt zijn gebaseerd op het huidige kader, zoals toegepast in de pakketadviezen van het Zorginstituut. Ik heb het burgerforum alleen genoemd omdat daaruit blijkt dat er breed draagvlak is voor de uitgangspunten van het huidige pakketbeheer. Zoals in de begeleidende brief bij het MAUG-advies uitgelegd, is een aantal uitgangspunten zoals genoemd in het advies immers niet nieuw, alleen herbevestigd of nader onderbouwd.

In hoeverre is het perspectief van patiënten en farmaceuten meegenomen in de totstandkoming van het MAUG-advies en in hoeverre kunnen de NZa en het Zorginstituut Nederland ook voor andere zorg dan geneesmiddelen concluderen in welke mate er sprake is van verdringing?

Patiëntenorganisaties, koepels voor de farmaceutische industrie en andere partijen zijn geconsulteerd in de periode van 8 tot en met 22 september 2025. Daarnaast konden partijen deelnemen aan consultatiebijeenkomsten waarin het rapport werd toegelicht. Drie patiëntenorganisaties en twee koepels van de farmaceutische industrie hebben input geleverd. Dat zijn de Patiëntenfederatie Nederland, Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties (NFK) en de Nationale koepel van patiëntenorganisaties voor zeldzame en genetische aandoeningen (VSOP), de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen (VIG) en HollandBio. In bijlage 4 van het rapport reageren de MAUG-partijen op de verkregen input, en die heeft ertoe geleid dat het conceptrapport aangevuld en verbeterd is.

De MAUG-partijen hebben het rapport geschreven in de context van geneesmiddelen, en de conclusies kunnen alleen worden toegepast op geneesmiddelen. Desalniettemin is bekend dat ook andere dure zorg zorgt voor verdringing, bijvoorbeeld dure medische technologie.

Verwacht de minister dat sterkere prijsdruk als gevolg van de MAUG-voorstellen gevolgen heeft voor de toegang van Nederlandse patiënten tot nieuwe behandelingen?

Dat vind ik moeilijk te voorspellen, omdat de toegang van vele zaken afhangt. Het MAUG-advies kan zoals gezegd leiden tot hogere kortingsadviezen, als het Zorginstituut voor

een geneesmiddel tot de conclusie komt dat een maatschappelijk aanvaardbare prijs lager is dan een kosteneffectieve prijs. Mogelijk leidt dit tot langere onderhandelingen, of een negatief vergoedingsbesluit. Andersom kan een concreter, kwantitatief advies ook leiden tot een kortere doorlooptijd omdat ik een kwalitatief advies dan niet meer hoeft te vertalen in een kwantitatieve onderhandelingszet. De uitgangspunten kunnen, consistent toegepast, ook duidelijkheid bieden. Het is daarmee voor fabrikanten helder wat in Nederland de bereidheid te betalen bepaalt. Uiteraard zullen fabrikanten dit betrekken bij hun strategische beslissingen over (het moment van) de lancering van een nieuw geneesmiddel op de Nederlandse markt.

Genoemde leden zijn benieuwd of de minister bekend is met de term “most favoured nations” (MFN) en de mogelijke gevolgen van dit beleid voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen voor de Nederlandse patiënt?

Ik ben bekend met deze term en heb de Tweede Kamer in antwoorden op vragen van het lid Dijk vorig jaar een eerste analyse van mogelijke effecten voor Nederland gegeven.⁴ Indien fabrikanten eventuele omzetsderving door prijsdalingen in de Verenigde Staten op Europese patiënten zouden willen verhalen, dan bestaat de mogelijkheid dat (één van) de volgende strategieën wordt gehanteerd.

- Hogere introductieprijzen voor nieuwe geneesmiddelen in Europa om kortingen in de VS te compenseren;
- Steviger prijsonderhandelingen in Europa omdat korting op het continent, zelfs in een kleine lidstaat, de omzet op de lucratieve Amerikaanse markt kan raken;
- Vertraging of beperking van introductie van nieuwe producten om zo een vergelijking met prijzen in de referentielanden voor de VS te voorkomen.

Welke acties onderneemt de minister momenteel om te voorkomen dat Nederland door internationale prijsdruk achteropraakt bij de introductie van nieuwe geneesmiddelen?

Ik volg de ontwikkelingen op de voet, zowel nationaal als internationaal. Op dit moment zijn er voor Nederland nog geen directe effecten waar te nemen. Er is contact met mijn

⁴ Aangangsel Handelingen II 2024/25, nr. 3098

Europese collega's en ook in Nederland overleg ik met diverse partijen, waaronder farmaceutische bedrijven. Dit geeft mij de mogelijkheid om in Nederland, of samen met andere Europese landen te handelen indien dit nodig blijkt.

Hoe kijkt de minister naar de huidige situatie dat Nederland als welvarend land een relatief laag percentage van het bbp uitgeeft aan innovatieve geneesmiddelen en zodoende relatief weinig bijdraagt aan de wereldwijde innovatie van geneesmiddelen?

Ik vind dit een redenering die te kort door de bocht gaat, omdat die ervan uitgaat dat er een directe relatie ligt tussen de hoogte van uitgaven aan geneesmiddelen en innovatie. Investerings worden voor een belangrijk deel bepaald door het verwachte rendement. Dan lijkt een potentieel hogere omzet een prikkel voor meer investeringen en daarmee innovatie. Maar wat bij discussies over innovatie vaak niet genoemd wordt, is dat investeringen niet hetzelfde zijn als innovatie, althans dat lang niet alle innovatie een meerwaarde biedt, of in een maatschappelijke behoefte voorziet. Niet alles dat nieuw is, is per definitie wenselijk, zeker niet als daar ook een (hoge) meerprijs voor moet worden betaald.

Daarnaast kunnen twee landen met hetzelfde Bruto Binnenlands Product (BBP) zeer verschillende zorgbehoeften en of zorgstandaarden hebben. Zo kunnen verschillen in vergrijzing en het aantal chronisch zieken een groot verschil maken in de uitgaven aan geneesmiddelen. Lage uitgaven aan geneesmiddelen kunnen ook gepaard gaan met hogere uitgaven elders in het zorgsysteem.⁵ Bijvoorbeeld door de mate waarin niet-medicamenteuze behandeling voor groepen aandoeningen is georganiseerd. Een voorbeeld van dat laatste is diabeteszorg, die in Nederland zeer goed is georganiseerd en wordt verstrekt op basis van landelijke zorgstandaarden en geleverd door goed georganiseerde zorgnetwerken. De kosten daarvan maken het mogelijk om met minder kostbare geneesmiddelen een hoge kwaliteit van zorg te realiseren.

Tot slot laat onderzoek zien dat hogere medicatie- en zorguitgaven niet per definitie gepaard gaan met betere

⁵ Nederland heeft ten opzichte van Het OECD-gemiddelde en de meeste EU-lidstaten relatief hoge totale zorguitgaven per hoofd van de bevolking (OECD 'Health at a glance: 2025)

gezondheidsuitkomsten.⁶ Zonder te kijken naar goede uitkomstmaten is de vergelijking naar mijn mening dus inhoudsloos. Ik vind het Nederlandse beleid dat, vanuit de plicht om uitgaven vanuit de zorgverzekering te verantwoorden, de waarde van een behandeling centraal stelt en stuurt op het maximaliseren van gezondheidswinst daarom goed te verdedigen. Bovendien vormt dat een prikkel voor de industrie om zich te richten op maatschappelijke behoefte en gezondheidswinst. Dit leidt er bijvoorbeeld toe dat er vooral nieuwe oncolytica ontwikkeld worden: Nederlanders worden immers steeds ouder worden en daarmee krijgt 1 op de 2 mensen kanker. Het MAUG rapport bevestigt mij in de overtuiging dat de discussie moet gaan over waarde die iets toevoegt en niet zo zeer de prijs ervan. Ik vind het een discussie waard.

In relatie tot bovenstaande willen voornoemde leden weten of Nederland kwetsbaar is voor specifieke Amerikaanse maatregelen gericht op het verhogen van de Nederlandse uitgaven aan geneesmiddelen en wat de gevolgen van de Amerikaanse opstelling en beleid zijn voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen voor Nederlandse patiënten?

Hoewel de Amerikaanse maatregelen nog niet zijn uitgewerkt, wordt Nederland vermeld als één van de landen waaraan gerefereerd wordt bij de vaststelling van maximumprijzen in de VS. Daarnaast verwijst Nederland in de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) naar andere landen. Het Amerikaanse beleid kan consequenties hebben voor de beschikbaarheid en toegankelijkheid in Nederland. Zo kunnen leveranciers besluiten om een geneesmiddel tegen een hogere prijs in Nederland op de markt te brengen, zonder dat daar meer gezondheidswinst tegenover staat, of om een geneesmiddel later of helemaal niet in Nederland op te markt te brengen. Het is echter nog te vroeg om te kunnen vaststellen of en zo ja, in welke mate dit zal plaatsvinden.

Heeft de minister concrete acties ondernomen? Zo ja, welke en zo nee, is de minister voornemens dit te doen?

Ik volg de ontwikkelingen op de voet, zowel nationaal als internationaal. Op dit moment zijn er voor Nederland nog geen effecten waar te nemen. Er is contact met mijn

⁶ https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2024-09/Blumenthal_mirror_mirror_2024_final_v2.pdf, pag. 6

Europese collega's en ook in Nederland overleg ik met diverse partijen, waaronder farmaceutische bedrijven. Dit geeft mij de mogelijkheid om in Nederland, of samen met andere Europese landen te handelen indien dit nodig blijkt.

Is de minister met zijn EU-collega's in gesprek over de gevolgen van het Amerikaanse geneesmiddelenprijsbeleid? Zo ja, kan de minister met de Kamer delen wat zijn inzet is in deze gesprekken?

Er vindt geregeld overleg plaats tussen lidstaten over de ontwikkelingen en mogelijke effecten voor Europese landen. Het op Europese patiënten en burgers afwentelen van afgedwongen prijsverlagingen elders om omzetverliezen te compenseren, gepaard met de waarschuwing dat geneesmiddelen anders later of niet in Europa worden geïntroduceerd, zouden mijn Europese collega's en ik als zeer ongepast beschouwen. Zeker vanwege het feit dat er binnen Europa al langer discussie is over de hoogte van geneesmiddelenprijzen en de grote gevaren die dit voor de houdbaarheid van zorgsystemen met zich meebrengt.

Dankzij universele zorgstelsels in vrijwel alle landen vormt Europa met een wereldaandeel van ca. 23% een grote en stabiele afzetmarkt voor innovatieve geneesmiddelen en een interessante partner voor het aanjagen van innovatie. Gezondheidsdoelen, het belang van patiënten en economische waarde kunnen daarbij goed hand in hand gaan.

Bij de inzet van publieke middelen en zorgpremies is het van groot belang dat de inzet van zorg efficiënt en zorgvuldig gebeurt. Er wordt weliswaar waarde gehecht aan universele toegang tot geneesmiddelen met bewezen klinische meerwaarde, maar houdbaarheid van zorgstelsels en het verantwoord beschikbaar stellen van effectieve therapieën zijn van groot belang. Daarom kennen we in Europa op wetenschap gestoelde en voorspelbare regels en procedures voor innovatie, markttoelating en vergoeding van nieuwe geneesmiddelen. Deze zorgen voor duidelijkheid en belonen innovatie die aantoonbaar bijdraagt aan de maatschappelijke behoeften.

Europa blijft investeren in snellere toegang tot bewezen effectieve zorg. Daarbij ligt de nadruk op kwaliteit en efficiënt gebruik van publieke middelen. De onderzoeks- en

kennisinfrastructuur ondersteunt onderzoek naar en toepassing van nieuwe geneesmiddelen.

Waar dat nodig is om het farmaceutisch systeem aan te passen aan de nieuwe en veranderende omgeving, zoekt Europa actief naar een goede balans tussen innovatie, toegang en betaalbare en toekomstbestendige zorg door wetgeving en beleidsmatige hervormingen.

De combinatie van maatschappelijke doelen, de grote afzetmarkt en de bereidheid tot samenwerking maakt Europa tot een winstgevende en strategisch aantrekkelijke partner voor de farmaceutische industrie.

Kan de minister met de Kamer delen wat andere EU-lidstaten doen in reactie op het MFN-beleid van de Verenigde Staten (VS)?

Op dit moment wijken de standpunten van andere EU-lidstaten niet wezenlijk af van de bovenbeschreven opvattingen.

Tot slot met betrekking tot dit onderwerp willen genoemde leden weten of er een impactanalyse is uitgevoerd naar de effecten van de voorgestelde prijsmaatregelen van de VS op het Nederlandse innovatie-ecosysteem en klinisch onderzoek, en zo nee, is de minister bereid deze alsnog uit te voeren?

Ik verwijs u naar mijn reactie die ik de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport stuurde op een brief van de VIG, Nefemed en Diagned.⁷

Tijdens eerdere debatten waar gesproken werd over geneesmiddelenbeleid is er ook gesproken over het vermaledijde “evergreening” en heeft de PVV-fractie daar ook een motie over ingediend. Daarom tot slot de volgende twee vragen. De term “evergreening” komt in het MAUG-rapport vaak naar voren. Vorig jaar heeft het Zorginstituut acht signalen over mogelijke evergreening met de ACM gedeeld. Zo ja, kan de minister met de Kamer delen om welke acht signalen het hier gaat? Wanneer kan de Kamer een reactie verwachten op de vorig jaar aangenomen motie Thiadens over evergreening (Kamerstuk 36 725-XVI, nr. 33)?

Ik heb de Tweede Kamer eerder bericht dat ik voornemens ben om in het voorjaar van dit jaar de Tweede Kamer te informeren over de nadere invulling van de motie Thiadens.

⁷ Kamerstuk 29477, nr. 961

Genoemde leden vragen de minister de beantwoording op dit schriftelijk overleg, voor de behandeling van de begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2026 naar de Kamer te doen toekomen.

Met deze brief heb ik voldaan aan uw verzoek.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het Beleidsadvies ten aanzien van maatschappelijk aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen. Deze leden willen investeren in onze veiligheid en welvaart, maar minder uitgeven in plaats van belasting verhogen. Dat betekent dat de gehele overheid haar huishoudboekje op orde moet houden. Om dit te realiseren moeten onder andere behandelingen in de gezondheidszorg meer worden beoordeeld op de toegevoegde waarde van behandeling ten opzichte van de bestaande alternatieven en maatschappelijke kosten. De leden van de VVD-fractie zijn daarom verheugd dat de minister stappen wil zetten om te komen tot maatschappelijke aanvaardbare prijzen voor geneesmiddelen.

De leden van de VVD-fractie vinden kostenbeheersing van zorgkosten niet alleen wenselijk, maar ook noodzakelijk. Genoemde leden willen tegelijkertijd dat Nederland een aantrekkelijk vestigingsklimaat heeft voor ondernemers en bedrijven die actief zijn in de zorg- en biofarmaceutische sector, dit is immers nodig voor innovatie en economische groei. De leden van de VVD-fractie vragen of de minister voldoende rekening houdt met de wankelende stand van het Nederlandse vestigingsklimaat met het voorgestelde geneesmiddelenbeleid.

Ik vind het inderdaad belangrijk dat Nederland aantrekkelijk blijft voor investeringen door ondernemers en bedrijven. Ik zie echter geen eenduidig verband tussen kostenbeheersing en het vestigingsklimaat. Ik wil erop wijzen dat andere factoren, zoals een goede infrastructuur, politieke stabiliteit, het fiscale klimaat, opleiding en de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel en subsidies voor onderzoek en ontwikkeling mogelijk van groter belang zijn voor de investeringen van de industrie.

Ik zet me in voor de versterking van biotechnologie, zowel nationaal via de uitvoeringsagenda biotechnologie als op Europees niveau via de Europese Biotech Act. Daarnaast zet ik me via het programma toekomstbestendig toetsingslandschap in op het optimaal inrichten van het Nederlandse toetsingslandschap.

Kan de minister reflecteren op de bredere, potentiële economische gevolgen van het in het algemeen verouderde “sluis-beleid” en het in het specifiek openbare maximumtarief in Nederland?

Het is mij niet duidelijk wat “verouderd” zou zijn aan het sluis-beleid, nu dit beleid relatief recent is ingevoerd (2018). Wel is mij bekend dat farmaceutische bedrijven regelmatig klagen over de geneesmiddelsluis en daarbij met name wijzen op de consequentie dat patiënten daardoor later toegang krijgen tot geneesmiddelen en zij zelf later omzet genereren op een geneesmiddel (waardoor de “terugverdiëntijd” korter wordt). Ik wijs er in reactie op dat farmaceutische bedrijven natuurlijk zelf invloed kunnen uitoefenen op de doorlooptijd door maatschappelijk aanvaardbare prijzen te vragen en geneesmiddelen te ontwikkelen met veel gezondheidswinst, die voorzien in een maatschappelijk behandelbehoefte. Als dat zo is, zijn we in Nederland bereid om daar relatief veel geld voor te betalen, en kan een geneesmiddel snel worden opgenomen in het basispakket. Maar als een geneesmiddel beperkte gezondheidswinst oplevert, of het (zeer) onzeker is wat de effectiviteit is, dan zal een hoge vraagprijs leiden tot onderhandelingen of zelfs een negatief besluit. Ten algemene lijkt mij dat goed verdedigbaar: de maximalisatie van gezondheidswinst is vanuit maatschappelijk oogpunt belangrijker dan de maximalisatie van de winst van een individueel bedrijf. Dat gezegd hebbende, zie ik natuurlijk ook dat er steeds vaker specialistische geneesmiddelen op de markt komen, soms in combinatie met andere geneesmiddelen, voor steeds kleinere patiëntenpopulatie leidend tot beperktere data en daardoor een grotere mate van onzekerheid. Ik vind het niet vanzelfsprekend dat dit groter wordende risico volledig op de samenleving wordt afgewenteld, via hogere prijzen en collectieve uitgaven. Ik vind het belangrijk dat de markt zelf de verantwoordelijkheid neemt om hierin slimme(re) keuzes te maken, bijvoorbeeld in het studiedesign (levert de studie de juiste, voor een vergoedingsbesluit bruikbare informatie op?). Tegelijk begrijp ik wel goed de behoefte aan duidelijkheid en

voorspelbaarheid, om daarmee een geïnformeerde investeringsbeslissing te kunnen maken. Dat is één van de redenen dat ik werk aan het harmoniseren van het vergoedingsproces onder de noemer Toekomstbestendig Stelsel Geneesmiddelen (TSG). Dit kan helpen om bijvoorbeeld al vroeg in het proces de plaatsbepaling in de behandeling duidelijk te hebben, en daarmee het potentiële patiëntenvolume, of om vroegtijdig voorwaarden voor gepast gebruik op te stellen zodat het juiste (aanvullend) bewijs verzameld kan worden.

Met betrekking tot het “specifiek openbare maximumtarief” weet ik niet waarop bedoeld wordt. In de context van de sluis zou dit kunnen gaan over de maximale referentiewaarden voor een kosteneffectieve inzet van 20.000, 50.000 en 80.000 euro per gewonnen QALY (Quality Adjusted Life Year) die we, afhankelijk van de ziektelast, bereidheid zijn te betalen. Een veelgehoorde klacht is dat deze waarden niet geïndexeerd zijn waardoor de maximale betalingsbereidheid door de jaren heen relatief omlaag zou zijn gegaan. In reactie wijs ik erop dat deze maximale referentiewaarden geen (absolute) richtprijzen zijn, maar een relatieve waarde uitdrukken, die verband houdt met de bereidheid tot betalen binnen een bepaald zorgstelsel voor gezondheidswinst, uitgedrukt in een gewonnen QALY, waarbij we het acceptabel vinden dat deze maximale bereidheid bij een hogere ziektelast hoger is. Dat wil zeggen: als we meer gaan betalen dan deze referentiewaarden, kan elders in de zorg voor datzelfde geld meer gezondheidswinst worden behaald. Stabiele maximale referentiewaarden, in relatie tot inflatie, wijzen dus vooral op het toenemende belang van een doelmatige inzet van nieuwe interventies en het voorkomen van ondoelmatige keuzes in de zorg.

De leden van de VVD-fractie begrijpen dat inkoopprocessen van medicijnen vaak niet optimaal verlopen. Deze leden signaleren dat de “sluisprocedure” voor aanvragende partijen vaak onduidelijk en niet-transparant is, waardoor deze procedure ook voor hen moeilijk hanteerbaar is. Kan de minister aangeven of hij deze zienswijze deelt? Zo ja, hoe kan hij de sluisprocedure meer transparant maken?

Ik deel deze zienswijze niet. Ik ben van mening dat de sluisprocedure een transparant en voorspelbaar proces is dat via een vaste volgorde verloopt. De sluisplaatsing vindt uiterlijk vier weken na markttoelating plaats. Vervolgens dient de leverancier een vergoedingsdossier in bij het

Zorginstituut. Het Zorginstituut brengt een openbaar advies uit aan de minister van VWS. Op basis van dit advies gaat de minister van VWS al dan niet in onderhandeling met de leverancier. De tijdslijnen van de genoemde processtappen kunnen verschillen, maar de stappen zelf zijn duidelijk. Deze stappen worden per sluisgeneesmiddel openbaar en transparant weergegeven in het Dashboard Doorlooptijden Geneesmiddelen.⁸

De sluisprocedure is niet de enige procedure van belang voor geneesmiddelen. In Nederland werken verschillende partijen samen bij de beoordeling, vergoeding en inzet van geneesmiddelen. Deze samenwerking vindt nu vaak ad hoc en niet altijd efficiënt plaats. Binnen TSG wordt ingezet op een meer gestructureerde, proactieve en gezamenlijke aanpak, waarin het Zorginstituut samen met zorgpartijen vroegtijdig inzichtelijk maakt wat nodig is voor een beheerste instroom van nieuwe geneesmiddelen en daar afspraken over maakt.

De leden van de VVD-fractie steunen de doelstelling van de minister van Economische Zaken om de biofarmaceutische sector tot bloei te laten komen. Zij zien hiervoor kansen in meer transparantie van "sluisprocessen". Graag een reflectie van de minister.

Zoals ik in het antwoord op de vorige vraag heb aangegeven, ben ik van mening dat het huidige sluisproces voldoende transparant is. Dat wil niet zeggen dat er geen verbeteringen mogelijk zijn. Die verbeteringen worden al opgepakt binnen TSG. Ik betrek in de gesprekken over TSG ook de farmaceutische industrie. Daarnaast blijf ik oog houden voor een zo snel mogelijke toegang van geneesmiddelen voor een kosteneffectieve prijs.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de mogelijkheid onderzocht wordt van een "new competition tool". Dit lijkt deze leden een goede manier om de markt wendbaarder te maken. Kan de minister aangeven hoe hij hiertegen aankijkt?

Zoals ik u eerder⁹ heb laten weten steun ik de stappen die de ACM op dit punt zet. Mijn opvolger zal u later dit voorjaar

⁸ <https://www.farmatec.nl/prijsvorming/dashboard-doorlooptijden-geneesmiddelen>

⁹ Vergaderjaar 2025–2026, 29 477, nr. 953

informereren over de verdere inzet ter bevordering van de concurrentie.

De leden van de VVD-fractie lezen dat het Zorginstituut in de loop van 2026 het doorontwikkelde beoordelingskader voor opname van medicijnen in het basispakket zal publiceren. Deze leden zijn blij met deze voortvarendheid. Kan de minister aangeven of dit traject op schema loopt?

Het Zorginstituut heeft mij aangegeven tot eind 2026 het beoordelingskader verder uit te werken, ik heb geen informatie ontvangen dat dit niet wordt gehaald.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de NZa verkent of het mogelijk is om de maximumtarieven voor dure intramurale medicijnen beter aan te laten sluiten bij de maximaal maatschappelijk aanvaardbare tarieven. Kan de minister aangeven op welke termijn hij mogelijk acht dat deze tarieven daardoor beter aansluiten bij de maximaal maatschappelijk aanvaardbare tarieven, met inachtneming van de bekostigingscyclus van de zorgautoriteit?

Op dit moment worden de maximumtarieven gebaseerd op de lijstprijs (AIP) van 1 april van het vorige jaar. Daarna wordt het tarief één keer per jaar gewijzigd (per 1 januari jaar t). Of en zo ja, hoe dit zal kunnen veranderen als de NZa zijn werkwijze aan zou passen, kan ik nu nog niet zeggen. Ik wacht de verkenning van de NZa af.

In welke mate verwacht hij dat deze maatregel zal bijdragen aan aanvaardbare geneesmiddelenuitgaven?

Ook hiervoor geldt dat ik graag de verkenning van NZa afwacht.

De leden van de VVD-fractie lezen dat professionals aangeven dat voor de prijsbepaling gekeken moet worden naar de werkelijke kosten voor de fabrikant, vermeerderd met een redelijke winstmarge. Hoewel deze leden het eens zijn met dit uitgangspunt, begrijpen zij ook dat de praktijk op dit punt weerbarstig is. Kan de minister aangeven op welke manier hij, in samenwerking met de farmaceutische industrie, kan komen tot een systematiek waarbinnen de kostprijsontwikkeling duidelijk is? Zo kan immers de ontwikkeling van maatschappelijk aanvaardbare geneesmiddelenuitgaven gepaard gaan met breder draagvlak

voor de belangrijke werkzaamheden van innovatieve farmaceuten.

Ik kan de wens om tot transparantie van de kostprijs van geneesmiddelen te komen uiteraard goed volgen. Zeker als prijzen van geneesmiddelen hoog zijn en/of een grote budgettaire impact hebben, is de roep om een rechtvaardiging van die prijzen logisch. Toch zie ik geen meerwaarde van transparantie van de prijsopbouw in het Nederlandse vergoedingsbeleid, maar wel zie ik risico's zie voor de toegankelijkheid. Ik licht dat graag toe.

Bij gelimiteerde budgetten zijn keuzes, ook in de zorg, onvermijdelijk. Het is dan belangrijk dat de uitgaven goed te verantwoorden zijn. Elke euro kan immers maar één keer worden uitgegeven. Dat betekent niet alleen dat de absolute waarde van een behandeling duidelijk moet zijn, maar ook de relatieve waarde: hoe effectief is een nieuwe behandeling in vergelijking met de standaardbehandeling, voegt de nieuwe behandeling waarde toe en zo ja, hoeveel? Waarbij de waarde dan wordt uitgedrukt in gezondheidswinst. Door dit gestandaardiseerd af te zetten tegen referentiewaarden voor de ziektelast, waarbij geldt: hoe ernstiger de ziekte, hoe hoger de bereidheid te betalen, zorgen we ervoor dat met het beschikbare budget zoveel mogelijk gezondheidswinst wordt behaald (kosteneffectiviteit). En dat laatste moet wel het uitgangspunt zijn. Kortom, in Nederland is voor vergoeding welbewust de waarde het uitgangspunt en niet de kosten.

Naast dit fundamentele bezwaar, zie ik ook praktische belemmeringen van een kostenbenadering. Ten eerste is het lastig de kosten toe te wijzen aan één geneesmiddel, omdat basaal of vroeg onderzoek vaak de basis is voor de ontwikkeling van meerdere geneesmiddelen, of juist helemaal tot niets leidt. Dat betekent dat met aannames gewerkt moet worden, die altijd ter discussie gesteld kunnen worden. Daarnaast wordt met een kostenbenadering inefficiënte ontwikkeling beloond met een hogere prijs. En ten derde zou ik, als ik in onderhandelingen transparantie zou afdwingen van de nettoprijzen, helaas geen of veel lagere kortingen meer kunnen overeenkomen met leveranciers. Ook dat zou betekenen dat we meer uitgeven, zonder dat we daar gezondheidswinst voor terugkrijgen (of minder middelen met meerwaarde in Nederland tot beschikking zullen hebben). Ik merk daarbij op dat ook ik het uit oogpunt van het afleggen van verantwoording belangrijk vind om transparantie na te streven, maar dat ik, gesteld

voor de keuze, toegankelijkheid uiteindelijk zwaarder vind wegen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de MAUG-partijen hebben geadviseerd om bij de Europese Commissie te pleiten dat adviezen uit de "Joint Scientific Consultations" openbaar gemaakt worden. Is de minister van plan om dit advies op te volgen? Zo nee, is de minister van plan om op andere manieren binnen de Europese Unie de samenwerking aan te halen op het gebied van toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen?

Nederland is deelnemer aan de zogeheten 'HTA Coordination Group' die verantwoordelijk is voor het uitwerken en aannemen van de procedures en HTA-uitkomsten in EU-verband. In deze coördinatiegroep heeft Nederland voor openbaarmaking van de adviezen uit de 'Joint scientific consultations' gepleit. Daarvoor zoek ik ook coalities met andere lidstaten.

Het MAUG-rapport zie ik als erkenning van de vele activiteiten die Nederland al ontplooit om op het gebied van toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat één van de problemen met de onderlinge uitwisselbaarheid van geneesmiddelen is, dat zij onderdeel uitmaken van twee verschillende aanspraken: farmaceutische zorg en geneeskundige zorg. Is het mogelijk om deze aanspraken samen te voegen, of kleven hier andere bezwaren aan? Graag een reflectie van de minister.

Daar kleven bezwaren aan. De aanspraak bepaalt namelijk ook het budgettaire kader. Een geneesmiddel kan worden bekostigd uit het budgettaire kader Medische Specialistische Zorg (MSZ) en uit het budgettaire kader Apotheekzorg. Het samenvoegen van deze aanspraken brengt omvangrijke gevolgen met zich mee voor zowel de financiële kaders als voor de manier waarop zorg is georganiseerd. Daarmee beïnvloedt het ook de zorgverlening aan de patiënt en verandert het de rollen en taken van zorgpartijen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met veel interesse kennisgenomen van het voorliggende beleidsadvies

ten aanzien van maatschappelijke aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen (MAUG). Zij achten het van groot belang dat de aandacht voor de stijgende uitgaven van medicijnen, (zeer) hoge vraagprijzen en het ontbreken van transparantie bij farmaceuten en inzicht in de kosten van fabrikanten niet verslapt en het gesprek hierover gevoerd blijft worden. Tegelijk hebben de leden oog voor het enorme belang, vaak zelfs levensbelang, van (nieuwe) medicijnen en innovaties voor patiënten. De vaak zeer schrijnende verhalen van patiënten die bepaalde medicijnen niet kunnen krijgen omdat ze bijvoorbeeld nog in de sluisprocedure zitten, gaan deze leden aan het hart. Er moet wat genoemde leden betreft dan ook evenwicht zijn tussen het kritisch volgen van de stijgende uitgaven aan geneesmiddelen enerzijds en het bevorderen van de toegang tot nieuwe geneesmiddelen anderzijds. Juist door betere wet- en regelgeving, het afdwingen van transparantie en het tegengaan van ongewenste praktijken die de prijzen opdrijven, kan hier wat de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie een betere balans in worden gevonden. Deze leden hebben hier nog een aantal vragen en opmerkingen over.

Allereerst zijn de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie het Zorginstituut, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Autoriteit Consument en Markt (ACM) erkentelijk voor het adviesrapport “Naar maatschappelijk aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen”, dat er op initiatief van de motie Kuiken¹⁰ is gekomen. Zij vinden het een goede zaak dat de minister van VWS naar aanleiding van het rapport een gezamenlijke werkagenda heeft opgesteld. Genoemde leden lezen dat het Zorginstituut nu eerst het beoordelingskader verder gaat ontwikkelen op basis van in het advies uitgewerkte uitgangspunten, dat moet leiden tot concretere kortingsadviezen in een vergoedingsadvies aan de minister. Op welke termijn wordt dit beoordelingskader verwacht? En op welke termijn verwacht de minister dit te kunnen toepassen in onderhandelingen over vergoedingen?

Het Zorginstituut verwacht dat het beoordelingskader in januari 2027 gereed is. Zodra dit kader door het Zorginstituut wordt gebruikt en resulteert in vergoedingsadviezen, zullen deze kunnen worden betrokken bij de onderhandelingen.

Daarnaast hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie enkele vragen over de uitgangspunten die het Zorginstituut

¹⁰ Kamerstuk 29 477, nr. 722

gaat kwantificeren. Het eerste uitgangspunt is om gezondheidswinst centraal te stellen. Hoe meer gezondheidswinst een medicijn oplevert, hoe meer we als samenleving bereid zijn voor het medicijn te betalen. Hoe wordt bepaald wanneer de gezondheidswinst groot genoeg is en welke indicatoren worden daarvoor gebruikt, met name bij nieuwe medicijnen waar misschien minder data over beschikbaar is?

Op dit moment speelt de gezondheidswinst van een medicijn al een belangrijke rol in het beoordelingskader van het Zorginstituut. Het Zorginstituut beoordeelt of een medicijn van toegevoegde waarde is voor patiënten (bijvoorbeeld op basis van relevante uitkomstmaten als kwaliteit van leven) en of is aangetoond dat het minimaal even effectief is als de standaardbehandeling. Ook bekijkt het Zorginstituut of deze gezondheidswinst in verhouding staat tot de kosten. Dit komt samen in de kosten per extra *Quality Adjusted Life Year* (QALY). Deze wordt vergeleken met de relevante 'maximale referentiewaarde', die afhankelijk is van de ernst van de ziekte.

Op grond van het adviesrapport zal het Zorginstituut het beoordelingskader verder aanscherpen.

Welke mogelijke gevolgen heeft dit voor patiënten met zeldzame aandoeningen? Juist bij deze groep kan sprake zijn van hoge prijzen door een kleine afzetmarkt en mogelijk beperkt bewijs. Hoe wordt geborgd dat geneesmiddelen met een beperkte bewijslast en een kleine groep patiënten, toegankelijk blijven voor patiënten met ernstige aandoeningen en hoge onvervulde behandelbehoeften?

Ik vind het belangrijk om onderscheid te maken tussen weesindicaties met grotere aantallen patiënten¹¹ en ultra-wees indicaties. Weesgeneesmiddelen worden via de reguliere vergoedingsroute beoordeeld en, indien wordt voldaan aan de pakketcriteria, opgenomen in het basispakket. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de ernst van de aandoening. Ook kan worden gekeken naar wat passend bewijs is. Bijvoorbeeld het gebruik van zogenaamde surrogaateindpunten waardoor op een eerder moment al iets gezegd kan worden over mogelijke effectiviteit in de toekomst. Ook kan de situatie zoals het ontbreken van andere behandelopties worden meegewogen.

¹¹ Er is sprake van een weesgeneesmiddel wanneer de aandoening bij minder dan 5 op de 10.000 mensen voor komt. Dan kan het in Nederland nog steeds gaan om honderden patiënten.

Daarbij kan het Zorginstituut mij ook adviseren over omstandigheden die spelen bij weesgeneesmiddelen, zoals hoge ontwikkelingskosten t.o.v. de terugverdienmogelijkheid. Ik kan daar bij de prijsonderhandelingen rekening mee houden.

In uitzonderingssituaties kunnen weesgeneesmiddelen ook in aanmerking komen voor de Voorwaardelijke Toelating (VT)¹². De VT procedure is recent geëvalueerd en deze heb ik aan uw Kamer gestuurd¹³. Daarbij werd geadviseerd om voor ultra-weesgeneesmiddelen een alternatieve regeling op te zetten omdat het aantonen van effectiviteit volgens de reguliere vereisten daarbij vaak niet haalbaar is. Ik ben in overleg met het Zorginstituut over de aanbevelingen vanuit de evaluatie en mijn ideeën over de opvolging daarvan.

Het vijfde uitgangspunt stelt dat de maatschappelijke aanvaardbare prijs dynamisch is, waarbij de maatschappelijk aanvaardbare prijs van het medicijn zou moeten dalen wanneer het aannemelijk is dat de investeringen zijn terugverdiend. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie gaan ervan uit dat dit betekent dat er transparantie zou moeten zijn over de investeringen van farmaceuten en de bijbehorende Research & Development-kosten (R&D). Zodat duidelijk is hoeveel en wanneer prijzen logischerwijs zouden moeten dalen. De betreffende leden missen nadere uitwerking hiervan in de beleidsreactie en ontvangen hier graag een verdere toelichting op. Hoe verwacht de minister dit te kunnen handhaven en bewerkstelligen, gezien de beperkte transparantie vanuit de sector op dit gebied en de inzet van praktijken als evergreening?

Net als de Zbo's vind ook ik het redelijk om tijdelijk een hogere prijs voor geneesmiddelen te betalen. Hoe tijdelijkheid mee te wegen en hoeveel een prijs zou moeten dalen om bijvoorbeeld evergreening te voorkomen dat kan ik nu nog niet zeggen, hiervoor wacht ik verdere uitwerking door het Zorginstituut af.

Hoe kan worden voorkomen dat, ook met de nieuwe uitgangspunten en de vergoedingsadviezen, farmaceuten de "loopholes" opzoeken of met nieuwe methodes komen om dit te omzeilen?

¹² [Voorwaardelijke toelating weesgeneesmiddelen, conditionals en exceptionals | Zorginstituut Nederland](#)

¹³ [Beleidsmatige evaluatie voorwaardelijke toelating van geneesmiddelen | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

Ik zet me in om beleid te maken dat zo goed mogelijk inspeelt op huidige en eventuele toekomstige ontwikkelingen. Behoud van flexibiliteit om beleid aan te passen daar waar nodig is daarbij belangrijk. Indien in de toekomst blijkt dat een wijziging in het beleid nodig is dan kan bepaald worden wat eventuele vervolgmaatregelen zouden kunnen zijn.

Hoe zet de minister zich in op Europees niveau om meer transparantie over medicijnprijzen te bewerkstelligen, zodat hier ook internationaal in kan worden samengewerkt en een vuist kan worden gemaakt tegen de farmaceutische industrie?

Hoewel ik meer transparantie over de prijsopbouw van geneesmiddelen van harte toejuich, wil ik daarbij enkele kanttekeningen plaatsen.

In Nederland wordt bewust gekozen voor een waardebenadering van geneesmiddelen. Het is belangrijk om vast te stellen wat onze bereidheid tot betalen is, passend bij de waarde van een geneesmiddel voor de Nederlandse samenleving. De door de fabrikant gevraagde prijs is daarbij minder relevant.

Deze meer 'vraag gestuurde' benadering draag ik ook actief uit in internationaal verband. Mede door Nederlandse inbreng zijn Europese landen van plan om de komende periode te verkennen hoe zo'n meer vraag gestuurde benadering van geneesmiddelenvergoeding gerealiseerd kan worden.

Kan de minister reageren op het advies in het onderzoeksrapport om op Europees niveau af te dwingen op welke manier fabrikanten onderzoek moeten opzetten, zodat verschillende medicijnen beter met elkaar te vergelijken zijn?

In de aanbiedingsbrief heb ik aangegeven begin dit jaar kom met een nadere appreciatie van het MAUG-rapport. Mijn reactie op dit punt maakt daar onderdeel van uit. Binnenkort zal ik mijn opvolger u daarover per brief informeren.

En hoe kan Nederland samen met andere Europese landen optrekken om te reageren op het huidige beleid van de Verenigde Staten, waarbij bedrijven tot lagere prijzen

worden gedwongen waardoor de prijzen in Nederland en Europa weer stijgen?

Het op Europese patiënten en burgers afwentelen van afgedwongen prijsverlagingen elders om omzetverliezen te compenseren, gepaard met de waarschuwing dat geneesmiddelen anders later of niet in Europa worden geïntroduceerd, zouden mijn Europese collega's en ik als zeer ongepast beschouwen. Er vindt daarom geregeld overleg plaats tussen lidstaten over de ontwikkelingen en mogelijke effecten voor Europese landen om daar indien nodig (gezamenlijk) op in te kunnen spelen.

Hoe kijkt de minister daarnaast naar het cost-plus model voor de vergoeding van medicijnen, waarbij bovenop alle gemaakte kosten van de fabrikant een vast percentage of bedrag als winstmarge wordt opgeteld?

Ik begrijp de aantrekkelijkheid van dit model, omdat daarmee hoge prijzen en/of uitgaven aan geneesmiddelen beter verantwoord kunnen worden. Toch zie ik ook bezwaren tegen invoeren van een dergelijk model, met name omdat dit model niet goed past bij de in Nederland gehanteerde waarde benadering. Ik leg dit graag uit. Bij gelimiteerde budgetten zijn keuzes, ook in de zorg, onvermijdelijk. Het is dan belangrijk dat de uitgaven goed te verantwoorden zijn. Elke euro kan immers maar één keer worden uitgegeven. Dat betekent niet alleen dat de absolute waarde van een behandeling duidelijk moet zijn, maar ook de relatieve waarde: hoe effectief is een nieuwe behandeling in vergelijking met de standaardbehandeling, voegt de nieuwe behandeling waarde toe en zo ja, hoeveel? Waarbij de waarde dan wordt uitgedrukt in gezondheidswinst. Door dit gestandaardiseerd af te zetten tegen referentiewaarden voor de ziektelast, waarbij geldt: hoe ernstiger de ziekte, hoe hoger de bereidheid te betalen, zorgen we ervoor dat met het beschikbare budget zoveel mogelijk gezondheidswinst wordt behaald (kosteneffectiviteit). En dat laatste moet wel het uitgangspunt zijn.

Naast dit fundamentele bezwaar, zie ik ook praktische belemmeringen van een kostenbenadering. Ten eerste is het lastig de kosten toe te wijzen aan één geneesmiddel, omdat basaal of vroeg onderzoek vaak de basis is voor de ontwikkeling van meerdere geneesmiddelen, of juist helemaal tot niets leidt. Dat betekent dat met aannames gewerkt moet worden, die altijd ter discussie gesteld kunnen

worden. Daarnaast wordt met een kostenbenadering inefficiënte ontwikkeling beloond met een hogere prijs. Ik denk niet dat we voor een middel met gelijke waarde meer willen betalen, enkel omdat de kosten hoger waren. En ten derde zou ik, als ik in onderhandelingen transparantie zou afdwingen van de nettoprijzen, helaas geen of veel lagere kortingen meer kunnen overeenkomen met leveranciers. Ook dat zou betekenen dat we meer uitgeven, zonder dat we

daar gezondheidswinst voor terugkrijgen (of minder middelen met meerwaarde in Nederland tot beschikking zullen hebben). Ik merk daarbij op dat ook ik het uit oogpunt van het afleggen van verantwoording belangrijk vind om transparantie na te streven, maar dat ik, gesteld voor de keuze, toegankelijkheid uiteindelijk zwaarder vind wegen.

Een kostenbenadering biedt dus geen meerwaarde voor het Nederlandse vergoedingsbeleid, maar mogelijk wel risico's voor de toegankelijkheid. Daarbij geldt dat ik, gelet op het gelijkheids- en zorgvuldigheidsbeginsel, niet zomaar een uitzondering kan maken in bijzondere gevallen, zoals wanneer een bekende werkzame stof als nieuw geneesmiddel op de markt wordt gebracht tegen een excessieve prijs. De ACM kan in dergelijke gevallen ingrijpen, zoals ook in de casus Leadiant is gebeurd. Daarnaast heeft Zorginstituut Nederland in zijn maatschappelijke weging de mogelijkheid, en in vervolg op het MAUG-advies zal dat vertaald worden in een kwantitatief kortingsadvies, om de redelijkheid van de prijs mee te wegen in een pakketadvies aan mij als minister, waarbij overigens de waarde nog steeds centraal staat.

Kan deze methode mee worden genomen of nader uitgewerkt binnen één van de uitgangspunten?

Zoals hierboven toegelicht denk ik dat niet de methode maar (redelijke aannames over) de kostprijs meegenomen kunnen worden in de advisering van het Zorginstituut. Met name uitgangspunt 6 (de mate van innovatie beïnvloedt de maatschappelijk aanvaardbare prijs) lijkt mij hiervoor geschikt. Als er bijvoorbeeld sprake is van doorontwikkeling van een bestaand medicijn, zou dat een lagere prijs rechtvaardigen, omdat daarvoor minder onderzoek en investeringen nodig zijn.

Het is wat de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie namelijk van groot belang om kritisch te blijven op de

maatschappelijke aanvaardbare prijs die wordt betaald voor een medicijn als de winsten alsnog astronomisch hoog zijn. Als de prijs maatschappelijk aanvaardbaar is wil dat namelijk niet per definitie zeggen dat de prijs niet te hoog is. Denk bijvoorbeeld aan de recordomzet en enorme winsten die fabrikanten als AstraZeneca in 2025 behaalden. Vindt de minister dit maatschappelijk aanvaardbaar in het licht van de grote opgaven en daaraan gekoppelde uitgaven waar we als samenleving voor staan?

Laat ik beginnen met erop te wijzen dat winsten op zichzelf niet relevant zijn voor ons vergoedingsbeleid, omdat dat zich, zoals hierboven toegelicht, richt op de waarde van geneesmiddelen. Maar ik begrijp dat u een normatieve uitspraak van mij vraagt over de hoogte van de winsten van grote leveranciers. Op zichzelf heb ik geen bezwaar tegen (wereldwijde) winsten. Ik heb geen normatief kader om uitspraken te doen over de hoogte daarvan. Leveranciers moeten ook aantrekkelijk zijn voor financiers om leningen en (durf)kapitaal aan te trekken voor onderzoek naar en ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen. Uiteraard vind ik excessief hoge winsten, dat wil zeggen winsten die duidelijk hoger zijn dan horen bij het risicoprofiel van farmaceutische bedrijven, onwenselijk, te meer deze voor een groot deel worden opgebracht door publieke uitgaven.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie begrijpen daarnaast uit het beleidsadvies dat de minister verwacht door het kwantificeren van de genoemde uitgangspunten sneller tot een vergoedingsbesluit te kunnen komen. Met als gevolg dat de minister waarschijnlijk vaker nee moet gaan zeggen tegen een vraagprijs van een fabrikant omdat er geen sprake is van een maatschappelijk aanvaardbare prijs, waardoor patiënten geen toegang krijgen tot geneesmiddelen met mogelijke meerwaarde. Hoe verhoudt zich dit tot de sluisprocedure voor dure medicijnen? Verwacht de minister bijvoorbeeld dat hierdoor meer of juist minder medicijnen in de sluis terecht zullen komen, of dat bepaalde medicijnen niet meer voor de sluis in aanmerking komen?

Ik verwacht niet dat de doorontwikkeling van het beoordelingskader door het Zorginstituut naar aanleiding van de uitgangspunten in MAUG, zal leiden tot meer sluisgeneesmiddelen. De sluiscriteria zelf veranderen immers niet naar aanleiding van dit advies. Wel kan het zo zijn, zoals ook in de begeleidende brief gesteld, dat de pakketadviezen

zullen worden aangepast, met een kwantitatieve duiding van de uitgangspunten. Dat kan potentieel de doorlooptijd van een sluisprocedure verkorten, en dat lijkt mij een mooi gevolg. Maar, als een maatschappelijk aanvaardbare prijs betekent dat grotere kortingen nodig zijn dan alleen op basis van kosteneffectiviteit nodig zou zijn geweest, kan het ook betekenen dat het gat tussen de vraagprijs en mijn bereidheid tot betalen groter wordt, met langduriger onderhandelingen of onderhandelingen met een negatieve uitkomst tot gevolg.

In het beleidsadvies wordt tot slot het wetsvoorstel van het lid Bushoff genoemd dat als doel heeft dat de ACM ook fusies en overnames kan beoordelen die niet meldingsplichtig zijn bij de ACM als er gegronde redenen zijn om aan te nemen dat zich mededingingsproblemen kunnen voordoen. Ook onderzoekt de ACM de mogelijkheid van een “new competition tool”, waarbij de ACM na marktonderzoek aan specifieke ondernemingen voorschriften kan opleggen die de concurrentie bevorderen. Hoe verhouden deze beide voorstellen zich volgens de minister tot de gezamenlijke werkagenda MAUG en hoe kunnen deze voorstellen de werkagenda versterken? Kan de minister hier nader op ingaan?

Ik ben nog aan het onderzoeken hoe deze initiatieven zich tot elkaar verhouden, en mijn opvolger zal daar op terugkomen in de beleidsreactie op het MAUG-rapport.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het beleidsadvies over Maatschappelijk aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen (MAUG). Wat deze leden betreft is dit een goede basis voor de verdere discussie hierover. Deze leden zien uit naar de appreciatie van de adviezen die gericht zijn aan de minister van VWS.

De leden van de CDA-fractie hebben voor nu een vraag over de geopolitieke ontwikkelingen rondom de beschikbaarheid en betaalbaarheid van medicijnen, met name als het gaat om de ontwikkelingen in de Verenigde Staten. Deze leden willen van de gelegenheid gebruik maken om de minister te vragen uitgebreider in te gaan op de stand van zaken hiervan, de

gevolgen van de geopolitieke ontwikkelingen voor Europese producenten en patiënten, ons concurrentievermogen, de leveringsketens en de prijzen van geneesmiddelen in Europa en Nederland.

In de beantwoording richt ik mij op ontwikkelingen op het terrein van de gezondheidszorg. Ten aanzien van de geopolitieke ontwikkelingen rond prijzen van geneesmiddelen volg ik de ontwikkelingen op de voet, zowel nationaal als internationaal. Hoewel er in de Verenigde Staten maatregelen aangekondigd zijn om geneesmiddelenprijzen structureel te baseren op andere westerse landen en bedrijven daarop trachten te anticiperen, zijn er op dit moment voor Nederland nog geen directe effecten waar te nemen, noch is te goed te duiden of en zo ja, welke effecten er daadwerkelijk zullen optreden. Er is contact met de Europese collega's en ook in Nederland overleg ik met diverse partijen, waaronder farmaceutische bedrijven. Dit geeft mij de mogelijkheid om in Nederland, of samen met andere Europese landen te handelen indien dit nodig blijkt.

Het op Europese patiënten en burgers afwentelen van afgedwongen prijsverlagingen elders om omzetverliezen te compenseren, gepaard met de waarschuwing dat geneesmiddelen anders later of niet in Europa worden geïntroduceerd, zouden de Europese collega's en ik als zeer ongepast beschouwen. Zeker vanwege het feit dat er binnen Europa al langer discussie is over de hoogte van geneesmiddelenprijzen en de grote gevaren die dit voor de houdbaarheid van zorgsystemen met zich meebrengt.

Dankzij universele zorgstelsels in vrijwel alle landen vormt Europa met een wereldaandeel van ca. 23% een grote en stabiele afzetmarkt voor innovatieve geneesmiddelen en een interessante partner voor het aanjagen van innovatie. Gezondheidsdoelen, het belang van patiënten en economische waarde kunnen daarbij goed hand in hand gaan.

Bij de inzet van publieke middelen en zorgpremies is het van groot belang dat de inzet van zorg efficiënt en zorgvuldig gebeurt. Er wordt weliswaar waarde gehecht aan universele toegang tot geneesmiddelen met bewezen klinische meerwaarde, maar houdbaarheid van zorgstelsels en het verantwoord beschikbaar stellen van effectieve therapieën zijn van groot belang. Daarom kennen we in Europa op

wetenschap gestoelde en voorspelbare regels en procedures voor innovatie, markttoelating en vergoeding. Ze moeten voor duidelijkheid zorgen en belonen innovatie die aantoonbaar bijdraagt aan de maatschappelijke behoeften.

Europa blijft investeren in snellere toegang tot bewezen effectieve zorg. Daarbij ligt de nadruk op kwaliteit en efficiënt gebruik van publieke middelen. De onderzoeks- en kennisinfrastructuur ondersteunt onderzoek naar en toepassing van nieuwe geneesmiddelen.

Waar dat nodig is om het farmaceutisch systeem aan te passen aan de nieuwe en veranderende omgeving, zoekt Europa actief naar een goede balans tussen innovatie, toegang en betaalbare en toekomstbestendige zorg door wetgeving en beleidsmatige hervormingen.

De combinatie van maatschappelijke doelen, de grote afzetmarkt en de bereidheid tot samenwerking maakt Europa tot een winstgevende en strategisch aantrekkelijke partner voor de farmaceutische industrie.

Vragen en opmerkingen van de leden van de FVD-fractie

De leden van de FVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief inzake het beleidsadvies Maatschappelijk aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen (MAUG) en hebben de volgende vragen.

Wat zet de minister op Europees niveau in om meer transparantie over medicijnprijzen te realiseren?

Hoewel ik meer transparantie over de prijsopbouw van geneesmiddelen van harte toejuich, wil ik daarbij enkele kanttekeningen plaatsen.

In Nederland wordt bewust gekozen voor een waardebenadering van geneesmiddelen. Het is belangrijk om vast te stellen wat onze bereidheid tot betalen is, passend bij de waarde van een geneesmiddel voor de Nederlandse samenleving. De door de fabrikant gevraagde prijs (en de transparantie over de prijsopbouw) is daarbij in mindere mate relevant.

Deze meer 'vraag gestuurde' benadering draag ik ook actief uit in internationaal verband. Mede door Nederlandse inbreng zijn Europese landen van plan om de komende periode te verkennen hoe zo'n meer vraag gestuurde

benadering van geneesmiddelenvergoeding gerealiseerd kan worden.

Hoe borgt de minister dat (wees)geneesmiddelen met beperkte bewijslast tijdig toegankelijk zijn voor patiënten met ernstige aandoeningen en hoge onvervulde behandelbehoeften?

Ik vind het belangrijk om onderscheid te maken tussen weesindicaties met grotere aantallen patiënten¹⁴ en ultra-wees indicaties. Weesgeneesmiddelen worden via de reguliere vergoedingsroute beoordeeld en, indien wordt voldaan aan de pakketcriteria, opgenomen in het basispakket. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de ernst van de aandoening. Ook kan worden gekeken naar wat passend bewijs is. Bijvoorbeeld het gebruik van zogenaamde surrogaateindpunten waardoor op een eerder moment al iets gezegd kan worden over mogelijke effectiviteit in de toekomst. Ook kan de situatie zoals het ontbreken van andere behandelopties worden meegewogen. Daarbij kan het Zorginstituut mij ook adviseren over omstandigheden die spelen bij weesgeneesmiddelen, zoals hoge ontwikkelingskosten t.o.v. de terugverdienmogelijkheid. Ik kan daar bij de prijsonderhandelingen rekening mee houden.

In uitzonderingssituaties kunnen weesgeneesmiddelen ook in aanmerking komen voor de Voorwaardelijke Toelating (VT)¹⁵. De VT procedure is recent geëvalueerd¹⁶. Daarbij werd geadviseerd om voor ultra-weesgeneesmiddelen een alternatieve regeling op te zetten omdat het aantonen van effectiviteit volgens de reguliere vereisten daarbij vaak niet haalbaar is. Ik ben in overleg met het Zorginstituut over de aanbevelingen vanuit de evaluatie en de ideeën over de opvolging daarvan.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

¹⁴ Er is sprake van een weesgeneesmiddel wanneer de aandoening bij minder dan 5 op de 10.000 mensen voor komt. Dan kan het in Nederland nog steeds gaan om honderden patiënten.

¹⁵ [Voorwaardelijke toelating weesgeneesmiddelen, conditionals en exceptionals | Zorginstituut Nederland](#)

¹⁶ [Beleidsmatige evaluatie voorwaardelijke toelating van geneesmiddelen | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

De leden van de fractie BBB hebben kennisgenomen van het beleidsadvies ten aanzien van maatschappelijk aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen (MAUG). Deze leden hebben geen vragen aan de minister.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het beleidsadvies ten aanzien van maatschappelijk aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen (MAUG) en de reactie van het kabinet. Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

De leden van de SP-fractie vinden het goed dat er kritisch wordt gekeken naar de enorm hoge geneesmiddelenprijzen die commerciële farmaceutische bedrijven vaak vragen. Zij vinden echter dat de minister te weinig kijkt naar het vergroten van de transparantie van de opbouw van geneesmiddelenprijzen. Momenteel is vaak compleet onduidelijk of de productie- en ontwikkelkosten van een medicijn echt zo hoog zijn, of dat er vooral wordt geprobeerd om enorme winsten binnen te harken. Waarom neemt de minister niet veel meer stappen om dit te verbeteren op?

Ik kan de wens om tot transparantie van de prijsopbouw van geneesmiddelen te komen uiteraard goed volgen. Zeker als prijzen van geneesmiddelen hoog zijn en/of een grote budgettaire impact hebben, is de roep om een rechtvaardiging van die prijzen logisch. Toch zie ik geen meerwaarde van transparantie van de prijsopbouw in het Nederlandse vergoedingsbeleid, maar wel zie ik risico's zie voor de toegankelijkheid. Ik licht dat graag toe.

Bij gelimiteerde budgetten zijn keuzes, ook in de zorg, onvermijdelijk. Het is dan belangrijk dat de uitgaven goed te verantwoorden zijn. Elke euro kan immers maar één keer worden uitgegeven. Dat betekent niet alleen dat de absolute waarde van een behandeling duidelijk moet zijn, maar ook de relatieve waarde: hoe effectief is een nieuwe behandeling in vergelijking met de standaardbehandeling, voegt de nieuwe behandeling waarde toe en zo ja, hoeveel? Waarbij de waarde dan wordt uitgedrukt in gezondheidswinst. Door dit gestandaardiseerd af te zetten tegen referentiewaarden voor de ziektelast, waarbij geldt: hoe ernstiger de ziekte, hoe hoger de bereidheid te betalen, zorgen we ervoor dat met het

beschikbare budget zoveel mogelijk gezondheidswinst wordt behaald (kosteneffectiviteit). En dat laatste moet wel het uitgangspunt zijn. Kortom, in Nederland is voor vergoeding welbewust de waarde het uitgangspunt en niet de kosten.

Naast dit fundamentele bezwaar, zie ik ook praktische belemmeringen van een kostenbenadering. Ten eerste is het lastig de kosten toe te wijzen aan één geneesmiddel, omdat basaal of vroeg onderzoek vaak de basis is voor de ontwikkeling van meerdere geneesmiddelen, of juist helemaal tot niets leidt. Dat betekent dat met aannames gewerkt moet worden, die altijd ter discussie gesteld kunnen worden. Daarnaast wordt met een kostenbenadering inefficiënte ontwikkeling beloond met een hogere prijs. En ten derde zou ik, als ik in onderhandelingen transparantie zou afdwingen van de nettoprijzen, helaas geen of veel lagere kortingen meer kunnen overeenkomen met leveranciers. Ook dat zou betekenen dat we meer uitgeven, zonder dat we daar gezondheidswinst voor terugkrijgen (of minder middelen met meerwaarde in Nederland tot beschikking zullen hebben). Ik merk daarbij op dat ook ik het uit oogpunt van het afleggen van verantwoording belangrijk vind om transparantie na te streven, maar dat ik, gesteld voor de keuze, toegankelijkheid uiteindelijk zwaarder vind wegen.

Een kostenbenadering biedt dus geen meerwaarde voor het Nederlandse vergoedingsbeleid, maar mogelijk wel risico's voor de toegankelijkheid. Daarbij geldt dat ik, gelet op het gelijkheids- en zorgvuldigheidsbeginsel, niet zomaar een uitzondering kan maken in bijzondere gevallen, zoals wanneer een bekende werkzame stof als nieuw geneesmiddel op de markt wordt gebracht tegen een excessieve prijs. De ACM kan in dergelijke gevallen ingrijpen, zoals ook in de casus Leadiant is gebeurd. Daarnaast heeft Zorginstituut Nederland in zijn maatschappelijke weging de mogelijkheid, en in vervolg op het MAUG-advies zal

dat vertaald worden in een kwantitatief kortingsadvies, om de redelijkheid van de prijs mee te wegen in een pakketadvies aan mij als minister, waarbij overigens de waarde nog steeds centraal staat.

De leden van de SP-fractie benadrukken daarnaast dat de hoge geneesmiddelenprijzen ook grotendeels te maken hebben met de enorme afhankelijkheid van grote

commerciële geneesmiddelenbedrijven voor het ontwikkelen van geneesmiddelen. Is de minister bereid om veel meer in te zetten op het publiek ontwikkelen van geneesmiddelen, zodat er goedkopere alternatieven komen en de afhankelijkheid van commerciële ontwikkelaars wordt verminderd?

De SP fractie heeft mij eerder middels de motie Bushof en Dijk¹⁷ opgeroepen om een voorstel uit te werken voor een onafhankelijk fonds voor geneesmiddelenonderzoek. Ik heb opvolging gegeven aan deze motie in de Kamerbrief van september jongstleden¹⁸. Vooralsnog heb ik nog geen reactie ontvangen van uw Kamer op dit stuk. Als uw Kamer wenst om geneesmiddelenontwikkeling meer publiek te organiseren dan kan de genoemde Kamerbrief dienen als startpunt voor een discussie over de mogelijkheid en wenselijkheid van zo'n voorstel. In het voorstel heb ik aangegeven dat ik het onwenselijk vind om als overheid wetenschappers in dienst te nemen die zelf geneesmiddelen ontwikkelen. In plaats daarvan beschrijft de schets een samenhangend stelsel voor financiering met onderzoekssubsidies per fase van geneesmiddelenontwikkeling. In het algemeen kunnen we niet zonder de expertise van de farmaceutische industrie, vooral voor de latere fase van ontwikkeling, grootschalige productie van geneesmiddelen en het faciliteren van toegang en beschikbaarheid buiten Nederland. Het is voor academische ontwikkelaars meestal niet haalbaar om dit zelf te doen. Ik zet daarom in op synergie, zodat alle betrokken partijen hun expertise kunnen inzetten, en ondersteun initiatieven vanuit zowel de academie, als vanuit commerciële partijen. Bovendien heb ik de mogelijkheid om te onderhandelen over de prijs van geneesmiddelen wanneer sprake is van onaanvaardbaar hoge prijzen.

¹⁷ Vergaderjaar 2023–2024, Kamerstuk 29 477, nr. 881

¹⁸ Vergaderjaar 2025–2026, Kamerstuk 29477, nr. 947