

31 765 **Kwaliteit van zorg**

31 865 **Verbetering verantwoording en begroting**

Nr. 984 **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK
OVERLEG**

Vastgesteld 9 juni 2026

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 10 maart 2026 inzake CW3.1 kaders voor AZWA-onderdelen (Kamerstuk 31 765, nr. 973).

De vragen en opmerkingen zijn op 20 april 2026 aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 9 juni 2026 zijn de vragen door de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

**Vragen en opmerkingen van de leden van de
50PLUS-fractie**

**Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep
Markuszower**

II. Reactie van de minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de CW3.1 kaders voor de AZWA-onderdelen. Daartoe hebben deze leden een aantal vragen.

In het Aanvullend Zorg- en Welzijnakkoord (AZWA) is het transformatiedoel geformuleerd om (gelijkwaardige) toegang tot de zorg te bevorderen. Een van de meest dringende opgaven daarbij is de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) verbeteren, onder andere door het schrappen van de exclusiecriteria bij GGZ-aanbieders. De leden van de D66-fractie achten dit van groot belang, om ervoor te zorgen dat passende zorg ook beschikbaar wordt voor de mensen die daar nu tussen wal en schip vallen. Daartoe vragen de leden van de D66-fractie de minister hoe het hier nu mee staat, en of zij de Kamer kan informeren over de voortgang.

Daarnaast, in het kader van gelijkwaardige toegang tot zorg bevorderen, hebben deze leden verdere vragen over de opschoning van en inzicht in de wachtlijsten. Het streven was om het schonen van de huidige wachtlijsten en meer inzicht in de wachtlijsten in Q1 van 2026 af te ronden. Daartoe vragen de leden van de D66-fractie wat hier de huidige stand van zaken van is. Is er daadwerkelijk beter zicht in de wachtlijsten? Zijn de zorgverzekeraars hierdoor momenteel al beter in staat om zorg gericht in te kopen? Zijn er hierdoor al minderingen in de wachtlijsten te zien, specifiek voor de mensen die wachten op complexe GGZ?

De leden van de D66-fractie hebben ook kennisgenomen van het kader op doorbraakmiddelen. Deze leden vragen op welke manier wordt samengewerkt met de staatsecretaris voor Digitale Economie en Soevereiniteit om effectiviteit, soevereiniteit en veiligheid van deze initiatieven te waarborgen. In het bijzonder vragen deze leden om een reflectie op hoe afhankelijkheid van specifieke aanbieders wordt meegenomen in deze beleidsontwikkeling.

In het kader over regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden (RESV's) lezen de leden van de D66-fractie het doel over het ondersteunen van

hechte wijkverbanden. Hoe verhoudt dit doel zich tot de doelen uit het coalitieakkoord op het versterken van wijken en buurten? Op welke manier kan het kader over de RESV's ook aan deze doelstelling uit het coalitieakkoord bijdragen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de CW3.1 kaders voor AZWA-onderdelen en hebben geen verdere vragen of opmerkingen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de minister CW3.1 kaders voor AZWA-onderdelen. Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat er oplopend tot € 50 miljoen beschikbaar wordt gesteld voor het voorkomen van fraude in de zorg. Kan nader worden toegelicht waar dit voor wordt ingezet? Hoeveel financiële middelen zijn er naar verwachting nodig om het volledige bedrag van € 10 miljard fraude in de zorg tegen te gaan? Kan in een tabel worden weergegeven wat er naar verwachting per jaar aan fraude kan worden voorkomen of teruggevorderd?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie willen graag een toelichting van de minister hoe de twee afspraken D5 en D6 er in de praktijk uit gaan zien.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat er € 35 miljoen wordt vrijgemaakt voor het opschalen van het aantal IC-bedden. Hoe groot is het tekort van het aantal IC-bedden? Hoeveel zit het aantal bedden verwijderd van het streven van 1150 bedden? Hoeveel kost het beschikbaar stellen van een gemiddeld IC-bed? Hoeveel geld is er dan nodig om het streven van 1150 bedden te halen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister over de CW3.1 kaders voor AZWA-onderdelen. Naar aanleiding hiervan hebben deze leden nog enkele vragen en opmerkingen.

Naar aanleiding van het kader Medische preventie. De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van het CW3.1 kader voor AZWA-onderdelen. Zij constateren dat voor 2027 en 2028 telkens € 45 miljoen uit het Zvw-kader wordt gereserveerd voor maatregelen op het gebied van medische preventie, maar dat nog niet duidelijk is welke concrete maatregelen daaruit zullen worden bekostigd, welke beleidsinstrumenten worden ingezet en op basis van welke harde criteria keuzes worden gemaakt.

Deze leden lezen dat potentiële maatregelen nog nader moeten worden onderbouwd voordat deze structureel met Zvw-middelen kunnen worden bekostigd. Ook staat vermeld dat de financiële gevolgen voor maatschappelijke sectoren nog onbekend zijn en dat er nog geen evaluaties bekend zijn. De leden van de PVV-fractie vragen de minister daarom welke concrete maatregelen thans op de ontwikkelagenda staan, op basis van welke criteria deze zijn geselecteerd en wanneer de Kamer daar inhoudelijk over wordt geïnformeerd.

Voorts vragen deze leden de minister hoe wordt voorkomen dat geld voor medische preventie wordt gereserveerd zonder dat vooraf voldoende duidelijk is wat de daadwerkelijke gezondheidswinst, de besparing in het Zvw-kader en de uitvoerbaarheid zijn. Deze leden vragen de minister per voorgenomen maatregel inzichtelijk te maken welke verwachte gezondheidswinst, welke kosten en welke terugverdieneffecten worden voorzien.

Ook vragen de leden van de PVV-fractie waarom al middelen worden gereserveerd terwijl de evaluatieparagraaf expliciet vermeldt dat er nog geen evaluaties bekend zijn. Deze leden vragen hoe de Kamer in staat wordt gesteld haar controlerende taak uit te oefenen zolang concrete uitwerking, financiële effecten voor sectoren en toetsbare evaluatie-indicatoren nog ontbreken.

Naar aanleiding van het kader Aanpak zorgfraude. De leden van de PVV-fractie steunen een stevige aanpak van zorgfraude. Zorggeld is bedoeld voor zorg en niet voor fraudeurs, tussenpersonen of malafide aanbieders. Deze

leden lezen dat er vanaf 2027 oplopend structureel extra geld beschikbaar komt voor de aanpak van zorgfraude. Kan de minister concreet uiteenzetten hoe deze middelen per jaar zullen worden ingezet? Welk deel gaat naar toezicht, welk deel naar opsporing, welk deel naar handhaving en welk deel naar eventuele aanscherping van wet- en regelgeving? Kan de minister daarnaast per maatregelen een tijdspad schetsen?

Deze leden lezen daarnaast dat wordt ingezet op meer eenduidig beleid, basiseisen aan vergunningen en mogelijk een verbreding van de vergunningplicht. Kan de minister concreet maken wat zij hier precies onder verstaat? Welke maatregelen wil zij nemen om zorgfraude eerder te signaleren en sneller aan te pakken? Wordt daarbij ook gekeken naar strengere toelating aan de voorkant, zodat malafide zorgaanbieders niet eerst kunnen starten en pas veel later worden aangepakt?

De leden van de PVV-fractie vragen verder hoe straks wordt vastgesteld of deze extra investering ook echt effect heeft. Op welke manier wordt gemeten of sprake is van meer opgespoorde fraude, meer terugvorderingen, meer interventies en minder weglekkend zorggeld? Wanneer kan de Kamer de eerste concrete resultaten verwachten?

Naar aanleiding van het kader Basisfunctionaliteiten en basisinfrastructuur. De leden van de PVV-fractie lezen dat voor basisfunctionaliteiten en basisinfrastructuur zeer grote bedragen naar gemeenten gaan. Deze leden vragen de minister hoe wordt voorkomen dat dit geld vooral opgaat aan gemeentelijke processen, coördinatie, overlegtafels en extra beleidslagen, in plaats van aan concrete verbetering voor mensen die zorg of ondersteuning nodig hebben.

Kan de minister helder maken wat inwoners, zorgverleners en mantelzorgers hier straks in de praktijk van moeten merken? Wanneer is dit volgens de minister geslaagd? Wanneer moeten de eerste resultaten worden behaald? En hoe wordt vastgesteld of deze investeringen inderdaad leiden tot minder druk op de Zorgverzekeringswet, betere samenwerking en snellere toegang tot passende ondersteuning?

Deze leden lezen dat de financieringsvorm nog wordt uitgewerkt in overleg tussen VNG, fondsbeheerders en VWS. Waarom is daar nog geen duidelijkheid over, terwijl het wel

om forse bedragen gaat? Kan de minister toezeggen dat de Kamer vooraf inzicht krijgt in de gekozen financieringsvorm, de verdeelsleutel en de voorwaarden waaronder gemeenten deze middelen ontvangen?

De leden van de PVV-fractie vragen bovendien hoe wordt voorkomen dat opnieuw grote verschillen ontstaan tussen gemeenten en regio's, waardoor inwoners afhankelijk van hun woonplaats met andere werkwijzen, toegangseisen of kwaliteitsniveaus te maken krijgen.

Naar aanleiding van het kader Intensive Care-basiscapaciteit. De leden van de PVV-fractie vinden het van groot belang dat Nederland bij crises, pandemieën of andere calamiteiten beschikt over voldoende IC-capaciteit. Deze leden lezen echter dat nog altijd onduidelijk is met welk beleidsinstrument wordt toegewerkt naar een basiscapaciteit van ten minste 1.150 IC-bedden. Waarom is daar nog steeds geen duidelijkheid over?

De leden van de PVV-fractie vragen de minister wat inmiddels de stand van zaken is van de aangekondigde verkenning naar wet- en regelgeving. Wanneer verwacht de minister de Kamer hierover concreet te informeren? Is zij het met deze leden eens dat wettelijke borging steeds logischer wordt, nu het de betrokken partijen al jaren niet lukt om hier onderling sluitende afspraken over te maken?

Deze leden lezen dat jaarlijks middelen zijn gereserveerd voor IC-oposchaling. Waarop is dat bedrag precies gebaseerd? Is dit bedrag volgens de minister voldoende om de gewenste basiscapaciteit daadwerkelijk te realiseren en in stand te houden? Zo nee, welk tekort verwacht zij dan?

Ook vragen deze leden hoe de minister straks wil toetsen of die basiscapaciteit in de praktijk daadwerkelijk wordt gehaald en behouden, en niet alleen op papier bestaat.

Naar aanleiding van het kader Opleiden en ontwikkelen als vanzelfsprekendheid. De leden van de PVV-fractie lezen dat fors wordt ingezet op strategisch opleiden, vervolgoopleidingen, instroom, doorstroom en bij- en nascholing. Deze leden delen de opvatting dat het personeelstekort in de zorg een van de grootste problemen van dit moment is. Tegelijkertijd vragen zij hoe wordt voorkomen dat deze middelen te veel blijven hangen in

subsidieregelingen, procesafspraken en algemene ontwikkeltrajecten, zonder dat dit voldoende merkbaar wordt op de werkvloer.

Kan de minister concreet aangeven wat deze investering volgens haar moet opleveren? Hoeveel extra instroom, hoeveel extra opleidingscapaciteit en hoeveel minder uitval of uitstroom verwacht zij hiermee te realiseren? Kan zij dit ook uitsplitsen naar sectoren of tekortberoepen?

De leden van de PVV-fractie lezen dat in 2026 uitvoering wordt gegeven via de subsidie Strategisch Opleiden Zorg en Welzijn. Welke partijen kunnen van deze regeling gebruikmaken? Op basis van welke voorwaarden gebeurt dat? En hoe wordt gewaarborgd dat middelen daadwerkelijk terechtkomen op plekken waar de personeelstekorten het grootst zijn?

Deze leden vragen daarnaast hoe wordt voorkomen dat geld vooral terechtkomt bij brede scholingstrajecten, plannen of organisatieontwikkeling, terwijl het grootste probleem juist zit in het tekort aan mensen op de werkvloer. Welke concrete resultaatsafspraken worden gemaakt om te borgen dat deze middelen ook echt bijdragen aan meer inzetbaar personeel, minder uitstroom en meer capaciteit in tekortsectoren? Ook vragen deze leden wanneer de Kamer de eerste concrete resultaten van deze investering kan verwachten.

Naar aanleiding van het kader Doorbraakmiddelen. De leden van de PVV-fractie lezen dat in 2027 en 2028 jaarlijks € 400 miljoen beschikbaar komt voor doorbraakmiddelen, onder meer voor AI, medische technologie en hulpmiddelen. Deze leden vinden dat innovatie alleen zin heeft als die daadwerkelijk leidt tot minder werkdruk, meer tijd voor de patiënt en betere toegankelijkheid van zorg. Kan de minister daarom concreet aangeven aan welke voorwaarden projecten moeten voldoen om voor deze middelen in aanmerking te komen?

Genoemde leden lezen dat het kabinet wil voorkomen dat opnieuw het principe geldt van wie het eerst komt, die het eerst maalt. Welke governance wordt hiervoor precies uitgewerkt? Wie beslist straks over de toekenning, op basis van welke criteria en hoe wordt voorkomen dat vooral grote partijen of instellingen met de sterkste lobby er met het grootste deel van de middelen vandoor gaan?

De leden van de PVV-fractie vragen daarnaast hoe de minister voorkomt dat deze middelen terechtkomen bij tijdelijke pilots, adviestrajecten of technologische projecten die na afloop niet worden opgeschaald of uiteindelijk onvoldoende opleveren. Welke eisen worden gesteld aan aantoonbare arbeidsbesparing, opschaalbaarheid en structurele inbedding?

Ook vragen deze leden hoe wordt voorkomen dat technologie juist leidt tot extra registratielast, extra scholingsdruk of nieuwe afhankelijkheden van commerciële leveranciers, in plaats van tot verlichting op de werkvloer.

Naar aanleiding van het kader Regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden (RESV's). De leden van de PVV-fractie lezen dat structureel extra middelen worden toegevoegd voor regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden. Deze leden begrijpen dat samenwerking belangrijk is, maar zijn ook kritisch op nieuwe structuren waarvan het risico bestaat dat opnieuw geld verdwijnt in organisatie, overleg en vertegenwoordiging, in plaats van in directe zorg voor de patiënt. Kan de minister daarom concreet uiteenzetten hoeveel van deze middelen naar verwachting terechtkomt bij bestuur, coördinatie, ondersteuning en organisatie, en hoeveel daadwerkelijk ten goede komt aan betere zorgverlening in de wijk?

De leden van de PVV-fractie lezen dat een RESV vijf hoofdtaken krijgt. Kan de minister per hoofdtaak toelichten waarom deze niet binnen bestaande samenwerkingsstructuren of bestaande organisaties kan worden ondergebracht? Waarom is hiervoor een nieuwe regionale laag nodig?

Deze leden vragen bovendien hoe wordt voorkomen dat eerstelijnszorgaanbieders juist meer tijd kwijt zijn aan afstemming, vertegenwoordiging en regionale processen. Hoe wordt gemeten of deze RESV's daadwerkelijk bijdragen aan minder druk op de werkvloer en betere toegankelijkheid van zorg?

Deze leden lezen verder dat sprake is van een experimentbesteding tot en met 2032. Waarom is gekozen voor zo'n lange looptijd? Wanneer wordt tussentijds geëvalueerd? En op welk moment kan worden besloten om bij tegenvallende resultaten te stoppen of bij te sturen?

Naar aanleiding van onderdeel Algemeen. De leden van de PVV-fractie merken op dat in meerdere kaders wordt verwezen naar monitoring via brede AZWA-voortgangsrapportages. Deze leden vragen de minister of zij bereid is de Kamer per onderdeel ook afzonderlijk en concreet te informeren over de besteding van middelen, de voortgang, de uitvoeringsproblemen en de meetbare resultaten, zodat de Kamer niet alleen op hoofdlijnen maar ook echt inhoudelijk en financieel kan controleren.

Deze leden vragen daarnaast hoe de minister over de volle breedte wil voorkomen dat AZWA-middelen vooral neerslaan in bestuurlijke drukte, regionale overlegstructuren, experimenten en proceskosten, terwijl de problemen op de werkvloer en de druk op de toegankelijkheid van zorg onverminderd groot blijven.

Tot slot vragen de leden van de PVV-fractie de minister om per onderdeel zo concreet mogelijk inzichtelijk te maken welk effect zij in 2027, 2028 en daarna verwacht op de toegankelijkheid van zorg, de arbeidsmarkttekorten, de wachttijden en de doelmatige inzet van zorggeld.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de minister over de CW3.1 kaders van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en hebben op dit moment geen aanvullende vragen of opmerkingen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de brief inzake de CW3.1 kaders voor verschillende onderdelen uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Deze leden hebben daarover nog enkele vragen.

De leden van de BBB-fractie lezen dat met de subsidie Strategisch Opleiden Zorg en Welzijn wordt ingezet op het versterken van de lerende omgeving, onder meer door extra opleidingsplekken te realiseren voor beroepen waar de

tekorten het grootst zijn. Deze leden onderschrijven het belang daarvan, zeker gezien de groeiende personeelstekorten in de zorg. Zij vragen in dit verband hoe de minister de adviezen van het Capaciteitsorgaan betreft bij de invulling van deze opleidingsinspanningen. Kan de minister bevestigen dat het kabinet bij de verdeling van opleidingsplaatsen blijft uitgaan van de onafhankelijke adviezen van het Capaciteitsorgaan? Zo nee, waarom niet, en welke alternatieve afwegingen worden dan gemaakt?

De leden van de BBB-fractie wijzen erop dat er momenteel in sommige medische specialismen een groot aantal vacatures bestaat, terwijl er tegelijkertijd voldoende belangstelling is voor de opleiding. Zo staan er volgens signalen uit het veld ruim honderd vacatures open voor spoedeisende hulpartsen, terwijl het aantal sollicitanten voor de opleiding groot is en de opleidingscapaciteit aanwezig zou zijn. Deze leden vragen hoe de minister deze discrepantie verklaart en wat er wordt gedaan om ervoor te zorgen dat beschikbare opleidingscapaciteit daadwerkelijk wordt benut voor beroepen waar de tekorten het grootst zijn.

Daarnaast vragen deze leden hoe bij het vergroten van de instroom ook rekening wordt gehouden met de regionale spreiding van zorgprofessionals. Zij wijzen erop dat personeelstekorten zich niet alleen per beroepsgroep voordoen, maar ook sterk regionaal verschillen. Wordt bij het beleid rondom opleidingsplaatsen en instroom ook expliciet gekeken naar de regionale verdeling van zorgprofessionals?

De leden van de BBB-fractie wijzen in dit verband op onderzoek van het UMC Utrecht waaruit blijkt dat het huidige toelatingsbeleid van de geneeskundeopleiding regionale huisartsentekorten in stand kan houden, doordat studenten vaak afkomstig zijn uit regio's waar al relatief veel artsen zijn en daar later ook terugkeren. In verschillende landen bestaan daarom selectieregelingen waarbij studenten uit regio's met tekorten extra kans krijgen op een opleidingsplek, mits zij zich later voor een bepaalde periode aan die regio verbinden. Deze leden vragen hoe de minister naar dergelijke modellen kijkt. Worden de inzichten uit dit onderzoek betrokken bij het beleid rond de instroom in medische opleidingen? Ziet de minister mogelijkheden om, bijvoorbeeld via selectie, regionale opleidingsplaatsen of andere instrumenten, meer studenten uit (en binnen) regio's met

tekorten op te leiden, zodat zij later ook in die regio's aan het werk gaan?

De leden van de BBB-fractie lezen dat vanaf 2027 € 70 miljoen structureel wordt toegevoegd aan het budgettaire kader multidisciplinaire zorg om de regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden (RESV's) te financieren. Deze leden onderschrijven het belang van goede regionale samenwerking in de eerstelijnszorg. Tegelijkertijd constateren deze leden dat de tekorten in de eerstelijnszorg in sommige regio's zeer groot zijn. In verschillende delen van het land staan huisartsenpraktijken onder zware druk of verdwijnen zelfs uit regio's, waardoor inwoners steeds verder moeten reizen voor basiszorg. De leden van de BBB-fractie vragen daarom hoe de minister heeft bepaald dat het beschikbare budget toereikend zal zijn voor de uitvoering van de taken van de RESV's. Op welke aannames is dit bedrag gebaseerd, en is daarbij rekening gehouden met de grote regionale verschillen in zorgvraag en personeelsbeschikbaarheid? Daarnaast vragen deze leden hoe de minister wil voorkomen dat verschillen tussen regio's verder toenemen. Is de minister het met deze leden eens dat het in een land als Nederland onwenselijk is dat de toegang tot eerstelijnszorg sterk afhankelijk wordt van de postcode van een patiënt? Op welke manier dragen de RESV's concreet bij aan het verkleinen van regionale verschillen in toegankelijkheid van zorg?

Vragen en opmerkingen van de leden van de 50PLUS-fractie

De leden van 50PLUS-fractie danken de minister voor het toezenden van de brief en bijlagen inzake CW3.1 kaders voor AZWA-onderdelen. Zij willen hierover nog enkele vragen stellen.

Met betrekking tot het doel aanpak van zorgfraude: op basis waarvan zijn deze bedragen vastgesteld? En op basis waarvan verwacht de minister dat dit genoeg is? Zijn er als dit nodig blijkt, mogelijkheden om dit te intensiveren?

Ten aanzien van de IC-Basiscapaciteit: op welke termijn wil de minister meer duidelijkheid hebben? Gezien de urgentie is een open einde immers niet gewenst.

Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Markuszower

De leden van de Groep Markuszower hebben kennisgenomen van de voorliggende stukken en wachten de reactie van de minister met belangstelling af.

Reactie van de minister

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de CW3.1 kaders voor de AZWA-onderdelen. Daartoe hebben deze leden een aantal vragen.

In het Aanvullend Zorg- en Welzijnakkoord (AZWA) is het transformatiedoel geformuleerd om (gelijkwaardige) toegang tot de zorg te bevorderen. Een van de meest dringende opgaven daarbij is de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) verbeteren, onder andere door het schrappen van de exclusiecriteria bij GGZ-aanbieders. De leden van de D66-fractie achten dit van groot belang, om ervoor te zorgen dat passende zorg ook beschikbaar wordt voor de mensen die daar nu tussen wal en schip vallen. Daartoe vragen de leden van de D66-fractie de minister hoe het hier nu mee staat, en of zij de Kamer kan informeren over de voortgang.

In het AZWA is afgesproken dat zorgaanbieders vanaf 2026 stoppen met het hanteren van exclusiecriteria, behalve wanneer dit zorginhoudelijk strikt noodzakelijk is voor zorginhoudelijk te onderbouwen uitzonderingsgevallen. Alleen voor een aantal 'laag volume, hoog complexe zorgvragen' kunnen exclusiecriteria gelden, op basis waarvan vanuit een regio kan worden doorverwezen naar een landelijke (hoogspecialistische) voorziening. Het uitgangspunt is dat er in elke regio voldoende kwalitatief goed aanbod gecontracteerd wordt.

Betrokken partijen en het ministerie van VWS erkennen breed dat mensen met complexe en/of meervoudige problematiek niet tussen wal en schip mogen vallen. Zorgverzekeraars hebben het inperken van exclusiecriteria opgenomen in het inkoopbeleid voor de ggz vanaf 2027. Omdat op dit moment nog geen landelijk kader aanwezig is, wordt de AZWA-afpraak door de verschillende verzekeraars op dit moment verschillend ingevuld. Enkele landelijke ggz-partijen (Meerggz, NIP, LVvP) werken nu een nadere duiding van de afspraak uit, in het bijzonder van het criterium 'wanneer dit zorginhoudelijk strikt noodzakelijk is'. Op basis daarvan voeren zij gesprekken met ZN over de ontwikkeling

van een gemeenschappelijk kader. Daarbij wordt gezocht naar werkbare, generiek toepasbare afspraken rondom het afschaffen van exclusiecriteria die in de praktijk kunnen worden toegepast. Het streven is om voor 1 juli 2026 tot een gemeenschappelijk kader te komen. Dit zal ervoor zorgen dat exclusiecriteria consistent niet meer worden toegepast, waardoor naar verwachting minder mensen tussen wal en schip zullen vallen.

Daarnaast, in het kader van gelijkwaardige toegang tot zorg bevorderen, hebben deze leden verdere vragen over de opschoning van en inzicht in de wachtlijsten. Het streven was om het schonen van de huidige wachtlijsten en meer inzicht in de wachtlijsten in Q1 van 2026 af te ronden. Daartoe vragen de leden van de D66-fractie wat hier de huidige stand van zaken van is. Is er daadwerkelijk beter zicht in de wachtlijsten? Zijn de zorgverzekeraars hierdoor momenteel al beter in staat om zorg gericht in te kopen? Zijn er hierdoor al minderingen in de wachtlijsten te zien, specifiek voor de mensen die wachten op complexe GGZ?

Er is nog geen beter zicht op de wachtlijsten omdat er op dit moment nog onvoldoende declaratiedata beschikbaar is. Per 1 januari 2026 is een nieuwe werkwijze ingegaan voor het inzichtelijk maken van wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg. Wachttijdinformatie wordt door zorgaanbieders met één vestiging sindsdien niet langer handmatig door zorgaanbieders aangeleverd bij de NZa, maar retrospectief afgeleid uit declaratiedata. Het streven is dat vanaf 2027 hetzelfde geldt voor zorgaanbieders met meerdere vestigingen. Deze wijziging is doorgevoerd omdat deze werkwijze administratieve lastendruk verlicht en omdat de eerdere gegevens onvoldoende betrouwbaar bleken, onder meer door dubbelregistraties, variatie in registratiewijze en het meerekenen van cliënten die bewust op een wachtlijst bleven staan vanwege een voorkeur voor een specifieke aanbieder. De eerste cijfers worden in de loop van 2026 verwacht, nadat voldoende declaratiedata is verzameld om deze te kunnen analyseren.

Het is daarom ook nog te vroeg om te zeggen wat de impact is op de zorginkoop aangezien de zorgverzekeraars de komende tijd pas de eerste bruikbare inzichten krijgen uit de binnenkomende declaratiedata. Sinds 1 januari 2026 ontvangen de individuele verzekeraars op basis van de verplichting van de NZa steeds meer informatie over de

wachttijden voor hun eigen verzekerden. De inzichten die hiermee ontstaan worden door verzekeraars gebruikt in de zorgbemiddeling (die zorgverzekeraars sinds april proactief toepassen) en de zorginkoop. Dit wordt verder versterkt wanneer vanaf 1 januari 2027 ook informatie over de behandellocatie wordt toegevoegd aan de declaratieberichten.

Het is op dit moment daarmee nog te vroeg om conclusies te trekken over de landelijke ontwikkelingen in wachttijden, inclusief de wachttijden binnen de complexe ggz en het terugdringen van wachtlijsten. Omdat de meetmethode is gewijzigd, zijn de nieuwe cijfers niet één-op-één vergelijkbaar met eerdere gegevens. Pas na een langere periode van dataverzameling via declaratiedata kan dit wel worden gedaan.

De leden van de D66-fractie hebben ook kennisgenomen van het kader op doorbraakmiddelen. Deze leden vragen op welke manier wordt samengewerkt met de staatsecretaris voor Digitale Economie en Soevereiniteit om effectiviteit, soevereiniteit en veiligheid van deze initiatieven te waarborgen. In het bijzonder vragen deze leden om een reflectie op hoe afhankelijkheid van specifieke aanbieders wordt meegenomen in deze beleidsontwikkeling.

Voor de doorbraakmiddelen zal worden gewerkt met landelijke, gestandaardiseerde modelplannen die per gekozen toepassingsgebied als format dienen voor uitwerking en opschaling. Bij de uitwerking van de modelplannen voor de doorbraakmiddelen is als basiseis opgenomen dat deze in lijn moeten zijn met geldende wet- en regelgeving, landelijke afspraken en standaarden, en dat relevante expertise wordt betrokken in de uitwerking. Daarmee wordt, wanneer van toepassing, ook aandacht besteed aan aspecten als veiligheid en digitale autonomie. Ten aanzien van deze specifieke aspecten wordt aangesloten bij de Agenda Digitale Open Strategische Autonomie (2023) en de daarin opgenomen acties. Daarnaast is met het ministerie van Economische Zaken afgesproken dat waar nodig wordt samengewerkt bij de toetsing van deze randvoorwaarden, zodat expertise op het gebied van digitale economie en soevereiniteit structureel wordt meegenomen in het proces. Ten aanzien van de afhankelijkheid van specifieke leveranciers geldt dat als basiseis voor de

modelplannen is opgenomen dat wordt toegelicht hoe ongewenste marktversturende effecten worden voorkomen. Daarbij geldt dat toepassingsgebieden in de modelplannen functioneel worden omschreven, in plaats van leveranciersspecifiek. Op die manier wordt geborgd dat verschillende aanbieders kunnen aansluiten en dat voldoende ruimte blijft bestaan voor concurrentie tussen verschillende aanbieders, softwareleveranciers en bedrijven die producten ontwikkelen.

In het kader over regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden (RESV's) lezen de leden van de D66-fractie het doel over het ondersteunen van hechte wijkverbanden. Hoe verhoudt dit doel zich tot de doelen uit het coalitieakkoord op het versterken van wijken en buurten? Op welke manier kan het kader over de RESV's ook aan deze doelstelling uit het coalitieakkoord bijdragen?

Door betere samenwerking tussen zorg- en welzijnsprofessionals op wijkniveau, versterken we de wijk of buurt zelf. De ondersteuning van RESV's aan hechte wijkverbanden betekent dat de professionals in de wijk worden gefaciliteerd om steviger samen te werken. Naast betere cohesie tussen zorgaanbieders binnen de eerste lijn, is ook de verbinding met welzijn een belangrijk speerpunt. Dat is relevant voor mensen die bijvoorbeeld bij de huisarts komen met klachten waarvan de oorzaak niet zozeer ligt in het medische domein.

Voor het versterken van wijken en buurten is nog meer nodig. Daarom investeert het kabinet in samenhang hiermee ook in de basisinfrastructuur. In het AZWA zijn afspraken gemaakt over de beschikbaarheid van basisvoorzieningen op het gebied van gezondheid, ondersteuning, welzijn en zorg (afspraken D6). Met deze afspraak wordt ontmoeting en verbinding gestimuleerd en wordt o.a. ingezet op het versterken van de lokale kracht van inwoners en van de netwerksamenwerking in wijken en buurten. Sterke lokale gemeenschappen waarin inwoners, informele netwerken en formele zorg- en welzijnsorganisaties samenwerken om elkaar te ondersteunen bij hulpvragen zijn nodig omdat professionals niet alle hulpvragen alleen kunnen opvangen. Daarom investeert dit kabinet naast de AZWA-middelen aanvullend in gemeenschapontwikkeling en zorgzame buurten waar ontmoeting en de opbouw van sterke

netwerken centraal staat. Het kabinet heeft van 2027 tot en met 2029 jaarlijks 40 miljoen gereserveerd om de sociale cohesie in wijken en buurten verder te versterken.

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de CW3.1 kaders voor AZWA-onderdelen en hebben geen verdere vragen of opmerkingen.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de minister CW3.1 kaders voor AZWA-onderdelen. Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat er olopemd tot € 50 miljoen beschikbaar wordt gesteld voor het voorkomen van fraude in de zorg. Kan nader worden toegelicht waar dit voor wordt ingezet? Hoeveel financiële middelen zijn er naar verwachting nodig om het volledige bedrag van € 10 miljard fraude in de zorg tegen te gaan? Kan in een tabel worden weergegeven wat er naar verwachting per jaar aan fraude kan worden voorkomen of teruggevorderd?

Met de beschikbare middelen uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) wordt ingezet op een substantiële versterking van de aanpak van zorgfraude. Deze middelen worden in samenhang ingezet op de volgende prioriteiten:

- het versterken van de integrale en multidisciplinaire samenwerking tussen ketenpartners, aangezien geen enkele partij zorgfraude zelfstandig effectief kan bestrijden;
- het aanscherpen van toetsing aan de poort, om te voorkomen dat malafide zorgaanbieders toetreden tot het zorgstelsel;
- het uitbreiden van operationele capaciteit bij betrokken organisaties;
- het verbeteren van gegevensuitwisseling tussen ketenpartners, binnen de geldende juridische kaders;
- het vergroten van de slagkracht in de uitvoering door optimaal gebruik te maken van bestaande bevoegdheden;
- het versterken van de maatschappelijke verantwoording over de resultaten van de aanpak.

Het is niet mogelijk om eenduidig vast te stellen hoeveel financiële middelen nodig zijn om de genoemde € 10 miljard aan zorgfraude tegen te gaan. Dit bedrag betreft een brede schatting met aanzienlijke onzekerheidsmarges, terwijl de

effectiviteit van maatregelen afhankelijk is van diverse factoren, zoals gedragseffecten, opsporingsmogelijkheden en preventieve werking.

Om diezelfde redenen kan ook niet betrouwbaar in een tabel worden weergegeven hoeveel fraude jaarlijks kan worden voorkomen of teruggevorderd. Wel is de inzet van het kabinet erop gericht om zowel preventie als opsporing en handhaving te versterken, zodat fraude zoveel mogelijk wordt voorkomen en onterecht bestede middelen worden teruggehaald.

In de Kamerbrief over zorgfraude die juni 2026 aan de Kamer wordt verzonden, zal het kabinet nader ingaan op de concrete uitwerking van deze versterkte en samenhangende aanpak, inclusief de beoogde inzet van middelen en de wijze waarop de voortgang inzichtelijk wordt gemaakt.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie willen graag een toelichting van de minister hoe de twee afspraken D5 en D6 er in de praktijk uit gaan zien.

De afspraken D5 en D6 uit het AZWA zijn bedoeld om de samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein structureel te versterken. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen enerzijds de zogenoemde basisfunctionaliteiten (D5) en anderzijds de daarvoor benodigde basisinfrastructuur (D6).

Voor D5 betekent dit concreet dat gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders van zorg en ondersteuning per leefgebied afspraken maken over een gecombineerde inzet vanuit zorg en sociaal domein met onderbouwde interventies. Gemeenten committeren zich aan het aanbieden van interventies en een aanbod in het sociaal domein en gezondheidsdomein. Het gaat om een concreet aanbod waar inwoners gebruik van kunnen maken: laagdrempelige steunpunten, sociaal verwijzen, valpreventie, ketenaanpak overgewicht volwassenen, en kansrijke start: integrale gezinspoli en nu niet zwanger. De afgelopen jaren zijn hier al de nodige stappen op gezet. Met het AZWA moeten deze basisfunctionaliteiten uiteindelijk in alle regio's beschikbaar zijn en worden opgenomen in regionale plannen. Een aantal aanpakken op de ontwikkelagenda deel 1 wordt de komende periode nog uitgewerkt om aan de criteria van basisfunctionaliteiten te voldoen, zoals voldoende bewijs over de verwachte besparing in Zvw of Wlz. Voorbeelden hiervan

zijn de ketenaanpak dementie, rookvrije start of mentale gezondheidsnetwerken.

Voor de uitvoering van de basisfunctionaliteiten is een goede structuur en basis vereist (D6). Partijen hebben onder meer afgesproken dat hiertoe basisvoorzieningen in wijken en buurten op het gebied van gezondheid, ondersteuning, welzijn en zorg beschikbaar zijn. Daarbij gaat het onder meer om herkenbare inloopvoorzieningen in wijken, verbinding tussen eerstelijnszorg en sociaal domein, (mentaal) gezonde school en versterking van verbinding tussen lokale teams en de jeugdgezondheidszorg. In de praktijk krijgen gemeenten middelen om hierin te investeren. Hiervoor wordt onder meer een handreiking voor inloopvoorzieningen ontwikkeld, deze is voor de zomer afgerond. Ook wordt ingezet op versterking van de sociale basis in buurten en ondersteuning van burgerinitiatieven en stevige lokale teams met een verbinding met de hechte wijkverbanden van de eerstelijns.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat er € 35 miljoen wordt vrijgemaakt voor het opschalen van het aantal IC-bedden. Hoe groot is het tekort van het aantal IC-bedden? Hoeveel zit het aantal bedden verwijderd van het streven van 1150 bedden?

Binnen het kader msz is sinds 2022 € 35 miljoen beschikbaar voor de Intensive Care (IC)-opschaling. Hiermee is ruimte geboden om eventuele meerkosten van IC opschalen tot 1150 bedden te bekostigen. Vanaf 2023 waren deze middelen onderdeel van het afgesproken msz kader in het Integraal Zorgakkoord. In de VWS begroting 2026 is deze € 35 miljoen buiten het msz kader gereserveerd omdat nog niet duidelijk is hoeveel middelen er precies nodig zijn.

Het aantal beschikbare IC-bedden in Nederland komt tot stand op basis van de zorgvraag. Binnen het stelsel kopen zorgverzekeraars de zorg in die nodig is voor hun verzekerden. Zorgverzekeraars kopen in op basis van de reguliere zorgvraag en de geldende afspraken over kwaliteit, waaronder de huidige kwaliteitstandaard.¹ Hierin is ook opgenomen dat er sprake moet zijn van overcapaciteit omdat de IC zorgvraag fluctueert gedurende het jaar. De precieze landelijke IC bezetting wordt momenteel niet gemonitord.

¹ Kwaliteitstandaard Organisatie van Intensive Care-zorg (IC-zorg), Zorginstituut Nederland, 19 juli 2016

Tijdens de Covid-19 pandemie werd de IC bezetting wel landelijk gemonitord maar ziekenhuizen hebben in juni 2024 besloten dat dit niet langer noodzakelijk is. De Nederlandse Vereniging voor Intensive Care geeft bij navraag aan dat de huidige operationele capaciteit op 850-900 bedden ligt. Er zijn in het de afgelopen periode geen structurele beddentekorten geweest, ook niet gedurende de griepseizoenen.

Veldpartijen doorlopen momenteel een traject om te bepalen hoe de IC-zorg zo goed mogelijk kan worden ingericht en welke basiscapaciteit daarbij wenselijk is. Daarnaast verkent het ministerie van VWS de mogelijkheid om een basiscapaciteit wettelijk vast te leggen.² Het kabinet zal u voor de zomer informeren over de tussentijdse uitkomsten van beide sporen.

Hoeveel kost het beschikbaar stellen van een gemiddeld IC-bed?

Een eerder uitgevoerd kostprijsonderzoek³ laat zien dat de kosten, inclusief personeelsinzet, voor het beschikbaar stellen van een IC-bed tussen de € 242.500 (voor ziekenhuizen met meer dan 20 IC-bedden) en € 442.500 (voor ziekenhuizen met minder dan 20 IC-bedden) per jaar liggen.

De organisatie en kosten van de IC zorg zijn onderdeel van de medisch specialistische zorg. Zorgaanbieders moeten zorgen voor onder andere personeel, materialen en apparatuur wanneer zij een IC-bed beschikbaar stellen. Ongeveer 75% procent van de kosten voor IC-zorg zijn voor personeelsinzet.⁴ De kosten van een IC-bed hangen daarmee sterk af van de personeelsbezetting. Het is aan zorgaanbieders om te bepalen hoe zij personeel inzetten, waarbij rekening gehouden dient te worden met landelijke afspraken vanuit o.a. de beroepsgroepen. Extra inzet van personeel op de IC betekent dat personele capaciteit wordt weggehaald in de overige medisch specialistische zorg waar reeds schaarste bestaat.

² Kamerstukken II, 2025/2026, 29247, nr.464

³ Kostprijsonderzoek naar beschikbaar houden schaalbare IC-capaciteit in Nederland, Vanberkel Professionals, 8 juli 2024

⁴ Uitvoeringsadvies budgetbekostiging intensive care, Nederlandse Zorgautoriteit, [Uitvoeringsadvies budgetbekostiging intensive care \(ic\) | Rapport | Rijksoverheid.nl](#), 11 november 2025

Hoeveel geld is er dan nodig om het streven van 1150 bedden te halen?

De kosten zijn eerder geraamd op 35 miljoen euro. Dit bedrag is destijds gebaseerd op de beschikbaarheidsvergoeding die zorgverzekeraars in 2021 aan ziekenhuizen hebben verstrekt voor de opschaling tot 1.150 IC-bedden in fase 1 van het Opschalingsplan COVID-19. Daarmee is financiële ruimte gecreëerd om eventuele meerkosten van het realiseren van een hogere basiscapaciteit op te kunnen vangen. Een meer gespecificeerde of geactualiseerde raming is op dit moment niet beschikbaar. In praktijk zullen de kosten afhankelijk zijn van afspraken die worden gemaakt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister over de CW3.1 kaders voor AZWA-onderdelen. Naar aanleiding hiervan hebben deze leden nog enkele vragen en opmerkingen.

Naar aanleiding van het kader Medische preventie. De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van het CW3.1 kader voor AZWA-onderdelen. Zij constateren dat voor 2027 en 2028 telkens € 45 miljoen uit het Zvw-kader wordt gereserveerd voor maatregelen op het gebied van medische preventie, maar dat nog niet duidelijk is welke concrete maatregelen daaruit zullen worden bekostigd, welke beleidsinstrumenten worden ingezet en op basis van welke harde criteria keuzes worden gemaakt.

Deze leden lezen dat potentiële maatregelen nog nader moeten worden onderbouwd voordat deze structureel met Zvw-middelen kunnen worden bekostigd. Ook staat vermeld dat de financiële gevolgen voor maatschappelijke sectoren nog onbekend zijn en dat er nog geen evaluaties bekend zijn. De leden van de PVV-fractie vragen de minister daarom welke concrete maatregelen thans op de ontwikkelagenda staan, op basis van welke criteria deze zijn geselecteerd en wanneer de Kamer daar inhoudelijk over wordt geïnformeerd.

De acht maatregelen op de ontwikkelagenda omvatten drie maatregelen gericht op seksuele gezondheid, mpox-vaccinatie, huidkankerpreventie, coeliakie-screening door de Jeugdgezondheidszorg (JGZ), belonen van stoppen met roken van toekomstige ouders en mondzorg voor minima. De

maatregelen op de ontwikkelagenda zijn geselecteerd op basis van de mate waarin er reeds wetenschappelijk bewijs beschikbaar is van de effectiviteit en/of op basis van beschikbare kennis redelijkerwijs kan worden verwacht dat er een positief gezondheidseffect is. Hierbij is in belangrijke mate gebruik gemaakt van eerdere adviezen van de Gezondheidsraad en de kennis van onder andere het RIVM. Daarbij is ook meegewogen welke vermindering van de zorgvraag wordt verwacht.

Voorts vragen deze leden de minister hoe wordt voorkomen dat geld voor medische preventie wordt gereserveerd zonder dat vooraf voldoende duidelijk is wat de daadwerkelijke gezondheidswinst, de besparing in het Zvw-kader en de uitvoerbaarheid zijn. Deze leden vragen de minister per voorgenomen maatregel inzichtelijk te maken welke verwachte gezondheidswinst, welke kosten en welke terugverdieneffecten worden voorzien.

Met de Voorjaarsnota 2026 zijn de financiële middelen voor de ontwikkelagenda van AZWA onderdeel B4 overgeheveld naar de begroting van het ministerie van VWS.⁵ In 2027 en 2028 wordt jaarlijks €27,5 miljoen besteed aan drie maatregelen gericht op seksuele gezondheid, mpox-vaccinatie, huidkankerpreventie, coeliakie-screening door de Jeugdgezondheidszorg (JGZ), belonen van stoppen met roken van toekomstige ouders en mondzorg voor minima. Met de overige €35 miljoen (de jaarlijks resterende €17,5 miljoen in 2027 en 2028 van de ontwikkelagenda) wordt de vaccinatiecampagne in 2027 tegen Covid-19 mede mogelijk gemaakt.⁶

Voor het genoemde pakket aan maatregelen is nu voor twee jaar, te weten in 2027 en 2028, geld beschikbaar voor implementatie. Dit is gericht op het nader onderbouwen van de gezondheidswinst en kostenbesparing in het Zvw-kader. Over de eventuele structurele voortzetting van deze maatregelen is nog budgettaire besluitvorming nodig binnen de reguliere begrotingsprocessen. Hiervoor dient eerst voldoende bewijs verzameld te worden over de effecten van de maatregelen conform de richtlijn passend bewijs voor preventie.

⁵ Voorjaarsnota 2026. Tweede Kamer, vergaderjaar 2025–2026, 36 915, nr. 1, bladzijde 204

⁶ Voorjaarsnota 2026. Tweede Kamer, vergaderjaar 2025–2026, 36 915, nr. 1, bladzijde 218

Ook vragen de leden van de PVV-fractie waarom al middelen worden gereserveerd terwijl de evaluatieparagraaf expliciet vermeldt dat er nog geen evaluaties bekend zijn. Deze leden vragen hoe de Kamer in staat wordt gesteld haar controlerende taak uit te oefenen zolang concrete uitwerking, financiële effecten voor sectoren en toetsbare evaluatie-indicatoren nog ontbreken.

De Tweede Kamer wordt hierbij betrokken via de reguliere begrotingsprocessen. Gedurende het gehele traject, zowel tot nu toe als in de komende periode, vindt nauwe afstemming plaats met de andere AZWA-partijen.

Naar aanleiding van het kader Aanpak zorgfraude. De leden van de PVV-fractie steunen een stevige aanpak van zorgfraude. Zorggeld is bedoeld voor zorg en niet voor fraudeurs, tussenpersonen of malafide aanbieders. Deze leden lezen dat er vanaf 2027 olopend structureel extra geld beschikbaar komt voor de aanpak van zorgfraude. Kan de minister concreet uiteenzetten hoe deze middelen per jaar zullen worden ingezet? Welk deel gaat naar toezicht, welk deel naar opsporing, welk deel naar handhaving en welk deel naar eventuele aanscherping van wet- en regelgeving? Kan de minister daarnaast per maatregelen een tijdspad schetsen?

Met de beschikbare middelen uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) wordt ingezet op een substantiële versterking van de aanpak van zorgfraude. Deze middelen worden in samenhang ingezet op de volgende prioriteiten:

- het versterken van de integrale en multidisciplinaire samenwerking tussen ketenpartners, aangezien geen enkele partij zorgfraude zelfstandig effectief kan bestrijden;
- het aanscherpen van toetsing aan de poort, om te voorkomen dat malafide zorgaanbieders toetreden tot het zorgstelsel;
- het uitbreiden van operationele capaciteit bij betrokken organisaties;
- het verbeteren van gegevensuitwisseling tussen ketenpartners, binnen de geldende juridische kaders;
- het vergroten van de slagkracht in de uitvoering door optimaal gebruik te maken van bestaande bevoegdheden;
- het versterken van de maatschappelijke verantwoording over de resultaten van de aanpak.

In de Kamerbrief over zorgfraude die juni 2026 aan de Kamer wordt verzonden, zal het kabinet nader ingaan op de concrete uitwerking van deze versterkte en samenhangende aanpak, inclusief de beoogde inzet van middelen en de wijze waarop de voortgang inzichtelijk wordt gemaakt.

Deze leden lezen daarnaast dat wordt ingezet op meer eenduidig beleid, basiseisen aan vergunningen en mogelijk een verbreding van de vergunningplicht. Kan de minister concreet maken wat zij hier precies onder verstaat? Welke maatregelen wil zij nemen om zorgfraude eerder te signaleren en sneller aan te pakken? Wordt daarbij ook gekeken naar strengere toelating aan de voorkant, zodat malafide zorgaanbieders niet eerst kunnen starten en pas veel later worden aangepakt?

Een belangrijk onderdeel van de versterkte aanpak is het voorkomen van toetreding van malafide zorgaanbieders. Daarom zet het kabinet in op het aanscherpen van toetsing aan de voorkant. Vanuit de verantwoordelijkheid binnen de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) verkent het kabinet onder andere een bredere vergunningplicht, het verplicht stellen van een Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG) voor bestuurders en betrokkenen, en periodieke toetsing aan de vergunningseisen. Ook wordt de vergunningplicht uitgebreid naar jeugdhulpaanbieders en wordt verkend of dit voor het Wmo-domein passend is.

Aanvullend gaat het kabinet, voorafgaand aan vergunningverlening, meer inzetten op gerichte fysieke controles bij risicovolle (nieuwe en herstartende) aanbieders. Door samenwerking tussen betrokken partijen en selectie op basis van risicoanalyses kunnen signalen eerder worden opgepakt en kan ongewenste toetreding effectiever worden voorkomen.

De leden van de PVV-fractie vragen verder hoe straks wordt vastgesteld of deze extra investering ook echt effect heeft. Op welke manier wordt gemeten of sprake is van meer opgespoorde fraude, meer terugvorderingen, meer interventies en minder weglekkend zorggeld? Wanneer kan de Kamer de eerste concrete resultaten verwachten?

De inzet van het kabinet is erop gericht om zowel preventie als opsporing en handhaving te versterken, zodat fraude zoveel mogelijk wordt voorkomen en onterecht bestede

middelen worden teruggehaald. In de Kamerbrief over zorgfraude die in juni 2026 aan de Kamer wordt verzonden, zal het kabinet nader ingaan op de concrete uitwerking van deze versterkte en samenhangende aanpak, inclusief de beoogde inzet van middelen en de wijze waarop de voortgang inzichtelijk wordt gemaakt.

Naar aanleiding van het kader Basisfunctionaliteiten en basisinfrastructuur. De leden van de PVV-fractie lezen dat voor basisfunctionaliteiten en basisinfrastructuur zeer grote bedragen naar gemeenten gaan. Deze leden vragen de minister hoe wordt voorkomen dat dit geld vooral opgaat aan gemeentelijke processen, coördinatie, overlegtafels en extra beleidslagen, in plaats van aan concrete verbetering voor mensen die zorg of ondersteuning nodig hebben.

Het uitgangspunt is dat middelen zoveel mogelijk terecht komen in de praktijk en zichtbaar bijdragen aan betere ondersteuning voor inwoners. Daarom worden afspraken gemaakt over concrete resultaten, die vervolgens worden gemonitord. Daarbij geldt dat zoveel mogelijk wordt voortgebouwd op bestaande structuren en samenwerkingsverbanden. Gemeenten en regio's moeten inzichtelijk maken, bijvoorbeeld in het regioplan, hoe ze op de afspraken D5 en D6 in gaan zetten en wat daarmee wordt gerealiseerd voor inwoners, professionals en mantelzorgers. Inwoners moeten gaan merken dat ze sneller op de juiste plek worden geholpen en dat er bijvoorbeeld goede laagdrempelige inloopvoorzieningen gerealiseerd zijn in de wijk die bijdragen aan preventie van zwaardere zorg, ondersteuning, en sociale samenhang.

Kan de minister helder maken wat inwoners, zorgverleners en mantelzorgers hier straks in de praktijk van moeten merken? Wanneer is dit volgens de minister geslaagd? Wanneer moeten de eerste resultaten worden behaald? En hoe wordt vastgesteld of deze investeringen inderdaad leiden tot minder druk op de Zorgverzekeringswet, betere samenwerking en snellere toegang tot passende ondersteuning?

Het uiteindelijke doel is dat inwoners sneller passend ondersteund worden in het zorgdomein en het sociaal domein. Ondersteuning is dan sneller toegankelijk, mensen worden minder vaak tussen verschillende loketten doorverwezen en hulp sluit beter aan op de situatie van de

inwoner. Zorgverleners en mantelzorgers moeten profiteren van betere samenwerking tussen organisaties en duidelijkere aanspreekpunten. Ook moet vroegsignalering verbeteren, zodat problemen eerder kunnen worden aangepakt en zwaardere zorg kan worden voorkomen. Door middel van data en monitoring worden de eerste resultaten zichtbaar, jaarlijks wordt de recente regioscan herhaald bijvoorbeeld. Ook zullen alle regio's gaan werken met sociaal verwijzen, waarbij inwoners gemakkelijk doorverwezen worden vanuit de huisarts naar het sociaal domein. Uiteindelijk moet dit in 2030 breed beschikbaar zijn. In de monitoring worden ook indicatoren opgenomen om te meten welke invloed deze afspraken hebben op de druk op de Zvw.

Deze leden lezen dat de financieringsvorm nog wordt uitgewerkt in overleg tussen VNG, fondsbeheerders en VWS. Waarom is daar nog geen duidelijkheid over, terwijl het wel om forse bedragen gaat? Kan de minister toezeggen dat de Kamer vooraf inzicht krijgt in de gekozen financieringsvorm, de verdeelsleutel en de voorwaarden waaronder gemeenten deze middelen ontvangen?

Inmiddels is hier meer duidelijkheid over. In een zorgvuldig proces zijn de fondsbeheerders, het ministerie van VWS en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), als belangenbehartiger van gemeenten, tot enkele uitgangspunten voor de inrichting van een financieringsinstrument gekomen. Over de uitkomsten van dit proces zijn de gemeenten daarbij op 22 april 2026 via de VNG geïnformeerd. Ter inzage vindt de Kamer deze brief toegevoegd bij de beantwoording van deze vraag.⁷

De leden van de PVV-fractie vragen bovendien hoe wordt voorkomen dat opnieuw grote verschillen ontstaan tussen gemeenten en regio's, waardoor inwoners afhankelijk van hun woonplaats met andere werkwijzen, toegangseisen of kwaliteitsniveaus te maken krijgen.

Juist door het werken met landelijke kaders, basisfunctionaliteiten en gezamenlijke afspraken over kwaliteit en toegankelijkheid wordt in de samenwerking tussen sociaal domein en zorgdomein een landelijke basis gelegd. Gemeenten krijgen ruimte voor maatwerk, maar het uitgangspunt blijft dat inwoners in iedere regio kunnen

⁷ Brief van het ministerie van VWS aan de VNG over AZWA-afspraken D5 en D6 en financieringsinstrument, [brief-vws-aan-vng-over-azwa-afspraken-d5-en-d6-en-financieringsinstrument.pdf](#), 22 april 2026

rekenen op een herkenbaar niveau van voorzieningen gericht op ondersteuning en samenwerking.

Naar aanleiding van het kader Intensive Care-basiscapaciteit. De leden van de PVV-fractie vinden het van groot belang dat Nederland bij crises, pandemieën of andere calamiteiten beschikt over voldoende IC-capaciteit. Deze leden lezen echter dat nog altijd onduidelijk is met welk beleidsinstrument wordt toegewerkt naar een basiscapaciteit van ten minste 1.150 IC-bedden. Waarom is daar nog steeds geen duidelijkheid over? De leden van de PVV-fractie vragen de minister wat inmiddels de stand van zaken is van de aangekondigde verkenning naar wet- en regelgeving. Wanneer verwacht de minister de Kamer hierover concreet te informeren? Is zij het met deze leden eens dat wettelijke borging steeds logischer wordt, nu het de betrokken partijen al jaren niet lukt om hier onderling sluitende afspraken over te maken?

Het kabinet spant zich in om uitvoering te geven aan de moties die in de Tweede Kamer zijn aangenomen om te streven naar IC-zorg die ook in tijden van crises zo goed mogelijk beschikbaar is. Daarom is het kabinet gestart met een verkenning naar wet- en regelgeving voor het vastleggen van een basiscapaciteit van het aantal beschikbare IC-bedden.⁸

Ook zijn vertegenwoordigers van ziekenhuizen, intensivisten, IC-verpleegkundigen, verzekeraars en patiënten vorige jaar gestart met een intensief traject om samen landelijke kaders voor een toekomstbestendig IC-landschap op te stellen. Een onderdeel van dit traject is het zo goed mogelijk borgen van IC-beschikbaarheid in situaties met een hogere zorgvraag zoals een pandemie. Voor de zomer zullen zij het ministerie informeren over de voorlopige uitkomsten. Het kabinet vindt het belangrijk om de uitkomsten van dit traject mee te wegen alvorens wet- en regelgeving op te stellen. Het kabinet zal u in Q2 informeren over de uitkomsten van dit traject en de verkenning naar wet- en regelgeving.

Deze leden lezen dat jaarlijks middelen zijn gereserveerd voor IC-opscaling. Waarop is dat bedrag precies gebaseerd?

Het ministerie van VWS heeft het gereserveerde bedrag van € 35 miljoen destijds gebaseerd op de

⁸ Kamerstukken II, 2025-2026, 29 247, nr.464

beschikbaarheidsvergoeding die zorgverzekeraars in 2021 aan ziekenhuizen hebben verstrekt voor de opschaling tot 1150 bedden (fase 1 van het Opschalingsplan COVID-19). Hiermee is financiële ruimte om op te kunnen schalen.

Is dit bedrag volgens de minister voldoende om de gewenste basiscapaciteit daadwerkelijk te realiseren en in stand te houden? Zo nee, welk tekort verwacht zij dan?

Zorgverzekeraars hebben de zorgplicht om voldoende medisch-specialistische zorg in te kopen voor hun verzekerden. Onderdeel daarvan is het inkopen van voldoende IC-zorg. De totale uitgaven aan medisch specialistische zorg inclusief IC zorg zijn onderdeel van het macrokader msz.

Binnen het kader msz is sinds 2022 € 35 miljoen beschikbaar voor de Intensive Care (IC)-opschaling. Hiermee is ruimte geboden om eventuele meerkosten van IC opschalen tot 1150 bedden te bekostigen. Vanaf 2023 waren deze middelen onderdeel van het afgesproken msz kader in het Integraal Zorgakkoord. In de VWS begroting 2026 is deze € 35 miljoen buiten het msz kader gereserveerd omdat nog niet duidelijk is hoeveel middelen er precies nodig zijn.

Ook vragen deze leden hoe de minister straks wil toetsen of die basiscapaciteit in de praktijk daadwerkelijk wordt gehaald en behouden, en niet alleen op papier bestaat.

Het kabinet wil niet vooruitlopen op de uitkomsten van deze trajecten. Verdere uitwerking is nodig alvorens er uitspraken over de haalbaarheid en toezicht kunnen worden gedaan.

Naar aanleiding van het kader Opleiden en ontwikkelen als vanzelfsprekendheid. De leden van de PVV-fractie lezen dat fors wordt ingezet op strategisch opleiden, vervolgopleidingen, instroom, doorstroom en bij- en nascholing. Deze leden delen de opvatting dat het personeelstekort in de zorg een van de grootste problemen van dit moment is. Tegelijkertijd vragen zij hoe wordt voorkomen dat deze middelen te veel blijven hangen in subsidieregelingen, procesafspraken en algemene ontwikkeltrajecten, zonder dat dit voldoende merkbaar wordt op de werkvloer. Kan de minister concreet aangeven wat deze investering volgens haar moet opleveren? Hoeveel extra instroom, hoeveel extra opleidingscapaciteit en hoeveel

minder uitval of uitstroom verwacht zij hiermee te realiseren? Kan zij dit ook uitsplitsen naar sectoren of tekortberoepen?

Het opleiden en ontwikkelen van professionals in zorg en welzijn is een randvoorwaarde om de transitiedoelen in het AZWA te halen. Partijen in het AZWA hebben zich onder meer het doel gesteld om tot en met 2028 het stijgende arbeidsmarkttekort met 40.000 personen lager uit te laten komen, dan anders het geval zou zijn geweest. De investering die dit kabinet doet met de AZWA middelen voor het opleiden, draagt hier op twee manieren aan bij. Ten eerste door professionals met de juiste bij- en nascholing in staat te stellen de benodigde transities te kunnen maken zoals de beweging naar de voorkant, inzet van passende zorg en gebruik van technologische innovatie en AI. Ten tweede wordt beoogd dat de investering bijdraagt aan het verhogen van de instroom en het verlagen van de uitstroom van personeel. Met de beschikbare AZWA-middelen voor 2026 is de subsidie Strategisch Opleiden in Zorg en Welzijn (SO-Z&W) opgezet, waarmee een impuls wordt gegeven aan de in- en doorstroom en bij- en nascholing van medewerkers in zorg en welzijn in sectoren buiten het ziekenhuis. Momenteel worden gesprekken gevoerd met de AZWA-partijen over de wijze van besteding van de middelen per 2027 en verder. Om een concrete inschatting te maken van de lange termijn effecten op instroom en behoud van personeel is echter eerst een verdere uitwerking van de afspraken op het gebied van opleiding en scholing nodig. Daarbij stelt het ministerie van VWS de middelen beschikbaar en worden de doelen en monitoring samen met de betrokken AZWA-partijen verder uitgewerkt. In een eerdere brief is toegezegd dat de Kamer in de tweede helft van dit jaar nader geïnformeerd wordt over de opzet van de geïntegreerde IZA/AZWA monitor.⁹ Daarin zal de Kamer tevens op de hoogte worden gebracht van de voortgang op de inrichting van de doelen en monitoring voor de investering in opleiden en ontwikkelen zoals afgesproken in het AZWA.

De leden van de PVV-fractie lezen dat in 2026 uitvoering wordt gegeven via de subsidie Strategisch Opleiden Zorg en Welzijn. Welke partijen kunnen van deze regeling gebruikmaken? Op basis van welke voorwaarden gebeurt dat? En hoe wordt gewaarborgd dat middelen daadwerkelijk terechtkomen op plekken waar de personeelstekorten het grootst zijn?

⁹ Kamerstukken II, 31 765, nr. 976

De subsidie SO-Z&W is bedoeld voor alle werkgevers uit de sector zorg en welzijn buiten de msz. In het AZWA zijn middelen beschikbaar gesteld voor opleiding en bij- en nascholing buiten het ziekenhuis (en dus buiten de medisch-specialistische zorg). Organisaties die medisch-specialistische zorg verlenen kunnen daarom geen aanspraak maken op deze middelen en dus geen gebruik maken van deze subsidie (er is voor hen overigens wel een andere subsidie beschikbaar). Werkgevers in zorg en welzijn kunnen door deelname een financiële bijdrage ontvangen voor opleidingsactiviteiten met als doel het versterken van de instroom en doorstroom (activiteit 1) én het versterken van de kennis en vaardigheden op de thema's genoemd in het AZWA (activiteit 2). Onder activiteit 1 wordt op basis van een vooraf vastgestelde lijst bepaalde mbo- (BBL of derde leerweg) en hbo- (duaal of deeltijd) beroepsopleidingen gesubsidieerd. Het gaat hierbij alleen om opleidingen voor beroepen waar de tekorten groot zijn en/of die bijdragen aan de beweging naar voorkant. Onder activiteit 2 gaat het enkel om bij- en nascholingen die passen in de beweging van het AZWA. RegioPlus is de uitvoerder van deze subsidie en heeft op basis van de afspraken uit het AZWA een beoordelingskader opgenomen in het programma van eisen van het project.

Deze leden vragen daarnaast hoe wordt voorkomen dat geld vooral terechtkomt bij brede scholingstrajecten, plannen of organisatieontwikkeling, terwijl het grootste probleem juist zit in het tekort aan mensen op de werkvloer. Welke concrete resultaatsafspraken worden gemaakt om te borgen dat deze middelen ook echt bijdragen aan meer inzetbaar personeel, minder uitstroom en meer capaciteit in tekortsectoren? Ook vragen deze leden wanneer de Kamer de eerste concrete resultaten van deze investering kan verwachten.

Zoals op de vraag hierboven toegelicht wordt alleen subsidie verstrekt voor twee typen activiteiten, waarbij de aanvragen worden getoetst aan de hand van een beoordelingskader. Deze activiteiten zijn zo vastgesteld, omdat ze bijdragen aan het creëren van meer capaciteit in tekortsectoren. In het najaar van 2026 en in het voorjaar van 2027 deelt RegioPlus de voorlopig cijfers van de realisatie van de subsidie met het ministerie van VWS. Het gaat hier om de realisatie van de subsidieactiviteiten, dus niet om effecten op instroom en behoud. Dit voorlopige beeld van de realisatie zal voor de zomer van 2027 gedeeld worden met de Kamer. Het is niet mogelijk om deze realisatiecijfers direct te relateren aan de

instroom en het behoud van personeel. Bij de concretisering van de overige afspraken uit het AZWA rond opleiden en ontwikkelen, is het streven om hier wel een uitspraak over te kunnen doen. Zie hiervoor ook het antwoord op de vragen hierboven die gaan over wat de investering in opleiden en ontwikkelen uit het AZWA moet opleveren en wanneer de Kamer daarover een update ontvangt.

Naar aanleiding van het kader Doorbraakmiddelen. De leden van de PVV-fractie lezen dat in 2027 en 2028 jaarlijks € 400 miljoen beschikbaar komt voor doorbraakmiddelen, onder meer voor AI, medische technologie en hulpmiddelen. Deze leden vinden dat innovatie alleen zin heeft als die daadwerkelijk leidt tot minder werkdruk, meer tijd voor de patiënt en betere toegankelijkheid van zorg. Kan de minister daarom concreet aangeven aan welke voorwaarden projecten moeten voldoen om voor deze middelen in aanmerking te komen?

Het kabinet deelt deze opvatting. Een belangrijke voorwaarde voor de inzet van de doorbraakmiddelen is dat de impact op fte (arbeidsbesparing) leidend is om zo de zorg ook toegankelijk te houden. Daarom is gekeken naar de impact op de arbeidsinzet van initiatieven die er nu al zijn en die voor een deel tot stand zijn gekomen met de IZA-transformatiemiddelen. De initiatieven/toepassingsgebieden met de meeste potentie voor impact worden opgeschaald. Het gaat dus om toepassingsgebieden die daadwerkelijk leiden tot minder werkdruk, meer tijd voor de patiënt en een betere toegankelijkheid. Voor een nadere toelichting, de onderliggende onderzoeksrapportage en de opbouw van de modelplannen verwijst het kabinet de Kamer naar de recent toegezonden Kamerbrief over de doorbraakmiddelen.¹⁰ Daarnaast deelt het kabinet de opvatting van deze leden dat structurele inbedding essentieel is. Daarom geldt als basiseis dat de inzet van doorbraakmiddelen moet leiden tot duurzame effecten in de zorgpraktijk. Hiervoor is van belang dat er breed draagvlak bestaat bij zowel aanbieders als financiers. Dit draagvlak wordt via het bestuurlijke proces geborgd en waar relevant expliciet uitgewerkt in de modelplannen.

Genoemde leden lezen dat het kabinet wil voorkomen dat opnieuw het principe geldt van wie het eerst komt, die het eerst maalt. Welke governance wordt hiervoor precies uitgewerkt? Wie beslist straks over de toekenning, op basis

¹⁰ Kamerstukken II, 2025/2026, 31 765, nr. 981

van welke criteria en hoe wordt voorkomen dat vooral grote partijen of instellingen met de sterkste lobby er met het grootste deel van de middelen vandoor gaan?

Er wordt expliciet afgeweken van het 'wie het eerst komt, wie het eerst maalt'-principe door te werken met vooraf uitgewerkte modelplannen en één gelijktijdig beoordelingsmoment voor alle aanvragen. Plannen worden dus niet op volgorde van indiening beoordeeld. Zorgaanbieders kunnen een aanvraag doen die gebaseerd is op deze modelplannen. Doordat uitgegaan wordt van modelplannen is de beoordeling veel beperkter en uniformer. Deze modelplannen bevatten zoveel mogelijk normerende elementen, waaronder een onderbouwde businesscase, een beschrijving van randvoorwaarden, concrete mijlpalen en inhoudelijke en financiële kaders. Hiermee wordt beoogd de beoordelingslast te beperken en de uitvoerbaarheid en uniformiteit te vergroten.

Alleen in gevallen waarin regionale of lokale nadere invulling nodig is, of wanneer wordt afgeweken van het normatieve kader, vindt een aanvullende inhoudelijke beoordeling plaats. Voordat de daadwerkelijke aanvragen een beschikking krijgen geven de zorgverzekeraars een overzicht van het totaal aan aanvragen, zodat er door de AZWA partijen kan worden bijgestuurd als er onvoorzien sprake is van een over- of onderschrijding.

De leden van de PVV-fractie vragen daarnaast hoe de minister voorkomt dat deze middelen terecht komen bij tijdelijke pilots, adviestrajecten of technologische projecten die na afloop niet worden opgeschaald of uiteindelijk onvoldoende opleveren. Welke eisen worden gesteld aan aantoonbare arbeidsbesparing, opschaalbaarheid en structurele inbedding?

Zoals eerder toegelicht worden de doorbraakmiddelen ingezet om toepassingsgebieden waarvan verwacht wordt dat deze de meeste impact hebben op de arbeidsinzet. De selectie van toepassingsgebieden is vooraf zorgvuldig uitgevoerd op basis van het leidende criterium arbeidsbesparing (fte) en de daarmee samenhangende structurele impact op de zorgcapaciteit. Het betreft uitsluitend concreet uitgewerkte toepassingen die landelijk opschaalbaar zijn en aantoonbaar bijdragen aan het verminderen van personeelstekorten. In sommige gevallen gaat het om bestaande initiatieven die eerder met IZA-

transformatiemiddelen zijn ontwikkeld, maar nog niet landelijk zijn opgeschaald.

Daarnaast deelt het kabinet de opvatting van deze leden van de Kamer dat structurele inbedding essentieel is. Daarom geldt als basiseis dat de inzet van doorbraakmiddelen moet leiden tot duurzame effecten in de zorgpraktijk. Hiervoor is van belang dat er breed draagvlak bestaat bij zowel aanbieders als financiers. Dit draagvlak wordt via het bestuurlijke proces geborgd en waar relevant expliciet uitgewerkt in de modelplannen.

Ook vragen deze leden hoe wordt voorkomen dat technologie juist leidt tot extra registratielast, extra scholingsdruk of nieuwe afhankelijkheden van commerciële leveranciers, in plaats van tot verlichting op de werkvloer.

De inzichten en lessen vanuit de IZA-transformatiemiddelen zijn gebruikt voor de inzet en governance van de doorbraakmiddelen. In plaats van bottom-up plannen te laten ontwikkelen is met de doorbraakmiddelen gekozen voor focus: een aantal impactvolle en bestaande toepassingsgebieden, soms ontstaan met de inzet van IZA-transformatiemiddelen, worden landelijk opgeschaald. Door te werken met landelijke, generieke modelplannen blijven de administratieve lasten beperkter en verloopt het beoordelingsproces eenvoudiger. Tegelijkertijd erkent het kabinet dat de inzet van de middelen wel degelijk enige registratie en verantwoording vereist bovenop de reguliere bedrijfsvoering. Ook de inzet van een andere manier van werken brengt met zich mee dat zorgpersoneel hiervoor opgeleid moet worden.

Het kabinet is echter gezamenlijk met partijen van oordeel dat met de gekozen aanpak een goede balans is gevonden tussen noodzakelijke verantwoording en het beperken van administratieve lasten.

Ten aanzien van de afhankelijkheid van specifieke leveranciers is als basiseis voor de modelplannen opgenomen dat wordt beschreven hoe wordt voorkomen dat er ongewenste marktverstoringen optreden. Daarbij geldt dat toepassingsgebieden functioneel worden omschreven, in plaats van leveranciersspecifiek. Op die manier wordt geborgd dat verschillende aanbieders kunnen aansluiten en dat voldoende ruimte blijft bestaan voor

concurrentie, innovatie en toekomstige overstapmogelijkheden.

Naar aanleiding van het kader Regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden (RESV's). De leden van de PVV-fractie lezen dat structureel extra middelen worden toegevoegd voor regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden. Deze leden begrijpen dat samenwerking belangrijk is, maar zijn ook kritisch op nieuwe structuren waarvan het risico bestaat dat opnieuw geld verdwijnt in organisatie, overleg en vertegenwoordiging, in plaats van in directe zorg voor de patiënt. Kan de minister daarom concreet uiteenzetten hoeveel van deze middelen naar verwachting terechtkomt bij bestuur, coördinatie, ondersteuning en organisatie, en hoeveel daadwerkelijk ten goede komt aan betere zorgverlening in de wijk?

Deze middelen zijn bedoeld om te worden ingezet voor het goed samenwerken in hechte wijkverbanden en voor regionale coördinatie en afstemming daarvan. Deze regionale ondersteuning wordt niet geleverd door de zorgprofessionals zelf, maar door bijvoorbeeld regio- of wijkcoördinatoren. Daardoor kunnen de zorgverleners zich beter richten op - en tijd vrijhouden voor - hun kerntaak: passende zorg leveren in goede samenhang met andere aanbieders in de eerste lijn en het sociaal domein. Daarmee komen de middelen dus allemaal ten goede aan betere en meer samenhangende zorgverlening in de wijk.

De leden van de PVV-fractie lezen dat een RESV vijf hoofdtaken krijgt. Kan de minister per hoofdtaak toelichten waarom deze niet binnen bestaande samenwerkingsstructuren of bestaande organisaties kan worden ondergebracht? Waarom is hiervoor een nieuwe regionale laag nodig?

De eerstelijnszorg is nu niet samenhangend georganiseerd. Er zijn bestaande structuren, maar die zijn per beroepsgroep ingericht en lang niet alle beroepsgroepen in de eerste lijn hebben dit al (goed) staan. Het RESV is dus de verbindende factor waar in plaats van per beroepsgroep echt multidisciplinair gewerkt wordt, dit geldt voor alle vijf de hoofdtaken. Voor de inrichting van RESV's wordt het advies meegegeven aan regio's om gebruik te maken van bestaande structuren en afspraken en dit verder uit te bouwen.

Hierdoor hoeft vaak niet iets nieuws ingericht te worden maar worden bestaande structuren verstevigd en verrijkt.

Deze leden vragen bovendien hoe wordt voorkomen dat eerstelijnszorgaanbieders juist meer tijd kwijt zijn aan afstemming, vertegenwoordiging en regionale processen. Hoe wordt gemeten of deze RESV's daadwerkelijk bijdragen aan minder druk op de werkvloer en betere toegankelijkheid van zorg?

RESV's ontlasten zorgaanbieders door ze taken uit handen te nemen en de zorg meer in samenhang te organiseren. Ten aanzien van het 'meten', wordt de gehele inzet op de versterking eerstelijnszorg gemonitord. Dit heeft het kabinet ook aan de NZa meegegeven in de aanwijzing voor financiering van RESV's. Er is daarom expliciet gekozen voor een experimentbekostiging, waarin monitoring meeloopt en waar nodig kan worden bijgestuurd. Daarnaast financiert het kabinet, via ZonMw, een onderzoeksconsortium (MOVE¹¹) dat onderzoek doet naar de werkende mechanismen in het anders organiseren van de eerstelijnszorg. De onderzoeksresultaten daarvan worden verwacht in 2028/2029.

Deze leden lezen verder dat sprake is van een experimentbekostiging tot en met 2032. Waarom is gekozen voor zo'n lange looptijd? Wanneer wordt tussentijds geëvalueerd? En op welk moment kan worden besloten om bij tegenvallende resultaten te stoppen of bij te sturen?

De genoemde experimentfase kent een standaard looptijd van maximaal vijf jaar, deze start per 2027 en loopt tot en met 2031. Dit is een logisch tijdspad omdat met alle betrokken partijen in de eerstelijnszorg bij de opstart een fasering is afgesproken. De ingezette verandering heeft tijd nodig om regionaal en in de wijken gerealiseerd te worden. RESV's ondergaan een ontwikkeling met een looptijd tot 2030, waarin uiteindelijk alle hoofdtaken worden uitgevoerd. Pas na 2030 zal een volledige evaluatie over de voortgang van de RESV ontwikkeling in relatie tot de beleidsregel plaats kunnen vinden. Vervolgens is er tijd nodig om de bekostiging structureel in te regelen en op te nemen in het inkoopbeleid van verzekeraars. Daarom moet uiterlijk medio 2030 duidelijk zijn hoe de bekostiging per 2032 verder gaat.

¹¹ Mechanismen voor Ondersteuning van de Versterking Eerstelijn

Het kabinet heeft de NZa daarnaast meegegeven dat minimaal jaarlijks de voortgang zal worden gemonitord en met de betrokken partijen in de eerstelijnszorg wordt geëvalueerd. Indien gewenst, kan er zodoende al tijdens de looptijd van het experiment op bepaalde punten worden bijgestuurd.

Naar aanleiding van onderdeel Algemeen. De leden van de PVV-fractie merken op dat in meerdere kaders wordt verwezen naar monitoring via brede AZWA-voortgangsrapportages. Deze leden vragen de minister of zij bereid is de Kamer per onderdeel ook afzonderlijk en concreet te informeren over de besteding van middelen, de voortgang, de uitvoeringsproblemen en de meetbare resultaten, zodat de Kamer niet alleen op hoofdlijnen maar ook echt inhoudelijk en financieel kan controleren.

In de Kamerbrief van 9 april jl. is toegelicht dat met de totstandkoming van het AZWA de komende periode wordt benut om tot een geïntegreerde IZA/AZWA-monitor te komen.¹² Met deze geïntegreerde monitor wil het kabinet effectiever kunnen sturen op de voortgang. De Kamer wordt in de tweede helft van 2026 over de opzet van deze geïntegreerde monitor geïnformeerd. Tegelijkertijd ontvangt de Kamer dan de resultaten van de jaarlijkse reeds bestaande landelijke IZA-monitoring.

Daarnaast zijn er voor financiële verantwoording, inclusief doelmatige besteding, reguliere processen ingericht om de Kamer te informeren. Dit gebeurt bij de verschillende begrotingsstukken. Zo bevat de ontwerpbegroting een subsidieoverzicht en wordt in het jaarverslag gereflecteerd op de effectiviteit van de begrotingsgefinancierde uitgaven.

Deze leden vragen daarnaast hoe de minister over de volle breedte wil voorkomen dat AZWA-middelen vooral neerslaan in bestuurlijke drukte, regionale overlegstructuren, experimenten en proceskosten, terwijl de problemen op de werkvloer en de druk op de toegankelijkheid van zorg onverminderd groot blijven.

Vooropgesteld staat dat zowel iedereen werkzaam in zorg en welzijn, alsmede het kabinet, wil dat middelen nuttig besteed worden aan goede zorg en ondersteuning voor wie dat nodig heeft. Het is een gezamenlijke inspanning om middelen zoveel mogelijk op de juiste plek te laten landen.

¹² Kamerstukken II, 2025/2026, 31 765, nr. 976

Daarom is onder andere afgesproken bij de verdere uitwerking van de AZWA-afspraken expliciet aandacht te besteden aan de regeldrukeffecten, bijvoorbeeld door het doen van praktijkchecks met zorgprofessionals en uitvoeringstoetsen. Ook worden de inzichten en lessen vanuit de IZA-transformatiemiddelen gebruikt voor de inzet en governance van de doorbraakmiddelen. In plaats van bottom-up plannen te laten ontwikkelen is met de doorbraakmiddelen gekozen voor focus: een aantal impactvolle en bestaande toepassingsgebieden, vaak ontstaan met de inzet van transformatiemiddelen, worden landelijk opgeschaald. Door te werken met landelijke, generieke modelplannen blijven de administratieve lasten beperkt en verloopt het beoordelingsproces eenvoudiger. Modelplannen zijn landelijke, gestandaardiseerde plannen die per gekozen toepassingsgebied als format dienen voor de uitwerking en opschaling, zodat administratieve lasten beperkt blijven en beoordeling eenvoudiger wordt.

Tot slot vragen de leden van de PVV-fractie de minister om per onderdeel zo concreet mogelijk inzichtelijk te maken welk effect zij in 2027, 2028 en daarna verwacht op de toegankelijkheid van zorg, de arbeidsmarkttekorten, de wachttijden en de doelmatige inzet van zorggeld.

Met het AZWA hebben het ministerie van VWS en de betrokken partijen twee transitiedoelen toegevoegd rondom toegankelijkheid en het arbeidsmarkttekort. Daarnaast is aan het AZWA een financiële opgave gekoppeld, namelijk het doortrekken van de groeipercentages van het laatste IZA-jaar (2026). Deze doelstellingen worden behaald door het samenhangende geheel van de AZWA-afspraken. Het is niet mogelijk om dit uit te splitsen naar verschillende afspraken.

In de Kamerbrief van 9 april jl. is toegelicht dat met de totstandkoming van het AZWA de komende periode wordt benut om tot een geïntegreerde IZA/AZWA-monitor te komen.¹³ Met deze geïntegreerde monitor wil het kabinet effectiever kunnen sturen op de voortgang. De Kamer wordt in de tweede helft van 2026 over de opzet van deze geïntegreerde monitor geïnformeerd. Tegelijkertijd ontvangt de Kamer dan de resultaten van de jaarlijkse reeds bestaande landelijke IZA-monitoring.

¹³ Kamerstukken II, 2025/2026, 31 765, nr. 976

De leden van de CDA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de minister over de CW3.1 kaders van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en hebben op dit moment geen aanvullende vragen of opmerkingen.

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de brief inzake de CW3.1 kaders voor verschillende onderdelen uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Deze leden hebben daarover nog enkele vragen.

De leden van de BBB-fractie lezen dat met de subsidie Strategisch Opleiden Zorg en Welzijn wordt ingezet op het versterken van de lerende omgeving, onder meer door extra opleidingsplekken te realiseren voor beroepen waar de tekorten het grootst zijn. Deze leden onderschrijven het belang daarvan, zeker gezien de groeiende personeelstekorten in de zorg. Zij vragen in dit verband hoe de minister de adviezen van het Capaciteitsorgaan betreft bij de invulling van deze opleidingsinspanningen. Kan de minister bevestigen dat het kabinet bij de verdeling van opleidingsplaatsen blijft uitgaan van de onafhankelijke adviezen van het Capaciteitsorgaan? Zo nee, waarom niet, en welke alternatieve afwegingen worden dan gemaakt?

De subsidie SO-Z&W en de ramingen van het Capaciteitsorgaan staan los van elkaar. Met de subsidie SO-Z&W worden de werkgeverskosten voor zowel kwalificerende beroepsopleidingen op MBO/HBO als de kosten voor bij- en nascholing binnen AZWA-thema's gesubsidieerd. Binnen dit instrument wordt geen subsidie verstrekt voor de medische vervolgopleidingen die onderdeel zijn van de instroomadviezen van het Capaciteitsorgaan.

De ramingen voor (medische) (vervolg)opleidingen worden wél gebruikt bij het beschikbaar stellen van opleidingsplekken via de beschikbaarheidsbijdrage en/of via de begroting van het ministerie van VWS. Het kabinet zal bij de beschikbaarstelling van opleidingsplaatsen voor (medische) (vervolg)opleidingen blijven uitgaan van de onafhankelijke adviezen van het Capaciteitsorgaan. Hoewel de adviezen in de basis zoveel mogelijk worden gevolgd kunnen er inhoudelijke en/of budgettaire redenen zijn om af te wijken van een advies.

De leden van de BBB-fractie wijzen erop dat er momenteel in sommige medische specialismen een groot aantal vacatures bestaat, terwijl er tegelijkertijd voldoende belangstelling is voor de opleiding. Zo staan er volgens signalen uit het veld ruim honderd vacatures open voor spoedeisende hulpartsen, terwijl het aantal sollicitanten voor de opleiding groot is en de opleidingscapaciteit aanwezig zou zijn. Deze leden vragen hoe de minister deze discrepantie verklaart en wat er wordt gedaan om ervoor te zorgen dat beschikbare opleidingscapaciteit daadwerkelijk wordt benut voor beroepen waar de tekorten het grootst zijn.

De bekostiging van deze opleiding loopt via de beschikbaarheidsbijdrage en staat los van de middelen die met het AZWA beschikbaar zijn gekomen voor opleiden en bij- en nascholing buiten het ziekenhuis.

Volgens de raming van het Capaciteitsorgaan (2025) is er bij de spoedeisende geneeskunde inderdaad een groot tekort. Tevens is er voor de SEH sprake van een toenemende en complexere acute zorgvraag. Het Capaciteitsorgaan adviseert mede daarom om de instroom voor SEH fors op te hogen van 42 naar 61 opleidingsplaatsen. Voor veel (andere) (medische) vervolgopleidingen adviseert het Capaciteitsorgaan in 2025 overigens een lichte stijging van opleidingsaantallen, mede door de vervangingsvraag, de bestaande tekorten en de groeiende zorgvraag. Tegelijk blijven in sommige perifere regio's vacatures moeilijk te vervullen waardoor de werkdruk en het werkplezier afnemen en het risico op vroegtijdige uitval toeneemt. Er kan een regionale mismatch zijn, hoewel er voldoende belangstelling voor de opleiding bestaat.

De Tweede Kamer is recent geïnformeerd over de ophoging van het aantal opleidingsplaatsen voor SEH artsen voor 2027 door middel van de kabinetsreactie op de ramingen van het Capaciteitsorgaan voor de periode 2027-2030.¹⁴

Daarnaast vragen deze leden hoe bij het vergroten van de instroom ook rekening wordt gehouden met de regionale spreiding van zorgprofessionals. Zij wijzen erop dat personeelstekorten zich niet alleen per beroepsgroep voordoen, maar ook sterk regionaal verschillen. Wordt bij het beleid rondom opleidingsplaatsen en instroom ook expliciet gekeken naar de regionale verdeling van zorgprofessionals?

¹⁴ Kamerstukken II, 2025/2026, 29 282, nr. 630

Voor de (medische) vervolgoopleidingen die worden bekostigd via de beschikbaarheidsbijdrage worden, naast de totale aantallen per specialisme, verdeelcriteria vastgelegd in een aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Over de verdeling van de opleidingsplaatsen brengen de Stichting BOLS en TOP Opleidingsplaatsen advies uit. Voor de medisch-specialistische opleidingsplaatsen is in 2024 het verdeelcriterium 100% adherentie voor alle instellingen geïntroduceerd. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan de motie Paulusma, die vraagt om een verdeling van opleidingsplaatsen voor medisch specialisten die aansluit bij de bevolkingsomvang naar regio (Kamerstuk 29247, nr. 369). Met dit criterium is een eerste stap gezet om een evenwichtige spreiding van medisch specialisten over de regio's te bewerkstelligen. Met Stichting BOLS vinden op dit moment gesprekken plaats over de uitwerking van een nieuw verdeelcriterium dat uitgaat van de toekomstige regionale zorgvraag. Daarnaast gaan opleiders in ggz steeds meer in regionale samenwerkingsverbanden werken. In het toewijzingsproces van TOP Opleidingsplaatsen wordt dit gestimuleerd met een beperkt aantal plaatsen.

De leden van de BBB-fractie wijzen in dit verband op onderzoek van het UMC Utrecht waaruit blijkt dat het huidige toelatingsbeleid van de geneeskundeopleiding regionale huisartsentekorten in stand kan houden, doordat studenten vaak afkomstig zijn uit regio's waar al relatief veel artsen zijn en daar later ook terugkeren. In verschillende landen bestaan daarom selectieregelingen waarbij studenten uit regio's met tekorten extra kans krijgen op een opleidingsplek, mits zij zich later voor een bepaalde periode aan die regio verbinden. Deze leden vragen hoe de minister naar dergelijke modellen kijkt. Worden de inzichten uit dit onderzoek betrokken bij het beleid rond de instroom in medische opleidingen? Ziet de minister mogelijkheden om, bijvoorbeeld via selectie, regionale opleidingsplaatsen of andere instrumenten, meer studenten uit (en binnen) regio's met tekorten op te leiden, zodat zij later ook in die regio's aan het werk gaan?

Om meer zicht op het vraagstuk van regionale tekorten aan huisartsen(zorg) en mogelijke beleidsopties te krijgen wordt momenteel, in samenwerking met het veld en het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW), een verkenning uitgevoerd naar kansrijke interventies om de spreiding van huisartsen over het land te verbeteren. Dit

gebeurt naar aanleiding van een afspraak in het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord (afspraak D3) en is in lijn met de aangenomen motie van het lid Wiersma.¹⁵ De Kamer is hierover reeds geïnformeerd.¹⁶

In deze verkenning wordt naast kennis over de instroom in de initiële opleiding geneeskunde ook de door de leden genoemde inzichten en buitenlandse voorbeelden betrokken, waaronder de relatie tussen herkomst van studenten en latere vestigingsplaats, evenals ervaringen met selectie- en opleidingsmodellen gericht op regionale binding. Daarbij wordt onder meer gekeken hoe de inzet op regionaal opleiden in de huisartsenopleiding kan worden versterkt. Tegelijkertijd geldt dat de toelating tot de geneeskundeopleiding decentraal is belegd bij onderwijsinstellingen, binnen de kaders van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW). Dit betekent dat de sturingsmogelijkheden van het kabinet op selectiecriteria begrensd zijn. Hierover is de Tweede Kamer eerder geïnformeerd middels een Kamerbrief en in de beantwoording van een eerder schriftelijk overleg.¹⁷

In de verkenning zal het kabinet naast het werving- en selectiebeleid ook breder kijken naar maatregelen die het vestigingsgedrag van (toekomstig) huisartsen beïnvloeden. Ook het vestigingsklimaat in de regio's met tekorten speelt bijvoorbeeld mee bij de afweging of een student daar later aan de slag wil gaan als huisarts. Het kabinet onderzoekt met de verkenning welke maatregelen het meest kansrijk zijn om de tekorten in deze regio's tegen te gaan. De uitkomsten van de verkenning worden in het derde kwartaal van 2026 met de Kamer gedeeld. Op basis hiervan zal het kabinet een vervolgaanpak aan de Kamer voorleggen.

De leden van de BBB-fractie lezen dat vanaf 2027 € 70 miljoen structureel wordt toegevoegd aan het budgettaire kader multidisciplinaire zorg om de regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden (RESV's) te financieren. Deze leden onderschrijven het belang van goede regionale samenwerking in de eerstelijnszorg. Tegelijkertijd constateren deze leden dat de tekorten in de eerstelijnszorg in sommige regio's zeer groot zijn. In verschillende delen van het land staan huisartsenpraktijken onder zware druk of verdwijnen zelfs uit regio's, waardoor inwoners steeds

¹⁵ Kamerstukken II, 2025/2026, 33 578, nr. 175

¹⁶ Kamerstukken II, 2025/2026, 33 578, nr. 179

¹⁷ Kamerstukken II, 2025/26, 33 578, nr. 171

verder moeten reizen voor basiszorg. De leden van de BBB-fractie vragen daarom hoe de minister heeft bepaald dat het beschikbare budget toereikend zal zijn voor de uitvoering van de taken van de RESV's. Op welke aannames is dit bedrag gebaseerd, en is daarbij rekening gehouden met de grote regionale verschillen in zorgvraag en personeelsbeschikbaarheid?

Dit bedrag is gebaseerd op de subsidies die regio's op dit moment ontvangen via ZonMw om onder meer RESV's op te zetten en hechte wijkverbanden te versterken. Per regio bestaat de hoogte van het bedrag uit een vast deel en een deel wat is bepaald op basis van inwonersaantallen. Gedurende het bekostigingsexperiment moet in de komende jaren blijken of dit bedrag toereikend zal zijn voor de benodigde doorontwikkeling die de regio's beogen. Het kabinet heeft de NZa in de aanwijzing meegegeven, dat minimaal jaarlijks de voortgang zal worden gemonitord en met de betrokken partijen in de eerstelijnszorg wordt geëvalueerd.

Daarnaast vragen deze leden hoe de minister wil voorkomen dat verschillen tussen regio's verder toenemen. Is de minister het met deze leden eens dat het in een land als Nederland onwenselijk is dat de toegang tot eerstelijnszorg sterk afhankelijk wordt van de postcode van een patiënt? Op welke manier dragen de RESV's concreet bij aan het verkleinen van regionale verschillen in toegankelijkheid van zorg?

De toegang tot zorg mag niet afhankelijk zijn van waar je woont, maar regionale verschillen komen op dit moment wel voor. Doel van de versterking van de eerstelijnszorg is juist om de toegankelijkheid overal te verbeteren en zo de verschillen tussen regio's te verkleinen. Daarom is één van de vijf hoofdtaken van een RESV het regionaal organiseren van capaciteit en toegankelijkheid in de eerstelijnszorg. Dat vraagt voor iedere regio een verschillende inzet, die zich passend verhoudt tot de betreffende zorgvraag en het beschikbare aanbod. Afhankelijk van de uitdagingen in de regio zal een RESV in de regio meer of minder inzet leveren op deze hoofdtaak. Deze vrijheid wordt aan regio's geboden, gebaseerd op regiobeelden en regioplannen die iedere regio heeft opgesteld.

De leden van 50PLUS-fractie danken de minister voor het toezenden van de brief en bijlagen inzake CW3.1 kaders voor

AZWA-onderdelen. Zij willen hierover nog enkele vragen stellen.

Met betrekking tot het doel aanpak van zorgfraude: op basis waarvan zijn deze bedragen vastgesteld? En op basis waarvan verwacht de minister dat dit genoeg is? Zijn er als dit nodig blijkt, mogelijkheden om dit te intensiveren?

De middelen voor de aanpak van zorgfraude vanuit het AZWA zijn gebaseerd op de beleidskeuzes, zoals uitgewerkt in het CW3.1-kader. In dit kader wordt per maatregel inzicht gegeven in de doelen, de beoogde inzet van instrumenten, de financiële gevolgen en de verwachte doeltreffendheid en doelmatigheid. De beschikbare middelen dragen bij om de huidige aanpak substantieel te versterken. Het betreft een samenhangend pakket van maatregelen, waaronder versterking van toezicht, betere gegevensuitwisseling, uitbreiding van capaciteit en met name een stevigere inzet op preventie, zoals het aanscherpen van toetsing aan de voorkant.

Het kabinet investeert in maatregelen gericht op het voorkomen, signaleren en bestrijden van zorgfraude, maar zet ook in op een bredere set aan hervormingen binnen het zorgstelsel die bijdragen aan het vergroten van de weerbaarheid tegen fraude en oneigenlijk gebruik van zorggeld. In het coalitieakkoord en de beleidsbrief van het ministerie van VWS zijn verschillende maatregelen aangekondigd die primair gericht zijn op het toegankelijk, betaalbaar en houdbaar houden van de zorg. Al deze zaken dragen bij aan het verkleinen van frauderisico's. Tegelijkertijd geldt dat fraude in de zorg nooit volledig kan worden voorkomen. In juni aanstaande volgt een uitgebreide Kamerbrief waarin wordt ingegaan op deze zaken.

De aard van zorgfraude is complex en veranderlijk, en de effectiviteit van maatregelen is afhankelijk van diverse gedragseffecten en samenwerking in de keten. Monitoring en evaluatie van de ingezette maatregelen zijn daarbij relevant, zodat tijdig kan worden bijgestuurd. Indien hieruit blijkt dat aanvullende inzet nodig en effectief is, bestaan er mogelijkheden om de aanpak verder te intensiveren. Dit kan bijvoorbeeld via herprioritering binnen de bestaande middelen.

Ten aanzien van de IC-Basiscapaciteit: op welke termijn wil de minister meer duidelijkheid hebben? Gezien de urgentie is een open einde immers niet gewenst.

Het kabinet is gestart met een verkenning naar wet- en regelgeving voor het vastleggen van een basiscapaciteit van het aantal beschikbare IC-bedden.¹⁸ Om een zorgvuldige afweging te maken, wil het kabinet eerst met de veldpartijen in gesprek over hoe zij het toekomstbestendig IC-landschap voor zich zien. Vertegenwoordigers van ziekenhuizen, intensivisten, IC-verpleegkundigen, verzekeraars en patiënten zijn vorige jaar gestart met een intensief traject om samen om landelijke kaders voor een toekomstbestendig IC-landschap op te stellen. Een onderdeel van dit traject is het zo goed mogelijk borgen van IC-beschikbaarheid in situaties met een hogere zorgvraag zoals een pandemie.

Voor de zomer zullen zij het ministerie informeren over de voorlopige uitkomsten. Het kabinet vindt het belangrijk om de uitkomsten van dit traject mee te wegen alvorens wet- en regelgeving op te stellen. Het kabinet zal u voor de zomer informeren over de uitkomsten van dit traject en de verkenning naar wet- en regelgeving.

De leden van de Groep Markuszower hebben kennisgenomen van de voorliggende stukken en wachten de reactie van de minister met belangstelling af.

¹⁸ Kamerstukken II, 2025/2026, 29247, nr.464