

29 477 Geneesmiddelenbeleid

Nr. 949 Brief van de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 september 2025

Bij deze update ik uw Kamer graag over de voortgang op een aantal acties ter verbetering van de beschikbaarheid van geneesmiddelen voor het commissiedebat Hulp- en Geneesmiddelenbeleid van 1 oktober 2025. Tevens beantwoord ik de vraag van het lid Slagt-Tichelman uit het debat Publieke Gezondheidszorg van 10 september 2025 over de informatievoorziening aan patiënten bij medische technologie en ga ik kort in op de stand van zaken van het programma Medicatieoverdracht.

Extra voorraden van kritieke geneesmiddelen

In juni 2025¹ kondigde mijn voorganger aan om één maand extra voorraad aan te leggen van geneesmiddelen uit de rode en oranje categorie van de Nederlandse lijst kritieke geneesmiddelen 2025 met een openbare apotheekinkoopprijs (AIP) onder € 15². Ook kondigde zij aan dat deze extra voorraad opgebouwd zou worden bij de volgesorteerde groothandels met een uitbreiding van de huidige subsidie die aan de groothandels is verstrekt voor de extra voorraad van essentiële antibiotica en salbutamol.

Uit mijn gesprekken met de volgesorteerde groothandels en mijn eigen data-analyses is gebleken dat het aanleggen van de extra voorraden van kritieke geneesmiddelen iets duurder is dan eerder gedacht. Ik moet daarin scherpe keuzes maken. Daarom heb ik besloten om 4 weken extra voorraad aan te laten leggen van geneesmiddelen van de rode categorie van de Nederlandse lijst kritieke geneesmiddelen, en 3 weken van geneesmiddelen uit de

¹ Kamerstukken 2024-2025, 29477, nr. 939

² Deze grens is gekozen vanwege twee redenen: 1) er zijn 3 keer zo weinig tekorten van geneesmiddelen met een AIP boven € 15 dan van geneesmiddelen met een AIP onder € 15, en 2) geneesmiddelen met een AIP boven € 15 zijn duurder om in te kopen en op voorraad te hebben liggen. Door deze groep geneesmiddelen te excluderen, wordt het beschikbare geld doelmatiger ingezet.

oranje categorie. Voor beide categorieën neem ik alleen de geneesmiddelen met een AIP onder € 15

mee in de extra voorraad. Voor het aanleggen van deze voorraden hebben de volgesorteerde groothandels inmiddels een herzieningsaanvraag voor de huidige subsidie ingediend. Deze behandel ik met grote prioriteit.

Met het aanleggen van deze extra voorraad zien de voorraden van Nederland er straks als volgt uit:

- Een reguliere voorraadverplichting:
 - o 6 weken voor vrijwel alle geneesmiddelen bij de leveranciers
 - o 2 weken voor vrijwel alle geneesmiddelen met een AIP onder € 15 bij de groothandels
- Een extra voorraad, boven op de reguliere voorraadverplichting:
 - o 4 weken voor essentiële antibiotica en salbutamol aerosolen bij de volgesorteerde groothandels
 - o 4 weken voor geneesmiddelen uit de rode categorie van de Nederlandse lijst kritieke geneesmiddelen 2025 met een AIP onder € 15 bij de volgesorteerde groothandels³
 - o 3 weken voor geneesmiddelen uit de oranje categorie van de Nederlandse lijst kritieke geneesmiddelen 2025 met een AIP onder € 15 bij de volgesorteerde groothandels³

Ik verwacht dat in de loop van 2026 het gewenste voorraadpeil voor de extra voorraad kritieke geneesmiddelen bereikt zal worden.

Publicatie van meldingen van leveringsonderbrekingen

Mijn voorganger heeft uw Kamer in juni 2025⁴ geïnformeerd over het openbaar maken van meldingen van leveringsonderbrekingen van handelsvergunninghouders. Zij gaf toen aan dit mogelijk te willen maken door een nationale wettelijke grondslag te creëren, vooruitlopend op de herziening van de Europese geneesmiddelenwetgeving. Bij deze informeer ik uw Kamer dat ik

³ Deze extra voorraad (zowel voor de rode als oranje categorie) geldt alleen voor de geneesmiddelen die niet al onder de subsidie vallen voor de 4 weken extra voorraad van essentiële antibiotica en salbutamol aerosolen.

⁴ Kamerstukken 2024-2025, 29477, nr. 939

dit nationale wetstraject pauzeer en deze grondslag zal creëren door uitvoering te geven aan de Europese geneesmiddelenwetgeving die nu wordt herzien.

De verplichting om gegevens over tekorten aan geneesmiddelen te publiceren is onderdeel van de herziening van de Europese geneesmiddelenwetgeving. De trilogie⁵ van de herziening van de geneesmiddelenwetgeving worden waarschijnlijk eind dit jaar afgerond. Ondanks dat het onderhandelingsresultaat van de herziening op dit moment nog onzeker is, vertrouw ik erop dat de verplichting tot het openbaar maken van gegevens over geneesmiddelentekorten in de uiteindelijke wettekst van de EU-verordening zal belanden. Hier is namelijk een sterke wens voor vanuit de Europese Commissie, de lidstaten en het Europees Parlement.

Om straks goed uitvoering te geven aan deze verplichting uit de Europese verordening, is ook aanpassing van de nationale geneesmiddelenwetgeving nodig. Het zal naar verwachting – afhankelijk van het onderhandelingsresultaat – anderhalf tot drie jaar duren voordat de nieuwe EU-wetgeving in Nederland van toepassing is. Het creëren van een aparte nationale wettelijke grondslag neemt ook ongeveer anderhalf tot twee jaar in beslag. Ik wil voorkomen dat twee aparte trajecten (Europees en nationaal) over hetzelfde onderwerp worden uitgevoerd. Dit is inefficiënt, voor zowel overheidspartijen als het veld. Ook wil ik graag direct goed aansluiten bij de in Europa bepaalde kaders. Om die reden heb ik besloten om het nationale traject te pauzeren. Ik houd uw Kamer op de hoogte van dit traject in mijn periodieke voortgangsbrieven over de beschikbaarheid van geneesmiddelen.

Motie Thiadens over een onafhankelijk instituut voor data over medicijntekorten

Uw Kamer heeft mijn voorganger per motie van het Kamerlid Thiadens (PVV)⁶ verzocht om met zorgverzekeraars, leveranciers van geneesmiddelen en apotheken in gesprek te gaan over een onafhankelijk instituut voor het delen van data rondom

⁵ De onderhandelingsfase tussen de Raad van de Europese Unie, het Europees Parlement en de Europese Commissie

⁶ [Kamerstuk 36725-XVI-32](#)

geneesmiddelentekorten. Ik informeer u in deze brief hoe ik uitvoering wil geven aan deze motie.

Er is op dit moment geen eenduidig overzicht waar alle data rondom geneesmiddelentekorten samenkomen. Mijn voorganger is hier eerder in antwoorden op vragen van uw Kamer ook al uitgebreid op ingegaan.⁷ Om een paar voorbeelden te noemen:

- KNMP Farmanco publiceert tekorten die gemeld zijn door de openbare apotheek;
- Het Meldpunt geneesmiddelentekorten en -defecten rapporteert onder andere over het aantal afgegeven tekortenbesluiten, toestemmingen voor tijdelijk afwijkende verpakkingen en ontvangen meldingen van leveringsonderbrekingen;
- De Stichting Farmaceutische Kengetallen houdt een monitor bij van leveringsonderbrekingen van preferente geneesmiddelen vanuit de volgesorteerde groothandels.

Al deze bronnen geven inzicht in een stukje van de beschikbaarheidsproblematiek, maar geen van allen hebben ze het complete plaatje.

Juiste, complete en actuele data over een geneesmiddelentekort zijn nodig om weloverwogen beslissingen te kunnen nemen. Zo zijn er misschien geen aanvullende besparende maatregelen nodig als op tijd duidelijk is dat er nog voldoende voorraad ligt bij (bijvoorbeeld) groothandels. Of kunnen zorgverzekeraars tijdig afspraken maken over vergoeding van alternatieven als duidelijk is welke leveringsonderbrekingen van leveranciers gaan leiden tot een tekort.

Deze maatregelen worden nu al genomen op basis van de best beschikbare data, maar ik merk uit het veld dat er ruimte is voor verbetering. Ook voor mijzelf zou een compleet beeld van data van grote meerwaarde zijn: het zou mij in staat stellen om beter te evalueren wat het effect is van mijn beleidsinstrumenten, en waar deze eventueel verbeterd kunnen worden. Om daar een eerste stap in te zetten heb ik met veldpartijen binnen het Aanvullend Zorg- en

⁷ [Kamerstuk 36740-XVI-7](#)

Welzijnsakkoord (AZWA) de afspraak gemaakt om data-uitwisseling tijdens geneesmiddelentekorten te versnellen en verbeteren⁸.

Maar ik zie en hoor dat er op dit gebied meer nodig is om de beschikbaarheidsproblematiek structureel aan te pakken, zoals uw Kamer in de motie ook verzoekt. Dit probleem speelt niet alleen in Nederland, maar ook in de rest van Europa, zo blijkt onder andere uit een recent verschenen onderzoek van de Europese rekenkamer⁹. Daarom ga ik met partijen in gesprek om te onderzoeken hoe we de data-uitwisseling rondom de beschikbaarheid van geneesmiddelen structureel kunnen verbeteren. Een onafhankelijke derde partij kan hierbij wel één van de te verkennen oplossingen zijn. Ik merk voor de volledigheid wel op dat er rondom het delen van data veel verschillende (commerciële) belangen zijn. Dit zijn dus geen gemakkelijke discussies, en ik kan geen garanties geven over de manier waarop dit vorm gaat krijgen. Maar ik verwacht, gezien het belang van dit onderwerp, wel een constructieve houding van alle partijen. Ik houd uw Kamer op de hoogte op deze onderwerpen in mijn periodieke voortgangsbrieven over de beschikbaarheid van geneesmiddelen.

Vraag lid Slagt-Tichelman over de informatievoorziening bij nieuwe medische hulpmiddelen

In het commissiedebat publieke gezondheid van 10 september 2025 stelde het lid Slagt-Tichelman (GL-PvdA) mij de vraag hoe de informatievoorziening geborgd is bij nieuw op de markt te verschijnen medische hulpmiddelen. Zij verwees hierbij specifiek naar koperspiralen (anticonceptiemiddel).

Zoals eerder met uw Kamer gedeeld naar aanleiding van vragen van het lid Slagt-Tichelman (GL-PvdA), moeten medische hulpmiddelen zoals koperspiralen voldoen aan strenge kwaliteits- en veiligheidseisen.¹⁰ Deze eisen zijn vastgelegd in Europese wetgeving. Onderdeel hiervan is ook dat de informatievoorziening over deze hulpmiddelen transparant en betrouwbaar moet zijn. Zo worden er vanuit de Medical Device Regulation (MDR) eisen gesteld aan fabrikanten over het goed informeren van zorgverleners over

⁸ [Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

⁹ [NEWS-SR-2025-19 | European Court of Auditors](#)

¹⁰ Aanhangsel Handelingen II 2024/25, nr. 1921.

hun producten en hen te trainen op de veilige toepassing daarvan. Fabrikanten moeten ervoor zorgen dat de gebruiksaanwijzing (IFU) voldoet aan eisen die de MDR stelt. De gebruikersaanwijzing bevatten naast instructies voor het gebruik, ook informatie over mogelijke bijwerkingen, de indicaties en contra-indicaties en risico's en waarschuwingen. Deze informatie is zowel bedoeld voor de zorgverlener als voor de patiënt.

De rol van de zorgverlener is heel belangrijk in de informatievoorziening. Daarvoor is er een NHG Standaard voor anticonceptie, met daarin instructies voor hoe artsen het gesprek moeten voeren met patiënten. Deze standaard wordt niet alleen gebruikt door huisartsen maar ook door gynaecologen. Verder is er ook een 'keuzekaart' op thuisarts.nl van NHG en de Patiëntenfederatie Nederland die helpt bij de informatievoorziening en keuzes.

Ik verwacht dat al deze middelen een bijdrage leveren aan de informatievoorziening, zodat een patiënt samen met de behandelend arts een goede afweging kan maken welke anticonceptie passend is.

Stand van zaken programma Medicatieoverdracht

Gezien de recente aandacht voor medicatieoverdracht, met de ingediende mondelinge vraag van het lid Bushoff op 2 september 2025 en de opmerkingen van het lid Paulusma tijdens het tweeminutendebat Digitale ontwikkelingen in de zorg op 4 september 2025, ga ik kort in op de stand van zaken van het programma Medicatieoverdracht.

Ik vind het net als u belangrijk dat alle zorgverleners en patiënten zo snel als mogelijk de beschikking krijgen over een compleet en actueel elektronisch medicatieoverzicht. Met het programma Medicatieoverdracht werk ik hier hard aan op door (a) zorgprocessen rond medicatie in verschillende zorgsectoren op elkaar af te stemmen, en (b) te zorgen dat zorginformatiesystemen met elkaar gegevens kunnen uitwisselen.

Dit doe ik samen met negen zorgsectoren (ggz, gehandicaptenzorg, huisartsenzorg, medisch specialistische zorg, mondzorg, publieke

gezondheid, openbare farmacie, trombosezorg, VVT) én patiëntenorganisaties. Per sector zijn alle relevante koepels en brancheorganisaties aangesloten. Elke sector betreft zowel de zorgaanbieders als de softwareleveranciers.

Eind 2025 verwacht ik de eerste resultaten van de implementatie in de zogenoemde kickstartregio's Rijnmond en Friesland. De eerste zorgaanbieders gebruiken dan de nieuwe informatiestandaard Medicatieproces 9 voor het uitwisselen van medicatiegegevens. Aan de hand van deze eerste praktijkervaring worden de informatiestandaard en de werkprocessen doorontwikkeld. Zo snel als mogelijk en verantwoord wordt landelijk opgeschaald, zodat zorgverleners en patiënten de beschikking krijgen over een compleet en actueel elektronisch medicatieoverzicht.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J.A. Bruijn