

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](http://www.rijksoverheid.nl)

**Ons kenmerk**

3417929-1033497-GMT

**Bijlagen**

1

**Uw brief**

1 augustus 2022

*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 13 september 2022  
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het lid Maeijer (PVV) over bericht dat medicijntekorten leiden tot agressie bij de apotheek (2022Z15390, ingezonden op 1 augustus 2022).

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

Ernst Kuipers

Antwoorden op Kamervragen van het lid Maeijer (PVV) over bericht dat medicijntekorten leiden tot agressie bij de apotheek (2022Z15390, ingezonden op 1 augustus 2022).

1. Bent u bekend met het artikel 'Tekort aan meer dan duizend medicijnen leidt tot agressie bij apotheek'?

Antwoord 1

Ja, ik ben bekend met het bericht.

2. Hoe gaat u de agressie tegen apothekerspersoneel aanpakken?

Antwoord 2

Aandacht voor preventie, goede opvang en nazorg op de werkvloer zijn essentieel bij de aanpak van agressie tegen apothekerspersoneel. De primaire verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de werkgevers. Om werkgevers te ondersteunen continueert de minister voor Langdurige Zorg en Sport de branchegerichte aanpak van agressie die tijdens de vorige kabinetsperiode is ingezet<sup>1</sup>. Zo stelt zij subsidie beschikbaar voor de uitvoering van een aanpak tegen agressie die aansluit bij de ondersteuningsbehoeften van werkgevers en werknemers.

Het ministerie van VWS is momenteel op ambtelijk niveau in gesprek met de beroepsverenigingen voor apothekers (KNMP) en apothekersassistenten (Optima Farma). Daarin worden de mogelijkheden verkend voor de (door)ontwikkeling van een aanpak specifiek gericht op de openbare apotheken.

3. Heeft u begrip voor het feit dat mensen boos en teleurgesteld zijn als hun medicijnen niet op voorraad zijn?

Antwoord 3

Voor agressie tegen zorgpersoneel heb ik geen begrip. Wel kan ik mij voorstellen dat het vervelend is wanneer het medicijn dat je gewend bent te gebruiken niet op voorraad is. Gelukkig kunnen de apothekers in veel gevallen wel een goed alternatief bieden.

4. Klopt het dat wanneer een alternatief medicijn wordt voorgeschreven, de patiënt een hogere vergoeding moet betalen vanwege het terhandstellings- of eerste uitgifte tarief? Zo ja, vindt u het acceptabel dat de patiënt duurder uit is omdat er een medicijn niet op voorraad is?

Antwoord 4

Patiënten betalen altijd een tarief wanneer zij een medicijn ophalen in de apotheek. Dit zijn de kosten voor de zorgverlening van de apotheek.

Als mensen voor het eerst of na meer dan 12 maanden sinds het laatste gebruik een middel meekrijgen wordt het eerste uitgifte tarief berekend. De apotheker verleent namelijk meer zorg bij dit soort uitgiften, zoals bepaalde (extra) controles, zodat mensen het (alternatieve) medicijn veilig kunnen gebruiken. Die kosten zijn met het oog op patiëntveiligheid acceptabel. Het kan voorkomen dat mensen bij een alternatief middel, die eerste uitgifte zorg

---

<sup>1</sup> Kamerstuk 29282, nr. 458.

krijgen en dus ook het bijbehorende tarief wordt gerekend. De betrokken partijen hebben in de Werkgroep Tekorten afgesproken dat er geen kosten voor 'terhandstelling met begeleidingsgesprek' zijn wanneer het alternatief dezelfde werkzame stof en toedieningsvorm heeft.<sup>2</sup>

5. Wat is volgens u de oorzaak van de medicijntekorten?

Antwoord 5

Geneesmiddelentekorten kennen niet één oorzaak, maar kennen verschillende oorzaken. Bij het Meldpunt geneesmiddelentekorten en -defecten wordt in het merendeel van de gevallen productieproblemen als oorzaak gemeld (53 %), maar gemelde oorzaken zijn ook problemen rondom distributie en planning, een onverwachte groei in vraag of commerciële redenen. Het onderzoek van de Europese Commissie schetst in grote lijnen eenzelfde beeld<sup>3</sup>.

6. Waarom kan niet altijd een alternatief medicijn worden gevonden? Waar ligt dat aan, tegen welke knelpunten lopen de apothekers aan?

Antwoord 6

In 99% van de gevallen bij tekortmeldingen zijn er alternatieven. In de meeste gevallen kan een patiënt overgezet worden op een geneesmiddel met dezelfde werkzame stof, bijvoorbeeld van een ander merk. Mocht dit niet kunnen, dan kunnen met toestemming van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd alternatieven uit het buitenland worden ingezet. Apothekers spelen een belangrijke rol in het opvangen van tekorten. Ook als er alternatieven op nationaal niveau beschikbaar zijn, kan het soms een uitdaging zijn om dit alternatief zo snel mogelijk bij de specifieke groothandel, apotheek en vervolgens patiënt te krijgen. Ik realiseer mij dat het opvangen van tekorten tot extra werk voor zorgverleners, waaronder de apotheker, leidt.

In uitzonderlijke gevallen (1%) is er geen alternatief voor het middel waaraan een tekort is. Bijvoorbeeld omdat er maar één leverancier is die het geneesmiddel maakt. In deze gevallen wordt er in nauw overleg met de beroepsgroep besloten wat de beste oplossing is. Zo worden dan bijvoorbeeld afspraken gemaakt om een geneesmiddel beperkt voor te schrijven voor patiënten die niet overgezet kunnen worden naar een ander middel, of wordt met apothekers afgesproken om tijdelijk kleinere hoeveelheden aan patiënten mee te geven.

7. Welke rol speelt het preferentiebeleid van de zorgverzekeraars bij de medicijntekorten?

Antwoord 7

Door de complexe en vaak internationale oorzaken van tekorten is het niet duidelijk wat de exacte rol is van het preferentiebeleid bij tijdelijke medicijntekorten. Op sommige punten kan het preferentiebeleid de leveringszekerheid van geneesmiddelen die preferent zijn juist versterken. Dit beleid biedt leveranciers bijvoorbeeld zekerheid in afname gedurende een afgebakende tijdsperiode van bijvoorbeeld twee jaar, zodat het aanbod daar tijdig goed op afgestemd kan worden.

<sup>2</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2016-2017, 29477, nr 426, bijlage 806540

<sup>3</sup> Kamerbrief 29477-758 "Voortgang beschikbaarheid geneesmiddelen en geneesmiddeltekorten", Bijlage 2

8. Klopt het dat door de lage prijzen die het preferentiebeleid veroorzaakt, Nederland achteraan in de rij staat als de leveringsproductie weer op gang komt?

Antwoord 8

Uit de data blijkt dat tekorten verschillende oorzaken hebben, zoals ook beschreven in het antwoord op vraag 5. Het is belangrijk om te benadrukken dat de totstandkoming van de uiteindelijke prijs van een geneesmiddel verschillende componenten kent. Deze prijs wordt deels beïnvloed door overheidsbeleid (de maximumprijzen als gevolg van de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) en de vergoedingslimieten voor extramurale geneesmiddelen vanuit het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), maar ook door afspraken die tussen inkoper (zorgverzekeraar, groothandel of ziekenhuis) en aanbieder (leverancier) worden gemaakt. Bij het inkoopbeleid van zorgverzekeraars waarbij gewerkt wordt met preferente geneesmiddelen, geldt dat zorgverzekeraars leveranciers oproepen om zich in te schrijven voor een voor hen haalbare prijs. De leveranciers bepalen vervolgens voor welke prijs zij zich inschrijven. Alle partijen dragen dus verantwoordelijkheid voor het hanteren van realistische prijzen, waarmee zowel toegankelijkheid als betaalbaarheid gewaarborgd moet kunnen worden.

De leveringszekerheid van geneesmiddelen maakt onderdeel uit van de preferentieafspraken tussen zorgverzekeraars en leveranciers. Het is daardoor niet in het voordeel van de leverancier om Nederland als laatste te beleveren. Zo zijn er positieve prikkels (zoals het verlengen van het contract wanneer de levering betrouwbaar is gebleken), maar ook negatieve prikkels (zoals een boete wanneer de leveringsafspraken niet worden nagekomen). In enkele gevallen zien we dat een geneesmiddel in het buitenland wel (weer) beschikbaar is terwijl dat in Nederland nog niet is, maar dit komt ook omgekeerd voor. Wanneer een EU-breed kritisch tekort ontstaat van een geneesmiddel wordt op Europees niveau gekeken naar een eerlijke verdeling van de leveringen over de EU-landen. Het tekort aan Visudyne is hier een voorbeeld van.

9. Deelt u de mening dat beter wat hogere prijzen kunnen worden betaald dan patiënten in de kou te laten staan?

Antwoord 9

Doordat geneesmiddelentekorten diverse oorzaken hebben, staat het niet vast dat een hogere prijs leidt tot minder tekorten voor de patiënt. Ik heb u eerder geïnformeerd dat ik in het kader van beschikbaarheid wel aandacht heb voor mogelijk kwetsbare geneesmiddelen aan de zogenoemde 'onderkant van de geneesmiddelenmarkt'. Zo hoog ik de (herberekende) GVS-vergoedingslimieten met 15% op voor geneesmiddelen in GVS-clusters met een lage omzet en hebben geneesmiddelen met een lage omzet in Nederland ook een hogere maximumprijs.

10. Wat is uw reactie op het standpunt van de ABN om medicijnproductie naar Nederland te halen om de werkdruk bij apothekers, veroorzaakt door medicijntekorten, te verlagen?

#### Antwoord 10

ABN pleit in haar rapport<sup>4</sup> Europees op te trekken om medicijnproductie dicht bij huis te halen, en zo de afhankelijkheid van China en India te verminderen. Dit zal volgens ABN leiden tot minder tekorten. Zoals in antwoord 5 beschreven, zijn de oorzaken van tekorten complex en multifactorieel. Door dit brede scala aan oorzaken zie ik het stimuleren van medicijnproductie in Nederland en Europa niet als de ultieme oplossing voor tekorten. Productieproblemen (en tekorten) treden ook op bij geneesmiddelen die nu al in Europa geproduceerd worden. Bijvoorbeeld omdat verre weg de meeste grondstoffen van medicijnen uit China of India komen. Ik kijk wel naar de rol die productie dicht bij huis in de EU (waaronder Nederland) kan spelen om de structurele leveringszekerheid en daarmee de beschikbaarheid van geneesmiddelen te versterken.

11. Hoeveel apothekers bereiden zelf medicijnen? Om welke medicijnen gaat het en hoeveel patiënten worden zo voorzien?

#### Antwoord 11

Van de 1709 openbare apothekers die over 2021 de kwaliteitsindicatoren farmaceutische zorg hebben ingevuld, geven 179 apothekers aan dat ze geneesmiddelen bereiden in hun apotheek. Hiervan geven 76 apothekers aan 15 bereidingen of meer per jaar uit te voeren. Daarnaast geven 20 apothekers aan ook geneesmiddelen te bereiden voor patiënten van een klein aantal andere apotheken.

In veel ziekenhuizen is een ziekenhuisapotheek aanwezig waar geneesmiddelen worden bereid. Het assortiment producten dat in ziekenhuisapotheken bereid wordt, verschilt met dat van openbare apotheken en is meer gericht op patiënten in het ziekenhuis en poliklinische patiënten. Denk bij deze producten bijvoorbeeld aan cytostatica t.b.v. chemotherapie, antivirale behandeling thuis, ampullen voor lokale verdoving of aan voedingen die intraveneus worden toegediend.

De Stichting Farmaceutische Kerngetallen heeft cijfers over het aantal verstrekte bereidingen in openbare apotheken in Nederland. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in twee soorten bereidingen.

- (1) Doorgeleverde bereidingen (DB) zijn een productgroep met artikelen die apothekers bij een collega bereidende apotheek kan bestellen. Vrijwel alle Nederlandse openbare apotheken verstrekten in 2020 zo'n product, gemiddeld 3.000 per apotheek.
- (2) Magistrale receptuur (MR): Geneesmiddelen die in een apotheek bereid worden, kunnen bereid worden op basis van een recept. Hiervan zijn er in 2020 ongeveer 1.400 apotheken die zo'n product verstrekten. Binnen de groep MR verstrekten apothekers in 2020 het vaakst colecalciferol in drankvorm, ongeveer 7.000 keer.

12. Wat zijn de knelpunten voor apothekers als ze zelf medicijnen willen bereiden? Kunt u deze knelpunten oplossen of hoe kunt u apothekers faciliteren met zelfbereiding?

#### Antwoord 12

---

<sup>4</sup> [Brancherapport-Apotheken-2022.pdf\\_tcm16-159727.pdf \(abnamro.nl\)](#)

Op het moment dat er sprake is van een kritisch tekort van geregistreerde geneesmiddelen, wordt in overleg met het veld bekeken of bereiden van geneesmiddelen in apotheken een oplossingsrichting kan zijn. Helaas blijkt dit niet altijd mogelijk.

Het is belangrijk dat deze geneesmiddelen van goede kwaliteit zijn.

Apothekers moeten daarom voldoen aan wettelijke kwaliteitseisen, waaronder het gebruiken van grondstoffen die voldoen aan de eisen uit de Europese farmacopee en de richtlijnen voor apotheekbereidingen van de beroepsgroep. Verder zijn niet alle geneesmiddelen door apothekers makkelijk zelf te bereiden door een ingewikkeld productieproces of vanwege een niet beschikbare werkzame stof. Ook kan het lang duren voordat een productieproces is opgestart.

13. Welke stappen zijn tot nu toe ondernomen om meer medicijnproductie in Nederland te laten plaatsvinden?

Antwoord 13

Het stimuleren van de medicijnproductie in de Europese Unie, waaronder in Nederland, is een onderdeel van mijn beleidsaanpak om structureel de leveringszekerheid van medische producten te versterken. Het versterken van de leveringszekerheid is ook een belangrijk onderdeel van mijn beleidsagenda pandemische paraatheid. Ik vind het hierbij belangrijk te benoemen dat het de sector is die medicijnen produceert en dus niet de overheid.

Nationaal heb ik dit jaar onderzoeken uitgezet naar de kwetsbaarheden in de productie- en distributieketen, en naar welke instrumenten er zijn om (opschaalbare) productie dicht bij huis te stimuleren. Ik zal uw Kamer dit najaar informeren over de resultaten van deze onderzoeken. Verder heeft het ministerie van VWS, met steun van het ministerie van EZK, het PharmaNL-voorstel ingediend dat in de tweede ronde van het nationaal groeifonds gehonoreerd is<sup>5</sup>. Deze ziet mede op het stimuleren van medicijnontwikkeling en productie op de Nederlandse bodem door het benutten van innovatieve farmaceutische producten en productietechnologieën. Deze inzet is ook in lijn met het kabinetsbeleid voor het verbeteren van het vestigings- en innovatieklimaat voor ontwikkeling en productie in het Life Sciences and Health (LSH)-ecosysteem. Europees zet ik mij in op het participeren van Nederlandse bedrijven en kennisinstellingen in het initiatief IPCEI Health. IPCEI Health heeft als doel dat meer medische producten in Europa worden geproduceerd en relevante productietechnologieën beschikbaar komen in Europa<sup>6</sup>. Dit zal bijdragen aan het intensiveren van de (internationale) samenwerking voor productie in de LSH-sector.

Ook heb ik een actieve inbreng bij de oprichting van de Europese gezondheids crisisorganisatie (HERA). HERA heeft de opdracht om de ontwikkeling, productie, aanschaf en eerlijke verdeling van crisis-relevante medische tegenmaatregelen binnen de EU te organiseren. HERA zet hiertoe ook een netwerk op van productiecapaciteit voor vaccins en therapieën in de EU (EU FAB).

---

<sup>5</sup> [PharmaNL | Projecten ronde 2 | Nationaal Groeifonds](#)

<sup>6</sup> Kamerstuk 32637, nr.493