

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
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
4398637-1099471-GMT

Bijlage(n)
1

Datum 1 september 2026
Betreft Schriftelijk Overleg (SO) inzake de kabinetsreactie op de periodieke
rapportage 'Beschikbaarheid in Perspectief, Beschikbaarheid medische
producten 2017 t/m 2023'

Uw kenmerk
29 477

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

Geachte voorzitter,

Op 27 mei 2026 heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport
schriftelijke vragen gesteld naar aanleiding van de Kamerbrief over de periodieke
rapportage 'Beschikbaarheid In Perspectief, Beschikbaarheid medische producten 2017
t/m 2023'.¹ Hierbij ontvangt u de beantwoording van deze vragen.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Sophie Hermans

¹ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 970.

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr.

INBRENG VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 2026

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief d.d. 10 april 2026 inzake Kabinetsreactie op Periodieke rapportage 'Beschikbaarheid in Perspectief, Beschikbaarheid medische producten, 2017 t/m 2023' (Kamerstuk 29 477, nr. 970).

De vragen en opmerkingen zijn op 27 mei 2026 aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van zijn de vragen beantwoord.

De 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 VVD-fractie

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

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Marcuszower

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 met belangstelling kennisgenomen van de kabinetsreactie op de periodieke rapportage 'Beschikbaarheid in Perspectief' over de beschikbaarheid van medische producten. Deze leden danken de onderzoekers voor het uitgebreide onderzoek en de minister voor de begeleidende brief. Zij hebben aan de minister hierover nog enkele vragen.

De leden van de D66-fractie onderschrijven het belang van duidelijke publieke regie op de beschikbaarheid van kritieke medische producten. Zij vragen de minister daarom nader toe te lichten hoe zij deze regierol de komende jaren concreet verder gaat verbreden aangezien in het advies is opgenomen om meer regie te nemen. Welke aanvullende mogelijkheden ziet de minister daartoe?

Daarnaast lezen de leden van de D66-fractie dat het kabinet werkt aan verdere differentiatie van de voorraadverplichting voor kritieke geneesmiddelen en hiervoor aansluit bij lopende onderzoeken naar kwetsbaarheden in leveringsketens. Deze leden vragen wanneer de minister de resultaten van deze onderzoeken verwacht. In hoeverre wordt differentiatie in deze onderzoeken al meegenomen? Welke mogelijkheden ziet de minister om deze differentiatie na afronding van de onderzoeken concreet toe te passen binnen de voorraadverplichting?

Vervolgens lezen de leden van de D66-fractie dat de aanspraak op geneesmiddelen momenteel gebaseerd is op de plaats van toepassing, waardoor vergelijkbare geneesmiddelen soms vanuit verschillende kaders worden bekostigd. Deze leden delen de analyse dat dit kan leiden tot verkeerde prikkels en een ondoelmatige inzet van geneesmiddelen. Zij onderschrijven daarnaast het belang van het zoveel mogelijk loslaten van de plaats van toepassing als bepalend criterium, omdat dit meer ruimte geeft om zorg daar te leveren waar dat voor de patiënt het meest passend is. Deze leden lezen dat het kabinet het onderzoek naar deze afbakeningsproblematiek betreft bij de invulling van de taakstelling uit het coalitieakkoord op het geneesmiddelenbudget. Deze leden vragen op welke manier de minister gaat onderzoeken hoe de door haar benoemde knelpunten kunnen worden opgelost. Welke partijen en veldorganisaties

worden hierbij betrokken? Op welke manier wordt gekeken naar de gevolgen voor passende zorg en de mogelijkheid om zorg dicht bij de patiënt te organiseren? Tevens vragen deze leden hoe de Kamer over de uitkomsten van dit onderzoek en eventuele vervolgstappen zal worden geïnformeerd.

Verder lezen de leden van de D66-fractie dat binnen het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) afspraken zijn gemaakt over het verbeteren van data-uitwisseling tijdens geneesmiddelentekorten en dat een eerste verkenning is uitgevoerd naar de haalbaarheid van een centraal informatiepunt. Deze leden onderschrijven het belang van tijdige en bruikbare informatievoorziening om sneller te kunnen anticiperen op tekorten. Zij vragen de minister daarom hoe zij het beoogde centrale informatiepunt voor zich ziet. Welke partijen zullen toegang krijgen tot welke gegevens? Hoe wordt voorkomen dat versnipperde databronnen en commerciële belangen effectieve gegevensdeling beperken? Wordt daarbij ook gekeken naar mogelijkheden om zorgverleners en patiënten sneller en beter inzicht te geven in actuele leveringsproblemen?

De leden van de D66-fractie lezen daarnaast dat in de Taakgroep Geneesmiddeleninkoop en Beschikbaarheid wordt gesproken over verbetering van de inkoop ten behoeve van beschikbaarheid. Deze leden vragen hoe de minister voorkomt dat preferentiebeleid leidt tot extra afhankelijkheid van een beperkt aantal leveranciers. Wordt binnen het ministerie in dat kader ook gereflecteerd op de mogelijke gevolgen van een Most Favored Nations-beleid door de Verenigde Staten voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen in Europa en Nederland? Hoe wordt op deze ontwikkeling ingespeeld?

De leden van de D66-fractie lezen ook dat het kabinet inzet op versterking van Europese productiecapaciteit van kritieke geneesmiddelen in het kader van de Critical Medicines Act. Deze leden vragen welke geneesmiddelen de minister daarbij als prioriteit ziet voor Europese productiecapaciteit. Hoe wil de minister hier nationaal en in Europees verband concreet vervolg aan geven?

De leden van de D66-fractie lezen dat de rapportage wijst op de kwetsbaarheid van de internationale plasmaketen en de afhankelijkheid van import uit derde landen. Deze leden onderschrijven het belang van een toekomstbestendige en weerbare beschikbaarheid van plasmageneesmiddelen. Zij vragen de minister hoe zij de huidige kwetsbaarheid van de Nederlandse en Europese plasmaketen beoordeelt. Welke concrete mogelijkheden ziet de minister om de inzameling en verwerking van plasma in Nederland en Europa verder te versterken? En hoe wordt dit betrokken bij de bredere Europese inzet op strategische autonomie en leveringszekerheid?

De leden van de D66-fractie lezen daarnaast dat het vergroten van diversiteit in donorbestanden van groot belang is voor de beschikbaarheid van lichaamsmaterialen en daarmee voor de kans op een passende match voor patiënten. Deze leden constateren tegelijkertijd dat de huidige campagne 'Donor van Ons' volgens de minister primair gericht is op bewustwording en niet op actieve donorwerving of registratie. Kan de minister nader toelichten waarom ervoor is gekozen om de effectiviteit met name te meten aan de hand van bereik, interactie en bewustwording, en niet ook aan de hand van daadwerkelijke donorregistraties of donorwerving?

De leden van de D66-fractie vragen daarnaast of de minister het wenselijk acht om pas na afronding van de activiteiten in de periode 2023 tot en met 2027 te bezien of

aanvullende maatregelen nodig zijn, terwijl nu al sprake is van ongelijke kansen op een passende match en daarmee op succesvolle behandeling en overleving. Is de minister bereid om nu al aanvullende maatregelen te verkennen mede op basis van de voorliggende rapportage en de Kamer hierover te informeren.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de kabinetsreactie op de periodieke rapportage 'Beschikbaarheid in Perspectief, Beschikbaarheid medische producten, 2017 t/m 2023'. Zij stellen nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat er wordt geadviseerd om gebruik te maken van SMART geformuleerde doelstellingen. Kunnen deze leden daaruit concluderen dat er op dit moment op het ministerie geen gebruik wordt gemaakt van dergelijke methoden die de effectiviteit en efficiëntie van het maken en uitrollen van beleid bevorderen? Denkt de minister dat (meer) gebruik van SMART of andere methoden de kwaliteit van beleid kan verbeteren? Zo ja, op welke manier wil zij dit realiseren?

De leden van de VVD-fractie lezen dat strategische autonomie en verbetering van de beschikbaarheid van geneesmiddelen vaak hand in hand gaan. Dit willen zij graag onderstrepen. Welke acties ziet de minister om voor opschaalbare genees- en hulpmiddelenproductie te zorgen? Graag specifiek een reflectie in het kader van strategische autonomie.

De leden van de VVD-fractie lezen dat in het rapport wordt aangegeven dat het Operationeel Team Geneesmiddelen moet worden uitgebreid. Deze hebben een vergelijkbare taak als het Zorginkoop Netwerk Nederland. Genoemde leden vragen waarom er nog meer organisaties worden opgetuigd die grofweg dezelfde doelstellingen hebben. Betrokkenheid van te veel partijen kan zorgen voor inefficiëntie, kan de minister aangeven hoeveel partijen betrokken zijn bij het beschikbaar houden van medische producten? En hoeveel van deze partijen overheids- of semioverheidsinstanties zijn, dan wel subsidie ontvangen van VWS?

De leden van de VVD-fractie begrijpen dat veel medicijnen verspild worden in de zorg doordat heruitgifte niet mogelijk is. Deze leden zijn blij dat heruitgifte van medicijnen mogelijk wordt gemaakt, voor beperkte aantallen medicijnen. Kan de minister aangeven hoeveel medicijnen jaarlijks worden vernietigd waarvan ook tekorten dreigen, waarbij niet geldt dat voor deze medicijnen onder de herziene EU-geneesmiddelenwetgeving heruitgifte mogelijk wordt gemaakt?

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

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de reactie op de brief over de periodieke rapportage 'Beschikbaarheid in Perspectief, Beschikbaarheid medische producten, 2017 t/m 2023'. Genoemde leden hebben nog enkele vragen en opmerkingen.

Kan de minister nader toelichten hoe het ministerie van VWS meer regie gaat nemen, als stelselverantwoordelijke, om de beschikbaarheid van medicijnen te verbeteren?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen in de brief dat Gupta mogelijkheden ziet om de beschikbaarheid van medische producten te verbeteren door 'daartoe mogelijkheden door met opschaalbare productiecapaciteit de toeleveringsketen te

versterken door afhankelijkheid te verminderen; door het verkennen van het opschalen van de inzameling en verwerking van plasma in Nederland en het diversifiëren van de internationale toeleveringsketen daarvan; door het verhogen en differentiëren van de geneesmiddelenvoorraden; door het aanpassen van (samenhangende) instrumenten die dienen tot beheersing van de zorguitgaven zoals de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp), het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en het preferentiebeleid; en het nemen van de regie op het toepassen van bredere inkoopcriteria.' Kan per punt worden toegelicht in hoeverre dit wordt opgevolgd?

Verder lezen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie dat Gupta het ministerie van VWS adviseert om het oplossen van de afbakeningsproblematiek verder te onderzoeken. Wanneer kan de Kamer dit onderzoek verwachten? Hoe is het kabinet op de taakstelling van €150 miljoen structureel op het budget voor geneesmiddelen gekomen? Is dit realistisch zonder dat de toegankelijkheid van medicijnen achteruitloopt?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de kabinetsreactie op de periodieke rapportage 'Beschikbaarheid in Perspectief, Beschikbaarheid medische producten, 2017 t/m 2023'. Zij hebben hierover de volgende vragen.

De leden van de PVV-fractie vragen de minister om in de beantwoording ook de recente actualiteit te betrekken, waaronder de oplopende tekorten aan medische hulpmiddelen in ziekenhuizen, de langere wachttijd voor nieuwe kankermedicijnen en de stand van zaken rond Voxzogo.

De leden van de PVV-fractie lezen dat de rapportage bewust breder is opgezet dan alleen de specifieke begrotingsartikelen, maar dat tegelijkertijd een aantal belangrijke onderwerpen buiten de scope valt, waaronder dure geneesmiddelen, medische isotopen, vaccins en de maatregelen tijdens de coronacrisis. Deze leden vragen waarom juist deze onderwerpen buiten beeld zijn gelaten. Kan de minister aangeven welk deel van het beschikbaarheidsvraagstuk hierdoor niet is meegenomen? Is de minister bereid om de Kamer alsnog aanvullend te informeren over de beschikbaarheid van dure geneesmiddelen, medische isotopen en vaccins?

De leden van de PVV-fractie lezen dat het kabinet stelt dat de huidige aanpak in grote lijnen werkt, terwijl het beschikbaarheidsvraagstuk nog niet is opgelost. Deze leden vragen hoe de minister dat met elkaar rijmt. Wanneer vindt de minister een aanpak nog 'in grote lijnen werkend' als patiënten, apothekers, artsen, zorginstellingen en andere zorgverleners nog steeds worden geconfronteerd met tekorten of dreigende tekorten?

De leden van de PVV-fractie vinden de kabinetsreactie op onderdelen te vrijblijvend. Veel aanbevelingen worden 'ter harte genomen', 'betrokken bij verdere beleidsontwikkeling' of 'nader verkend'. Deze leden vragen de minister om per aanbeveling uit de rapportage aan te geven of deze volledig wordt overgenomen, gedeeltelijk wordt overgenomen of niet wordt overgenomen. Kan de minister daar per aanbeveling een planning, verantwoordelijke partij, budgettaire gevolgen en beoogd effect aan koppelen?

De leden van de PVV-fractie vragen welke concrete verbeteringen patiënten, apothekers, artsen en zorgverleners in 2026 mogen verwachten. Welke maatregelen zijn voor hen dit

jaar merkbaar? Welke maatregelen blijven voorlopig beperkt tot overleg, onderzoek of verkenning?

Naar aanleiding van het thema Geneesmiddelen. De leden van de PVV-fractie vragen daarbij ook naar de recente berichtgeving dat Nederlanders steeds langer moeten wachten op nieuwe kankermedicijnen en dat Nederland achterblijft bij de beschikbaarheid daarvan. Hoe verhoudt dit zich tot de kabinetsreactie en welke concrete maatregelen neemt de minister om te voorkomen dat Nederlandse patiënten later toegang krijgen tot nieuwe oncologische geneesmiddelen dan patiënten in andere Europese landen?

De leden van de PVV-fractie vragen daarnaast naar de stand van zaken rond Voxzogo. Klopt het dat de reguliere route via een extramurale vergoedingsaanvraag loopt en dat de fabrikant inmiddels heeft aangegeven geen vergoeding in Nederland aan te vragen? Welke mogelijkheden ziet de minister nog om te voorkomen dat kinderen met achondroplasia in Nederland met lege handen blijven staan?

De leden van de PVV-fractie lezen dat geneesmiddelentekorten al jaren een structureel probleem vormen en dat de gehele keten van fabrikanten, groothandels, voorschrijvers, apotheken en patiënten hiermee wordt geconfronteerd. Deze leden vragen of de minister erkent dat het huidige beleid onvoldoende heeft voorkomen dat geneesmiddelentekorten blijven voortduren. Zo ja, welke verantwoordelijkheid neemt de minister daarvoor? Zo nee, hoe verklaart de minister dan dat het probleem al jaren bestaat?

De leden van de PVV-fractie lezen dat de onderzoekers constateren dat de beschikbaarheid van geneesmiddelen een complex vraagstuk is in een krachtenveld van individuele belangen en dat dit vraagt om meer regie van VWS. Deze leden vragen wat de minister concreet verstaat onder 'meer regie'. Betekent dit dat de minister zelf sterker gaat sturen op voorraden, leveringszekerheid, inkoopvoorwaarden, meldingen, kritieke geneesmiddelen en de opvolging van tekorten? Of blijft de aanpak vooral afhankelijk van veldpartijen, overlegstructuren en Europese trajecten?

De leden van de PVV-fractie vragen welke bevoegdheden de minister nu heeft om in te grijpen bij dreigende of bestaande geneesmiddelentekorten. Welke bevoegdheden ontbreken volgens de minister? Is zij bereid aanvullende bevoegdheden te verkennen als blijkt dat partijen in de keten onvoldoende verantwoordelijkheid nemen?

De leden van de PVV-fractie lezen dat er geen enkel 'gouden beleidsinstrument' bestaat om geneesmiddelentekorten op te lossen. Deze leden begrijpen dat het probleem complex is, maar vinden dat complexiteit geen excuus mag zijn voor vrijblijvendheid. Kan de minister aangeven welke combinatie van maatregelen volgens haar nodig is om geneesmiddelentekorten daadwerkelijk terug te dringen?

De leden van de PVV-fractie vragen welke geneesmiddelen op dit moment als kritiek of kwetsbaar worden aangemerkt. Kan de minister de Kamer een actueel overzicht sturen van kritieke geneesmiddelen, geneesmiddelen met kwetsbare leveringsketens en geneesmiddelen waarbij sprake is van terugkerende tekorten? Wordt daarbij ook gekeken naar geneesmiddelen waarvoor weinig of geen alternatieven beschikbaar zijn?

De leden van de PVV-fractie lezen dat een hogere voorraadverplichting een groot deel van tijdelijke tekorten kan overbruggen, maar dat de hoogte van de voorraad,

monitoring en handhaving beter kunnen. Deze leden vragen of de huidige voorraadverplichting volgens de minister voldoende is om patiënten te beschermen tegen tijdelijke tekorten. Zo ja, waarop baseert zij dat? Zo nee, wanneer wordt de voorraadverplichting aangescherpt?

De leden van de PVV-fractie vragen hoe vaak de naleving van de voorraadverplichting wordt gecontroleerd. Hoe vaak is niet-naleving vastgesteld? Welke maatregelen zijn genomen? Zijn er sancties opgelegd?

De leden van de PVV-fractie vragen of de minister bereid is de voorraadverplichting sterker te differentiëren naar medische urgentie, leveringsrisico, kwetsbaarheid van de keten, beschikbaarheid van alternatieven en gevolgen voor patiënten.

De leden van de PVV-fractie vragen hoe de minister voorkomt dat hogere voorraadkosten uiteindelijk worden doorberekend aan patiënten via premies, eigen risico of hogere prijzen. Kan de minister inzichtelijk maken wat de kosten zijn van hogere voorraden, maar ook wat de maatschappelijke kosten zijn van tekorten, zoals extra werkdruk bij apotheken, omzettingen van medicatie, onzekerheid bij patiënten, uitstel van behandeling en extra belasting van zorgverleners?

De leden van de PVV-fractie lezen dat het sneller delen van meldingen met alle partijen in de keten noodzakelijk is, zodat partijen vroegtijdig kunnen handelen. Deze leden vragen waarom dit nog steeds niet optimaal is geregeld. Welke belemmeringen spelen hierbij een rol? Gaat het om commerciële belangen, privacy, juridische belemmeringen, ICT-systemen, gebrek aan standaardisatie of onvoldoende regie vanuit VWS?

De leden van de PVV-fractie lezen dat wordt gedacht aan verbetering van de informatievoorziening over geneesmiddelen en tekorten, eventueel via een trusted third party. Deze leden vragen wanneer er één betrouwbaar, actueel en bruikbaar overzicht komt van geneesmiddelentekorten, dreigende tekorten, beschikbare alternatieven, verwachte hersteldatum en handelingsperspectief voor apothekers en voorschrijvers. Wordt dit overzicht ook begrijpelijk toegankelijk voor patiënten wanneer dit relevant is?

De leden van de PVV-fractie lezen dat het Operationeel Team Geneesmiddelentekorten verder geprofessionaliseerd zou moeten worden, met een heldere taakomschrijving en gestandaardiseerde werkwijzen. Deze leden vragen hoe dit team op dit moment is ingericht. Welke partijen nemen deel? Welk mandaat heeft dit team? Welke besluiten kan het team nemen? Welke resultaten zijn de afgelopen twee jaar concreet geboekt? Wanneer is de professionalisering afgerond?

De leden van de PVV-fractie lezen dat de Wet geneesmiddelenprijzen, het Geneesmiddelenvergoedingssysteem en het preferentiebeleid sterk met elkaar samenhangen en gezamenlijk een groot deel van de balans bepalen tussen betaalbaarheid en beschikbaarheid. Deze leden vragen of de minister kan garanderen dat wijzigingen in deze instrumenten niet leiden tot nieuwe of grotere tekorten. Ontvangt de Kamer vooraf kwantitatieve scenario's waarin de effecten op betaalbaarheid, beschikbaarheid, marktverlating, leveringszekerheid en patiënttoegang zijn doorgerekend?

De leden van de PVV-fractie vragen of de minister erkent dat het preferentiebeleid van zorgverzekeraars risico's kan opleveren indien te veel wordt gestuurd op de laagste prijs en te weinig op leveringszekerheid. Zo ja, welke aanpassingen worden overwogen? Zo

nee, hoe verklaart de minister dan dat de rapportage nadrukkelijk wijst op de noodzaak om beschikbaarheidscriteria en bredere inkoopcriteria mee te wegen?

De leden van de PVV-fractie lezen dat de onderzoekers adviseren beschikbaarheidscriteria mee te nemen bij de inkoop van kritieke en kwetsbare geneesmiddelen, naast prijs. Deze leden vragen wanneer de minister komt met concrete leveringszekerheidscriteria. Worden deze criteria verplicht, of blijven zij vrijblijvend? Hoe wordt voorkomen dat inkopende partijen toch vooral blijven sturen op de laagste prijs?

De leden van de PVV-fractie vragen of de minister bereid is om bij kritieke geneesmiddelen het uitgangspunt te hanteren dat leveringszekerheid zwaarder moet wegen dan de allerlaagste prijs. Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe wordt dit vastgelegd?

De leden van de PVV-fractie lezen dat wordt gewerkt aan een inkoopleidraad. Deze leden vragen wat de juridische status van deze leidraad wordt. Wordt de naleving gecontroleerd? Worden partijen aangesproken als zij leveringszekerheid onvoldoende laten meewegen? Wanneer ontvangt de Kamer deze inkoopleidraad?

De leden van de PVV-fractie lezen dat het vergroten van Europese productiecapaciteit voor kritieke geneesmiddelen kan bijdragen aan het verkleinen van mondiale afhankelijkheden.

Deze leden vragen welke kritieke geneesmiddelen volgens de minister in aanmerking komen voor productie in Nederland of Europa. Wordt daarbij ook gekeken naar productiecapaciteit op Nederlands grondgebied?

De leden van de PVV-fractie vragen hoe wordt voorkomen dat Nederland in tijden van crisis achteraan komt te staan bij de verdeling van kritieke geneesmiddelen. Wordt bij de aanpak ook gekeken naar nationale weerbaarheid, noodscenario's en afspraken met producenten over leveringen aan Nederland?

Naar aanleiding van het thema Medische hulpmiddelen en medische technologie. De leden van de PVV-fractie vragen de minister om de recente berichtgeving van NOS/Nieuwsuur over stijgende tekorten aan medische hulpmiddelen in ziekenhuizen te betrekken bij de beantwoording. Welke acute maatregelen neemt de minister aangezien ziekenhuizen volgens deze berichtgeving bijna wekelijks met tekorten worden geconfronteerd, van eenvoudige hulpmiddelen tot specialistische onderdelen voor operaties en MRI-scanners?

De leden van de PVV-fractie lezen dat bij medische hulpmiddelen vooral de balans tussen veiligheid, kwaliteit en beschikbaarheid onder druk staat. Deze leden vinden veiligheid en kwaliteit vanzelfsprekend van groot belang, maar waarschuwen dat regelgeving niet mag leiden tot tekorten of het verdwijnen van hulpmiddelen van de Nederlandse markt. Kan de minister aangeven voor welke medische hulpmiddelen de beschikbaarheid het meest onder druk staat door strengere Europese regelgeving, hogere kosten, langere toelatingsprocedures of marktverlating?

De leden van de PVV-fractie lezen dat de Medical Device Regulation (MDR) en In-Vitro Diagnostics Regulation (IVDR) bijdragen aan productveiligheid, maar ook druk kunnen zetten op beschikbaarheid. Deze leden vragen of de minister zicht heeft op hulpmiddelen of diagnostica die door deze regelgeving niet meer of later beschikbaar zijn voor Nederlandse patiënten. Zo ja, kan de minister dit overzicht met de Kamer delen? Zo nee, waarom is dit inzicht er niet?

De leden van de PVV-fractie vragen of de minister bereid is in Europees verband stevig te pleiten voor regelgeving die veiligheid borgt, maar onnodige regeldruk, onnodige kosten en onnodige marktverlating voorkomt. Welke concrete vereenvoudigingen bepleit Nederland?

De leden van de PVV-fractie lezen dat er niet één centrale database bestaat voor hulpmiddelen en dat verschillende signalen en databronnen moeten worden gecombineerd. Deze leden vragen wanneer de minister wel beschikt over een centraal, bruikbaar en actueel overzicht van kritieke en kwetsbare hulpmiddelen. Wanneer ontvangt de Kamer dit overzicht?

De leden van de PVV-fractie vragen welke medische hulpmiddelen op dit moment als kritiek worden gezien op basis van medische noodzaak. Welke hulpmiddelen zijn kwetsbaar op basis van historische tekorten, afhankelijkheid van één of enkele leveranciers, monopolies of internationale toeleveringsrisico's?

De leden van de PVV-fractie lezen dat wordt verkend hoe meldingen en signalen uit het veld gecombineerd kunnen worden om te prioriteren welke hulpmiddelen de meeste aandacht verdienen. Deze leden vragen waarom dit nog niet operationeel is. Wanneer is dit systeem gereed? Welke partijen leveren gegevens aan? Hoe wordt geborgd dat zorgverleners en patiëntenorganisaties hierbij worden betrokken?

De leden van de PVV-fractie lezen dat de onderzoekers adviseren de werking van het meldpunt voor hulpmiddelen te verbeteren en één punt met een totaaloverzicht van meldingen te realiseren. Deze leden vragen wanneer dit centrale overzicht operationeel is. Wordt het overzicht openbaar of in ieder geval beschikbaar voor zorgpartijen en zorgprofessionals? Welke informatie wordt precies gedeeld?

De leden van de PVV-fractie lezen dat het kabinet de mogelijkheden verkent voor het aanleggen van een eventuele voorraad medische hulpmiddelen. Deze leden vragen waarom dit nog steeds een verkenning is. Wanneer wordt besloten of er een voorraad komt, voor welke hulpmiddelen die voorraad geldt en wie verantwoordelijk wordt voor beheer, financiering, vervanging en kwaliteitsbewaking?

De leden van de PVV-fractie vragen hoe wordt voorkomen dat een voorraad medische hulpmiddelen leidt tot verspilling, veroudering of onduidelijke verantwoordelijkheden. Welke lessen worden getrokken uit eerdere ervaringen met opschaalbare productiecapaciteit en voorraadvorming?

De leden van de PVV-fractie lezen dat Gupta adviseert om naast de bestaande taakgroep een gremium op te zetten dat gericht in actie komt bij dreigende tekorten, met passend mandaat. Deze leden vragen of het kabinet dit advies overneemt. Zo ja, wanneer wordt dit gremium ingericht, welk mandaat krijgt het en welke bevoegdheden heeft het bij acute tekorten? Zo nee, waarom niet?

De leden van de PVV-fractie vragen wie uiteindelijk de regie voert bij een dreigend tekort aan medische hulpmiddelen. Is dat het ministerie van VWS, Zorginkoop Netwerk Nederland, de Kwaliteitsraad, de leveranciers, de zorgverzekeraars of een andere partij?

De leden van de PVV-fractie lezen dat Gupta adviseert om gericht handelsmissies in te zetten voor hulpmiddelen die de meeste aandacht verdienen. Deze leden vragen hoe

wordt bepaald welke hulpmiddelen daarvoor in aanmerking komen. Wordt hierbij vooral gekeken naar economische kansen en innovatie, of naar medische noodzaak en leveringszekerheid voor Nederlandse patiënten?

De leden van de PVV-fractie vragen of de minister bereid is om bij medische hulpmiddelen ook te kijken naar nationale en Europese productiecapaciteit, zeker voor hulpmiddelen die essentieel zijn voor de continuïteit van zorg. Zo ja, wanneer ontvangt de Kamer hierover een uitwerking? Zo nee, waarom niet?

Naar aanleiding van het thema Lichaamsmaterialen. De leden van de PVV-fractie lezen dat lichaamsmaterialen een andere dynamiek kennen dan geneesmiddelen en hulpmiddelen, maar dat er specifieke kwetsbaarheden bestaan rond plasma en donorbestanden. Deze leden vragen hoe de minister de huidige leveringszekerheid van plasma en plasmageneesmiddelen beoordeelt. Is Nederland voldoende voorbereid op verstoringen in internationale plasmaketens?

De leden van de PVV-fractie lezen dat Nederland ongeveer de helft van de behoefte aan immunoglobulinen dekt met in Nederland ingezameld plasma. Deze leden vragen of de minister dit voldoende vindt. Welke doelstelling hanteert de minister voor meer zelfvoorziening? Welke stappen worden gezet om de afhankelijkheid van plasma uit derde landen verder te verminderen?

De leden van de PVV-fractie vragen welk deel van de Nederlandse behoefte aan plasma, immunoglobulinen en andere plasmagerelateerde producten nu uit Nederland komt, welk deel uit andere Europese landen en welk deel uit derde landen. Kan de minister dit voortaan jaarlijks inzichtelijk maken?

De leden van de PVV-fractie lezen dat de kosten van plasma-inzameling nog niet volledig worden gedekt door de verkoop van plasma en dat Sanquin tot en met 2027 niet volledig gedekte kosten mag financieren met de verkoop van bloedtransfusieproducten. Deze leden vragen wat er na 2027 gebeurt. Wat gebeurt er als de kosten vanaf 2028 nog steeds niet volledig worden gedekt? Kan dit gevolgen hebben voor de beschikbaarheid van plasma of plasmageneesmiddelen?

De leden van de PVV-fractie lezen dat het kabinet in gesprek wil met het veld over gepast gebruik van immunoglobulinen. Deze leden vragen wat dit concreet betekent. Wordt hierbij gestuurd op minder gebruik, doelmatiger gebruik of betere prioritering? Hoe wordt voorkomen dat patiënten die immunoglobulinen nodig hebben worden geconfronteerd met beperkingen, vertraging of extra onzekerheid?

Naar aanleiding van het thema Monitoring, evaluatie en regie. De leden van de PVV-fractie vragen waarom SMART-doelstellingen, meetbare indicatoren en evaluatiemomenten niet allang standaard zijn bij beleid rondom de beschikbaarheid van medische producten. Kan de minister toezeggen dat nieuwe maatregelen voortaan altijd worden voorzien van concrete doelen, indicatoren, termijnen, verantwoordelijke partijen en evaluatiemomenten?

De leden van de PVV-fractie lezen dat het kabinet stelt dat beleid niet altijd planbaar is en dat bij tekorten snel en daadkrachtig ingrijpen nodig kan zijn. Deze leden onderschrijven dat, maar vragen waarom snelle actie en meetbare doelen niet samen zouden kunnen gaan. Is de minister het met deze leden eens dat juist bij acute tekorten duidelijk moet zijn wie verantwoordelijk is, welk effect wordt beoogd en wanneer wordt bijgestuurd?

Naar aanleiding van het thema Besparingsopties en betaalbaarheid. De leden van de PVV-fractie lezen dat er niet één besparingsoptie is waarmee 20 procent kan worden bespaard zonder direct in te grijpen op de toegankelijkheid van zorg. Deze leden vinden het belangrijk dat dit helder wordt uitgesproken. Deelt de minister de mening dat schrappen in het basispakket en het invoeren van eigen bijdragen de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg voor patiënten onder druk zetten?

De leden van de PVV-fractie vragen of de minister kan garanderen dat de aanbevelingen uit deze rapportage niet worden gebruikt als opstap naar pakketvershraling, hogere eigen betalingen of slechtere toegang tot geneesmiddelen en hulpmiddelen. Zo nee, waarom kan zij die garantie niet geven?

De leden van de PVV-fractie lezen dat hulpmiddelen uit het basispakket halen als besparingsoptie wordt genoemd, maar dat dit direct een negatief effect heeft op toegankelijkheid. Deze leden vragen of de minister uitsluit dat hulpmiddelen uit het basispakket worden gehaald als besparingsmaatregel. Zo nee, welke hulpmiddelen zouden dan in beeld zijn?

De leden van de PVV-fractie lezen dat ook eigen bijdragen en eigen risico voor geneesmiddelen of hulpmiddelen als besparingsopties in beeld kunnen komen. Deze leden vragen of de minister uitsluit dat patiënten die afhankelijk zijn van geneesmiddelen of hulpmiddelen extra worden belast. Is de minister het met deze leden eens dat dit juist chronisch zieken, ouderen en mensen met een kleine beurs hard kan raken?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de kabinetsreactie op de periodieke rapportage 'Beschikbaarheid in Perspectief, Beschikbaarheid medische producten, 2017 t/m 2023'. Naar aanleiding daarvan hebben deze leden nog een aantal vragen.

De leden van de CDA-fractie lezen in de rapportage dat het verhogen en differentiëren van de geneesmiddelenvoorraden volgens het onderzoeksbureau de hoogste prioriteit heeft. Deze leden vragen de minister om op deze aanbeveling te reflecteren en in het bijzonder of en hoe zij hier opvolging aan gaat geven.

Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie

De leden van de JA21-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de kabinetsreactie op de periodieke rapportage Beschikbaarheid in Perspectief, Beschikbaarheid medische producten, 2017 t/m 2023.

Deze leden constateren dat de beschikbaarheid van geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en lichaamsmaterialen al langere tijd onder druk staat. Zij achten het van groot belang dat patiënten kunnen rekenen op tijdige toegang tot noodzakelijke medische producten en dat Nederland minder kwetsbaar wordt voor internationale verstoringen, geopolitieke afhankelijkheden en eenzijdige prijsprikkels.

De leden van de JA21-fractie lezen dat Gupta Strategists concludeert dat het verbeteren van de beschikbaarheid van geneesmiddelen geen kwestie is van één enkel beleidsinstrument, maar vraagt om meer regie door VWS. De minister geeft aan deze regierol te herkennen. Kan de minister concreet maken wat deze regierol in de praktijk betekent? Welke bevoegdheden, instrumenten en afspraken heeft de minister nodig om in te grijpen wanneer leveringszekerheid in gevaar komt? Kan de minister daarbij aangeven welke aanbevelingen uit de rapportage worden omgezet in beleid?

De leden van de JA21-fractie constateren dat Gupta aangeeft dat bij nieuw beleid regelmatig een concrete beschrijving van de beoogde impact ontbreekt. Daardoor is achteraf moeilijk vast te stellen of beleid doeltreffend en doelmatig is geweest. Kan de minister toezeggen dat nieuw beschikbaarheidsbeleid voortaan wordt voorzien van SMART-doelstellingen, een duidelijke meetmethodiek en periodieke rapportage aan de Kamer? Kan de minister daarbij aangeven aan welke indicatoren wordt gedacht, bijvoorbeeld het aantal tekorten, de duur van tekorten, patiëntimpact, afhankelijkheid van derde landen en de mate waarin alternatieven beschikbaar zijn?

De leden van de JA21-fractie lezen dat betere informatievoorziening in de keten noodzakelijk is om tekorten eerder te signaleren en sneller te handelen. Deze leden vragen de minister daarom om een concreet tijdpad voor verbetering van de informatievoorziening rond dreigende tekorten. Wanneer verwacht de minister dat meldingen over dreigende tekorten sneller en breder kunnen worden gedeeld met handelsvergunninghouders, groothandels, apotheken, zorgverzekeraars en voorschrijvers? Welke stappen zal de minister gaan zetten in 2026 en 2027? Kan de minister daarbij aangeven welke juridische, praktische of organisatorische belemmeringen op dit moment nog bestaan, wanneer deze in kaart zullen zijn gebracht en op welke termijn deze worden weggenomen?

De leden van de JA21-fractie vragen hoe de minister aankijkt tegen het voorstel om data uit verschillende schakels van de geneesmiddelenketen samen te brengen, bijvoorbeeld via een trusted third party, zodat een objectiever beeld ontstaat van kwetsbaarheden, voorraden en dreigende tekorten. Is de minister bereid hiertoe een verkenning te starten en de Kamer hierover te informeren?

De leden van de JA21-fractie vragen daarbij specifiek aandacht voor de transparantie over voorraden bij groothandels, distributeurs en distributiecentra. Kopt het dat exacte voorraadposities en feitelijke beschikbaarheid in de keten niet altijd goed controleerbaar zijn, waardoor dreigende tekorten mogelijk te laat zichtbaar worden? Kan de minister aangeven in hoeverre groothandels, distributeurs en andere partijen die geneesmiddelenvoorraden aanhouden op dit moment verplicht zijn om actuele en betrouwbare informatie over hun voorraden te delen? Aant de minister de huidige transparantie over voorraadposities voldoende om tekorten tijdig te signaleren en daarop te sturen? Zo nee, is de minister bereid te onderzoeken of deze partijen verplicht kunnen worden om structureel, gestandaardiseerd en controleerbaar te rapporteren over voorraden van kritieke en kwetsbare geneesmiddelen, bijvoorbeeld via een trusted third party, zodat bedrijfsgevoelige informatie wordt beschermd maar de overheid wel zicht krijgt op feitelijke beschikbaarheid? Kan de minister daarbij een concreet tijdpad geven voor de juridische en praktische uitwerking hiervan?

De leden van de JA21-fractie constateren dat Gupta adviseert de voorraadverplichting verder te verbeteren en te differentiëren naar medische urgentie, leveringsrisico's, kwetsbaarheid van de keten en kosten van voorraad. Kan de minister aangeven of de

huidige voorraadverplichting voldoende is om tijdelijke tekorten daadwerkelijk op te vangen? Hoe wordt gecontroleerd of partijen zich aan de voorraadverplichting houden? Kan de minister toezeggen dat ook duurdere, moeilijk vervangbare of medisch kritieke middelen met kwetsbare ketens nadrukkelijk worden meegenomen bij de verdere uitwerking?

De leden van de JA21-fractie constateren dat beschikbaarheid niet alleen gaat over productie, inkoop en voorraad, maar ook over het beter benutten van middelen die al beschikbaar zijn. In dat licht vragen deze leden aandacht voor medicijnverspilling. Kan de minister aangeven welk inzicht het ministerie van VWS op dit moment heeft in de hoeveelheid ongebruikte geneesmiddelen die jaarlijks wordt vernietigd, uitgesplitst naar zaken als ziekenhuiszorg, openbare apotheken, Wlz-instellingen en de thuissituatie?

De leden van de JA21-fractie vragen of de minister inzichtelijk kan maken of zich onder de vernietigde geneesmiddelen ook middelen bevinden waarvoor tekorten bestaan of dreigen. Zo ja, welke lessen trekt de minister daaruit voor het beschikbaarheidsbeleid?

De leden van de JA21-fractie vragen hoe de minister de mogelijke bijdrage van veilige heruitgifte van ongebruikte geneesmiddelen beoordeelt voor beschikbaarheid, leveringszekerheid en weerbaarheid van de geneesmiddelenketen. Welke juridische, praktische en veiligheidsvoorwaarden staan heruitgifte op dit moment nog in de weg? Is de minister bereid bestaande heruitgiftepilots in ziekenhuizen te verbreden naar alle ziekenhuizen die onder strikte voorwaarden verantwoord willen deelnemen?

De leden van de JA21-fractie vragen tevens of de minister bereid is pilots te starten in Wlz-instellingen, waar medicatiebeheer professioneel is georganiseerd en medicatie regelmatig overblijft door wijziging van behandeling, opname, ontslag of overlijden. Kan de minister de Kamer hierover voor het commissiedebat Langdurige Zorg van 2 december 2026 informeren?

De leden van de JA21-fractie vragen tot slot hoe de Kamer wordt geïnformeerd over de opvolging van de aanbevelingen uit de periodieke rapportage. Kan de minister toezeggen dat de jaarlijkse rapportage concreet inzicht geeft in zaken als: bereikte resultaten, resterende knelpunten, patiëntimpact en de mate waarin Nederland minder afhankelijk is geworden van kwetsbare internationale ketens?

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de periodieke rapportage 'Beschikbaarheid in perspectief, Beschikbaarheid medische producten, 2017 t/m 2023' en de begeleidende brief van de minister.

Deze leden lezen in het rapport dat de beschikbaarheid van medische producten steeds meer onder druk staat, terwijl patiënten juist afhankelijk zijn van tijdige toegang tot de juiste zorg en medicatie. Zij constateren dat Gupta Strategists concludeert dat veel beleidsinstrumenten weliswaar bijdragen aan beschikbaarheid, maar dat tegelijkertijd verbeteringen nodig zijn op het gebied van regie, informatievoorziening, monitoring en samenhang tussen beleidsinstrumenten.

De leden van de BBB-fractie vinden het van groot belang dat bij alle beleidskeuzes de patiënt centraal blijft staan. Doelmatige zorg mag nooit betekenen dat patiënten steeds hogere financiële lasten krijgen of dat de toegang tot noodzakelijke geneesmiddelen

nog verder onder druk komt te staan. Deze leden vinden dat verspilling, inefficiëntie en ondoelmatige inrichting van het systeem eerst aangepakt moeten worden voordat opnieuw naar hogere bijdragen of beperkingen voor patiënten wordt gekeken.

De leden van de BBB-fractie lezen dat Gupta constateert dat geneesmiddelen tekorten al jarenlang een structureel probleem vormen in een complex krachtenveld van uiteenlopende belangen, en dat daarom meer regie vanuit het ministerie van VWS noodzakelijk is. Ook lezen deze leden dat de onderzoekers aanbevelen om te werken met een duidelijke 'whole system in the room'-aanpak, inclusief heldere verantwoordelijkheden, mandaten en samenwerking tussen bestuurlijk, strategisch, tactisch en operationeel niveau. De leden van de BBB-fractie vragen nu hoe deze regierol van het ministerie concreet wordt ingevuld. Hoe worden verantwoordelijkheden, mandaten en escalatiemogelijkheden belegd? Hoe wordt voorkomen dat verantwoordelijkheden tussen partijen diffuus blijven? Op welke wijze worden fabrikanten, groothandels, apothekers, ziekenhuizen, zorgverzekeraars, voorschrijvers en patiëntenorganisaties structureel betrokken bij deze regie?

Deze leden lezen daarnaast dat Gupta verbeterpunten ziet bij meldpunten en informatievoorziening, waaronder de behoefte aan één centraal meldpunt, transparante meldingen en betere databeschikbaarheid in de gehele keten. De leden van de BBB-fractie vragen welke stappen de minister zet om te komen tot eenduidige definities van geneesmiddelen tekorten, zodat betere sturing, monitoring en verantwoording mogelijk wordt. Kan de minister daarnaast toelichten hoe zij gaat borgen dat niet uitsluitend wordt gestuurd op logistieke beschikbaarheid, maar ook op patiëntimpact en doelmatigheid? Wordt bijvoorbeeld ook gekeken naar de gevolgen van substitutie, uitstel van behandeling of minder passende alternatieven voor patiënten?

De leden van de BBB-fractie vragen voorts hoe de minister de data-uitwisseling rond geneesmiddelen tekorten gaat verbinden met de bredere inzet op databeschikbaarheid in de zorg en de implementatie van de European Health Data Space (EHDS). Hoe wordt voorkomen dat opnieuw losse datasystemen ontstaan zonder goede interoperabiliteit?

De leden van de BBB-fractie lezen dat Gupta expliciet aanbeveelt om goed onderbouwde aanpassingen in samenhangende prijsstellende instrumenten zoals de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp), het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en het preferentiebeleid vorm te geven. Daarbij benadrukken de onderzoekers dat de 'driehoek' van Wgp, GVS en het inkoopbeleid van zorgverzekeraars moet zorgen voor een goede balans tussen betaalbaarheid en beschikbaarheid. Deze leden vragen in dit kader hoe de minister gaat waarborgen dat aanpassingen in Wgp, GVS en preferentiebeleid daadwerkelijk in onderlinge samenhang worden vormgegeven. Op welke wijze wordt het veld structureel betrokken bij de uitwerking van deze beleidsaanpassingen? Is de minister bereid hierover concrete afspraken met betrokken partijen te maken?

Deze leden lezen tevens dat GVS-limieten vooral problematisch kunnen zijn voor geneesmiddelen met een kleine afzetmarkt en voor geneesmiddelen voor kinderen, juist omdat daar vaak geen generieke alternatieven beschikbaar zijn. Kan de minister toelichten welke concrete stappen worden gezet om te voorkomen dat prijsdruk via het GVS leidt tot markttuitreding of het uitblijven van introducties van innovatieve geneesmiddelen in Nederland, in het bijzonder voor kleine patiëntgroepen?

De leden van de BBB-fractie vragen daarnaast of de minister bereid is fabrikanten en andere marktpartijen een formele rol te geven bij de ontwikkeling en validatie van

kwantitatieve simulatiemodellen die ten grondslag liggen aan wijzigingen in Wgp, GVS en preferentiebeleid. Deze partijen beschikken immers over marktinformatie, prijsstructuren en contractinzichten die niet altijd bij de overheid beschikbaar zijn. Indien de minister dit niet wenselijk acht, hoe wil zij deze kennis dan alsnog zorgvuldig betrekken?

De leden van de BBB-fractie lezen dat Gupta constateert dat bij nieuw beleid regelmatig een concretisering van de beoogde impact ontbreekt en dat evaluaties daardoor vaak vooral kwalitatief van aard zijn. De onderzoekers adviseren daarom nadrukkelijk om SMART-doelstellingen te formuleren, vooraf meetmethoden vast te leggen en structureel te monitoren. Deze leden onderschrijven het belang van dit advies. Kan de minister aangeven hoe zij concreet gaat borgen dat toekomstige maatregelen rondom beschikbaarheid van geneesmiddelen vooraf voorzien worden van heldere, toetsbare doelstellingen en meetbare indicatoren? Hoe wordt de Kamer tussentijds geïnformeerd over de effectiviteit en eventuele neveneffecten van maatregelen?

De leden van de BBB-fractie lezen tevens dat Gupta concludeert dat voldoende voorraad bijdraagt aan beschikbaarheid, maar dat daarbij duidelijke keuzes nodig zijn over de gewenste voorraadhoogte en de handhaving daarop. Deze leden vragen hoe de minister bepaalt welke geneesmiddelen als kritisch worden beschouwd en welke minimale voorraden daarvoor noodzakelijk zijn. Kan de minister bij de beantwoording ook aangeven of bij besluitvorming ook de huidige instabiele geopolitieke situatie voldoende wordt meegewogen? In hoeverre wijken de uiteindelijke beslissing om die specifieke reden op dit moment dan af van de beslissingen die de afgelopen jaren, in geopolitiek rustiger vaarwater, genomen werden?

De leden van de BBB-fractie wijzen erop dat Nederland de afgelopen jaren een belangrijk deel van zijn eigen productiecapaciteit voor generieke geneesmiddelen is kwijtgeraakt, waaronder de sluiting van de Leidse geneesmiddelenfabriek InnoGenerics. Deze leden vragen hoe de minister voorkomt dat Nederland steeds afhankelijker wordt van productie in Azië voor essentiële geneesmiddelen en werkzame stoffen. Acht de minister deze afhankelijkheid, mede gelet op geopolitieke spanningen en kwetsbare handelsketens, nog verantwoord?

De leden van de BBB-fractie lezen dat Gupta geen mogelijkheid ziet om fors te besparen zonder gevolgen voor de toegankelijkheid van zorg, behalve mogelijk via het aanpakken van de afbakeningsproblematiek tussen intramurale en extramurale geneesmiddelenzorg. Deze leden vinden dat nog nadrukkelijker gekeken moet worden naar het verminderen van ondoelmatigheid in plaats van direct naar hogere lasten voor patiënten. Deze leden vragen de minister hoe zij voorkomt dat eventuele aanpassingen in de afbakening leiden tot extra administratieve lasten, onduidelijkheid voor patiënten of verschuivingen van zorg zonder aantoonbare verbetering van doelmatigheid.

De leden van de BBB-fractie lezen in de kabinetsreactie dat de taakstellende bezuiniging van €150 miljoen uit het coalitieakkoord mede wordt gekoppeld aan het oplossen van deze afbakeningsproblematiek, waarbij Gupta een potentiële besparing van €50 tot €170 miljoen noemt. Deze leden vragen hoe de minister het resterende deel van de deze taakstelling wil invullen en welke beleidsinstrumenten daarbij worden overwogen.

Is de minister bereid de Kamer en het veld tijdig te informeren over de concrete invulling van deze taakstelling voordat beleidsmaatregelen worden genomen, zodat effecten op

beschikbaarheid, toegankelijkheid en patiëntenzorg vooraf zorgvuldig kunnen worden beoordeeld?

De leden van de BBB-fractie vinden het zorgelijk dat in discussies over besparingen opnieuw opties terugkomen waarbij patiënten meer zelf moeten betalen voor noodzakelijke zorg of geneesmiddelen. Deze leden vinden dat toegankelijkheid van zorg niet afhankelijk mag worden van de dikte van iemands portemonnee. Genoemde leden wijzen erop dat patiënten soms geconfronteerd worden met hoge eigen bijdragen voor geneesmiddelen binnen het GVS. De tijdelijke maximering van de eigen bijdrage op €250 per jaar loopt af. Kunnen patiënten erop rekenen dat deze maximering ook na 2026 behouden blijft? Wanneer verwacht de minister hierover duidelijkheid te geven?

De leden van de BBB-fractie vinden dat het verminderen van medicijnverspilling nadrukkelijk onderdeel zou moeten zijn van het beleid rondom geneesmiddelenbeschikbaarheid. Deze leden vinden het moeilijk uitlegbaar dat goede geneesmiddelen worden vernietigd terwijl tegelijkertijd patiënten geconfronteerd worden met tekorten. Zij vragen of de minister deelt dat het voorkomen van medicijnverspilling onderdeel zou moeten zijn van het beleid om de beschikbaarheid van geneesmiddelen te verbeteren. Zo nee, waarom niet?

De leden van de BBB-fractie wijzen erop dat de recente Europese ontwikkelingen rondom de Falsified Medicines Directive mogelijk meer ruimte bieden voor veilige heruitgifte van geneesmiddelen onder strikte voorwaarden. Hoe beoordeelt de minister de mogelijke bijdrage van veilige heruitgifte aan het verbeteren van beschikbaarheid, leveringszekerheid en weerbaarheid van de geneesmiddelenketen? Kan de minister aangeven welk inzicht het ministerie van VWS momenteel heeft in de hoeveelheid ongebruikte geneesmiddelen die jaarlijks wordt vernietigd, uitgesplitst naar ziekenhuiszorg, openbare apotheken, Wlz-instellingen en thuissituaties? Is bekend of zich onder deze vernietigde geneesmiddelen ook middelen bevinden waarvoor tekorten bestaan of dreigen?

De leden van de BBB-fractie vragen hoe de minister de recente Europese ontwikkelingen rondom de Falsified Medicines Directive betreft bij de Nederlandse aanpak van geneesmiddelenbeschikbaarheid en heruitgifte. Deze leden wijzen erop dat de Kamer in 2023 de motie-Van Esch/Ellemeet over uitbreiding van pilots met heruitgifte van medicijnen heeft aangenomen. Destijds werd uitvoering volgens de minister beperkt door Europese regelgeving. Nu die regelgeving mogelijk verandert, ziet de minister ruimte om deze motie alsnog met prioriteit uit te voeren? Welke lessen trekt de minister uit bestaande heruitgiftepilots in ziekenhuizen? Is zij bereid deelname mogelijk te maken voor alle ziekenhuizen die onder strikte voorwaarden verantwoord willen deelnemen? De leden van de BBB-fractie vragen daarnaast of de minister bereid is pilots met heruitgifte te starten binnen Wlz-instellingen, waar medicatiebeheer professioneel georganiseerd is en waar regelmatig geneesmiddelen overblijven door wijziging van behandeling, opname, ontslag of overlijden. Is de minister bereid de Kamer hierover voor het commissiedebat Langdurige Zorg van 2 december 2026 te informeren?

Tot slot vragen de leden van de BBB-fractie of de minister bereid is medicijnverspilling structureel landelijk in kaart te brengen, zodat inzicht ontstaat in de omvang van verspilling, om welke middelen het gaat en waar in de keten deze verspilling plaatsvindt. Zonder goede data blijft beleid volgens deze leden immers te veel gebaseerd op aannames.

Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Markuszower

De leden van Groep Markuszower hebben kennisgenomen van de rapportage 'Beschikbaarheid in Perspectief, Beschikbaarheid medische producten, 2017 t/m 2023' alsmede van de kabinetsreactie hierop en hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

Zoals het kabinet beschrijft in haar reactie heeft de rijksoverheid de verantwoordelijkheid om inzicht te bieden in de doeltreffendheid en doelmatigheid van overheidsuitgaven. Genoemde leden zijn het met het kabinet eens dat het verkrijgen van meer inzicht in de doeltreffendheid en doelmatigheid van overheidsuitgaven begint met het beter in kaart brengen welke inzichten er al zijn en welke nog ontbreken. Op welke manier is hierbij onderzocht in hoeverre het beleid rondom het voorkeursassortiment bij medische hulpmiddelen nog voldoende doeltreffend en doelmatig is?

Genoemde leden zijn benieuwd wie bepaalt welke medische hulpmiddelen, zoals bijvoorbeeld rolstoelen in het voorkeurspakket van het zorgkantoor komen? Is de minister tevreden over het betreffende voorkeursbeleid? En hoe wordt bepaald welke hulpmiddelen de voorkeur hebben? Genoemde leden zijn benieuwd of er de laatste 8 jaar nog aanpassingen aan dit beleid en het voorkeurspakket zijn geweest? Zo ja, welke? Genoemde leden zijn tevens benieuwd of er de komende jaren nog aanpassingen in het voorkeursbeleid (pakket) gepland zijn? Indien ja, welke? Indien nee, waarom niet?

De onderzoekers van Gupta Strategists hebben als hoofdvraag meegekregen in welke mate de beleidsinstrumenten ten behoeve van, of met een effect op, de beschikbaarheid van geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en lichaamsmaterialen doeltreffend en doelmatig zijn. Hen is gevraagd dit te beschouwen in relatie tot de bijdrage die deze beleidsinstrumenten leveren aan de toegankelijkheid, veiligheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Kijkend naar de betaalbaarheid, vragen genoemde leden de minister welke invloed het verstrekken van bijvoorbeeld rolstoelen heeft vanuit de verschillende zorgwetten (respectievelijk de Wlz en de Wmo), graag een uiteenzetting van de verschillende kosten bij gebruik van dezelfde rolstoel in beide wetten. Genoemde leden willen hiernaast graag weten hoe het voorkeursassortiment in beide wetten wordt toegepast. Indien er een kostenverschil zit in het gebruik van dezelfde rolstoel in de beide zorgwetten dan graag nadere uitleg waarom dit zo is.

Genoemde leden vragen waarom de evaluatie alleen heeft plaatsgevonden binnen de aanwezigheid (fysiek) van het medisch product in Nederland en alleen bij producten die toegelaten zijn tot de markt? Waarom is hiervoor gekozen? Deelt de minister de mening, dat ook door te kijken naar nieuwe producten de betaalbaarheid en/of beschikbaarheid van medische hulpmiddelen juist vergroot wordt? Zo nee, waarom niet? Is de minister alsnog bereid de scope te vergroten en juist ook hulpmiddelen die nu buiten het voorkeurspakket vallen te betrekken in vervolgonderzoeken? Zo nee, waarom niet? Deelt de minister de mening dat er anders mogelijk sprake kan zijn van oneerlijke concurrentie op de markt van medische hulpmiddelen? En deelt de minister de mening dat oneerlijke concurrentie ervoor kan zorgen dat de eindgebruiker, de patiënt, hierdoor mogelijk veel te veel betaalt voor het gebruik van een medisch product en dit een negatief effect heeft op de zorgpremies? Indien nee, waarom niet? Kan de minister toelichten wat de exacte rol van bijvoorbeeld Zorgplan is bij het verstrekken van hulpmiddelen en hoe hierbij wordt gewaarborgd dat er geen sprake kan zijn van oneerlijke concurrentie? Genoemde leden vragen of er meerdere bedrijven zijn zoals Zorgplan? Zo ja, hoeveel?

Een van de aanbevelingen die worden gedaan is het creëren van de juiste prikkels in de keten. Daarbij worden mogelijkheden gezien, door met opschaalbare productiecapaciteit de toeleveringsketen te versterken door afhankelijkheid te verminderen. Wordt hiermee gedoeld op de productiecapaciteit van de huidige leveranciers? Op welke manier komen (nieuwe) leveranciers van hulpmiddelen, die nu niet preferent zijn, of niet in het voorkeursassortiment zitten in aanmerking om wel toegelaten te worden tot dit pakket? Genoemde leden willen weten wanneer er bij nieuwe producten gebruikt wordt gemaakt van pilots en/of onderzoeksrapporten? Wie beoordeelt deze pilots en onderzoeksrapporten? Waar kunnen genoemde leden deze terugvinden? Wordt daarbij ook aangegeven wat de reden van afwijzing, danwel het niet toelaten tot het voorkeurspakket is? Zo nee, waarom niet? Wie heeft het uiteindelijke eindoordeel over toelating tot het voorkeurspakket?

Zoals beschreven in de reactie van het kabinet is op het terrein van medische producten sprake van marktwerking en is de overheid (veelal) zelf geen directe actor in de zin dat de overheid niet zelf inkoopt, produceert, of voorraden aanlegt. Genoemde leden vragen op welke manier het kabinet hierbij alsnog zicht heeft op bijvoorbeeld belangenverstrengeling. Hoe wordt ervoor gezorgd dat marktwerking daadwerkelijk zijn werk kan doen? Wie borgt dit? En op welke manier? Waar is dit voor de Kamer terug te vinden?

Genoemde leden zijn blij dat het kabinet de aanbeveling van Gupta Strategists steunt, om verder onderzoek te doen, aangezien het inderdaad aan de overheid is om te zorgen dat partijen hun rol in het stelsel goed kunnen uitvoeren, en te zorgen voor zo doelmatig mogelijke besteding van premiegeld.

Genoemde leden willen ten slotte van het kabinet weten wie er toezicht houdt op de rechtmatigheid van declaraties aangaande (kantel) rolstoelen in verpleeghuizen? Waar worden aanpassingen aan hierbij verstrekte rolstoelen in rekening gebracht? Bij de zorgverzekeraar of bij de eindgebruiker?

De leden van Groep Markuszower lezen dat het kabinet inzet op het versterken van de weerbaarheid van ketens maar missen in de evaluatie elke kwantitatieve onderbouwing van het geopolitieke risico. Is in de evaluatieperiode 2017-2023 een formele geopolitieke stresstest uitgevoerd op concrete scenario's, zoals een militair conflict rond Taiwan, een handelsblokkade met China of India, of een langdurige verstoring van het Suezkanaal? Zo nee, waarom niet? Is de minister bereid alsnog een dergelijke stresstest uit te voeren, en daarbij specifiek in kaart te brengen voor hoeveel kritieke werkzame stoffen (API's) Nederland voor 100% afhankelijk is van één land of zelfs één fabrikant?

Genoemde leden vragen voorts of de minister bereid is, naar analogie van de strategische olievoorraad onder verantwoordelijkheid van COVA, een nationale strategische voorraad aan te leggen van een nader te bepalen lijst kritieke geneesmiddelen voor een periode van ten minste zes tot twaalf maanden, in plaats van uitsluitend te leunen op de ijzeren voorraad bij groothandels en fabrikanten. Indien nee, waarom niet?

Tevens wordt opgemerkt dat de magistrale (apotheekbereide) bereiding traditioneel een vangnet vormde bij geneesmiddelentekorten, maar dat in de evaluatieperiode regelgeving op nationaal en Europees niveau is aangescherpt. Hoeveel apotheekbereidingen zijn er in de periode 2017-2023 ingezet als alternatief voor een niet-leverbaar industrieel product? Is de minister bereid de regelgeving rond

doorleveringsbereidingen en grootschalige apotheekbereiding te versoepelen, zodat tekorten sneller en goedkoper kunnen worden opgevangen zonder steeds opnieuw afhankelijk te zijn van buitenlandse aanbieders?

II. Reactie van de minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de kabinetsreactie op de periodieke rapportage 'Beschikbaarheid in Perspectief' over de beschikbaarheid van medische producten. Deze leden danken de onderzoekers voor het uitgebreide onderzoek en de minister voor de begeleidende brief. Zij hebben aan de minister hierover nog enkele vragen.

De leden van de D66-fractie onderschrijven het belang van duidelijke publieke regie op de beschikbaarheid van kritieke medische producten. Zij vragen de minister daarom nader toe te lichten hoe zij deze regierol de komende jaren concreet verder gaat verbreden aangezien in het advies is opgenomen om meer regie te nemen. Welke aanvullende mogelijkheden ziet de minister daartoe?

De wijze waarop het kabinet invulling geeft aan zijn regierol verschilt per onderdeel van het geneesmiddelenbeleid. Op onderdelen waar het ministerie van VWS beschikt over eigen wettelijke en beleidsmatige instrumenten kan het kabinet direct sturend optreden. Op andere terreinen, zoals het inkoop- en preferentiebeleid, liggen verantwoordelijkheden primair bij zorgverzekeraars, apothekers, groothandels en leveranciers. Daar richt de regierol van het kabinet zich op het bijeenbrengen van partijen, het stimuleren van gezamenlijke oplossingen en het wegnemen van knelpunten. Het kabinet is voortdurend met betrokken partijen in gesprek. Het kabinet faciliteert gesprekken tussen partijen onderling, maar treedt ook als voorzitter op in overleggremia, zoals bij het Bestuurlijk Overleg Farmacie en de Werkgroep Verbeteren Beschikbaarheid Geneesmiddelen.

Een regierol is noodzakelijk om de beschikbaarheid van geneesmiddelen structureel te verbeteren. Het kabinet neemt de regie over dit dossier, zowel omwille van de maatschappelijke urgentie als vanuit haar rol als stelselverantwoordelijke. Het kabinet heeft in de voortgangsbrief over de beschikbaarheid van geneesmiddelen van 1 april 2026 al uiteengezet hoe deze regierol wordt vervuld².

Een mooi recent resultaat is de oplevering van de Werkagenda Betere Beschikbaarheid Geneesmiddelen, die onderdeel vormt van de uitwerking van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Recent is de Kamer hierover geïnformeerd³. Alle partijen uit de geneesmiddelenketen, van apotheker tot aan leverancier, hebben 11 afspraken gemaakt op de beschikbaarheid van geneesmiddelen te verbeteren. Aankomende tijd worden deze afspraken geïmplementeerd. Ook bij de uitvoering van de afspraken neemt het kabinet een regierol, denk aan het opstellen van een inkoopleidraad of bij het komen tot uniforme definities.

Daarnaast lezen de leden van de D66-fractie dat het kabinet werkt aan verdere differentiatie van de voorraadverplichting voor kritieke geneesmiddelen en hiervoor aansluit bij lopende

² Kamerstukken II, 2025/26, 29477, nr. 969.

³ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 985.

onderzoeken naar kwetsbaarheden in leveringsketens. Deze leden vragen wanneer de minister de resultaten van deze onderzoeken verwacht. In hoeverre wordt differentiatie in deze onderzoeken al meegenomen? Welke mogelijkheden ziet de minister om deze differentiatie na afronding van de onderzoeken concreet toe te passen binnen de voorraadverplichting?

De resultaten van het MOSUPPAN-onderzoek, waar in de vraag naar verwezen wordt, worden in het najaar van 2026 verwacht⁴. In dit onderzoek wordt gekeken naar de kwetsbaarheden in de toeleveringsketen. Waar van toepassing worden resultaten van dit onderzoek, en andere relevante onderzoeken, natuurlijk meegenomen in beleidsvorming, ook waar dat gaat om differentiatie van de voorraadverplichting voor kritieke geneesmiddelen.

Daarnaast is de Kamer in de meest recente voortgangsbrief over de beschikbaarheid van geneesmiddelen van 1 april 2026 geïnformeerd over de differentiatie in de voorraden van (kritieke) geneesmiddelen gebaseerd op de Nederlandse lijst kritieke geneesmiddelen⁵. Hiervoor heeft het kabinet eind 2025 een subsidie verstrekt aan de branchevereniging van volgesorteerde groothandels (BG Pharma) waarmee groothandels een extra voorraad aanleggen en aanhouden van de meest kritieke geneesmiddelen, bovenop de wettelijke voorraadverplichting.

Vervolgens lezen de leden van de D66-fractie dat de aanspraak op geneesmiddelen momenteel gebaseerd is op de plaats van toepassing, waardoor vergelijkbare geneesmiddelen soms vanuit verschillende kaders worden bekostigd. Deze leden delen de analyse dat dit kan leiden tot verkeerde prikkels en een ondoelmatige inzet van geneesmiddelen. Zij onderschrijven daarnaast het belang van het zoveel mogelijk loslaten van de plaats van toepassing als bepalend criterium, omdat dit meer ruimte geeft om zorg daar te leveren waar dat voor de patiënt het meest passend is. Deze leden lezen dat het kabinet het onderzoek naar deze afbakeningsproblematiek betreft bij de invulling van de taakstelling uit het coalitieakkoord op het geneesmiddelenbudget. Deze leden vragen op welke manier de minister gaat onderzoeken hoe de door haar benoemde knelpunten kunnen worden opgelost. Welke partijen en veldorganisaties worden hierbij betrokken? Op welke manier wordt gekeken naar de gevolgen voor passende zorg en de mogelijkheid om zorg dichterbij de patiënt te organiseren? Tevens vragen deze leden hoe de Kamer over de uitkomsten van dit onderzoek en eventuele vervolgstappen zal worden geïnformeerd.

Het kabinet onderzoekt oplossingsrichtingen voor de afbakeningsproblematiek tussen intramurale en extramurale geneesmiddelen als onderdeel van het traject Toekomstbestendig Stelsel Geneesmiddelen (TSG). Het ministerie van VWS heeft eerder een analyse van de knelpunten en onderzochte oplossingsrichtingen gedeeld met de veldpartijen die verenigd zijn in de werkgroep dure geneesmiddelen en de Kamer daarover geïnformeerd⁶. Over het verdere verloop zal het kabinet de Kamer informeren in de Kamerbrief over TSG, die gepland staat voor het eerste kwartaal van 2027.

Verder lezen de leden van de D66-fractie dat binnen het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) afspraken zijn gemaakt over het verbeteren van data-uitwisseling tijdens geneesmiddelentekorten en dat een eerste verkenning is uitgevoerd naar de haalbaarheid van een centraal informatiepunt. Deze leden onderschrijven het belang van tijdige en bruikbare

⁴ [Modeleren van supply chain best practices voor betere pandemische](#)

⁵ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 969.

⁶ Kamerstukken II 2024/25, 29477, nr. 921.

informatievoorziening om sneller te kunnen anticiperen op tekorten. Zij vragen de minister daarom hoe zij het beoogde centrale informatiepunt voor zich ziet. Welke partijen zullen toegang krijgen tot welke gegevens? Hoe wordt voorkomen dat versnipperde databronnen en commerciële belangen effectieve gegevensdeling beperken? Wordt daarbij ook gekeken naar mogelijkheden om zorgverleners en patiënten sneller en beter inzicht te geven in actuele leveringsproblemen?

Het klopt dat binnen het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) wordt gewerkt aan het versnellen en verbeteren van data-uitwisseling. Een onderdeel van deze afspraak is dat partijen⁷ kijken naar de haalbaarheid van een informatiepunt waarin duidelijke, uniforme en actuele informatie raadpleegbaar is. Het doel is dat deze informatie-uitwisseling tussen partijen in de keten plaatsvindt in die situaties waar dit bijdraagt aan het adequaat handelen om geneesmiddelentekorten op te lossen of – waar mogelijk – te voorkomen.

De partijen hebben een eerste analyse uitgevoerd waarin is nagegaan in welke situaties zij bepaalde informatie wel of niet kunnen delen, mede vanwege bepaalde commerciële belangen. Bij de verdere uitwerking van deze afspraak wordt gezamenlijk nagedacht over hoe dit informatiepunt het beste kan worden vormgegeven. Zo zijn er verschillende vormen denkbaar, zoals bilaterale afspraken tussen partijen om de data-uitwisseling te verbeteren of een onafhankelijk punt waar bepaalde informatie samen komt.

Daarnaast verplicht de herziene Europese geneesmiddelenwetgeving dat het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), als beoogd *national competent authority*, door het CBG beoordeelde informatie over feitelijke geneesmiddelentekorten publiceert op een openbare website. Deze informatie moet actueel gehouden worden en actief worden meegedeeld aan vertegenwoordigers van zorgprofessionals en patiënten. Bij de uitwerking hiervan houdt het CBG rekening met hoe zorgverleners en patiënten het beste inzicht kunnen hebben in informatie over geneesmiddelentekorten.

De leden van de D66-fractie lezen daarnaast dat in de Taakgroep Geneesmiddeleninkoop en Beschikbaarheid wordt gesproken over verbetering van de inkoop ten behoeve van beschikbaarheid. Deze leden vragen hoe de minister voorkomt dat preferentiebeleid leidt tot extra afhankelijkheid van een beperkt aantal leveranciers.

Over preferentiebeleid is de Kamer op 26 juni 2025 uitgebreid geïnformeerd in de bijlage 'Werken aan het Preferentiebeleid' bij de 'Voortgangsbrief beschikbaarheid en leveringszekerheid'⁸. Op pagina 4 van deze bijlage is toegelicht hoe de Taakgroep Preferentiebeleid onder regie van VWS concrete acties heeft afgesproken om mogelijke nadelige effecten van het inkoopbeleid van zorgverzekeraars op de beschikbaarheid van geneesmiddelen te mitigeren. Enkele van deze afspraken zien op het tegengaan van monopolisering, oftewel het voorkomen van afhankelijkheid van een beperkt aantal leveranciers. Zo zijn de volgende afspraken gemaakt: zorgverzekeraars hanteren een aanwijsp periode van twee jaar; zorgverzekeraars voeren dakpansgewijs contracteren in; de zorgverzekeraar voert geen tenderbeleid onder een door zorgverzekeraar zelf bepaalde omzet. Op pagina 5 van de bijlage wordt 'dakpansgewijs tenderen' nader toegelicht en komen nog enkele andere acties die zorgverzekeraars nemen aan de orde. Korthedshalve wordt u daarvoor naar de betreffende pagina verwezen. Daarnaast loopt de onafhankelijke evaluatie van de kosten en baten van het preferentiebeleid, waarvan de resultaten eind 2026 met de Kamer gedeeld worden. De uitkomsten hiervan zullen medebepalend zijn voor eventuele aanpassingen van dit beleidsinstrument.

⁷ De koepels van zorgverleners, ziekenhuizen, zorgverzekeraars, patiënten, groothandels, leveranciers en het ministerie van VWS.

⁸ Kamerstukken II 2024/25, 29477, nr. 918.

Wordt binnen het ministerie in dat kader ook gereflecteerd op de mogelijke gevolgen van een Most Favored Nations-beleid door de Verenigde Staten voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen in Europa en Nederland? Hoe wordt op deze ontwikkeling ingespeeld?

Over dit onderwerp is de Kamer recentelijk op 9 juni 2026 geïnformeerd in de brief 'Schriftelijk Overleg (SO) inzake SO - EU Gezondheidsraad van 16 juni 2026', op pagina 7.

Doel van de Nederlandse inzet is om een goede analyse te kunnen doen naar mogelijke gevolgen van geopolitieke ontwikkelingen en de mogelijke maatregelen indien het gedrag van fabrikanten leidt tot onaanvaardbare negatieve gevolgen voor patiënten. Daarom volgt Nederland de internationale ontwikkelingen rond geneesmiddelenprijzen, waaronder het Amerikaanse Most Favoured Nations (MFN)-beleid, op de voet.

In deze benadering vindt ook in Nederland overleg plaats met diverse stakeholders, waaronder bedrijven. Het is belangrijk om een zorgvuldige benadering te kiezen waarbij Europese samenwerking essentieel is. De Europese markt is een aanzienlijk deel van de wereldmarkt. 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. Nederland speelt daarin een actieve rol. Tot slot worden de ontwikkelingen ook in Beneluxa-verband samen met België, Luxemburg, Oostenrijk en Ierland besproken. Doel is om tot een meer gezamenlijke aanpak te komen. In dit kader is door het Beneluxa Initiatief recentelijk een gezamenlijke verklaring uitgebracht, die oproept tot nauwe Europese samenwerking bij het anticiperen op geopolitieke ontwikkelingen⁹.

De leden van de D66-fractie lezen ook dat het kabinet inzet op versterking van Europese productiecapaciteit van kritieke geneesmiddelen in het kader van de Critical Medicines Act. Deze leden vragen welke geneesmiddelen de minister daarbij als prioriteit ziet voor Europese productiecapaciteit. Hoe wil de minister hier nationaal en in Europees verband concreet vervolg aan geven?

Met de inwerkingtreding van Verordening Kritieke Geneesmiddelen (In het Engels: *Critical Medicines Act, CMA*) wordt het mogelijk strategische projecten op te zetten in de lidstaten, waaronder Nederland, waarmee de productie van kritieke geneesmiddelen wordt gestimuleerd. Dit zijn geneesmiddelen die op de Europese lijst kritieke geneesmiddelen (*Union List of Critical Medicines*) staan¹⁰. Strategische projecten zijn industriële projecten die de productiecapaciteit van deze kritieke geneesmiddelen vergroten, en in ruil daarvoor toegang tot financiële, administratieve en regulatoire ondersteuning krijgen, binnen de bestaande kaders, vanuit de lidstaten en de EU. De Verordening moet nu eerst door de verschillende lidstaten geïmplementeerd worden. Daarna kunnen dergelijke strategische projecten voor de kritieke geneesmiddelen worden opgezet om de productiecapaciteit te vergroten. Daarmee wordt concreet vervolg gegeven op de CMA.

De leden van de D66-fractie lezen dat de rapportage wijst op de kwetsbaarheid van de internationale plasmaketen en de afhankelijkheid van import uit derde landen. Deze leden

⁹ [BENELUXA Initiative. \(2026, 10 juni\). Statement of the Beneluxa Initiative on a more unified European approach to pharmaceutical policy.](#)

¹⁰ [Deze lijst](#) wordt opgesteld door het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA). Deze Europese lijst wordt formeel behandeld in de herziening van de Europese geneesmiddelenwetgeving.

onderschrijven het belang van een toekomstbestendige en weerbare beschikbaarheid van plasmageneesmiddelen. Zij vragen de minister hoe zij de huidige kwetsbaarheid van de Nederlandse en Europese plasmaketen beoordeelt. Welke concrete mogelijkheden ziet de minister om de inzameling en verwerking van plasma in Nederland en Europa verder te versterken? En hoe wordt dit betrokken bij de bredere Europese inzet op strategische autonomie en leveringszekerheid?

Een ideale situatie zou zijn als Europa geheel zelfvoorzienend is in de behoefte aan plasma dat als grondstof dient voor geneesmiddelen. Net als vele andere geneesmiddelen worden ook geneesmiddelen uit plasma wereldwijd geproduceerd en op de wereldmarkt verhandeld. Door de geopolitieke ontwikkelingen van de afgelopen jaren is een Europese zelfvoorziening en daarmee geen of minder afhankelijkheid van derde landen gewenst. Het belangrijkste geneesmiddel uit plasma is op dit moment immunoglobuline. Immunoglobulinen zijn afweerstoffen die bijvoorbeeld gebruikt worden bij patiënten met afweerstoornissen of als ondersteuning bij een kankerbehandeling. Voor immunoglobulinen voorziet Nederland in 50% van de behoefte met plasma dat in Nederland ingezameld wordt. Het kabinet beoordeelt daarmee dat de keten in Nederland redelijk weerbaar is. Bovendien zijn er nog andere buitenlandse aanbieders van immunoglobulinen op de Nederlandse markt die in de overige 50% van de behoefte voorzien. Het kabinet acht de kans niet groot dat alle aanbieders tegelijkertijd wegvallen.

Zoals aangegeven zou in het ideale geval Europa zelfvoorzienend zijn in de plasmavoorziening. Het kabinet vindt het daarom een goede ontwikkeling dat op EU-niveau initiatieven zijn om lidstaten te stimuleren hun afhankelijkheid van plasma uit derde landen te verkleinen. Zo heeft een EU-joint action plaatsgevonden waar ook de bloedvoorzieningsorganisatie Sanquin een belangrijke rol heeft gespeeld. Het kabinet heeft de Kamer over deze uitkomsten geïnformeerd op 20 juni 2024¹¹. Ook zijn er waarborgen opgenomen in de nieuwe verordening lichaamsmateriaal (Verordening (EU) 1938/2024) die bijdragen aan strategische autonomie en leveringszekerheid. Lidstaten moeten kritieke lichaamsmaterialen identificeren en hiervoor noodplannen en meldsystemen opbouwen om de voorziening te borgen. Ook worden lidstaten opgeroepen de inzameling van kritieke lichaamsmaterialen te faciliteren. Dit is met name relevant voor lidstaten waar momenteel nog geen plasma via aferese wordt ingezameld of geen productie van plasmageneesmiddelen plaatsvindt.

De leden van de D66-fractie lezen daarnaast dat het vergroten van diversiteit in donorbestanden van groot belang is voor de beschikbaarheid van lichaamsmaterialen en daarmee voor de kans op een passende match voor patiënten. Deze leden constateren tegelijkertijd dat de huidige campagne 'Donor van Ons' volgens de minister primair gericht is op bewustwording en niet op actieve donorwerving of registratie. Kan de minister nader toelichten waarom ervoor is gekozen om de effectiviteit met name te meten aan de hand van bereik, interactie en bewustwording, en niet ook aan de hand van daadwerkelijke donorregistraties of donorwerving?

Uit recente wetenschappelijke onderzoeken¹² naar bereidheid tot donatie bij leven onder Nederlanders van Surinaamse en Marokkaanse afkomst, twee van de grootste groepen

¹¹ Kamerstukken II 2023/24, 35844, nr. 12.

¹² Zemouri, C. et al., "Exploring the perceptions of living donation among potential Moroccan donors in the Netherlands", *PLOS ONE*, 2025
Zemouri, C. et al., "The willingness and perceptions of Surinamese individuals in the Netherlands on living tissue donation: A qualitative and exploratory study", *PLOS ONE*, 2025

Nederlanders van niet-westerse afkomst, blijkt dat bereidheid tot doneren onder deze groepen toeneemt als hun kennis en bewustwording hierover wordt verhoogd. Deze groepen vragen onder andere om duidelijke, herkenbare en betrouwbare informatie, religieuze legitimiteit en voorlichting via professionals en vanuit de gemeenschap. Hierbij is de eerste stap om in te zetten op bewustwording en kennis. Dit gaat vooraf aan werving. Op basis hiervan is ervoor gekozen in eerste instantie in te zetten bewustwording. Dat maakt mogelijke wervingscampagnes die volgen op de campagne Donor van Ons een stuk effectiever.

Omdat de campagne Donor van Ons gericht is op bewustwording, waarbij geen oproep is gedaan tot (aanpassen van) de registratie in het donorregister, geeft het aantal (gewijzigde) donorregistraties geen goed beeld van de effectiviteit van deze campagne. Het meten van de effectiviteit met name aan de hand van bereik, interactie en bewustwording doet dat wel.

Voor bloed- en stamceldonatie kan samen met Sanquin en Matchis in de komende periode in worden gezet op donorwerving. Omdat etniciteit van geregistreerden niet vastgelegd mag worden in de donorregisters zullen overigens ook dan wijzigingen in donorregistraties een beperkt beeld van de effectiviteit van campagnes geven. Voor orgaandonatie wordt alleen ingezet op voorlichting en bewustwording en niet op werving.

Bij donatie na overlijden geldt eenzelfde ondervertegenwoordiging bij donoren met een niet-westerse achtergrond. Onderzoek naar het vergroten van de diversiteit ten aanzien van deze groepen is dan ook zinvol. Hierover gaan we in gesprek met NTS.

De leden van de D66-fractie vragen daarnaast of de minister het wenselijk acht om pas na afronding van de activiteiten in de periode 2023 tot en met 2027 te bezien of aanvullende maatregelen nodig zijn, terwijl nu al sprake is van ongelijke kansen op een passende match en daarmee op succesvolle behandeling en overleving. Is de minister bereid om nu al aanvullende maatregelen te verkennen mede op basis van de voorliggende rapportage en de Kamer hierover te informeren.

Het kabinet zal, samen met de betrokken partijen, in de tweede helft van 2026 verkennen wat eventuele volgende stappen kunnen zijn en daarover de Kamer informeren. Keuzes hierin hangen samen met het signaal dat Matchis heeft afgegeven m.b.t. de (verwachte) terugloop van aanwas van jongeren in het stamceldonorbestand, zoals ook toegelicht in een reactie¹³ op de oproep van Matchis met betrekking tot een brief naar jongeren over stamceldonatie' d.d. 29 januari.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de kabinetsreactie op de periodieke rapportage 'Beschikbaarheid in Perspectief, Beschikbaarheid medische producten, 2017 t/m 2023'. Zij stellen nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat er wordt geadviseerd om gebruik te maken van SMART geformuleerde doelstellingen. Kunnen deze leden daaruit concluderen dat er op dit moment op het ministerie geen gebruik wordt gemaakt van dergelijke methoden die de effectiviteit en

¹³ Kamerstukken II 2025/26, 28140, nr. 128.

efficiëntie van het maken en uitrollen van beleid bevorderen? Denkt de minister dat (meer) gebruik van SMART of andere methoden de kwaliteit van beleid kan verbeteren? Zo ja, op welke manier wil zij dit realiseren?

Het Beleidskompas is sinds 2023 de centrale werkwijze en het vaste kader van de Rijksoverheid voor het ontwikkelen van nieuw beleid en regelgeving. Het formuleren van concrete SMART-doelstellingen en de voorgenomen monitoring en evaluatie zijn onderdeel van het Beleidskompas. Het uitgangspunt bij het ministerie van VWS is dat het Beleidskompas wordt gebruikt. Bij de beleidsvorming kan daarbij gebruik gemaakt worden van verschillende multidisciplinaire expertisecentra binnen het ministerie van VWS op het gebied van onderzoek, beleidsvorming, monitoring en evaluatie welke advies geven over de door de Kamer genoemde aspecten¹⁴.

De leden van de VVD-fractie lezen dat strategische autonomie en verbetering van de beschikbaarheid van geneesmiddelen vaak hand in hand gaan. Dit willen zij graag onderstrepen. Welke acties ziet de minister om voor opschaalbare genees- en hulpmiddelenproductie te zorgen? Graag specifiek een reflectie in het kader van strategische autonomie.

Over dit onderwerp is de Kamer op 1 april 2026 geïnformeerd in de voortgangsbrief beschikbaarheid van geneesmiddelen, op pagina 18¹⁵. Het kabinet verkent de inzet van opschaalbare productiecapaciteit in crisissituaties. In samenwerking met het ministerie van Defensie wordt onderzocht voor welke medische producten grondstofvoorraden moeten worden aangelegd en waar productiecapaciteit moet worden vrijgehouden of ingekocht. In het kader van strategische autonomie is het immers belangrijk dat de meest belangrijke geneesmiddelen en hulpmiddelen tijdens een crisis dicht bij huis geproduceerd kunnen worden, in Nederland of elders in Europa.

In dezelfde Kamerbrief beschrijft het kabinet haar inzet voor meer productie van kritieke geneesmiddelen in Nederland. Samen met de minister van Economische Zaken en Klimaat wordt via het nieuwe industriebeleid ingezet op versterking van de markten biotechnologie en innovatieve chemie, en worden knelpunten voor Nederlandse producenten onder de aandacht gebracht¹⁶. Daarnaast onderzoekt het kabinet hoe milieueisen binnen en buiten Europa de concurrentiepositie van geneesmiddelenproducenten beïnvloeden. Dit in reactie op een vraag van de vaste Kamercommissie VWS over de geneesmiddelenvoorziening in de Europese Unie¹⁷. Ook ontvangen drie (deels) Nederlandse projecten binnen het Europese subsidieprogramma Important Project of Common European Interest Med4Cure financiële steun voor de ontwikkeling van innovatieve productieprocessen, en is de Kennis- en Innovatieagenda Gezondheid & Zorg uitgebreid met het thema leveringszekerheid van medische producten. Daarnaast wordt nu de laatste hand gelegd aan de Verordening Kritieke Geneesmiddelen (in het Engels: *Critical Medicines Act*, afgekort: CMA), waarmee de productie en leveringszekerheid van kritieke geneesmiddelen in Europa gestimuleerd wordt. Tot slot werkt het kabinet samen met zorgpartijen binnen het AZWA aan het voorkomen van doorhaling van geneesmiddelenregistraties en onderzoekt het mogelijkheden om in urgente gevallen zelf registraties van kritieke geneesmiddelen te

¹⁴ Beleidskompas | Kenniscentrum voor beleid en regelgeving

¹⁵ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 969.

¹⁶ Kamerstukken II, 2025-2026, 2026Z14216

¹⁷ Kamerstukken II, 2025-2026, 36 365, nr. 8

behouden. De bovengenoemde acties moeten ervoor zorgen dat Nederland minder afhankelijk wordt van derde landen voor de toelevering van kritieke geneesmiddelen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat in het rapport wordt aangegeven dat het Operationeel Team Geneesmiddelen moet worden uitgebreid. Deze hebben een vergelijkbare taak als het Zorginkoop Netwerk Nederland. Genoemde leden vragen waarom er nog meer organisaties worden opgetuigd die grofweg dezelfde doelstellingen hebben. Betrokkenheid van te veel partijen kan zorgen voor inefficiëntie, kan de minister aangeven hoeveel partijen betrokken zijn bij het beschikbaar houden van medische producten? En hoeveel van deze partijen overheids- of semioverheidsinstanties zijn, dan wel subsidie ontvangen van VWS?

De toeleveringsketen van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen zijn niet hetzelfde. Zo is er bijvoorbeeld andere wet- en regelgeving om deze medische producten in de zorg in te mogen zetten of om ze uit het buitenland te importeren. Ook de leveranciers, groothandels en inkopers voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen verschillen. Daarom werken verschillende organisaties afzonderlijk van elkaar aan het beschikbaar houden van deze medische producten.

Het Operationeel Team Geneesmiddelentekorten (OTG) is een gremium waar verschillende partijen op operationeel niveau samenwerken om geneesmiddelentekorten vroegtijdig te signaleren en waar mogelijk op te lossen. Het OTG bestaat uit een kernteam (CBG, IGJ, LCG, KNMP en BG Pharma), en een tweede schil (de overige leden van de Werkgroep Verbeteren Beschikbaarheid Geneesmiddelen)¹⁸ en wordt voorgezeten door een onafhankelijk voorzitter in opdracht van het ministerie van VWS. Het kabinet ziet op dit moment geen noodzaak tot verandering of uitbreiding van deze samenstelling. Daarnaast ontvangt het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) van het ministerie van VWS een subsidie om te coördineren bij geneesmiddelentekorten. Voor de coördinatie van tekorten van medische hulpmiddelen, ontvangt het Zorginkoop Netwerk Nederland subsidie van het ministerie van VWS. Bij de coördinatie schakelen beide instanties met stakeholders uit het veld, waaronder het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), BG Pharma (de koepel van de voorgesorteerde groothandels), zorgprofessionals, inkopers en de Inspectie Gezondheid & Jeugd (IGJ). Deze partijen ontvangen hiervoor geen (aanvullende) subsidie

De leden van de VVD-fractie begrijpen dat veel medicijnen verspild worden in de zorg doordat heruitgifte niet mogelijk is. Deze leden zijn blij dat heruitgifte van medicijnen mogelijk wordt gemaakt, voor beperkte aantallen medicijnen. Kan de minister aangeven hoeveel medicijnen jaarlijks worden vernietigd waarvan ook tekorten dreigen, waarbij niet geldt dat voor deze medicijnen onder de herziene EU-geneesmiddelenwetgeving heruitgifte mogelijk wordt gemaakt?

Het is niet inzichtelijk van hoeveel medicijnen die jaarlijks worden vernietigd ook een tekort dreigt. In het najaar zal het kabinet in de toegezegde Kamerbrief naast de financiële impactanalyse van de wijzigingen verder ingaan op het implementatietraject van de Europese regelgeving in nationale wetgeving, waaronder heruitgifte¹⁹. Hierin zal worden geschetst hoe het vervolgproces eruit zal zien en hoe bepaald wordt voor welke geneesmiddelen heruitgifte geschikt blijkt.

¹⁸ Hierin zitten vertegenwoordigers van leveranciers, zorgverleners, zorgverzekeraars, patiënten en de overheid.

¹⁹ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 968.

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

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de reactie op de brief over de periodieke rapportage 'Beschikbaarheid in Perspectief, Beschikbaarheid medische producten, 2017 t/m 2023'. Genoemde leden hebben nog enkele vragen en opmerkingen.

Kan de minister nader toelichten hoe het ministerie van VWS meer regie gaat nemen, als stelselverantwoordelijke, om de beschikbaarheid van medicijnen te verbeteren?

De wijze waarop het kabinet invulling geeft aan zijn regierol verschilt per onderdeel van het geneesmiddelenbeleid. Op onderdelen waar het ministerie van VWS beschikt over eigen wettelijke en beleidsmatige instrumenten kan het kabinet direct sturend optreden. Op andere terreinen, zoals het inkoop- en preferentiebeleid, liggen verantwoordelijkheden primair bij zorgverzekeraars, apothekers, groothandels en leveranciers. Daar richt de regierol van het kabinet zich op het bijeenbrengen van partijen, het stimuleren van gezamenlijke oplossingen en het wegnemen van knelpunten. Het kabinet is voortdurend met betrokken partijen in gesprek. Het kabinet faciliteert gesprekken tussen partijen onderling, maar treedt ook als voorzitter op in overlegcommissies, zoals bij het Bestuurlijk Overleg Farmacie en de Werkgroep Verbeteren Beschikbaarheid Geneesmiddelen.

Een regierol is noodzakelijk om de beschikbaarheid van geneesmiddelen structureel te verbeteren. Het kabinet neemt de regie over dit dossier, zowel omwille van de maatschappelijke urgentie als vanuit haar rol als stelselverantwoordelijke. Het kabinet heeft in de voortgangsbrief over de beschikbaarheid van geneesmiddelen van 1 april 2026 al uiteengezet hoe deze regierol wordt vervuld²⁰.

Een mooi recent resultaat is de oplevering van de Werkagenda Betere Beschikbaarheid Geneesmiddelen, die onderdeel vormt van de uitwerking van het Aanvullend Zorg- en AZWA. Recent is uw Kamer hierover geïnformeerd²¹. Alle partijen uit de geneesmiddelenketen, van apotheker tot aan leverancier, hebben 11 afspraken gemaakt op de beschikbaarheid van geneesmiddelen te verbeteren. Aankomende tijd worden deze afspraken geïmplementeerd. Ook bij de uitvoering van de afspraken neemt het kabinet een regierol, denk aan het opstellen van een inkoopleidraad of bij het komen tot uniforme definities.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen in de brief dat Gupta mogelijkheden ziet om de beschikbaarheid van medische producten te verbeteren door 'daartoe mogelijkheden door met opschaalbare productiecapaciteit de toeleveringsketen te versterken door afhankelijkheid te verminderen; door het verkennen van het opschalen van de inzameling en verwerking van plasma in Nederland en het diversifiëren van de internationale toeleveringsketen daarvan; door het verhogen en differentiëren van de geneesmiddelenvoorraden; door het aanpassen van (samenhangende) instrumenten die dienen tot beheersing van de zorguitgaven zoals de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp), het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en het preferentiebeleid; en het nemen van de regie op het toepassen van bredere inkoopcriteria.' Kan per punt worden toegelicht in hoeverre dit wordt opgevolgd?

²⁰ Kamerstukken II, 2025/26, 29477, nr. 969.

²¹ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 985.

Kan worden toegelicht in hoeverre opvolging wordt gegeven aan het versterken van de toeleveringsketen door middel van opschaalbare productiecapaciteit en het verminderen van afhankelijkheden?

Over dit onderwerp is de Kamer recentelijk op 1 april 2026 geïnformeerd in de brief 'Voortgang beschikbaarheid geneesmiddelen', op pagina 18²². Het kabinet verkent de inzet van opschaalbare productiecapaciteit in crisissituaties. In samenwerking met het ministerie van Defensie wordt onderzocht voor welke medische producten grondstofvoorraden moeten worden aangelegd en waar productiecapaciteit moet worden vrijgehouden. In het kader van strategische autonomie is het belangrijk dat de meest belangrijke medische producten tijdens een crisis geproduceerd kunnen worden in Nederland.

In dezelfde Kamerbrief beschrijft het kabinet haar inzet voor meer productie van kritieke geneesmiddelen in Nederland. Samen met de minister van Economische Zaken en Klimaat wordt via het nieuwe industriebeleid ingezet op versterking van de markten biotechnologie en innovatieve chemie, en worden knelpunten voor Nederlandse producenten onder de aandacht gebracht²³. Daarnaast onderzoekt het kabinet hoe milieueisen binnen en buiten Europa de concurrentiepositie van geneesmiddelenproducenten beïnvloeden. Dit in reactie op een vraag van de vaste Kamercommissie VWS over de geneesmiddelenvoorziening in de Europese Unie²⁴. Ook ontvangen drie (deels) Nederlandse projecten binnen het Europese subsidieprogramma Important Project of Common European Interest Med4Cure financiële steun voor de ontwikkeling van innovatieve productieprocessen, en is de Kennis- en Innovatieagenda Gezondheid & Zorg uitgebreid met het thema leveringszekerheid van medische producten. Daarnaast wordt nu de laatste hand gelegd aan de Verordening Kritieke Geneesmiddelen (in het Engels: *Critical Medicines Act*, afgekort: CMA), waarmee de productie en leveringszekerheid van kritieke geneesmiddelen in Europa gestimuleerd wordt. Tot slot werkt het kabinet samen met zorgpartijen binnen het AZWA aan het voorkomen van doorhaling van geneesmiddelenregistraties en onderzoekt het mogelijkheden om in urgente gevallen zelf registraties van kritieke geneesmiddelen te behouden. De bovengenoemde acties moeten ervoor zorgen dat Nederland minder afhankelijk wordt van derde landen voor de toelevering van kritieke geneesmiddelen.

Kan worden toegelicht in hoeverre opvolging wordt gegeven aan het opschalen van de inzameling en verwerking van plasma in Nederland en het diversifiëren van de internationale toeleveringsketen daarvan?

Het kwetsbare punt in de plasmaketen ligt in de beschikbaarheid van plasma, oftewel het voldoende inzamelen van plasma. In Europa is voldoende productiecapaciteit om het plasma te verwerken tot geneesmiddelen. Om te komen tot een plasmavoorziening dat minder afhankelijk is van de invoer van plasma uit derde landen is met name het opschalen van de inzameling binnen de EU nodig. Het gaat hierbij vooral om extra plasma dat via een duurdere techniek wordt ingezameld. Deze techniek, aferese, wordt nog niet overal in de EU toegepast, waarschijnlijk vanwege de hoge kosten die daarmee gemoeid zijn. In Nederland daarentegen wordt wel afereseplasma ingezameld. Deze inzameling neemt ook jaarlijks toe gezien de toenemende behoefte aan immunoglobulinen (jaarlijks 3%) en om het weggefallen volbloedplasma te compenseren. Uit volbloed kan namelijk behalve de rode bloedcellen en bloedplaatjes

²² Kamerstukken II 2025/26, 29 477, nr. 969.

²³ Kamerstukken II, 2025/26, 2026Z14216.

²⁴ Kamerstukken II, 2025/26, 36 365, nr. 8.

ook plasma gehaald worden. De behoefte aan rode bloedcellen daalt al jaren waardoor minder volbloed wordt ingezameld. Dit betekent dat ook minder plasma uit volbloeddonthaties ter beschikking komt voor de productie van geneesmiddelen. Dit verlies compenseert de bloedvoorzieningsorganisatie Sanquin door meer aferesepasma in te zamelen. Het kabinet ziet het 'diversifiëren van de toeleveringsketen' in het kader van plasma dan ook niet anders dan dat Nederland met zijn inzameling van aferesepasma een actieve bijdrage levert aan het streven van de EU om minder afhankelijk te worden van plasma uit derde landen. Gezien de hoge inzamelingskosten die hiermee gepaard gaan, kiest het kabinet ervoor dat het met het Nederlandse plasma ongeveer 50% van de behoefte aan immunoglobulinen dekt. Omdat de inzamelingskosten nog niet geheel gedekt worden met de verkoopprijs van plasma, wordt dit deel van de kosten bekostigd via de prijzen van de kort houdbare bloedproducten. Het gaat om ongeveer € 40 miljoen per jaar. Het kabinet vindt het niet wenselijk dat deze toeslag veel meer stijgt dan de stijging voor de jaarlijks toenemende behoefte en het compenseren van het wegvallen volbloedplasma.

Kan worden toegelicht in hoeverre opvolging wordt gegeven aan het verhogen en differentiëren van geneesmiddelenvoorraden?

In de recente voortgangsbrief over de beschikbaarheid van geneesmiddelen²⁵ heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd dat het kabinet eind 2025 een subsidie heeft verstrekt voor het aanleggen en aanhouden van een extra voorraad bovenop de wettelijke voorraadverplichting van geneesmiddelen op de Nederlandse lijst kritieke geneesmiddelen²⁶. Hiermee zijn geneesmiddelenvoorraden dus al verhoogd en gedifferentieerd. Dit betreft een extra voorraad van vier weken voor geneesmiddelen in de rode categorie en drie weken van geneesmiddelen in de oranje categorie van deze lijst. Voor beide categorieën zijn dit alleen geneesmiddelen met een apothekinkoopprijs onder € 15. Mochten de resultaten van lopende onderzoeken, bijvoorbeeld over kwetsbaarheden, aanleiding geven tot verdere differentiatie van de geneesmiddelenvoorraden, zal dit worden meegenomen in verdere beleidsvorming.

Kan worden toegelicht in hoeverre opvolging wordt gegeven aan het aanpassen van samenhangende instrumenten die dienen tot beheersing van de zorguitgaven, waaronder de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp), het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en het preferentiebeleid?

Zoals mijn voorganger aan de Kamer heeft gecommuniceerd in de Kamerbrief 'ontwikkelingen in het GVS en de Wgp' van 26 juni 2025 wordt momenteel gewerkt aan een brede herziening van de Wgp²⁷. Een belangrijk doel van deze herziening is het verbeteren van de balans tussen betaalbaarheid en beschikbaarheid. Binnen dit traject wordt, in lijn met de aanbeveling van Gupta, zo goed als mogelijk doorgerekend wat de effecten van mogelijke maatregelen zijn op de uitgaven en op het prijsniveau van verschillende segmenten geneesmiddelen, zoals geneesmiddelen met of juist zonder concurrentie. Bij het inschatten van de effecten wordt ook rekening gehouden met inkoopbeleid van onder andere zorgverzekeraars.

Ook in de GVS-herziening worden bestaande problemen van het GVS aangepakt en is er aandacht voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen. In de hierboven genoemde

²⁵ Kamerstukken II, 2025/26, 29477, nr. 969.

²⁶ [Lijst kritieke geneesmiddelen | Landelijke Coördinatiecentrum Geneesmiddelen](#)

²⁷ Kamerstukken II 2024/25, 29477, nr. 938.

Kamerbrief is een probleemanalyse gedeeld van het huidige GVS. Daarbij zijn ook mogelijke oplossingsrichtingen genoemd.

Kan worden toegelicht in hoeverre opvolging wordt gegeven aan het nemen van regie op het toepassen van bredere inkoopcriteria?

Het kabinet heeft regie genomen op het toepassen van bredere inkoopcriteria door het instellen van de Taakgroep Geneesmiddeleninkoop en Beschikbaarheid. Deze Taakgroep werkt, met mandaat vanuit het AZWA en het BO Farmacie, aan een Inkoopleidraad met gemeenschappelijke uitgangspunten voor de inrichting van het inkoopproces. Een van de thema's waarover in de leidraad in principe afspraken worden gemaakt is het opnemen van aanvullende inkoopcriteria naast prijs, zoals duurzaamheid of leveringszekerheid. De Kamer ontvangt de Inkoopleidraad na vaststelling, naar verwachting voor het einde van dit jaar.

Daarnaast zijn in de Verordening Kritieke Geneesmiddelen leveringszekerheidscriteria en een Europees voorkeursprincipe bij de publieke aanbesteding van kritieke geneesmiddelen opgenomen. Daarmee kunnen aanbestedende diensten leveranciers belonen die extra investeren in de weerbaarheid van hun productieketens, door bijvoorbeeld meerdere leveranciers te hanteren, of de productie in Europa laten plaatsvinden²⁸. De kanttekening die hierbij wordt geplaatst is dat het grootste deel van de kritieke geneesmiddelen in Nederland ingekocht wordt door private partijen zoals zorgverzekeraars, en buiten de reikwijdte van de verordening liggen. Daarom gaat het kabinet, zoals toegezegd aan de Kamer, in gesprek met deze inkopers over de mogelijkheden om bij de inkoop van geneesmiddelen sterker in te zetten op criteria die leveringszekerheid bevorderen²⁹.

Verder lezen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie dat Gupta het ministerie van VWS adviseert om het oplossen van de afbakingsproblematiek verder te onderzoeken. Wanneer kan de Kamer dit onderzoek verwachten? Hoe is het kabinet op de taakstelling van €150 miljoen structureel op het budget voor geneesmiddelen gekomen? Is dit realistisch zonder dat de toegankelijkheid van medicijnen achteruitloopt?

Het kabinet volgt in de basis de redenering van Gupta³⁰, en is zich bewust dat de huidige afbakening kan zorgen voor ongewenste effecten in de praktijk. Zo is er een financiële prikkel voor een arts in het ziekenhuis om te kiezen voor een extramuraal geneesmiddel in plaats van een intramuraal geneesmiddel omdat een extramuraal geneesmiddel niet uit het ziekenhuisbudget wordt betaald. De problematiek en oplossing is volgens het kabinet complexer dan de aanbeveling van Gupta doet voorkomen.

De hypothese van Gupta is onder andere dat ziekenhuizen een besparing kunnen behalen omdat zij grotere volumes inkopen dan een openbaar apotheker. Een eventuele verandering van de afbakening heeft gevolgen voor de toegankelijkheid van geneesmiddelen voor patiënten. Zo zouden patiënten hun geneesmiddel dan via een ziekenhuis verstrekt krijgen en niet via de plaatselijke apotheek. En dat heeft ook weer gevolgen voor de inkomsten en het verdienmodel van de openbaar apotheker. Dergelijke aanpassingen in het verleden bleken complex, zowel in het proces van zorg

²⁸ Kamerstuk II, 2025/26, 29477, nr. 969.

²⁹ Kamerstuk II, 2025/25, 2026Z09743

³⁰ [Beschikbaarheid in perspectief - Gupta Strategists.](#)

als in de bekostiging. En uit evaluaties van deze aanpassingen bleek dat het onduidelijk is of de voorspelde doelmatigheidswinst is behaald.

De totale taakstelling van 150 miljoen euro is een brede taakstelling op intramurale en extramurale geneesmiddelen, die nader ingevuld gaat worden. Het staat nog open welk deel ten laste valt aan de verbetering van de afbakening.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de kabinetsreactie op de periodieke rapportage 'Beschikbaarheid in Perspectief, Beschikbaarheid medische producten, 2017 t/m 2023'. Zij hebben hierover de volgende vragen.

De leden van de PVV-fractie vragen de minister om in de beantwoording ook de recente actualiteit te betrekken, waaronder de oplopende tekorten aan medische hulpmiddelen in ziekenhuizen, de langere wachttijd voor nieuwe kankermedicijnen en de stand van zaken rond Voxzogo.

De leden van de PVV-fractie lezen dat de rapportage bewust breder is opgezet dan alleen de specifieke begrotingsartikelen, maar dat tegelijkertijd een aantal belangrijke onderwerpen buiten de scope valt, waaronder dure geneesmiddelen, medische isotopen, vaccins en de maatregelen tijdens de coronacrisis. Deze leden vragen waarom juist deze onderwerpen buiten beeld zijn gelaten. Kan de minister aangeven welk deel van het beschikbaarheidsvraagstuk hierdoor niet is meegenomen? Is de minister bereid om de Kamer alsnog aanvullend te informeren over de beschikbaarheid van dure geneesmiddelen, medische isotopen en vaccins?

De periodieke rapportage richt zich op de beschikbaarheid van medische producten. Dure geneesmiddelen vallen buiten deze afbakening, omdat de belangrijkste beleidsvraagstukken voor deze productgroep betrekking hebben op toegankelijkheid en betaalbaarheid, en niet op beschikbaarheid.

Ook medische isotopen en vaccins zijn buiten beschouwing gelaten. Deze productgroepen kennen een afwijkende marktstructuur, specifieke productie- en distributieprocessen en een andere leveringsketen dan reguliere medische producten. Daardoor vragen zij om een afzonderlijke beleidsmatige benadering.

De Kamer wordt al geïnformeerd over de ontwikkelingen en het beleid ten aanzien van dure geneesmiddelen, medische isotopen en vaccins, en ontvangt waar nodig aanvullende informatie. Het kabinet ziet daarom geen meerwaarde in aanvullende rapportage over deze productgroepen binnen het kader van deze periodieke rapportage.

De leden van de PVV-fractie lezen dat het kabinet stelt dat de huidige aanpak in grote lijnen werkt, terwijl het beschikbaarheidsvraagstuk nog niet is opgelost. Deze leden vragen hoe de minister dat met elkaar rijmt. Wanneer vindt de minister een aanpak nog 'in grote lijnen werkend' als patiënten, apothekers, artsen, zorginstellingen en andere zorgverleners nog steeds worden geconfronteerd met tekorten of dreigende tekorten?

Met de kwalificatie dat de huidige aanpak "in grote lijnen werkt", stelt het kabinet niet dat het beschikbaarheidsvraagstuk volledig is opgelost of dat tekorten niet meer zullen voorkomen. Het kabinet erkent dat geneesmiddelentekorten nog steeds een groot probleem vormen voor patiënten, apothekers en zorgverleners. Inzet blijft noodzakelijk, omdat de beschikbaarheid van geneesmiddelen nog niet op het gewenste niveau is en patiënten nog te vaak met tekorten worden geconfronteerd. Het kabinet pakt daar, zoals aangegeven, regie.

De afgelopen jaren is al ingezet om tekorten te voorkomen, beter voorbereid te zijn op leveringsonderbrekingen en de gevolgen van tekorten te beperken wanneer zij zich voordoen. Over deze maatregelen is de Kamer eerder geïnformeerd in de voortgangsbrief beschikbaarheid van geneesmiddelen³¹.

Het aantal gemelde tekorten is voor het tweede jaar op rij afgenomen. Het kabinet beschouwt de aanpak als in grote lijnen werkend, maar blijft de beschikbaarheid van geneesmiddelen nauwgezet volgen. De beschikbare instrumenten en de samenwerking in de keten dragen steeds beter bij aan het voorkomen en opvangen van tekorten. Dit blijkt onder andere uit de rapportage van *Strategies in Regulated Markets* (SiRM) over de subsidie van de voorraad lijst kritieke geneesmiddelen³². Deze rapportage laat een verbetering zien in de beschikbaarheid van geneesmiddelen waarvoor een extra voorraad is aangelegd. Aanvullend blijkt uit de jaarrapportage van het Meldpunt Geneesmiddelentekorten en -defecten 2025 dat intensieve samenwerking tussen overheid en veldpartijen heeft bijgedragen aan het beperken van de gevolgen van tekorten³³.

Het kabinet benadrukt dat geneesmiddelentekorten het gevolg zijn van een complex en internationaal verweven productie- en distributiesysteem. Daardoor zijn oorzaken vaak niet tot één schakel of één land te herleiden en zijn de effecten van nationale en Europese maatregelen voor individuele patiënten niet altijd direct zichtbaar of afzonderlijk meetbaar.

De leden van de PVV-fractie vinden de kabinetsreactie op onderdelen te vrijblijvend. Veel aanbevelingen worden 'ter harte genomen', 'betrokken bij verdere beleidsontwikkeling' of 'nader verkend'. Deze leden vragen de minister om per aanbeveling uit de rapportage aan te geven of deze volledig wordt overgenomen, gedeeltelijk wordt overgenomen of niet wordt overgenomen. Kan de minister daar per aanbeveling een planning, verantwoordelijke partij, budgettaire gevolgen en beoogd effect aan koppelen?

Het kabinet heeft aangegeven de productgroepsgewijze en overkoepelende aanbevelingen uit de rapportage te betrekken bij de verder invulling en uitwerking van het beleid op de beschikbaarheid van medische producten.

Het kabinet heeft in de kabinetsreactie tevens aangegeven de Kamer via de reguliere cyclus van (voortgangs-)brieven voor de betreffende dossiers of productgroepen te informeren over ontwikkelingen in de opvolging van de productgroepsgewijze aanbevelingen. Ook voor de planning, verantwoordelijke partijen en (budgettaire) effecten verwijst het kabinet de Kamer naar de komende (voortgangs)brieven voor geneesmiddelen, medische technologie en lichaamsmaterialen. Het kabinet is voornemens de Kamer voor het einde van 2026 te informeren over de voortgang van het

³¹ Kamerstukken II, 2025/26, 29477, nr. 969.

³² [Kortere-tekorten-Inzicht-in-ontwikkeling-tekorten-2025-01062026.pdf](#)

³³ [Rapportage Meldpunt Geneesmiddelentekorten en -defecten 2025](#)

beleid voor medische hulpmiddelen en het beleid voor lichaamsmaterialen. Voor het beleid gericht op de beschikbaarheid van geneesmiddelen streeft het kabinet ernaar de Kamer in het eerste kwartaal van 2027 over de voortgang te informeren.

Daarnaast wordt de Kamer, zoals in de kabinetsreactie vermeld, voortaan onder de titel 'Opvolging in beeld' jaarlijks geïnformeerd over de opvolging van bevindingen en aanbevelingen van alle periodieke rapportages die binnen het ministerie van VWS zijn en worden uitgevoerd. Door middel van de reguliere (voortgangs-)brieven én de jaarlijkse brief 'Opvolging in beeld' wordt de Kamer afdoende in staat gesteld de opvolging van de aanbevelingen te monitoren.

De leden van de PVV-fractie vragen welke concrete verbeteringen patiënten, apothekers, artsen en zorgverleners in 2026 mogen verwachten. Welke maatregelen zijn voor hen dit jaar merkbaar? Welke maatregelen blijven voorlopig beperkt tot overleg, onderzoek of verkenning?

Er worden al extra voorraden aangelegd van geneesmiddelen uit de rode en oranje categorie van de Nederlandse lijst kritieke geneesmiddelen. Verwacht wordt dat in de loop van 2026 het gewenste voorraadpeil voor deze extra voorraad kritieke geneesmiddelen bereikt zal worden. Voor patiënten betekent dit dat bij een dreigende leveringsonderbreking van deze specifieke, kritieke middelen een buffer beschikbaar is, waardoor zij minder snel geconfronteerd kunnen worden met een abrupte wisseling van medicatie aan de balie. Hierdoor neemt met deze maatregel de regeldruk voor apothekers en artsen naar verwachting af. Daarnaast hebben beide Kamers het voorstel aangenomen om de Geneesmiddelenwet te repareren. Daarmee is de grondslag hersteld om bij acute tekorten vergelijkbare geneesmiddelen uit het buitenland te importeren³⁴.

Een aantal maatregelen bevindt zich in 2026 nog in de fase van verkenning, onderzoek of nadere uitwerking. Zo wordt de mogelijkheid van een informatiepunt voor geneesmiddelentekorten nog verkend. Een besluit over daadwerkelijke ontwikkeling en implementatie is in 2026 nog niet voorzien, zoals gemeld in de Voortgangsbrief Beschikbaarheid Geneesmiddelen³⁵. Dat komt mede doordat hier het hier ook om bedrijfsgevoelige informatie kan gaan. Het verkennen van een informatiepunt is onderdeel van het AZWA³⁶. Ook voor andere afspraken uit het AZWA ter verbeteren van de beschikbaarheid geldt dat de resultaten daarvan nog niet dit jaar merkbaar zijn. De afspraken onder deze Werkagenda³⁷ kennen uiteenlopende doorlooptijden en meerdere partijen zijn verantwoordelijk voor de uitvoering. Daarom kan op dit moment geen eenduidig antwoord worden gegeven over de mate waarin dit voor patiënten al in 2026 voelbaar zal zijn. In de Werkagenda zijn doelstellingen en mijlpalen per afspraak opgenomen. Zo is al voortvarend gestart met het opstellen van uniforme definities.

Het kabinet benadrukt hierbij dat geneesmiddelentekorten doorgaans niet aan één nationale of internationale oorzaak zijn toe te schrijven, maar voortkomen uit een complexe, sterk internationaal verweven productie- en toeleveringsketen. Hierdoor is het vaak lastig om nationale en internationale oorzaken scherp van elkaar te onderscheiden, en is het evenmin eenvoudig om zeer gericht op één specifieke schakel in de keten in te grijpen. Mede om die reden zijn concrete, meetbare resultaten voor de individuele

³⁴ [Staatscourant 2025, 28250](#)

³⁵ Kamerstukken II, 2025/26, 29477, nr. 969.

³⁶ Kamerstukken II, 2025/26, 29477, nr. 985.

³⁷ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 985.

patiënt niet altijd op korte termijn zichtbaar of goed te isoleren van bredere internationale ontwikkelingen, ook wanneer de nationale en Europese inzet daar wel aan bijdraagt.

Naar aanleiding van het thema Geneesmiddelen. De leden van de PVV-fractie vragen daarbij ook naar de recente berichtgeving dat Nederlanders steeds langer moeten wachten op nieuwe kankermedicijnen en dat Nederland achterblijft bij de beschikbaarheid daarvan. Hoe verhoudt dit zich tot de kabinetsreactie en welke concrete maatregelen neemt de minister om te voorkomen dat Nederlandse patiënten later toegang krijgen tot nieuwe oncologische geneesmiddelen dan patiënten in andere Europese landen?

De context van de beschikbaarheid van en toegang tot dure nieuwe geneesmiddelen is anders dan die bij goedkope(re) oudere geneesmiddelen met stofnaamconcurrentie. Bij de eerste zijn te hoge prijzen het probleem, bij de laatste (soms) te lage prijzen. De kabinetsreactie staat dus los van het beleid ten aanzien van dure geneesmiddelen, zoals de geneesmiddelenluis. Overigens wijst het kabinet er graag op dat lang niet alle nieuwe oncologische geneesmiddelen van meerwaarde zijn en absolute toegang (het aantal middelen waartoe Nederlandse patiënten toegang hebben) dus niet zo veel zegt. Dat wordt overigens ook benadrukt door de beroepsgroep (NVMO). Tegelijk erkent het kabinet dat het vergoedingenstelsel toe is aan een herziening en werkt het aan een toekomstbestendig stelsel geneesmiddelen (TSG), waarover de Kamer regelmatig wordt geïnformeerd.³⁸

De leden van de PVV-fractie vragen daarnaast naar de stand van zaken rond Voxzogo. Klopt het dat de reguliere route via een extramurale vergoedingsaanvraag loopt en dat de fabrikant inmiddels heeft aangegeven geen vergoeding in Nederland aan te vragen? Welke mogelijkheden ziet de minister nog om te voorkomen dat kinderen met achondroplasie in Nederland met lege handen blijven staan?

Zoals aan de Kamer eerder bericht, valt het geneesmiddel Voxzogo binnen de extramurale aanspraak en heeft de leverancier bekend gemaakt definitief besloten te hebben geen vergoedingsdossier in te dienen in Nederland³⁹. Zoals gezegd vindt het kabinet dat zeer teleurstellend en daarom heeft de minister van VWS de leverancier opgeroepen zijn besluit te heroverwegen⁴⁰. Ook is al meerdere keren contact gezocht met de leverancier om uitleg te krijgen over de beweegredenen van de leverancier.⁴¹ De Kamer heeft op 30 juni jl. desondanks een motie aangenomen waarmee de minister wordt opgeroepen met de leverancier om tafel te gaan om te komen tot indiening van een vergoedingsdossier. De minister heeft u hierop separaat een reactie gestuurd. Verder is de Kamer bericht dat er twee andere leveranciers werken aan een middel voor de behandeling van achondroplasie, voor de eerste wordt marktautorisatie eind dit jaar verwacht⁴². Het kabinet heeft goede hoop dat deze leverancier wel spoedig een dossier indient bij het Zorginstituut.

³⁸ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 974.

³⁹ Het commissiedebat Hulp- en geneesmiddelenbeleid van 1 oktober 2025, zie Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 952, en in antwoorden op een Schriftelijk Overleg over deze casus van 19 februari 2026, zie Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 966.

⁴⁰ Kamerstukken II 2025/26 29477, nr. 976.

⁴¹ Kamerstukken II 2025/26 29477, nr. 966.

⁴² Kamerstukken II 2025/26 29477, nr. 966.

De leden van de PVV-fractie lezen dat geneesmiddelentekorten al jaren een structureel probleem vormen en dat de gehele keten van fabrikanten, groothandels, voorschrijvers, apotheken en patiënten hiermee wordt geconfronteerd. Deze leden vragen of de minister erkent dat het huidige beleid onvoldoende heeft voorkomen dat geneesmiddelentekorten blijven voortduren. Zo ja, welke verantwoordelijkheid neemt de minister daarvoor? Zo nee, hoe verklaart de minister dan dat het probleem al jaren bestaat?

Het kabinet erkent dat geneesmiddelentekorten al meerdere jaren een structureel probleem vormen. Tegelijkertijd kan niet worden geconcludeerd dat het gevoerde beleid onvoldoende is geweest. Geneesmiddelentekorten worden veroorzaakt door een complex samenspel van factoren, waaronder productieproblemen, schaarste aan grondstoffen, geopolitieke ontwikkelingen en de sterke internationalisering van productie- en leveringsketens. Een aantal van de factoren liggen buiten de directe invloedssfeer van het kabinet.

Dat neemt niet weg dat het kabinet een verantwoordelijkheid neemt om tekorten zoveel als mogelijk te voorkomen en de gevolgen te beperken, ook als de onderliggende oorzaken internationaal van aard zijn. Het kabinet kijkt daarbij ook kritisch naar het eigen beleid. Zo wordt, om beter inzicht te krijgen in waar kwetsbaarheden in de leveringsketen van geneesmiddelen precies zitten, een kwetsbaarhedenanalyse uitgevoerd. Daarnaast loopt de onafhankelijke evaluatie van de kosten en baten van het preferentiebeleid, waarvan de resultaten eind 2026 met de Kamer gedeeld worden. De uitkomsten hiervan zullen medebepalend zijn voor eventuele aanpassingen van dit beleidsinstrument.

Daarnaast neemt het kabinet vanuit zijn stelselverantwoordelijkheid een actieve regierol. Het ministerie van VWS is voortdurend met betrokken partijen in gesprek om knelpunten te signaleren, gezamenlijke oplossingen te ontwikkelen en de beschikbaarheid van geneesmiddelen te verbeteren. Daarbij worden afspraken gemaakt, de voortgang gemonitord en waar nodig aanvullende maatregelen verkend.

De leden van de PVV-fractie lezen dat de onderzoekers constateren dat de beschikbaarheid van geneesmiddelen een complex vraagstuk is in een krachtenveld van individuele belangen en dat dit vraagt om meer regie van VWS. Deze leden vragen wat de minister concreet verstaat onder 'meer regie'. Betekent dit dat de minister zelf sterker gaat sturen op voorraden, leveringszekerheid, inkoopvoorwaarden, meldingen, kritieke geneesmiddelen en de opvolging van tekorten? Of blijft de aanpak vooral afhankelijk van veldpartijen, overlegstructuren en Europese trajecten?

De wijze waarop het kabinet invulling geeft aan zijn regierol verschilt per onderdeel van het geneesmiddelenbeleid. Op onderdelen waar het ministerie van VWS beschikt over eigen wettelijke en beleidsmatige instrumenten kan het kabinet direct sturend optreden. Op andere terreinen, zoals het inkoop- en preferentiebeleid, liggen verantwoordelijkheden primair bij zorgverzekeraars, apothekers, groothandels en leveranciers. Daar richt de regierol van het kabinet zich op het bijeenbrengen van partijen, het stimuleren van gezamenlijke oplossingen en het wegnemen van knelpunten. Het kabinet is voortdurend met betrokken partijen in gesprek. Het kabinet faciliteert gesprekken tussen partijen onderling, maar treedt ook als voorzitter op in overlegstructuren, zoals bij het Bestuurlijk Overleg Farmacie en de Werkgroep Verbeteren Beschikbaarheid Geneesmiddelen.

Een regierol is noodzakelijk om de beschikbaarheid van geneesmiddelen structureel te verbeteren. Het kabinet neemt de regie over dit dossier, zowel omwille van de maatschappelijke urgentie als vanuit haar rol als stelselverantwoordelijke. Het kabinet heeft in de voortgangsbrief over de beschikbaarheid van geneesmiddelen van 1 april 2026 al uiteengezet hoe deze regierol wordt vervuld⁴³.

Een mooi recent resultaat is de oplevering van de Werkagenda Betere Beschikbaarheid Geneesmiddelen, die onderdeel vormt van de uitwerking van het AZWA. Recent is uw Kamer hierover geïnformeerd⁴⁴. Alle partijen uit de geneesmiddelenketen, van apotheker tot aan leverancier, hebben 11 afspraken gemaakt op de beschikbaarheid van geneesmiddelen te verbeteren. Aankomende tijd worden deze afspraken geïmplementeerd. Ook bij de uitvoering van de afspraken neemt het kabinet een regierol, denk aan het opstellen van een inkoopleidraad of bij het komen tot uniforme definities.

De leden van de PVV-fractie vragen welke bevoegdheden de minister nu heeft om in te grijpen bij dreigende of bestaande geneesmiddelentekorten. Welke bevoegdheden ontbreken volgens de minister? Is zij bereid aanvullende bevoegdheden te verkennen als blijkt dat partijen in de keten onvoldoende verantwoordelijkheid nemen?

Samen met betrokken partijen zorgt het kabinet dat geneesmiddelentekorten zoveel mogelijk worden afgewend, verzacht of opgelost. Het kabinet is hier stelselverantwoordelijk, en zorgt dat betrokken partijen in staat zijn om hun rol zo goed mogelijk uit te voeren ten behoeve van de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Hiertoe heeft het kabinet in 2017 het Meldpunt Geneesmiddelentekorten en -defecten (hierna: het Meldpunt) opgericht, waar handelsvergunninghouders wettelijk verplicht zijn verwachte leveringsonderbrekingen te melden. Om het Meldpunt te ondersteunen in hun werkzaamheden is vervolgens het OTG opgericht, waar vroegsignalering plaatsvindt en dat bijdraagt aan tijdige informatie-uitwisseling tussen partijen. Betrokken partijen zijn goed in staat om zo adequaat mogelijk te handelen tijdens een tekort en pakken hier ook hun verantwoordelijkheid. Daarnaast ontvangt het LCG van het ministerie van VWS subsidie om te coördineren bij geneesmiddelentekorten. Hierom ziet het kabinet geen aanleiding om aanvullende bevoegdheden te verkennen.

De leden van de PVV-fractie lezen dat er geen enkel 'gouden beleidsinstrument' bestaat om geneesmiddelentekorten op te lossen. Deze leden begrijpen dat het probleem complex is, maar vinden dat complexiteit geen excuus mag zijn voor vrijblijvendheid. Kan de minister aangeven welke combinatie van maatregelen volgens haar nodig is om geneesmiddelentekorten daadwerkelijk terug te dringen?

Er bestaat geen enkel instrument dat op zichzelf geneesmiddelentekorten kan voorkomen of oplossen. De oorzaken van tekorten zijn divers en liggen vaak verspreid over internationale productie-, distributie- en leveringsketens. Daarom is een samenhangende inzet van maatregelen nodig zoals uitgebreid beschreven in de Kamerbrief van 1 april 2026⁴⁵. Van vrijblijvendheid is geen sprake.

De leden van de PVV-fractie vragen welke geneesmiddelen op dit moment als kritiek of kwetsbaar worden aangemerkt. Kan de minister de Kamer een actueel overzicht sturen van kritieke geneesmiddelen, geneesmiddelen met kwetsbare leveringsketens en geneesmiddelen

⁴³ Kamerstukken II, 2025/26, 29477, nr. 969.

⁴⁴ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 985.

⁴⁵ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 969.

waarbij sprake is van terugkerende tekorten? Wordt daarbij ook gekeken naar geneesmiddelen waarvoor weinig of geen alternatieven beschikbaar zijn?

Geneesmiddelentekorten kennen geen voorspellende waarde, maar worden vaak veroorzaakt door onvoorziene omstandigheden. De website Farmanco van de KNMP houdt tekorten bij die door apothekers worden gemeld⁴⁶. Dit zijn geneesmiddelen die in meerdere apotheken niet beschikbaar zijn en waarvan het tekort waarschijnlijk langer dan 14 dagen gaat duren. Bij het oplossen of mitigeren van geneesmiddelentekorten kijkt het CBG of er in Nederland een geschikt alternatief beschikbaar is. Als er in Nederland geen geschikt alternatief beschikbaar is, kan de IGJ een vrijstelling afgeven om het geneesmiddel uit het buitenland te halen voor de Nederlandse patiënt. Van deze vrijstellingen is ook een overzicht beschikbaar op de website van de IGJ⁴⁷.

Verder heeft het LCG op verzoek van het kabinet de Nederlandse lijst van kritieke geneesmiddelen opgeleverd. Deze lijst geeft een overzicht van geneesmiddelen die voor de Nederlandse gezondheidszorg van groot belang zijn. Hierbij wordt een geneesmiddel als kritiek beschouwd als een tekort van het geneesmiddel direct of op korte termijn leidt tot onomkeerbare schade voor de patiënt en/of de algehele bevolking of middelen noodzakelijk zijn voor normaal maatschappelijk verkeer. De lijst is op de website van het LCG beschikbaar⁴⁸. Er is geen overzicht beschikbaar van geneesmiddelen met kwetsbare leveringsketens.

De leden van de PVV-fractie lezen dat een hogere voorraadverplichting een groot deel van tijdelijke tekorten kan overbruggen, maar dat de hoogte van de voorraad, monitoring en handhaving beter kunnen. Deze leden vragen of de huidige voorraadverplichting volgens de minister voldoende is om patiënten te beschermen tegen tijdelijke tekorten. Zo ja, waarop baseert zij dat? Zo nee, wanneer wordt de voorraadverplichting aangescherpt?

De wettelijke voorraadverplichting (ook wel 'de veiligheidsvoorraad' genoemd) dient als buffer om tijdelijke leveringsonderbrekingen te voorkomen. Zowel van de leverancier als van de groothandel. Hiermee wordt voorkomen dat iedere leveringsonderbreking ook daadwerkelijk leidt tot een tekort voor de patiënt. Op dit moment is de wettelijke voorraadverplichting in totaal 8 weken: 6 weken bij de handelsvergunninghouder voor vrijwel alle geneesmiddelen, en 2 weken bij groothandel voor vrijwel alle geneesmiddelen met een AIP onder € 15⁴⁹. Het is echter bekend dat sommige leveringsonderbrekingen langer duren dan deze 8 weken. In deze gevallen biedt de veiligheidsvoorraad partijen in de keten enige tijd om te zoeken naar alternatieve oplossingen, zoals het aanbieden van een alternatieve toedieningsvorm of het importeren van een vergelijkbaar medicijn uit het buitenland.

Het is begrijpelijk dat hierbij de vraag opkomt of de wettelijke voorraadverplichting niet hoger moet zijn, om zo meer en langere leveringsonderbrekingen te overbruggen. Het is helaas niet vooraf te voorspellen welke geneesmiddelen in tekort zullen raken. Dit zou betekenen dat de voorraad voor alle geneesmiddelen verhoogd moet worden. Zoals al eerder aan de Kamer is gecommuniceerd⁵⁰ laat een grove schatting zien dat het aanleggen van twee maanden extra voorraad voor alle geneesmiddelen enkele honderden miljoenen euro's zou kosten. Ook verhoogt dit het risico op verspilling van

⁴⁶ [Dé website voor alle geneesmiddelentekorten | KNMP - Farmanco](#)

⁴⁷ [Overzicht vrijstellingsbesluiten | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd](#)

⁴⁸ [Lijst kritieke geneesmiddelen | Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen](#)

⁴⁹ [wetten.nl - Regeling - Beleidsregel aanhouden geneesmiddelenvoorraden 2024 - BWBR0049065](#)

⁵⁰ Kamerstukken II 2024/25, 29477, nr. 918.

deze producten. Dat vindt het kabinet niet kosteneffectief. Dat is de reden dat ambtsvoorgangers en dit kabinet niet voor alle geneesmiddelen maar juist specifiek voor de meest kritieke geneesmiddelen extra voorraden laten aanleggen bovenop de al bestaande veiligheidsvoorraad. Hierover is de Kamer recent opnieuw geïnformeerd⁵¹.

De leden van de PVV-fractie vragen hoe vaak de naleving van de voorraadverplichting wordt gecontroleerd. Hoe vaak is niet-naleving vastgesteld? Welke maatregelen zijn genomen? Zijn er sancties opgelegd?

Het toezicht op de naleving van de voorraadverplichting is belegd bij de IGJ. Dit doet zij risicogestuurd. In 2024 en 2025 zijn door de IGJ circa 10 inspecties uitgevoerd in het kader van de voorraadverplichting bij groothandels en handelsvergunninghouders. In totaal is twee keer een wettelijke tekortkoming geconstateerd en één keer een overige tekortkoming. In één geval is een schriftelijke waarschuwing gegeven, die werd opgevolgd door een herinspectie. Een andere keer is door de IGJ om een plan van aanpak met concrete verbeterpunten gevraagd.

De leden van de PVV-fractie vragen of de minister bereid is de voorraadverplichting sterker te differentiëren naar medische urgentie, leveringsrisico, kwetsbaarheid van de keten, beschikbaarheid van alternatieven en gevolgen voor patiënten.

In verschillende voorgaande Kamerbrieven⁵² is de Kamer geïnformeerd over de extra voorraad van kritieke geneesmiddelen die wordt aangelegd. Dit is een extra voorraad van kritieke geneesmiddelen van de Nederlandse lijst kritieke geneesmiddelen⁵³. Dit betreft een medisch inhoudelijke lijst die een categorisering aanbrengt voor welke geneesmiddelen het niet beschikbaar zijn de grootste negatieve gevolgen heeft voor patiënten. Hiermee zijn geneesmiddelenvoorraden dus al verhoogd en gedifferentieerd. Mochten de resultaten van lopende onderzoeken, bijvoorbeeld over kwetsbaarheden, aanleiding geven tot verdere differentiatie van de geneesmiddelenvoorraden, zal dit worden meegenomen in verdere beleidsvorming.

De leden van de PVV-fractie vragen hoe de minister voorkomt dat hogere voorraadkosten uiteindelijk worden doorberekend aan patiënten via premies, eigen risico of hogere prijzen. Kan de minister inzichtelijk maken wat de kosten zijn van hogere voorraden, maar ook wat de maatschappelijke kosten zijn van tekorten, zoals extra werkdruk bij apotheken, omzettingen van medicatie, onzekerheid bij patiënten, uitstel van behandeling en extra belasting van zorgverleners?

Voor de financiering van de wettelijke voorraadverplichting (de veiligheidsvoorraad) is vanaf 2020 het Uitgavenplafond Zorg (UPZ) structureel met € 25 miljoen per jaar verhoogd⁵⁴. Het UPZ is de som van de geraamde uitgaven aan premiegefinancierde gezondheidszorg. Dit wordt onder andere gefinancierd uit de zorgpremies en het eigen risico. De bekostiging van deze voorraadverplichting is dus verdeeld over alle premiebetalers. Voor financiering van het aanleggen en aanhouden van de extra voorraad van kritieke geneesmiddelen bovenop de wettelijke voorraadverplichting, heeft het kabinet een subsidie verstrekt aan de branchevereniging van volgesorteerde

⁵¹ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 969.

⁵² Onder andere in Kamerstukken II, 2024/25, 29477, nr. 918 en Kamerstukken II, 2025/2026, 29477, nr. 969.

⁵³ [Lijst kritieke geneesmiddelen | Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen](#)

⁵⁴ Kamerstukken II 2021/22, 29744, nr. 735.

groothandels (BG Pharma). Hiervoor worden dus géén extra kosten doorberekend aan patiënten of premiebetalers, omdat subsidies via de begroting (en daarmee met belastinginkomsten) worden gefinancierd.

In algemeenheid merkt het kabinet wel op dat het voorkomen van onnodig hoge kosten precies de reden is dat zij niet zonder meer de wettelijke voorraadverplichting voor alle geneesmiddelen wil verhogen. Zoals eerder genoemd laat een grove schatting zien dat het aanleggen van twee maanden aan extra voorraad voor alle geneesmiddelen enkele honderden miljoenen euro's zou kosten.

Ten slotte vragen de leden van de PVV naar het inzichtelijk maken van de kosten van tekorten, zoals extra werkdruk bij apothekers. Ook het kabinet hecht eraan dat alle impact van tekorten inzichtelijk worden gemaakt en worden verminderd. Daarom is hierover een afspraak gemaakt binnen het AZWA, samen met alle veldpartijen⁵⁵.

De leden van de PVV-fractie lezen dat het sneller delen van meldingen met alle partijen in de keten noodzakelijk is, zodat partijen vroegtijdig kunnen handelen. Deze leden vragen waarom dit nog steeds niet optimaal is geregeld. Welke belemmeringen spelen hierbij een rol? Gaat het om commerciële belangen, privacy, juridische belemmeringen, ICT-systemen, gebrek aan standaardisatie of onvoldoende regie vanuit VWS?

Binnen het AZWA gewerkt aan het versnellen en verbeteren van data-uitwisseling⁵⁶. Een onderdeel van deze afspraak is dat partijen kijken naar de haalbaarheid van een centraal informatiepunt waarin duidelijke, uniforme en actuele informatie raadpleegbaar is⁵⁷. Hierbij is het van belang dat partijen in kaart brengen welke informatie in bepaalde situaties wel of niet gedeeld kan worden. Belangrijke randvoorwaarden waar rekening mee gehouden moet worden is de omgang met bedrijfsvertrouwelijke informatie, welke informatie met welke partij gedeeld kan worden op welk moment, en waar de meerwaarde zit van de informatie-uitwisseling. Het kabinet wil benadrukken dat dit een complex traject is, waar veel verschillende belangen spelen en zorgvuldigheid vereist is.

De leden van de PVV-fractie lezen dat wordt gedacht aan verbetering van de informatievoorziening over geneesmiddelen en tekorten, eventueel via een trusted third party. Deze leden vragen wanneer er één betrouwbaar, actueel en bruikbaar overzicht komt van geneesmiddelentekorten, dreigende tekorten, beschikbare alternatieven, verwachte hersteldatum en handelingsperspectief voor apothekers en voorschrijvers. Wordt dit overzicht ook begrijpelijk toegankelijk voor patiënten wanneer dit relevant is?

De herziene Europese geneesmiddelenwetgeving verplicht dat het CBG, als beoogd *national competent authority*, door het CBG beoordeelde informatie over feitelijke geneesmiddelentekorten publiceert op een openbare website. Deze informatie moet actueel gehouden worden en actief worden meegedeeld aan vertegenwoordigers van zorgprofessionals en patiënten. Het CBG werkt momenteel aan het vormgeven van deze publicatie. De verwachting is dat een website van het CBG met informatie over tekorten in 2027 te raadplegen zal zijn. Bij de uitwerking hiervan houdt het CBG rekening met hoe zorgverleners en patiënten het beste inzicht kunnen hebben in informatie over geneesmiddelentekorten.

⁵⁵ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 985.

⁵⁶ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 985.

⁵⁷ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 985.

Ook wordt binnen het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) gewerkt aan het versnellen en verbeteren van data-uitwisseling. Een onderdeel van deze afspraak is dat partijen⁵⁸ kijken naar de haalbaarheid van een informatiepunt waarin duidelijke, uniforme en actuele informatie raadpleegbaar is. De betrokken partijen zijn recent gestart met een eerste analyse over de haalbaarheid en zullen deze in 2026 verder brengen. In deze analyse wordt onderzocht welke belemmeringen er bestaan voor het versnellen en verbeteren van data-uitwisseling.

De leden van de PVV-fractie lezen dat het Operationeel Team Geneesmiddelentekorten verder geprofessionaliseerd zou moeten worden, met een heldere taakomschrijving en gestandaardiseerde werkwijzen. Deze leden vragen hoe dit team op dit moment is ingericht. Welke partijen nemen deel? Welk mandaat heeft dit team? Welke besluiten kan het team nemen? Welke resultaten zijn de afgelopen twee jaar concreet geboekt? Wanneer is de professionalisering afgerond?

Het OTG is in 2023 opgericht ter ondersteuning van het Meldpunt Geneesmiddelentekorten en -defecten. Het OTG bestaat uit een kernteam (CBG, IGJ, LCG, KNMP en BG Pharma), en een tweede schil (de overige leden van de Werkgroep Verbeteren Beschikbaarheid Geneesmiddelen)⁵⁹. In het tweewekelijks overleg van het kernteam OTG werken de partijen op operationeel niveau samen om geneesmiddelentekorten vroegtijdig te signaleren en waar mogelijk op te lossen. Het OTG is dus een gremium waarin bestaande partijen – met ieder hun eigen rol, taak en verantwoordelijkheid – samenkomen om signalen uit te wisselen en gezamenlijk te zoeken naar oplossingen. Het OTG zelf heeft dus geen apart mandaat en neemt geen eigen besluiten. Deelnemers van het OTG ervaren deze werkwijze als positief. Het OTG heeft daarmee de afgelopen twee jaar bijgedragen aan het sneller signaleren en/of mitigeren van (dreigende) geneesmiddelentekorten en vergemakkelijkt de afstemming tussen verschillende partijen in de keten. Over deze opzet, rolverdeling en mandaat is recent nog opnieuw gecommuniceerd met de Werkgroep Verbeteren Beschikbaarheid Geneesmiddelen. Ook andere verbeterpunten in de werkwijze van het OTG zijn waar nodig opgepakt en doorgevoerd. De professionalisering zoals hierboven bedoeld ziet het kabinet daarmee als afgerond.

De leden van de PVV-fractie lezen dat de Wet geneesmiddelenprijzen, het Geneesmiddelenvergoedingssysteem en het preferentiebeleid sterk met elkaar samenhangen en gezamenlijk een groot deel van de balans bepalen tussen betaalbaarheid en beschikbaarheid. Deze leden vragen of de minister kan garanderen dat wijzigingen in deze instrumenten niet leiden tot nieuwe of grotere tekorten. Ontvangt de Kamer vooraf kwantitatieve scenario's waarin de effecten op betaalbaarheid, beschikbaarheid, marktverlating, leveringszekerheid en patiënttoegang zijn doorgerekend?

Zoals adviesbureau Gupta zelf ook benadrukt⁶⁰ is de geneesmiddelenmarkt complex en is er geen zicht op de daadwerkelijk betaalde prijzen. Dit maakt dat met aannames gewerkt moet worden en dat de effecten van wijzigingen lastig te voorspellen zijn. Ook marktpartijen leveren geen of onvoldoende informatie aan waarmee effecten op bijvoorbeeld beschikbaarheid goed kunnen worden doorgerekend. Aanpassingen binnen de Wgp en het GVS zullen met name gericht zijn op het bieden van ruimte voor

⁵⁸ De koepels van zorgverleners, ziekenhuizen, zorgverzekeraars, patiënten, groothandels, leveranciers en het ministerie van VWS.

⁵⁹ Hierin zitten vertegenwoordigers van leveranciers, zorgverleners, zorgverzekeraars, patiënten en de overheid.

⁶⁰ [Beschikbaarheid in perspectief - Gupta Strategists.](#)

prijsstijgingen. Het is dan ook niet waarschijnlijk dat dit een negatief effect zou hebben op beschikbaarheid. Uiteraard zal het kabinet de Kamer zo goed als mogelijk informeren over de effecten van mogelijke aanpassingen binnen deze drie instrumenten op betaalbaarheid en beschikbaarheid. Maar ook als effecten vooraf nog onzeker zijn of niet goed zijn in te schatten kan er toch (bijvoorbeeld uit voorzorg) voor gekozen worden om wijzigingen - al dan niet eerst in een pilot - door te voeren.

Om beter zicht te krijgen op de daadwerkelijke effecten heeft mijn voorganger een proef gestart waarbij de GVS-limieten van antimicrobiële middelen tijdelijk zijn afgeschaft. Deze pilot maakt het mogelijk om de effecten op betaalbaarheid en beschikbaarheid te evalueren voordat eventuele wijzigingen structureel worden doorgevoerd. Deze pilot loopt nog tot 1 augustus 2027 en wordt tussentijds geëvalueerd. Het kabinet zal de Kamer informeren over de uitkomsten van de evaluatie wanneer de resultaten beschikbaar zijn.

De leden van de PVV-fractie vragen of de minister erkent dat het preferentiebeleid van zorgverzekeraars risico's kan opleveren indien te veel wordt gestuurd op de laagste prijs en te weinig op leveringszekerheid. Zo ja, welke aanpassingen worden overwogen? Zo nee, hoe verklaart de minister dan dat de rapportage nadrukkelijk wijst op de noodzaak om beschikbaarheidscriteria en bredere inkoopcriteria mee te wegen?

Het kabinet heeft er oog voor dat het preferentiebeleid impact kan hebben op de beschikbaarheid van geneesmiddelen en op hoe deze markt functioneert. Hierover, en over aanpassingen die in het preferentiebeleid zijn gedaan, is de Kamer op 26 juni 2025 uitgebreid geïnformeerd in de bijlage 'Werken aan het Preferentiebeleid' bij de 'Voortgangsbrief beschikbaarheid en leveringszekerheid'⁶¹. Op pagina 4 van deze bijlage is bijvoorbeeld toegelicht hoe de Taakgroep Preferentiebeleid onder regie van het ministerie van VWS concrete acties heeft afgesproken om mogelijke nadelige effecten van het preferentiebeleid te mitigeren. Er is afgesproken dat prijzen in overmachtssituaties kunnen worden aangepast, er is actie ondernomen om monopolisering tegen te gaan en er zijn afspraken gemaakt over hoe en wanneer zorgverzekeraars boetes hanteren. Zorgverzekeraars en leveranciers geven aan dat deze acties de leveringszekerheid ten goede komen. Daarnaast wijst het kabinet graag nog op de taakgroep 'Geneesmiddeleninkoop en Beschikbaarheid.' In deze taakgroep werken alle betrokken partijen in de keten (leveranciers, groothandels, ziekenhuizen, zorgverzekeraars en apotheken) samen aan gezamenlijke inkoopkaders die in een inkoopleidraad bij elkaar worden gebracht. Het doel van de leidraad is om ongewenste effecten in de keten op de beschikbaarheid van geneesmiddelen te voorkomen.

Daarnaast laat het Kabinet op verzoek van de Kamer een onafhankelijke evaluatie van het preferentiebeleid uitvoeren. De uitkomsten van de evaluatie kunnen richting geven aan beleidskeuzes en aan het handelen van betrokken partijen in de geneesmiddelenketen. Het kabinet verwacht de Kamer eind 2026 te informeren over de uitkomsten van de evaluatie.

De leden van de PVV-fractie lezen dat de onderzoekers adviseren beschikbaarheidscriteria mee te nemen bij de inkoop van kritieke en kwetsbare geneesmiddelen, naast prijs. Deze leden vragen wanneer de minister komt met concrete leveringszekerheidscriteria. Worden deze criteria verplicht, of blijven zij vrijblijvend? Hoe wordt voorkomen dat inkopende partijen toch vooral blijven sturen op de laagste prijs?

⁶¹ [Werken aan prefentiebeleid](#)

Een van de thema's waarover ten behoeve van de Inkoopleidraad beschikbaar geneesmiddelen afspraken worden gemaakt is het hanteren van aanvullende criteria naast prijs, zoals leveringszekerheid. De inkoopleidraad zal geen juridisch bindende status hebben. De leidraad bevat gemeenschappelijke uitgangspunten voor de inrichting van het inkoopproces. Partijen verbinden zich via ondertekening wel tot een aantoonbare inspanningsverplichting om de afspraken in beleid en praktijk te verankeren. De Kamer ontvangt de inkoopleidraad na vaststelling, naar verwachting voor het einde van dit jaar.

Daarnaast zijn in de Verordening Kritieke Geneesmiddelen leveringszekerheidscriteria en een Europees voorkeursprincipe bij de publieke aanbesteding van kritieke geneesmiddelen opgenomen. Daarmee kunnen aanbestedende diensten leveranciers belonen die extra investeren in de weerbaarheid van hun productieketens, door bijvoorbeeld meerdere leveranciers te hanteren, of de productie in Europa laten plaatsvinden⁶². De kanttekening die hierbij wordt geplaatst is dat het grootste deel van de kritieke geneesmiddelen in Nederland ingekocht wordt door private partijen zoals zorgverzekeraars, en buiten de reikwijdte van de verordening liggen. Daarom gaat het kabinet, zoals toegezegd aan de Kamer, in gesprek met deze inkopers over de mogelijkheden om bij de inkoop van geneesmiddelen sterker in te zetten op criteria die leveringszekerheid bevorderen⁶³.

De leden van de PVV-fractie vragen of de minister bereid is om bij kritieke geneesmiddelen het uitgangspunt te hanteren dat leveringszekerheid zwaarder moet wegen dan de allerlaagste prijs. Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe wordt dit vastgelegd?

Leveringszekerheid is naast onder meer betaalbaarheid voor het Kabinet een zeer belangrijk criterium, zeker bij kritieke geneesmiddelen. De overheid kan echter geen inkoopcriteria vastleggen voor de private partijen die geneesmiddelen inkopen of tenderen, zoals zorgaanbieders, groothandels en zorgverzekeraars. Daarom zet de overheid in op veldafspraken, zoals de inmiddels in uitvoering zijnde afspraken van de Taakgroep Preferentiebeleid en de afspraken om tot gemeenschappelijke inkoopkaders te komen in de vorm van een Inkoopleidraad.

Daarnaast zijn in de Verordening Kritieke Geneesmiddelen leveringszekerheidscriteria en een Europees voorkeursprincipe bij de publieke aanbesteding van kritieke geneesmiddelen opgenomen. Daarmee kunnen aanbestedende diensten leveranciers belonen die extra investeren in de weerbaarheid van hun productieketens, door bijvoorbeeld meerdere leveranciers te hanteren, of de productie in Europa laten plaatsvinden⁶⁴. De kanttekening die hierbij wordt geplaatst is dat het grootste deel van de kritieke geneesmiddelen in Nederland ingekocht wordt door private partijen zoals zorgverzekeraars, en buiten de reikwijdte van de verordening liggen. Daarom gaat het kabinet, zoals toegezegd aan de Kamer, in gesprek met deze inkopers over de mogelijkheden om bij de inkoop van geneesmiddelen sterker in te zetten op criteria die leveringszekerheid bevorderen⁶⁵.

De leden van de PVV-fractie lezen dat wordt gewerkt aan een inkoopleidraad. Deze leden vragen wat de juridische status van deze leidraad wordt. Wordt de naleving gecontroleerd?

⁶² Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 969.

⁶³ Kamerstukken II 2025/25, 2026Z09743.

⁶⁴ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 969.

⁶⁵ Kamerstukken II 2025/25, 2026Z09743.

*Worden partijen aangesproken als zij leveringszekerheid onvoldoende laten meewegen?
Wanneer ontvangt de Kamer deze inkoopleidraad?*

De leidraad zal geen juridisch bindende status hebben. De conceptleidraad bevat gemeenschappelijke uitgangspunten voor de inrichting van het inkoopproces. Een van de thema's waarover ten behoeve van de Inkoopleidraad beschikbaar geneesmiddelen afspraken worden gemaakt is het opnemen van aanvullende inkoopcriteria naast prijs, waaronder bijvoorbeeld leveringszekerheid. Indien partijen besluiten de Inkoopleidraad te ondertekenen verbinden zij zich daarmee tot een aantoonbare inspanningsverplichting om de afspraken in beleid en praktijk te verankeren. Deze naleving wordt, naar nu wordt voorzien, door de ondertekende partijen gecontroleerd. Het commitment wordt door de gezamenlijke partijen periodiek gemonitord en geëvalueerd (één keer per drie jaar of vaker indien monitoring of signalen uit het veld daartoe aanleiding geven). Bij onvoldoende toepassing van deze verplichting kunnen partijen worden aangesproken en bijgestuurd tijdens de periodieke evaluaties.

Bovenstaande is uiteraard onder enig voorbehoud, aangezien nog aan de Inkoopleidraad gewerkt wordt. Pas na vaststelling is er sprake van een definitieve afspraak. De Kamer ontvangt de vastgestelde inkoopleidraad naar verwachting voor het einde van dit jaar.

De leden van de PVV-fractie lezen dat het vergroten van Europese productiecapaciteit voor kritieke geneesmiddelen kan bijdragen aan het verkleinen van mondiale afhankelijkheden. Deze leden vragen welke kritieke geneesmiddelen volgens de minister in aanmerking komen voor productie in Nederland of Europa. Wordt daarbij ook gekeken naar productiecapaciteit op Nederlands grondgebied?

Met de inwerkingtreding van de Verordening Kritieke Geneesmiddelen (in het Engels: *Critical Medicines Act*, afgekort: CMA) wordt het mogelijk om productie te stimuleren via het opzetten van strategische projecten voor kritieke geneesmiddelen. Dit zijn geneesmiddelen die op de Europese lijst kritieke geneesmiddelen (*Union List of Critical Medicines*) staan⁶⁶. Dit zijn de meest belangrijke geneesmiddelen voor de continuïteit in de zorg in Europa en daarmee de afbakening voor welke geneesmiddelen de productie in Nederland of Europa moet worden gestimuleerd. Strategische projecten zijn industriële projecten die de productiecapaciteit van deze kritieke geneesmiddelen vergroten, en in ruil daarvoor toegang tot financiële, administratieve en regulatoire ondersteuning krijgen, binnen de bestaande kaders, vanuit de lidstaten en de EU. Er is in de uitwerking van deze verordening nog niet gekeken naar de productiecapaciteit op Nederlands grondgebied. De verordening geeft Nederlandse producten wel de mogelijkheid om strategische projecten op te zetten waarmee de productiecapaciteit van kritieke geneesmiddelen wordt vergroot.

De leden van de PVV-fractie vragen hoe wordt voorkomen dat Nederland in tijden van crisis achteraan komt te staan bij de verdeling van kritieke geneesmiddelen. Wordt bij de aanpak ook gekeken naar nationale weerbaarheid, noodscenario's en afspraken met producenten over leveringen aan Nederland?

Het kabinet is er alles aan gelegen om te voorkomen dat Nederland in tijden van crisis tekorten heeft van kritieke geneesmiddelen. De inzet daarop is dan ook meerledig.

⁶⁶ [Deze lijst](#) wordt opgesteld door het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA). Deze Europese lijst wordt formeel behandeld in de herziening van de Europese geneesmiddelenwetgeving.

Hierover is de Kamer bijvoorbeeld geïnformeerd in de recente “Voortgangsbrief Beschikbaarheid Geneesmiddelen”⁶⁷ en het BNC-fiche “EU-strategie borgen beschikbaarheid medische tegenmaatregelen ter versterking van de crisisparaatheid en gezondheidsbeveiliging”⁶⁸.

Deel van deze inzet is het aanleggen van (extra) nationale voorraden van medische producten. Zo worden bovenop de bestaande wettelijke voorraadverplichting extra voorraden van kritieke geneesmiddelen aangelegd, en het kabinet verkent op dit moment de mogelijkheden om weerbaarheidsvoorraden aan te leggen van medische producten die nodig zijn om een verhoogde zorgvraag tijdens crisis op te vangen. Nederland heeft al de beschikking over een strategische voorraad van met name vaccins en antivirale middelen voor (ernstige) gezondheids crisis. Ook zijn er specifieke calamiteitenproducten, zoals antidota, voorradig voor bedreigingen van chemische, biologische of radio-nucleaire aard.

Maar de inzet van het kabinet is niet alleen nationaal. Geen enkel land kan zich zelfstandig op alle potentiële gezondheidsbedreigingen voorbereiden. Juist Europese samenwerking maakt het mogelijk om als lidstaat minder kwetsbaar te worden tijdens een crisis. Zo neemt Nederland deel aan zogenaamde Europese gezamenlijke aanbestedingen, waarbij voor specifieke producten zoals pandemische griepvaccins reserveringscontracten worden afgesloten met daarin specifieke vooraf bepaalde volumes. Wanneer zich een crisis voordoet, kunnen deze contracten geactiveerd worden en is ons land verzekerd van levering van de afgesproken hoeveelheden vaccins binnen een van tevoren afgesproken tijdsbestek. Ook worden er leveringscontracten afgesproken voor specifieke producten, zoals mpox vaccins, die in crisistijd flink uitgebreid kunnen worden.

Voor mogelijke (pandemische) uitbraken van infectieziekten heeft de Europese Commissie voor de EU-lidstaten een contract afgesloten met drie fabrikanten van vaccins, die bij een grootschalige uitbraak binnen een afgesproken termijn 325 miljoen vaccins kunnen produceren vanaf het moment dat een vaccin beschikbaar is. De komende tijd wordt bekeken voor welke producten - waarbij in crisistijd een grote piekvraag kan optreden - vergelijkbare productieafspraken gemaakt kunnen worden. Ten slotte zijn er in verschillende Europese landen, waaronder ook Nederland, zogenaamde ‘rescEU’ noodvoorraden aanbesteed door de Europese Commissie met daarin medische producten voor een breed scala aan gezondheidsbedreigingen. In noodsituaties kunnen landen aanspraak maken op producten uit die voorraden.

De komende jaren wordt er nationaal en Europees op dit vlak verder geïnvesteerd en beleid ontwikkeld. Het gaat dan om de hierboven genoemde weerbaarheidsvoorraden, maar ook wordt er binnen de Joint Action Stockpile samengewerkt tussen 25 Europese landen. Het doel is om te komen tot een gezamenlijke paraatheidsplan rondom de beschikbaarheid van medische producten bij crises. Op basis daarvan kunnen in de toekomst mogelijk ook tussen landen onderling afspraken worden gemaakt tot samenwerking.

Naar aanleiding van het thema Medische hulpmiddelen en medische technologie. De leden van de PVV-fractie vragen de minister om de recente berichtgeving van NOS/Nieuwsuur over stijgende tekorten aan medische hulpmiddelen in ziekenhuizen te betrekken bij de beantwoording. Welke acute maatregelen neemt de minister aangezien ziekenhuizen volgens

⁶⁷ Kamerstukken II 2025/26, 29 477, nr. 969.

⁶⁸ Kamerstukken II 2024/25, 22 112, nr. 4163.

deze berichtgeving bijna wekelijks met tekorten worden geconfronteerd, van eenvoudige hulpmiddelen tot specialistische onderdelen voor operaties en MRI-scanners?

Het kabinet kijkt in samenwerking met alle partijen in de zorg naar mogelijkheden om leveringsonderbrekingen en tekorten van medische hulpmiddelen zo veel als mogelijk te voorkomen. Helaas is het onvermijdelijk dat er af en toe onderbrekingen in de complexe productieketens van medische hulpmiddelen zijn. Het kabinet onderzoekt daarom ook hoe het mogelijk is om deze (tijdelijke) tekorten op te vangen om de zorgcontinuïteit en patiëntveiligheid te waarborgen. Zoals in antwoord op vraag 41 al aangegeven, is sinds januari 2025 een Europese meldplicht voor leveringsonderbrekingen van medische hulpmiddelen van kracht. Fabrikanten zijn verplicht om leveringsonderbrekingen van kritische hulpmiddelen te melden bij een lidstaat. In Nederland komen deze meldingen binnen bij het CIBG. Het CIBG publiceert alle meldingen die bij lidstaten binnenkomen zodat de zorg voldoende tijd heeft om mitigerende maatregelen te treffen. Zorgaanbieders en leveranciers kunnen tekorten ook op vrijwillige basis melden bij het meldpunt tekorten medische hulpmiddelen van het Zorg Inkoop Netwerk Nederland (ZINN). Dit kunnen ook meldingen van niet-kritische hulpmiddelen zijn. Het kabinet subsidieert ZINN om inzicht te geven in de kwetsbaarheid van leveringsketens van kritische productgroepen. Tot slot heeft ZINN een alternatievendatabase opgezet die snel inzicht biedt in alternatieve medische hulpmiddelen die ingezet kunnen worden ter vervanging van een hulpmiddel waar een tekort van is ontstaan.

De leden van de PVV-fractie lezen dat bij medische hulpmiddelen vooral de balans tussen veiligheid, kwaliteit en beschikbaarheid onder druk staat. Deze leden vinden veiligheid en kwaliteit vanzelfsprekend van groot belang, maar waarschuwen dat regelgeving niet mag leiden tot tekorten of het verdwijnen van hulpmiddelen van de Nederlandse markt. Kan de minister aangeven voor welke medische hulpmiddelen de beschikbaarheid het meest onder druk staat door strengere Europese regelgeving, hogere kosten, langere toelatingsprocedures of marktverlating?

De beschikbaarheid staat het meest onder druk bij medische hulpmiddelen die een relatief kleine afzetmarkt hebben, zogenaamde weeshulpmiddelen. Voor deze producten is de ontwikkeling commercieel minder aantrekkelijk door de kleine patiëntengroep. De Europese Commissie heeft in de herziening van de MDR en IVDR voorstellen gedaan om de beschikbaarheid voor deze producten te waarborgen, zoals tariefverlaging, voorrang bij beoordeling en doorlopende evaluaties (zogenaamde rolling reviews). Deze voorstellen proberen eraan bij te dragen dat ook deze hulpmiddelen gemakkelijker op de markt kunnen komen. De onderhandelingen over de herziening van de MDR en IVDR zijn op dit moment gaande.

De leden van de PVV-fractie lezen dat de Medical Device Regulation (MDR) en In-Vitro Diagnostics Regulation (IVDR) bijdragen aan productveiligheid, maar ook druk kunnen zetten op beschikbaarheid. Deze leden vragen of de minister zicht heeft op hulpmiddelen of diagnostica die door deze regelgeving niet meer of later beschikbaar zijn voor Nederlandse patiënten. Zo ja, kan de minister dit overzicht met de Kamer delen? Zo nee, waarom is dit inzicht er niet?

Het kabinet heeft zicht op signalen dat de implementatie van de MDR en IVDR in sommige gevallen gevolgen heeft voor de beschikbaarheid van medische hulpmiddelen en in-vitrodiagnostica. Er bestaat echter geen volledig overzicht van alle hulpmiddelen en diagnostica die als gevolg van de MDR of IVDR niet meer of later beschikbaar zijn gekomen voor Nederlandse patiënten. Leveringsproblemen kunnen namelijk

verschillende oorzaken hebben. Het is in de praktijk niet altijd mogelijk deze oorzaken eenduidig van elkaar te onderscheiden.

Wel ontvangt het kabinet signalen over dreigende leveringsonderbrekingen. Fabrikanten zijn sinds januari 2025 op grond van artikel 10a van de MDR en de IVDR verplicht bepaalde onderbrekingen of beëindigingen van de levering te melden wanneer deze kunnen leiden tot ernstige schade of een risico op ernstige schade voor patiënten of de volksgezondheid. In Nederland bestaat een nationale meldstructuur voor leveringsonderbrekingen van medische hulpmiddelen via het CIBG. De meldingen die via deze route worden gedaan, worden openbaar gemaakt in een overzicht dat voor zorgaanbieders en andere betrokkenen beschikbaar is. Deze meldingen geven inzicht in concrete leveringsonderbrekingen, maar bevatten niet altijd informatie waaruit kan worden afgeleid in welke mate de MDR of IVDR de directe oorzaak van de verminderde beschikbaarheid is. Om die reden kan het kabinet geen volledig overzicht verstrekken van hulpmiddelen of diagnostica die uitsluitend als gevolg van de MDR of IVDR niet meer of later beschikbaar zijn gekomen. Het kabinet blijft de signalen over beschikbaarheid nauwlettend volgen.

De leden van de PVV-fractie vragen of de minister bereid is in Europees verband stevig te pleiten voor regelgeving die veiligheid borgt, maar onnodige regeldruk, onnodige kosten en onnodige marktverlating voorkomt. Welke concrete vereenvoudigingen bepleit Nederland?

Het kabinet brengt concrete vereenvoudigingen actief in tijdens de onderhandelingen over de herziening van de MDR en IVDR die nu plaatsvinden. Het kabinet onderschrijft het belang van een hoog niveau van patiëntveiligheid, maar ziet tegelijkertijd ruimte om het huidige stelsel doelmatiger en beter uitvoerbaar te maken. Zoals aangegeven in het BNC-fiche "Wijziging Verordening medische hulpmiddelen en medische hulpmiddelen voor in-vitro diagnostiek" ondersteunt het kabinet daarom voorstellen die de administratieve lasten verminderen, de voorspelbaarheid van certificering vergroten en onnodige kosten voor fabrikanten beperken, mits het veiligheidsniveau voor patiënten behouden blijft⁶⁹.

Tegelijkertijd heeft het kabinet aangegeven kritisch te zijn op voorstellen die raken aan de kern van het certificeringssysteem en daarmee mogelijk afbreuk doen aan de borging van veiligheid. Daarnaast ziet Nederland ruimte voor verdere vereenvoudiging, bijvoorbeeld op het gebied van softwareclassificatie, de aanwijzingscodes voor notified bodies, en het beperken van de stapeling van verplichtingen uit verschillende Europese wetgevingskaders. Nederland zet zich daarmee in voor een proportioneel en toekomstbestendig regelgevend kader dat zowel patiëntveiligheid als beschikbaarheid van medische hulpmiddelen en in-vitro diagnostica ondersteunt.

De leden van de PVV-fractie lezen dat er niet één centrale database bestaat voor hulpmiddelen en dat verschillende signalen en databronnen moeten worden gecombineerd. Deze leden vragen wanneer de minister wel beschikt over een centraal, bruikbaar en actueel overzicht van kritieke en kwetsbare hulpmiddelen. Wanneer ontvangt de Kamer dit overzicht?

Het bijhouden van een overzicht van kritieke en kwetsbare hulpmiddelen is erg lastig. Het is namelijk heel erg situatieafhankelijk of een hulpmiddel kritiek is of niet. Daarom verkent het kabinet op dit moment hulpmiddelen die nodig zijn bij verschillende crisis, zoals in de laatste Geneesmiddelenbrief aan de Kamer medegedeeld⁷⁰. Daarnaast zet het kabinet in op bredere databases met informatie over hulpmiddelen. Er wordt op

⁶⁹ Kamerstukken II 2025/26, 22112, nr. 4269.

⁷⁰ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 969.

Europees niveau gewerkt aan EUDAMED: een systeem met informatie over alle hulpmiddelen die toegelaten zijn op de Europese markt. Dit systeem is al in delen beschikbaar en wordt de komende periode verder ontwikkeld en uitgerold. Daarnaast hebben we in Nederland een database beschikbaar bij het Zorginkoop Netwerk Nederland die alternatieven in kaart brengt voor hulpmiddelen waar een (tijdelijk) tekort van is ontstaan.

De leden van de PVV-fractie vragen welke medische hulpmiddelen op dit moment als kritiek worden gezien op basis van medische noodzaak. Welke hulpmiddelen zijn kwetsbaar op basis van historische tekorten, afhankelijkheid van één of enkele leveranciers, monopolies of internationale toeleveringsrisico's?

Op dit moment zijn met name producten die gemaakt zijn van olie of geproduceerd worden met olie, kwetsbaar voor leveringsproblemen en prijsstijgingen door het risico op een grondstoftekort en afhankelijkheid van productie in Azië. Concreet gaat het om disposable OK-jassen en afdek materiaal, niet-latex handschoenen, infuussystemen, disposable spuitjes, katheters, mondneusmaskers en verbandmaterialen. Daarnaast zijn incontinentiemateriaal, dialyse disposables en medische verpakkingen kwetsbaar voor prijsstijgingen. In het algemeen geldt dat hulpmiddelen voor eenmalig gebruik (disposables) het meest kwetsbaar zijn voor leveringsproblemen, vanwege het hoge en continue verbruik. Daarnaast zijn medische hulpmiddelen voor specifieke toepassingen en doelgroepen (zoals kinderen) kwetsbaar voor tekorten. Er wordt in Europa gewerkt aan vereenvoudiging van de Europese wetgeving voor medische hulpmiddelen (MDR) om de beschikbaarheid van deze hulpmiddelen te verbeteren.

De leden van de PVV-fractie lezen dat wordt verkend hoe meldingen en signalen uit het veld gecombineerd kunnen worden om te prioriteren welke hulpmiddelen de meeste aandacht verdienen. Deze leden vragen waarom dit nog niet operationeel is. Wanneer is dit systeem gereed? Welke partijen leveren gegevens aan? Hoe wordt geborgd dat zorgverleners en patiëntenorganisaties hierbij worden betrokken?

Het kabinet heeft de Kamer recent geïnformeerd⁷¹ over het opstarten van het traject voor het in kaart brengen van medische producten die nodig zijn gedurende een uiteenlopende crisis. In dit onderzoek halen we input op vanuit alle kanten van de zorg, ook de zorgverleners en patiëntenorganisaties. Daarnaast subsidieert VWS het Zorginkoop Netwerk Nederland (ZINN) onder andere om inzicht te krijgen in kwetsbaarheden in toeleveringsketens.

De leden van de PVV-fractie lezen dat de onderzoekers adviseren de werking van het meldpunt voor hulpmiddelen te verbeteren en één punt met een totaaloverzicht van meldingen te realiseren. Deze leden vragen wanneer dit centrale overzicht operationeel is. Wordt het overzicht openbaar of in ieder geval beschikbaar voor zorgpartijen en zorgprofessionals? Welke informatie wordt precies gedeeld?

Zoals aangegeven in de appreciatie, deelt het kabinet het advies dat het belangrijk is om één centraal overzicht van meldingen te hebben. Recent is een wetswijziging van de Wet Medische Hulpmiddelen (Wmh) aangenomen die het mogelijk maakt om basisinformatie over meldingen vanuit de Europese meldplicht breed beschikbaar te stellen voor de zorg. Deze informatie wordt gebundeld op de website van het CIBG zodat dit toegankelijk is voor zorgpartijen en zorgprofessionals. Daarnaast kan het ZINN deze

⁷¹ Aanhangsel Handelingen II 2025/26, nr. 2429.

meldingen verwerken in haar systemen. In Europa lopen momenteel gesprekken voor het verwerken van informatie over leveringsonderbrekingen in EUDAMED.

De leden van de PVV-fractie lezen dat het kabinet de mogelijkheden verkent voor het aanleggen van een eventuele voorraad medische hulpmiddelen. Deze leden vragen waarom dit nog steeds een verkenning is. Wanneer wordt besloten of er een voorraad komt, voor welke hulpmiddelen die voorraad geldt en wie verantwoordelijk wordt voor beheer, financiering, vervanging en kwaliteitsbewaking?

Het kabinet heeft dit jaar structureel € 177 miljoen per jaar vrijgemaakt voor pandemische paraatheid. Dit is onder andere bedoeld voor het vergroten van de weerbaarheid van medische productieketens en strategische voorraden van medicijnen en medische hulpmiddelen. Een deel van deze middelen zal worden ingezet voor het aanleggen van voorraden en productie van kritische medische hulpmiddelen. De eerste stap hiervoor is een recent gestarte verkenning naar welke hulpmiddelen kritiek zijn. Afhankelijk van de uitkomsten, wordt gestart met het uitwerken van een plan van aanpak over het eventuele beheer, vervanging en kwaliteitsbewaking van voorraden. De Kamer wordt hier uiterlijk in Q1 2027 over geïnformeerd.

De leden van de PVV-fractie vragen hoe wordt voorkomen dat een voorraad medische hulpmiddelen leidt tot verspilling, veroudering of onduidelijke verantwoordelijkheden. Welke lessen worden getrokken uit eerdere ervaringen met opschaalbare productiecapaciteit en voorraadvorming?

Het is belangrijk om de vrijgemaakte financiële middelen op een goede manier te besteden en zo veel als mogelijk te voorkomen dat voorraden verouderen of leiden tot verspilling. Het kabinet heeft hierbij oog voor de geleerde lessen van bijvoorbeeld de coronapandemie. Er is daarom gekozen voor een overeenkomst met een fabrikant voor het in stand houden van opschaalbare productiecapaciteit van mondklappen (type FFP2), in plaats van het aanleggen van een fysieke voorraad om verspilling te verminderen. Het kabinet overweegt om met middelen uit het pakket pandemische paraatheid waar dat mogelijk is meer van dit soort overeenkomsten te sluiten voor de productie van een aantal van de meest kritische hulpmiddelen.

De leden van de PVV-fractie lezen dat Gupta adviseert om naast de bestaande taakgroep een gremium op te zetten dat gericht in actie komt bij dreigende tekorten, met passend mandaat. Deze leden vragen of het kabinet dit advies overneemt. Zo ja, wanneer wordt dit gremium ingericht, welk mandaat krijgt het en welke bevoegdheden heeft het bij acute tekorten? Zo nee, waarom niet?

Zoals aangegeven in de appreciatie, deelt het kabinet het advies dat het belangrijk is om de governance ten tijde van crisis goed te organiseren. In samenwerking met de taakgroep beschikbaarheid medische hulpmiddelen - een klankbordgroep van beroepsgroepen en zorg- en fabrikantenkoepels - is daarom een plan opgesteld om de beschikbaarheid van medische hulpmiddelen ten tijde van crisis te verbeteren. Onderdeel hiervan is het maken van afspraken over de governance in crisistijd. De taakgroep heeft het Zorginkoop Netwerk Nederland (ZINN) gevraagd om de uitwerking van dit plan te coördineren. Naar verwachting worden daar dit kalenderjaar concrete resultaten van verwacht.

De leden van de PVV-fractie vragen wie uiteindelijk de regie voert bij een dreigend tekort aan medische hulpmiddelen. Is dat het ministerie van VWS, Zorginkoop Netwerk Nederland, de Kwaliteitsraad, de leveranciers, de zorgverzekeraars of een andere partij?

Momenteel komen de signalen over een (dreigend) tekort als eerste terecht bij het ZINN. Zij maken een eerste analyse van het tekort en kunnen mogelijk oplossingen aandragen. Als zij er niet uit komen, escaleren zij naar het ministerie van VWS. Zoals aangegeven in het antwoord op de voorgaande vraag, wordt momenteel gewerkt aan afspraken over de governance in crisistijd.

De leden van de PVV-fractie lezen dat Gupta adviseert om gericht handelsmissies in te zetten voor hulpmiddelen die de meeste aandacht verdienen. Deze leden vragen hoe wordt bepaald welke hulpmiddelen daarvoor in aanmerking komen. Wordt hierbij vooral gekeken naar economische kansen en innovatie, of naar medische noodzaak en leveringszekerheid voor Nederlandse patiënten?

Het is belangrijk om zowel oog te houden voor beschikbaarheid als innovatie. De internationale samenwerking dient vooral een maatschappelijk doel. Bij de keuze voor hulpmiddelen die onderdeel zijn van handelsmissies kijken we vooral naar producten die een meerwaarde hebben voor Nederland. Dit kan bijvoorbeeld zijn omdat ze helpen bij het aanpakken van het arbeidstekort in de zorg. Daarnaast is het van belang om producten te selecteren die resulteren in meer diversiteit in de toeleveringsketen.

De leden van de PVV-fractie vragen of de minister bereid is om bij medische hulpmiddelen ook te kijken naar nationale en Europese productiecapaciteit, zeker voor hulpmiddelen die essentieel zijn voor de continuïteit van zorg. Zo ja, wanneer ontvangt de Kamer hierover een uitwerking? Zo nee, waarom niet?

Zoals aangegeven in eerdere antwoorden, is het kabinet voorstander van productiecapaciteit dichtbij huis. De eerste gesprekken voor een Europese aanbesteding zijn recent opgestart. Na afloop van het aanbestedingsproces zal het kabinet de Kamer informeren over de uitkomsten. Dit is naar verwachting in Q1 2027.

Naar aanleiding van het thema Lichaamsmaterialen. De leden van de PVV-fractie lezen dat lichaamsmaterialen een andere dynamiek kennen dan geneesmiddelen en hulpmiddelen, maar dat er specifieke kwetsbaarheden bestaan rond plasma en donorbestanden. Deze leden vragen hoe de minister de huidige leveringszekerheid van plasma en plasmageneesmiddelen beoordeelt. Is Nederland voldoende voorbereid op verstoringen in internationale plasmaketens?

Het belangrijkste geneesmiddel uit plasma is op dit moment immunoglobuline. Immunoglobulinen zijn afweerstoffen die bijvoorbeeld gebruikt worden bij patiënten met afweerstoornissen of als ondersteuning bij een kankerbehandeling. Voor immunoglobulinen voorziet Nederland 50% van de behoefte met plasma dat in Nederland ingezameld wordt. Het kabinet beoordeelt daarmee dat de keten in Nederland redelijk weerbaar is. Bovendien zijn er nog andere buitenlandse aanbieders van immunoglobulinen op de Nederlandse markt die in de overige 50% van de behoefte voorzien. Het kabinet acht de kans klein dat alle aanbieders tegelijkertijd wegvallen.

Het kabinet vindt dat Nederland hiermee redelijk voorbereid is op verstoringen in de internationale plasma(geneesmiddelen)keten. Een bekend voorbeeld van zo'n verstoring was de COVID-19 pandemie. Dit heeft tot aanzienlijk lagere plasma inzameling in de Verenigde Staten geleid, maar geen problemen veroorzaakt voor de beschikbaarheid van plasmageneesmiddelen in Nederland.

De leden van de PVV-fractie lezen dat Nederland ongeveer de helft van de behoefte aan immunoglobulinen dekt met in Nederland ingezameld plasma. Deze leden vragen of de

minister dit voldoende vindt. Welke doelstelling hanteert de minister voor meer zelfvoorziening? Welke stappen worden gezet om de afhankelijkheid van plasma uit derde landen verder te verminderen?

Het kabinet heeft in zijn brief van 26 juni 2026 toegelicht dat de inzameling van plasma in Nederland niet kostenneutraal gebeurt waardoor het deel van de inzamelingskosten dat niet door de verkoop van plasma wordt gedekt ten laste komt aan de prijs van kort houdbare bloedproducten (zoals rode bloedcellen)⁷². Zolang meer inzamelen van plasma betekent dat de prijzen van kort houdbare bloedproducten nog verder stijgen, vindt het kabinet dat met het voldoen van 50% van de behoefte aan immunoglobulinen voldoende plasma wordt ingezameld.

De geneesmiddelenmarkt, als ook die van plasma, is een internationale markt. De rol van Nederland in dit geheel is beperkt. Minder afhankelijk worden van derde landen vergt een Europese aanpak. Op EU-niveau zijn er initiatieven om lidstaten te stimuleren hun afhankelijkheid van plasma uit derde landen te verkleinen. Zo heeft een EU-joint action plaatsgevonden waar ook de bloedvoorzieningsorganisatie Sanquin een belangrijke rol heeft gespeeld. Het kabinet heeft de Kamer over deze uitkomsten geïnformeerd op 20 juni 2024⁷³. Ook zijn er waarborgen opgenomen in de nieuwe verordening lichaamsmateriaal (Verordening (EU) 1938/2024) die bijdragen aan strategische autonomie en leveringszekerheid. Lidstaten moeten kritieke lichaamsmaterialen identificeren en hiervoor noodplannen en meldsystemen opbouwen om de voorziening te borgen. Ook worden lidstaten opgeroepen de inzameling van kritieke lichaamsmaterialen te faciliteren. Dit is met name relevant voor lidstaten waar momenteel nog geen plasma via afereze wordt ingezameld of geen productie tot plasmageneesmiddelen plaatsvindt.

De leden van de PVV-fractie vragen welk deel van de Nederlandse behoefte aan plasma, immunoglobulinen en andere plasmagerelateerde producten nu uit Nederland komt, welk deel uit andere Europese landen en welk deel uit derde landen. Kan de minister dit voortaan jaarlijks inzichtelijk maken?

De belangrijkste geneesmiddelen die uit plasma worden geproduceerd zijn immunoglobulinen en albumine. Prothya Biosolutions Netherlands BV, gevestigd in Amsterdam, verwerkt het Nederlandse plasma en voorziet daarmee respectievelijk 50% en 70% van de Nederlandse markt. Van de andere geneesmiddelen uit plasma op de Nederlandse markt zijn de herkomstgegevens niet bekend bij het kabinet. Deze zijn ook niet te achterhalen bij de registratieautoriteit, het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Het college beoordeelt weliswaar of het plasma (uit een derde land) voldoet aan de registratie-eisen, maar het is vervolgens aan de fabrikant om te bepalen welke geneesmiddelen uit dit plasma worden geproduceerd en waar deze geneesmiddelen op de markt worden gebracht. Ook kan een fabrikant in zijn productie beslissen om plasma van verschillende landen bij elkaar te voegen, wat inhoudt dat Europees plasma gemengd wordt met plasma uit een derde land. Er is geen reden om aan te nemen dat dit jaarlijks sterk veranderd, het is dus ook niet noodzakelijk om dit jaarlijks inzichtelijk te maken.

De leden van de PVV-fractie lezen dat de kosten van plasma-inzameling nog niet volledig worden gedekt door de verkoop van plasma en dat Sanquin tot en met 2027 niet volledig gedekte kosten mag financieren met de verkoop van bloedtransfusieproducten. Deze leden

⁷² Kamerstukken II 2024/25, 36516, nr. 17.

⁷³ Kamerstukken II 2023/24, 35844, nr. 12.

vragen wat er na 2027 gebeurt. Wat gebeurt er als de kosten vanaf 2028 nog steeds niet volledig worden gedekt? Kan dit gevolgen hebben voor de beschikbaarheid van plasma of plasmageneesmiddelen?

Het is zeer waarschijnlijk dat ook na 2027 de inzamelingskosten niet volledig gedekt worden door de verkoopprijzen aangezien de marktprijs aanzienlijk lager liggen dan de inzamelingskosten van de bloedvoorzieningsorganisatie Sanquin. Vanaf 2028 kunnen nieuwe afspraken gemaakt worden over de verkoopprijs. Het kabinet verwacht dat de toeslag op de prijzen van kort houdbare bloedproducten als gevolg van de niet-gedekte inzamelingskosten vanaf 2028 zal afnemen, maar niet zal verdwijnen. Dit heeft geen gevolgen voor de beschikbaarheid van het plasma dat in Nederland wordt ingezameld en de plasmageneesmiddelen die uit dit plasma geproduceerd worden.

De leden van de PVV-fractie lezen dat het kabinet in gesprek wil met het veld over gepast gebruik van immunoglobulinen. Deze leden vragen wat dit concreet betekent. Wordt hierbij gestuurd op minder gebruik, doelmatiger gebruik of betere prioritering? Hoe wordt voorkomen dat patiënten die immunoglobulinen nodig hebben worden geconfronteerd met beperkingen, vertraging of extra onzekerheid?

Bij gepast gebruik staat centraal dat patiënten de juiste zorg ontvangen, op het juiste moment en passend bij hun persoonlijke situatie, en dat onnodige of niet-effectieve zorg wordt voorkomen. Het gesprek met het veld is erop gericht om te bezien of het gebruik van immunoglobulinen verder kan worden geoptimaliseerd. Uit een eerste inventarisatie heb ik geen signalen gekregen van niet-gepaste inzet van immunoglobulinen en lijkt (extra) sturing op gepaste inzet niet nodig.

Naar aanleiding van het thema Monitoring, evaluatie en regie. De leden van de PVV-fractie vragen waarom SMART-doelstellingen, meetbare indicatoren en evaluatiemomenten niet allang standaard zijn bij beleid rondom de beschikbaarheid van medische producten. Kan de minister toezeggen dat nieuwe maatregelen voortaan altijd worden voorzien van concrete doelen, indicatoren, termijnen, verantwoordelijke partijen en evaluatiemomenten?

Het Beleidskompas is sinds 2023 de centrale werkwijze en het vaste kader van de Rijksoverheid voor het ontwikkelen van nieuw beleid en regelgeving. Het formuleren van concrete SMART-doelstellingen en de voorgenomen monitoring en evaluatie zijn onderdeel van het Beleidskompas. Het uitgangspunt bij het ministerie van VWS is dat het Beleidskompas wordt gebruikt. Bij de beleidsvorming kan daarbij gebruik gemaakt worden van verschillende multidisciplinaire expertisecentra binnen het ministerie van VWS op het gebied van onderzoek, beleidsvorming, monitoring en evaluatie welke advies geven over de door de Kamer genoemde aspecten⁷⁴.

Ten aanzien van de evaluatiemomenten verwijst het kabinet naar de Strategische Evaluatie Agenda (SEA) als onderdeel van de begroting en het jaarverslag van het ministerie van VWS. De SEA is een meerjarige agenda die ex-ante, ex-durante en ex-post evaluaties omspant op alle belangrijke beleidsthema's en bijbehorende begrotingsartikelen van het ministerie van VWS. De voortgang en resultaten van de SEA worden toegelicht in zowel de VWS-begroting, als het jaarverslag. Een eerstvolgende actualisatie van de planning van deze evaluaties maakt onderdeel uit van de SEA in de begroting 2027. Deze planning wordt mede opgesteld op basis van de eisen zoals

⁷⁴ [Beleidskompas | Kenniscentrum voor beleid en regelgeving](#)

hierover gesteld in de uitgewerkte richtlijnen voor beleidsevaluaties in de Regeling periodiek evaluatieonderzoek 2022⁷⁵.

De leden van de PVV-fractie lezen dat het kabinet stelt dat beleid niet altijd planbaar is en dat bij tekorten snel en daadkrachtig ingrijpen nodig kan zijn. Deze leden onderschrijven dat, maar vragen waarom snelle actie en meetbare doelen niet samen zouden kunnen gaan. Is de minister het met deze leden eens dat juist bij acute tekorten duidelijk moet zijn wie verantwoordelijk is, welk effect wordt beoogd en wanneer wordt bijgestuurd?

De partijen die deelnemen aan het OTG werken op operationeel niveau samen om geneesmiddelen tekorten vroegtijdig te signaleren en waar mogelijk op te lossen. Het OTG bestaat uit een kernteam (CBG, IGJ, LCG, KNMP en BG Pharma), en een tweede schil (de overige leden van de Werkgroep Verbeteren Beschikbaarheid Geneesmiddelen). De partijen die deelnemen aan dit gremium, hebben allen een eigen rol, taak en verantwoordelijkheid. Deze aanpak werkt voor de partijen uit OTG. Daarmee is het voor de betrokken partijen dus duidelijk welke verantwoordelijkheden zij hebben en zijn zij in staat acute tekorten adequaat aan te pakken.

Om de verantwoordelijkheden voor alle partijen in de toeleveringsketen duidelijker te maken is onder het AZWA een afspraak gemaakt om de praktische en eenduidige taak- en rolverdeling tussen de spelers in de keten, van leverancier tot en met de apotheek op te actualiseren⁷⁶. Dit taak- en rolverdelingsdocument zal een beschrijving zijn van de huidige werkwijzen.

Naar aanleiding van het thema Besparingsopties en betaalbaarheid. De leden van de PVV-fractie lezen dat er niet één besparingsoptie is waarmee 20 procent kan worden bespaard zonder direct in te grijpen op de toegankelijkheid van zorg. Deze leden vinden het belangrijk dat dit helder wordt uitgesproken. Deelt de minister de mening dat schrappen in het basispakket en het invoeren van eigen bijdragen de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg voor patiënten onder druk zetten?

Zo algemeen gesteld, deelt het kabinet die mening niet. Althans, het kabinet wijst erop dat een beperking van de beschikbaarheid en toegankelijkheid niet per se onwenselijk is. Als bijvoorbeeld een geneesmiddel geschrapt wordt uit het basispakket omdat het middel na een herbeoordeling geen meerwaarde blijkt te hebben of niet kosteneffectief is, dan kan dat weer ruimte opleveren voor andere, (kosten)effectievere middelen of zorg. En als een eigen bijdrage mede ertoe leidt dat patiënten niet meer onnodig (lang) gebruik maken van geneesmiddelen, en daarmee dus tot passende zorg leidt, voorkomt dat weer niet-passende zorg.

De leden van de PVV-fractie vragen of de minister kan garanderen dat de aanbevelingen uit deze rapportage niet worden gebruikt als opstap naar pakketvershraling, hogere eigen betalingen of slechtere toegang tot geneesmiddelen en hulpmiddelen. Zo nee, waarom kan zij die garantie niet geven?

De aanbevelingen zijn gericht op het verbeteren van de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Eventuele maatregelen gericht op de betaalbaarheid staan daar los van, al zal het kabinet daarbij uiteraard ook mogelijke effecten op de beschikbaarheid meewegen.

⁷⁵ wetten.nl - Regeling - Regeling periodiek evaluatieonderzoek 2022 - BWBR0046970

⁷⁶ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 985.

De leden van de PVV-fractie lezen dat hulpmiddelen uit het basispakket halen als besparingsoptie wordt genoemd, maar dat dit direct een negatief effect heeft op toegankelijkheid. Deze leden vragen of de minister uitsluit dat hulpmiddelen uit het basispakket worden gehaald als besparingsmaatregel. Zo nee, welke hulpmiddelen zouden dan in beeld zijn?

Op dit moment is het kabinet niet voornemens om hulpmiddelen uit het basispakket te halen als besparingsmaatregel.

De leden van de PVV-fractie lezen dat ook eigen bijdragen en eigen risico voor geneesmiddelen of hulpmiddelen als besparingsopties in beeld kunnen komen. Deze leden vragen of de minister uitsluit dat patiënten die afhankelijk zijn van geneesmiddelen of hulpmiddelen extra worden belast. Is de minister het met deze leden eens dat dit juist chronisch zieken, ouderen en mensen met een kleine beurs hard kan raken?

Dat sluit het kabinet niet uit. Het kabinet wijst erop dat een pakketmaatregel of eigen bijdrage niet per se onwenselijk is. Als bijvoorbeeld een geneesmiddel geschrapt wordt uit het basispakket omdat het middel na een herbeoordeling geen meerwaarde blijkt te hebben of niet kosteneffectief is, dan kan dat weer ruimte opleveren voor andere, (kosten)effectievere middelen of zorg. En als een eigen bijdrage mede ertoe leidt dat patiënten niet meer onnodig (lang) gebruik maken van geneesmiddelen, en daarmee dus tot passende zorg leidt, voorkomt dat weer niet-passende zorg. Bij besparingsmaatregelen weegt het kabinet overigens ook de gevolgen voor de (chronische) patiënt mee.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de kabinetsreactie op de periodieke rapportage 'Beschikbaarheid in Perspectief, Beschikbaarheid medische producten, 2017 t/m 2023'. Naar aanleiding daarvan hebben deze leden nog een aantal vragen.

De leden van de CDA-fractie lezen in de rapportage dat het verhogen en differentiëren van de geneesmiddelenvoorraden volgens het onderzoeksbureau de hoogste prioriteit heeft. Deze leden vragen de minister om op deze aanbeveling te reflecteren en in het bijzonder of en hoe zij hier opvolging aan gaat geven.

Bij het vaststellen van de hoogte van de wettelijke voorraadverplichting is rekening gehouden met de mogelijkheid om deze later te verhogen voor specifieke groepen geneesmiddelen. Sommige leveringsonderbrekingen duren immers langer dan de huidige veiligheidsvoorraad van in totaal 8 weken. In de recente voortgangsbrief over de beschikbaarheid van geneesmiddelen⁷⁷ heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd dat het kabinet eind 2025 een subsidie heeft verstrekt voor het aanleggen en aanhouden van een extra voorraad boven op de wettelijke voorraadverplichting van geneesmiddelen op de Nederlandse lijst kritieke geneesmiddelen⁷⁸. Hiermee zijn geneesmiddelenvoorraden dus al verhoogd en gedifferentieerd. Dit betreft een extra voorraad van vier weken voor geneesmiddelen in de rode categorie en drie weken van geneesmiddelen in de oranje categorie van deze lijst. Voor beide categorieën zijn dit alleen geneesmiddelen met een apothekinkoopprijs onder € 15. Mochten de resultaten van lopende onderzoeken,

⁷⁷ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 969.

⁷⁸ [Lijst kritieke geneesmiddelen | Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen](#)

bijvoorbeeld over kwetsbaarheden, aanleiding geven tot verdere differentiatie van de geneesmiddelenvoorraden, zal dit worden meegenomen in verdere beleidsvorming.

Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie

De leden van de JA21-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de kabinetsreactie op de periodieke rapportage Beschikbaarheid in Perspectief, Beschikbaarheid medische producten, 2017 t/m 2023.

Deze leden constateren dat de beschikbaarheid van geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en lichaamsmaterialen al langere tijd onder druk staat. Zij achten het van groot belang dat patiënten kunnen rekenen op tijdige toegang tot noodzakelijke medische producten en dat Nederland minder kwetsbaar wordt voor internationale verstoringen, geopolitieke afhankelijkheden en eenzijdige prijsprykkels.

De leden van de JA21-fractie lezen dat Gupta Strategists concludeert dat het verbeteren van de beschikbaarheid van geneesmiddelen geen kwestie is van één enkel beleidsinstrument, maar vraagt om meer regie door VWS. De minister geeft aan deze regierol te herkennen. Kan de minister concreet maken wat deze regierol in de praktijk betekent? Welke bevoegdheden, instrumenten en afspraken heeft de minister nodig om in te grijpen wanneer leveringszekerheid in gevaar komt? Kan de minister daarbij aangeven welke aanbevelingen uit de rapportage worden omgezet in beleid?

De wijze waarop het kabinet invulling geeft aan zijn regierol verschilt per onderdeel van het geneesmiddelenbeleid. Op onderdelen waar het ministerie van VWS beschikt over eigen wettelijke en beleidsmatige instrumenten kan het kabinet direct sturend optreden. Op andere terreinen, zoals het inkoop- en preferentiebeleid, liggen verantwoordelijkheden primair bij zorgverzekeraars, apothekers, groothandels en leveranciers. Daar richt de regierol van het kabinet zich op het bijeenbrengen van partijen, het stimuleren van gezamenlijke oplossingen en het wegnemen van knelpunten.

Een regierol is noodzakelijk om de beschikbaarheid van geneesmiddelen structureel te verbeteren. Het kabinet neemt de regie over dit dossier, zowel omwille van de maatschappelijke urgentie als vanuit haar rol als stelselverantwoordelijke. Het kabinet heeft in de voortgangsbrief over de beschikbaarheid van geneesmiddelen van 1 april 2026 al uiteengezet hoe deze regierol wordt vervuld⁷⁹.

Samen met betrokken partijen zorgt het kabinet dat geneesmiddelentekorten zoveel mogelijk worden afgewend, verzacht of opgelost. Het kabinet is hier stelselverantwoordelijk, en zorgt dat betrokken partijen in staat zijn om hun rol zo goed mogelijk uit te voeren ten behoeve van de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Hiertoe heeft het kabinet in 2017 het Meldpunt Geneesmiddelentekorten en -defecten (hierna: het Meldpunt) opgericht, waar handelsvergunninghouders wettelijk verplicht zijn verwachte leveringsonderbrekingen te melden. Om het Meldpunt te ondersteunen in hun werkzaamheden is vervolgens het OTG opgericht, waar vroegsignalering plaatsvindt en dat bijdraagt aan tijdige informatie-uitwisseling tussen partijen. Betrokken partijen zijn goed in staat om zo adequaat mogelijk te handelen tijdens een tekort en pakken hier ook hun verantwoordelijk. Daarnaast ontvangt het LCG van het ministerie van VWS-subsidie om te coördineren bij geneesmiddelentekorten. Hierom ziet het kabinet geen aanleiding om aanvullende bevoegdheden te verkennen.

⁷⁹ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 969.

Het kabinet onderschrijft de conclusie van Gupta Strategists dat het verbeteren van de beschikbaarheid van geneesmiddelen geen kwestie is van één enkel beleidsinstrument, maar vraagt om een samenhangende inzet van verschillende maatregelen. Het kabinet beschouwt de aanbevelingen van Gupta daarbij niet als een afzonderlijk pakket dat één-op-één wordt overgenomen, maar als een ondersteuning van de reeds ingezette koers.

Dat geldt in het bijzonder voor de aanbevelingen om de samenwerking in de keten verder te versterken ("whole system in the room"), de informatievoorziening en meldstructuur te verbeteren, de juiste prikkels voor beschikbaarheid in de keten te creëren en de monitoring en evaluatie van beleid te versterken. Een mooi voorbeeld van een succesvolle samenwerking via een 'whole system in the room'-aanpak is de Werkagenda Betere Beschikbaarheid Geneesmiddelen, die onderdeel vormt van de uitwerking van het AZWA. Recent is uw Kamer hierover geïnformeerd⁸⁰. Alle partijen uit de geneesmiddelenketen, van apotheker tot aan leverancier, hebben 11 afspraken gemaakt om de beschikbaarheid van geneesmiddelen te verbeteren. Aankomende tijd worden deze afspraken uitgewerkt en geïmplementeerd.

De leden van de JA21-fractie constateren dat Gupta aangeeft dat bij nieuw beleid regelmatig een concrete beschrijving van de beoogde impact ontbreekt. Daardoor is achteraf moeilijk vast te stellen of beleid doeltreffend en doelmatig is geweest. Kan de minister toezeggen dat nieuw beschikbaarheidsbeleid voortaan wordt voorzien van SMART-doelstellingen, een duidelijke meetmethodiek en periodieke rapportage aan de Kamer? Kan de minister daarbij aangeven aan welke indicatoren wordt gedacht, bijvoorbeeld het aantal tekorten, de duur van tekorten, patiëntimpact, afhankelijkheid van derde landen en de mate waarin alternatieven beschikbaar zijn?

Het Beleidskompas is sinds 2023 de centrale werkwijze en het vaste kader van de Rijksoverheid voor het ontwikkelen van nieuw beleid en regelgeving. Het formuleren van concrete SMART-doelstellingen en de voorgenomen monitoring en evaluatie zijn onderdeel van het Beleidskompas. Het uitgangspunt bij het ministerie van VWS is dat het Beleidskompas wordt gebruikt. Bij de beleidsvorming kan daarbij gebruik gemaakt worden van verschillende multidisciplinaire expertisecentra binnen het ministerie van VWS op het gebied van onderzoek, beleidsvorming, monitoring en evaluatie welke advies geven over de door de Kamer genoemde aspecten⁸¹.

De leden van de JA21-fractie lezen dat betere informatievoorziening in de keten noodzakelijk is om tekorten eerder te signaleren en sneller te handelen. Deze leden vragen de minister daarom om een concreet tijdpad voor verbetering van de informatievoorziening rond dreigende tekorten. Wanneer verwacht de minister dat meldingen over dreigende tekorten sneller en breder kunnen worden gedeeld met handelsvergunninghouders, groothandels, apotheken, zorgverzekeraars en voorschrijvers? Welke stappen zal de minister gaan zetten in 2026 en 2027? Kan de minister daarbij aangeven welke juridische, praktische of organisatorische belemmeringen op dit moment nog bestaan, wanneer deze in kaart zullen zijn gebracht en op welke termijn deze worden weggenomen?

Binnen het AZWA wordt gewerkt aan het versnellen en verbeteren van data-uitwisseling. Een onderdeel van deze afspraak is dat partijen kijken naar de haalbaarheid van een

⁸⁰ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 985.

⁸¹ [Beleidskompas | Kenniscentrum voor beleid en regelgeving](#)

informatiepunt waarin duidelijke, uniforme en actuele informatie raadpleegbaar is⁸². Het doel is dat deze informatie-uitwisseling tussen partijen in de keten in plaatsvindt in die situaties waar dit bijdraagt aan het adequaat handelen om geneesmiddelen tekorten op te lossen of – waar mogelijk – te voorkomen. De betrokken partijen zijn recent gestart met een eerste analyse over de haalbaarheid en zullen deze in 2026 verder brengen. In deze analyse wordt onderzocht welke belemmeringen er bestaan voor het versnellen en verbeteren van data-uitwisseling. Het streven is om in 2027 de analyse met belemmeringen te hebben afgerond, en afspraken te maken over hoe de informatie-uitwisseling wordt vormgegeven. Het kabinet wil benadrukken dat dit een complex traject is, waar veel verschillende belangen spelen en zorgvuldigheid vereist is. Zo zijn gegevens over beschikbaarheid van geneesmiddelen verspreid over verschillende partijen in de keten, worden deze niet altijd op dezelfde manier vastgelegd en zijn soms commercieel gevoelig.

Daarnaast verplicht de herziene Europese geneesmiddelenwetgeving dat het CBG, als beoogd *national competent authority*, informatie over door het CBG beoordeelde feitelijke geneesmiddelen tekorten publiceert op een openbare website. Deze informatie moet actueel gehouden worden en actief worden meegedeeld aan vertegenwoordigers van zorgprofessionals en patiënten. De verwachting is dat deze website van het CBG met informatie over tekorten in 2027 te raadplegen zal zijn.

De leden van de JA21-fractie vragen hoe de minister aankijkt tegen het voorstel om data uit verschillende schakels van de geneesmiddelenketen samen te brengen, bijvoorbeeld via een trusted third party, zodat een objectiever beeld ontstaat van kwetsbaarheden, voorraden en dreigende tekorten. Is de minister bereid hiertoe een verkenning te starten en de Kamer hierover te informeren?

Binnen het AZWA zijn afspraken gemaakt om data-uitwisseling tussen partijen te versnellen en verbeteren. Een onderdeel van deze afspraak is dat partijen samen kijken naar de haalbaarheid van een informatiepunt waarin duidelijke, uniforme en actuele informatie raadpleegbaar is⁸³. Dit betreft een verkenning hoe informatie-uitwisseling tussen partijen van meerwaarde kan zijn in het oplossen van tekorten. De laatste stap van deze afspraak is dat partijen met elkaar afspraken maken over hoe de informatie-uitwisseling wordt vormgegeven, een mogelijk optie hiervan kan zijn een *trusted third party*, maar bijvoorbeeld ook bilaterale of centrale afspraken tussen partijen. Het kabinet informeert de Kamer periodiek over de voortgang van de AZWA-afspraken en dus ook over dit onderwerp. Een aanvullende verkenning is dus volgens het kabinet niet nodig.

De leden van de JA21-fractie vragen daarbij specifiek aandacht voor de transparantie over voorraden bij groothandels, distributeurs en distributiecentra. Kopt het dat exacte voorraadposities en feitelijke beschikbaarheid in de keten niet altijd goed controleerbaar zijn, waardoor dreigende tekorten mogelijk te laat zichtbaar worden? Kan de minister aangeven in hoeverre groothandels, distributeurs en andere partijen die geneesmiddelen voorraden aanhouden op dit moment verplicht zijn om actuele en betrouwbare informatie over hun voorraden te delen? Acht de minister de huidige transparantie over voorraadposities voldoende om tekorten tijdig te signaleren en daarop te sturen? Zo nee, is de minister bereid te onderzoeken of deze partijen verplicht kunnen worden om structureel, gestandaardiseerd en controleerbaar te rapporteren over voorraden van kritieke en kwetsbare geneesmiddelen, bijvoorbeeld via een trusted third party, zodat bedrijfsgevoelige informatie wordt beschermd

⁸² Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 985.

⁸³ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 985.

maar de overheid wel zicht krijgt op feitelijke beschikbaarheid? Kan de minister daarbij een concreet tijdpad geven voor de juridische en praktische uitwerking hiervan?

De IGJ houdt toezicht op naleving van de wettelijke voorraadverplichting, zowel bij groothandels als bij handelsvergunninghouders, en heeft het kabinet bij navraag laten weten dat zij dit adequaat kan doen. Groothandels en handelsvergunninghouders zijn verplicht om aan IGJ de informatie te verstrekken die de IGJ daarvoor nodig heeft. Daarnaast wordt het voor groothandels onder de herziene Europese geneesmiddelenwetgeving verplicht om informatie aan te leveren wanneer daarom gevraagd wordt door de bevoegde autoriteit, bijvoorbeeld over tekorten of voorraadstanden.

Desalniettemin vindt het kabinet het belangrijk dat informatie van alle partijen in de keten over (dreigende) geneesmiddelentekorten op tijd bij de relevante partijen terecht komt. Daarom wordt binnen het AZWA gewerkt aan het versnellen en verbeteren van data-uitwisseling. Een onderdeel van deze afspraak is dat partijen⁸⁴ kijken naar de haalbaarheid van een informatiepunt waarin duidelijke, uniforme en actuele informatie raadpleegbaar is. Partijen hebben een eerste analyse uitgevoerd waarin is nagegaan in welke situaties zij bepaalde informatie wel of niet kunnen delen, mede vanwege bepaalde commerciële belangen zoals de leden van de JA21-fractie in hun vraag terecht aanstippen. Bij de verdere uitwerking van deze afspraak wordt gezamenlijk nagedacht over hoe dit informatiepunt het beste kan worden vormgegeven. Hierbij zijn verschillende vormen denkbaar, zoals bilaterale afspraken tussen partijen om de informatie-uitwisseling te verbeteren of een onafhankelijk punt waar informatie samen komt. Zoals ook in het antwoord op vraag 71 aangegeven zijn de betrokken partijen recent gestart met een eerste analyse over de haalbaarheid en zullen deze in 2026 verder brengen. In deze analyse wordt onderzocht welke belemmeringen er bestaan voor het versnellen en verbeteren van data-uitwisseling. Het streven is om in 2027 de analyse met belemmeringen te hebben afgerond, en afspraken te maken over hoe de informatie-uitwisseling wordt vormgegeven.

De leden van de JA21-fractie constateren dat Gupta adviseert de voorraadverplichting verder te verbeteren en te differentiëren naar medische urgentie, leveringsrisico's, kwetsbaarheid van de keten en kosten van voorraad. Kan de minister aangeven of de huidige voorraadverplichting voldoende is om tijdelijke tekorten daadwerkelijk op te vangen? Hoe wordt gecontroleerd of partijen zich aan de voorraadverplichting houden? Kan de minister toezeggen dat ook duurdere, moeilijk vervangbare of medisch kritieke middelen met kwetsbare ketens nadrukkelijk worden meegenomen bij de verdere uitwerking?

De wettelijke voorraadverplichting (ook wel 'de veiligheidsvoorraad' genoemd) dient als buffer om tijdelijke leveringsonderbrekingen te voorkomen. Zowel van de leverancier als van de groothandel. Hiermee wordt voorkomen dat iedere leveringsonderbreking ook daadwerkelijk leidt tot een tekort voor de patiënt. Op dit moment is de wettelijke voorraadverplichting in totaal 8 weken: 6 weken bij de handelsvergunninghouder voor vrijwel alle geneesmiddelen, en 2 weken bij groothandel voor vrijwel alle geneesmiddelen met een AIP onder € 15⁸⁵. Het is echter bekend dat sommige leveringsonderbrekingen langer duren dan deze 8 weken. In deze gevallen biedt de veiligheidsvoorraad partijen in de keten enige tijd om te zoeken naar alternatieve

⁸⁴ De koepels van zorgverleners, ziekenhuizen, zorgverzekeraars, patiënten, groothandels, leveranciers en het ministerie van VWS.

⁸⁵ wetten.nl - Regeling - Beleidsregel aanhouden geneesmiddelenvoorraden 2024

oplossingen, zoals het aanbieden van een alternatieve toedieningsvorm of het importeren van een vergelijkbaar medicijn uit het buitenland.

Het is begrijpelijk dat hierbij de vraag opkomt of de wettelijke voorraadverplichting niet hoger moet zijn, om zo meer en langere leveringsonderbrekingen te overbruggen. Het is echter niet vooraf te voorspellen welke geneesmiddelen in tekort zullen raken. Dit zou betekenen dat de voorraad voor alle geneesmiddelen verhoogd moet worden. Zoals al eerder aan de Kamer is gecommuniceerd⁸⁶ laat een grove schatting zien dat het aanleggen van twee maanden aan extra voorraad voor alle geneesmiddelen enkele honderden miljoenen euro's zou kosten en verhoogt ook het risico op verspilling van deze producten. Dat vindt het kabinet niet kosteneffectief. Dat is de reden dat ambtsvoorgangers en dit kabinet niet voor alle geneesmiddelen maar juist specifiek voor de meest kritieke geneesmiddelen extra voorraden laten aanleggen bovenop de al bestaande veiligheidsvoorraad. Hiermee zijn geneesmiddelenvoorraden dus al verhoogd en gedifferentieerd. Hierover is de Kamer recent opnieuw geïnformeerd⁸⁷. Mochten de resultaten van lopende onderzoeken, bijvoorbeeld over kwetsbaarheden, aanleiding geven tot verdere differentiatie van de geneesmiddelenvoorraden, zal dit worden meegenomen in verdere beleidsvorming.

Het toezicht op de naleving van de voorraadverplichting is belegd bij de IGJ.

De leden van de JA21-fractie constateren dat beschikbaarheid niet alleen gaat over productie, inkoop en voorraad, maar ook over het beter benutten van middelen die al beschikbaar zijn. In dat licht vragen deze leden aandacht voor medicijnverspilling. Kan de minister aangeven welk inzicht het ministerie van VWS op dit moment heeft in de hoeveelheid ongebruikte geneesmiddelen die jaarlijks wordt vernietigd, uitgesplitst naar zaken als ziekenhuiszorg, openbare apotheken, Wlz-instellingen en de thuissituatie?

In 2025 is een onderzoek gepubliceerd naar de geneesmiddelverspilling in het Nederlandse zorgsysteem⁸⁸. Dit onderzoek is uitgevoerd onder 11 openbare apotheken, 3 poliklinische apotheken, 22 afdelingen van 12 ziekenhuizen en 17 afdelingen van 5 zorginstellingen. Hieruit bleek dat er gedurende twee weken in totaal 137.442 DDD (Defined Daily Doses)⁸⁹ werd weggegooid met een waarde van €169.921. Orale geneesmiddelen hadden het grootste aandeel in verspilde DDD's. Van deze verspilling vond 66% plaats in de openbare apotheken, 7% in de poliklinische apotheken, 14% op afdelingen van ziekenhuizen en 13% op afdelingen van instellingen.

De leden van de JA21-fractie vragen of de minister inzichtelijk kan maken of zich onder de vernietigde geneesmiddelen ook middelen bevinden waarvoor tekorten bestaan of dreigen. Zo ja, welke lessen trekt de minister daaruit voor het beschikbaarheidsbeleid?

Het is niet inzichtelijk of onder de geneesmiddelen die jaarlijks worden vernietigd ook geneesmiddelen zijn waarvoor een tekort is of dreigt. Hier zijn dus geen lessen uit te trekken voor beschikbaarheidsbeleid.

⁸⁶ Kamerstukken II 2024/25, 29477, nr. 918.

⁸⁷ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 969.

⁸⁸ [Geneesmiddelverspilling in het Nederlandse zorgsysteem](#)

⁸⁹ De DDD is een vastgestelde technische rekeneenheid om het geneesmiddelengebruik te kwantificeren en vergelijken,

De leden van de JA21-fractie vragen hoe de minister de mogelijke bijdrage van veilige heruitgifte van ongebruikte geneesmiddelen beoordeelt voor beschikbaarheid, leveringszekerheid en weerbaarheid van de geneesmiddelenketen. Welke juridische, praktische en veiligheidsvoorwaarden staan heruitgifte op dit moment nog in de weg? Is de minister bereid bestaande heruitgiftepilots in ziekenhuizen te verbreden naar alle ziekenhuizen die onder strikte voorwaarden verantwoord willen deelnemen?

Heruitgifte van ongebruikte geneesmiddelen kan mogelijk bijdragen aan een betere beschikbaarheid van geneesmiddelen. Om heruitgifte wettelijk mogelijk te maken zullen eerst de randvoorwaarden en werkwijzen worden uitgewerkt in een zorgvuldig proces. In het najaar zal het kabinet in de toegezegde Kamerbrief naast de financiële impactanalyse van de wijzigingen verder ingaan op het implementatietraject van de Europese regelgeving in nationale wetgeving, waaronder heruitgifte⁹⁰. Hierin zal worden geschetst hoe het vervolgproces eruit zal zien en hoe bepaald wordt voor welke geneesmiddelen heruitgifte geschikt blijkt.

Heruitgifte wordt tot aan de implementatie in nationale wetgeving alleen gedoogd in onderzoeksverband voor de apotheken in de 13 ziekenhuizen die aan het eerdere onderzoek naar heruitgifte hebben meegewerkt, met de eerder gehanteerde lijst aan orale anti-kankermedicijnen en dezelfde werkwijze als in het onderzoek. Overige apotheken in ziekenhuizen moeten wachten totdat heruitgifte in onze nationale wetgeving is geregeld.

De leden van de JA21-fractie vragen tevens of de minister bereid is pilots te starten in Wlz-instellingen, waar medicatiebeheer professioneel is georganiseerd en medicatie regelmatig overblijft door wijziging van behandeling, opname, ontslag of overlijden. Kan de minister de Kamer hierover voor het commissiedebat Langdurige Zorg van 2 december 2026 informeren?

Het veld werkt aan een herziening van de Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen die in instellingen wordt gebruikt. Met deze herziening wordt gekeken waar binnen bestaande wet- en regelgeving verspilling van geneesmiddelen in instellingen kan worden voorkomen of verminderd. Hiermee wordt naar verwachting verspilling van geneesmiddelen binnen instellingen waar mogelijk gereduceerd. De verwachting is dat deze herziene handreiking voor het einde van dit jaar afgerond is. Zodra de handreiking is herzien zal het ministerie van VWS de Kamer hierover informeren.

Daarnaast zal het ministerie van VWS richting het veld ook aandacht vragen voor de concrete toepassing van de herziene handreiking in de praktijk.

De leden van de JA21-fractie vragen tot slot hoe de Kamer wordt geïnformeerd over de opvolging van de aanbevelingen uit de periodieke rapportage. Kan de minister toezeggen dat de jaarlijkse rapportage concreet inzicht geeft in zaken als: bereikte resultaten, resterende knelpunten, patiëntimpact en de mate waarin Nederland minder afhankelijk is geworden van kwetsbare internationale ketens?

De Kamer wordt al periodiek geïnformeerd over de ingezette maatregelen om de beschikbaarheid van medische producten te borgen. Waar mogelijk informeert het kabinet de Kamer ook over de resultaten van deze maatregelen. Zo is de Kamer op 1 april 2026 geïnformeerd over de inzet ten aanzien van de beschikbaarheid van geneesmiddelen via de voortgangsbrief Beschikbaarheid van Geneesmiddelen⁹¹. Het

⁹⁰ Kamerstukken II 2025/26, 29 477, nr. 968.

⁹¹ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 969, zie pagina 16 en 17.

kabinet streeft ernaar de Kamer in het eerste kwartaal van 2027 te informeren over de voortgang op dit beleidsterrein.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de periodieke rapportage 'Beschikbaarheid in perspectief, Beschikbaarheid medische producten, 2017 t/m 2023' en de begeleidende brief van de minister.

Deze leden lezen in het rapport dat de beschikbaarheid van medische producten steeds meer onder druk staat, terwijl patiënten juist afhankelijk zijn van tijdige toegang tot de juiste zorg en medicatie. Zij constateren dat Gupta Strategists concludeert dat veel beleidsinstrumenten weliswaar bijdragen aan beschikbaarheid, maar dat tegelijkertijd verbeteringen nodig zijn op het gebied van regie, informatievoorziening, monitoring en samenhang tussen beleidsinstrumenten.

De leden van de BBB-fractie vinden het van groot belang dat bij alle beleidskeuzes de patiënt centraal blijft staan. Doelmatige zorg mag nooit betekenen dat patiënten steeds hogere financiële lasten krijgen of dat de toegang tot noodzakelijke geneesmiddelen nog verder onder druk komt te staan. Deze leden vinden dat verspilling, inefficiëntie en ondoelmatige inrichting van het systeem eerst aangepakt moeten worden voordat opnieuw naar hogere bijdragen of beperkingen voor patiënten wordt gekeken.

De leden van de BBB-fractie lezen dat Gupta constateert dat geneesmiddelentekorten al jarenlang een structureel probleem vormen in een complex krachtenveld van uiteenlopende belangen, en dat daarom meer regie vanuit het ministerie van VWS noodzakelijk is. Ook lezen deze leden dat de onderzoekers aanbevelen om te werken met een duidelijke 'whole system in the room'-aanpak, inclusief heldere verantwoordelijkheden, mandaten en samenwerking tussen bestuurlijk, strategisch, tactisch en operationeel niveau. De leden van de BBB-fractie vragen nu hoe deze regierol van het ministerie concreet wordt ingevuld. Hoe worden verantwoordelijkheden, mandaten en escalatiemogelijkheden belegd? Hoe wordt voorkomen dat verantwoordelijkheden tussen partijen diffuus blijven? Op welke wijze worden fabrikanten, groothandels, apothekers, ziekenhuizen, zorgverzekeraars, voorschrijvers en patiëntenorganisaties structureel betrokken bij deze regie?

De wijze waarop het kabinet invulling geeft aan zijn regierol verschilt per onderdeel van het geneesmiddelenbeleid. Op onderdelen waar het ministerie van VWS beschikt over eigen wettelijke en beleidsmatige instrumenten kan het kabinet direct sturend optreden. Op andere terreinen, zoals het inkoop- en preferentiebeleid, liggen verantwoordelijkheden primair bij zorgverzekeraars, apothekers, groothandels en leveranciers. Daar richt de regierol van het kabinet zich op het bijeenbrengen van partijen, het stimuleren van gezamenlijke oplossingen en het wegnemen van knelpunten.

Een regierol is noodzakelijk om de beschikbaarheid van geneesmiddelen structureel te verbeteren. Het kabinet neemt de regie over dit dossier, zowel omwille van de maatschappelijke urgentie als vanuit haar rol als stelselverantwoordelijke. Het kabinet heeft in de voortgangsbrief over de beschikbaarheid van geneesmiddelen van 1 april 2026 al uiteengezet hoe deze regierol wordt vervuld⁹².

⁹² Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 969.

Het kabinet werkt volgens de aanbeveling van Gupta met een 'whole system in the room'-aankpak. Dit doet het kabinet in meerdere overleggrems, bijvoorbeeld het Bestuurlijk Overleg Farmacie en de werkgroep Verbeteren Beschikbaarheid Geneesmiddelen. In de verschillende overleg- en werkgroepen zijn relevante partijen uit de geneesmiddelenketen vertegenwoordigd, waaronder fabrikanten, groothandels, apothekers, ziekenhuizen, zorgverzekeraars, voorschrijvers en patiëntenorganisaties. Op deze wijze worden kennis, signalen en ervaringen vanuit de verschillende schakels in de keten structureel betrokken bij de uitvoering beleid, bijvoorbeeld bij de totstandkoming van de Werkagenda Betere Beschikbaarheid Geneesmiddelen als onderdeel van het AZWA⁹³.

Een van de afspraken in de Werkagenda is het toewerken naar uniforme definities rondom tekorten en een duidelijke taak- en rolverdeling te hebben tussen alle partijen in de geneesmiddelenketen, van leverancier tot apotheker. Doel hiervan is om voor alle betrokken partijen duidelijk te maken wie wat moet weten en wie op welk moment welke rol heeft bij het voorkomen en oplossen van geneesmiddelentekorten. Hiermee wordt beoogd de aankpak van tekorten efficiënter te maken en onduidelijkheid over verantwoordelijkheden te voorkomen.

Deze leden lezen daarnaast dat Gupta verbeterpunten ziet bij meldpunten en informatievoorziening, waaronder de behoefte aan één centraal meldpunt, transparante meldingen en betere databeschikbaarheid in de gehele keten. De leden van de BBB-fractie vragen welke stappen de minister zet om te komen tot eenduidige definities van geneesmiddelentekorten, zodat betere sturing, monitoring en verantwoording mogelijk wordt. Kan de minister daarnaast toelichten hoe zij gaat borgen dat niet uitsluitend wordt gestuurd op logistieke beschikbaarheid, maar ook op patiëntimpact en doelmatigheid? Wordt bijvoorbeeld ook gekeken naar de gevolgen van substitutie, uitstel van behandeling of minder passende alternatieven voor patiënten?

Binnen het AZWA zijn afspraken gemaakt over goed afgestemde en snelle reactie op dreigende tekorten. Zie hiervoor ook afspraak 5 van de AZWA-werkagenda, die recent naar de Kamer is gestuurd⁹⁴. Afspraak 5 gaat onder meer over het opstellen van uniforme definities van een tekort, het versnellen en verbeteren van data-uitwisseling, en over de haalbaarheid van één informatiepunt waarin duidelijke, uniforme en actuele informatie raadpleegbaar is. Door samen met de koepels van zorgverleners, ziekenhuizen, zorgverzekeraars, patiënten en groothandels te werken aan deze afspraken wordt hier invulling aangegeven op een manier die voor de hele keten werkbaar moet zijn. Ook wordt hierbij het patiëntenperspectief goed meegenomen. Aanvullend is binnen het AZWA een afspraak gemaakt over het verminderen van de impact van tekorten op de zorg en de relatie met de patiënt. Hierin worden waar mogelijk de punten die de leden noemen in hun vraag meegenomen.

De leden van de BBB-fractie vragen voorts hoe de minister de data-uitwisseling rond geneesmiddelentekorten gaat verbinden met de bredere inzet op databeschikbaarheid in de zorg en de implementatie van de European Health Data Space (EHDS). Hoe wordt voorkomen dat opnieuw losse datasystemen ontstaan zonder goede interoperabiliteit?

De voorziene uitwisseling van data over geneesmiddelentekorten bevat geen gezondheidsinformatie en heeft daarmee geen raakvlakken met de implementatie van de EHDS.

⁹³ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 985.

⁹⁴ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 985.

De leden van de BBB-fractie lezen dat Gupta expliciet aanbeveelt om goed onderbouwde aanpassingen in samenhangende prijsstellende instrumenten zoals de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp), het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en het preferentiebeleid vorm te geven. Daarbij benadrukken de onderzoekers dat de 'driehoek' van Wgp, GVS en het inkoopbeleid van zorgverzekeraars moet zorgen voor een goede balans tussen betaalbaarheid en beschikbaarheid. Deze leden vragen in dit kader hoe de minister gaat waarborgen dat aanpassingen in Wgp, GVS en preferentiebeleid daadwerkelijk in onderlinge samenhang worden vormgegeven. Op welke wijze wordt het veld structureel betrokken bij de uitwerking van deze beleidsaanpassingen? Is de minister bereid hierover concrete afspraken met betrokken partijen te maken?

De Wgp, het GVS en het preferentiebeleid zijn aparte instrumenten. Maar bij het verkennen van mogelijke wijzigingen aan één van deze instrumenten wordt rekening gehouden met hoe andere prijs- en vergoedingsinstrumenten de effecten beïnvloeden. Veldpartijen worden binnen deze trajecten regelmatig geconsulteerd in individuele consultatiegesprekken of tijdens de Werkgroepen Verbeteren Beschikbaarheid Geneesmiddelen en de Werkgroep Dure Geneesmiddelen. Ook veldpartijen zien wijzigingen binnen één van deze instrumenten niet als losstaande trajecten, maar juist als geheel en brengen vanuit hun perspectief aandachtspunten in.

Op 22 april 2025 heeft de Kamer bij motie van de leden Jansen (NSC) en Tielen (VVD) het kabinet verzocht om een onafhankelijke evaluatie van de baten en lasten van het preferentiebeleid. Deze evaluatie is inmiddels in uitvoering en heeft tot doel om inzicht te bieden in de effecten, kosten en baten van het preferentiebeleid zoals dat op dit moment door zorgverzekeraars wordt uitgevoerd. Daarbij wordt ook de relatie gelegd met de andere prijs- en vergoedingsinstrumenten. De uitkomsten van de evaluatie kunnen richting geven aan beleidskeuzes en aan het handelen van betrokken partijen in de geneesmiddelenketen.

Deze leden lezen tevens dat GVS-limieten vooral problematisch kunnen zijn voor geneesmiddelen met een kleine afzetmarkt en voor geneesmiddelen voor kinderen, juist omdat daar vaak geen generieke alternatieven beschikbaar zijn. Kan de minister toelichten welke concrete stappen worden gezet om te voorkomen dat prijsdruk via het GVS leidt tot markttuitreding of het uitblijven van introducties van innovatieve geneesmiddelen in Nederland, in het bijzonder voor kleine patiëntgroepen?

Zoals mijn voorganger heeft aangegeven in de Kamerbrief 'ontwikkelingen in het GVS en de Wgp' van 26 juni 2025 wordt het GVS herzien. In die brief is ook de probleemanalyse van het huidige GVS gedeeld⁹⁵. Hier staat op pagina 4, onder punt 6, expliciet het probleem benoemd dat de GVS-limieten een negatief effect kunnen hebben op middelen met een lage toedieningssterkte, zoals geneesmiddelen voor kinderen of andere specifieke groepen. In deze brief wordt ook breder het probleem erkend dat de prijsdruk van GVS-limieten kunnen zorgen voor beschikbaarheidsproblemen. Dit heeft dus de aandacht van het kabinet en dat wordt aangepakt in de GVS-herziening. Het kabinet is voornemens om de Kamer nog dit jaar een brief te sturen over de herziening inclusief termijn van inwerkingtreding.

De leden van de BBB-fractie vragen daarnaast of de minister bereid is fabrikanten en andere marktpartijen een formele rol te geven bij de ontwikkeling en validatie van kwantitatieve

⁹⁵ Kamerstukken II 2024/25, 29477, nr. 938.

simulatiemodellen die ten grondslag liggen aan wijzigingen in Wgp, GVS en preferentiebeleid. Deze partijen beschikken immers over marktinformatie, prijsstructuren en contractinzichten die niet altijd bij de overheid beschikbaar zijn. Indien de minister dit niet wenselijk acht, hoe wil zij deze kennis dan alsnog zorgvuldig betrekken?

De geneesmiddelenmarkt is een complexe markt. De overheid reguleert de openbare prijzen van geneesmiddelen via de Wgp en het GVS terwijl voor vrijwel alle geneesmiddelen prijsafspraken bestaan tussen verschillende partijen. De uit deze afspraken vloeiende nettoprijzen zijn over het algemeen niet bekend. Partijen zijn ook niet bereid om inzicht te geven in deze prijzen. Ook uitspraken van marktpartijen over de impact van het GVS en de Wgp op de beschikbaarheid of betaalbaarheid van geneesmiddelen worden zelden tot nooit kwantitatief onderbouwd, ondanks herhaaldelijke verzoeken. Om die reden is het voor het kabinet lastig om een reële inschatting te maken van de effecten van wijzigingen in het GVS en de Wgp. Het kabinet werkt dus met aannames, analyseert die zo goed als mogelijk, bespreekt die uiteraard met veldpartijen en zal op deze manier ook de gevolgen van de wijzigingen inschatten.

Voor wat betreft het preferentiebeleid geldt dat de Kamer bij motie van de leden Jansen (NSC) en Tielen (VVD) het kabinet verzocht om een onafhankelijke evaluatie van de baten en lasten van het preferentiebeleid. Deze evaluatie is inmiddels in uitvoering en heeft tot doel om inzicht te bieden in de effecten, kosten en baten van het preferentiebeleid zoals dat op dit moment door zorgverzekeraars wordt uitgevoerd. Daarbij wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de data waarover veldpartijen beschikken, in zoverre als zij bereid zijn die aan het onderzoeksbureau dat de evaluatie uitvoert te verstrekken. De uitkomsten van de evaluatie kunnen richting geven aan beleidskeuzes en aan het handelen van betrokken partijen in de geneesmiddelenketen.

De leden van de BBB-fractie lezen dat Gupta constateert dat bij nieuw beleid regelmatig een concretisering van de beoogde impact ontbreekt en dat evaluaties daardoor vaak vooral kwalitatief van aard zijn. De onderzoekers adviseren daarom nadrukkelijk om SMART-doelstellingen te formuleren, vooraf meetmethoden vast te leggen en structureel te monitoren. Deze leden onderschrijven het belang van dit advies. Kan de minister aangeven hoe zij concreet gaat borgen dat toekomstige maatregelen rondom beschikbaarheid van geneesmiddelen vooraf voorzien worden van heldere, toetsbare doelstellingen en meetbare indicatoren? Hoe wordt de Kamer tussentijds geïnformeerd over de effectiviteit en eventuele neveneffecten van maatregelen?

Het Beleidskompas is sinds 2023 de centrale werkwijze en het vaste kader van de Rijksoverheid voor het ontwikkelen van nieuw beleid en regelgeving. Het formuleren van concrete SMART-doelstellingen en de voorgenomen monitoring en evaluatie zijn onderdeel van het Beleidskompas. Het uitgangspunt bij het ministerie van VWS is dat het Beleidskompas wordt gebruikt. Bij de beleidsvorming kan daarbij gebruik gemaakt worden van verschillende multidisciplinaire expertisecentra binnen het ministerie van VWS op het gebied van onderzoek, beleidsvorming, monitoring en evaluatie welke advies geven over de door de Kamer genoemde aspecten⁹⁶.

Jaarlijks wordt de Kamer geïnformeerd over de opvolging van de bevindingen en aanbevelingen van afgeronde periodieke rapportages die in de afgelopen periode zijn afgerond. De periodieke rapportage 'Beschikbaarheid in Perspectief' maakt hier vanzelfsprekend ook onderdeel van uit⁹⁷.

⁹⁶ [Beleidskompas | Kenniscentrum voor beleid en regelgeving](#)

Zoals aangegeven in de Kamerbrief beschikbaarheid van geneesmiddelen informeert het kabinet de Kamer periodiek over de voortgang van het beleid rondom beschikbaarheid van geneesmiddelen⁹⁸.

De leden van de BBB-fractie lezen tevens dat Gupta concludeert dat voldoende voorraad bijdraagt aan beschikbaarheid, maar dat daarbij duidelijke keuzes nodig zijn over de gewenste voorraadhoogte en de handhaving daarop. Deze leden vragen hoe de minister bepaalt welke geneesmiddelen als kritisch worden beschouwd en welke minimale voorraden daarvoor noodzakelijk zijn. Kan de minister bij de beantwoording ook aangeven of bij besluitvorming ook de huidige instabiele geopolitieke situatie voldoende wordt meegewogen? In hoeverre wijken de uiteindelijke beslissing om die specifieke reden op dit moment dan af van de beslissingen die de afgelopen jaren, in geopolitiek rustiger vaarwater, genomen werden?

Er worden in de keten verschillende voorraden van geneesmiddelen aangehouden. Zo geldt een wettelijke voorraadverplichting van in totaal 8 weken (6 weken bij de leverancier en 2 weken bij de groothandel) voor vrijwel alle geneesmiddelen. In verschillende voorgaande Kamerbrieven⁹⁹ is de Kamer geïnformeerd over de extra voorraad van kritieke geneesmiddelen die wordt aangelegd bovenop de wettelijke voorraadverplichting. Dit is een extra voorraad van kritieke geneesmiddelen van de Nederlandse lijst kritieke geneesmiddelen¹⁰⁰. Dit betreft een medisch inhoudelijke lijst die een categorisering aanbrengt voor welke geneesmiddelen het niet beschikbaar zijn de grootste negatieve gevolgen heeft voor patiënten. Voor het bepalen van de hoogte van de extra voorraden is rekening gehouden met deze categorisering (meer voorraad van de rode categorie dan van de oranje categorie), hoeveel leveringsonderbrekingen opgevangen kunnen worden met hoeveel extra voorraad, en het destijds daarvoor beschikbare budget.

Naast deze voorraden, die bedoeld zijn om leveringsonderbrekingen op te vangen in de keten, verkent het kabinet mede in het licht van de geopolitieke ontwikkelingen op dit moment de mogelijkheden om weerbaarheidsvoorraden aan te leggen van medische producten die nodig zijn om een verhoogde zorgvraag tijdens crises op te vangen.

De leden van de BBB-fractie wijzen erop dat Nederland de afgelopen jaren een belangrijk deel van zijn eigen productiecapaciteit voor generieke geneesmiddelen is kwijtgeraakt, waaronder de sluiting van de Leidse geneesmiddelenfabriek InnoGenerics. Deze leden vragen hoe de minister voorkomt dat Nederland steeds afhankelijker wordt van productie in Azië voor essentiële geneesmiddelen en werkzame stoffen. Acht de minister deze afhankelijkheid, mede gelet op geopolitieke spanningen en kwetsbare handelsketens, nog verantwoord?

Het kabinet vindt het belangrijk de generieke geneesmiddelenindustrie in Nederland en Europa te behouden. We hebben deze industrie nodig voor het afbouwen van de afhankelijkheden in de toeleveringsketens van kritieke geneesmiddelen van derde landen. Het kabinet zet zich op verschillende manieren in om het bedrijfsleven hierin te ondersteunen, door onder andere het stimuleren van productie middels de Verordening Kritieke Geneesmiddelen. Het kabinet is ook recentelijk een pilot begonnen die meer

⁹⁷ Kamerstukken II, vergaderjaar 2025/26, 32772 Nr. 39: Opvolging in beeld: Periodieke rapportages Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vanaf 2024

⁹⁸ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 981.

⁹⁹ Onder andere in Kamerstukken II, 2024/25, 29477, nr. 918 en Kamerstukken II, 2025/26, 29477, nr. 969.

¹⁰⁰ [Lijst kritieke geneesmiddelen | Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen](#)

ruimte biedt voor hogere vergoeding voor kritieke antibiotica en kijkt verder of aanvullende maatregelen genomen moeten worden in nationaal prijsbeleid, vergoedingsbeleid en het inkoopbeleid in de gehele geneesmiddelenketen. Op deze manier bouwt het kabinet de risicovolle strategische afhankelijkheden in de toeleveringsketens af.

De leden van de BBB-fractie lezen dat Gupta geen mogelijkheid ziet om fors te besparen zonder gevolgen voor de toegankelijkheid van zorg, behalve mogelijk via het aanpakken van de afbakeningsproblematiek tussen intramurale en extramurale geneesmiddelenzorg. Deze leden vinden dat nog nadrukkelijker gekeken moet worden naar het verminderen van ondoelmatigheid in plaats van direct naar hogere lasten voor patiënten. Deze leden vragen de minister hoe zij voorkomt dat eventuele aanpassingen in de afbakening leiden tot extra administratieve lasten, onduidelijkheid voor patiënten of verschuivingen van zorg zonder aantoonbare verbetering van doelmatigheid.

Het kabinet beoogt dat patiënten beperkt gevolgen ervaren van een eventuele wijziging, maar volledig voorkomen is niet mogelijk. De Kamer zal naar verwachting in 2027 geïnformeerd worden over eventuele gevolgen zodra de analyse van de mogelijke oplossingsrichtingen zijn afgerond.

De leden van de BBB-fractie lezen in de kabinetsreactie dat de taakstellende bezuiniging van €150 miljoen uit het coalitieakkoord mede wordt gekoppeld aan het oplossen van deze afbakeningsproblematiek, waarbij Gupta een potentiële besparing van €50 tot €170 miljoen noemt. Deze leden vragen hoe de minister het resterende deel van de deze taakstelling wil invullen en welke beleidsinstrumenten daarbij worden overwogen.

De totale taakstelling van 150 miljoen euro is een brede taakstelling op intramurale en extramurale geneesmiddelen, die nader ingevuld gaat worden. Het staat nog open welk deel ten laste valt aan de verbetering van de afbakening.

Is de minister bereid de Kamer en het veld tijdig te informeren over de concrete invulling van deze taakstelling voordat beleidsmaatregelen worden genomen, zodat effecten op beschikbaarheid, toegankelijkheid en patiëntenzorg vooraf zorgvuldig kunnen worden beoordeeld?

Het kabinet zal de Kamer uiteraard informeren over de invulling van de taakstelling, namelijk bij Voorjaarsnota 2027.

De leden van de BBB-fractie vinden het zorgelijk dat in discussies over besparingen opnieuw opties terugkomen waarbij patiënten meer zelf moeten betalen voor noodzakelijke zorg of geneesmiddelen. Deze leden vinden dat toegankelijkheid van zorg niet afhankelijk mag worden van de dikte van iemands portemonnee. Genoemde leden wijzen erop dat patiënten soms geconfronteerd worden met hoge eigen bijdragen voor geneesmiddelen binnen het GVS. De tijdelijke maximering van de eigen bijdrage op €250 per jaar loopt af. Kunnen patiënten erop rekenen dat deze maximering ook na 2026 behouden blijft? Wanneer verwacht de minister hierover duidelijkheid te geven?

Patiënten moeten een eigen bijdrage betalen als hun geneesmiddel duurder is dan de Geneesmiddelenvergoedingssysteem-vergoedingslimiet voor dat geneesmiddel. Later dit jaar wordt de Kamer geïnformeerd over de toekomst van het GVS en mogelijke wijzigingen in dit systeem. Voor het antwoord op de vraag over de maximering van de eigen bijdrage verwijst het kabinet u naar de aanstaande miljoenennota.

De leden van de BBB-fractie vinden dat het verminderen van medicijnverspilling nadrukkelijk onderdeel zou moeten zijn van het beleid rondom geneesmiddelenbeschikbaarheid. Deze leden vinden het moeilijk uitlegbaar dat goede geneesmiddelen worden vernietigd terwijl tegelijkertijd patiënten geconfronteerd worden met tekorten. Zij vragen of de minister deelt dat het voorkomen van medicijnverspilling onderdeel zou moeten zijn van het beleid om de beschikbaarheid van geneesmiddelen te verbeteren. Zo nee, waarom niet?

Het voorkomen van medicijnverspilling is onderdeel van verschillende beleidsvraagstukken, waaronder beschikbaarheid en goede farmaceutische zorg. Zoals eerder aan de Kamer is gemeld¹⁰¹ kan het verminderen van verspilling van geneesmiddelen bijdragen aan het verbeteren van de beschikbaarheid en aan het terugdringen van tekorten. Verspilling voorkomen begint, aan de voorkant, met gepast voorschrijven en verstrekken van geneesmiddelen aan patiënten en hen ondersteunen bij het juist gebruiken van geneesmiddelen. Daarvoor is het belangrijk dat we ruimte maken voor de zorgverlenende rol van apothekers. Dat doet dit kabinet bijvoorbeeld al in de uitvoering van de Visie Eerstelijnszorg en verschillende andere trajecten met het apotheekezorgveld. Daarnaast is het veld bezig met allerlei initiatieven om verspilling in hun processen te verminderen. Goede voorbeelden daarvan zijn de herziening van de Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen die in instellingen wordt gebruikt en de routekaart voor zorgprofessionals die ontwikkeld is in het kader van de Green Deal Duurzame Zorg¹⁰². Aandacht voor het tegengaan van verspilling komt dus breed terug in het beleid van dit kabinet.

De leden van de BBB-fractie wijzen erop dat de recente Europese ontwikkelingen rondom de Falsified Medicines Directive mogelijk meer ruimte bieden voor veilige heruitgifte van geneesmiddelen onder strikte voorwaarden. Hoe beoordeelt de minister de mogelijke bijdrage van veilige heruitgifte aan het verbeteren van beschikbaarheid, leveringszekerheid en weerbaarheid van de geneesmiddelenketen? Kan de minister aangeven welk inzicht het ministerie van VWS momenteel heeft in de hoeveelheid ongebruikte geneesmiddelen die jaarlijks wordt vernietigd, uitgesplitst naar ziekenhuiszorg, openbare apotheken, Wlz-instellingen en thuissituaties? Is bekend of zich onder deze vernietigde geneesmiddelen ook middelen bevinden waarvoor tekorten bestaan of dreigen?

Verspilling van geneesmiddelen verminderen kan bijdragen aan het verbeteren van de beschikbaarheid. Heruitgifte van geneesmiddelen is ook een mogelijkheid om verspilling te verminderen en kan op die manier de beschikbaarheid verbeteren.

In 2025 is een onderzoek gepubliceerd naar de geneesmiddelverspilling in het Nederlandse zorgsysteem¹⁰³. Dit onderzoek is uitgevoerd onder 11 openbare apotheken, 3 poliklinische apotheken, 22 afdelingen van 12 ziekenhuizen en 17 afdelingen van 5 zorginstellingen. Hieruit bleek dat er gedurende twee weken in totaal 137.442 DDD (Defined Daily Doses¹⁰⁴) werd weggegooid met een waarde van €169.921. Orale geneesmiddelen hadden het grootste aandeel in verspilde DDD's. Van deze verspilling vond 66% plaats in de openbare apotheken, 7% in de poliklinische apotheken, 14% op afdelingen van ziekenhuizen en 13% op afdelingen van instellingen.

¹⁰¹ Kamerstukken II 2024/25, 29477, nr 918.

¹⁰² [Van Ambitie naar Actie: Duurzaam geneesmiddelgebruik in de zorg](#)

¹⁰³ [Geneesmiddelverspilling in het Nederlandse zorgsysteem](#)

¹⁰⁴ De DDD is een vastgestelde technische rekeneenheid om het geneesmiddelengebruik te kwantificeren en vergelijken.

Het is niet inzichtelijk of onder de geneesmiddelen die jaarlijks worden vernietigd ook geneesmiddelen zijn waarvoor een tekort is of dreigt.

De leden van de BBB-fractie vragen hoe de minister de recente Europese ontwikkelingen rondom de Falsified Medicines Directive betreft bij de Nederlandse aanpak van geneesmiddelenbeschikbaarheid en heruitgifte. Deze leden wijzen erop dat de Kamer in 2023 de motie-Van Esch/Ellemeet over uitbreiding van pilots met heruitgifte van medicijnen heeft aangenomen. Destijds werd uitvoering volgens de minister beperkt door Europese regelgeving. Nu die regelgeving mogelijk verandert, ziet de minister ruimte om deze motie alsnog met prioriteit uit te voeren? Welke lessen trekt de minister uit bestaande heruitgiftepilots in ziekenhuizen? Is zij bereid deelname mogelijk te maken voor alle ziekenhuizen die onder strikte voorwaarden verantwoord willen deelnemen? De leden van de BBB-fractie vragen daarnaast of de minister bereid is pilots met heruitgifte te starten binnen Wlz-instellingen, waar medicatiebeheer professioneel georganiseerd is en waar regelmatig geneesmiddelen overblijven door wijziging van behandeling, opname, ontslag of overlijden. Is de minister bereid de Kamer hierover voor het commissiedebat Langdurige Zorg van 2 december 2026 te informeren?

Met een voorlopig politiek akkoord op de herziene Europese geneesmiddelrichtlijn is de grootste belemmering voor heruitgifte inderdaad geweken. Nu moet Nederland deze nieuwe bepaling eerst op zorgvuldige wijze implementeren in de nationale regelgeving, en dat gaat tijd kosten. Enerzijds omdat aanpassing van wet-en regelgeving nu eenmaal tijd kost, maar met name ook omdat je heruitgifte op zo'n manier vorm wil geven dat het verantwoord veilig kan voor diegenen die heruitgegeven medicijnen gaan gebruiken. Het kabinet vindt het niet wenselijk om heruitgifte in de ziekenhuizen, die dit in onderzoeksetting al hebben uitgevoerd, nu helemaal stil te leggen totdat de grondslag voor heruitgifte is geïmplementeerd in de nationale regelgeving. Daarom kiest het kabinet ervoor om beperkt vervolgonderzoek toe te staan, tot aan de implementatie in nationale regelgeving.

Dit vervolgonderzoek betreft heruitgifte van orale oncolytica door apotheken van de huidige 13 ziekenhuizen die betrokken waren bij het eerdere onderzoek en ook aan dit vervolgonderzoek willen deelnemen. De resultaten van dit onderzoek moeten helpen bij het vormgeven van de nieuwe nationale regelgeving.

Wat betreft pilots in Wlz-instellingen kan ik melden dat het veld werkt aan een herziening van de Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen die in instellingen wordt gebruikt. Met deze herziening wordt gekeken waar binnen bestaande wet- en regelgeving verspilling van geneesmiddelen in instellingen kan worden voorkomen of verminderd. Hiermee wordt naar verwachting verspilling van geneesmiddelen binnen instellingen waar mogelijk gereduceerd. De verwachting is dat deze herziene handreiking voor het einde van dit jaar afgerond is. Zodra de handreiking is herzien zal het ministerie van VWS de Kamer hierover informeren. Daarnaast zal het ministerie van VWS richting het veld aandacht vragen voor de concrete toepassing van de herziene handreiking in de praktijk.

Tot slot vragen de leden van de BBB-fractie of de minister bereid is medicijnverspilling structureel landelijk in kaart te brengen, zodat inzicht ontstaat in de omvang van verspilling, om welke middelen het gaat en waar in de keten deze verspilling plaatsvindt. Zonder goede data blijft beleid volgens deze leden immers te veel gebaseerd op aannames.

Hoewel de vraag om meer data begrijpelijk is, betekent een dergelijke omvangrijke onderzoeksvraag, een enorme extra administratieve last voor de zorgverleners. Dit gaat het kabinet niet van hen vragen. Zo heeft de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) bijvoorbeeld onlangs nog opgeroepen om de administratieve lasten en regeldruk te verminderen¹⁰⁵.

Ook loopt er op dit moment nog een groot onderzoek in het kader van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 op het thema geneesmiddelverspilling. Hier wordt gekeken naar interventies om geneesmiddelverspilling in 1^e, 2^e en 3^e lijn te verminderen. De resultaten van dit onderzoek worden eind 2027 verwacht. Het kabinet zal deze resultaten en ook andere kennis en ervaringen uit het veld benutten om verspilling van geneesmiddelen te verminderen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Markuszower

De leden van Groep Markuszower hebben kennisgenomen van de rapportage 'Beschikbaarheid in Perspectief, Beschikbaarheid medische producten, 2017 t/m 2023' alsmede van de kabinetsreactie hierop en hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

Zoals het kabinet beschrijft in haar reactie heeft de rijksoverheid de verantwoordelijkheid om inzicht te bieden in de doeltreffendheid en doelmatigheid van overheidsuitgaven. Genoemde leden zijn het met het kabinet eens dat het verkrijgen van meer inzicht in de doeltreffendheid en doelmatigheid van overheidsuitgaven begint met het beter in kaart brengen welke inzichten er al zijn en welke nog ontbreken. Op welke manier is hierbij onderzocht in hoeverre het beleid rondom het voorkeursassortiment bij medische hulpmiddelen nog voldoende doeltreffend en doelmatig is?

Gupta heeft in het onderzoeksrapport¹⁰⁶ nader toegelicht hoe zij gekomen zijn tot de beleidsinstrumenten die geëvalueerd worden in het onderzoek. Hier hebben zij een selectiefunnel voor gebruikt. Het beleid rondom het voorkeursassortiment bij medische hulpmiddelen is geen onderdeel geweest van de scope van het onderzoek.

Genoemde leden zijn benieuwd wie bepaalt welke medische hulpmiddelen, zoals bijvoorbeeld rolstoelen in het voorkeurspakket van het zorgkantoor komen? Is de minister tevreden over het betreffende voorkeursbeleid? En hoe wordt bepaald welke hulpmiddelen de voorkeur hebben? Genoemde leden zijn benieuwd of er de laatste 8 jaar nog aanpassingen aan dit beleid en het voorkeurspakket zijn geweest? Zo ja, welke? Genoemde leden zijn tevens benieuwd of er de komende jaren nog aanpassingen in het voorkeursbeleid (pakket) gepland zijn? Indien ja, welke? Indien nee, waarom niet?

Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de inkoop van rolstoelen waar cliënten die verblijven in een zorginstelling op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) recht op hebben. Zorgverzekeraars Nederland laat weten dat zorgkantoren, in samenspraak met ergotherapeuten en fysiotherapeuten van zorginstellingen, op basis van de functionele eisen van de verschillende doelgroepen in de Wlz een voorkeurspakket van rolstoelen hebben samengesteld. Het gaat hierbij om een beperkt aantal typen rolstoelen. Deze

¹⁰⁵ [KNMP roept Tweede Kamer op tot snelle aanpak geneesmiddeltekorten | KNMP](#)

¹⁰⁶ [Beschikbaarheid in perspectief - Gupta Strategists.](#)

werkwijze komt mede voort uit het beleid van zorgkantoren om zoveel mogelijk rolstoelen te herverstreken. Momenteel worden in de Wlz circa 85% tot 90% van de rolstoelen herverstrekt. Zorgkantoren herijken doorlopend dit voorkeurspakket op basis van onderzoek naar nieuwe typen rolstoelen die op de markt komen en waarbij is vastgesteld dat zij een meerwaarde hebben ten opzichte van de rolstoelen uit het voorkeurspakket. Overigens verstrekken de zorgkantoren ook rolstoelen buiten het voorkeurspakket als uitkomsten van het functioneringsgericht indiceren daartoe aanleiding geven. Dit is vooral aan de orde bij jonge, actieve en zelfstandige mensen.

De onderzoekers van Gupta Strategists hebben als hoofdvraag meegekregen in welke mate de beleidsinstrumenten ten behoeve van, of met een effect op, de beschikbaarheid van geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en lichaamsmaterialen doeltreffend en doelmatig zijn. Hen is gevraagd dit te beschouwen in relatie tot de bijdrage die deze beleidsinstrumenten leveren aan de toegankelijkheid, veiligheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Kijkend naar de betaalbaarheid, vragen genoemde leden de minister welke invloed het verstrekken van bijvoorbeeld rolstoelen heeft vanuit de verschillende zorgwetten (respectievelijk de Wlz en de Wmo), graag een uiteenzetting van de verschillende kosten bij gebruik van dezelfde rolstoel in beide wetten. Genoemde leden willen hiernaast graag weten hoe het voorkeursassortiment in beide wetten wordt toegepast. Indien er een kostenverschil zit in het gebruik van dezelfde rolstoel in de beide zorgwetten dan graag nadere uitleg waarom dit zo is.

De inkoop van hulpmiddelen is, afhankelijk van het geldende stelsel, belegd bij zorgkantoren, gemeenten en zorgverzekeraars. Deze partijen sluiten overeenkomsten met leveranciers van hulpmiddelen en onderhandelen daarbij over de voorwaarden waaronder hulpmiddelen worden verstrekt. Het ministerie van VWS is niet op de hoogte van de inhoud van deze contracten. Er zijn bij het ministerie van VWS geen signalen bekend dat er sprake zou zijn van ondoelmatige uitgaven of significante verschillen in de bekostiging van hulpmiddelen, zoals rolstoelen.

Genoemde leden vragen waarom de evaluatie alleen heeft plaatsgevonden binnen de aanwezigheid (fysiek) van het medisch product in Nederland en alleen bij producten die toegelaten zijn tot de markt? Waarom is hiervoor gekozen? Deelt de minister de mening, dat ook door te kijken naar nieuwe producten de betaalbaarheid en/of beschikbaarheid van medische hulpmiddelen juist vergroot wordt? Zo nee, waarom niet? Is de minister alsnog bereid de scope te vergroten en juist ook hulpmiddelen die nu buiten het voorkeurspakket vallen te betrekken in vervolgonderzoeken? Zo nee, waarom niet? Deelt de minister de mening dat er anders mogelijk sprake kan zijn van oneerlijke concurrentie op de markt van medische hulpmiddelen? En deelt de minister de mening dat oneerlijke concurrentie ervoor kan zorgen dat de eindgebruiker, de patiënt, hierdoor mogelijk veel te veel betaalt voor het gebruik van een medisch product en dit een negatief effect heeft op de zorgpremies? Indien nee, waarom niet? Kan de minister toelichten wat de exacte rol van bijvoorbeeld Zorgplan is bij het verstrekken van hulpmiddelen en hoe hierbij wordt gewaarborgd dat er geen sprake kan zijn van oneerlijke concurrentie? Genoemde leden vragen of er meerdere bedrijven zijn zoals Zorgplan? Zo ja, hoeveel?

Het onderzoek van Gupta richt¹⁰⁷ zich op het beleid dat het ministerie van VWS heeft ontwikkeld en ingezet voor de beschikbaarheid van medische producten. Het ministerie van VWS heeft geen invloed op de keuzes van fabrikanten en leveranciers om een product niet te certificeren of aan te bieden op de Nederlandse of Europese markt.

¹⁰⁷ [Beschikbaarheid in perspectief - Gupta Strategists.](#)

Zodoende is gekozen om dit buiten scope te laten en acht het kabinet het niet zinvol de scope voor dit onderzoek te vergroten. Dat neemt niet weg dat kabinet zich focust op beschikbaarheid in den brede en dat er bij toekomstig beleid oog is voor nieuwe producten.

Wat betreft de rol van Zorgplan, laat Zorgverzekeraars Nederland weten dat Zorgplan door zorgkantoren kan worden ingeschakeld om op hun verzoek een pilot onder zorginstellingen uit te zetten om de geschiktheid en de meerwaarde van een nieuwe rolstoel te testen. Zij brengen hierover advies uit aan de zorgkantoren, die hierover vervolgens een beslissing nemen. Zorgkantoren geven aan dat Zorgplan transparant en onafhankelijk van de leveranciers en fabrikanten van hulpmiddelen deze werkzaamheden uitvoert. In de Wlz worden rolstoelen door de ergotherapeut of fysiotherapeut van de zorginstellingen, in overleg met de cliënt, aangevraagd bij het zorgkantoor. Een aantal zorgkantoren schakelt medische adviseurs van Zorgplan in om te adviseren bij complexe aanvragen, waarbij zij zich bij hun beoordeling baseren op de kwaliteitscriteria van de zorgkantoren. Enkele andere zorgkantoren hebben, gelet op hun beperkte schaalgrootte, ervoor gekozen om de uitvoering van de hulpmiddelenverstrekking extern bij NTAC te beleggen. NTAC is net als Zorgplan een adviseur op het gebied van hulpmiddelen en voert deze taken uit onder de verantwoordelijkheid van het betreffende zorgkantoor.

Een van de aanbevelingen die worden gedaan is het creëren van de juiste prikkels in de keten. Daarbij worden mogelijkheden gezien, door met opschaaibare productiecapaciteit de toeleveringsketen te versterken door afhankelijkheid te verminderen. Wordt hiermee gedoeld op de productiecapaciteit van de huidige leveranciers? Op welke manier komen (nieuwe) leveranciers van hulpmiddelen, die nu niet preferent zijn, of niet in het voorkeursassortiment zitten in aanmerking om wel toegelaten te worden tot dit pakket? Genoemde leden willen weten wanneer er bij nieuwe producten gebruikt wordt gemaakt van pilots en/of onderzoeksrapporten? Wie beoordeelt deze pilots en onderzoeksrapporten? Waar kunnen genoemde leden deze terugvinden? Wordt daarbij ook aangegeven wat de reden van afwijzing, danwel het niet toelaten tot het voorkeurspakket is? Zo nee, waarom niet? Wie heeft het uiteindelijke eindoordeel over toelating tot het voorkeurspakket?

Bij de verkenning naar mogelijkheden tot het reserveren van productiecapaciteit behoren zowel productiecapaciteit bij huidige leveranciers, als productiecapaciteit bij nieuwe leveranciers tot de mogelijkheden.

Zorgkantoren laten weten dat nieuwe rolstoelen van fabrikanten onderdeel worden van het voorkeurspakket als op basis van onderzoek wordt vastgesteld dat deze rolstoel een meerwaarde heeft ten opzichte van de rolstoelen uit het voorkeurspakket. Zorgkantoren beslissen hierover. De rapporten hierover zijn niet openbaar vanwege bedrijfsgevoelige informatie. De zorgkantoren bespreken de uitkomsten van deze onderzoeken met de betreffende fabrikanten voordat dat zij een besluit nemen.

Zoals beschreven in de reactie van het kabinet is op het terrein van medische producten sprake van marktwerking en is de overheid (veelal) zelf geen directe actor in de zin dat de overheid niet zelf inkoopt, produceert, of voorraden aanlegt. Genoemde leden vragen op welke manier het kabinet hierbij alsnog zicht heeft op bijvoorbeeld belangenverstrengeling. Hoe wordt ervoor gezorgd dat marktwerking daadwerkelijk zijn werk kan doen? Wie borgt dit? En op welke manier? Waar is dit voor de Kamer terug te vinden?

Voor een goede werking van de marktwerking, zijn in ons zorgstelsel verschillende toezichthouders aanwezig. De overheid is primair verantwoordelijk voor de randvoorwaarden van het stelsel waarbinnen de Autoriteit Consument & Markt (ACM) toeziet op naleving van de mededingingsregels en kan optreden bij misbruik van marktmacht en concurrentiebeperking. Daarnaast houdt de Nederlandse Zorgautoriteit zicht op een goede werking van de zorgmarkten. De Kamer wordt hier regulier over geïnformeerd via beleidsbrieven en jaarverslagen van de betrokken toezichthouders.

Genoemde leden zijn blij dat het kabinet de aanbeveling van Gupta Strategists steunt, om verder onderzoek te doen, aangezien het inderdaad aan de overheid is om te zorgen dat partijen hun rol in het stelsel goed kunnen uitvoeren, en te zorgen voor zo doelmatig mogelijke besteding van premiegeld.

Genoemde leden willen ten slotte van het kabinet weten wie er toezicht houdt op de rechtmatigheid van declaraties aangaande (kantel) rolstoelen in verpleeghuizen? Waar worden aanpassingen aan hierbij verstrekte rolstoelen in rekening gebracht? Bij de zorgverzekeraar of bij de eindgebruiker?

De ergotherapeut of fysiotherapeut van de zorginstelling doet bij het zorgkantoor een aanvraag voor een rolstoel, waarover het zorgkantoor een beslissing neemt. Bij deze aanvraag controleert het zorgkantoor de rechtmatigheid op basis van landelijke protocollen. Aanpassingen en reparaties van rolstoelen die door het zorgkantoor zijn verstrekt worden bekostigd door het zorgkantoor.

De leden van Groep Markuszower lezen dat het kabinet inzet op het versterken van de weerbaarheid van ketens maar missen in de evaluatie elke kwantitatieve onderbouwing van het geopolitieke risico. Is in de evaluatieperiode 2017–2023 een formele geopolitieke stresstest uitgevoerd op concrete scenario's, zoals een militair conflict rond Taiwan, een handelsblokkade met China of India, of een langdurige verstoring van het Suezkanaal? Zo nee, waarom niet? Is de minister bereid alsnog een dergelijke stresstest uit te voeren, en daarbij specifiek in kaart te brengen voor hoeveel kritieke werkzame stoffen (API's) Nederland voor 100% afhankelijk is van één land of zelfs één fabrikant?

In de evaluatieperiode 2017–2023 is geen formele geopolitieke stresstest uitgevoerd op specifieke scenario's, zoals een militair conflict rond Taiwan, een handelsblokkade met China of India of een langdurige verstoring van het Suezkanaal. Sindsdien zijn economische veiligheid, strategische afhankelijkheden en geopolitieke risico's nadrukkelijker onderdeel geworden van de beleidsvorming. De NCTV, AIVD en MIVD brengen jaarlijks een dreigingsbeeld uit¹⁰⁸. Op basis van de veranderende geopolitieke ontwikkelingen, zoals ook gesignaleerd wordt in het dreigingsbeeld, heeft het vorige kabinet ingezet op de aanpak van hybride en militaire dreigingen¹⁰⁹. De zorg maakt hier onderdeel van uit. Het huidige kabinet zet deze inzet voort.

Daarnaast werkt het kabinet al aan het beter in kaart brengen van toeleveringsketens en afhankelijkheden, zodat de mogelijke gevolgen van internationale handelsverstoringen, waaronder handelsblokkades, beter kunnen worden ingeschat. Zo rondt het consortium MOSUPPAN deze zomer een onderzoek af naar indicatoren die de kans op een geneesmiddelen tekort voorspellen voor een selecte groep generieke geneesmiddelen¹¹⁰. Daarnaast wordt in Europees verband deelgenomen aan een kwetsbaarhedenanalyse

¹⁰⁸ [Dreigingsbeeld Statelijke Actoren 2025](#)

¹⁰⁹ Kamerstukken II 2024/25, 30821, nr. 249.

¹¹⁰ [Modeleren van supply chain best practices voor betere pandemische paraatheid in de farmacie](#)

die uitgevoerd wordt door het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA). Hier zal onder andere gekeken worden naar de afhankelijkheid van werkzame stoffen van enkele fabrikanten en/of landen.

Genoemde leden vragen voorts of de minister bereid is, naar analogie van de strategische olievoorraad onder verantwoordelijkheid van COVA, een nationale strategische voorraad aan te leggen van een nader te bepalen lijst kritieke geneesmiddelen voor een periode van ten minste zes tot twaalf maanden, in plaats van uitsluitend te leunen op de ijzeren voorraad bij groothandels en fabrikanten. Indien nee, waarom niet?

De Kamer is op 1 april 2026 geïnformeerd, in de voortgangsbrief Beschikbaarheid van Geneesmiddelen¹¹¹, dat het kabinet op korte termijn een verkenning start naar zowel de geneesmiddelen als de medische hulpmiddelen die nodig zijn gedurende uiteenlopende crises, zodat hier extra voorraden van aangelegd kunnen worden voor de zorg tijdens dergelijke crises.

Tevens wordt opgemerkt dat de magistrale (apotheekbereide) bereiding traditioneel een vangnet vormde bij geneesmiddelentekorten, maar dat in de evaluatieperiode regelgeving op nationaal en Europees niveau is aangescherpt. Hoeveel apotheekbereidingen zijn er in de periode 2017–2023 ingezet als alternatief voor een niet-leverbaar industrieel product? Is de minister bereid de regelgeving rond doorleveringsbereidingen en grootschalige apotheekbereiding te versoepelen, zodat tekorten sneller en goedkoper kunnen worden opgevangen zonder steeds opnieuw afhankelijk te zijn van buitenlandse aanbieders?

Voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen spelen magistrale bereidingen en doorgeleverde bereidingen een belangrijke rol. Dit gaat dan bijvoorbeeld om geneesmiddelen waarvoor een bepaalde sterkte niet beschikbaar is als geregistreerd geneesmiddel, maar die wel nodig is voor de behandeling van een patiënt. Daarentegen blijkt uit de KNMP Farmanco rapportage van 2023 dat bereidingen in slechts 2% van de tekorten een oplossingsrichting is¹¹². Het is belangrijk dit vangnet ook in de toekomst te behouden. Echter, het huidige systeem is kwetsbaar: het doorleveren van bereidingen wordt op dit moment gedoogd en kent geen wettelijke verankering. Over dit onderwerp is de Kamer op 1 april 2026 nog geïnformeerd in de “Voortgangsbrief Beschikbaarheid Geneesmiddelen”.

Het politiek akkoord van de herziening Europese geneesmiddelenwetgeving van 6 maart jongstleden bevat een wettelijke basis voor de inzet van doorgeleverde bereidingen, onder andere bij tekorten om in specifieke omstandigheden en onder passende voorwaarden apotheken toe te staan bereidingen van anderen te betrekken. De Europese wettelijke verankering van bereidingen wordt betrokken bij de verdere implementatie van het beschikbaarheidsbeleid en draagt bij aan het versterken van het vangnet bij tekorten.

¹¹¹ Kamerstukken II 2025/26, 29477, nr. 969, zie pagina 16 en 17.

¹¹² [KNMP Farmanco Geneesmiddelentekorten 2023](#)