Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2025–2026 **Aanhangsel van de Handelingen**

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2952

Vragen van het lid **Bushoff** (GroenLinks-PvdA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de verkoop van niet-preferente geneesmiddelen* (ingezonden 22 april 2026).

Antwoord van Minister **Hermans** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 7 september 2026). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2025–2026, nr. 1868.

Vraag 1
Op welke wettelijke bepaling, regelgeving of contractuele afspraak baseerde u uw uitspraak tijdens het commissiedebat Eerstelijnszorg op 1 april 2026 dat apotheken gedurende zes weken een niet-preferent middel mogen blijven afleveren nadat het preferente middel na een tekort weer beschikbaar is?

Antwoord 1
Tijdens het commissiedebat Eerstelijnszorg op 1 april 2026 heb ik aangegeven dat alternatieve geneesmiddelen nog enkele weken, maximaal zes, ter hand gesteld kunnen worden nadat het preferente geneesmiddel weer beschikbaar is. De termijn die ik noemde, kwam destijds voort uit navraag bij één van de grote zorgverzekeraars die bij een nalevingscontrole op preferentiebeleid een termijn hanteerde van twee weken vóór en vier weken na een door de zorgverzekeraar vastgesteld tekort waarin apothekers vrij waren om óók niet preferente middelen vergoed aan hun patiënten mee te geven. Mijn beantwoording was dus niet gestoeld op een wettelijke bepaling of regelgeving, maar ging in op een contractuele afspraak tussen een van de grote zorgverzekeraars en apothekers.
Naar aanleiding van de vraag van lid Bushoff (PRO) tijdens het tweeminutendebat Eerstelijnszorg en deze set Kamervragen heeft het kabinet aanvullend navraag gedaan bij Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en haar achterban. Ten algemene geldt dat de vergoeding van alternatieve middelen tijdens een tekort van een preferent middel individueel beleid van de zorgverzekeraar is. Er bestaat dus variatie tussen zorgverzekeraars, maar zij geven aan altijd te handelen vanuit redelijkheid en billijkheid. De afspraken hierover liggen vast in de contracten tussen zorgverzekeraars en apothekers. Ook blijkt uit de navraag dat de termijn van zes weken die ik tijdens het debat noemde ook bij enkele andere grote zorgverzekeraars wordt gehanteerd, en soms ruimer is. In het antwoord op vraag 3 gaat het kabinet op basis van deze aanvullende navraag nader in op de regels voor verkoop en vergoedingen wanneer

ah-tk-20252026-2952
ISSN 0921 - 7398
's-Gravenhage 2026

preferente middelen na een periode van tekorten weer leverbaar zijn en hoe de zorgverzekeraars hiermee omgaan.

Vraag 2
Wat zijn de huidige regels en wettelijke bepalingen voor de vergoedingen en verstrekkingen van geneesmiddelen binnen het preferentiebeleid?

Antwoord 2
De huidige regels ten aanzien van het preferentiebeleid zijn vastgelegd in artikel 2.8 van het Besluit Zorgverzekering.[1] Daarnaast gelden er veldafspraken, zoals de afspraken die zijn vastgelegd in de Leidraad Verantwoord Wisselen Medicijnen[2], de afspraken van de Taakgroep Preferentiebeleid[3] en de afspraken in het AZWA om de beschikbaarheid van geneesmiddelen te verbeteren. Binnen de kaders die regelgeving en veldafspraken bieden, hebben zorgverzekeraars de ruimte om naar eigen inzicht invulling te geven aan het preferentiebeleid. Hierbij geldt uiteraard de zorgplicht die zorgverzekeraars voor hun verzekerden hebben.

Vraag 3
Wat zijn daarbij specifiek de regels voor verkoop en vergoedingen wanneer preferente middelen na een periode van tekorten weer leverbaar zijn? Wat betekent dit voor de verkoop en vergoedingen van niet-preferente middelen?

Antwoord 3
Zolang zorgverzekeraars zich houden aan artikel 2.8 van het Besluit Zorgverzekering en genoemde veldafspraken, kunnen zorgverzekeraars naar eigen inzicht invulling geven aan het preferentiebeleid. Dit geldt ook voor de afspraken die zij in de zorgcontractering met apotheken maken over de verkoop en vergoedingen wanneer preferent aangewezen middelen na een periode van tekorten weer leverbaar zijn.
Zoals bij het antwoord op vraag 1 aangegeven heeft het kabinet ZN gevraagd om bij haar achterban na te gaan hoe zorgverzekeraars hier in de praktijk mee omgaan. Wanneer er sprake is van een tekort aan een preferent aangewezen middel passen zorgverzekeraars in de praktijk twee mogelijkheden toe. Een zorgverzekeraar kan ervoor kiezen een ander middel als preferent aan te wijzen of een cluster van geneesmiddelen volledig open te zetten. In die laatste situatie zijn apothekers (tijdelijk) vrij om andere producten uit dat cluster vergoed af te leveren aan hun patiënten. Hoe zorgverzekeraars binnen deze twee mogelijkheden de middelen vergoeden aan apothekers verschilt per zorgverzekeraar. De afspraken hierover zijn onderdeel van de contractering tussen zorgverzekeraars en apothekers.
ZN laat weten dat zorgverzekeraars ernaar streven om redelijk en billijk om te gaan met apothekers wanneer een preferent aangewezen middel niet beschikbaar is. Het kabinet constateert echter wel dat er geen uniformiteit is in deze aanpak en dat niet iedere aanpak vanuit de ervaring van de apotheek even goed werkt. Koepels van apothekers, apotheekhoudende huisartsen, zorgverzekeraars, groothandels en leveranciers werken binnen het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) aan uniforme afspraken over de uitverkoop- en/of vergoedingstermijn van producten bij wisseling van preferent middel. Het kabinet vindt het belangrijk dat deze afspraken gemaakt worden.

Vraag 4
Klopt het dat niet-preferente middelen niet meer verstrekt mogen worden wanneer het preferente middel weer beschikbaar is of slechts tegen de laagste prijsgarantie (LPG) worden vergoed?

Antwoord 4
Het verschilt per zorgverzekeraar en per situatie of dit klopt. Hoe de afrekening tussen apotheek en zorgverzekeraar tijdens en na een tekort van een preferent geneesmiddel verloopt, is opgenomen in de contractafspraken

---

[1] Artikel 2.8 Besluit zorgverzekering.
[2] Leidraad Verantwoord Wisselen | KNMP
[3] Beschreven in Werken aan het Preferentiebeleid, bijlage bij Kamerstuk 29 477 nr. 939.

tussen zorgverzekeraars en apotheken. Uit de navraag die ZN bij haar leden heeft gedaan blijkt dat dit per situatie en per zorgverzekeraar verschilt. Allereerst geldt ten algemene dat zorgverzekeraars naast LPG vaak LPG + bandbreedte hanteren, waarin boven de «laagste prijs» een bandbreedte wordt gehanteerd. Bij tekorten wordt vaak helemaal geen (vorm van) LPG gehanteerd. Daarnaast zijn er zorgverzekeraars die een coulanceperiode hanteren, gedurende welke periode niet-preferente middelen nog verstrekt mogen worden. Tot slot speelt nog mee dat in artikel 2.8 Besluit Zorgverzekering de uitzondering van medische noodzaak is opgenomen. In het geval van medische noodzaak wordt ook een niet-aangewezen middel volledig door de zorgverzekeraar vergoed.

Vraag 5
Klopt het dat aflevering van niet-preferentie middelen negatief meetelt in de preferentiegraad van apotheken en invloed heeft op de contractonderhandelingen voor het volgende jaar?

Antwoord 5
Zorgverzekeraars maken tijdens de zorgcontractering afspraken met apotheken over het preferentiebeleid. Hoe de preferentiegraad daarin wordt meegenomen verschilt per zorgverzekeraar. De zorgverzekeraars die reageerden op de navraag van ZN gaven aan rekening te houden met de marktomstandigheden bij het beoordelen van de zogenaamde preferentie-compliance van apotheken – de periode rondom een tekort werd door hen niet meegenomen bij het bepalen van de preferentiegraad. Ook wordt er door zorgverzekeraars gekeken naar het marktgemiddelde, met andere woorden, hoe is de preferentie-compliance van een apotheek ten opzichte van een benchmark. Tot slot gaven de twee zorgverzekeraars aan de preferentiegraad niet te betrekken bij de zorginkoop voor het volgende jaar, danwel als onderdeel van een bredere set indicatoren. Overigens geldt ook hier dat het aan iedere zorgverzekeraar is om hier eigen beleid op te maken.

Vraag 6
Klopt het dat de enige coulanceregelingen rondom het preferentiebeleid gelden rondom de jaarwisseling en bij geplande grote preferentiewissels, en dat dit slechts bij een beperkt aantal zorgverzekeraars geldt?

Antwoord 6
Dat klopt niet volledig. Er zijn ook (coulance)regelingen specifiek voor geneesmiddelen die uit het buitenland geïmporteerd zijn onder een vrijstelling van de IGJ en er zijn zorgverzekeraars die (vormen van) coulance geven rondom tekorten, ook gedurende het jaar. Wat wel klopt is dat apotheken aangeven dat het ontbreken van uniforme afspraken hierover voor hen een groot knelpunt is, zeker in het geval van een tekort aan een preferent middel. Het kabinet hecht dan ook veel belang aan de inzet van partijen om tot goede afspraken te komen.

Vraag 7
Deelt u de opvatting dat dit beleid leidt tot medicijnenverspilling in tijden van schaarste en financiële risico's voor apothekers, die niet-preferente middelen op de plank (moeten) laten liggen?

Antwoord 7
Er zijn op dit moment geen goede, onafhankelijke gegevens over de effecten van het preferentiebeleid op medicijnverspilling of de financiële situatie van apothekers op basis waarvan het kabinet daar een oordeel over te geven. Op verzoek van de Kamer laat het kabinet een onafhankelijke evaluatie van het preferentiebeleid uitvoeren. In deze kosten-baten analyse worden ook de effecten van het preferentiebeleid op de apotheek meegenomen. Het kabinet verwacht de Kamer dit najaar het rapport vergezeld van een beleidsreactie toe te zenden.

Vraag 8
Deelt u de mening dat de huidige situatie meer ruimte vraagt om de risico's en verspilling aan te pakken?

Antwoord 8
Het kabinet werkt zoals gezegd aan een onafhankelijke evaluatie van het huidige preferentiebeleid en de toepassing daarvan, zoals bij motie van de Kamer verzocht. Het kabinet wacht deze evaluatie af voordat eventuele maatregelen worden genomen.

Vraag 9
Hoe kijkt u naar de mogelijkheid om apotheken bij de (terug)komst van een preferent aangewezen geneesmiddel meer tijd te geven om de bestaande voorraad van het niet-preferente middel uit te verkopen? Hoe beziet u hierbij de mogelijkheid tot het invoeren van een uitverkooptermijn van niet-preferente middelen na een tekortperiode?

Antwoord 9
Het staat zorgverzekeraars en apothekers vrij om in de contractering of in de vorm van veldafspraken afspraken hierover te maken. Vanuit de overheid zijn daar geen belemmeringen voor. Daarnaast werken veldpartijen, waaronder zorgverzekeraars en apotheken, in het kader van het AZWA bijvoorbeeld aan uniforme afspraken over de uitverkoop- en/of vergoedingstermijn van producten bij wisseling van preferent product. Het kabinet juicht dat toe, net als alle andere initiatieven van stakeholders om de beschikbaarheid van geneesmiddelen te bevorderen en de negatieve effecten van geneesmiddelentekorten te minimaliseren.