

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
4419384-1100147-GMT

Bijlagen
1

Datum document
11 juni 2026

Datum 31 augustus 2026
Betreft Kamervragen

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres met
vermelding van de datum en het
kenmerk van deze brief.*

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het lid Wiersma (BBB) over het bericht 'Nederlanders patiënt kan voor nieuwe behandeling of medicijn beter naar Duitsland verhuizen' (2026Z12772).

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Sophie Hermans

Antwoorden op Kamervragen van het lid Wiersma (BBB) over het bericht 'Nederlanders patiënt kan voor nieuwe behandeling of medicijn beter naar Duitsland verhuizen' (2026Z12772) (ingezonden d.d. 11 juni 2026).

Vraag 1.

Bent u bekend met het bericht 'Nederlanders patiënt kan voor nieuwe behandeling of medicijn beter naar Duitsland verhuizen' en met de onderliggende analyse van de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen naar 51 geneesmiddelen en indicaties die op 20 maart 2026 in de sluis zaten?¹

Antwoord 1.

Ja, ik ben hiermee bekend.

Vraag 2.

Klopt het dat van deze 51 middelen in Nederland geen enkel middel beschikbaar is voor patiënten, terwijl daarvan in Duitsland 48 middelen wél beschikbaar zijn? Hoe verklaart u dat Nederland hier slechter scoort dan veel andere Europese landen?

Antwoord 2.

In Duitsland werkt de vergoedingsprocedure anders dan in Nederland. In Nederland wordt een duur geneesmiddel eerst beoordeeld en daarna wel of niet toegelaten tot het basispakket. In Duitsland wordt een geneesmiddel eerst toegelaten en wordt pas daarna de beoordeling en prijsonderhandeling gestart. In de beantwoording van vraag 10 ga ik hier nader op in.

De Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen (VIG) maakt in haar analyse niet duidelijk of het om alle of om bepaalde indicaties van een geneesmiddel zou gaan. Een geneesmiddel kan bijvoorbeeld al onderdeel zijn van het basispakket voor een bepaalde aandoening, terwijl het voor een nieuwe indicatie nog in de geneesmiddelenluis verblijft. Zonder inzicht in de betreffende indicaties kan daardoor ten onrechte de indruk ontstaan dat een geneesmiddel helemaal niet beschikbaar is voor Nederlandse patiënten.

Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft naar de desbetreffende geneesmiddelen gekeken en voor de meest aannemelijke indicatie bekeken waarom het geneesmiddel voor die indicatie niet is opgenomen in het basispakket.

Daaruit blijkt dat:

- Voor 10 geneesmiddelen/indicaties is vastgesteld dat niet wordt voldaan aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' (SWP).² Dat betekent dat deze middelen op basis van het wetenschappelijke bewijs geen therapeutische meerwaarde of gelijke waarde hebben ten opzichte van de standaardbehandeling. Deze middelen komen hierdoor niet in aanmerking voor vergoeding uit het basispakket. Het indienen van aanvullende of nieuwe gegevens door de leveranciers bij het Zorginstituut kan aanleiding geven tot herbeoordeling, wat kan resulteren in een aangepast advies.

¹ AD, 10 juni 2026, 'Nederlandse patiënt kan voor nieuwe behandeling of medicijn beter naar Duitsland verhuizen', <https://www.ad.nl/buitenland/nederlandse-patient-kan-voor-nieuwe-behandeling-of-medicijn-beter-naar-duitsland-verhuizen-a2104733/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>.

² Art. 2.1, tweede lid, Besluit zorgverzekering.

- Voor 1 geneesmiddel/indicatie de leverancier de kosteneffectiviteit onvoldoende heeft onderbouwd, waardoor inhoudelijke beoordeling en advisering hierover niet mogelijk is. Wanneer de leverancier de benodigde informatie aanlevert, kan het Zorginstituut wel tot een advies komen.
- Voor 16 geneesmiddelen/indicaties het Zorginstituut nog geen (volledig) vergoedingsdossier heeft ontvangen van de leverancier. Zonder een volledige aanvraag en dossier kan het Zorginstituut de beoordeling niet beginnen en geen advies uitbrengen. Tot die tijd kunnen de geneesmiddelen niet opgenomen worden in het basispakket.
- Voor 12 geneesmiddelen/indicaties de beoordeling door het Zorginstituut momenteel nog loopt.
- Voor 7 geneesmiddelen/indicaties een positief advies is uitgebracht, maar prijsonderhandelingen noodzakelijk zijn, omdat de gevraagde prijs niet in verhouding staat tot de gezondheidswinst voor patiënten. Het middel is dus niet kosteneffectief.
- Voor 5 geneesmiddelen/indicaties is vastgesteld dat zij gelijke waarde hebben als reeds beschikbare behandelingen. Deze middelen kunnen instromen wanneer de prijs aansluit bij die van bestaande alternatieven.

In totaal lopen of liepen er prijsonderhandelingen voor 12 geneesmiddelen, de 7 en 5 geneesmiddelen zoals genoemd bij de laatste twee bullets hierboven. Voor 6 middelen lopen deze nog. Voor de 6 andere middelen heeft dit niet geleid tot een overeenkomst tussen overheid en leverancier, waarbij voor 4 van deze middelen geldt dat er gelijkwaardige behandelalternatieven beschikbaar zijn. Wanneer er geen overeenkomst bereikt wordt tussen overheid en leverancier blijft een geneesmiddel in de sluis. Bij dergelijke gevallen informeert het kabinet de Kamer hierover.³

Cijfers over de doorlooptijden tussen marktautorisatie en vergoeding in een lidstaat, zoals de WAIT-monitor van de Europese branchevertegenwoordiger EFPIA, zijn ook om andere redenen vaak vertekenend. Zo kan er tussen een vergoedingsbeslissing op nationaal niveau en daadwerkelijke toepassing in de klinische praktijk nog tijd zitten, waardoor de WAIT-monitor als vergelijkend instrument beperkt van waarde is.

Het kabinet deelt niet de conclusie dat Nederland slecht(er) scoort. Zoals de hierboven genoemde cijfers duidelijk maken, is het beleid er niet op gericht om zoveel mogelijk geneesmiddelen te vergoeden, maar om zoveel mogelijk gezondheidswinst te realiseren voor de gehele bevolking met de collectieve financiële middelen. Het absolute aantal geneesmiddelen, of indicaties, dat in Nederland wordt vergoed, zegt dus niet zoveel.

Vraag 3.

Wat vindt u ervan dat juist sommige middelen tegen beenmergkanker die in nauwe samenwerking met Nederlandse ziekenhuizen zijn ontwikkeld, in Nederland nog niet verkrijgbaar zijn, terwijl ze wél voor Duitse patiënten beschikbaar zijn?

Antwoord 3.

³ Zie bijvoorbeeld: Kamerstukken II 2025/26, 29 477, nr. 945, Kamerstukken II 2025/26, 29 477, nr. 955, Kamerstukken II 2025/26, 29 477, nr. 971.

Het kabinet moedigt innovatie van nieuwe geneesmiddelen aan en dat hierbij wordt samengewerkt met Nederlandse ziekenhuizen is een mooie ontwikkeling. Maar dat samen is gewerkt met Nederlandse ziekenhuizen maakt niet dat een dergelijk geneesmiddel daardoor ook automatisch tegen elke prijs en totale uitgaven vergoed moet worden. In Nederland gelden de pakketcriteria en het Zorginstituut toetst bij sluisgeneesmiddelen of extramurale geneesmiddelen of een geneesmiddel in het basispakket opgenomen zou moeten worden. De pakketcriteria zijn effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid.

Vraag 4.

Hoe legt u aan Nederlandse patiënten en hun gezinnen uit dat exact dezelfde effectieve geneesmiddelen in andere Europese landen al wel beschikbaar zijn en hier niet?

Antwoord 4.

Het kabinet begrijpt de frustratie van patiënten en hun gezinnen wanneer een geneesmiddel in Nederland niet wordt vergoed en in bepaalde andere Europese landen wel. Met name wanneer de geneesmiddelen aangetoonde meerwaarde hebben ten opzichte van de standaardbehandeling, maar vanwege de prijs niet worden vergoed, is dat lastig om uit te leggen aan hen die mogelijk baat bij de behandeling zouden hebben.

In Nederland hebben we een zorgbudget dat niet onbeperkt is en niet zomaar kan worden verhoogd. Dit maakt dat er keuzes gemaakt worden. Het kabinet doet dat op basis van passende zorg en gezondheidswinst, waarbij het streven is om zoveel mogelijk gezondheidswinst voor de gehele bevolking te realiseren met beschikbare collectieve middelen. Voor het geld dat wordt uitgegeven aan zorg die niet kosteneffectief is, kan elders meer gezondheidswinst worden behaald. Op deze manier houdt het kabinet rekening met de belangen van alle patiënten en alle premiebetalers.

Dat een geneesmiddel een handelsvergunning heeft gekregen en aangeboden mag worden op de markt, maakt niet dat deze automatisch aan de pakketcriteria voldoet. Het Zorginstituut bekijkt of het geneesmiddel effectief is en daarmee voldoet aan de SWP, wat inhoudt of het geneesmiddel een therapeutische meerwaarde of gelijke waarde heeft ten opzichte van de standaardbehandeling in Nederland. Het uitgangspunt is namelijk dat niet moet worden betaald voor een geneesmiddel dat bijvoorbeeld ernstigere bijwerkingen heeft dan de standaardbehandeling en daardoor per saldo niet meer gezondheidswinst oplevert. Wanneer een geneesmiddel aantoonbare meerwaarde heeft ten opzichte van de standaardbehandeling, is het kabinet bereid om hier veel voor te betalen. Dit moet echter wel in verhouding staan met de gezondheidswinst. Het Zorginstituut adviseert hierover. Het kabinet doet in de prijsonderhandelingen haar uiterste best om met de desbetreffende leverancier een prijs overeen te komen die daar recht aan doet, maar dit lukt niet altijd. Dit betekent in sommige gevallen helaas dat individuele patiënten geen toegang krijgen tot een effectief geneesmiddel.

Vraag 5.

Deelt u de opvatting dat Nederlandse patiënten recht hebben op tijdige toegang tot effectieve behandelingen, zeker als die in vrijwel alle andere onderzochte Europese landen al worden gebruikt? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 5.

Nederlandse patiënten hebben recht op de toegang tot behandelingen die toegelaten zijn in het basispakket en daardoor worden vergoed. Wanneer geneesmiddelen aangetoond effectief zijn (voldoen aan SWP) kunnen deze vergoed worden, maar wel enkel als ook aan de andere pakketcriteria wordt voldaan, waar ook een prijs bij hoort die in verhouding staat met de gezondheidswinst die het geneesmiddel oplevert (criterium kosteneffectiviteit).

Vraag 6.

Deelt u de opvatting dat het onwenselijk is dat Nederlandse patiënten voor toegang tot nieuwe geneesmiddelen moeten uitwijken naar het buitenland omdat het Nederlandse zorgsysteem er niet voor hen is? Zo nee, kunt u toelichten waarom u dat solidair vindt?

Antwoord 6.

Het kabinet vindt het onwenselijk dat Nederlandse patiënten zich genoodzaakt voelen om voor toegang tot nieuwe geneesmiddelen uit te wijken naar het buitenland, maar is van mening dat dit niet afdoet aan de solidariteit van het huidige stelsel en het pakketbeheer. Ik verwijs voor een toelichting naar de antwoorden op vraag 3 en 4.

Het kabinet vindt het niet uit te leggen aan *alle* huidige en toekomstige patiënten, die ook premiebetalers zijn, om een duur middel met een beperkte of zeer onzekere kosteneffectiviteit zonder meer te vergoeden en ook niet om uitzonderingen te maken die de juridische houdbaarheid van het hele stelsel aantasten. Dan riskeren we juist die solidariteit.

Vraag 7.

Erkent u dat lange wachttijden, juist waar het gaat om middelen tegen kanker en andere ernstige of zeldzame aandoeningen, door bureaucratische beleidsprocessen voor deze patiënten niet alleen een papieren probleem zijn, maar direct raken aan gezondheid, kwaliteit van leven en overlevingskansen?

Antwoord 7.

Doorlooptijden zijn een onvermijdbaar gevolg van het Nederlandse systeem waarbij er eerst zekerheid moet zijn over effectiviteit en maatschappelijk aanvaardbare prijs, voordat een duur geneesmiddel wordt vergoed. Deze uitgangspunten zijn geen papieren of bureaucratische werkelijkheid, want een besluit om bijvoorbeeld een middel te vergoeden dat niet voldoet aan effectiviteit of een prijs te accepteren die ver af staat van wat een kosteneffectieve prijs zou zijn, zal uiteindelijk andere patiënten en premiebetalers schaden. Gesteld voor een dilemma als deze, is het de verantwoordelijkheid van het kabinet om besluiten te nemen in het belang van *alle* patiënten en burgers. Het kabinet erkent tegelijkertijd dat lange wachttijden een probleem kunnen zijn dat raakt aan gezondheid, kwaliteit van leven en overlevingskansen voor individuele patiënten. Zij zet zich daarom hard in om onnodige wachttijden voor deze patiënten te verminderen.

Ook binnen het traject 'Toekomstbestendig stelsel geneesmiddelen' (TSG) is hier aandacht voor. Hierin is het uitgangspunt: snel als het kan, uitgebreid als het moet. Verder doet het kabinet haar uiterste best om in prijsonderhandelingen met de leverancier zo snel mogelijk tot een aanvaardbare prijs te komen.

Er zijn echter ook gevallen waarin de wachttijd langer is vanwege het uitblijven van het indienen van een dossier bij het Zorginstituut door de leverancier. Dan kan het

Zorginstituut het geneesmiddel niet beoordelen en kan het tot die tijd niet vergoed worden. De wachttijd blijft ondertussen oplopen. Voor dergelijke geneesmiddelen is de leverancier aan zet om zo spoedig mogelijk een dossier in te dienen.

Vraag 8.

Erkent u dat de beperkte beschikbaarheid van nieuwe geneesmiddelen en de lange toegangstijden voor Nederlandse patiënten wijzen op een structurele achterstand in de toegang tot innovatieve geneesmiddelen, nu in 2025 bleek dat patiënten in 2025 gemiddeld 493 dagen wachtten op toegang na EMA-goedkeuring, dat slechts 54 procent van de nieuwe Europees toegelaten geneesmiddelen hier beschikbaar is, en dat het beeld voor oncologie (525 dagen, 41 procent) en zeldzame ziekten (561 dagen) nog ongunstiger is? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 8.

Nee, het kabinet is niet van mening dat er sprake is van een structurele achterstand in de toegang tot innovatieve geneesmiddelen in Nederland.
Zie hiervoor een toelichting bij het antwoord op vraag 2.

Dat wachttijden de toegang tot geneesmiddelen vertragen vindt het kabinet wel onwenselijk. Zoals genoemd in de beantwoording van vraag 7, zet het kabinet zich hiervoor in, ook binnen het TSG-traject.

Daarnaast hebben in veel gevallen de leveranciers ook invloed op de wachttijden.

Vraag 9.

Hoe verhoudt deze achterblijvende toegang zich tot het feit dat de netto-uitgaven aan geneesmiddelen met 4,2 procent van de totale zorguitgaven en als aandeel van de ziekenhuis zorg (8,8 procent) onder controle zijn? Is het huidige beleid nog in balans, als kostenbeheersing in de praktijk zwaarder lijkt te wegen dan tijdige toegang tot patiënten? Zo ja, waarom?

Antwoord 9.

Het kabinet erkent dat de uitgaven aan dure geneesmiddelen op dit moment niet problematisch zijn. Het wijst daarbij wel op het volgende. Ten eerste is deze situatie het gevolg van het beleid dat mede is gericht op kostenbeheersing.⁴ Dat beleid is overigens niet veranderd. Wat wel veranderd is zijn de steeds hogere prijzen voor innovatieve geneesmiddelen, én het grote aantal innovatieve middelen dat in ontwikkeling is.⁵ Zonder voortzetting van het huidige beleid, zou dat een groot budgettair risico betekenen en kunnen leiden tot het verdringen van andere zorg die op het geheel genomen meer gezondheidswinst oplevert.

Vraag 10.

Bent u bereid te onderzoeken hoe beoordeling en prijsonderhandeling sneller en meer parallel kunnen verlopen, zoals dat ook in andere landen wel gebeurt?

Antwoord 10.

⁴ Zie o.a.: Kamerstukken II 2025/26, 29 477, nr. 982.

⁵ Nza, *Kerncijfers Uitgaven geneesmiddelen via het ziekenhuis en openbare apotheek 2019 tm 2023 en voorlopige cijfers 2024*, oktober 2025, puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_802735_22/11.

De prijsonderhandeling gelijktijdig laten verlopen met de beoordeling door het Zorginstituut is niet mogelijk. Er is dan nog geen advies op grond waarvan de prijsonderhandeling kan worden gestart.

Het kabinet acht de optie om een geneesmiddel eerst toe te laten en pas daarna de beoordeling en prijsonderhandeling te starten, zoals in Duitsland, niet wenselijk om de volgende redenen:

- Geneesmiddelen komen beschikbaar terwijl nog niet aangetoond is dat ze een gelijke waarde of meerwaarde hebben ten opzichte van de standaardbehandeling(en). Het is dus goed mogelijk dat patiënten een geneesmiddel gaan gebruiken dat minder goed is dan de standaardbehandeling. Zo kunnen er bijvoorbeeld veel ernstigere bijwerkingen optreden, zonder dat het meer gezondheidswinst oplevert;
- Wanneer na de beoordeling blijkt dat een geneesmiddel minder effectief is dan de standaardbehandeling, wordt de vergoeding vaak niet gestopt en kan een geneesmiddel daardoor voorgeschreven blijven worden. Dit sluit niet aan bij de doelstelling van het kabinet om passende zorg de norm te maken en scherpere eisen te stellen aan de pakketwaardigheid van zorg⁶;
- De uitgaven stijgen hierdoor flink. Een geneesmiddel wordt namelijk vergoed voor een niet-kosteneffectieve prijs. Dit terwijl de zorguitgaven al onder druk staan.

Vraag 11.

Bent u bereid om bij het Toekomstbestendig Stelsel Geneesmiddelen (TSG) het belang van snelle toegang tot patiënten leidend te maken en daarbij ook concrete termijn vast te leggen? Hoe voorkomt u dat nieuwe regels en extra toetsen en procedures juist tot nog meer vertraging leiden?

Antwoord 11.

In het TSG wordt erop ingezet om processen waar mogelijk te versnellen en te stroomlijnen, zodat patiënten zo snel als dat mogelijk is toegang krijgen. Ook wordt in het TSG op structurele basis afgestemd met zorgpartijen en de farmaceutische industrie, en wordt in een informatiemanagementsysteem transparant waar het geneesmiddel zich in het proces van pakkettoelating bevindt. Het uitgangspunt van het TSG is zoals gezegd 'snel als het kan en uitgebreid als het moet'. Dat betekent dat geneesmiddelen met beperkte pakketrisico's snel kunnen instromen en geneesmiddelen met risico's uitgebreider beoordeeld worden. Net als nu worden in het TSG de risico's gewogen voor opname in het basispakket.

Een inschatting van het effect op de doorlooptijden neemt het Zorginstituut mee in de impactanalyse.

Vraag 12.

Bent u bereid om voor de verdere besluitvorming over TSG een onafhankelijke impactanalyse te laten uitvoeren naar de gevolgen van het nieuwe stelsel voor patiëntentoeegang, innovatie, investeringen en de internationale positie van Nederland, voordat het stelsel wordt vastgesteld?

⁶ Kamerstukken II 2025/26, 29 477, 36800 XVI, nr. 191.

Antwoord 12.

Het Zorginstituut adviseert het kabinet als onafhankelijk pakketbeheerder over de uitvoering van het TSG. Een impactanalyse maakt hier onderdeel van uit. Daarin brengt het Zorginstituut bijvoorbeeld in kaart hoe geneesmiddelen op dit moment door het systeem lopen en hoe dit in het TSG zal verlopen. Alle relevante partijen zijn betrokken en worden geconsulteerd in de uitwerking. Partijen kunnen op basis van de impactanalyse bijvoorbeeld de gevolgen voor investeringen die zij doen afleiden. Op basis van de uitvoeringstoets en de impactanalyse maakt het kabinet een zorgvuldige afweging voor de besluitvorming over de invoering van het TSG.