

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres

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

Ons kenmerk

4354102-1094351-GMT

Bijlagen

1

Datum document

17 februari 2026

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

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

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

Datum 11 maart 2026
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u namens het kabinet de antwoorden op de vragen van het lid Coenradie (JA21) over het bericht 'Apothekers willen dat politiek medicijntekort nu echt aanpakt: 'Gezondheid patiënten staat op het spel' (2026Z03383).

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Sophie Hermans

Antwoorden op Kamervragen van het lid Coenradie (JA21) over het bericht 'Apothekers willen dat politiek medicijntekort nu echt aanpakt: 'Gezondheid patiënten staat op het spel' (2026Z03383, ingezonden d.d. 17 februari 2026).

Vraag 1

Erkent u de uitkomsten van het onderzoek door het SIR instituut en de Landelijke Eerstelijns Farmacie (LEF) dat jaarlijks circa vier miljoen patiënten worden geconfronteerd met medicijntekorten en dat in meer dan zeventig procent van de gevallen het gaat om preferent aangewezen medicijnen die niet leverbaar zijn? 1)

Antwoord vraag 1

Het kabinet is bekend met het onderzoek. In het onderzoek van het SIR instituut en LEF wordt geconstateerd dat 56,7% van de geregistreerde tekorten plaatsvond in een groep van geneesmiddelen waarop preferentiebeleid wordt gevoerd¹. Het verbaast mij niet dat een groot deel van de in de 'meldweek' gemelde tekorten en leveringsproblemen gaat om preferente geneesmiddelen. Het aandeel van de geneesmiddelenmarkt waarover preferentiebeleid wordt gevoerd is namelijk groot: in 2023 werd op 86% van de extramuraal geleverde geneesmiddelen preferentiebeleid gevoerd². Het percentage uit het onderzoek van het SIR instituut en LEF zegt niets over een eventueel oorzakelijk verband tussen het voeren van het preferentiebeleid en het ontstaan van geneesmiddelentekorten of andere leveringsproblemen.

Het kabinet deelt met mevrouw Coenradie dat, ondanks dat de tekorten teruglopen, nog steeds te veel patiënten geraakt worden door geneesmiddelentekorten. Dit vindt het kabinet onwenselijk. Het kabinet zet zich dan ook onverminderd in om tekorten zoveel mogelijk te voorkomen en de leveringszekerheid te verbeteren. Nog dit voorjaar informeert het kabinet de Kamer, zoals gebruikelijk, over de voortgang van de ingezette maatregelen en over de verdere plannen om de beschikbaarheid en leveringszekerheid van geneesmiddelen te verbeteren.

Vraag 2

Deelt u de opvatting dat voor het welzijn van al deze patiënten slechts één relevante definitie bestaat: een tekort is een tekort zodra de apotheek het medicijn niet kan leveren, ongeacht wat er administratief wordt geregistreerd?

Antwoord vraag 2

Het kabinet deelt deze opvatting grotendeels. Uiteraard is ook voor dit kabinet het belangrijkste dat de patiënt over diens geneesmiddel kan beschikken. Maar op meer plekken in de keten kunnen problemen ontstaan met de beschikbaarheid van geneesmiddelen, waar de patiënt niets van hoeft te merken. Bijvoorbeeld bij de producent of groothandel. Ook op die plekken wil het kabinet de beschikbaarheid van geneesmiddelen verbeteren. Om ervoor te zorgen dat alle

¹ [Rapport geneesmiddeltekorten LEF, 2026](#)

² Bron: [Grip op toenemende geneesmiddeltekorten](#), Gupta Strategists, 2024. Dit percentage betreft het percentage PRK-clusters waarop door één of meerdere zorgverzekeraars preferentiebeleid werd gevoerd. Een PRK-cluster (Prescriptie product Kenmerk) is een groep uitwisselbare medicijnen, met exact dezelfde werkzame stof, toedieningsvorm en sterkte.

partijen in de keten sneller en duidelijker kunnen communiceren, handelen en monitoren, en zo uiteindelijke tekorten voor patiënten te voorkomen, is binnen het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) de afspraak gemaakt om uniforme definities van geneesmiddelen tekorten op te stellen.

Het kabinet deels overigens niet de stelling uit het Telegraaf-artikel dat er sprake is van een tekort als er een bepaald merk van een geneesmiddel niet beschikbaar is, terwijl andere merken van hetzelfde geneesmiddelen wel beschikbaar zijn. In verreweg de meeste gevallen kan een patiënt overstappen naar een ander merk van hetzelfde geneesmiddel zonder dat dat gevolgen heeft voor diens gezondheid.³

Vraag 3

Deelt u de signalen uit de apotheekpraktijk dat apothekers met de rug tegen de muur worden gezet: het preferente middel is er niet, een alternatief ligt wel op de plank, maar als de apotheker dat alternatief verstrekt riskeert hij een boete van de zorgverzekeraar?

Antwoord vraag 3

Het kabinet kent de signalen dat apothekers zich in dergelijke situaties soms klemgezet kunnen voelen en dat dit (financiële) onzekerheid voor hen creëert. Daarom neemt het kabinet deze signalen mee in gesprekken met zorgverzekeraars, apothekers en andere betrokken partijen over de uitvoering van het preferentie- en inkoopbeleid.

Deze onzekerheid wordt onder andere veroorzaakt doordat de aanduiding van deze situatie in informatiesystemen niet gestandaardiseerd is en anders wordt beoordeeld door zorgverzekeraars. Een andere oorzaak ligt in de snelheid waarmee informatiesystemen aangepast kunnen worden. Om te zorgen voor een betere en snellere aansluiting tussen leverbaarheid en vergoedingsstatus is in het AZWA afgesproken dat de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gaan zorgen voor snelle aanpassing van de vergoedingsstatus door zorgverzekeraars wanneer een preferent product niet leverbaar is. Ook werken zij aan meer frequente updates van de informatie hierover in informatiesystemen. Zodra zij dit gerealiseerd hebben is het voor apothekers veel sneller dan nu duidelijk welk alternatief zij binnen het preferentiebeleid kunnen afleveren. Ook neemt hierdoor de administratieve last voor apothekers af doordat hun ICT-systemen sneller actueel zijn. Het kabinet is blij dat de KNMP en ZN dit oppakken en spoort hen aan hier voortvarend mee aan de slag te gaan.

Het is van belang dat er heldere, realistische en eenduidige afspraken zijn over de situaties waarin een preferent aangewezen merk van een geneesmiddel niet voorradig is. Uiteindelijk is het aan de zorgverzekeraars en apotheken zelf om hier in de inkoopgesprekken afspraken over te maken, voor zover dat niet al gebeurt. Het kabinet vraagt daar bij beide partijen aandacht voor.

Vraag 4

³ Hierover zijn afspraken tussen alle betrokken partijen, waaronder de apothekers, gemaakt in de [Leidraad Verantwoord Wisselen](#).

Vind u deze situatie verdedigbaar en zo ja, hoe legt u dat uit aan de patiënt die met lege handen naar huis moet?

Antwoord vraag 4

Het komt zelden voor dat patiënten zonder behandeling komen te staan als een preferent aangewezen middel niet voorradig is. Uit cijfers van KNMP Farmanco blijkt dat bij 99% van de leveringsproblemen een alternatief beschikbaar is in de apotheek. Bijvoorbeeld een andere verpakkingsgrootte, een ander merk of een middel dat geïmporteerd is uit het buitenland.⁴

Vraag 5

Bent u bereid om per direct, zonder te wachten op lopend onderzoek, een noodmaatregel in te voeren waarbij apothekers geen boetes van zorgverzekeraars krijgen wanneer zij in dringende situaties een beschikbaar alternatief verstrekken, aangezien wat op papier beschikbaar is in de praktijk niet aan de balie bestaat? Zo nee, wat is dan uw alternatieve oplossing voor de patiënt die morgen zijn hartmedicatie nodig heeft maar niet gaat krijgen?

Antwoord vraag 5

Nee, het kabinet ziet geen noodzaak tot het instellen van een noodmaatregel. Contractuele afspraken over de omgang met dit soort situaties zijn een zaak tussen apothekers en zorgverzekeraars. Het kabinet begrijpt dat er onzekerheid ontstaat bij apotheken doordat niet alle zorgverzekeraars op dezelfde manier met deze situaties omgaan. Het kabinet gaat hiervoor aandacht vragen bij de koepels van apotheken en zorgverzekeraars.

Vraag 6

Kunt u uitleggen waarom een patiënt in het huidige systeem niet mag bijbetalen voor een vertrouwd medicijn, maar wel de volledige kosten zelf moet betalen als hij dat middel wil blijven gebruiken?

Vraag 7

Waarom acht u deze situatie rechtvaardiger dan een systeem waarbij iemand alleen het prijsverschil bijbetaalt?

Antwoord vraag 6 en 7

Een systeem waarin patiënten kunnen bijbetalen voor niet-preferent aangewezen middelen creëert ongelijke toegang tot zorg en verhoogt de totale zorgkosten. Dat wordt hieronder nader toegelicht.

In het huidige systeem vergoedt de zorgverzekeraar per groep geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof in ieder geval één variant volledig. Op deze variant krijgt de zorgverzekeraar korting van de leverancier. Het preferentiebeleid is nu zo vormgegeven dat bijbetaling binnen zo'n groep niet toegestaan is. Dit houdt de uitvoering eenvoudig en de zorgkosten beheersbaar. Een niet-preferent geneesmiddel valt buiten de basisdekking, dus de verzekerde betaalt het hele bedrag zelf.

⁴ Bron: [Geneesmiddelentekorten in 2025](#), KNMP Farmanco, 2026.

Dit kan oneerlijk lijken omdat een bekend, maar duurder geneesmiddel niet vergoed wordt. Ook niet voor een deel. Het huidige systeem is juist solidair en rechtvaardig omdat iedere verzekerde met dezelfde aandoening dezelfde behandeling volledig vergoed krijgt, ongeacht inkomen. Bijbetaling zou ongelijke toegang tot zorg creëren, omdat niet iedereen uit eigen portemonnee kan bijbetalen. En het zou de totale zorgkosten verhogen door voorkeur voor varianten waarop de zorgverzekeraar geen korting krijgt.

Ook zou vaker kiezen voor duurder geneesmiddelen waarop de zorgverzekeraar geen korting ontvangt de totale zorgkosten verhogen, waardoor premies voor iedereen stijgen. Daarnaast zou deze mogelijkheid betekenen dat de zorgverzekeraar zich niet aan haar afspraken met de leverancier kan houden. De zorgverzekeraar krijgt namelijk korting van de leverancier omdat eerstgenoemde garandeert dat het betreffende merk van het geneesmiddel voor al diens verzekerden het preferent aangewezen middel is. Dat is niet meer het geval als een verzekerde door bijbetaling een ander geneesmiddel kan krijgen. Dit zou de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars ten opzichte van leveranciers verslechteren, opnieuw met hogere zorgkosten als gevolg.

Vraag 8

Bent u bekend met het pleidooi van de apothekersbranches voor een systeem van 'laagste prijs + bandbreedte', waarbij meerdere merken van een medicijn volledig worden vergoed en waarvoor geen jarenlang onderzoek maar een beleidsbesluit nodig is? Bent u bereid om uiterlijk in het tweede kwartaal van 2026 met zorgverzekeraars concrete afspraken te maken over de implementatie van dit model? Zo nee, wat is uw bezwaar tegen een systeem dat leveringszekerheid vergroot zonder afbreuk te doen aan kostenbeheersing?

Antwoord vraag 8

Ja, het kabinet is bekend met het pleidooi voor een 'laagste prijs + bandbreedte'-model. De stellingname die de schrijvers van het pleidooi doen dat dit model de leveringszekerheid vergroot zonder kostenstijging vraagt om meer onderbouwing. Doorgaans brengen bredere vergoedingen hogere zorguitgaven met zich mee.

Het kabinet ziet op dit moment geen aanleiding om afspraken te maken over de implementatie van dit model. Het kabinet werkt op dit moment aan een evaluatie van het huidige preferentiebeleid en haar toepassing, zoals bij motie van de Kamer verzocht. Het kabinet verwacht u in lijn met de motie eind 2026 te kunnen informeren over de uitkomsten van de evaluatie. Het lijkt mij zinvol om deze evaluatie af te wachten. Afhankelijk van de uitkomsten daarvan, kan dan overwogen worden alternatieven zoals dit model nader te verkennen.

Vraag 9

Kunt u, aangezien zorgverzekeraars rapporteren over de besparingen van het preferentiebeleid, ook inzichtelijk maken wat de totale maatschappelijke kosten zijn: extra huisartsbezoeken, ziekenhuisopnames door medicatiewisselingen, uitvoeringslasten voor apothekers, en de menselijke tol van patiënten die zonder medicatie zitten?

Antwoord vraag 9

Ja, de evaluatie van het preferentiebeleid die op verzoek van de Kamer wordt uitgevoerd beoogt naast de besparingen ook de maatschappelijke kosten en baten van het preferentiebeleid in beeld te brengen. Het kabinet verwacht u eind 2026 te kunnen informeren over de uitkomsten van de evaluatie.

Vraag 10

Erkent u dat 'goedkoop op papier' niet hetzelfde is als 'doelmatig in de praktijk'?

Antwoord vraag 10

Als het lid Coenradie bedoelt dat aan het preferentiebeleid behalve baten ook kosten verbonden kunnen zijn, dan deelt het kabinet dat. Zoals hierboven aangegeven is het doel van de evaluatie van het preferentiebeleid om de totale kosten en baten inzichtelijk te maken. Dit omvat niet alleen de directe besparingen op papier, maar ook effecten op de administratieve lasten voor apothekers, op de beschikbaarheid van geneesmiddelen en op de patiëntenzorg.⁵

Vraag 11

Bent u bereid om uiterlijk eind februari 2026 een spoedoverleg te beleggen met zorgverzekeraars, apothekersbranches en patiëntenvertegenwoordigers, met als concrete opdracht: het vaststellen van afspraken die per 1 april 2026 operationeel zijn, zodat patiënten niet langer met lege handen naar huis gaan terwijl alternatieven op de plank liggen?

Antwoord vraag 11

Het kabinet ziet geen toegevoegde waarde in het inlassen van een spoedoverleg. Er vindt namelijk al regelmatig overleg met hen plaats. Specifiek werkt het kabinet bijvoorbeeld met de zorgverzekeraars, apothekersbranches en andere relevante partijen aan verbeteringen van het inkoop- en preferentiebeleid. En werkt het kabinet met veldpartijen (met vertegenwoordigers van patiënten, leveranciers, groothandels, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, voorschrijvers, apothekers en de overheid) voortvarend aan de structurele verbetering van de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Zo wordt in het kader van het AZWA gewerkt aan snelle aanpassing van de vergoeding door zorgverzekeraars wanneer een preferent product niet leverbaar is én aan een frequente update van de informatie hierover in informatiesystemen zoals de G-standaard. Alle veldpartijen zijn zich bewust van de urgentie en dragen naar vermogen bij aan het oplossen van de beschikbaarheidsproblematiek.

Vraag 12

Hoe verklaart u aan miljoenen Nederlanders dat, als zij in een levensbedreigende situatie terechtkomen, ze niet geholpen mogen worden vanwege beleid, terwijl een alternatief medicijn beschikbaar is?

Antwoord vraag 12

Deze vraag wekt de suggestie dat miljoenen Nederlanders, als zij in een levensbedreigende situatie terecht komen, niet geholpen mogen worden. Dat is onjuist. Uit cijfers van KNMP Farmanco blijkt dat bij 99% van de leveringsproblemen een

⁵ [Werken aan het preferentiebeleid | Publicatie | Rijksoverheid.nl](#)

alternatief beschikbaar is in de apotheek. Bijvoorbeeld een andere verpakkingsgrootte, een ander merk of met een middel dat geïmporteerd is uit het buitenland.⁶

⁶ Bron: [Geneesmiddelenkortingen in 2025](#), KNMP Farmanco, 2026.