

33 578 Eerstelijnszorg
29 477 Geneesmiddelenbeleid
Nr. 193 Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal
Den Haag, 17 juli 2026

Hierbij informeert het kabinet de Kamer over de stand van zaken van enkele toezeggingen rondom de eerstelijns apotheekzorg en geneesmiddelen. Voor elk van deze toezeggingen is een aparte passage opgenomen in deze brief.

De toezeggingen rondom terhandstellingskosten (paragraaf 1) en gewetensbezwaren (paragraaf 2) worden met deze brief afgedaan. Rondom heruitgifte van ongebruikte dure geneesmiddelen tegen kanker (paragraaf 3) wordt de Kamer geïnformeerd met de stand van zaken.

1. Terhandstellingskosten

Terhandstellingskosten omvatten de kosten voor de zorgverlening van de apotheek bij het klaarmaken en verstrekken van een medicijn: het werk van het apotheekteam. Dit zijn dus niet de kosten voor het medicijn zelf. Ze worden vergoed via de basisverzekering en tellen mee voor het eigen risico. In het debat over het Zorgverzekeringsstelsel op 10 juni jongstleden is toegezegd om een verduidelijking te geven van het terhandstellingstarief bij herhaalrecepten naar aanleiding van de aangehouden motie Bushoff.¹

1.1 Verduidelijking terhandstellingskosten

De uitgaven aan eerstelijns apotheekzorg bestaan uit de geneesmiddelenkosten (ongeveer 75%) en de vergoeding voor de farmaceutische zorg (ongeveer 25 procent). De vergoeding voor de farmaceutische zorg bestaat voor bijna 98% uit zorghandelingen die direct betrekking hebben op het verstrekken van geneesmiddelen, oftewel het terhandstellingstarief. De overige 2% gaat naar zorg die niet gerelateerd is aan een verstrekking.²

Het terhandstellingstarief omvat dus de kosten voor het klaarmaken van een medicijn. Dat is onder andere het beoordelen van het recept en het uitvoeren van medicatiebewaking. Medicatiebewaking houdt in dat de apotheker controleert of het medicijn veilig gebruikt kan worden, of de dosering klopt, of het middel past bij de patiënt en of het gecombineerd kan worden met de andere medicijnen van de patiënt. Dat vindt altijd plaats, ook bij herhaalrecepten. Soms is het nodig om te overleggen met de voorschrijver, omdat er iets in de situatie van een patiënt kan zijn veranderd. Vervolgens maakt het apotheekteam het recept klaar, legt het de gegevens vast in het patiëntendossier en wordt het meegegeven, aangeboden in een kluis of thuisbezorgd. Ook alle noodzakelijke randvoorwaarden om deze zorg te kunnen leveren, inclusief vaste lasten, worden verrekend via het terhandstellingstarief. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het waarborgen van de juiste bewaarcondities (zoals een koeling), het digitale systeem om medicatie-informatie te verwerken, en de salarissen van

¹ Kamerstukken II 2025/26, 29 282, nr. 647

² Data en feiten 2025. Stichting Farmaceutische Kengetallen

medewerkers van de apotheek. De apotheek voert bij het klaarmaken van een medicijn altijd bovenstaande zorghandelingen uit, moet aan alle randvoorwaarden voldoen en rekent daarvoor de terhandstellingskosten.

1.2 Terhandstellingskosten bij een eerste uitgifte

Als een patiënt een geneesmiddel voor het eerst krijgt dan is het terhandstellingstarief hoger, omdat er in de apotheek dan naast de bovengenoemde standaard zorghandelingen extra controles worden uitgevoerd en er een begeleidingsgesprek met de patiënt plaatsvindt.

Dit hogere tarief mag in rekening worden gebracht als:

- ☐ een patiënt het geneesmiddel voor het eerst krijgt;
- ☐ als het langer dan 12 maanden geleden is dat de patiënt dit geneesmiddel heeft ontvangen;
- ☐ als niet objectief vastgesteld kan worden of de patiënt het geneesmiddel eerder heeft ontvangen in de twaalf voorafgaande maanden.

Ook als er een medicatiewissel plaats vindt, omdat het gebruikelijke medicijn niet beschikbaar is, mag dit hogere tarief in rekening worden gebracht. Het is dan juist ook belangrijk dat de extra controles, zoals bij een eerste uitgifte, en extra uitleg als dat nodig is, door de apotheek worden gedaan en gegeven.

De volledige omschrijving van deze twee prestaties ('terhandstelling van een geneesmiddel' en 'terhandstelling van een nieuw geneesmiddel met begeleidingsgesprek') staan in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor farmaceutische zorg.³

1.3 Goed geïnformeerde patiënt

Ik heb navraag gedaan of het vaak voorkomt dat het hogere terhandstellingstarief wordt gerekend als herhaalmedicatie wordt verstrekt. De Patiëntenfederatie, de KNMP en Zorgverzekeraars Nederland hebben mij laten weten dat zij dit signaal niet herkennen. Het kabinet gaat er vanuit dat apothekers de zorgverlening die hoort bij de tarieven juist uitvoeren en declareren. Als een patiënt twijfelt of het juiste tarief in rekening is gebracht dan kan hij dit navragen bij de apotheek.

Ik kan me voorstellen dat het voor patiënten niet altijd bekend is welke zorg een apotheker allemaal verleent. Er gebeurt natuurlijk veel achter de schermen. Veel apothekers leggen al goed uit aan hun patiënten wat zij doen, toch kan het voor sommige mensen nog niet helemaal duidelijk zijn. Het kabinet heeft de KNMP daarom gevraagd om te kijken of er meer nodig is om hun zorgverlening duidelijker te maken aan patiënten.

2. Gewetensbezwaren

Op 19 mei jl. ging het tijdens het Vragenuur met de Kamer over de berichtgeving over een apotheker die bepaalde medicatie niet wil verstrekken, en daarover een mededeling op de website had staan. Daarin is toegezegd om schriftelijk terug te komen op de stand van zaken van de acties die toen zijn gemeld. Zoals destijds gezegd neemt de KNMP de kwestie zeer serieus en ze pakt dit goed en zorgvuldig

³ 'Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor farmaceutische zorg'.
wetten.overheid.nl/BWBR0046173/2023-12-29?g=2026-02-12&z=2026-02-12#Artikel5

op. Zo is de KNMP inmiddels in gesprek gegaan met de betrokken apotheker, en ook met diverse andere betrokken partijen. Omdat dit een ethisch vraagstuk betreft, gaan ze evenwel niet over een nacht ijs en vraagt dit tijd.

Niet alleen apothekers hebben een beroepscode, maar ook andere zorgverleners. Artsenfederatie KNMG besteedt in de Gedragscode voor artsen aandacht aan (de reikwijdte) van gewetensbezwaren. KNMP is daarom in contact met de KNMG over hoe zij invulling geven aan gewetensbezwaren en over hoe zij daarbij omgaan met normaal medisch handelen dat tot de professionele standaard hoort, en wat daar wel of niet onder valt. Het is belangrijk dat die ruimte duidelijk is voor alle zorgverleners, niet alleen voor apothekers. En hoe die ruimte zich verhoudt tot gelijkwaardige behandeling en het voorkomen van discriminatie.

De KNMP is ook in overleg met het Transgendernetwerk, voor de aspecten aan deze casus die transgenderzorg raken, om te kunnen verduidelijken in hoeverre het niet verstrekken van deze specifieke geneesmiddelen breder voorkomt. Er wordt namelijk niet geregistreerd of apothekers vanwege gewetensbezwaren bepaalde medicatie niet verstrekken. Het contact tussen de KNMP en het Transgendernetwerk biedt ook de kans om meer inzicht te krijgen in de impact: de vraag of er mensen zijn die vanwege gewetensbezwaren van hun apotheker geen toegang hebben tot noodzakelijke medicatie, en de transgenderzorg in de eerste lijn in bredere zin.

De uitkomst van deze gesprekken moet leiden tot een concrete vraagstelling die beantwoord wordt door de ethische commissie van de KNMP. De conclusie hiervan deelt de KNMP vervolgens breed binnen de beroepsvereniging van apothekers, en met het ministerie. Die conclusie bevat in ieder geval een verduidelijking van de beroepscode op dit punt. De KNMP verwacht dat zij dit traject voor de Kerst kunnen afronden.

Het ministerie van VWS blijft in het onderlinge contact vinger aan de pols houden. Want voor het kabinet staat niet ter discussie dat iedereen recht heeft op goede zorg. Een apotheker in Nederland is gebonden aan een strikte wettelijke zorgplicht, maar is niet verplicht altijd een geneesmiddel ter hand te stellen. Dit betekent dat een apotheker een patiënt niet zomaar met lege handen mag laten staan en altijd verantwoordelijk is voor een passend alternatief of een goede doorverwijzing. Ook als de betreffende apotheker bepaalde medicatie niet zelf kan of wil leveren.

3. Heruitgifte van ongebruikte dure geneesmiddelen tegen kanker

De afgelopen vijf jaar hebben 13 ziekenhuizen in Nederland onderzoek gedaan naar de heruitgifte van ongebruikte, dure geneesmiddelen tegen kanker (orale oncolytica).⁴ Dit onderzoek is 1 januari 2026 afgerond. Met heruitgifte kan een apotheek een ongebruikt en ongeopend geneesmiddel, dat al aan een patiënt is verstrekt, terugnemen en na controle opnieuw uitgeven. Het onderzoek heeft aangetoond dat heruitgifte van orale oncolytica veilig is, het geneesmiddelfal met 68% vermindert en tussen de € 570,- tot € 1350,- per patiënt per jaar aan zorgkosten bespaart.⁵

⁴ Kamerstukken II 2022–2023, 29 477, nr. 800

⁵ Smale EM et al. Cost savings and waste reduction through redispensing unused oral anticancer drugs: The ROAD study, JAMA Oncol 2024;10;(1):87-94

Met dit onderzoek als basis heeft Nederland zich ingespannen om een juridische grondslag voor heruitgifte te creëren tijdens de onderhandelingen over de herziening Europese geneesmiddelenregelgeving. Dat is gelukt. Heruitgifte is als mogelijkheid opgenomen in de nieuwe Europese Geneesmiddelenrichtlijn. Dit blijkt uit het voorlopig politiek akkoord.⁶ Nu zal Nederland deze nieuwe bepaling op zorgvuldige wijze implementeren in de nationale regelgeving, en dat kost tijd. 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 nationale regelgeving. Daarom kiest het kabinet ervoor om een vervolgonderzoek toe te staan, tot aan de implementatie in nationale regelgeving. De 13 ziekenhuizen⁷ die betrokken waren bij het eerdere onderzoek kunnen aan dit vervolgonderzoek deelnemen. De resultaten van dit onderzoek helpen bij het vormgeven van de nieuwe nationale regelgeving.

In de toegezegde brief⁶ over de resultaten van de financiële impactanalyse zal het kabinet verder ingaan op het implementatietraject van de Europese regelgeving in nationale regelgeving, waaronder ook heruitgifte.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
S.T.M. Hermans

⁶ Kamerstukken 2025-2026, 29 477, nr. 968

⁷ Zeven Universitaire Medische Centra: Amsterdam Universitair Medisch Centrum, Erasmus Medisch Centrum, Leids Universitair Medisch Centrum, Maastricht Universitair Medisch Centrum, Radboud Universitair Medisch Centrum, Universitair Medisch Centrum Groningen, Universitair Medisch Centrum Utrecht; en zes regionale ziekenhuizen: Bravis Ziekenhuis, HagaZiekenhuis, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Rijnstate, Slingeland Ziekenhuis, St. Antonius Ziekenhuis.