
Vergaderjaar 2025-2026

29 477 Geneesmiddelenbeleid

R **VERSLAG VAN EEN NADER SCHRIFTELIJK OVERLEG**
Vastgesteld 2 juni 2026

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft nader schriftelijk overleg gevoerd met de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het **voorgehangen ontwerpregeling maximumprijzen geneesmiddelen**. Bijgaand brengt de commissie hiervan verslag uit. Dit verslag bestaat uit:

- De uitgaande brief van 31 maart 2026.
- De antwoordbrief van 29 mei 2026.

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

¹ Samenstelling:

Van Aelst-Den Uijl (SP), Bakker-Klein (CDA) (voorzitter), Baumgarten (JA21), Beukering (Fractie-Beukering), Bezaan (PVV), Fiers (GroenLinks-PvdA), Van Gasteren (Fractie-Van Gasteren), Van der Goot (OPNL), Griffioen (D66), Van Gulp (GroenLinks-PvdA), Janssen-van Helvoort (GroenLinks-PvdA) (ondervoorzitter), Kaljouw (VVD), Kemperman (FVD), Van Knapen (BBB), Koffeman (PvdD), Moonen (D66), Perin-Gopie (Volt), Van Rooijen (50PLUS), Roovers (GroenLinks-PvdA), Van de Sanden (Fractie-Van de Sanden), Steenkamp (CDA), Straus (VVD), Talsma (ChristenUnie), Thijssen (GroenLinks-PvdA), Visseren-Hamakers (Fractie-Visseren-Hamakers), De Vries (SGP), Walenkamp (Fractie-Walenkamp), Van Wijk (BBB)

BRIEF VAN DE VOORZITTER VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 31 maart 2026

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft met belangstelling kennisgenomen van de brief van 6 maart 2026, waarin u de vragen over de voorgehangen ontwerpregeling maximumprijzen geneesmiddelen per 1 april 2026 beantwoordt.² De leden van de fracties van de **BBB** en de **PVV** hebben naar aanleiding hiervan nog een aantal vervolgvragen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de fractie van de BBB

De leden van de fractie van de **BBB** danken u voor de beantwoording van de eerder gestelde vragen. Deze leden zetten echter wel vraagtekens bij de beantwoording.

Bij uw antwoord op vraag 2 schrijft u:

*"Helaas is het momenteel niet mogelijk een dergelijk overzicht te genereren vanuit het prijsapplicatiesysteem van het CIBG.³ Zoals bij de Eerste Kamer welbekend is er een brede politieke wens voor een kleinere overheid."*⁴ Afgezien van het feit dat de vervolgzin ingaat op een kleinere overheid (hetgeen volgens deze leden een nietszeggend antwoord zou kunnen zijn op alle kritische vragen naar besparingen en overheidsinstanties), vragen zij zich af wat met de eerste zin exact bedoeld wordt. Concreet:

1. Is het correct dat het CIBG geen analyse maakt van de voorgenomen prijswijzigingen op geneesmiddel- en/of werkzame-stofniveau en niet inventariseert welke prijzen er daadwerkelijk verhoogd of verlaagd worden?
2. Is het in dat geval correct dat er wijzigingen worden doorgevoerd zonder dat iemand een duidelijk en concreet beeld heeft van de geneesmiddelen die het betreft?

De leden van de BBB-fractie merken het volgende op. Zij begrijpen dat uw departement besparingsdoelen heeft. Zij begrijpen tevens dat de prijzen van geneesmiddelen één van de knoppen is waaraan het ministerie eenvoudig kan draaien om tot een besparing te komen. Helaas leiden lage prijzen van geneesmiddelen niet alleen tot besparingen, maar ook tot tekorten.

3. Wordt door het ministerie of door het CIBG in kaart gebracht wat de consequenties voor de zorgsector zijn, in financieel en organisatorisch opzicht, wanneer een geneesmiddel door een prijsverlaging niet meer beschikbaar is?
4. Wordt door het ministerie of door het CIBG in kaart gebracht wat de maatschappelijke consequenties zijn wanneer een geneesmiddel door de prijsverlaging niet meer beschikbaar is?

² *Kamerstukken I 2025/26, 29477, Q.*

³ CIBG: Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg.

⁴ *Kamerstukken I 2025/26, 29477, Q, p. 5.*

Deze leden weten dat voor geneesmiddeltekorten meerdere oorzaken aan te wijzen zijn. Niettemin zijn de lage prijzen in Nederland, zeker sinds de wijziging van het referentieland Duitsland in 2020, een belangrijk en niet te onderschatten onderdeel daarvan. Fabrikanten leveren nu eenmaal bij voorkeur hun product aan landen waar de prijsstelling voor hen gunstiger is.

Deze leden hebben getracht te vragen naar een risicoafweging bij het vaststellen van lagere prijzen. Die risicoafweging zou het volgende kunnen omvatten:

5. Wat zijn de gevolgen voor de beschikbaarheid wanneer de prijs van een geneesmiddel (verder) verlaagd wordt?
6. Als de beschikbaarheid door prijsverlaging onder druk komt te staan, zijn er dan voldoende alternatieven?

Op geen enkele wijze heeft u de leden van de BBB-fractie op dit vlak gerustgesteld of blijk gegeven van enige risicoafweging.

7. Wordt er een bewuste risicoafweging per geneesmiddel gemaakt, waarbij de prijsverlaging van soms een paar centen wordt afgezet tegen de gevolgen van een beperkte beschikbaarheid?
8. Zo ja, op basis waarvan? Deze leden zouden graag kennisnemen van de risicomatrix die door het ministerie en/of het CIBG gebruikt wordt.
9. Zo nee, zou het, gezien de grote maatschappelijke, financiële en organisatorische gevolgen van geneesmiddeltekorten, niet verstandig zijn dit te doen, alvorens halfjaarlijks de prijzen aan te passen?

Geneesmiddeltekorten hebben grote gevolgen voor de zorgsector en ook voor patiënten. Voor miljoenen mensen zijn geneesmiddelen dagelijkse, noodzakelijke kost en een geruststelling. Voor hen geldt dat wanneer zij uit een voor hen bekend doosje een pil nemen, waarvan zij samen met hun huisarts weten dat deze werkt, dit perspectief biedt: perspectief op een pijnloze dag, op een kwalitatief beter leven, op houvast.

Met de eerder gestelde vragen hebben de leden van de fractie van de BBB getracht inzicht te krijgen in de besluitvorming omtrent deze materie en de risico's die het ministerie tweemaal per jaar via de ontwerpregeling neemt. In de beantwoording wordt ingegaan op een "kleinere overheid", "brede samenwerking" en "ingewikkelde prijsapplicatiesystemen"; kortom, in 'wollige termen' wordt de kern van de vragen ontweken, menen deze leden. Zij merken daarnaast op dat de beantwoording de indruk zou kunnen wekken dat zij dit onderwerp onvoldoende zouden beheersen. De leden van de fractie van de BBB herkennen zich niet in dat beeld.

De vraag is: hoe nu verder? Deze leden zien uw reactie met belangstelling tegemoet.

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

De leden van de fractie van de PVV wensen u de volgende vragen te stellen.

De Kamer heeft in de zomer van 2025 expliciet om een transparanter overzicht van wijzigingen in de maximumprijzen verzocht.⁵ Uw ambtsvoorganger heeft dit verzoek niet gehonoreerd.

1. Kunt u uitleggen op grond van welke afweging dit verzoek destijds naast zich is neergelegd?
2. Bent u bereid toe te zeggen dat bij de volgende halfjaarlijkse herziening wél een overzicht van de wijzigingen (per geneesmiddel: oude en nieuwe maximumprijs, plus de reden van wijziging) aan de Kamer wordt voorgelegd? Zo nee, waarom niet?
3. Kunt u concreet opgeven hoeveel het zou kosten om het prijsapplicatiesysteem van het CIBG zo aan te passen dat bij elke herziening automatisch een overzicht wordt gegenereerd van de geneesmiddelen waarop een prijswijziging van toepassing is, inclusief de aard van de wijziging? Heeft het CIBG hiervoor reeds een kostenraming opgesteld?
4. Bent u bereid dit als verbetertraject op te nemen, gezien de expliciete Kamerwens en het belang van controleerbare prijsstelling voor de Kamer?
5. Kunt u een concreet overzicht geven van: (1) welke veldpartijen en systeempartijen er op dit moment deelnemen aan het overleg over eenduidige definities van geneesmiddeltekorten in het kader van het AZWA; (2) welke specifieke definitieafspraken er al zijn gemaakt, of op welke termijn deze verwacht worden; en (3) welke data-uitwisselingsafspraken al zijn vastgelegd?
6. Kunt u tot slot aangeven of er een deadline is gesteld voor het afronden van de inventarisatie van bestaande definities en wanneer de Kamer over de uitkomsten wordt geïnformeerd?

De leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport zien uw reactie met belangstelling tegemoet en ontvangen deze graag uiterlijk **28 april 2026**.

Greet Prins

Voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

⁵ *Kamerstukken I 2025/26, 29477, N, p. 6.*

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 mei 2026

Hierbij zend ik u de antwoorden op de nadere vragen van de leden van de fracties van de BBB en de PVV over de voorgehangen ontwerpregeling maximumprijzen geneesmiddelen per 1 april 2026.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Sophie Hermans

Antwoorden op nadere vragen van de leden van de fractie van de BBB over de voorgehangen ontwerpregelgeving maximumprijzen geneesmiddelen per 1 april 2026

Introductie

In de nadere vragen die door de leden van de fracties van de BBB en PVV zijn gesteld over de voorgehangen ontwerpregelgeving maximumprijzen geneesmiddelen per 1 april 2026 wordt opgemerkt dat de kern van de vragen in 'wollige termen' wordt ontweken en dat de beantwoording de indruk zou kunnen wekken dat de leden van de fracties het onderwerp onvoldoende zouden beheersen. Het kabinet wil benadrukken dat dit absoluut niet de bedoeling is geweest. Bepaalde factoren, zoals het huidige prijsapplicatiesysteem en bezuinigingen die binnen de Rijksoverheid doorgevoerd moeten worden (ook bij uitvoeringsorganisaties zoals het CIBG) spelen een rol in de keuze of een overzicht in de wijzigingen van de maximumprijzen aangeleverd kan worden. Vandaar dat dit in de vorige beantwoording uitgebreid is toegelicht. Vanwege de expliciete wens van de fracties en gezien de eerste inschatting van de kosten voor aanpassing van het prijsapplicatiesysteem lager is dan verwacht, is het kabinet bereid om te verkennen of een overzicht van de maximumprijswijzigingen kan worden opgesteld en aan de Kamer kan worden voorgelegd, en op welke termijn. Het overzicht zal nog niet vanaf de eerstvolgende voorhang van de maximumprijzen in juni aangeleverd kunnen worden, maar de inschatting is dat dit vanaf de 60^e herijking wel mogelijk is.

Het kabinet vindt het belangrijk om een volledig beeld over te brengen van de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp), de invloed van de Wgp op de beschikbaarheid van geneesmiddelen en de rol van de halfjaarlijkse herijking van de maximumprijzen hierin, juist om de fracties goed mee te nemen in de besluitvorming hieromtrent. Omdat bepaalde onderwerpen vaker terugkomen in de gestelde vragen wordt eerst stil gestaan bij de systematiek en noodzaak van de Wgp en de aandacht die er is voor het beschikbaarheid binnen deze wet. Daarna volgt de beantwoording van de vragen.

Op grond van de Wgp worden de maximumprijzen vastgesteld op basis van het gemiddelde van de prijzen van vergelijkbare geneesmiddelen in vier Europese vergelijkbare referentielanden. De maximumprijs wordt alleen vastgesteld voor geneesmiddelen waarvan de openbare lijstprijs in Nederland hoger is dan het berekende gemiddelde van de referentielanden.

Via deze systematiek zorgt de Wgp ervoor dat de Nederlandse geneesmiddelenprijzen niet boven het Europees gemiddelde uitkomen. Daarnaast waarborgt deze systematiek dat het in beginsel steeds mogelijk zal zijn het desbetreffende geneesmiddel met redelijke winst af te zetten op de Nederlandse markt. Het vaststellen van maximumprijzen blijft noodzakelijk, omdat de uitgaven aan geneesmiddelen jaarlijks toenemen. De uitgaven aan geneesmiddelen zijn in absolute zin gestegen, namelijk met 29% in 2025 ten opzichte van 2020.⁶ Ook de totale zorguitgaven blijven stijgen.⁷

Net als de Eerste Kamer heeft het kabinet oog voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen in Nederland. Momenteel werken we bijvoorbeeld aan de herziening van de Wgp. Daarbij wordt onder andere onderzocht voor welke geneesmiddelen de Wgp nog doelmatig en doeltreffend is. Binnen dit traject wordt het gesprek gevoerd met verschillende veldpartijen over mogelijke beleidsopties. De beschikbaarheid van een geneesmiddel is echter afhankelijk van veel meer factoren dan alleen de maximumprijs. Daarnaast is de werkelijke prijs ook afhankelijk van limieten die

⁶ [Kamerstukken II 2025/26, 36 800 XVI, nr. 2, p. 164](#)

⁷ [Kamerstukken II 2023/24, 36550-XVI, nr. 8, p. 7](#)

worden opgelegd door het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) of prijsafspraken binnen het inkoopbeleid van zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

Wanneer een verlaging van de maximumprijs zou leiden tot een minder aantrekkelijke markt met tot gevolg een afname in het aantal aanbieders van een geneesmiddel, kan dit een risico vormen voor de beschikbaarheid van een geneesmiddel. Een sterke één-op-één relatie tussen maximumprijzen en geneesmiddelentekorten ziet het kabinet echter niet. Binnen de Wgp worden risico's op beschikbaarheidsproblematiek reeds gemitigeerd door het toekennen van een opslag van 15% bovenop de maximumprijs bij productgroepen met een jaaromzet van minder dan €1 miljoen door de Tijdelijke beleidsregel maximumprijzen geneesmiddelen 2024 (hierna: Tijdelijke beleidsregel 2024). De Wgp biedt leveranciers daarnaast de mogelijkheid om een verzoek te doen tot wijziging van de maximumprijs wanneer een geneesmiddel niet (meer) met redelijke winst op de markt gehouden zou kunnen worden vanwege de te lage maximumprijs. Dit is het zogenaamde vangnet op basis van artikel 3, tweede lid, van de Wgp. Een dergelijk verzoek kan te allen tijde ingediend worden.

Vraag 1.

Is het correct dat het CIBG geen analyse maakt van de voorgenomen prijswijzigingen op geneesmiddel- en/of werkzame-stofniveau en niet inventariseert welke prijzen er daadwerkelijk verhoogd of verlaagd worden?

Antwoord 1.

Eerder hebben de leden van de fractie van de BBB gevraagd om een concreet overzicht van de geneesmiddelen te publiceren waarop een prijswijziging van toepassing is en om wat voor wijziging het gaat.⁸ Bij de beantwoording is de leden gemeld dat het momenteel technisch niet mogelijk is een dergelijk overzicht te genereren vanuit het prijsapplicatiesysteem van het CIBG. De leden van de fractie van de BBB vragen wat hier exact bedoeld wordt.

Het inzichtelijk maken van de prijswijzigingen vereist een technische aanpassing aan het prijsapplicatiesysteem. Het kabinet heeft er tot nu toe voor gekozen om niet te investeren in een dergelijke aanpassing. Hoewel belanghebbenden zelf de voorgehangen ontwerperegeling kunnen vergelijken met de geldende maximumprijzen, kan een overzicht van de prijswijzigingen deze vergelijking wel vergemakkelijken. Het kabinet is daarom bereid om te verkennen of een overzicht van de prijswijzigingen kan worden opgesteld en aan de Kamer kan worden voorgelegd. Het overzicht zal nog niet vanaf de eerstvolgende voorhang van de maximumprijzen in juni aangeleverd kunnen worden, maar de inschatting is dat dit vanaf de 60^e herijking wel mogelijk is. Het kabinet blijft wel bij het standpunt dat het overzicht niet van toegevoegde waarde is voor een correcte uitvoering van de Wgp, omdat individuele risicoafwegingen geen onderdeel zijn van de systematiek van de Wgp.

Vraag 2.

Is het in dat geval correct dat er wijzigingen worden doorgevoerd zonder dat iemand een duidelijk en concreet beeld heeft van de geneesmiddelen die het betreft?

Antwoord 2.

⁸ [Kamerstukken I 2025/26, 29477, 0](#)

Het CIBG publiceert bij iedere herijking een compleet overzicht met alle geneesmiddelen waarop een herijking betrekking heeft. Deze lijst wordt voorgehangen bij beide Kamers en gepubliceerd in de Staatscourant. Dit biedt leveranciers de gelegenheid om een zienswijze in te dienen en de ontwerpregeling te controleren op eventuele fouten. Het is dus niet zo dat de definitieve vaststelling plaatsvindt zonder dat iemand een duidelijk en concreet beeld heeft van de geneesmiddelen die een herijking betreft. Bovendien kan de ontwerpregeling worden vergeleken met de huidige Regeling maximumprijzen (Rmg) om inzicht te krijgen in (de aard van) prijswijzigingen.

Bovendien worden bijzondere wijzigingen, zoals bij toepassing van de Tijdelijke beleidsregel 2024 of een verzoek tot wijziging van de maximumprijs zoals bedoeld in artikel 3, tweede lid, van de Wgp, expliciet kenbaar gemaakt op de website van de afdeling Farmatec van het CIBG.⁹

De Wgp grijpt alleen in op geneesmiddelen met een Nederlandse lijstprijs die hoger is dan het gemiddelde in de vier referentielanden. Uit de systematiek van de Wgp volgt bovendien dat een vergelijkbaar geneesmiddel per definitie voor een lagere prijs beschikbaar is in één of meer referentielanden. Het kabinet acht het daarom niet noodzakelijk om aanvullende controles uit te voeren op de aard van eventuele prijswijzigingen.

Uiteraard onderzoekt het kabinet iedere herijking of het nodig is om nieuwe maximumprijzen vast te stellen. Omdat geneesmiddelenprijzen in de referentielanden kunnen veranderen, blijft het noodzakelijk om maximumprijzen opnieuw te ijken. Zo blijven de in Nederland geldende maximumprijzen actueel.

Vraag 3.

Wordt door het ministerie of door het CIBG in kaart gebracht wat de consequenties voor de zorgsector zijn, in financieel en organisatorisch opzicht, wanneer een geneesmiddel door een prijsverlaging niet meer beschikbaar is?

Vraag 4.

Wordt door het ministerie of door het CIBG in kaart gebracht wat de maatschappelijke consequenties zijn wanneer een geneesmiddel door de prijsverlaging niet meer beschikbaar is?

Antwoord 3 en 4.

De leden van de fractie van de BBB noemen de hoogte van de maximumprijs als één van de knoppen waar het ministerie eenvoudig aan kan draaien om tot een kostenbesparing te komen. Daarnaast menen de leden dat lage prijzen van geneesmiddelen niet alleen tot besparingen kunnen leiden, maar ook tot tekorten.

Het ministerie van VWS en het CIBG brengen niet gericht in kaart wat de financiële en organisatorische impact op de zorgsector is wanneer geneesmiddelen door prijsverlaging van de markt verdwijnen. In de praktijk blijkt dat tekorten aan

⁹ [*Tijdelijke beleidsregel maximumprijzen \(Farmatec\)*](#)

geneesmiddelen (ongeacht maximumprijs) de werkdruk in de zorgsector verhogen. Zorgverleners besteden extra tijd aan het vinden van geschikte alternatieven en aan het begeleiden van patiënten bij veranderingen in hun medicatie.

Bij signalen dat een geneesmiddel door een verlaging van de maximumprijs van de markt wordt gehaald, wijst het kabinet die betreffende leverancier op de mogelijkheid tot het indienen van een verzoek tot wijziging van de maximumprijs. Het kabinet heeft geen signalen gekregen dat er geneesmiddelen van de markt zijn verdwenen enkel en alleen door verlaging van de maximumprijs.

Wanneer een geneesmiddel, ongeacht de oorzaak, van de markt dreigt te verdwijnen, wordt door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) gekeken naar beschikbare therapeutische alternatieven. Meestal zijn er voldoende alternatieven. Maar in enkele gevallen vormt het verdwijnen van een geneesmiddel een probleem voor de patiënt. Het CBG onderzoekt dan welke mogelijkheden er zijn om het geneesmiddel voor de Nederlandse markt te behouden, bijvoorbeeld doordat de vergunning wordt overgenomen door een andere firma die het product beschikbaar kan houden, als de vergunninghouder hiertoe bereid is. In de herziening van de farmaceutische wetgeving wordt het aanbieden van de vergunning ter overname een verplichting voor bepaalde kritieke geneesmiddelen wanneer de vergunninghouder het van de markt haalt of de registratie doorhaalt.¹⁰ Binnen het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) is hierover een afspraak gemaakt met koepels van zorgaanbieders, zorgprofessionals, zorgverzekeraars en leveranciers. De partijen zetten zich in om gezamenlijk te voorkomen dat doorhaling van registraties leidt tot onwenselijke verschraving van het aanbod. Tegelijkertijd onderzoekt het kabinet maatregelen om in gevallen zelf actie te ondernemen om registraties van kritieke geneesmiddelen te behouden.¹¹

De verbetering van de beschikbaarheid van geneesmiddelen is ook opgenomen in het AZWA. De verdere uitwerking van deze afspraken vindt plaats in samenwerking met alle partijen in de geneesmiddelenketen. Na ondertekening is gestart met de implementatie van zes concrete maatregelen die gericht zijn op het verbeteren van de beschikbaarheid van bestaande geneesmiddelen. De AZWA-maatregelen zijn onder meer bedoeld om de (administratieve) lasten als gevolg van tekorten te verlagen, zodat zorgverleners en apothekers meer ruimte krijgen voor hun kerntaken. Daarnaast wordt gewerkt aan betere informatievoorziening richting patiënten, waardoor de tijd die zorgverleners besteden aan uitleg over tekorten kan worden verminderd. Geneesmiddelentekorten worden veroorzaakt door diverse factoren en hebben gevolgen voor meerdere partijen binnen de zorgketen. Het betreft daarmee een complex en multifactorieel probleem, waarbij niet één enkele factor, zoals prijsontwikkeling, doorslaggevend is voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Dit onderstreept het belang van samenwerking en gezamenlijke afspraken tussen betrokken partijen. In de Kamerbrief van 1 april 2026 heeft het kabinet de Tweede Kamer geïnformeerd over de

¹⁰ [Kamerstukken II, 2025/26, 29 477, nr. 968](#)

¹¹ [Kamerstukken II, 2025/26, 29477, nr. 969](#)

voortgang van de maatregelen om de beschikbaarheid van geneesmiddelen te verbeteren.¹²

Ondertussen nemen mijn voorgangers en dit kabinet maatregelen die leiden tot hogere maximumprijzen om het risico op beschikbaarheidsproblemen te verkleinen. Daarnaast mitigeert het kabinet mogelijke beschikbaarheidsrisico's van de Wgp aan de onderkant van de markt met de Tijdelijke beleidsregel 2024.

Vraag 5.

Wat zijn de gevolgen voor de beschikbaarheid wanneer de prijs van een geneesmiddel (verder) verlaagd wordt?

Antwoord 5.

De leden van de fractie van de BBB schrijven dat “de lage prijzen in Nederland, zeker sinds de wijziging van het referentieland Duitsland in 2020, een belangrijk en niet te onderschatten onderdeel” zijn van geneesmiddelentekorten, omdat “fabrikanten nu eenmaal bij voorkeur hun product leveren aan landen waar de prijsstelling voor hen gunstiger is”. De leden stellen daarom een risicoafweging voor bij het vaststellen van lagere maximumprijzen, met daarin onder andere de vraag wat de gevolgen zijn voor de beschikbaarheid wanneer de maximumprijs van een geneesmiddel (verder) verlaagd wordt.

De gevolgen voor de beschikbaarheid zijn niet in te schatten door uitsluitend naar de maximumprijs te kijken. Geneesmiddelentekorten worden veroorzaakt door diverse factoren en raken meerdere partijen binnen de zorgketen. Het betreft daarmee een complex, mondiaal en multifactorieel probleem, waarbij niet één enkele factor, zoals ontwikkeling van prijslimieten doorslaggevend is voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen.

Bovendien is het effect van de wijziging van het referentieland Duitsland beperkt, omdat de prijsverlagingen in eerste instantie juist zijn uitgesteld.¹³ Uit de evaluatie van de landenwissel is verder gebleken dat het effect op Nederlandse lijstprijzen ten opzichte van het Europees gemiddelde beperkt is.¹⁴ Bovendien blijkt uit recent onderzoek van TLV, het Zweedse equivalent van het Zorginstituut Nederland, dat het prijsniveau voor geneesmiddelen met generieke competitie in Nederland zelfs toeneemt ten opzichte van andere Europese landen.¹⁵ Daar komt bij dat veel leveranciers in de praktijk in staat zijn om met zorgverzekeraars of ziekenhuizen tot prijsafspraken te komen, waarbij kortingen worden gerealiseerd tot (ver) onder de maximumprijs. De maximumprijs is daarin niet de beperkende factor. Zo heeft meer dan de helft van de geregistreerde geneesmiddelen in de Z-index een maximumprijs (peildatum april 2026). Het overige deel krijgt geen maximumprijs, onder andere omdat de Nederlandse lijstprijs lager is dan de berekende maximumprijs.

¹² [Kamerstukken II, 2025/26, 29477, nr. 969](#)

¹³ [Tijdelijke beleidsregel maximumprijzen geneesmiddelen 2020 - BWBR0043802](#)

¹⁴ [Evaluatie wetwijziging referentielanden Wet geneesmiddelenprijzen](#)

¹⁵ [International price comparison 2025 - An analysis of Swedish pharmaceutical prices in relation to 19 other European countries](#)

Daarnaast is 10% van de geregistreerde geneesmiddelen in de Z-index preferent aangewezen door één of meer verzekeraars. In deze gevallen is de werkelijke prijs zelfs lager dan de lijstprijs.

Mogelijke beschikbaarheidsrisico's van de Wgp aan de onderkant van de markt worden gemitigeerd met de Tijdelijke beleidsregel 2024. Deze maatregel biedt een opslag van 15% bovenop de berekende maximumprijs en is bedoeld om te voorkomen dat geneesmiddelen met lage winstmarges uit de markt verdwijnen.¹⁶ Daarnaast voorziet de Wgp in een vangnet. Artikel 3, tweede lid, van de Wgp stelt leveranciers in staat om een verzoek te doen tot het (tijdelijk) schrappen van de maximumprijs wanneer een geneesmiddel niet met redelijke winst op de Nederlandse markt gehouden kan worden. Op dit moment zijn er in totaal 56 geneesmiddelen waarvoor leveranciers hebben kunnen aantonen dat vanwege de (voorgenomen) maximumprijs geen redelijke winst behaald kon worden. Voor deze geneesmiddelen is een vrijstelling gegeven op de vastgestelde maximumprijs.¹⁷

Vraag 6.

Als de beschikbaarheid door prijsverlaging onder druk komt te staan, zijn er dan voldoende alternatieven?

Antwoord 6.

Als onderdeel van een risicoafweging bij het vaststellen van lagere prijzen, stellen de leden van de fractie van de BBB ook voor om te onderzoeken of er voldoende alternatieven zijn als de beschikbaarheid door prijsverlaging onder druk komt te staan.

Dit hangt af van de specifieke situatie. Wanneer een geneesmiddel, ongeacht de oorzaak, van de markt dreigt te verdwijnen, wordt door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) gekeken naar beschikbare therapeutische alternatieven. Meestal zijn er voldoende alternatieven. Maar in enkele gevallen vormt het verdwijnen van een geneesmiddel een probleem voor de patiënt.

Het CBG onderzoekt dan welke mogelijkheden er zijn om het geneesmiddel voor de Nederlandse markt te behouden, bijvoorbeeld doordat de vergunning wordt overgenomen door een andere firma die het product beschikbaar kan houden, als de vergunninghouder hiertoe bereid is. In de herziening van de farmaceutische wetgeving wordt het aanbieden van de vergunning ter overname een verplichting voor bepaalde kritieke geneesmiddelen wanneer de vergunninghouder het van de markt haalt of de registratie doorhaalt.¹⁸

Binnen het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) is hierover ook een afspraak gemaakt met koepels van zorgaanbieders, zorgprofessionals, zorgverzekeraars en leveranciers. De partijen zetten zich in om gezamenlijk te

¹⁶ [Beslisnota, Reguliere Wgp-herijking per 1 april 2026 - Kenmerk ontwerperegeling en aanbiedingsbrieven Eerste en Tweede Kamer, kenmerk 4301210-1091680-GMT](#)

¹⁷ [Bijlage overzicht toegekende artikel 3 lid 2 verzoeken](#)

¹⁸ [Kamerstukken II, 2025/26, 29 477, nr. 968](#)

voorkomen dat doorhaling van registraties leidt tot onwenselijke verschraling van het aanbod. Tegelijkertijd onderzoekt het kabinet maatregelen om in gevallen zelf actie te ondernemen om registraties van kritieke geneesmiddelen te behouden.¹⁹

Vraag 7.

Wordt er een bewuste risicoafweging per geneesmiddel gemaakt, waarbij de prijsverlaging van soms een paar centen wordt afgezet tegen de gevolgen van een beperkte beschikbaarheid?

Vraag 8.

Zo ja, op basis waarvan? Deze leden zouden graag kennisnemen van de risicomatrix die door het ministerie en/of het CIBG gebruikt wordt.

Antwoord 7 en 8.

Het CIBG maakt geen individuele risicoafweging per geneesmiddel bij de halfjaarlijkse prijsaanpassingen omdat de Wgp een generieke methodiek voorschrijft. Deze methodiek is gebaseerd op algemene, wettelijke regels en niet gebaseerd op individuele (risico)afwegingen op het niveau van geneesmiddelen of werkzame stof. Het in een eerdere vraag gevraagde overzicht is dus niet noodzakelijk voor een correcte uitvoering van de Wgp. Daarnaast vormt het analyseren van deze informatie ten behoeve van een individuele risicoafweging per geneesmiddel een significante operationele belasting, zonder dat dit direct bijdraagt aan het voorkomen van tekorten. Een risicomatrix is daarom ook niet beschikbaar.

Zoals de leden van de fractie van de BBB aangeven, is de beschikbaarheid van een geneesmiddel afhankelijk van veel meer factoren dan alleen de prijs en is de uiteindelijke prijs op haar beurt afhankelijk van veel meer dan alleen de Wgp. Daarom zet het kabinet in op een samenhangend pakket aan maatregelen op verschillende vlakken.²⁰ Het leggen van een direct verband tussen een prijsverlaging als gevolg van de Wgp en de onzekere gevolgen van een beperkte beschikbaarheid zou een versimpeling van de werkelijkheid zijn die geen recht doet aan de werkelijkheid.

Daarnaast verwijst het kabinet naar Antwoord 5, waarin onder andere het vangnet en het mitigerend beleid is genoemd. Beiden moeten er voor zorgen dat verlagingen van de maximumprijs de winstgevendheid van geneesmiddelen in Nederland niet eroderen. Bovendien blijft het uitgangspunt van de Wgp overeind, namelijk dat het mogelijk moet zijn om een geneesmiddel op de markt te kunnen houden met redelijke winst. De maximumprijs is ten slotte een gemiddelde van de openbare prijzen in de referentielanden. Een verlaging van de maximumprijs betekent dat de openbare prijs in één of meer referentielanden gedaald is. Wanneer de maximumprijs op grond van de Wgp toch een probleem zou vormen, wordt de leverancier verwezen naar de mogelijkheid tot het indienen van een verzoek tot wijziging van de maximumprijs.

Vraag 9.

¹⁹ [Kamerstukken II, 2025/26, 29477, nr. 969](#)

²⁰ [Kamerstukken II, 2025/26, 29477, nr. 969](#)

Zo nee, zou het, gezien de grote maatschappelijke, financiële en organisatorische gevolgen van geneesmiddeltekorten, niet verstandig zijn dit te doen, alvorens halfjaarlijks de prijzen aan te passen?

Antwoord 9.

Geneesmiddeltekorten vormen een complex en multifactorieel probleem, waarbij niet één enkele factor, zoals de ontwikkeling van de maximumprijs, doorslaggevend is voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Dit betekent dat beleid dat zich uitsluitend richt op (halfjaarlijkse) aanpassingen van de maximumprijzen onvoldoende zal zijn om de beschikbaarheid structureel te borgen.

Een risicoafweging voor alle geregistreerde geneesmiddelen met een maximumprijs vormt een aanzienlijke operationele belasting, zonder dat dit direct bijdraagt aan het voorkomen van tekorten. Leveranciers maken namelijk hun eigen strategische en financiële afwegingen voor de Nederlandse geneesmiddelenmarkt. In de praktijk blijken veel leveranciers zelfs een korting op de lijstprijs te kunnen bieden. In combinatie met het vangnet en het mitigerend beleid concludeert het kabinet dat het niet nodig is om een risicoafweging te implementeren.

In plaats daarvan zet het kabinet in op een samenhangend pakket aan maatregelen op verschillende vlakken. In de Kamerbrief van 1 april 2026 is de Kamer geïnformeerd over de voortgang van deze maatregelen, die gezamenlijk gericht zijn op het verbeteren van de beschikbaarheid van geneesmiddelen, zoals het stimuleren van productie dichtbij huis en het aanleggen van extra voorraden van kritieke geneesmiddelen.²¹ Daarnaast wordt binnen het herzieningstraject van de Wgp onder andere onderzocht of prijsdruk voor bepaalde groepen geneesmiddelen mogelijk verlicht kan worden. Het kabinet erkent daarmee het belang van het voorkomen van geneesmiddeltekorten en de maatschappelijke impact daarvan.

Antwoorden op nadere vragen van de leden van de fractie van de PVV over de voorgehangen ontwerperegeling maximumprijzen geneesmiddelen per 1 april 2026

Introductie

In de nadere vragen die door de leden van de fracties van de BBB en PVV zijn gesteld over de voorgehangen ontwerperegeling maximumprijzen geneesmiddelen per 1 april 2026 wordt opgemerkt dat de kern van de vragen in 'wollige termen' wordt ontweken en dat de beantwoording de indruk zou kunnen wekken dat de leden van de fracties het onderwerp onvoldoende zouden beheersen. Het kabinet wil benadrukken dat dit absoluut niet de bedoeling is geweest. Bepaalde factoren, zoals het huidige prijsapplicatiesysteem en bezuinigingen die binnen de Rijksoverheid doorgevoerd moeten worden (ook bij uitvoeringsorganisaties zoals het CIBG) spelen een rol in de keuze of een overzicht in de wijzigingen van de maximumprijzen aangeleverd kan worden. Vandaar dat dit in de vorige beantwoording uitgebreid is toegelicht. Vanwege de expliciete wens van de fracties en gezien de eerste inschatting van de kosten voor aanpassing van het prijsapplicatiesysteem lager is dan verwacht, is het kabinet bereid om te verkennen of een overzicht van de maximumprijswijzigingen kan worden opgesteld en aan de Kamer kan worden voorgelegd, en op welke termijn. Het overzicht zal nog niet vanaf de eerstvolgende voorhang van de maximumprijzen in juni

²¹ [Kamerstukken II, 2025/26, 29477, nr. 969](#)

aangeleverd kunnen worden, maar de inschatting is dat dit vanaf de 60^e herijking wel mogelijk is.

Het kabinet vindt het belangrijk om een volledig beeld over te brengen van de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp), de invloed van de Wgp op de beschikbaarheid van geneesmiddelen en de rol van de halfjaarlijkse herijking van de maximumprijzen hierin, juist om de fracties goed mee te nemen in de besluitvorming hieromtrent. Omdat bepaalde onderwerpen vaker terugkomen in de gestelde vragen wordt eerst stil gestaan bij de systematiek en noodzaak van de Wgp en de aandacht die er is voor het beschikbaarheid binnen deze wet. Daarna volgt de beantwoording van de vragen.

Op grond van de Wgp worden de maximumprijzen vastgesteld op basis van het gemiddelde van de prijzen van vergelijkbare geneesmiddelen in vier Europese vergelijkbare referentielanden. De maximumprijs wordt alleen vastgesteld voor geneesmiddelen waarvan de openbare lijstprijs in Nederland hoger is dan het berekende gemiddelde van de referentielanden.

Via deze systematiek zorgt de Wgp ervoor dat de Nederlandse geneesmiddelenprijzen niet boven het Europees gemiddelde uitkomen. Daarnaast waarborgt deze systematiek dat het in beginsel steeds mogelijk zal zijn het desbetreffende geneesmiddel met redelijke winst af te zetten op de Nederlandse markt. Het vaststellen van maximumprijzen blijft noodzakelijk, omdat de uitgaven aan geneesmiddelen jaarlijks toenemen. De uitgaven aan geneesmiddelen zijn in absolute zin gestegen, namelijk met 29% in 2025 ten opzichte van 2020.²² Ook de totale zorguitgaven blijven stijgen.²³

Net als de Eerste Kamer heeft het kabinet oog voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen in Nederland. Momenteel werken we bijvoorbeeld aan de herziening van de Wgp. Daarbij wordt onder andere onderzocht voor welke geneesmiddelen de Wgp nog doelmatig en doeltreffend is. Binnen dit traject wordt het gesprek gevoerd met verschillende veldpartijen over mogelijke beleidsopties. De beschikbaarheid van een geneesmiddel is echter afhankelijk van veel meer factoren dan alleen de maximumprijs. Daarnaast is de werkelijke prijs ook afhankelijk van limieten die worden opgelegd door het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) of prijsafspraken binnen het inkoopbeleid van zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

Wanneer een verlaging van de maximumprijs zou leiden tot een minder aantrekkelijke markt met tot gevolg een afname in het aantal aanbieders van een geneesmiddel, kan dit een risico vormen voor de beschikbaarheid van een geneesmiddel. Een sterke één-op-één relatie tussen maximumprijzen en geneesmiddelentekorten ziet het kabinet echter niet. Binnen de Wgp worden risico's op beschikbaarheidsproblematiek reeds gemitigeerd door het toekennen van een opslag van 15% bovenop de maximumprijs bij productgroepen met een jaaromzet van minder dan €1 miljoen door de Tijdelijke beleidsregel maximumprijzen geneesmiddelen 2024 (hierna: Tijdelijke beleidsregel 2024). De Wgp biedt leveranciers daarnaast de mogelijkheid om een verzoek te doen tot wijziging van de maximumprijs wanneer een geneesmiddel niet (meer) met redelijke winst op de markt gehouden zou kunnen worden vanwege de te lage maximumprijs. Dit is het zogenaamde vangnet op basis van artikel 3, tweede lid, van de Wgp. Een dergelijk verzoek kan te allen tijde ingediend worden.

Vraag 1.

Kunt u uitleggen op grond van welke afweging dit verzoek destijds naast zich is neergelegd?

²² [Kamerstukken II 2025/26, 36 800 XVI, nr. 2, p. 164](#)

²³ [Kamerstukken II 2023/24, 36550-XVI, nr. 8, p. 7](#)

Antwoord 1.

De leden van de fractie van de PVV reflecteren op het volgende: "De Kamer heeft in de zomer van 2025 expliciet om een transparanter overzicht van wijzigingen in de maximumprijzen verzocht. Uw ambtsvoorganger heeft dit verzoek niet gehonoreerd." De leden vragen zich af waarom dit verzoek destijds naast zich neergelegd is.

Het verzoek om een gedetailleerd overzicht van prijswijzigingen per geneesmiddel is destijds naast zich neergelegd omdat een dergelijk overzicht voor de desbetreffende ontwerperegeling niet beschikbaar was in het prijsapplicatiesysteem van het CIBG, zoals in de beantwoording van de vragen van de Eerste Kamer van februari 2026 reeds is aangegeven.²⁴ Het inzichtelijk maken van de prijswijzigingen vereist een technische aanpassing aan het prijsapplicatiesysteem. Er is toegelicht waarom ervoor gekozen is om niet te investeren in een dergelijke aanpassing. Het analyseren van deze informatie ten behoeve van een individuele risicoafweging per geneesmiddel vormt een significante operationele belasting, zonder direct bij te dragen aan het voorkomen aan tekorten. Daarnaast is het gevraagde overzicht niet van belang voor een correcte uitvoering van de Wgp. De Wgp hanteert namelijk algemene, wettelijke regels waarbij geen individuele afwegingen worden gemaakt op basis van prijswijzigingen.

Hoewel belanghebbenden zelf de voorgehangen ontwerperegeling kunnen vergelijken met de geldende maximumprijzen, kan een overzicht van de prijswijzigingen deze vergelijking vergemakkelijken. Het kabinet is daarom bereid om te verkennen of een overzicht van de prijswijzigingen toch kan worden opgesteld en aan de Kamer kan worden voorgelegd. Het overzicht zal nog niet vanaf de eerstvolgende voorhang van de maximumprijzen in juni aangeleverd kunnen worden, maar de inschatting is dat dit vanaf de 60^e herijking wel mogelijk is.

Vraag 2.

Bent u bereid toe te zeggen dat bij de volgende halfjaarlijkse herziening wél een overzicht van de wijzigingen (per geneesmiddel: oude en nieuwe maximumprijs, plus de reden van wijziging) aan de Kamer wordt voorgelegd? Zo nee, waarom niet?

Vraag 3.

Kunt u concreet opgeven hoeveel het zou kosten om het prijsapplicatiesysteem van het CIBG zo aan te passen dat bij elke herziening automatisch een overzicht wordt gegenereerd van de geneesmiddelen waarop een prijswijziging van toepassing is, inclusief de aard van de wijziging? Heeft het CIBG hiervoor reeds een kostenraming opgesteld?

Vraag 4.

Bent u bereid dit als verbetertraject op te nemen, gezien de expliciete Kamerwens en het belang van controleerbare prijsstelling voor de Kamer?

Antwoord 2, 3 en 4.

²⁴ [Kamerstukken I, 2025/26, 29477, 0, p.5](#)

Hoewel belanghebbenden zelf de voorgehangen ontwerpregeling kunnen vergelijken met de geldende maximumprijzen, kan een overzicht van de prijswijzigingen deze vergelijking wel vergemakkelijken. Het kabinet is daarom bereid om te verkennen of een overzicht van de maximumprijswijzigingen kan worden opgesteld en aan de Kamer kan worden voorgelegd, en op welke termijn dat mogelijk is. Naar schatting kost deze aanpassing aan het prijsapplicatiesysteem € 4.562 (op basis van nacalculatie). Het kabinet hecht eraan te zeggen dat het overzicht niet nodig is voor een correcte uitvoering van de Wgp omdat individuele risicoafwegingen geen onderdeel zijn van de systematiek van de Wgp.

Het is niet nodig om de reden van de wijziging van de maximumprijs te vermelden. De reden van wijziging van een maximumprijs is in alle gevallen te herleiden naar een prijswijziging in één of meer referentielanden. Uitzonderingen op die regel (vervallen maximumprijzen door het vangnet en hogere maximumprijzen door mitigerend beleid) worden afzonderlijk gepubliceerd.

Vraag 5.

Kunt u een concreet overzicht geven van: (1) welke veldpartijen en systeempartijen er op dit moment deelnemen aan het overleg over eenduidige definities van geneesmiddeltekorten in het kader van het AZWA; (2) welke specifieke definitieafspraken er al zijn gemaakt, of op welke termijn deze verwacht worden; en (3) welke data-uitwisselingsafspraken al zijn vastgelegd?

Antwoord 5.

Het ministerie van VWS is samen met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Nederlandse Apothekers Coöperatie (NApCO), de Associatie van Ketenapotheken (ASKA), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), BG Pharma, Bogin, Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen (VIG), Generieke Leveranciers Nederland (GLN), het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) gestart met de uitwerking van de gemaakte afspraak om te komen tot eenduidige definities.

Aanvullend wordt afgestemd met de overige partijen die ook deelnemen aan het AZWA-overleg om de beschikbaarheid van geneesmiddelen te verbeteren (AZWA afspraak E5).²⁵ Dit zijn de Patiëntenfederatie Nederland, Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), Optima Farma, Federatie Medische Specialisten (FMS), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Universitair Medische Centra Nederland (UMCNL).

Het verwachte resultaat is een gedragen lijst met definities van de termen die gehanteerd worden om de (on)beschikbaarheid van geneesmiddelen te beschrijven. Momenteel zijn de partijen bezig om alle huidige definities die in de praktijk gebruikt worden in te kaart brengen. Vervolgens werken de partijen samen aan het

²⁵ [*Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord \(Onderhandelaarsakkoord\)*](#)

formuleren van definities, wat moet leiden tot de gedragen lijst. Het streven is om in het derde kwartaal van 2026 de eenduidige definities van tekorten vast te leggen.

Met partijen is afgesproken dat het hebben van eenduidige definities een randvoorwaarde vormt voor het maken van verdere afspraken over data-uitwisseling. Dit betekent dat de uitwerking van de afspraken omtrent data-uitwisseling pas starten nadat de eenduidige definities zijn vastgesteld.

Vraag 6.

Kunt u tot slot aangeven of er een deadline is gesteld voor het afronden van de inventarisatie van bestaande definities en wanneer de Kamer over de uitkomsten wordt geïnformeerd?

Antwoord 6.

Naar verwachting zijn in het derde kwartaal van 2026 eenduidige definities van tekorten vastgesteld. Rond de zomer wordt de Tweede Kamer geïnformeerd over de werkagenda van het AZWA afspraak E5: Betere Beschikbaarheid Geneesmiddelen.²⁶ Ook wordt de Tweede Kamer blijvend over het AZWA geïnformeerd via de periodieke voortgangsbrieven over de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Daarin wordt, wanneer relevant, ook de voortgang van het opstellen van de eenduidige definities van tekorten meegenomen. Het kabinet zal de brief waarin de Tweede Kamer wordt geïnformeerd over het opstellen van eenduidige definities van tekorten ook naar de Eerste Kamer sturen.

²⁶ [*Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord \(Onderhandelaarsakkoord\)*](#)