

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk

4335503-1093452-PZO

Bijlage(n)

1

Uw kenmerk

29247

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Datum 9 februari 2026

Betreft Schriftelijk Overleg (SO) inzake Inbreng Advies NZa Deel 2
budgetbekostiging acute verloskunde (AV) 29247 nr. 467

Geachte voorzitter,

Hierbij ontvangt u de antwoorden op de vragen die zijn gesteld door de commissie
Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 19 januari 2026 inzake de brief 'Advies NZa
deel 2 budgetbekostiging acute verloskunde (AV)'.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Jan Anthonie Bruijn

29 247

Acute zorg

Nr.

INBRENG VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 2026

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 3 oktober 2025 inzake Advies NZa deel 2 budgetbesteding acute verloskunde (AV) (Kamerstuk 29 247, nr. 467).

De vragen en opmerkingen zijn op 19 januari 2026 aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van zijn de vragen beantwoord.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Meijerink

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	
	Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	3
	Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie	3
	Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	4
	Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie	4
	Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	6
II.	Reactie van de minister	6

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van het tweede deel van het uitvoeringsadvies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over budgetbekostiging voor de acute verloskunde, evenals de Kamerbrief waarin de minister aangeeft dit advies te volgen en af te zien van invoering van budgetbekostiging voor de acute verloskunde.

Deze leden waarderen het dat de minister de duidelijke conclusies van de NZa overneemt. De NZa laat overtuigend zien dat budgetbekostiging voor de acute verloskunde geen passende oplossing is voor de knelpunten in de geboortezorg en zelfs risico's met zich meebrengt voor de toegankelijkheid van zorg en de samenwerking in de keten. Ook andere veldpartijen onderschrijven deze analyse. De leden van de D66-fractie willen graag van de minister weten welke oplossingsrichtingen hij ziet voor de financiering en organisatie van de geboortezorgketen, nu budgetbekostiging voor de acute verloskunde is afgefallen. Zij vragen welke alternatieven de minister overweegt, hoe hij de voor- en nadelen van deze opties weegt in het licht van kwaliteit, toegankelijkheid en arbeidsmarktkrapte, en op welke termijn de Kamer hierover nader wordt geïnformeerd.

Tot slot wijzen de leden van de D66-fractie op de conclusie van de NZa over de grote arbeidsmarkttekorten in de geboortezorg en het risico dat maatregelen die hier onvoldoende rekening mee houden kunnen leiden tot verdere uitstroom van personeel. Juist in de huidige situatie van schaarste is het van belang dat beleidskeuzes niet alleen gericht zijn op kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, maar ook expliciet bijdragen aan het behoud en de duurzame inzet van zorgprofessionals. De leden vragen de minister hoe hij dit perspectief meeneemt in zijn vervolgstappen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van het rapport budgetfinanciering Acute geboortezorg en daarover hebben deze leden nog enkele vragen.

In het rapport wordt een definitie gegeven van wat acute geboortezorg is: "24/7 beschikbaarheid van professionals en faciliteiten voor acute situaties rond

zwangerschap en geboorte". Maar volgens de voornoemde leden is dit natuurlijk geen definitie van wat acute geboortezorg is. Er wordt überhaupt geen poging gedaan deze definitie te geven. En natuurlijk leidt dit dan tot zoveel onduidelijkheden als dat er nu zijn. Is de minister dit met de leden eens? Kan de minister met een meer concrete definitie van acute geboortezorg komen? Volgens de leden van de PVV-fractie leidt dit ertoe dat er almaar nieuwe onderdelen van de geboortezorg door diverse partijen worden toegevoegd aan de kaders van budgetfinanciering. Volgens de voornoemde leden is dat zand in de motor en wordt de spreiding waarover bekostigd moet worden steeds groter en de financiering per potje steeds kleiner. Is de minister het daarmee eens, en wat is zijn inspanning geweest om tot een helder afgebakende definitie te komen en daarmee ook de uitdijende spreiding te voorkomen?

De voornoemde leden viel nog een opmerkelijke maar ook zorgelijke opmerking op in het rapport. Er wordt gesteld dat budgetfinanciering in de geboortezorgsector (maar ook in andere sectoren) kan leiden tot zogenaamde oneigenlijke "volmeldingen" waardoor zorgvraag zou moeten uitwijken naar andere centra. Is de minister het met de voornoemde leden eens dat dit in principe frauduleus handelen is, waarbij het oog niet op de zorgvrager gericht is maar puur gericht is op zo makkelijk mogelijk geld verdienen?

Tot slot nog enkele korte specifieke vragen. Waarom kan optie 1 of 2 niet sneller dan in 2028 ingevoerd worden, bijvoorbeeld al in 2027, als de basis al lijkt op bestaande beschikbaarheidsbijdragen? Welke concrete stappen kunnen versneld worden om dit te realiseren voor alle acute zorg, inclusief verloskunde, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

Hoe kan de regering ondanks de genoemde risico's op toegankelijkheid toch budgetbekostiging invoeren met verplichte inhoudelijke afspraken over personeel en capaciteit, om sluitingen van acute verloskunde-afdelingen te voorkomen en de hele acute zorgsector te stabiliseren?

De NZa benadrukt dat budgetbekostiging geen oplossing is voor personeelsschaarste – maar waarom niet combineren met extra investeringen in opleidingen en werving, zodat het wél werkt? Wat blokkeert een integrale aanpak voor alle acute sectoren, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

Ook vragen deze leden: waarom IGO's uitsluiten en niet juist opnemen in budgetbekostiging om samenwerking te versterken? Zou dit niet passen bij een bredere, snelle transitie naar minder marktwerking in de zorg, zoals door genoemde leden wordt bepleit?

Het rapport ziet beperkte bijdrage aan doelstellingen – maar vanuit nationaal belang: hoe kan de minister de NZa opdragen om een versnelde pilot te starten voor acute verloskunde, gekoppeld aan andere acute zorg zoals SEH, om financiële zekerheid te garanderen en buitenlandse afhankelijkheid in de zorg te verminderen?

Genoemde leden vragen de minister de beantwoording voor de behandeling van de begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2026 aan de Kamer te doen toekomen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit over de mogelijkheden voor budgetbekostiging voor acute verloskunde. Zij kunnen zich vinden in de conclusie van de zorgautoriteit dat budgetbekostiging voor acute verloskunde geen goed idee is. De leden van de VVD-fractie hebben geen verdere opmerkingen of vragen.

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

De leden van GroenLinks-PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de regering over Advies NZa deel 2 budgetbekostiging acute verloskunde (AV). Het betreurt de genoemde leden dat budgetbekostiging volgens de NZa geen soelaas biedt voor de problemen in de sector. Goede toegankelijke acute verloskunde is namelijk van essentieel belang. De leden hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen over.

De leden van GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat het advies van de NZa is om geen budgetbekostiging in te voeren voor de AV omdat het amper bijdraagt aan de doelstellingen en het geen oplossing biedt voor de problemen in de keten. Kan de minister nader toelichten hoe het zijns inziens deze knelpunten wel kan aanpakken? Wanneer worden de eerste resultaten verwacht van de Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg?

De genoemde leden lezen dat de grootste knelpunten zitten bij obstetrie- en gynaecologieverpleegkundigen, neonatologie-verpleegkundigen en kraamverzorgenden. Kan de minister ingaan op de regionale verdeling van deze knelpunten? Hoe staat het in algemene zin met de regionale verdeling van acute verloskunde? Kan de minister een overzicht geven van gesloten 'afdelingen' van de afgelopen tien jaar? Daarnaast lezen de leden dat een relevant probleem de ontwikkeling is waarin de laatste decennia steeds meer locaties voor poliklinische en klinische verloskunde zijn gesloten, over het algemeen het gevolg van een fusie of een faillissement. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie willen een einde aan het sluiten van essentiële onderdelen van ziekenhuizen om financiële redenen. Kan worden toegelicht waarom het in dit soort gevallen volgens de minister niet wenselijk is om budgetbekostiging in te voeren? Welke andere opties ziet de minister om deze ontwikkeling tegen te gaan? Welke van deze opties overweegt de minister?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het rapport van de NZa over de invoering van budgetbekostiging in de acute verloskunde en de reactie van de minister hierop. Deze leden hebben nog enkele vragen.

De leden van de CDA-fractie lezen dat de NZa geen voorstander is van de invoering van budgetbekostiging omdat het geen oplossing is voor de problemen die spelen. Die problemen zijn onder andere een tekort aan verpleegkundigen en kraamverzorgenden en een veranderde zorgvraag en een veranderd zorgaanbod. Deze leden kunnen de conclusie dat deze problemen niet (toereikend) worden opgelost bij invoering van budgetbekostiging volgen en vinden het vooral belangrijk dat verder gewerkt wordt aan verbetering van de geboortezorgketen en

oplossingen voor de geschetste problemen. Deze leden lezen dat de minister verwijst naar de Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg, maar zouden graag een uitgebreidere reactie horen hoe de minister werkt aan de oplossingen en wat die oplossingen zijn. Zij vragen in dit kader ook hoe gewerkt wordt aan meer inzicht en transparantie over de tweedelijns acute verloskunde.

De leden van de CDA-fractie hebben nog enkele vragen over het rapport van de NZa. Deze leden vragen ten eerste of de minister kan aangeven of het hier vooral een afbakeningsprobleem betreft, of een keuze omdat het niet bijdraagt aan de inhoudelijke doelstellingen.

Deze leden lezen dat de NZa aangeeft dat budgetbekostiging kan leiden tot meer volmeldingen in ziekenhuizen en dus ook niet tot meer samenwerking en vragen hierop een nadere toelichting. Deze leden maken ook de vergelijking met de invoering van budgetbekostiging op de spoedeisende hulp. Zij vragen waarom dit in het geval van de spoedeisende hulp anders is dan bij de acute verloskunde, als het gaat om volmeldingen maar ook meer samenwerking.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van het advies Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) deel 2 budgetbekostiging acute verloskunde (AV). Deze leden hebben de volgende vragen aan de minister.

De leden van de BBB-fractie zijn diep teleurgesteld over het besluit van de minister om af te wijken van het coalitieakkoord en de breed gedragen wens in de Kamer om budgetbekostiging voor acute verloskunde in te voeren. De leden hebben zich steeds uitgesproken vóór een structurele, vaste financiering van acute verloskunde, juist om de regionale geboortezorg te beschermen tegen verdere afkalving en marktwerking. Het is voor de leden onbegrijpelijk dat de minister, ondanks de duidelijke opdracht uit het coalitieakkoord en de moties uit de Kamer, kiest voor het volgen van een negatief NZa-advies zonder een alternatief te bieden voor regio's die nu al kampen met sluitingen, personeelstekorten en onacceptabele risico's voor zwangere vrouwen.

De leden van de BBB-fractie constateren dat uit de adviezen blijkt dat de NZa vooral wijst op mogelijke "maatschappelijk negatieve effecten" van budgetbekostiging, zoals het risico op meer volmeldingen en een vermeende verslechtering van de samenwerking. Tegelijkertijd wordt erkend dat het huidige systeem niet in staat is om de bereikbaarheid en continuïteit van acute verloskunde te waarborgen. Waarom wordt er gekozen voor het handhaven van een systeem dat bewezen niet werkt voor kwetsbare regio's, in plaats van te kiezen voor een structurele oplossing die juist zekerheid biedt aan ziekenhuizen en zwangere vrouwen?

Ook constateren de leden dat er tegenwoordig minder zwangeren zijn, terwijl er tegelijkertijd meer personeel dan ooit werkzaam is (geweest) binnen deze sector. Doet men wel de juiste dingen, of zijn er perverse financiële prikkels die leiden tot inefficiënte inzet van personeel en middelen?

Daarnaast zijn de leden van de BBB-fractie verbaasd over de argumentatie dat budgetbekostiging niet zou bijdragen aan het oplossen van personeelstekorten, terwijl juist financiële onzekerheid en het ontbreken van vaste budgetten een belangrijke oorzaak zijn van het vertrek van professionals en het sluiten van afdelingen.

Kan de minister toelichten waarom het NZa-advies kritiekloos wordt overgenomen, terwijl in andere sectoren (zoals SEH) budgetbekostiging wél wordt ingevoerd? Waarom wordt er voor acute verloskunde en Intensive Care een andere norm gehanteerd?

Ook wijzen deze leden erop dat in het coalitieakkoord glashelder is gekozen voor de keuze van vaste financiering van acute verloskunde, SEH en IC. De leden vragen de minister waarom deze heldere lijn uit het coalitieakkoord wordt losgelaten, zonder dat er een alternatief wordt geboden voor de regio's die nu opnieuw de rekening betalen?

Verder constateren de leden van de BBB-fractie dat het besluit van de minister vooral is ingegeven door een negatief advies van de NZa en niet door een eigen visie op de toekomst van de geboortezorg. Waarom wordt er geen enkele politieke regie genomen en waarom kiest de minister niet voor een pilot of overgangsregeling, zoals in andere sectoren wel gebeurt, om de acute verloskunde in kwetsbare regio's te beschermen tegen verdere afkalving? Wat is de minister zijn visie op de toekomst van de geboortezorg, wat is zijn reactie op het handhaven van een systeem dat bewezen niet werkt voor kwetsbare regio's? Wat voor alternatief plan heeft de minister voor kwetsbare regio's?

Vornoemde leden zijn daarnaast kritisch op de wijze waarop de maatschappelijke effecten van het besluit zijn gewogen. Uit de nieuwsberichten blijkt dat het aantal verloskundeafdelingen in Nederland de afgelopen jaren fors is afgenomen, waardoor zwangere vrouwen steeds verder moeten reizen en de risico's op complicaties toenemen. Kan de minister aangeven hoe deze risico's zijn meegewogen in het besluit om géén budgetbekostiging in te voeren? Is de minister bereid om alsnog een onafhankelijke maatschappelijke kosten-batenanalyse te laten uitvoeren naar de gevolgen van het huidige beleid voor zwangere vrouwen, kinderen en regio's? Wat zegt de minister tegen al deze acute verloskundeafdelingen die hoop hadden gekregen door deze potentiële komst van budgetbekostiging? Welk plan, behalve afschalen en samenwerken, heeft de minister voor deze afdelingen in kwetsbare regio's?

De leden van de BBB-fractie willen tot slot van de minister weten of hij bereid is alsnog te onderzoeken op welke wijze een structurele, vaste financiering van de acute verloskunde kan worden vormgegeven. Daarbij denken zij bijvoorbeeld aan een regionaal beschikbaarheidsfonds of aan een gedeeltelijke invoering in uitsluitend kwetsbare regio's.

De voornoemde leden begrijpen dat door in de uitwerking van de budgetfinanciering acute verloskunde te proberen ook andere onderdelen van de verloskunde binnen dezelfde financieringssystematiek te brengen, het beschikbare budget nu over aanzienlijk meer partijen moet worden verdeeld dan voorheen. Hierdoor komt het doel, namelijk het bevorderen van spreiding en het versterken van de financiële positie van regionale ziekenhuislocaties, niet wezenlijk binnen bereik. Deze leden hadden echter van de minister verwacht dat hiervoor alternatieven zouden worden ontwikkeld. Is er een manier te bedenken waarop budgetbekostiging acute verloskunde alsnog zo wordt ingericht dat het doel van spreiding en versterking financiële positie regionale ziekenhuislocaties wel op een goede manier behaald wordt? Wat zou daarvoor moeten gebeuren of hoe zou dat moeten worden voorkomen? Welke instrumenten zouden kunnen bijdragen om op een goede manier bij te dragen aan de spreiding van faciliteiten voor acute geboortezorg anders dan budgetbekostiging acute verloskunde?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het NZa-advies over budgetbekostiging bij de acute verloskunde en het besluit van het kabinet om niet over te gaan tot invoering van budgetbekostiging. Zij hebben hier nog een aantal vragen en opmerkingen over.

De leden van de SP-fractie merken op dat er bij het NZa-advies en het kabinetsbesluit uit werd gegaan van een budgetneutrale invulling van de budgetbekostiging. Is er ook gekeken naar de effecten van een budgetbekostiging, wanneer er daarnaast ook extra zou worden geïnvesteerd in de (acute) verloskunde? Zo ja, wat waren hier de uitkomsten van? Zo nee, is de minister bereid hier alsnog naar te kijken?

De leden van de SP-fractie constateren dat er in het nieuwe kabinetsbesluit geen enkel alternatief wordt geboden waarmee het verdwijnen van acute verloskunde uit steeds meer ziekenhuizen kan worden gestopt. De minister kiest er enkel voor om niet over te gaan op budgetfinanciering. Waarom komt de minister niet met stappen om de toegankelijkheid van acute verloskunde in stand te houden?

II. Reactie van de minister

Op 19 januari 2026 hebben de fracties van D66, PVV, VVD, GroenLinks-PvdA, CDA, BBB en SP schriftelijke vragen gesteld over de brief van 3 oktober behorende bij deel 2 advies van de NZa over budgetbekostiging voor de acute verloskunde. Hieronder zal ik deze vragen beantwoorden.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van het tweede deel van het uitvoeringsadvies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over budgetbekostiging voor de acute verloskunde, evenals de Kamerbrief waarin de minister aangeeft dit advies te volgen en af te zien van invoering van budgetbekostiging voor de acute verloskunde.

Deze leden waarderen het dat de minister de duidelijke conclusies van de NZa overneemt. De NZa laat overtuigend zien dat budgetbekostiging voor de acute verloskunde geen passende oplossing is voor de knelpunten in de geboortezorg en zelfs risico's met zich meebrengt voor de toegankelijkheid van zorg en de samenwerking in de keten. Ook andere veldpartijen onderschrijven deze analyse.

- 1. De leden van de D66-fractie willen graag van de minister weten welke oplossingsrichtingen hij ziet voor de financiering en organisatie van de geboortezorgketen, nu budgetbekostiging voor de acute verloskunde is afgefallen. Zij vragen welke alternatieven de minister overweegt, hoe hij de voor- en nadelen van deze opties weegt in het licht van kwaliteit, toegankelijkheid en arbeidsmarktkrapte, en op welke termijn de Kamer hierover nader wordt geïnformeerd.*

Het ministerie van VWS stimuleert integrale samenwerking binnen de geboortezorg door het ondersteunen van Verloskundig Samenwerkingsverbanden (VSV's). In eerdere brieven is uw Kamer geïnformeerd over de aanpak voor het versterken van de VSV's¹. Op dit moment loopt het stimuleringsprogramma via ZonMw. Het is mijn voornemen om de structurele financiering van VSV's per 1 januari 2027 onder te brengen binnen de reguliere bekostiging als onderdeel van het tweesporenbeleid voor de geboortezorg. Dit voornemen loopt mee in de voorjaarsbesluitvorming. Alternatieve bekostigingsvormen kunnen niet op zichzelf worden gezien als een gelijktijdige oplossing voor alle problemen binnen deze sector. Wellicht kan een wijziging in de bekostiging in de toekomst hier wel aan bijdragen, volgend op de inhoud. De Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg (LTIG), waar zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten vertegenwoordigd zijn, heeft kwaliteit en toegankelijkheid aangewezen als prioriteiten om in 2026 en 2027 aan te werken. Ik zal de resultaten van dit overleg afwachten en deze betrekken bij de verdere beleidsontwikkeling.

- 2. Tot slot wijzen de leden van de D66-fractie op de conclusie van de NZa over de grote arbeidsmarkttekorten in de geboortezorg en het risico dat maatregelen die hier onvoldoende rekening mee houden kunnen leiden tot verdere uitstroom van personeel. Juist in de huidige situatie van schaarste is het van belang dat beleidskeuzes niet alleen gericht zijn op kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, maar ook expliciet bijdragen aan het behoud en de duurzame inzet van zorgprofessionals. De leden vragen de minister hoe hij dit perspectief meeneemt in zijn vervolgstappen.*

Naar aanleiding van het advies van de NZa heb ik een brief ontvangen van de LTIG. Zij onderschrijft het advies van de NZa en benadrukt dat er andere oplossingen moeten komen voor de gesignaleerde knelpunten in de geboortezorg.

Zij benadrukt dat oplossingen met name gezocht moeten worden in inhoudelijke afspraken over toegankelijkheid, capaciteit, passende zorg en samenwerking binnen de regio's. Hiertoe wordt een projectteam ingericht

¹ Kamerstukken II 2021/2022, 32 279, nr. 236, Kamerstukken II 2022/2023, 33 578, nr. 95 en Kamerstukken II 2023/2024 32 279 nr. 256.

dat met een plan van aanpak zal komen. Ik onderschrijf het belang van deze inzet en vind het passend dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van patiënten hierin het voortouw nemen. Tegelijkertijd neem ik het arbeidsmarktperspectief nadrukkelijk mee in het beleid. Personeelsschaarste wordt niet alleen bepaald door instroom, maar ook door factoren als werkdruk, ziekteverzuim, administratieve lasten en werkplezier. Daarom zet ik, naast het volgen van de LTIG-resultaten, in op maatregelen die bijdragen aan het behoud en de duurzame inzet van zorgprofessionals, waaronder het terugdringen van administratieve lasten, een betere inzet van medewerkers en het versterken van vakmanschap en werkplezier.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van het rapport budgetfinanciering Acute geboortezorg en daarover hebben deze leden nog enkele vragen.

3. *In het rapport wordt een definitie gegeven van wat acute geboortezorg is: "24/7 beschikbaarheid van professionals en faciliteiten voor acute situaties rond zwangerschap en geboorte". Maar volgens de voornoemde leden is dit natuurlijk geen definitie van wat acute geboortezorg is. Er wordt überhaupt geen poging gedaan deze definitie te geven. En natuurlijk leidt dit dan tot zoveel onduidelijkheden als dat er nu zijn. Is de minister dit met de leden eens?*

De werktafel organisatie van de Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg is gedurende het adviestraject van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) samengekomen om zich nogmaals te buigen over de definitie van acute geboortezorg. Als basis hebben zij een reeds bestaande definitie uit de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg genomen. Zoals de professionals van deze werktafel aangeven, zijn de planbare en acute geboortezorg niet los van elkaar te zien. Het één kan op ieder moment in het ander overgaan. Een striktere definitie zou geen recht doen aan de complexiteit van de acute geboortezorg.

4. *Kan de minister met een meer concrete definitie van acute geboortezorg komen?*

De huidige definitie wordt ondersteund door het veld en is gebaseerd op een door het Zorginstituut geaccepteerd kwaliteitskader. Het is niet aan mij om een nieuwe definitie op te stellen.

5. *Volgens de leden van de PVV-fractie leidt dit ertoe dat er almaar nieuwe onderdelen van de geboortezorg door diverse partijen worden toegevoegd aan de kaders van budgetfinanciering. Volgens de voornoemde leden is dat zand in de motor en wordt de spreiding waarover bekostigd moet worden steeds groter en de financiering per potje steeds kleiner. Is de minister het daarmee eens, en wat is zijn inspanning geweest om tot een helder afgebakende definitie te komen en daarmee ook de uitdijende spreiding te voorkomen?*

Er is geen sprake geweest van het almaar toevoegen van nieuwe onderdelen aan de kaders van de budgetfinanciering. In het Hoofdlijnenakkoord is opgenomen dat onderzoek wordt gedaan naar alternatieve bekostigingsvormen van de spoedzorg. Aanvullend is in het Regeerprogramma opgenomen dat de NZa wordt gevraagd gefaseerd en zo snel mogelijk budgetbekostiging mogelijk te maken voor de acute verloskunde. De afbakening binnen de geboortezorgketen was daarbij niet gespecificeerd. Aangezien de acute geboortezorg wordt geleverd in de eerste, tweede en derde lijn, kon er niet gekeken worden naar één schakel binnen deze keten.

Gedurende het adviestraject van de NZa is de geboortezorgpartijen verzocht om te komen met een definitie van acute geboortezorg die gedragen wordt door het veld. Dit is gebeurd.

6. *De voornoemde leden viel nog een opmerkelijke maar ook zorgelijke opmerking op in het rapport. Er wordt gesteld dat budgetfinanciering in de geboortezorgsector (maar ook in andere sectoren) kan leiden tot zogenaamde oneigenlijke "volmeldingen" waardoor zorgvraag zou moeten uitwijken naar andere centra. Is de minister het met de voornoemde leden eens dat dit in principe frauduleus handelen is, waarbij het oog niet op de zorgvrager gericht is maar puur gericht is op zo makkelijk mogelijk geld verdienen?*

Volmeldingen gebeuren op basis van de inschatting van de zorgaanbieder. Hierin wegen in ieder geval de fysiek beschikbare bedden en de personele bezetting mee. Met de invoering van budgetbekostiging zou in theorie de situatie kunnen ontstaan dat - omdat er de zekerheid is van een bepaald vast budget - de zorgaanbieder minder prikkels heeft om oplossingen te zoeken om toch meer zwangeren te kunnen behandelen, bijvoorbeeld door het anders inplannen of leveren van zwangerschapszorg. Hierdoor zou sneller een volmelding kunnen worden gedaan dan nu het geval is waarbij zorgaanbieders voor elke zwangere worden betaald.

7. *Tot slot nog enkele korte specifieke vragen. Waarom kan optie 1 of 2 niet sneller dan in 2028 ingevoerd worden, bijvoorbeeld al in 2027, als de basis al lijkt op bestaande beschikbaarheidsbijdragen? Welke concrete stappen kunnen versneld worden om dit te realiseren voor alle acute zorg, inclusief verloskunde, zo vragen de leden van de PVV-fractie.*

Zoals hierboven aangegeven, adviseert de NZa om voor de acute verloskunde geen budgetbekostiging in te voeren. Ook onderbouwen zij daarbij waarom niet.

Wel zijn er concrete stappen gezet voor de invoering van budgetbekostiging voor de spoedeisende hulpen (SEH). Ik heb de NZa in december jl. een aanwijzing gestuurd om dit met ingang van 1 januari in te voeren. De NZa zal op korte termijn haar regelgeving publiceren, waarna de zorgverzekeraars dit ook in hun inkoopbeleid kunnen verwerken.

8. *Hoe kan de regering ondanks de genoemde risico's op toegankelijkheid toch budgetbekostiging invoeren met verplichte inhoudelijke afspraken over personeel en capaciteit, om sluitingen van acute verloskunde-afdelingen te voorkomen en de hele acute zorgsector te stabiliseren?*

Ik heb besloten af te zien van de invoering van budgetbekostiging, onder andere vanwege de verwachte negatieve gevolgen op de samenwerking in de geboortezorgketen. Om de toegankelijkheid te borgen binnen de acute geboortezorg zal worden gezocht naar andere oplossingen dan budgetbekostiging, zoals ik ook in mijn antwoorden op vraag 1 en 2 heb aangegeven.

9. *De NZa benadrukt dat budgetbekostiging geen oplossing is voor personeelsschaarste – maar waarom niet combineren met extra investeringen in opleidingen en werving, zodat het wél werkt? Wat blokkeert een integrale aanpak voor alle acute sectoren, zo vragen de leden van de PVV-fractie.*

Extra investeren in opleidingen en werving neemt de risico's die de NZa ziet bij de invoering van budgetbekostiging van de acute verloskunde niet weg. Personeelsschaarste is daarnaast niet alleen gerelateerd aan instroom. Zorg en welzijn is de sector met het hoogste ziekteverzuimpercentage² en deeltijdwerkers³. Het terugdringen van personeelstekorten heeft voor mij een hoge prioriteit. Om tekorten te verminderen, zet ik in op het halveren van de administratietijd naar maximaal 20%, de juiste inzet van medewerkers en het vergroten van vakmanschap en werkplezier.

Zo ondersteun ik het Preventieplan Zorg en Welzijn, dat werkgevers concrete handvatten biedt om verzuim en uitstroom terug te dringen door te investeren in werkplezier, leiderschap en een gezond en veilig organisatieklimaat. Daarnaast zet ik in op het verbeteren van loopbaanoriëntatie en het ontwikkelperspectief voor studiekeizers, studenten, werkenden, herintreders en zij-instromers in zorg en welzijn, door integratie van de vier landelijke loopbaaninstrumenten.

10. *Ook vragen deze leden: waarom IGO's uitsluiten en niet juist opnemen in budgetbekostiging om samenwerking te versterken? Zou dit niet passen bij een bredere, snelle transitie naar minder marktwerking in de zorg, zoals door genoemde leden wordt bepleit?*

Eén van de adviezen van de NZa was, indien budgetbekostiging tegen hun advies en tegen de wens van het veld toch ingevoerd zou worden, om de integrale geboortezorgorganisaties (IGO's) uit te sluiten. Geboortezorg wordt bij de betreffende IGO's integraal gecontracteerd. Verrekening vindt onderling tussen de zorgverleners plaats aan de hand van het aandeel dat zij hebben in de zorgkosten. Indien een deel van deze zorg via een los budget wordt gecontracteerd, zouden er twee onwenselijke gevolgen

² [Ziekteverzuim | CBS](#)

³ [Wie werken het vaakst in deeltijd? - Nederland in cijfers 2022 | CBS](#)

ontstaan. Een tweede (in dit geval monodisciplinaire) financieringsstroom zou het integrale karakter van de IGO's teniet doen en een tweede bekostigingssysteem zou ook tot extra administratie en mogelijke discussies over verdeling van de vergoedingen leiden.

- 11. Het rapport ziet beperkte bijdrage aan doelstellingen – maar vanuit nationaal belang: hoe kan de minister de NZa opdragen om een versnelde pilot te starten voor acute verloskunde, gekoppeld aan andere acute zorg zoals SEH, om financiële zekerheid te garanderen en buitenlandse afhankelijkheid in de zorg te verminderen?*

Mijn besluit om voor de acute verloskunde geen budgetbekostiging in te voeren staat vast. Dat betekent ook dat ik hier geen experiment met budgetbekostiging zal starten.

Genoemde leden vragen de minister de beantwoording voor de behandeling van de begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2026 aan de Kamer te doen toekomen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit over de mogelijkheden voor budgetbekostiging voor acute verloskunde. Zij kunnen zich vinden in de conclusie van de zorgautoriteit dat budgetbekostiging voor acute verloskunde geen goed idee is. De leden van de VVD-fractie hebben geen verdere opmerkingen of vragen.

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

De leden van GroenLinks-PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de regering over Advies NZa deel 2 budgetbekostiging acute verloskunde (AV). Het betreurt de genoemde leden dat budgetbekostiging volgens de NZa geen soelaas biedt voor de problemen in de sector. Goede toegankelijke acute verloskunde is namelijk van essentieel belang. De leden hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen over.

- 12. De leden van GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat het advies van de NZa is om geen budgetbekostiging in te voeren voor de AV omdat het amper bijdraagt aan de doelstellingen en het geen oplossing biedt voor de problemen in de keten. Kan de minister nader toelichten hoe het zijns inziens deze knelpunten wel kan aanpakken? Wanneer worden de eerste resultaten verwacht van de Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg?*

Het aanpakken van de knelpunten in de geboortezorg wordt opgepakt door een projectteam samengesteld vanuit de LTIG. De geboortezorgpartijen zien mogelijke oplossingen in inhoudelijke afspraken over toegankelijkheid, capaciteit, passende zorg en samenwerking. Ik volg het opstellen van het plan van aanpak door dit projectteam op de voet. Patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn wat mij betreft de aangewezen partijen om oplossingen te bedenken die passen bij het veld. Op verzoek van het ministerie van VWS, het Zorginstituut, de NZa, en onderschreven door de IGJ, heeft de LTIG haar prioriteiten gedurende

2026 en 2027 gedeeld. Zij zullen zich buigen over de kwaliteit van zorg, toegankelijkheid van integrale geboortezorg en data. Indien de oplossingen gepresenteerd door de LTIG de beleidsinzet vanuit VWS veranderen, zal ik u hierover informeren.

13. *De genoemde leden lezen dat de grootste knelpunten zitten bij obstetrie- en gynaecologieverpleegkundigen, neonatologie-verpleegkundigen en kraamverzorgenden. Kan de minister ingaan op de regionale verdeling van deze knelpunten? Hoe staat het in algemene zin met de regionale verdeling van acute verloskunde?*

Data over capaciteitsproblemen wordt gerapporteerd in de jaarlijkse Integrale Geboortezorg Monitor⁴. In 2024 namen 41 van de 68 VSV's (60%) deel aan het onderzoek. Alle deelnemende VSV's kampten met capaciteitsproblemen. In 90% van de VSV's waren er tekorten van kraamverzorgenden, in 78% van obstetrie- en gynaecologieverpleegkundigen en in 35% van neonatologieverpleegkundigen. Data betreffende capaciteitsproblemen per regio wordt op dit moment niet gepubliceerd. Aangezien er geen onderscheid tussen acute en niet-acute verloskunde wordt gemaakt in de diagnose-behandelcombinaties (dbc's) van ziekenhuizen, is de regionale verdeling van acute casuïstiek onbekend.

14. *Kan de minister een overzicht geven van gesloten 'afdelingen' van de afgelopen tien jaar?*

Ik beschik niet over een overzicht van gesloten afdelingen acute verloskunde van de afgelopen tien jaar. Wel publiceert het RIVM jaarlijks een bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde.⁵ In 2025 waren er bijvoorbeeld 71 ziekenhuizen met 24/7-uurs acute verloskunde. Uit deze analyses van het RIVM kan echter niet afgeleid worden hoeveel sluitingen er plaatsvonden in de afgelopen tien jaar, omdat hierin niet onderscheiden wordt voor bijvoorbeeld sluitingen van ziekenhuislocaties waarbij de acute geboortezorg wordt verplaatst naar een nieuw ziekenhuis of een fusie.

15. *Daarnaast lezen de leden dat een relevant probleem de ontwikkeling is waarin de laatste decennia steeds meer locaties voor poliklinische en klinische verloskunde zijn gesloten, over het algemeen het gevolg van een fusie of een faillissement. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie willen een einde aan het sluiten van essentiële onderdelen van ziekenhuizen om financiële redenen. Kan worden toegelicht waarom het in dit soort gevallen volgens de minister niet wenselijk is om budgetbekostiging in te voeren?*

In de Kamerbrief van 12 september⁶ jl. met het besluit om budgetbekostiging voor de SEH in te voeren, heb ik aangegeven waar ik

⁴ [20250702-Rapport-IG-monitor-2024-2.pdf](#)

⁵ [Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2025 | RIVM](#)

⁶ Kamerstukken II 2025/26, 29247, nr. 463

zie dat budgetbekostiging voor de SEH aan bij kan dragen.

Budgetbekostiging is ter ondersteuning van de zorginhoud, zoals de samenwerking met huisartsenposten en ambulances. Ik zie ook dat het bijdraagt aan meer financiële zekerheid voor ziekenhuizen. Tegelijkertijd is de invoering van budgetbekostiging geen wondermiddel om bijvoorbeeld personeelstekorten op te lossen. Financiële zekerheid voor een ziekenhuis is niet voldoende, als het ziekenhuis niet de benodigde kwaliteit van zorg kan leveren en de patiënt daar niet op kan rekenen.

16. *Welke andere opties ziet de minister om deze ontwikkeling tegen te gaan? Welke van deze opties overweegt de minister?*

Ik zet in op allerlei sporen, gericht op het verbeteren van de toegankelijkheid van de acute geboortezorg. Zo stimuleer ik de integrale samenwerking binnen de geboortezorg door het ondersteunen van Verloskundig Samenwerkingsverbanden (VSV's). Het is mijn voornemen om de structurele financiering van VSV's per 1 januari 2027 onder te brengen binnen de reguliere bekostiging als onderdeel van het tweesporenbeleid voor de geboortezorg. De Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg (LTIG), waar zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten vertegenwoordigd zijn, heeft kwaliteit en toegankelijkheid aangewezen als prioriteiten om in 2026 en 2027 aan te werken. Een projectteam van de LTIG is daarom aan de slag met een plan van aanpak voor knelpunten in de geboortezorg, zoals toegankelijkheid en capaciteit. Ik zal de resultaten hiervan afwachten, waarbij bekostiging altijd volgt op de inhoud van zorg.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het rapport van de NZa over de invoering van budgetbekostiging in de acute verloskunde en de reactie van de minister hierop. Deze leden hebben nog enkele vragen.

17. *De leden van de CDA-fractie lezen dat de NZa geen voorstander is van de invoering van budgetbekostiging omdat het geen oplossing is voor de problemen die spelen. Die problemen zijn onder andere een tekort aan verpleegkundigen en kraamverzorgenden en een veranderde zorgvraag en een veranderd zorgaanbod. Deze leden kunnen de conclusie dat deze problemen niet (toereikend) worden opgelost bij invoering van budgetbekostiging volgen en vinden het vooral belangrijk dat verder gewerkt wordt aan verbetering van de geboortezorgketen en oplossingen voor de geschetste problemen. Deze leden lezen dat de minister verwijst naar de Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg, maar zouden graag een uitgebreidere reactie horen hoe de minister werkt aan de oplossingen en wat die oplossingen zijn. Zij vragen in dit kader ook hoe gewerkt wordt aan meer inzicht en transparantie over de tweedelijns acute verloskunde.*

Op verzoek van het ministerie van VWS, de NZa en het Zorginstituut heeft de LTIG een drietal prioritaire onderwerpen opgesteld waaraan zij zullen werken in 2026 en 2027. De prioriteiten zijn kwaliteit, toegankelijkheid en data. Ik vind het belangrijk dat oplossingen komen vanuit het veld. Als

toehoorder bij de LTIG zal VWS alert zijn op aanknopingspunten waarop vanuit het ministerie geacteerd kan worden.

De beleidsinzet van VWS op verdere verbetering van de geboortezorgketen wordt verder toegelicht in de Kamerbrief met de stand van zaken rond zwangerschap en geboorte, die ik u voorafgaand aan de begrotingsbehandeling zal doen toekomen.

- 18. De leden van de CDA-fractie hebben nog enkele vragen over het rapport van de NZa. Deze leden vragen ten eerste of de minister kan aangeven of het hier vooral een afbakeningsprobleem betreft, of een keuze omdat het niet bijdraagt aan de inhoudelijke doelstellingen.*

Ik heb de keuze om budgetbekostiging niet in te voeren voor de acute verloskunde hoofdzakelijk genomen vanwege de risico's op verslechtering van de samenwerking en toegankelijkheid die dit met zich meebrengt. De beleidsinzet voor de geboortezorg is juist gericht op een verbetering van de samenwerking. De NZa en de geboortezorgpartijen hebben hier op duidelijke wijze over gecommuniceerd. Het afbakenen van acute verloskunde en het schonen van bestaande DBC's zou daarnaast veel werk vergen zonder verwachting dat budgetbekostiging een bijdrage zou kunnen leveren aan de geboortezorg.

- 19. Deze leden lezen dat de NZa aangeeft dat budgetbekostiging kan leiden tot meer volmeldingen in ziekenhuizen en dus ook niet tot meer samenwerking en vragen hierop een nadere toelichting. Deze leden maken ook de vergelijking met de invoering van budgetbekostiging op de spoedeisende hulp. Zij vragen waarom dit in het geval van de spoedeisende hulp anders is dan bij de acute verloskunde, als het gaat om volmeldingen maar ook meer samenwerking.*

Op in ieder geval twee belangrijke punten verschilt de spoedeisende hulp van de acute geboortezorg. De zorg op een spoedeisende hulp wordt in zijn geheel geleverd binnen het ziekenhuis. De ketenpartners waarmee de SEH nauw samenwerkt, zoals de huisartsenpost en de ambulance, hebben al eenzelfde vorm van bekostiging.

De acute geboortezorg wordt geleverd binnen de hele geboortezorgketen. Dit omvat de eerste, tweede en derde lijn. Geen van de onderdelen van de acute geboortezorg wordt op dit moment gefinancierd op basis van een vast budget. Wanneer een deel van de acute geboortezorgketen wordt voorzien van een vast budget, kan dit scheve machtsverhoudingen in de hand werken en een negatieve invloed hebben op de samenwerking. Voor wat betreft het verschil in volmeldingen: via de SEH meldt zich een groot deel van de patiënten in het ziekenhuis. Dat betekent dat de SEH voor een belangrijk deel bijdraagt aan de omzet van het ziekenhuis.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van het advies Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) deel 2 budgetbekostiging acute verloskunde (AV). Deze leden hebben de volgende vragen aan de minister.

De leden van de BBB-fractie zijn diep teleurgesteld over het besluit van de minister om af te wijken van het coalitieakkoord en de breed gedragen wens in de Kamer om budgetbekostiging voor acute verloskunde in te voeren. De leden hebben zich steeds uitgesproken vóór een structurele, vaste financiering van acute verloskunde, juist om de regionale geboortezorg te beschermen tegen verdere afkalving en marktwerking. Het is voor de leden onbegrijpelijk dat de minister, ondanks de duidelijke opdracht uit het coalitieakkoord en de moties uit de Kamer, kiest voor het volgen van een negatief NZa-advies zonder een alternatief te bieden voor regio's die nu al kampen met sluitingen, personeelstekorten en onacceptabele risico's voor zwangere vrouwen.

20. De leden van de BBB-fractie constateren dat uit de adviezen blijkt dat de NZa vooral wijst op mogelijke "maatschappelijk negatieve effecten" van budgetbekostiging, zoals het risico op meer volmeldingen en een vermeende verslechtering van de samenwerking. Tegelijkertijd wordt erkend dat het huidige systeem niet in staat is om de bereikbaarheid en continuïteit van acute verloskunde te waarborgen. Waarom wordt er gekozen voor het handhaven van een systeem dat bewezen niet werkt voor kwetsbare regio's, in plaats van te kiezen voor een structurele oplossing die juist zekerheid biedt aan ziekenhuizen en zwangere vrouwen?

Ik heb ervoor gekozen om de huidige vormen van bekostiging te behouden en budgetbekostiging niet in te voeren. Volgens het advies van de NZa zou met de invoering van budgetbekostiging voor de acute verloskunde de kans groot zijn dat de samenwerking, en daarmee de kwaliteit en de toegankelijkheid van de geboortezorg verslechtert. Ik vind dat problemen op het gebied van capaciteit en toegankelijkheid binnen de geboortezorg opgelost moeten worden. Dat moet gebeuren met passende oplossingen en er moet breder gekeken worden naar de bekostigingssystematiek. Ik ben blij te zien dat de geboortezorgpartijen gezamenlijk de verantwoordelijkheid voelen en hebben besloten dit met voorrang op te pakken. Oplossingen vanuit en gedragen door het veld zijn essentieel voor structurele inbedding binnen de geboortezorg.

21. Ook constateren de leden dat er tegenwoordig minder zwangeren zijn, terwijl er tegelijkertijd meer personeel dan ooit werkzaam is (geweest) binnen deze sector. Doet men wel de juiste dingen, of zijn er perverse financiële prikkels die leiden tot inefficiënte inzet van personeel en middelen?

Ik zie dat personeel in de geboortezorg zich elke dag met hart en ziel inzet om te zorgen voor een goede start voor ouder en kind. Sinds het jaar 2000 is er inderdaad een dalende trend zichtbaar in het aantal geboortes. Uitzonderingen hierop zijn een geboortepiek in 2021 en een toename in 2024 ten opzichte van 2023⁷. De geleverde zorg per zwangere neemt echter toe om verschillende redenen, zoals een stijging in de gemiddelde leeftijd bij een eerste zwangerschap⁸ en een toename van

⁷ [Geboorte | CBS](#)

⁸ [Hoe oud zijn vrouwen als ze moeder worden? - Nederland in cijfers 2025 | CBS](#)

het gebruik in pijnstilling tijdens de baring⁹. Om deze reden vind ik het extra belangrijk dat de geboortezorgpartijen het voortouw hebben genomen om te werken aan passende zorg.

22. *Daarnaast zijn de leden van de BBB-fractie verbaasd over de argumentatie dat budgetbekostiging niet zou bijdragen aan het oplossen van personeelstekorten, terwijl juist financiële onzekerheid en het ontbreken van vaste budgetten een belangrijke oorzaak zijn van het vertrek van professionals en het sluiten van afdelingen. Kan de minister toelichten waarom het NZa-advies kritiekloos wordt overgenomen, terwijl in andere sectoren (zoals SEH) budgetbekostiging wél wordt ingevoerd? Waarom wordt er voor acute verloskunde en Intensive Care een andere norm gehanteerd?*

Ik heb voor zowel de SEH, als de acute verloskunde (AV) en de intensive care (IC) adviezen gevraagd. Voor de SEH lagen er al eerdere adviezen aan ten grondslag, waarin de NZa een vorm van beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH adviseerde. Voor de AV en de IC waren er nog geen adviezen. Om zorgvuldigheid te betrachten is de NZa daarom om advies gevraagd. Zij heeft in haar adviezen duidelijk uiteen gezet wat de verschillende argumenten zijn. Ook heeft zij daar een informatiekaart¹⁰ over uitgebracht.

Voor wat betreft de AV geeft de NZa aan dat de problemen in de geboortezorgketen vragen om een andere aanpak en oplossingen. De partijen in de geboortezorgsector bevestigen in de consultatiereacties dat budgetbekostiging voor de acute verloskunde geen passende bekostiging is. De SEH werkt samen met ketenpartners die ook op basis van een budget worden bekostigd. De samenwerkende geboortezorgpartners worden niet bekostigd op basis van een budget.

Het verschil tussen de SEH en de IC is dat IC-zorg een mix is van acute en planbare zorg. Die mix verschilt per ziekenhuis. De SEH is volledig acute zorg. Ook is er voor de IC, anders dan bij de SEH, nog geen afbakening voor handen. Voor de IC heb ik daarom het advies van de NZa gevolgd om nu geen budgetbekostiging in te voeren. Gelet op het feit dat veldpartijen een breed gevoel van urgentie delen en al gestart zijn met de gezamenlijke werkagenda, heb ik besloten om de uitkomsten van dit traject eerst af te wachten. Met de uitkomsten van de gezamenlijke werkagenda in de hand kan bepaald worden welke mogelijke stap in de bekostiging past bij de transformatie naar een toekomstbestendig IC-landschap.

23. *Ook wijzen deze leden erop dat in het coalitieakkoord glashelder is gekozen voor de keuze van vaste financiering van acute verloskunde, SEH en IC. De leden vragen de minister waarom deze heldere lijn uit het coalitieakkoord wordt losgelaten, zonder dat er een alternatief wordt geboden voor de regio's die nu opnieuw de rekening betalen?*

⁹ Perined, Utrecht, 2026, geraadpleegd via: www.peristat.nl, op 26-01-2026

¹⁰ [Informatiekaart budgetbekostiging](#)

Ik heb besloten om de lijn uit het coalitieakkoord los te laten, vanwege de gesignaleerde risico's op negatieve effecten op de geboortezorgketen bij het invoeren van budgetbekostiging. Dit punt hebben zowel de NZa als de veldpartijen benadrukt. Er is een reëel risico dat de toegankelijkheid van en samenwerking binnen de geboortezorg achteruit zou gaan bij invoering van budgetbekostiging. Daar zal de patiënt de negatieve effecten van merken. De onevenredig hoge administratieve lasten van invoering zonder het verwachten van positieve effecten heeft eveneens bijgedragen aan mijn besluit. Voor de IC geldt ook dat ik de redeneerlijn van de NZa volg.

24. *Verder constateren de leden van de BBB-fractie dat het besluit van de minister vooral is ingegeven door een negatief advies van de NZa en niet door een eigen visie op de toekomst van de geboortezorg. Waarom wordt er geen enkele politieke regie genomen en waarom kiest de minister niet voor een pilot of overgangsregeling, zoals in andere sectoren wel gebeurt, om de acute verloskunde in kwetsbare regio's te beschermen tegen verdere afkalving?*

Gezien het negatieve advies van de NZa en het nadrukkelijke verzoek vanuit alle geboortezorgpartijen (verenigd aan de LTIG) om budgetbekostiging niet in te voeren voor de acute verloskunde, heb ik besloten om deze vorm van bekostiging niet in te voeren. Alternatieve maatregelen vind ik, als bewindspersoon in een demissionair kabinet, niet aan mij om te nemen. Daarnaast zouden dit soort besluiten te vroeg zijn nu de LTIG met prioriteit aan de slag is met oplossingen voor kwaliteit en toegankelijkheid in de geboortezorg.

25. *Wat is de minister zijn visie op de toekomst van de geboortezorg, wat is zijn reactie op het handhaven van een systeem dat bewezen niet werkt voor kwetsbare regio's? Wat voor alternatief plan heeft de minister voor kwetsbare regio's?*

Ik zie de geboortezorg als een belangrijke sector waar integraliteit en samenwerking centraal staat. We weten dat de eerste 1000 dagen een enorme invloed hebben op de rest van leven. Kwalitatief goede en toegankelijke geboortezorg is daarbij essentieel. Ik ben er niet van op de hoogte dat het systeem bewezen niet werkt voor bepaalde regio's. Eén van de doelen die is gesteld door de LTIG is een verbeterd inzicht in capaciteitsvraagstukken, onder andere door het opstellen van een basis set met landelijk beschikbare data voor kwaliteitsverbetering en capaciteitsanalyse. Wanneer uit deze data blijkt dat het systeem voor bepaalde regio's niet werkt, zal ik in gesprek gaan met de geboortezorgpartijen over passende oplossingen.

26. *Voornoemde leden zijn daarnaast kritisch op de wijze waarop de maatschappelijke effecten van het besluit zijn gewogen. Uit de nieuwsberichten blijkt dat het aantal verloskundeafdelingen in Nederland de afgelopen jaren fors is afgenomen, waardoor zwangere vrouwen steeds verder moeten reizen en de risico's op complicaties toenemen. Kan de*

minister aangeven hoe deze risico's zijn meegewogen in het besluit om géén budgetbekostiging in te voeren?

Ik heb geen cijfers tot mijn beschikking waaruit naar voren komt dat zwangere vrouwen steeds verder moeten reizen en dat risico's op complicaties daardoor toenemen. Het NZa- advies beschrijft de potentiële negatieve effecten van budgetbekostiging op de toegankelijkheid en kwaliteit van de geboortezorg. Ik heb een brief ontvangen waarin de geboortezorgpartijen benadrukken dat zij budgetbekostiging niet als een oplossing zien voor de problemen in de sector.

Ik vind het onverstandig om een bekostigingsvorm te wijzigen, wanneer alle betrokken partijen aangegeven dat dit negatieve gevolgen kan hebben. Daarmee wegen kwalitatief goede en toegankelijke geboortezorg zwaar mee in mijn besluit.

27. *Is de minister bereid om alsnog een onafhankelijke maatschappelijke kosten-batenanalyse te laten uitvoeren naar de gevolgen van het huidige beleid voor zwangere vrouwen, kinderen en regio's? Wat zegt de minister tegen al deze acute verloskundeafdelingen die hoop hadden gekregen door deze potentiële komst van budgetbekostiging? Welk plan, behalve afschalen en samenwerken, heeft de minister voor deze afdelingen in kwetsbare regio's?*

Ik ben niet bereid om een onafhankelijke maatschappelijke kosten-batenanalyse uit te laten voeren, gezien mijn besluit om budgetbekostiging niet in te voeren vast staat. Een dergelijke analyse zou onnodige kosten met zich meebrengen. Ik vind het onverstandig om een bekostigingsvorm te wijzigen, wanneer alle betrokken partijen aangegeven dat dit negatieve gevolgen kan hebben. Daarmee wegen kwalitatief goede en toegankelijke geboortezorg zwaar mee in mijn besluit.

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen is één van de geboortezorgpartijen die vertegenwoordigd is aan de LTIG. Ook deze partij heeft zich uitgesproken tegen budgetbekostiging voor de acute verloskunde.

De LTIG werkt de komende jaren aan alternatieve oplossingen, onder meer gericht op toegankelijkheid, capaciteit en regionale samenwerking. Het initiatief voor deze oplossingen ligt bij zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntvertegenwoordigers, die over de meeste expertise beschikken. Ik volg deze inzet nauwgezet en ben bereid om waar nodig te ondersteunen.

28. *De leden van de BBB-fractie willen tot slot van de minister weten of hij bereid is alsnog te onderzoeken op welke wijze een structurele, vaste financiering van de acute verloskunde kan worden vormgegeven. Daarbij denken zij bijvoorbeeld aan een regionaal beschikbaarheidsfonds of aan een gedeeltelijke invoering in uitsluitend kwetsbare regio's.*

De geboortezorgpartijen gaan aan de LTIG aan de slag met het oppakken van de problemen die zij signaleren op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en data. Indien zij een alternatieve bekostigingsvorm als

mogelijke oplossing, ben ik bereid om de mogelijkheden daarvan verder te laten onderzoeken door de NZa. Een nieuwe bekostigingsvorm moet wat mij betreft bijdragen aan het behalen van een doel, in plaats van een doel op zich zijn.

29. *De voornoemde leden begrijpen dat door in de uitwerking van de budgetfinanciering acute verloskunde te proberen ook andere onderdelen van de verloskunde binnen dezelfde financieringssystematiek te brengen, het beschikbare budget nu over aanzienlijk meer partijen moet worden verdeeld dan voorheen. Hierdoor komt het doel, namelijk het bevorderen van spreiding en het versterken van de financiële positie van regionale ziekenhuislocaties, niet wezenlijk binnen bereik. Deze leden hadden echter van de minister verwacht dat hiervoor alternatieven zouden worden ontwikkeld. Is er een manier te bedenken waarop budgetbekostiging acute verloskunde alsnog zo wordt ingericht dat het doel van spreiding en versterking financiële positie regionale ziekenhuislocaties wel op een goede manier behaald wordt? Wat zou daarvoor moeten gebeuren of hoe zou dat moeten worden voorkomen?*

Het advies van de NZa maakt duidelijk dat het invoeren van een vorm van budgetbekostiging voor de acute verloskunde aanzienlijke risico's met zich mee zou brengen. Ik zie nu daarom geen manier om budgetbekostiging voor de acute verloskunde in te voeren, waarbij de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg voor de patiënt wordt geborgd.

30. *Welke instrumenten zouden kunnen bijdragen om op een goede manier bij te dragen aan de spreiding van faciliteiten voor acute geboortezorg anders dan budgetbekostiging acute verloskunde?*

De LTIG is aan de slag met het toegankelijkheidsvraagstuk in de geboortezorg. Ik verwacht dat er vanuit die inspanningen inzicht komt in welke instrumenten kunnen bijdragen aan de toegankelijkheid van de acute geboortezorg.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het NZa-advies over budgetbekostiging bij de acute verloskunde en het besluit van het kabinet om niet over te gaan tot invoering van budgetbekostiging. Zij hebben hier nog een aantal vragen en opmerkingen over.

31. *De leden van de SP-fractie merken op dat er bij het NZa-advies en het kabinetsbesluit uit werd gegaan van een budgetneutrale invulling van de budgetbekostiging. Is er ook gekeken naar de effecten van een budgetbekostiging, wanneer er daarnaast ook extra zou worden geïnvesteerd in de (acute) verloskunde? Zo ja, wat waren hier de uitkomsten van? Zo nee, is de minister bereid hier alsnog naar te kijken?*

Bij het opstellen van het NZa advies is budgetneutrale invulling van de budgetbekostiging meegenomen als een randvoorwaarde voor de

invoering. Er is niet gekeken naar de invoering met extra investering, omdat daarvoor geen extra middelen zijn gesteld.

32. *De leden van de SP-fractie constateren dat er in het nieuwe kabinetsbesluit geen enkel alternatief wordt geboden waarmee het verdwijnen van acute verloskunde uit steeds meer ziekenhuizen kan worden gestopt. De minister kiest er enkel voor om niet over te gaan op budgetfinanciering. Waarom komt de minister niet met stappen om de toegankelijkheid van acute verloskunde in stand te houden?*

De geboortezorgpartijen zullen zich aan de LTIG buigen over het vraagstuk van toegankelijkheid in de acute geboortezorg. Ik ben verheugd dat het veld hierin het voortouw neemt en zal de vorderingen op de voet volgen. Uiteraard ben ik altijd bereid om mee te denken op welke manier VWS de voorgedragen oplossingen vanuit het veld het beste kan ondersteunen.

Ik werk daarnaast aan aanpassing van de wet- en regelgeving die gevolgd moet worden wanneer bijvoorbeeld een ziekenhuis van plan is om een afdeling spoedeisende hulp of acute verloskunde te sluiten. De bedoeling daarvan is dat belanghebbenden, zoals gemeenten en inwoners, eerder meedenken.