

Vergaderjaar 2025–2026

36 800 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2026

Nr. 16

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 13 november 2025

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, belast met het voorbereidend onderzoek van dit voorstel van wet, heeft de eer verslag uit te brengen in de vorm van een lijst van vragen met de daarop gegeven antwoorden.

De vragen zijn op 3 oktober 2025 voorgelegd aan de Minister en de Staatssecretarissen van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij brief van 13 november 2025 zijn ze door de Minister en de Staatssecretarissen van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beantwoord.

Met de vaststelling van het verslag acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

Vragen en antwoorden

Vraag 1

Wat zijn de parameters van de zorgtoeslag in 2026 en in 2030? Wilt u hierbij de hoogte van alle parameters noemen? Wilt u in ieder geval ook noemen wat de hoogte is van de standaardpremie, van alle parameters die worden gebruikt voor de berekening van de normpremie en het maximum inkomen en vermogen?

Antwoord

Hieronder een tabel met de geraamde parameters zorgtoeslag voor 2026 en 2030. Vanaf 2027 wordt de vermogensgrens met € 27.500 verlaagd in verband met dekking voor de beoogde aanpassing van het partnerbegrip in de toeslagen (aanschaffing samengesteld gezin criterium), waardoor de vermogensgrenzen (na indexaties) in 2030 lager liggen dan in 2026.

	2026	2030
Standaardpremie	€ 2.143	€ 2.576
Drempelinkomen (=WML)	€ 29.736	€ 34.152
Normpercentage 1-persoon	1,912%	1,975%
Normpercentage 2-persoon	4,289%	4,352%
Afbouwpercentage	13,73%	13,85%
Maximum inkomen 1-persoon	€ 41.032	€ 47.709
Maximum inkomen 2-persoon	€ 51.492	€ 60.446
Vermogensgrens 1-persoon	€ 146.011	€ 128.845
Vermogensgrens 2-persoon	€ 184.633	€ 171.143

Vraag 2

Zijn de geormerkte middelen voor «Standaardisatie gegevensuitwisseling LDN, GF, Medicatieoverdracht, EHDS en Nictiz» die in 2025 zijn toegekend nog steeds beschikbaar?

Antwoord

De voor 2025 toegekende middelen voor standaardisatie gegevensuitwisseling Landelijke Dekkend Netwerk, Generieke Functies, Medicatieoverdracht, European Health Dataspace en Nictiz zijn nog steeds beschikbaar. Bij augustusbesluitvorming is bezien of alle in 2025 beschikbare middelen ook in 2025 ingezet zouden worden. Voor de activiteiten die niet in 2025 uitgevoerd gaan worden is een kasschuif ingediend. Hiermee kunnen de beschikbare middelen voor de betreffende onderwerpen ingezet worden.

Vraag 3

Hoe wordt er inmiddels uitvoering gegeven aan de motie-Claassen/Vondeling (Kamerstuk 29 689-1283) over Oekraïners die in Nederland werken en loon naar Nederlandse maatstaven ontvangen de basispremie te laten betalen?

Antwoord

De Minister voor Asiel en Migratie heeft uw Kamer op 4 juli 2025 een reactie¹ gestuurd op de motie-Claassen/Vondeling. In deze Kamerbrief is toegelicht dat de eigen bijdrage zal verhoogd worden door ontheemden een bijdrage te laten leveren aan de exploitatiekosten van de opvang. Ook zal naar aanleiding van deze motie worden gekeken hoe hierbij de zorgkosten in rekening kunnen worden gebracht.

Vraag 4

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2024–2025, 19 637, nr. 3451

Hoe vindt het besluit om de inflatiecorrectie in 2026 niet volledig door te voeren zijn weerslag in de voorliggende Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)-begroting?

Antwoord

In de eerste suppletoire begroting 2025 van VWS, samenhangende met de Voorjaarsnota 2025, is toegelicht dat een deel van de loonbijstelling wordt ingezet ter dekking van verschillende intensiveringen op de VWS-begroting, waaronder de inzet van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg, de aanpassing van de regeling dienstverlening aan huis en het alternatief invullen van de aanvullende apparaatstaakstelling uit amendement Bontenbal c.s. In de Kamervragen die naar aanleiding van de eerste suppletoire begroting 2025 van VWS zijn gesteld, is toegelicht dat dit een korting op de beleidsartikelen van VWS betreft en instellingen in de premiegefinancierde zorguitgaven (zoals ziekenhuizen) niet geraakt worden. Vanaf de beleidsartikelen van VWS worden wel verschillende organisaties door VWS gesubsidieerd, waardoor deze korting wel gesubsidieerde organisaties raakt. Het niet of slechts gedeeltelijk corrigeren voor inflatie leidt tot relatief minder financiële ruimte bij gesubsidieerde instellingen, omdat de betrokken instellingen wel geconfronteerd worden met hogere lonen en prijzen.

Vraag 5

Betreft het besluit om inflatiecorrectie niet volledig door te voeren uitsluitend het jaar 2026 of wordt deze keuze ook voor de jaren daarna voorzien?

Antwoord

VWS streeft ernaar om in de toekomst inflatiecorrectie toe te kunnen passen op de gesubsidieerde instellingen. Dit blijft echter onderdeel van de financiële besluitvorming.

Vraag 6

Welke effecten verwacht u in verschillende inflatiescenario's indien de inflatiecorrectie structureel niet of slechts deels wordt doorgevoerd?

Antwoord

Het niet of slechts gedeeltelijk corrigeren voor inflatie leidt tot relatief minder financiële ruimte bij gesubsidieerde instellingen, omdat de betrokken instellingen wel geconfronteerd worden met hogere lonen en prijzen. De effecten hiervan kunnen per organisatie verschillen. Hoe hoger de feitelijke inflatie, hoe sterker het effect voor de betrokken organisaties. Door een zo optimaal mogelijke inzet van de uitgekeerde subsidies, kunnen de effecten van de korting binnen de betrokken organisaties waar mogelijk gemitigeerd worden.

Vraag 7

Kunt u een overzicht geven van de organisaties en kennisinstituten binnen het VWS-domein die geraakt worden door het niet volledig doorvoeren van inflatiecorrectie?

Antwoord

Het Ministerie van VWS heeft relaties met honderden organisaties. Er zijn overzichten beschikbaar in de Ontwerpbegroting 2026, waaronder bijlage 3 «Subsidieoverzicht». De doorwerking van het niet volledig doorvoeren van de inflatiecorrectie kan verschillend uitwerken voor de gesubsidieerde organisaties.

Vraag 8

Wanneer is de Kamer geïnformeerd dat de inflatiecorrectie definitief niet volledig doorging?

Antwoord

In de eerste suppletoire begroting 2025 van VWS, samenhangende met de Voorjaarsnota 2025, is toegelicht dat een deel van de loonbijstelling wordt ingezet ter dekking van verschillende intensiveringen op de VWS-begroting, waaronder de inzet van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg, de aanpassing van de regeling dienstverlening aan huis en het alternatief invullen van de aanvullende apparaatstaakstelling uit amendement Bontenbal c.s. In de Kamervragen die naar aanleiding van de eerste suppletoire begroting 2025 van VWS zijn gesteld, is toegelicht dat dit een korting op de beleidsartikelen van VWS betreft en instellingen in de premiegefinancierde zorguitgaven (zoals ziekenhuizen) niet geraakt worden. Vanaf de beleidsartikelen van VWS worden wel verschillende organisaties door VWS gesubsidieerd, waardoor deze korting wel betrekking heeft op gesubsidieerde organisaties.

Vraag 9

Wanneer zijn de betrokken organisaties geïnformeerd over het niet volledig doorvoeren van de inflatiecorrectie?

Antwoord

Organisaties zijn conform het reguliere proces via een beschikkingsbrief uiterlijk 1 oktober 2025 geïnformeerd over het besluit met betrekking tot indexatie. Het ministerie gaat evalueren of het reguliere proces van subsidiebeschikking voldoende tijd biedt voor organisaties om hun begroting zorgvuldig voor te bereiden.

Vraag 10

Zijn alle organisaties op hetzelfde moment geïnformeerd over het volledig doorvoeren van de inflatiecorrectie en zo niet, welke afwegingen zijn daarbij gemaakt?

Antwoord

Organisaties zijn conform het reguliere proces via een beschikkingsbrief uiterlijk 1 oktober 2025 geïnformeerd over het besluit met betrekking tot indexatie. Het ministerie gaat evalueren of het reguliere proces van subsidiebeschikking voldoende tijd biedt voor organisaties om hun begroting zorgvuldig voor te bereiden.

Vraag 11

Was de informatievoorziening over het niet volledig doorvoeren van de inflatiecorrectie aan organisaties tijdig of vond deze plaats na het verstrijken van termijnen die nodig zijn om hun begrotingen zorgvuldig voor te bereiden?

Antwoord

Organisaties zijn conform het reguliere proces via een beschikkingsbrief uiterlijk 1 oktober geïnformeerd over het besluit met betrekking tot indexatie. Het ministerie gaat evalueren of het reguliere proces van subsidiebeschikking voldoende tijd biedt voor organisaties om hun begroting zorgvuldig voor te bereiden.

Vraag 12

Welke gevolgen heeft het niet volledig doorvoeren van de inflatiecorrectie voor de uitvoerbaarheid van afspraken en verplichtingen binnen het VWS-domein?

Antwoord

Het niet of slechts gedeeltelijk corrigeren voor inflatie leidt tot relatief minder financiële ruimte bij gesubsidieerde instellingen, omdat de betrokken instellingen wel geconfronteerd worden met hogere lonen en prijzen. De doorwerking van het niet volledig doorvoeren van de inflatiecorrectie kan verschillend uitwerken voor de gesubsidieerde organisaties. Door een zo optimaal mogelijke inzet van de uitgekeerde subsidies, kunnen de effecten van de korting binnen de betrokken organisaties waar mogelijk gemitigeerd worden.

Vraag 13

Komt het niet doorvoeren van de volledige inflatiecorrectie feitelijk neer op een directe bezuiniging op organisaties met belangrijke maatschappelijke functies?

Antwoord

Het niet of slechts gedeeltelijk corrigeren voor inflatie leidt tot relatief minder financiële ruimte bij gesubsidieerde instellingen, omdat de betrokken instellingen wel geconfronteerd worden met hogere lonen en prijzen. De doorwerking van het niet volledig doorvoeren van de inflatiecorrectie kan verschillend uitwerken voor de gesubsidieerde organisaties. Door een zo optimaal mogelijke inzet van de uitgekeerde subsidies, kunnen de effecten van de korting binnen de betrokken organisaties waar mogelijk gemitigeerd worden.

Vraag 14

Zijn er middelen gereserveerd om organisaties die door het uitblijven van volledige inflatiecorrectie in de knel komen met hun verplichtingen te compenseren?

Antwoord

Hiervoor zijn geen middelen gereserveerd. Door een zo optimaal mogelijke inzet van de uitgekeerde subsidies, kunnen de effecten van de korting binnen de betrokken organisaties waar mogelijk gemitigeerd worden. VWS treedt in overleg met organisaties die desondanks in de knel komen.

Vraag 15

Indien er geen middelen zijn gereserveerd, bent u dan bereid alsnog financiële compensatie te regelen voor organisaties die ernstig geraakt worden?

Antwoord

Door een optimale inzet van de uitgekeerde subsidies, kunnen de effecten van de korting binnen de betrokken organisaties waar mogelijk gemitigeerd worden. VWS treedt in overleg met organisaties die desondanks in de knel komen.

Vraag 16

Is onderzocht of binnen de VWS-begroting middelen konden worden herverdeeld om de inflatiecorrectie voor maatschappelijke partners toch mogelijk te maken?

Antwoord

Ja, VWS streeft ernaar om inflatiecorrectie toe te kunnen passen op de gesubsidieerde instellingen. Er zijn echter geen alternatieve oplossingen gevonden.

Vraag 17

Waarom is het niet mogelijk of niet voldoende gebleken om binnen de VWS-begroting intern middelen vrij te maken voor volledige inflatiecorrectie?

Antwoord

Dit jaar is een andere afweging gemaakt en is een deel van de loonbijstelling ingezet ter dekking van andere prioriteiten, waaronder de inzet van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg, de aanpassing van de regeling dienstverlening aan huis en het alternatief invullen van de aanvullende apparaatstaakstelling uit amendement Bontenbal c.s. Hoewel VWS ernaar streeft om inflatiecorrectie toe te kunnen passen op de gesubsidieerde instellingen, resteerden hierdoor minder middelen voor inflatiecorrectie.

Vraag 18

Hoe wordt het niet doorvoeren van inflatiecorrectie bij andere ministeries behandeld?

Antwoord

De inzet van loon- en prijsbijstelling is een kabinetsbesluit. Doordat andere prioriteiten voorrang kunnen krijgen, kan de omgang met inflatiecorrectie per jaar en per departement verschillen.

Vraag 19

Waarom is bij VWS gekozen voor een andere benadering van inflatiecorrectie dan bij andere ministeries?

Antwoord

De inzet van loon- en prijsbijstelling is een kabinetsbesluit. Doordat andere prioriteiten voorrang kunnen krijgen, kan de omgang met inflatiecorrectie per jaar en per departement verschillen.

Vraag 20

Hoe wordt gewaarborgd dat het niet volledig doorvoeren van inflatiecorrectie een eenmalige maatregel blijft?

Antwoord

VWS streeft ernaar om in de toekomst inflatiecorrectie toe te kunnen passen op de gesubsidieerde instellingen. Dit blijft echter onderdeel van de financiële besluitvorming.

Vraag 21

Op welke wijze verzekert u dat organisaties in het VWS-domein niet structureel het sluitstuk van bezuinigingsmaatregelen vormen door telkens inflatiecorrectie te missen?

Antwoord

VWS streeft ernaar om in de toekomst inflatiecorrectie toe te kunnen passen op de gesubsidieerde instellingen. Dit blijft echter onderdeel van de financiële besluitvorming.

Vraag 22

Hoe ontwikkelt de omvang van de wachtlijsten zich per type behandeling (zoals oncologie, GGZ, oogheelkunde, orthopedie en verpleeghuiszorg) in aanloop naar 2026 en in hoeverre is dat per sector individueel meegewogen?

Antwoord

Medisch specialistische zorg

Voor de medisch specialistische behandelingen is er geen landelijk inzicht in de omvang van wachttijsten.

Wel verzamelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) informatie over wachttijden bij medisch specialistische zorgaanbieders conform de Regeling Aanleveren wachttijden medisch-specialistische zorg (NR/REG-2421). De monitor laat zien dat de wachttijden vaak langer zijn dan de Treeknormen (Monitor Toegankelijkheid van zorg – 22 juli 2025 – De NZa). De groeiende zorgvraag is namelijk steeds lastiger op te vangen. Zorgverzekeraars hebben de plicht om voldoende zorg in te kopen voor hun verzekerden. De verzekeraars houden bij het maken van afspraken met aanbieders, rekening met de zorgvraag in de regio. In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord zijn afspraken (onder fiche C3) gemaakt om de transparantie en inzichten in wachttijsten te verbeteren en actieve zorgbemiddeling mogelijk te maken.

GGZ

Ook voor de GGZ geldt dat er geen inzicht is in het aantal mensen dat wacht op een behandeling in de GGZ. Wel verzamelt de NZa informatie over wachtplekken en wachttijden bij GGZ-aanbieders conform de regeling Transparantieregeling (NR/REG-2219a). Uit de meest recente informatiekaart *Wachttijden en wachtplekken GGZ* (oktober 2024) en de Monitor Toegankelijkheid van zorg (juli 2025) blijkt dat de toegankelijkheid van de GGZ helaas niet is verbeterd is ten opzichte van afgelopen jaren.

Het verbeteren van de wachttijdinformatie in de GGZ is onderdeel van het IZA en het AZWA. De NZa, zorgverzekeraars en aanbieders versterken gezamenlijk de datakwaliteit en transparantie via verbeteringen in het Zorgbeeldportaal, een pilot met declaratiedata en de ontwikkeling van een landelijk wachttijdendashboard. Het streven is dat het regionale inzicht in wachttijden uiterlijk in 2026 significant is verbeterd.

Verpleeghuiszorg

Het Zorginstituut publiceert elke maand de wachtlijst informatie op www.zorgcijfersdatabank.nl. Daarbij wordt scherp gekeken naar de zorgbehoefte van de wachtende. Daarom wordt in de wachtlijstmonitor onderscheid gemaakt tussen drie categorieën wachtenden: Acuut wachtenden; Actief plaatsen; Wachten op voorkeur.

Het merendeel van de wachtenden wacht op voorkeur en ontvangt momenteel zorg thuis en er is ook geen dringende noodzaak tot opname in het verpleeghuis. Dit geldt wel voor de urgent wachtenden en de actief te plaatsen cliënten. Voor deze cliënten is er een actief beleid van zorgkantoren om binnen de geldende termijnen, een plek in een verpleeghuis te regelen.

De meest recente wachtlijst informatie voor verpleging en verzorging is van 1 augustus 2025.

	1-8-2022	1-8-2023	1-8-2024	1-8-2025
Urgent plaatsen	306	318	305	312
Actief plaatsen	3.848	3.880	3.756	3.852
Wachten op voorkeur	16.605	17.579	16.400	13.763

	1-8-2022	1-8-2023	1-8-2024	1-8-2025
Totaal	20.759	21.777	20.461	17.927

Vraag 23

Kunt u aangeven per specialisme hoeveel patiënten momenteel langer wachten dan de Treeknorm?

Antwoord

Er bestaat momenteel geen landelijke registratie van het aantal mensen dat langer dan de Treeknorm moet wachten. Via de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) worden onder andere de wachttijden verzameld. Deze zijn na te kijken via ZorgkaartNederland.

In het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord hebben partijen afgesproken dat aanbieders per 1 januari 2026 het aantal wachtenden periodiek gaan aanleveren bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om inzicht te geven in het aantal wachtenden per specialisme per zorgverzekeraar.

Vraag 24

Hoeveel weken bedraagt de gemiddelde wachttijd voor een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg in 2026 volgens de begrotingsramingen? Kan dit worden uitgesplitst naar hoog-complexe en laag-complexe zorgvragen?

Antwoord

Zowel de instroomaantallen als de wachttijden in de GGZ verschillen sterk per diagnosegroep. Deze verschillen maken dat het berekenen van een gewogen algemeen gemiddelde wachttijd beperkte informatiewaarde heeft. We zien dat voor alle diagnosegroepen de maximale aanvaardbare wachttijd die zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen hebben afgesproken wordt overschreden. (Monitor Toegankelijkheid van zorg-juli 2025-Nederlandse Zorgautoriteit). Bij de verzameling van wachttijdinformatie wordt vooralsnog geen onderscheid gemaakt in zwaarte van de zorgvraag, wel wordt er onderscheid gemaakt in basis- en specialistische GGZ. Er zijn geen wachtlijst-streeftijden opgesteld voor 2026. Wel zijn er in het AZWA afspraken gemaakt om de toegankelijkheid van de GGZ te verbeteren.

Vraag 25

Wat zijn de actuele wachttijden voor planbare operaties, uitgesplitst naar type behandeling, en hoe verhouden deze zich tot vorig jaar?

Antwoord

Tabel 1 bevat de gemiddelde wachttijden voor veelvoorkomende planbare behandelingen in 2024 en 2025. Deze tabel is tot stand gekomen op basis van informatie vanuit de Regeling Aanleveren wachttijden medisch-specialistische zorg (NR/REG-2421). De lijst van behandelingen in deze regeling is tot stand gekomen in afstemming met partijen.

De wachttijden lijken voor een groot deel van onderstaande behandelingen licht te dalen ten opzichte van 2024. Voor een totaal beeld van de wachttijd tot een behandeling, moeten ook de wachttijden tot polikliniek en diagnostiek meegenomen worden (Monitor Toegankelijkheid van zorg – 22 juli 2025 – De Nederlandse Zorgautoriteit). De wachttijden voor polikliniek lijken namelijk juist op te lopen. Ook verschillen (de trends van) de wachttijden tussen regio's.

Tabel 1. Gemiddelde wachttijd in weken over het jaar 2024 en 2025 voor veelvoorkomende behandelingen.

Type behandeling	Wachttijd in weken	
	2024	2025 (t/m september)
Primaire operatieve behandeling van afwijkingen van neustussenschot (kno)	15,6	15,1
Ablatie (cardiologie)	14,3	13,5
Operatieve behandeling bij vergrote prostaat (urologie)	11,8	11,5
Operatieve behandeling urine-incontinentie en/of verzakking bij vrouw (gynaecologie)	11,1	11,3
Operatieve behandeling urine-incontinentie en/of blaasverzakking bij man (urologie)	11	9,6
Tonsillectomie en/of adenotomie (kno)	10,9	9,2
Sterilisatie man als zelfstandige verrichting (urologie, heelkunde)	10,6	7,4
Operatieve borstreconstructie (plastische chirurgie)	10,1	9,4
Operatieve behandeling navelbreuk (hernia umbilicalis) bij volwassenen (heelkunde)	9,9	8,6
Initiële totale knie vervanging (orthopedie)	9,8	10
Spondylodese operatie aan de wervelkolom anders dan ihkv behandeling van hernia nucleï pulposi/ kanaalstenose (orthopedie, neurochirurgie)	9,8	9,4
Initiële staaroperatie (oogheelkunde)	9,7	7,6
Operatieve behandeling liesbreuk (hernia inguinalis/ hernia femoralis) (heelkunde)	9,6	8,4
Percutane niersteenverwijdering (urologie)	9,5	8,8
Sterilisatie vrouw als zelfstandige verrichting (gynaecologie)	9,1	9,9
Besnijdenis als zelfstandige verrichting (urologie, heelkunde)	8,8	8,3
Geïsoleerde/ op zichzelf staande baarmoederverwijdering (gynaecologie)	8,8	9,6
Initiële totale heupvervanging (orthopedie)	8,6	8,6
Ooglidcorrectie (oogheelkunde)	8,4	7,8
Plaatsen middenoorbeluchtingsbuisjes (kno)	8,3	6,8
Galblaasverwijdering (heelkunde)	8	6,9
Operatieve behandeling hernia nucleï pulposi/ kanaalstenose (orthopedie, neurochirurgie)	8	7,8
Extractie gebitselement(en), niet in algehele anesthesie (kaakchirurgie)	7,5	7,9
Behandeling vanwege apneu (CPAP, operatieve behandeling) (kno, longgeneeskunde)	7,1	7,2
Operatieve behandeling goedaardige aandoeningen van/rondom de anus (heelkunde)	7	6,2
Operatieve behandeling goedaardige aandoeningen van/rondom de anus (heelkunde, dermatologie)	7	6,2

Type behandeling	Wachttijd in weken	
	2024	2025 (t/m september)
Operatieve verwijdering slokdarm (heelkunde)	6,9	6,6
Operatieve behandeling meniscus en/of kniebanden (geen vers letsel, exclusief artroscopische behandeling) (heelkunde, orthopedie)	6,8	6,6
Apexresectie(s) (kaakchirurgie)	6,8	7,3
Behandeling spataderen (endovasculaire procedure) (dermatologie, heelkunde)	6,6	6,4
(Vaat)chirurgische behandeling spataderen (heelkunde)	6,5	5,3
Neurolyse perifere zenuw, waaronder carpaal tunnel syndroom (neurochirurgie)	6,4	6,4
Operatieve behandeling prostaatcarcinoom (urologie)	6,4	6,5
Operatieve behandeling contractuur van Dupuytren (plastische chirurgie)	6,1	6,8
Mohs chirurgie (dermatologie)	5,5	7,1
Diagnostische en/of therapeutische kijkoperatie knie (orthopedie)	5,3	5,8
Aortocoronaire bypass-operatie als zelfstandige verrichting (cardiopulmonale chirurgie)	5	4,1
Volumereductieoperatie maag bij overgewicht (heelkunde)	4,2	4
IVF/ICSI (gynaecologie)	4,1	4,4
Initiële operatieve behandeling carpaal tunnel syndroom (heelkunde, orthopedie, plastische chirurgie)	3,9	4,1
Triggerfingerrelease (plastische chirurgie)	3,7	4,3
Vergruizing niersteen (urologie)	3,7	3,1
Longrevalidatie (revalidatiegeneeskunde)	3,5	4,1
Dotterbehandeling (cardiologie)	3,2	3,1
Hartkatheterisatie (cardiologie)	3,1	3,5
Hartrevalidatie (revalidatiegeneeskunde)	3	3
Revalidatie na beroerte (revalidatiegeneeskunde)	2,8	2,9
IUI (gynaecologie)	2,6	3,1

Vraag 26

Welke extra maatregelen neemt u in 2026 om wachttijden voor oncologische behandelingen terug te dringen?

Antwoord

Het is belangrijk dat we de wachttijden voor de toegang tot zorg voor iedereen binnen de daarvoor geschikte normen brengen. In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zijn afspraken gemaakt om de toegankelijkheid van de zorg te borgen. Deze afspraken gaan over het verbeteren van inzicht in de wachttijden, het mogelijk maken van actieve zorgbemiddeling en het verbeteren van gelijkwaardigere toegang. Om gelijkwaardige toegang te verbeteren, onderzoeken partijen waarom de toegang tot zorg voor bepaalde groepen minder goed is. Dit onderzoek

richt zich onder andere op oncologische patiënten. Partijen hebben afgesproken om concrete aanbevelingen uit dit onderzoek proactief op te pakken.

Vraag 27

Hoeveel patiënten wachten langer dan een half jaar op een eerste afspraak bij een specialist, uitgesplitst naar zorgdomein?

Antwoord

Het is niet bekend hoeveel patiënten langer dan een half jaar moeten wachten op een eerste afspraak bij een specialist in de medisch specialistische zorg of geestelijke gezondheidszorg.

De Nederlandse Zorgautoriteit publiceert periodiek informatie over wachttijden (Monitor Toegankelijkheid van zorg – 22 juli 2025 – De Nederlandse Zorgautoriteit) maar daaruit is niet af te leiden hoeveel mensen langer dan een half jaar wachten op een eerste afspraak.

In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord zijn er afspraken gemaakt voor de geestelijke gezondheidszorg en de medisch specialistische zorg om de transparantie en inzichten in wachtlijsten te verbeteren en actieve zorgbemiddeling mogelijk te maken. Het doel is om verdere stijging van de wachtlijsten te voorkomen en wachttijden binnen de daarvoor geldende normen te brengen.

Vraag 28

Welke doelstellingen stelt u voor het verkorten van wachttijden per type behandeling in 2026 en 2027?

Antwoord

Partijen hebben in het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord de volgende doelen gesteld: verdere stijging van de wachtlijsten voorkomen en de wachttijden binnen de daarvoor geldende normen (de Treeknormen) brengen. Om deze doelen te halen is afgesproken om proactieve zorgbemiddeling in de medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg mogelijk te maken per 2026. Ook streven partijen om de beschikbare capaciteit in de geestelijke gezondheidszorg efficiënter te gebruiken per 2026 en 2027. Specifiek voor de geestelijke gezondheidszorg is tot doel gesteld dat in 2028 alle patiënten binnen de Treeknorm geestelijke gezondheidszorg ontvangen.

Vraag 29

Hoeveel middelen zijn in de VWS-begroting gereserveerd specifiek voor het terugdringen van wachtlijsten, en hoe worden deze per zorgsector ingezet?

Antwoord

In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord hebben partijen afspraken gemaakt om de wachttijden voor de toegang tot zorg voor iedereen binnen de daarvoor geschikte normen te brengen. Het is aan partijen om deze afspraken te realiseren.

Er is in het kader van het IZA afgesproken om in 2026 € 30 miljoen aan extra middelen toe te voegen aan het macrokader GGZ voor het wegwerken van wachtlijsten.

Vraag 30

Hoe beoordeelt u de gevolgen van oplopende wachttijden voor de kwaliteit van zorg en gezondheid van patiënten, uitgesplitst naar behandelingstype?

Antwoord

Er is geen breed inzicht in de gevolgen van oplopende wachttijden op de kwaliteit van zorg en gezondheid van patiënten, uitgesplitst naar behandelingstypen in de geestelijke gezondheidszorg en de medisch specialistische zorg. Het is vervelend voor wachtenden als zij lang met een zorgvraag blijven zitten. Dit kan ook tot verergering van de klachten leiden. Het is de verantwoordelijkheid van zorgprofessionals en instellingen om goed zicht te houden op de patiënten op hun wachtlijst. Wanneer een wachtlijst van toepassing is, wordt door de zorgprofessionals bepaald of de patiënt al dan niet voorrang dient te krijgen en of alternatieven ingezet moeten worden. In sommige gevallen kunnen klachten ook verminderen met tijd of ondersteuning binnen het sociaal domein. Daarom wordt er door aanbieders ingezet op het verbeteren van het inzicht in hun wachtlijsten, het verkorten van wachttijden en versterking van de inzet op wachttijdondersteuning en andere vormen van laagdrempelige hulp, zoals e-communities.

Als ik kijk naar de gezondheid van de patiënten is het, naast de inzet om de toegang tot zorg voor iedereen binnen de normen te brengen, belangrijk dat we bewegen van zorg naar gezondheid. Juist met oplossingen in sectoren buiten zorg, zorgen we voor een betere gezondheid en verkleinen we de druk op de zorg. Door aandacht voor preventie, een gezonde leefomgeving en met een sterk sociaal netwerk. Hierover hebben partijen afspraken gemaakt in het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord.

Vraag 31

Waarom bevat de VWS-begroting geen structurele extra investeringen in preventie, ondanks brede steun in de Kamer en in de samenleving?

Antwoord

Binnen de mogelijkheden van de VWS begroting zijn er extra investeringen opgenomen in preventie, als gevolg van de afspraken van het AZWA. Dit is mede te danken aan de steun van de Kamer en van partijen die het AZWA hebben gesloten. Daarbij gaat het onder meer om structurele middelen voor medische preventie, dit zijn vaccinatie tegen gordelroos en twee verbeteringen van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker (implementeren van AI en bieden van MRI aan vrouwen met zeer dicht borstweefsel). Op het terrein van sociaal-medisch zijn er vanaf 2026 extra middelen voor gemeenten om in te zetten op o.a. ketenaanpak GLI volwassenen, integrale gezinspoli, inloopvoorzieningen Sociaal&Gezond en Mentale Gezonde School. Voor het volledige overzicht van de maatregelen verwijst Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport u naar het AZWA-akkoord. Het AZWA bevat de mogelijkheid om het gesprek te voeren over het financieren van (toekomstige medische) preventie-maatregelen middels de opbrengsten van deze maatregelen in de vorm van bespaarde zorgkosten. De VWS-begroting voor 2026 bevat enkele bezuinigingen die voor een deel betrekking hebben op preventie. Zo is er een taakstelling van € 300 miljoen op publieke gezondheid in het hoofdlijnenakkoord opgenomen, wat betekent dat de middelen rondom pandemische paraatheid worden afgebouwd tot nul in 2029. Daarnaast zijn ook subsidies op o.a. het terrein van preventie met 10% gekort en zijn de gelden voor SPUKs waaronder de Brede SPUK met preventiemiddelen met 10% gekort.

Vraag 32

Welke concrete stappen onderneemt u samen met uw ministerie om investeringen in preventie wél mogelijk te maken binnen de huidige of vernieuwde begrotingssystematiek?

Antwoord

Op 23 oktober 2025 is de richtlijn passend bewijs preventie aan uw Kamer aangeboden.² De richtlijn geeft de noodzakelijke methodologische handvatten om de effectiviteit van preventiemaatregelen voldoende overtuigend te onderbouwen. Deze onderbouwing is vervolgens bruikbaar om financiële reeksen op te stellen ten behoeve van besluitvorming. In de brief aan uw Kamer van 17 juni 2025 over het investeringsmodel voor preventie is toegezegd in december een ambtelijk rapport aan te bieden over verkenning voor- en nadelen van verschillende financieringsopties voor preventieve maatregelen, ook ten opzichte van de huidige situatie. Vanwege de val van het kabinet is dit vertraagd. De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport zal uw Kamer in overleg met het Ministerie van Financiën informeren zodra er meer duidelijkheid is over de termijn waarop dit rapport gereed kan zijn.

Vraag 33

Hoeveel middelen worden er in 2026 gereserveerd voor preventieve zorg, uitgesplitst naar programma (bijvoorbeeld vaccinatie, overgewicht, rookpreventie)?

Antwoord

De begroting van VWS kent niet het specifieke label «preventieve zorg» of «preventie» gezien de begrippen zeer breed zijn. Een exact bedrag valt dan ook niet te noemen. Wel zijn er enkele thema's te onderscheiden in de begroting die hieronder worden opgesomd die een beeld geven bij de middelen die hiervoor beschikbaar zijn in 2026. Daarnaast zijn in het AZWA ook middelen beschikbaar gesteld naar preventieve zorg voor zowel medische preventie als het sociaal domein.

<i>Thema</i>	<i>Bedrag</i>
Bevolkingsonderzoeken	€ 324,1 miljoen
Vaccinaties	€ 268,4 miljoen
Preventie van schadelijk middelengebruik	€ 15,5 miljoen
Gezonde leefstijl en gezond gewicht	€ 18,4 miljoen

Vraag 34

Heeft u laten onderzoeken welke begrotingsregels belemmerend werken om structureel in preventie te investeren?

Antwoord

Nee, de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport heeft dit niet laten onderzoeken. Op 23 oktober 2025 is de richtlijn passend bewijs preventie aan uw Kamer aangeboden.³ De richtlijn geeft de noodzakelijke methodologische handvatten om de effectiviteit van preventiemaatregelen voldoende overtuigend te onderbouwen. Deze onderbouwing is vervolgens bruikbaar om financiële reeksen op te stellen ten behoeve van besluitvorming. In de brief aan uw Kamer van 17 juni 2025 over het investeringsmodel voor preventie is toegezegd in december een ambtelijk rapport aan te bieden over verkenning voor- en nadelen van verschillende financieringsopties voor preventieve maatregelen, ook ten opzichte van de huidige situatie. Vanwege de val van het kabinet is dit vertraagd. Ik zal uw Kamer in overleg met het Ministerie van Financiën informeren zodra er meer duidelijkheid is over de termijn waarop dit rapport gereed kan zijn.

Vraag 35

² Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 869

³ Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 869

Op welke manier zouden alternatieve begrotingsregels, zoals een «preventiefonds» of meerjarige investeringsruimte, bijdragen aan het vergroten van preventie-uitgaven?

Antwoord

Preventie vergt doorgaans een lange adem (wegens (gezondheids)opbrengsten die verder in de toekomst liggen), doorlopende beleidsaandacht en stabiele financiering. Het structureel apart zetten van financiële middelen voor preventiemaatregelen in een «preventiefonds» of meerjarige investeringsruimte kan dit bevorderen en daarmee bijdragen aan het vergroten van de preventie-uitgaven. Op 23 oktober 2025 is de richtlijn passend bewijs preventie aan uw Kamer aangeboden.⁴ De richtlijn geeft de noodzakelijke methodologische handvatten om de effectiviteit van preventiemaatregelen voldoende overtuigend te onderbouwen. Deze onderbouwing is vervolgens bruikbaar om financiële reeksen op te stellen ten behoeve van besluitvorming. In de brief aan uw Kamer van 17 juni 2025 over het investeringsmodel voor preventie is toegezegd in december een ambtelijk rapport aan te bieden over verkenning voor- en nadelen van verschillende financieringsopties voor preventieve maatregelen, ook ten opzichte van de huidige situatie. Vanwege de val van het kabinet is dit vertraagd. De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport zal uw Kamer informeren zodra er meer duidelijkheid is over de termijn waarop dit rapport gereed kan zijn.

Vraag 36

Hoeveel procent van het totale VWS-budget in 2026 gaat naar preventie?

Antwoord

Een exact percentage voor het totale VWS-budget naar preventie valt niet te noemen. De begroting van VWS kent niet een specifiek label «preventie». Het is een zeer breed begrip dat zowel in de Zvw, Wlz, Wmo als de Rijksbegroting voor komt. Gezien de diversiteit is het uitsplitsen van preventie binnen de stelsels als de rijksbegroting niet mogelijk. Wel kunnen enkele thema's worden onderscheiden op de VWS-begroting die een beeld geven bij de middelen die onder dit begrip kunnen vallen. De bedragen die voor deze thema's beschikbaar zijn in 2026 zijn hieronder opgesomd.

Thema	Bedrag
Bevolkingsonderzoeken	€ 324,1 miljoen
Vaccinaties	€ 268,4 miljoen
Preventie van schadelijk middelengebruik	€ 15,5 miljoen
Gezonde leefstijl en gezond gewicht	€ 18,4 miljoen

Daarnaast zijn in het AZWA ook middelen beschikbaar gesteld voor preventieve zorg voor zowel medische preventie als het sociaal domein.

Vraag 37

Welke voorbereidingen treffen u en uw ministerie om in toekomstige jaren structurele verschuivingen naar preventie mogelijk te maken?

Antwoord

Op 23 oktober 2025 is de richtlijn passend bewijs preventie aan uw Kamer aangeboden.⁵ De richtlijn geeft de noodzakelijke methodologische handvatten om de effectiviteit van preventiemaatregelen voldoende overtuigend te onderbouwen. Deze onderbouwing is vervolgens bruikbaar

⁴ Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 869

⁵ Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 869

om financiële reeksen op te stellen ten behoeve van besluitvorming. Op 17 juni 2025 is uw Kamer geïnformeerd over de ontwikkeling van het investeringsmodel voor preventie. Het werk hieraan gaat onverminderd door. In december zal de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport uw Kamer een uitgebreide stand van zaken, zoals toegezegd.

Vraag 38

Zijn er pilots of experimenten voorzien in 2026 waarin zorgverzekeraars en gemeenten meerjarig in preventie mogen investeren en welke budgetten zijn hieraan gekoppeld?

Antwoord

In 2026 zijn er geen pilots of experimenten vanuit de Rijksmiddelen voorzien om zorgverzekeraars en gemeenten meerjarig in preventie te laten investeren. Dat laat onverlet dat gemeenten en zorgverzekeraars zelf beleidsvrijheid hebben om zelfstandig beleidskeuzes te maken. Wel is in het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord – waar gemeenten, zorgverzekeraars en het Rijk onderdeel van zijn – een ontwikkelagenda opgesteld waar vanaf 2027 voor een aantal jaren middelen aan zijn verbonden. In deze ontwikkelagenda zijn aanpakken opgenomen gericht op het voorkomen of verminderen van zorg waar zorgverzekeraars en gemeenten op samenwerken. Doel van de ontwikkelagenda is te onderzoeken of dergelijke aanpakken in aanmerking kunnen komen voor structurele financiering. In de ontwikkelagenda «Sociaal Domein» van het AZWA is hiervoor € 77 miljoen in 2027 oplopend naar € 153 miljoen in 2029 opgenomen. In de ontwikkelagenda «Medische Preventie» van het AZWA is hiervoor € 45 miljoen in 2027 en € 45 miljoen in 2028 opgenomen.

Vraag 39

Wat zijn de verwachte maatschappelijke besparingen op lange termijn als gevolg van een substantiële investering in preventie, en waarom zijn deze baten nu niet zichtbaar in de VWS-begroting?

Antwoord

Investeren in preventie levert gezondheid op en daarmee meestal ook maatschappelijke en economische baten. Deze zijn in begrotingsdocumenten zoals die van VWS niet direct zichtbaar vanwege bijvoorbeeld tijdsvertragingen en complexiteit in toerekening. Bovendien kunnen preventiebaten zich voordoen in andere sectoren dan VWS (bijvoorbeeld minder ziekteverzuim, uitkeringen of betere schoolprestaties), terwijl de investering binnen VWS plaatsvindt (of andersom). De baten vloeien in dat geval terug via begrotingen van andere departementen naar het Rijk.

Vraag 40

Klopt het dat er in de VWS-begroting 2026 verschillende bedragen voor de SPUK-ASG worden genoemd, waaronder € 50 miljoen (pagina 51) en € 45 miljoen (pagina 222)? Hoe verklaart u deze verschillen?

Antwoord

Alle afspraken over de extra intensivering binnen het AZWA zijn verwerkt in de plannen. Het gaat hierbij om de gedeeltelijke reparatie van de 10% SPUK-korting voor 2026 en maar de AZWA-middelen vanaf 2027: € 5 miljoen in 2027 en vanaf 2028 jaarlijks € 7 miljoen. Maar deze afspraken zijn niet goed terug te vinden in de begroting, omdat de AZWA-middelen per abuis zijn geboekt onder de begrotingspost voor bevolkingsonderzoeken. Deze fout wordt in het voorjaar van 2026 gecorrigeerd. Daarnaast klopt het vermelde bedrag voor de ASG-regeling in 2025 en de jaren daarna niet. Dit komt doordat het budget voor het wietexperiment, dat onder dezelfde gemeentelijke begrotingsregel valt, onbedoeld is meegeteld onder de post seksuele gezondheid. Het gaat hier

om € 0,5 miljoen vanaf 2026, wat ook de verklaring is voor het verhoogde bedrag in 2025. Ook dit wordt komend voorjaar gecorrigeerd.

Vraag 41

Kunt u bevestigen dat de oorspronkelijk voorziene korting van tien procent op de SPUK-ASG in 2026 volledig is weggewerkt zoals aangeven op pagina 51?

Antwoord

Voor het jaar 2026 is het gelukt om incidenteel € 3 miljoen beschikbaar te stellen om de eerder voorziene korting van 10% op de SPUK-ASG grotendeels te compenseren. Daarmee is de korting voor een groot deel, maar niet volledig, weggewerkt.

Vraag 42

Mocht de korting niet (volledig) zijn weggewerkt – zoals gesuggereerd op p. 222 – kunt u dan het juiste bedrag dat beschikbaar is voor de ASG in 2026 delen?

Antwoord

In 2026 is € 49,86 miljoen voor de ASG-regeling beschikbaar.

Vraag 43

Mocht de korting niet (volledig) zijn weggewerkt, is er overwogen om de middelen uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), die volgens de afspraken pas vanaf 2027 beschikbaar komen voor de SPUK-ASG, naar voren te halen om de korting in 2026 wel volledig te repareren?

Antwoord

Dit is overwogen toen nog niet duidelijk was of een eenmalige reparatie haalbaar zou zijn. Toen duidelijk werd dat de GGD'en voor een deel ontlast zouden worden met de incidentele investering van € 3 miljoen, is dit scenario niet verder uitgewerkt. De Kamer heeft inmiddels de motie Krul-Dobbe aangenomen.⁶ In lijn met de motie gaat de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport met de GGD'en in gesprek om te verkennen of een kasschuif naar 2026 uitkomst kan bieden. Uitkomsten van deze gesprekken, kunnen worden betrokken bij de gesprekken over de Voorjaarsnota 2026.

Vraag 44

Waarom zijn de extra investeringen in de ASG vanaf het jaar 2027 niet zichtbaar in de begroting?

Antwoord

Alle afspraken die zijn gemaakt over de extra intensiveringen binnen het AZWA zijn verwerkt in de plannen. Deze afspraken zijn helaas niet goed terug te vinden in de begroting, omdat de AZWA-middelen per abuis zijn geboekt onder de begrotingspost voor bevolkingsonderzoeken. Deze fout wordt in het voorjaar van 2026 gecorrigeerd.

Vraag 45

Wat zouden de gevolgen zijn van de resterende korting van € 2 miljoen op de SPUK-ASG in 2026 voor de werkzaamheden van GGD'en indien deze niet gerepareerd zouden worden, bijvoorbeeld op het gebied van overhead, contracten en laboratoriumkosten?

Antwoord

⁶ TK 2025–2026, 32 793, nr. 859

Voor de SPUK-ASG-regeling is in 2026 € 49,86 miljoen beschikbaar, dankzij een incidentele investering van € 3 miljoen. Het beschikbare bedrag voor 2026 is daarmee ongeveer gelijk aan het beschikbare bedrag voor 2025. Hoewel het beschikbare budget voor de SPUK-ASG-regeling in 2026 vrijwel gelijk is aan dat van 2025, blijven de gevolgen van de resterende korting voor de GGD'en merkbaar. Door stijgende kosten op het gebied van personeel, contracten en laboratoriumtarieven zullen GGD'en minder ruimte hebben om aanvullende soa-zorg, seksualiteits-hulpverlening en PrEP-zorg aan te bieden. De Kamer heeft inmiddels de motie Krul-Dobbe aangenomen.⁷ In lijn met de motie gaat de Staatssecretaris van Jeugd, Preventie en Sport met de GGD'en in gesprek om te verkennen of een kasschuif naar 2026 uitkomst kan bieden. Uitkomsten van deze gesprekken kunnen worden betrokken bij de gesprekken over de Voorjaarsnota 2026.

Vraag 46

Welke risico's voor de continuïteit van de publieke gezondheidszorg ziet u indien de korting van € 2 miljoen op de SPUK-ASG in 2026 niet wordt gerepareerd?

Antwoord

Voor de ASG-regeling is in 2026 € 49,86 miljoen beschikbaar, dankzij een incidentele extra investering van € 3 miljoen. Het beschikbare bedrag voor 2026 is daarmee ongeveer gelijk aan het beschikbare bedrag voor 2025. Maar door stijgende kosten op het gebied van personeel, contracten en laboratoriumtarieven zullen GGD'en minder ruimte hebben om aanvullende soa-zorg, seksualiteitshulpverlening en PrEP-zorg aan te kunnen bieden. Om de continuïteit van de publieke gezondheidszorg zoveel mogelijk te borgen is er – dankzij de AZWA-middelen – vanaf 2027 structureel meer budget beschikbaar binnen de SPUK-ASG: € 5 miljoen in 2027 en vanaf 2028 jaarlijks € 7 miljoen. Ook gaat de Staatssecretaris van Jeugd, Preventie en Sport met de GGD'en in gesprek om te verkennen of een kasschuif naar 2026 uitkomst kan bieden om het gat in 2026 volledig te dichten. Dit is in lijn met de motie Krul-Dobbe die de Kamer inmiddels heeft aangenomen.⁸ Uitkomsten van deze gesprekken kunnen worden betrokken bij de gesprekken over de Voorjaarsnota 2026.

Vraag 47

Hoe beoordeelt u de signalen, benoemd in het commissiedebat Publieke Gezondheidszorg, dat meerdere partijen pleiten om de ASG-middelen uit het AZWA eerder beschikbaar te stellen om een budgetgat in 2026 te voorkomen?

Antwoord

De Kamer heeft de motie Krul-Dobbe aangenomen.⁹ In lijn met de motie gaat de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport met de GGD'en in gesprek om te verkennen of een kasschuif naar 2026 uitkomst kan bieden. Uitkomsten van deze gesprekken kunnen worden betrokken bij de gesprekken over de Voorjaarsnota 2026.

Vraag 48

Bent u bereid om de VWS-begroting of een suppletoire begroting aan te passen, zodat de volledige compensatie van de korting op de SPUK-ASG in 2026 wordt geborgd?

Antwoord

⁷ TK 2025–2026, 32 793, nr. 859

⁸ TK 2025–2026, 32 793, nr. 859

⁹ TK 2025–2026, 32 793, nr. 859

Nee, hiervoor is geen financiële dekking beschikbaar. De Kamer heeft inmiddels de motie Krul-Dobbe aangenomen.¹⁰ In lijn met de motie gaat de Staatssecretaris van Jeugd, Preventie en Sport met de GGD'en in gesprek om te verkennen of een kasschuif naar 2026 uitkomst kan bieden. Uitkomsten van deze gesprekken kunnen worden betrokken bij de gesprekken over de Voorjaarsnota 2026.

Vraag 49

Welke afspraken zijn er door u exact gemaakt met GGD'en over de hoogte van het budget voor de SPUK-ASG in 2026, en hoe zijn deze afspraken vastgelegd?

Antwoord

De GGD'en weten dat er per 2026 een korting van 10% (een bedrag van € 5 miljoen) wordt doorgevoerd op de SPUK-ASG, dit is vastgelegd in het hoofdlijnenakkoord. De GGD'en zijn door het RIVM schriftelijk op de hoogte gesteld van de (incidentele) loon- en prijsbijstelling op de SPUK-ASG voor de jaren 2025 en 2026.¹¹ Over de incidentele bijdrage voor het jaar 2026 van € 3 miljoen zijn de GGD'en tijdens een stuurgroep overleg in september 2025 mondeling ingelicht. De beschikbare bedragen worden ook opgenomen in de gewijzigde ASG-regeling die eind dit jaar wordt gepubliceerd.

Vraag 50

Is er overleg geweest tussen VWS en gemeenten of veiligheidsregio's over de gevolgen van de korting op de SPUK-ASG voor de uitvoering van publieke gezondheidszorg in 2026?

Antwoord

Er is geen overleg geweest tussen VWS en gemeenten of veiligheidsregio's over de gevolgen van de korting op de SPUK-ASG. Er is wel veelvuldig over dit onderwerp gesproken met de coördinerende GGD'en en het RIVM. Het RIVM voert regie op de uitvoering van de SPUK-ASG, de middelen voor de uitvoering van deze taken worden via het RIVM aan acht coördinerende GGD'en verstrekt. De gevolgen van de korting zijn in deze gesprekken duidelijk geworden. Deze hebben betrekking op het aantal consulten en activiteiten die de GGD'en kunnen bieden en op het aantal medewerkers van de GGD'en die deze belangrijk zorg leveren. De situatie voor 2026 was extra complex: door de korting zouden de GGD'en moeten inkrimpen, terwijl er vanaf 2027 juist extra middelen voor de ASG beschikbaar komen dankzij het AZWA. Gelukkig is het gelukt om voor het jaar 2026 incidenteel € 3 miljoen vrij te maken om dit voor een deel te repareren. De GGD'en zijn hierover tijdens een stuurgroep-bijeenkomst in september jl. geïnformeerd.

Vraag 51

Op welke manier wordt geborgd dat de financiële afspraken uit het AZWA-akkoord voor de SPUK-ASG niet onder druk komen te staan door de onzekerheid en onduidelijkheid in de begroting 2026?

Antwoord

Volgens de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport is er geen sprake van onzekerheid over de beschikbare middelen voor de ASG-regeling. Alle afspraken uit het AZWA zijn gerespecteerd en tevens is in de begroting 2026 een reparatie van de 10% korting verwerkt. De reparatie van de 10% korting voor 2026 komt neer op een korting van € 2 miljoen in plaats van

¹⁰ TK 2025–2026, 32 793, nr. 859

¹¹ Het RIVM voert regie op de uitvoering van de SPUK-ASG, de middelen voor de uitvoering van deze taken worden via het RIVM aan acht coördinerende GGD'en verstrekt.

€ 5 miljoen en vanaf 2027 betreffen de extra investeringen vanuit het AZWA € 5 miljoen in 2027 en vanaf 2028 jaarlijks € 7 miljoen.

Wel is er sprake van onduidelijkheid, als het gaat om het kunnen terugvinden van de gemaakte afspraken en bijbehorende bedragen op de begroting. De AZWA-middelen zijn per abuis geboekt onder de begrotingspost voor bevolkingsonderzoeken. Dit wordt gecorrigeerd bij de Voorjaarsnota 2026. Daarnaast klopt het vermelde bedrag voor de ASG-regeling in 2025 en de jaren daarna niet. Dit komt doordat het budget voor het wietexperiment, dat onder dezelfde gemeentelijke begrotingsregel valt, onbedoeld is meegeteld onder de post seksuele gezondheid. Het gaat hier om € 0,5 miljoen vanaf 2026, wat ook de verklaring is voor het verhoogde bedrag in 2025. Ook dit wordt bij de Voorjaarsnota 2026 gecorrigeerd.

De GGD'en zijn door het RIVM¹² geïnformeerd over de financiële consequenties van zowel de loon- en prijsbijstelling, de korting van 10% op de SPUK ASG per 2026, en de incidentele extra bijdrage van € 3 miljoen. De beschikbare bedragen worden ook opgenomen in de gewijzigde ASG-regeling die eind dit jaar wordt gepubliceerd. Dat zal per 2027 ook gelden voor de extra middelen vanuit het AZWA-akkoord.

Vraag 52

Wat is de status van de Backpay-regeling? Zijn alle «rechthebbenden» inmiddels gecompenseerd? Zo niet, waarom niet en welk plan ligt er om dit alsnog te realiseren?

Antwoord

Het kabinet heeft besloten om € 50 miljoen euro te reserveren voor een Backpay-regeling voor weduwen. Het is belangrijk dat de regeling zorgvuldig wordt gemaakt, zodat deze goed uitvoerbaar is. Het opstellen van de regelgeving, consulteren van betrokken organisaties, verrichten van een uitvoeringstoets, uitvoeren van de internetconsultatie, inventariseren van de fiscale gevolgen van een regeling, zorgdragen voor een goed werkend ICT-systeem en oprichten van een team dat de regeling kan uitvoeren (inclusief de werving van gekwalificeerd personeel), kost tijd. Om deze redenen is het niet haalbaar om al in 2025 te starten met de uitvoering van de Backpay-regeling.

Op dit moment zijn er nog geen uitkeringen verstrekt omdat het onrechtmatig is om zonder geldige regeling uitkeringen te verstrekken en het onbekend is wie de rechthebbenden zijn. Momenteel wordt gewerkt aan het vormgeven van de regeling. Naar verwachting zal eind dit jaar gestart kunnen worden met de uitvoeringstoets. Nadat de uitvoeringstoets heeft plaatsgevonden krijgen organisaties en burgers via de internetconsultatie zes weken de tijd om commentaar te geven op de concept-regeling. Het is waarschijnlijk aan een nieuw kabinet, in afstemming met de nieuw gekozen Tweede Kamer, om vervolgens een besluit te nemen over de vormgeving van de definitieve regeling en de invoering daarvan.

Vraag 53

Kunnen patiënten er in 2026 erop rekenen dat de maximering van de eigen bijdrage voor GVS-middelen blijft gehandhaafd op € 250? Wanneer wordt daar concreet meer helderheid over gegeven?

Antwoord

¹² Het RIVM voert regie op de uitvoering van de SPUK-ASG, de middelen voor de uitvoering van deze taken worden via het RIVM aan acht coördinerende GGD'en verstrekt.

De maximering van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen is met een jaar verlengd, zodat patiënten ook in 2026 maximaal 250 euro per jaar moeten bijbetalen voor extramurale geneesmiddelen. Dit is bekend gemaakt in de beantwoording van de Kamervragen over de 1^e suppletoire begroting VWS 2025¹³ en inmiddels ook in de regelgeving verwerkt, zie de Staatscourant van 26 september 2025.¹⁴

Vraag 54

Op welke wijze vinden onderhandelingen over medicatie plaats tussen het ministerie en farmaceuten? Gebeurt dit altijd fysiek? Of gaat dit per brief/mail? En waarom gebeurt dat zo?

Antwoord

Om binnen de kaders van geheimhouding de transparantie zoveel als mogelijk te vergroten, vinden de prijsonderhandelingen tussen het ministerie en farmaceuten plaats door middel van briefwisseling.

Gedurende het onderhandelproces is het ook mogelijk dat er tussen het ministerie en de farmaceut een fysiek gesprek plaatsvindt.

Vraag 55

Wat was/is het aandeel geneesmiddelen (bruto en netto) in de totale zorguitgaven in de periode 2020–2025?

Antwoord

In onderstaande tabel staan de netto-uitgaven aan geneesmiddelen, zowel verstrekt binnen de medisch specialistische zorg (intramuraal) als via de apotheek (extramuraal), ten opzichte van de totale netto-zorguitgaven. VWS beschikt niet over bronnen die een volledig en representatief beeld kunnen geven van de bruto-uitgaven aan geneesmiddelen.

Uitgaven geneesmiddelen (Bedragen in miljarden €)	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Totaal geneesmiddelen	7	7	8	8	8	9
Totale netto zorguitgaven	74	77	81	87	95	100
Aandeel geneesmiddelen (in % van zorguitgaven)	9,9%	9,7%	9,5%	9,1%	8,9%	8,7%

De uitgaven van de extramurale geneesmiddelen zijn inclusief de terhandstellingskosten en daarmee gelijk aan de uitgaven apotheekzorg in de begroting.

De inzet van intramurale geneesmiddelen wordt op verschillende wijzen bekostigd. De uitgaven aan relatief duurdere intramuraal verstrekte geneesmiddelen (oftewel de add on geneesmiddelen) worden apart bekostigd. Deze kosten zijn dan ook opgenomen als kosten intramurale geneesmiddelen MSZ. De uitgaven aan de inzet van minder dure geneesmiddelen in instellingen van de medisch specialistische zorg zijn onderdeel van de integrale tarieven en worden dan ook niet apart bijgehouden. Deze kosten zijn dan ook niet meegenomen in de tabel. Dit geldt ook voor de inzet van geneesmiddelen bij behandeling in geneeskundige GGZ-instellingen die ook niet apart worden bekostigd.

De uitgaven zijn gebaseerd op cijfers van de zorgverzekeraars waar eventuele kortingen, financiële arrangementen en btw in zijn verwerkt.

De inzet van geneesmiddelen in Wlz-instellingen wordt ook niet apart bekostigd. Daar waar Wlz-cliënten zorg met behandeling geleverd krijgen

¹³ Kamerstukken 36 725 XVI-3.

¹⁴ Staatscourant 2025, 32588.

vanuit de Wlz-instelling maakt dit onderdeel uit van de integrale tarieven. Cliënten zonder verblijf krijgen geneesmiddelen vanuit de Zorgverzekeringswet vergoed.

Vraag 56

Wat was/is het aandeel geneesmiddelen in de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg in de periode 2020–2025?

Antwoord

De inzet van intramurale geneesmiddelen wordt op verschillende wijzen bekostigd. De uitgaven aan relatief duurdere intramuraal verstrekte geneesmiddelen (oftewel de add on geneesmiddelen) worden apart bekostigd. Deze kosten zijn dan ook opgenomen als kosten intramurale geneesmiddelen MSZ. De uitgaven aan de inzet van minder dure geneesmiddelen in instellingen van de medisch specialistische zorg zijn onderdeel van de integrale tarieven en worden dan ook niet apart bijgehouden. Deze kosten zijn dan ook niet meegenomen in de tabel.

Onderstaande tabel geeft de uitgaven aan intramuraal verstrekte add-ons geneesmiddelen weer in de periode 2020 t/m 2025.

De uitgaven zijn gebaseerd op cijfers van de zorgverzekeraars waar eventuele kortingen, financiële arrangementen en btw in zijn verwerkt.

Uitgaven geneesmiddelen (in miljarden euro)	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Intramuraal verstrekte geneesmiddelen	2,3	2,6	2,5	2,6	2,7	2,7
Kosten totale MSZ	24,7	25,6	26,3	28,0	30,1	31,7
<i>Aandeel (in %)</i>	<i>9,5%</i>	<i>10,0%</i>	<i>9,7%</i>	<i>9,2%</i>	<i>8,9%</i>	<i>8,6%</i>

Vraag 57

Wat waren de (bruto en netto) uitgaven aan geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg (intramuraal) en de apotheekzorg (extramuraal) het afgelopen jaar?

Antwoord

In onderstaande tabel staan de netto-uitgaven aan geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg (intramuraal) en de apotheekzorg (extramuraal) in 2024. VWS beschikt niet over bronnen die een volledig en representatief beeld kunnen geven van de bruto-uitgaven aan geneesmiddelen.

De netto-uitgaven van de extramurale geneesmiddelen zijn inclusief de terhandstellingskosten en daarmee gelijk aan de uitgaven apotheekzorg in de begroting.

De inzet van intramurale geneesmiddelen wordt op verschillende wijzen bekostigd. De uitgaven aan relatief duurdere intramuraal verstrekte geneesmiddelen (oftewel de add on geneesmiddelen) worden apart bekostigd. Deze kosten zijn dan ook opgenomen als kosten intramurale geneesmiddelen MSZ. De uitgaven aan de inzet van minder dure geneesmiddelen in instellingen van de medisch specialistische zorg zijn onderdeel van de integrale tarieven en worden dan ook niet apart bijgehouden. Deze kosten zijn dan ook niet meegenomen in de tabel. Dit geldt ook voor de inzet van geneesmiddelen bij behandeling in geneeskundige GGZ-instellingen die ook niet apart worden bekostigd.

Zowel de uitgaven voor intramurale geneesmiddelen als voor extramurale geneesmiddelen zijn gebaseerd op cijfers van de zorgverzekeraars waar eventuele kortingen, financiële arrangementen en btw in zijn verwerkt.

Uitgaven geneesmiddelen (in miljarden euro)	2024
Apotheekzorg	5,7
Intramurale geneesmiddelen MSZ	2,7
Totale netto-uitgaven geneesmiddelen	8,4

Vraag 58

Hoeveel subsidie is de afgelopen tien jaar aan academische geneesmiddelenontwikkeling uitgegeven en hoeveel geneesmiddelen zijn hiermee ontwikkeld?

Antwoord

Het Ministerie van VWS houdt geen overzicht bij van subsidie die aan academische geneesmiddelenontwikkeling wordt uitgegeven. In Nederland wordt academisch onderzoek door veel verschillende organisaties en vanuit verschillende geldstromen gesubsidieerd, hier bestaat geen centraal overzicht van. Dit wordt verder bemoeilijkt omdat het niet altijd duidelijk is wanneer onderzoek nog verkennend van aard is, of wanneer de meer gerichte productontwikkeling begint. Ook is niet duidelijk hoeveel geneesmiddelen met Nederlandse subsidies zijn ontwikkeld. Dit is ook moeilijk in kaart te brengen omdat geneesmiddelenontwikkeling in de regel geen lineair proces is, en ook vaak plaatsvindt in een internationaal ecosysteem. Zo kan het zijn dat Nederlands onderzoek een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan een element van een geneesmiddel, maar dat de verdere ontwikkeling elders heeft plaatsgevonden.

Vraag 59

Welk percentage van het bruto binnenlands product (bbp) geeft Nederland uit aan geneesmiddelen?

Antwoord

Onderstaande tabel geeft de totale uitgaven aan extra en intramurale geneesmiddelen ten opzichte van het BBP.

Uitgaven geneesmiddelen (Bedragen in miljarden €)

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Totaal geneesmiddelen	7	7	8	8	8	9
Bruto binnenlands product	817	892	994	1.050	1.122	1.187
Aandeel geneesmiddelen (in %)	0,9%	0,8%	0,8%	0,8%	0,7%	0,7%

De uitgaven van de extramurale geneesmiddelen zijn inclusief de terhandstellingskosten en daarmee gelijk aan de uitgaven apothekezorg in de begroting.

De inzet van intramurale geneesmiddelen wordt op verschillende wijzen bekostigd. De uitgaven aan relatief duurdere intramuraal verstrekte geneesmiddelen (oftewel de add on geneesmiddelen) worden apart bekostigd. Deze kosten zijn dan ook opgenomen als kosten intramurale geneesmiddelen MSZ. De uitgaven aan de inzet van minder dure geneesmiddelen in instellingen van de medisch specialistische zorg zijn onderdeel van de integrale tarieven en worden dan ook niet apart bijgehouden. Deze kosten zijn dan ook niet meegenomen in de tabel. Dit geldt ook voor de inzet van geneesmiddelen bij behandeling in geneeskundige GGZ-instellingen die ook niet apart worden bekostigd.

De uitgaven zijn gebaseerd op cijfers van de zorgverzekeraars waar eventuele kortingen, financiële arrangementen en btw in zijn verwerkt.

De inzet van geneesmiddelen in Wlz-instellingen wordt ook niet apart bekostigd. Daar waar Wlz-cliënten zorg met behandeling geleverd krijgen vanuit de Wlz-instelling maakt dit onderdeel uit van de integrale tarieven. Cliënten zonder verblijf krijgen geneesmiddelen vanuit de Zorgverzekeringswet vergoed.

Vraag 60

Wat is de reden dat het budget voor een gezonde leefstijl in 2026 wordt verlaagd naar € 18,39 miljoen (van € 29,29 miljoen in 2025)?

Antwoord

Het kabinet Rutte IV heeft tussen 2022–2025 extra geïnvesteerd in preventie. Deze middelen waren tijdelijk van aard en komen per 2026 te vervallen. Dit is de reden waarom het budget voor gezonde leefstijl en gezond gewicht in 2026 lager uitvalt dan in 2025.

Vraag 61

Welke werkzaamheden van het Zorginstituut (en eventuele andere ZBO's) worden bedoeld en gewijzigd met «verbreden en verbeteren» van de toets op het basispakket?

Antwoord

Met het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket is een traject in gang gezet om het pakketbeheer te verbeteren en verbreden ten behoeve van passende zorg. Het Zorginstituut voert in het kader van hun wettelijke taak een aantal activiteiten uit om partijen te ondersteunen in het uitvoeren van hun rol in het pakketbeheer en duidt daarbij gevraagd en ongevraagd de inhoud en omvang van het pakket.

Het gaat om de volgende werkzaamheden van het Zorginstituut:

- het Zorginstituut ondersteunt veldpartijen door o.a. kaders en handleidingen te ontwikkelen die duidelijkheid geven over hoe het pakketbeheer werkt en wie daarin welke rol heeft;
- het Zorginstituut werkt nu uit hoe de maatschappelijke opgave op arbeidsinzet en ecologische duurzaamheid in het pakketbeheer verankerd kunnen worden¹⁵;
- het Zorginstituut doet op verzoek van VWS uitspraken over welke zorg wel of niet verzekerd is;
- het Zorginstituut ondersteunt partijen bij de agendering voor onderzoek naar pakketwaardigheid van zorg.
- het Zorginstituut adviseert de Minister van VWS of dit onderzoek eventueel verplicht moet gebeuren via een nieuwe regeling (Vergoeding in Onderzoek, VIO) die vanaf begin 2026 wordt ingevoerd.
- het Zorginstituut heeft een adviserende rol in het nieuwe «kaderprogramma Passende zorg» van ZonMw (KPPZ) om te borgen dat er onderzoek wordt uitgevoerd dat bruikbare uitkomsten oplevert om uitspraken te doen over pakketwaardigheid van de onderzochte zorg.

Ook de werkzaamheden van ZonMw veranderen. Als gezegd voert ZonMw het KPPZ uit. In KPPZ worden de onderzoeksprogramma's DoelmatigheidsOnderzoek en HTA-Methodologie van ZonMw geïntegreerd. Via het KPPZ wordt onderzoek gestimuleerd naar de pakketwaardigheid van zorg zodat duidelijk wordt welke zorg wel of niet effectief is en we dus wel of niet moeten vergoeden. Het gaat daarbij nadrukkelijk om onderwerpen met maatschappelijke impact.

Vraag 62

¹⁵ Kamerstukken II 2024/25, 29 689, nr. 1296.

Hoe en wanneer zal het programma «Verbeteren en Verbreden Toets op het Basispakket» worden geëffectueerd en geëvalueerd?

Antwoord

Het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket (VVTB) heeft als doelom via intensiever pakketbeheer bij te dragen aan beschikbare, toegankelijke en betaalbare passende zorg – nú én in de toekomst. Dit programma heeft een aantal randvoorwaarden gecreëerd om de veldpartijen in staat te stellen kritischer te kijken naar de effectiviteit en passendheid van de zorg die zij bieden. En om te handelen wanneer daar twijfel over bestaat. Het gaat bijvoorbeeld over verheldering en verbreding van de criteria die gelden voor pakketbeheer en hoe die toe te passen, uitgewerkt door Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut). Het Zorginstituut houdt met evaluatierapporten en monitors de effecten van pakketbeoordelingen bij.

Ook is recent het Kaderprogramma Passende Zorg (KPPZ) van ZonMw van start gegaan. Hiermee wordt zoveel mogelijk ondersteuning geboden om te onderzoeken of zorg passend en werkzaam is. KPPZ wordt in 2027 extern geëvalueerd.

Om afspraken die de zorgpartijen maken te borgen, zijn in het Integraal Zorgakkoord (IZA)¹⁶ door veldpartijen en overheidspartijen afspraken gemaakt om gezamenlijk stappen te zetten om passende zorg in het pakketbeheer de norm te laten zijn. Met het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)¹⁷ hebben we bestendigd dat we hiermee onverminderd doorgaan. De voortgang van de akkoorden wordt gemonitord. Vooral de medisch-specialistische zorg is hier al goed bij betrokken. Voor sectoren die nog minder goed zijn betrokken is een traject gestart om met hen in gesprek te gaan over de ontwikkelde randvoorwaarden. En over wat zij verder nodig hebben om te borgen dat alleen effectieve en passende zorg wordt geleverd. De effecten van dit traject zullen worden gemonitord.

Vraag 63

Hoeveel geld heeft Nederland in de periode 2020 tot 2025 jaarlijks uitgegeven aan medische preventie?

Antwoord

Medische preventie is een zeer breed begrip waar diverse vormen van preventie onder gerekend kunnen worden. Vormen van medische preventie maken veelal ook deel uit van reguliere curatieve en langdurige zorg. Voor de beantwoording van deze vraag is gekeken naar de belangrijke preventieve instrumenten op de VWS-begroting: bevolkingsonderzoeken en het Rijksvaccinatieprogramma. In de onderstaande tabel zijn de middelen hiervoor opgenomen voor de jaren 2020–2025. Voor 2020–2024 betreft dit de realisatiecijfers die meerjarig zijn opgenomen in het VWS-jaarverslag 2024. De cijfers van 2025 zijn de meest recente cijfers die in de VWS-begroting 2026 zijn opgenomen.

Medische preventie	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Bevolkingsonderzoeken (SUB)	146.184	151.586	184.479	197.063	225.150	266.412
RIVM bevolkingsonderzoeken	39.661	45.535	43.880	50.060	55.700	61.605
Vaccinaties (SUB)	61.798	76.507	77.828	103.656	77.108	89.213
RIVM vaccinaties	81.697	141.280	126.970	127.135	116.475	199.924

De bedragen onder bevolkingsonderzoeken (SUB) betreffen de uitgaven voor de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken naar kanker door de

¹⁶ Kamerstukken II 2021/22, 31 765, nr. 655.

¹⁷ Kamerstukken II 2024/25, 31 765, nr. 943.

stichting Bevolkingsonderzoek Nederland, en de afgelopen jaren ook de prenatale screening door de regionale centra prenatale screening. Deze laatste programma's kennen geen preventiedoelstelling maar vallen wel onder dit begrotingsartikel. Onder RIVM bevolkingsonderzoeken valt de uitvoering van de hieprikscreening en het bloedonderzoek bij zwangere vrouwen. Het RIVM is daarnaast belast met de regievoering op deze programma's, dit is onderdeel van de bredere RIVM programmering en staat niet in bovenstaand overzicht. De begrotingspost Vaccinatie (SUB) betreft de uitvoering van de griep- en pneumokokkenvaccinatie door de Stichting Nationaal Programma Grieppreventie. Onder RIVM vaccinaties vallen de kosten van het RIVM voor het Rijksvaccinatieprogramma en de griep- en pneumokokkenvaccinatie. Daarnaast zijn hieronder uitvoeringskosten opgenomen van vaccinaties die (nog) niet in het RVP zijn opgenomen zoals RSV-immunisatie waarmee dit najaar is gestart.

Vraag 64

Hoelang gaat het volgens u en de Minister van Financiën duren om het investeringsmodel voor preventie volledig te verwerken in de Nederlandse begrotingssystematiek?

Antwoord

Het ontwikkelen van het investeringsmodel voor preventie is een omvangrijke en meerjarige opgave. De voorbereidende werkzaamheden, waaronder die in pijler 3 van het investeringsmodel met betrekking tot financiële besluitvorming, worden uitgevoerd in 2025 en 2026.

Vraag 65

Welke stappen zijn voorzien in 2026 voor de verdere ontwikkeling en invoering van het investeringsmodel voor preventie?

Antwoord

Op 23 oktober 2025 is de richtlijn passend bewijs preventie aan uw Kamer aangeboden. De richtlijn geeft de noodzakelijke methodologische handvatten om de effectiviteit van preventiemaatregelen voldoende overtuigend te onderbouwen. Deze onderbouwing is vervolgens bruikbaar om financiële reeksen op te stellen ten behoeve van besluitvorming.¹⁸ Voor het kerstreces stuurt de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport uw Kamer een vervolg op de brief van 17 juni 2025 met een stand van zaken over de ontwikkeling van het investeringsmodel voor preventie. Hierin geeft de Staatssecretaris Jeugd Preventie en Sport weer welke stappen in 2025 zijn gezet en op welke manier de ontwikkeling vorm krijgt in 2026 en verder.

Vraag 66

Welke mogelijkheden zijn er om investeringen in preventie buiten het EMU-saldo te houden? Welke landen in Europa treffen soortgelijke maatregelen?

Antwoord

De definitie van het EMU-saldo wordt bepaald door het Europees statistiekbureau Eurostat en de regels daarover zijn vastgelegd in de The European System of Accounts (ESA2010). Er is binnen de regels van Eurostat geen mogelijkheid om bepaalde inhoudelijke thema's buiten het saldo te plaatsen. Hier is bewust voor gekozen zodat het EMU-saldo een getrouwe en uniforme weerspiegeling is van het saldo van landen in de Europese Unie.

Vraag 67

¹⁸ Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 869

Hoeveel middelen uit de beschikbare vaccinatiebudgetten zijn in 2026 gealloceerd voor volwassenenvaccinaties?

Antwoord

De vaccinaties voor volwassenen voorzien in het vaccineren van bepaalde risicogroepen. In 2026 gaat het om vaccinaties van risicogroepen voor griep en pneumokokken, covid, monkeypox en hepatitis A en B. Het totale budget dat hiervoor beschikbaar is in 2026 bedraagt circa € 330 miljoen.

Vraag 68

Welke structurele middelen zijn in de VWS-begroting vrijgemaakt voor de vergoeding (gedeeltelijk of volledig) van behandelingen voor obesitas?

Antwoord

Als het gaat om de vergoeding van behandelingen voor obesitas, zijn we in het beantwoorden van de vraag ervan uitgegaan dat hiermee de vergoeding vanuit de Zvw bedoeld wordt. Voor de vergoeding vanuit de Zvw is het zo dat er niet vooraf «structurele middelen» worden begroot. Verzekerden die aanspraak kunnen maken op deze zorg, hebben immers recht op de zorg als deze er op zijn aangewezen. Dit wordt bepaald door zorgverlener en zorgverzekeraar. Daarom zijn de uiteindelijke bedragen vooral het gevolg van de vraag naar deze behandelingen.

Om een indicatie te geven van de orde van grootte van de bedragen is hieronder meer toelichting gegeven over de middelen die afgelopen jaren vanuit de Zvw vergoed zijn voor behandelingen van obesitas.

De behandeling van obesitas volgt het «stepped care»- en «matched care»-principe. De keuze voor een behandelmodaliteit vindt plaats op geleide van o.a. het gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR). Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is in principe eerste keus. Hieronder een overzicht van vier veel voorkomende behandelopties van overgewicht en obesitas, zijnde diëetadvisering (Zvw), Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), de inzet van (obesitas)medicatie en chirurgische behandeling. Omdat we op dit moment nog niet beschikken over de data over 2025, betreft de data in onderstaand overzicht de periode 2020 t/m 2024.

Jaar	Uitgaven GLI (in € mln)	Uitgaven diëtetiek ¹ (in € mln)	Zvw uitgaven ² Centraal werkende vermageringsmiddelen	Zvw uitgaven ² Saxenda (Liraglutide) voor indicatie obesitas (in € mln)	Inschatting ³ kosten chirurgische behandeltrajecten (in € mln)
2020	5,9	44,5	–	–	–
2021	11,9	52,8	–	–	–
2022	21,8	54,9	105.602	8,5	–
2023	42,4	58	1.913.250	15,8	125
2024	51,0	64,6	3.413.800	27,0	128,5

¹ deze bedragen betreffen de totale landelijke kosten voor diëtetiek voor uiteenlopende indicaties, waaronder bijvoorbeeld overgewicht/obesitas. We beschikken niet over data over diëetadvisering alleen voor de behandeling van overgewicht/obesitas.

² deze bedragen zijn ex btw en dienstverlening apotheek.

³ deze inschatting kosten is gebaseerd op het totaal aantal chirurgische ingrepen per jaar (Geregistreerd door Dutch Audit for Treatment of Obesity (DATO): Obesitas – DATO – Dica). De kosten voor een volledig chirurgisch behandeltraject voor de behandeling van obesitas bedragen ca. 10.000 euro. Als gevolg van Covid-19 is de data over de jaren 2020 t/m 2022 onvoldoende representatief en daarom niet opgenomen in bijgevoegd overzicht.

Vraag 69

Welke structurele middelen zijn in de VWS-begroting vrijgemaakt voor de vergoeding (gedeeltelijk of volledig) van behandelingen voor oncologie?

Antwoord

Het kader medisch specialistische zorg in de VWS-begroting is het beschikbare bedrag voor alle zorguitgaven in de medisch-specialistische zorg. Dit is een totaal kader waarbij in de VWS-begroting geen uitsplitsing wordt gemaakt naar subonderdelen. De uitgaven die betrekking hebben op behandelingen voor oncologie vallen onder het totale kader medisch specialistische zorg.

Vraag 70

Welke structurele middelen zijn in de VWS-begroting vrijgemaakt voor de vergoeding (gedeeltelijk of volledig) van behandelingen voor hart- en vaatziekten?

Antwoord

Het kader medisch specialistische zorg in de VWS-begroting is het beschikbare bedrag voor alle zorguitgaven in de medisch-specialistische zorg. Dit is een totaal kader waarbij in de VWS-begroting geen uitsplitsing wordt gemaakt naar subonderdelen. De uitgaven die betrekking hebben op behandelingen voor hart- en vaatziekten vallen onder het totale kader medisch specialistische zorg.

Vraag 71

Welke middelen en concrete maatregelen zijn in de begroting toegekend aan de Nationale Dementiestrategie (NDS)?

Antwoord

In totaal is er € 23 miljoen per jaar beschikbaar voor de NDS tot en met 2030. Hiervoor is € 16 miljoen beschikbaar voor het Onderzoeksprogramma Dementie, dat loopt via ZonMw. Voor de overige € 7 miljoen die beschikbaar is, geldt dat een deel van de activiteiten worden doorgezet, zoals het Programma Samen Dementievriendelijk. Op dit moment zijn we bezig met de actualisatie van de NDS samen met verschillende veldpartijen. Op basis van deze actualisatie worden activiteiten binnen de NDS definitief gemaakt. Daarbij nemen we mee hoe de NDS aansluit bij andere beleidsinitiatieven rond dementie zoals binnen het AZWA en HLO. De actualisatie is naar verwachting gereed in het eerste kwartaal van 2026.

Vraag 72

Hoeveel duurder is het Pallas project uitgevallen dan vooraf begroot?

Antwoord

In de brief van de toenmalige Minister van VWS van 20 september 2022 (Kamerstuk 33 626, nr. 16) staat dat de totale investeringskosten van het nieuwbouwprogramma door NRG PALLAS in het basisscenario worden geschat op € 1,84 miljard (prijsspeil 2022). Momenteel bedragen de totale kosten van het basisscenario € 2,53 miljard (prijsspeil 2025). Dit is een stijging van € 0,69 miljard die voor € 0,24 miljard betrekking heeft op indexatie en voor € 0,45 miljard op meerkosten, waarover de Kamer eerder is geïnformeerd in de voortgangsrapportage over het Pallas-nieuwbouwprogramma uit mei 2025 (Kamerstuk 33 626, nr. 30).

Vraag 73

Kunt u een totaaloverzicht geven van alle bezuinigingen en besparingen op het terrein van VWS die sinds 2021 zijn doorgevoerd?

Antwoord

Om een antwoord te kunnen schetsen op deze vraag is het belangrijk om te melden dat op het totaal sprake is van stijgende zorguitgaven. Dit komt grotendeels door de autonome groei van de zorg door onder andere vergrijzing, kwaliteitsverbetering, hoger zorggebruik door hogere inkomens, sociaal-culturele trends en achterblijvende arbeidsproducti-

viteit in de zorg. Beleidsmatig zijn zowel ombuigingen ingezet om deze stijging in de zorguitgaven af te remmen, als intensiveringen om beleidsdoelen te bereiken. Dit resulteert ten tijde van de Miljoenennota in de onderstaande verwachte ontwikkeling van de zorguitgaven in de periode 2025–2030. Hierin zijn de intensiveringen en onderstaande ombuigingen reeds verwerkt en is de volumegroei meegenomen. Exclusief loon- en prijsontwikkeling is er sprake van een stijging van de zorguitgaven van € 14 miljard.

In miljarden	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Verskil 2030–2025
Zorg ¹	112	115	121	123	124	126	+ 14

¹ Zie ook tabel 5 op blz. 53 van de miljoenennota 2026

Hieronder is een overzicht van de bezuinigingen die hebben plaatsgevonden binnen VWS sinds het kabinet Rutte IV. Dit zijn alle ombuigingen uit de verticale toelichtingen (VT's) van de premiegefinancierde zorguitgaven van de Ontwerpbegrotingen vanaf 2021. In dit overzicht zijn de technische mutaties, ramingsbijstellingen en herverdelingen niet meegenomen. Verder betreft het hier alleen bezuinigingen binnen de VWS-begroting. De bezuinigingen op de jeugdzorg en de Wmo (wel onderdeel van het VWS-terrein, maar de middelen bevinden zich in het Gemeentefonds) zijn buiten beschouwing gelaten. De ombuigingen zijn opgenomen zoals ze bij de besluitvorming zijn ingeboekt. Een deel van deze ombuigingen is al gerealiseerd. De ombuigingen hangen ook deels samen met de verschillende akkoorden die in de zorg zijn afgesloten (zoals het IZA, HLO, AZWA), waarmee deze ombuigingen beleidsmatig zijn ingevuld. Zoals genoemd zijn in deze periode ook investeringen afgesproken. Deze zijn niet opgenomen in de tabel.

Tabel met budgettaire opgaven VWS (bedragen in miljoenen)

Omschrijving	2025	2026	2027	2028	2029	Struc
VT OWB 2021						
Standaardisatie inkoop- en verantwoordings-eisen in een aantal Zvw-sectoren	– 100	– 100	– 100	– 100	– 100	– 100
VT OWB 2023						
Valpreventie bij 65-plussers (Zvw)	– 30	– 38	– 46	– 54	– 61	– 75
Passende zorg als norm (enkel bewezen effectieve zorg) in Zvw	60	30	– 20	– 77	– 141	– 1.140
Integraal Zorgakkoord (IZA)	– 1.171	– 1.554	– 1.554	– 1.554	– 1.554	– 1.554
Juiste zorg op de juiste plek	– 100	– 200	– 300	– 300	– 300	– 300
Stimuleren anderhalvelijnszorg	0	0	– 70	– 70	– 70	– 70
Sturing op doelmatigheid via de tarieven	– 140	– 147	– 147	– 147	– 147	– 147
Doelmatige inkoop geneesmiddelen en medische technologie	– 50	– 65	– 80	– 90	– 100	– 130
Standaardisatie gegevensuitwisseling	0	0	– 113	– 227	– 340	– 340
Standaardisatie inkoop- en verantwoordings-eisen Zvw	– 30	– 30	– 30	– 30	– 30	– 30
Pakketmaatregel vitamine D	– 129	– 129	– 129	– 129	– 129	– 129
Valpreventie bij 65-plussers (Wlz)	– 35	– 38	– 40	– 43	– 45	– 50
Meerjarige contracten ouderenzorg	– 135	– 70	– 70	– 70	– 70	– 70

Omschrijving	2025	2026	2027	2028	2029	Struc
Meerjarige contracten ghz en GGZ	- 110	- 65	- 65	- 65	- 65	- 65
Doorontwikkeling Kwaliteitskader verpleeghuiszorg	- 200	- 350	- 350	- 350	- 350	- 350
Bevorderen doelmatigheid behandeling en geneesmiddelen Wlz	- 170	- 170	- 170	- 170	- 170	- 170
Integraal Zorgakkoord (IZA)	0	- 15	- 15	- 15	- 15	- 15
Scheiden wonen en zorg	- 130	- 173	- 217	- 257	- 257	- 1.200
VT OWB 2024						
Maatregelen buiten IZA	- 65	- 145	- 145	- 145	- 145	- 145
Alternatieve vormgeving CA-maatregel eigen risico	- 52	- 52	- 52	- 52	- 52	- 52
Maatwerk pgb	- 30	- 60	- 110	- 110	- 110	- 110
VT OWB 2025						
Aanpassing Wet Geneesmiddelenprijzen	- 166	- 166	- 166	- 166	- 166	- 166
Pakketuitname codeïne	- 13	- 13	- 13	- 13	- 13	- 13
Besparing RS vaccin	- 16	- 16	- 16	- 16	- 16	- 16
HLA: Voortbouwen HLA curatieve zorg	0	0	- 250	- 590	- 590	- 590
HLA: Onafhankelijke indicatiestelling ongecontracteerde wijkverpleging	0	0	- 85	- 85	- 85	- 85
HLA: Versnelling opschaling digitale zorg wijkverpleging	0	0	- 35	- 85	- 142	- 210
HLA: Verwerking taakstelling publieke gezondheid	0	- 9	- 18	- 25	- 38	- 38
HLA: Versnellen opschaling digitale zorg in verpleeg- en gehandicaptenzorg	0	0	- 45	- 110	- 183	- 270
Domein overstijgend samenwerken	- 27	0	0	0	0	0
VT OWB 2026						
Dekking amendement t.b.v. OCW-begroting	0	0	- 315	- 315	- 315	- 315
Meer tijd voor de huisartsen	0	- 3	- 20	- 30	- 43	- 41
Pakketmaatregel geneesmiddelen	0	0	- 70	- 70	- 70	- 70
Wlz-zorg zonder verblijf	0	0	- 129	- 216	- 334	- 388

Vraag 74

Kunt u een totaaloverzicht geven van alle bezuinigingen en besparingen op het terrein van VWS die momenteel zijn ingepland, maar nog niet zijn doorgevoerd?

Antwoord

Omdat het tijd kost om besparingen in de zorg te realiseren, kennen ombuigingen op VWS-terrein veelal een meerjarige oploop in de begroting en/of een startpunt in latere jaren. De huidige stand van zaken van alle bezuinigingen en besparingen is terug te vinden in het antwoord op vraag 79 en vraag 80.

Vraag 75

Kunt u een totaaloverzicht geven van alle bezuinigingen en besparingen die sinds 2021 op het terrein van VWS zijn ingepland, maar die vervolgens zijn geschrapt, verzacht en/of zijn uitgesteld?

Antwoord

Het realiseren van de bezuinigingen in de zorg kan onder meer vertraging oplopen door het controversieel verklaren door de Kamer. Ook is het voorgekomen dat de demissionaire status van een kabinet heeft geleid tot een vertraging in de doorvoering van bezuinigingen.

Geschrapt:

- Doelmatigheid via tarieven: In 2024 is besloten de maatregel sturing doelmatigheid via tarieven niet uit te voeren naar aanleiding van het NZa-advies hieromtrent. Dit heeft geleid tot een besparingsverlies van € 73,5 miljoen.
- GVS: Ook is in 2024 besloten de maatregel modernisering Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) niet door te voeren (€ 140 miljoen).
- Korten subsidies bij- en nascholing medisch specialistische zorg (dekking OCW begroting) (€ 165 miljoen)

Uitgesteld:

- Tranchering ER: In 2024 is de voorgenomen tranchering van het eigen risico controversieel verklaard in verband met de demissionaire status van Rutte IV. In 2025 heeft het kabinet besloten af te zien van de naar 2026 uitgestelde tranchering van het eigen risico. Dit besparingsverlies bedroeg € 200 miljoen in zowel 2025 en 2026.
- Vervanging abonnementstarief Wmo 2015: Door een vertraging van deze wet, kan de invoering van de inkomens- en vermogensafhankelijk eigen bijdrage Wmo 2015 niet eerder dan per 1 januari 2027 plaatsvinden. Dit heeft geleid tot een besparingsverlies van € 225 miljoen.
- Doorontwikkeling kwaliteitskader verpleeghuiszorg: Deze maatregel is in 2025 niet gerealiseerd, hetgeen heeft geleid tot een besparingsverlies van € 200 miljoen.
- Behandeling Wlz: Deze maatregel is in 2025 niet gerealiseerd, hetgeen heeft geleid tot een besparingsverlies van € 170 miljoen. gerealiseerd, hetgeen heeft geleid tot een besparingsverlies van € 170 miljoen. Door het controversieel verklaren van deze maatregel kan de voorgestelde verlaging van de tarieven ook in 2026 geen doorgang kan vinden. Dit leidt eveneens tot een besparingsverlies van € 88 miljoen in 2026.
- Meerjarig contracteren: Op verzoek van de Kamer is deze maatregel in 2026 niet doorgegaan, hetgeen leidt tot hogere uitgaven van € 65 miljoen. Ook heeft deze maatregel in 2024 en 2025 tot een besparingsverlies geleid.

Verzachting:

- Ook is in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg een verzachting van alle tariefmaatregelen binnen de Wlz ouderenzorg doorgevoerd (Doorontwikkeling kwaliteitskader, Meerjarig contracteren, Behandeling Wlz, en Versnelling opschaling digitale zorg in de Wlz (Schoof)). De verzachting bedraagt tussen € 242 miljoen en € 264 miljoen in de periode 2026–2030 en € 250 miljoen structureel vanaf 2031.

Vraag 76

In hoeverre is de besparing die is ingepland in verband met de maatregel «Scheiden wonen en zorg» inmiddels doorgevoerd? Klopt het dat deze nog steeds moet oplopen tot een besparing van € 1.200 in 2052?

Antwoord

De besparing op grond van de maatregel «Scheiden wonen en zorg» is ingevoerd met ingang van 2023. Deze besparing sluit aan bij het beleid van langer thuis wonen. Daarbij is het uitgangspunt dat het aantal verpleegzorgplekken met verblijf stabiel blijft op een structureel niveau van 125 duizend. De verwachte groei van het beroep op verpleegzorg wordt opgevangen op basis van pakketten die aansluiten op de thuissituatie, zoals het vpt, mpt en/of pgb. De maatregel levert jaarlijks een besparing op van netto € 40 miljoen ten opzichte van de groei van de uitgaven aan Wlz-ouderenzorg bij ongewijzigd beleid. De besparing loopt in een periode van 30 jaar geleidelijk op tot € 1.200 miljoen structureel vanaf 2052.

Vraag 77

In hoeverre is de besparing die is ingepland in verband met de maatregel «Passende zorg» inmiddels doorgevoerd? Klopt het dat deze nog steeds moet oplopen tot een besparing van € 1.206 in 2037? Hoe wordt deze bezuiniging ingevuld?

Antwoord

De ombuiging is onderdeel van de afspraken die gemaakt zijn in het Integraal Zorgakkoord en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord. De ombuiging loopt inderdaad op tot € 1,206 miljard in 2037. Tot en met 2028 is de oploep verwerkt in de sectorale kaders van het IZA en AZWA. De oploep van de besparing vanaf 2029 is nog niet verdeeld, deze staat gereserveerd op nominaal en onverdeeld Zwv (post in de VWS begroting waar alle nog niet verdeelde middelen en taakstellingen voor Zwv staan geparkeerd).

Om de beweging naar passende zorg te ondersteunen en partijen in staat te stellen om de ombuiging te realiseren zijn er in het Integraal Zorgakkoord en in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord afspraken gemaakt. Op basis van deze afspraken zijn verschillende initiatieven en activiteiten gestart. Het gaat onder andere om de volgende initiatieven:

- Er is een groot onderzoeksprogramma (het Kaderprogramma passende zorg) gestart waarmee gericht en minder vrijblijvend onderzoek gedaan kan worden naar de pakketwaardigheid van zorg. Ook zijn er binnen dit programma middelen beschikbaar gesteld voor het inrichten van een onderzoeksinfrastructuur als deze infrastructuur nog niet aanwezig is in een sector. Als uit onderzoek blijkt dat zorg niet effectief is, en daar mee niet voldoet aan de pakketcriteria, kan deze niet meer vergoed worden binnen de Zwv. Het is aan veldpartijen dit te implementeren. Op deze manier moet een groot deel van de ombuiging? gehaald worden.
- Het Zorginstituut ondersteunt veldpartijen door o.a. kaders en handleidingen te ontwikkelen die duidelijkheid geven over hoe het pakketbeheer werkt en wie daarin welke rol te nemen heeft. Ook heeft het Zorginstituut geadviseerd en werkt nu nader uit hoe de maatschappelijke opgave op arbeidsinzet en ecologische duurzaamheid in het pakketbeheer verankerd worden.
- Tevens zijn er middelen beschikbaar gesteld om de positie van patiëntenorganisaties te versterken zodat zij vanuit hun rol kunnen bijdragen aan het bereiken van passende zorg.
- In aansluiting op de landelijke inspiratiesessies die is georganiseerd, is het de bedoeling om in een of twee IZA-regio's sessies te organiseren om een aantal passende zorg-voorbeelden vanuit de regio of daarbuiten daadwerkelijk te kunnen opschalen. Hierbij worden ook het Zorginstituut en NZa betrokken.
- In het project Herijken Kwaliteitstaken van het Zorginstituut onderzoekt het Ministerie van VWS of een modernisatie van de huidige kwaliteitsinstrumenten van het Zorginstituut nodig is. Het advies van ZIN

hierover kan naar verwachting begin volgend aan de Kamer worden gestuurd.¹⁹

Vraag 78

Klopt het dat er nog altijd een bezuiniging van € 463 miljoen in 2026, € 570 miljoen in 2027 en structureel € 1.524 miljoen vanaf 2028 ingepland staat in verband met de hervormingsagenda Jeugd na de voorjaarsbesluitvorming? Zo nee, om welke bedrag gaat het dan?

Antwoord

De genoemde bedragen zijn juist. De structurele besparing vanaf 2028 is als volgt opgebouwd: de structurele besparingsopgave van € 1.018 miljoen en indexatie van deze besparingsopgave van € 507 miljoen. Samen afgrond € 1.524 miljoen. Daarnaast zijn bij Voorjaarsnota 2025 vanaf 2028 aanvullende maatregelen afgesproken. Dit betreft eigen bijdragen voor € 260 miljoen en sturen op trajectduur voor € 68 miljoen. In totaal telt dit op tot een besparingsopgave van circa € 1,8 miljard vanaf 2028 structureel. Naast deze besparingsopgave zijn ook investeringen gedaan, zo is bij de Voorjaarsnota 2025 € 3 miljard en bij Miljoenennota 2026 € 728 miljoen beschikbaar gesteld aan jeugdzorg en gemeenten. Deze middelen kunnen worden ingezet om de benodigde transitie te realiseren.

Vraag 79

Kunt u per VWS-maatregel uit de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord van het kabinet-Rutte IV aangeven in hoeverre deze al is doorgevoerd, nog gepland staat of is aangepast?

Antwoord

De onderstaande tabel zijn de reeksen zoals opgenomen in de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord Rutte IV. Dit komt niet meer in alle gevallen overeen met de ingeboekte ombuigingen, diverse ombuigingen zijn alternatief gedekt (zie ook het antwoord op vraag 73).

Maatregelen Rutte IV	2025	2026	2027	Struc	Struc in jaar	Toelichting
Valpreventie bij 65-plussers	– 30	– 38	– 46	– 75	2031	Deze maatregel wordt uitgevoerd als onderdeel van het IZA/AZWA.
Passende zorg als norm (enkel bewezen effectieve zorg) in Zvw	60	30	– 20	– 1.140	2037	Deze maatregel is in gang gezet als onderdeel van het IZA. Onderdelen van de aanpak worden nog verder uitgewerkt.
Doelmatige inkoop geneesmiddelen en medische technologie	– 50	– 65	– 80	– 130	2032	Met de aanpassing van de sluiscriteria per 1 juli 2023 is de invulling van deze maatregel afgerond.
Standaardisatie gegevensuitwisseling	200	200	87	– 340	2029	De uitvoering van deze maatregel is gestart. Op onderdelen wordt nog nadere uitwerking gepland. Deze maatregel leidt per 2027 per saldo tot een ombuiging.
Stimuleren anderhalvelijnszorg	0	0	– 50	– 50	2027	Deze maatregel loopt mee in het AZWA. Deze maatregel leidt vanaf 2027 tot een ombuiging.
Standaardisatie inkoop- en verantwoordingszaken Zvw	– 30	– 30	30	– 30	2024	Deze maatregel is gerealiseerd. Hij loopt grotendeels mee in het IZA en is structureel in het IZA-kader en de kaders van enkele niet-IZA-sectoren verwerkt.

¹⁹ Kamerstukken II 2025/26, 25 268, nr. 244.

Maatregelen Rutte IV	2025	2026	2027	Struc	Struc in jaar	Toelichting
Juiste zorg op de juiste plek	280	180	80	– 300	2028	Deze maatregel loopt tot en met 2026 mee in het IZA en is voor 2027 en verder betrokken bij het AZWA.
Sturing op doelmatigheid via de tarieven	– 140	– 147	– 147	– 147	2026	Deze maatregel is deels betrokken bij de financiële afspraken uit het IZA, en daarmee structureel in het IZA-kader verwerkt. Het resterende deel van de maatregel is in de Voorjaarsnota 2024 structureel alternatief gedekt.
Integraal Zorgakkoord	– 886	– 1.281	– 1.489	– 1.489	2027	Deze maatregel loopt mee in het IZA en is structureel in het IZA-kader verwerkt.
Overhevelen behandeling en geneesmiddelen van Wlz naar Zvw	– 170	– 170	– 170	– 170	2025	Het vorige kabinet heeft gekozen voor een andere invulling van de maatregel dan de oorspronkelijke tekst uit het coalitieakkoord Rutte-IV. Deze maatregel heeft in 2025 tot een besparingsverlies geleid. Voor 2026 is het aandeel van de ouderenzorg per 2026 vervangen door de afspraken over de tariefmaatregel van het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg. Voor de gehandicaptenzorg (aandeel € 88 miljoen) heeft deze maatregel in 2026 tot een besparingsverlies geleid, aangezien deze controversieel verklaard is.
Verplichten meerjarige contracten en budgetafspraken in de ouderenzorg	– 135	– 70	– 70	– 70	2026	Deze maatregel heeft in 2024 en 2025 tot een besparingsverlies geleid, maar is per 2026 vervangen door de afspraken over de tariefmaatregel van het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg.
Verplichten meerjarige contracten en budgetafspraken in de ghz/GGZ	– 110	– 65	– 65	– 65	2026	Deze maatregel heeft in 2024 en 2025 tot een besparingsverlies geleid en is op verzoek van de Kamer ook in 2026 niet doorgegaan.
Scheiden wonen en zorg	80	40	– 200	– 1.200	2052	Deze maatregel is in gang gezet door het bevroren van de verpleeghuiscapaciteit. Om tot de structurele besparing te komen is nog een wetwijziging nodig.
Herinterpretatie Kwaliteitskader verpleeghuiszorg	– 200	– 350	– 350	– 350	2026	Deze maatregel heeft in 2024 en 2025 tot een besparingsverlies geleid, maar is per 2026 vervangen door de afspraken over de tariefmaatregel van het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg.
Eigen bijdrage huishoudelijke hulp	– 80	– 80	– 80	– 80	2025	Deze maatregel is komen te vervallen en vervangen door Wetsvoorstel vervanging abonnementstarief Wmo 2015.

Vraag 80

Kunt u per VWS-maatregel uit de budgettaire bijlage van het hoofdlijnenakkoord van het kabinet-Schoof aangeven in hoeverre deze al is doorgevoerd, nog gepland staat of is aangepast?

Antwoord

De onderstaande tabel zijn de reeksen zoals opgenomen in de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord Schoof. Dit komt niet meer in alle gevallen overeen met de ingeboekte ombuigingen, diverse ombuigingen zijn alternatief gedekt.

Maatregelen Schoof	2025	2026	2027	Struc	Jaar	Toelichting
Voortbouwen hoofdlijnenakkoord curatieve zorg (Schoof)	0	0	- 250	- 590	2029	In het AZWA hebben betrokken partijen de handtekening gezet onder een meerjarenkader waarin deze taakstelling is verwerkt. Onderdeel van dit akkoord is dat een deel van de remgeldmiddelen die samenhangen met het halveren van het eigen risico, worden ingezet om een deel van de inhoudelijke afspraken te financieren.
Onafhankelijke indicatiestelling ongecontracteerde wijkverpleging (Schoof)	0	0	- 85	- 85	2027	Momenteel wordt gewerkt aan de inhoudelijke uitwerking van deze maatregel. De ombuiging van € 85 miljoen is ingeboekt vanaf 2027, de invoering vraagt waarschijnlijk om een aanpassing in de wetgeving.
Versnelling opschalen digitale zorg in de wijkverpleging (Schoof)	0	0	- 35	- 210	2030	In overleg met de sector wordt op dit moment bezien op welke wijze invulling aan deze maatregel gegeven kan worden.
Versnelling opschaling digitale zorg in de Wlz (Schoof)	0	0	- 45	- 270	2030	Het aandeel van de ouderenzorg voor de versnelling van digitale zorg (geleidelijk oplopend van € 27 miljoen in 2027 tot structureel € 162 miljoen vanaf 2031) is meegenomen in de totale set met financiële afspraken in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg en wordt op basis van die afspraken gerealiseerd. Het aandeel van de gehandicaptenzorg in deze taakstelling (geleidelijk oplopend van € 18 miljoen in 2027 tot structureel € 108 miljoen vanaf 2030) staat nog gepland.
Subsidietaakstelling (Schoof)	- 53	- 124	- 176	- 252	2028	Deze maatregel is doorverdeeld naar kortingen op specifieke subsidies. Dit is verwerkt in de nota van wijziging op de Ontwerpbegroting 2025.
Terugdraaien intensivering zorgarbeidsmarktbeleid (Schoof)	0	- 130	- 130	- 130	2026	De intensivering is conform het HLA teruggedraaid. Structureel is de terugdraai van de intensivering in 2026 volledig verwerkt.
SPUK naar GF/PF met 10% korting (Schoof)	0	- 73	- 67	- 60	2029	In het Hoofdlijnenakkoord is besloten om specifieke uitkeringen over te hevelen naar het Gemeente- en het Provinciefonds en daarbij een budgetkorting van 10 procent te hanteren, voor de specifieke uitkeringen (SPUKS) is de ombuiging al budgettair op de VWS-begroting verwerkt.
Terugdraaien intensivering publieke gezondheid (Schoof)	- 50	- 50	- 150	- 300	2029	De intensivering is conform het HLA teruggedraaid. Structureel is de terugdraai van de intensivering in 2029 volledig verwerkt.
Terugdraaien groei apparaat Rijksoverheid (Schoof)	- 18	- 32	- 47	- 68	2028	Deze maatregel is in gang gezet. Budgettair is de ombuiging al op de VWS-begroting verwerkt.

Vraag 81

Hoe staat het inmiddels met de besparing die gekoppeld was aan de maatregel «Verlagen intensivering publieke gezondheid»? Gaat deze nog door? Zo ja, zou u in een tabel een overzicht kunnen geven hoe deze bezuiniging per jaar oploopt? Ten koste waarvan gaat deze bezuiniging?

Antwoord

De maatregel «Verlagen intensivering publieke gezondheid» betreft een bezuiniging op het gehele programma pandemische paraatheid. Hoe deze taakstelling oploopt ziet u in de tabel hieronder. De bezuiniging vloeit voort uit het hoofdlijnenakkoord en daar ben ik aan gebonden. Voor de beleidsopgave leveringszekerheid geldt dat de meeste maatregelen geborgd zijn met de middelen die met de nota van wijziging bij de begroting 2025 zijn toegevoegd voor het verbeteren van de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Voor de beleidsopgave flexibele zorg ligt dit genuanceerd. Zo is voor een deel bijvoorbeeld structurele middelen gevonden (bijvoorbeeld opleiding Basis Acute zorg en monitoring en surveillance in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg), voor een deel zijn programma onderdelen afgerond (zoals het ZonMw programma doorgang reguliere zorg), maar voor een deel zoek ik nog naar alternatieve structurele middelen. Voor het versterken van de publieke gezondheid zijn vooralsnog geen structurele middelen meer beschikbaar.

Op uw vraag ten koste waarvan de bezuiniging gaat, geldt dat de oplopende reeks van de bezuinigingen het afgelopen jaar nog ruimte gaf om veel zaken te continueren. Een aantal zaken die zouden starten, zijn on hold gezet. Verder is het zo dat er op de begroting van VWS incidentele middelen zijn vrij gemaakt om te voorkomen dat er op korte termijn onomkeerbare schade optreedt bij uitvoerders van de publieke gezondheidszorg en het ROAZ. Echter, indien er komend voorjaar geen aanvullende structurele middelen vrij komen, dan moeten de versterkingen stapsgewijs worden afgebouwd. Daarbij geldt dat de afbouw al veel eerder moet starten dan dat de financiering stopt. Afbouw van maatregelen behelst immers reorganisaties. Deze afbouw gaat ten koste van de paraatheid en weerbaarheid van de Nederlandse zorg tegen grootschalige gezondheids crises. Mede vanwege de samenloop met andere bezuinigingen, zoals de subsidietaakstelling, vallen we zonder structurele investeringen vallen we terug tot onder het niveau van vóór de COVID-19 pandemie. We zijn dan slechter voorbereid op grootschalige gezondheids crisis en hebben de lessen van de COVID-19 pandemie niet opgevolgd.

Overzicht oplopende bezuinigingen op pandemische paraatheid in het hoofdlijnenakkoord:

(x mln.)	2024	2025	2026	2027	2028	2029 (struc)
Taakstelling	0	– 50	– 50	– 150	– 200	– 300

Vraag 82

Klopt het dat er een bezuiniging gepland stond van € 250 miljoen in 2025, oplopend tot structureel € 590 miljoen, die is gekoppeld aan de maatregel «Voortbouwen hoofdlijnenakkoord curatieve zorg: volumegroei gelijk aan laatste jaar Integraal Zorgakkoord (IZA) (in combinatie met MBI)»? Zo ja, zou u in een tabel een overzicht kunnen geven hoe deze bezuiniging per jaar oploopt? In hoeverre is deze bezuiniging al gerealiseerd?

Antwoord

Nee, deze besparing start vanaf 2027. De besparing die is gekoppeld aan de genoemde maatregel bedraagt € 250 miljoen in 2027 en € 590 miljoen structureel vanaf 2028. Zie onder in tabelvorm:

Tabel. Besparing aanvullend zorgakkoord (bedragen x € 1 miljoen)

	2027	2028	structureel
Taakstelling aanvullend zorgakkoord	250	590	590

In het AZWA zijn inhoudelijke en financiële afspraken gemaakt waarmee deze taakstelling wordt ingevuld. Omdat dit toekomstige jaren betreft kunnen over de realisatie logischerwijs nog geen uitspraken worden gedaan.

Vraag 83

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat van structureel € 85 miljoen vanaf 2027 in verband met de maatregel «Onafhankelijke indicatiestelling ongecontracteerde wijkverpleging»? Hoe wordt deze bezuiniging ingevuld?

Antwoord

In het Hoofdlijnenakkoord van dit kabinet is de maatregel «*Onafhankelijke indicatiestelling ongecontracteerde wijkverpleging*» opgenomen. Hieraan is een ombuiging gekoppeld van structureel € 85 miljoen vanaf 2027. Momenteel werkt de Staatssecretaris LMZ aan de inhoudelijke uitwerking van deze maatregel.

De ombuiging van € 85 miljoen is ingeboekt vanaf 2027 en de invoering vraagt waarschijnlijk om aanpassing in de wetgeving. Omdat deze maatregel zowel een wijziging in de organisatie van de wijkverpleging als wettelijke aanpassingen vereist, is zorgvuldigheid essentieel.

Vraag 84

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat van € 45 miljoen in 2027, oplopend tot structureel € 270 miljoen, die is gekoppeld aan de maatregel «Versnelling opschaling digitale zorg in de Wijkverpleging»? Zo ja, zou u in een tabel een overzicht kunnen geven hoe deze bezuiniging per jaar oploopt? Hoe wordt deze bezuiniging precies ingevuld?

Antwoord

In het Hoofdlijnenakkoord van het kabinet Schoof zijn twee maatregelen met betrekking tot versnelling opschaling digitale zorg opgenomen. De eerste betreft de maatregel «Versnelling opschaling digitale zorg in de wijkverpleging». Hieraan is een taakstelling gekoppeld van € 35 miljoen in 2027 oplopend naar structureel € 210 miljoen vanaf 2031.

De tweede taakstelling betreft een taakstelling van € 45 miljoen in 2027, oplopend naar structureel € 270 miljoen; deze is gekoppeld aan de verpleeg- en gehandicaptenzorg.

In de onderstaande tabel is een overzicht opgenomen van de oploep van beide taakstellingen:

Besparing (in € mln.)	2027	2028	2029	2030	2031	Struc. in
Versnelling opschaling digitale zorg in de wijkverpleging	– 35	– 85	– 142	– 192	– 210	2031
Versnelling opschaling digitale zorg in de verpleeg- en gehandicaptenzorg	– 45	– 110	– 183	– 248	– 270	2031

Wat de wijkverpleging betreft: er wordt nog in overleg met de sector bezien op welke wijze invulling aan deze maatregel gegeven kan worden. Voor het aandeel van de ouderenzorg in de versnelling van digitale zorg (geleidelijk oplopend van € 27 miljoen in 2027 tot structureel € 162 miljoen vanaf 2031) geldt dat deze is meegenomen in de totale set met financiële afspraken in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg en op basis van die afspraken aangepast wordt gerealiseerd. Het aandeel van de gehandicaptenzorg in deze taakstelling (geleidelijk oplopend van € 18 miljoen in 2027 tot structureel € 108 miljoen vanaf 2031) staat nog gepland.

Vraag 85

Kunt u een totaaloverzicht geven van alle bezuinigingen, besparingen en investeringen in de gehandicaptenzorg voor de komende jaren?

Antwoord

Onderstaande tabel bevat een overzicht voor de Wlz-gehandicaptenzorg in natura voor de periode 2025–2030. Hierbij heb ik onderscheid gemaakt tussen de impact van kostenonderzoeken en maatregelen op de NZa-tarieven (post 1 t/m 7) en de groeirimte voor de gehandicaptenzorg op basis van de meest recente middellangetermijnverkenning (MLT) van het Centraal Planbureau (post 8). De groeirimte is bedoeld om naast de demografische ontwikkeling die leidt tot een hogere zorgvraag ook de stand van zorg en praktijk te kunnen volgen (kwaliteit van zorg).

Tabel: Financiële ontwikkelingen gehandicaptenzorg in natura ten opzichte van basisjaar 2024

Bedragen in mln euro	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Aanpassing NZa-tarieven gehandicaptenzorg:						
1 NZa kostenonderzoek GHZ 2025*	128	128	128	128	128	128
2 NZa kostenonderzoek GHZ 2026		112	112	112	112	112
3 NZa kostenonderzoek NHC 2026		140	140	140	140	140
4 NZa kostenonderzoek LVHC 2026		13	10	13	13	13
5 Meerjarig contracteren met budgetafspraken		0**	-52	-52	-52	-52
6 Wlz-behandeling		0***	-88	-88	-88	-88
7 Opschaling digitale zorg			-18	-44	-73	-99
Volumeontwikkeling gehandicaptenzorg:						
8 Groeirimte op basis van MLT	345	700	1.028	1.373	1.731	2.085
9 Saldo tarieven en volume (som 1 t/m 8)	473	1.093	1.260	1.582	1.910	2.239

*) Na aftrek van de tijdelijke middelen voor VG7 ad € 40 miljoen die in 2024 al beschikbaar waren.

**) Taakstelling meerjarig contracteren gaat in 2026 niet door op grond van motie Dobbe/Westerveld.

***) Taakstelling Wlz-behandeling is voor het jaar 2026 controversieel verklaard.

Het saldo van de financiële ontwikkelingen voor de tarieven en de groeirimte voor de gehandicaptenzorg bedraagt in 2025 bijna € 0,5 miljard. Dit loopt geleidelijk op tot ruim € 2,2 miljard in 2030.

Daarnaast worden de tarieven voor de gehandicaptenzorg jaarlijks conform de gebruikelijke systematiek gecompenseerd voor loon- en prijsontwikkelingen. Deze zijn niet toegevoegd in bovenstaande tabel.

Vraag 86

Kunt u een totaaloverzicht geven van alle bezuinigingen, besparingen en investeringen in de ouderenzorg voor de komende jaren?

Antwoord

Onderstaande tabel bevat een overzicht voor de Wlz-ouderenzorg in natura voor de periode 2025–2030. Hierbij heb ik onderscheid gemaakt tussen de impact van kostenonderzoeken en maatregelen op de NZa-tarieven (post 1 en 2) en de maatregelen met effect op volume van het zorggebruik en de groeirimte voor de ouderenzorg op basis van de meest recente middellangetermijnverkenning (MLT) van het Centraal Planbureau (posten 3 t/m 6). De groeirimte is bedoeld om naast de demografische ontwikkeling die leidt tot een hogere zorgvraag ook de stand van zorg en praktijk te kunnen volgen (kwaliteit van zorg).

Tabel: Financiële ontwikkelingen ouderenzorg in natura ten opzichte van basisjaar 2024

Bedragen in mln euro	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Aanpassing van tarieven ouderenzorg:						
1 NZa kostenonderzoek NHC 2026		231	231	231	231	231
2 Tariefmaatregel HLO		-260	-300	-340	-380	-400
Volumeontwikkeling ouderenzorg:						
3 Scheiden wonen en zorg	-44	-88	-132	-175	-218	-261
4 Valpreventie bij 65-plussers	-5	-8	-10	-13	-15	-88
5 Wlz-zorg zonder verblijf			-129	-216	-334	-388
6 Groeirimte op basis van MLT	621	1.364	2.095	2.881	3.676	4.465
7 Saldo tarieven en volume (som 1 t/m 6)	572	1.239	1.755	2.369	2.961	3.560

Het saldo van de financiële ontwikkelingen voor de tarieven en de groeiruumte voor de ouderenzorg bedraagt in 2025 bijna € 0,6 miljard. Dit loopt geleidelijk op tot ruim € 3,5 miljard in 2030.

Daarnaast worden de tarieven voor de ouderenzorg jaarlijks conform de gebruikelijke systematiek gecompenseerd voor loon- en prijsontwikkelingen. Deze zijn niet toegevoegd in de tabel.

Vraag 87

Kunt u een totaaloverzicht geven van alle bezuinigingen, besparingen en investeringen in de wijkverpleging voor de komende jaren?

Antwoord

In onderstaande tabel is een overzicht opgenomen van de volumeontwikkeling en ombuigingen in de wijkverpleging.

In € mln.	2026	2027	2028	2029	2030
Volumeontwikkeling					
AZWA/IZA: Volumegroei (3,5%) ¹	138,1	270,8	404,2	404,2	404,2
Remgeld AZWA	0,0	38,6	43,6	43,6	43,6
Remgeld bevrozing eigen risico 2026	4,8				
Valpreventiemiddelen	2,1				
Ombuigingen					
HLA: Onafhankelijke indicatiestelling ongecontracteerde wijkverpleging	0,0	- 85,0	- 85,0	- 85,0	- 85,0
HLA: Versnelling opschaling digitale zorg wijkverpleging	0,0	- 35,0	- 85,0	- 141,6	- 192,3

¹ De groeiruumte betreft de cumulatieve reeks van de tranches 2026 t/m 2028. De groeiruumte vanaf 2029 is nog niet bekend.

Daarnaast is vanaf 2025 € 60 miljoen overgeheveld vanuit het premiekader naar de VWS-begroting ten behoeve van de subsidieregeling Werkgeverskosten Opleiden Wijkverpleging (WOW). Tot slot zijn er gelden vanuit het IZA en AZWA beschikbaar voor subsidies rondom onderzoek en kwaliteit.

Vraag 88

Kunt u een totaaloverzicht geven van alle bezuinigingen, besparingen en investeringen in de jeugdzorg voor de komende jaren?

Antwoord

De afgelopen jaren hebben verschillende mutaties plaatsgevonden op het Gemeentefonds ten behoeve van jeugdzorg. Hierbij gaat het zowel om tijdelijke en structurele aanvullende middelen als besparingen. In onderstaande tabel zijn de grootste en meest relevantste mutaties opgenomen voor het huidige jaar en de komende jaren. In de tabel is de aanvullende besparingsopgave van € 511 miljoen uit het coalitieakkoord van Rutte IV niet opgenomen omdat het kabinet Schoof deze heeft teruggebracht naar nul bij voorjaarsnota 2024 en miljoenennota 2025.

In miljoenen euro's	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Toelichting
Besparingsreeks HA originele reeks	-374	-961	-1.017	-1.017	-1.017	-1.017	Hervormingsagenda
Demping groeipad maatregelen HA	-	498	447	-	-	-	Voorjaarsnota 2025
Indexeren opbrengst hervormingsagenda	-	-	-	- 507	- 507	- 507	Voorjaarsnota 2025
Eigen bijdrage Jeugdzorg (aanvullende maatregel)	-	-	-	- 260	- 260	- 260	Voorjaarsnota 2025
Sturen op trajectduur jeugdzorg (aanvullende maatregel)	-	-	-	- 68	- 68	- 68	Voorjaarsnota 2025
Totaal besparingsopgave	-374	-463	-570	-1.852	-1.852	-1.852	
Intensiveringen							
Hervormingsagenda	300	356	274	313	342	342	Voor 2025 bij voorjaarsnota 2023 en bij voorjaarsnota 2025 voor de jaren 2026 en verder. Zie ook meicirculaire 2025.
Middelen terugval Gemeentefonds 2026	-	400	422	412	414	424	Voorjaarsnota 2025
Compensatie tekorten gemeenten structureel	414	414	414	414	414	414	Voorjaarsnota 2025
Compensatie tekorten gemeenten incidenteel	728	-	-	-	-	-	Miljoenennota 2026

Voor de volledigheid is het goed hier te benoemen dat in de Hervormingsagenda afspraken zijn gemaakt over het monitoren en bijsturen op de uitvoering van maatregelen en de uitgavenontwikkeling. Ook is er afgesproken dat een externe commissie, de Deskundigencommissie Jeugd, adviseert over een eventuele situatie waarin de uitgavenontwikkeling afwijkt van de vastgestelde reeks. De Deskundigencommissie zal begin 2027 met een tweede advies komen. Hieronder de stand van het meerjarig financieel kader voor de jeugdzorg opgenomen. Een zeer beperkt deel hiervan bevindt zich op de begroting van VWS ten behoeve van de uitvoering van de Hervormingsagenda. Het gros van de middelen is onderdeel van het Gemeentefonds. Deze worden jaarlijks geïndexeerd en zijn beleids- en bestedingsvrij.

In € mln	2025	2026	2027	2028
Meerjarig Financieel Kader (stand VJN 2025)	8.806 ¹	8.028	7.911	6.548

¹ inclusief de eenmalige toevoeging van € 728 miljoen bij miljoenennota 2026.

Vraag 89

Kunt u een totaaloverzicht geven van alle bezuinigingen, besparingen en investeringen in de kraamzorg voor de komende jaren?

Antwoord

In onderstaande tabel is een overzicht opgenomen van de volumeontwikkeling in de kraamzorg. Er is geen sprake van ombuigingen in de komende jaren.

In € mln.	2026	2027	2028	2029	2030
Volumeontwikkeling					
Groeiruimte ¹	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Ombuigingen					
Niet van toepassing					

¹ Budgettaire ruimte die bestemd is voor het opvangen van de groei van de Zvw-uitgaven bij ongewijzigd beleid. Dit betreft de tranche 2026. In de jaren na 2026 is de groeiruimte nog niet definitief vastgesteld en toebedeeld aan de sector.

Daarnaast zijn er middelen beschikbaar voor subsidies op het vlak van kwaliteit, opleiden, kennisontwikkeling en de implementatie daarvan. Tot slot is recent bekend geworden dat € 9,8 miljoen aan IZA-transformatiemiddelen zal worden geïnvesteerd in de sector ten bevordering van

passende kraamzorg, toepassing van digitale zorg en regionale capaciteitsverdeling.

Vraag 90

Wat is volgens u de onderbouwing voor de bezuinigingen op de gehandicaptenzorg in verband met de maatregel «Meerjarig contracteren met budgetafspraken»?

Antwoord

De maatregel meerjarig contracteren is becijferd in Zorgkeuzes in Kaart en gevalideerd door het Centraal Planbureau²⁰. Het idee is dat meerjarig contracteren met budgetafspraken, gecombineerd met een meerjarige contracteerruimte, zorgaanbieders meer financiële zekerheid biedt en daarmee de ruimte om hun zorg anders te organiseren tegen lagere kosten.

Voor de periode 2026–2030 heb ik een indicatief meerjarig Wlz-kader laten zien. Daarmee kunnen meerjarige contracten met budgetafspraken een middel voor zorgkantoren en zorgaanbieders zijn om langere termijnafspraken te maken over de ontwikkeling van de zorgvraag. Meerjarige contracten geven financiële zekerheid om te investeren in kwaliteit en toegankelijkheid en om personeel te binden.

Minder onzekerheid over de omvang van het meerjarige budget kan er bijvoorbeeld toe leiden dat vast personeel wordt aangetrokken in plaats van (duurdere) externe krachten. Ook kan meerjarige zekerheid ertoe leiden dat instellingen goedkoper kunnen lenen en banken eerder bereid zijn om geld te verstrekken. Tot slot leiden meerjarige contracten tot lagere administratieve lasten.

De corresponderende korting is in de begroting blijven staan vanuit het kabinet Schoof. Met de motie Dobbe en Westerveld²¹ is de korting voor 2026 niet door gegaan, maar voor 2027 staat de korting nog.

Vraag 91

Wat is volgens u de onderbouwing voor de bezuinigingen op de gehandicaptenzorg in verband met de maatregel «Behandeling Wlz»?

Antwoord

Behandeling in de Wlz bestaat zowel uit specifieke behandeling als behandeling van algemeen medische aard (zie artikel 3.1.1. lid 1, onderdeel c1° en onderdeel d van de Wlz). Terwijl specifieke behandeling altijd ten laste komt van de Wlz geldt voor algemene behandeling dat deze zowel vanuit de Wlz als vanuit de Zvw kan worden gefinancierd.

Soms bieden instellingen zowel plekken met als zonder algemene behandeling aan, waardoor cliënten die verblijven in dezelfde instelling te maken kunnen hebben met verschillende vormen van financiering. Zoals uiteengezet in de brief over deze tariefmaatregel van de toenmalige Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport²² is de vergoeding voor algemene behandeling voor vergelijkbare cliënten totaal € 0,5 miljard duurder via het Wlz-model ten opzichte van het Zvw-model.

Op basis van de vergelijking van de kosten van het Wlz-model ten opzichte van het «goedkopere» Zvw-model acht ik het met mijn voorganger haalbaar dat zorgaanbieders een doelmatigheidsslag van € 170 miljoen binnen de Wlz kunnen maken. Hierover heeft mijn

²⁰ Centraal Planbureau. Analyse coalitieakkoord 2022–2025, januari 2022.

²¹ Kamerstukken II, 2024–2025, 36 725 XVI, nr. 18.

²² Kamerstukken II, 2023–2024, 34 104, nr. 405.

voorganger ook afspraken gemaakt in het verlengde van het WOZO-programma met de betrokken partijen.

Het aandeel van de gehandicaptenzorg hierin bedraagt € 88 miljoen. Het aandeel van de ouderenzorg ad € 82 miljoen wordt met ingang van 2026 gerealiseerd via de afspraken over de tariefmaatregelen in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO).

De tariefmaatregel die samenhangt met deze afspraken is door het controversieel verklaren in 2026 voor de gehandicaptensector niet uitgevoerd. Voor 2027 en verder is de maatregel nog onderdeel van de begroting.

Vraag 92

Wat gebeurt er nu precies met de € 600 miljoen die in het hoofdlijnenakkoord van het kabinet Schoof is vrijgemaakt voor de ouderenzorg? Kunt u dit in een tabel uiteenzetten?

Antwoord

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de benutting van de enveloppe voor betere ouderenzorg op de Aanvullende Post bij het Ministerie van Financiën. De bedragen zijn hierbij afgerond op miljoenen euro.

Bedragen x € 1 miljoen	2026	2027	2028	2029	2030
Enveloppe ouderenzorg HLA		600	600	600	600
LPO tranche 2025		28	28	28	28
Kasschuif t.b.v. HLO	281	-171	-92	-18	
Inzet HLO	-281	-229	-148	-41	
Tariefmaatregelen Wlz (motie Dobbe/Westerveld)		-65			
Inzet voor intensivering LVHC		-4	-8	-8	-8
Gedeeltelijke vrijval enveloppe		-150	-150	-150	-150
Kasschuif			91	-91	
Huidige reservering Aanvullende Post		8	321	320	470

In het Hoofdlijnenakkoord (HLA) is vanaf 2027 structureel € 600 miljoen beschikbaar gesteld voor investeringen in verzorgings- en verpleeghuisplekken. Met de toevoeging van de loon- en prijsbijstelling over 2025 kwam aanvullend structureel € 27,8 miljoen beschikbaar. Een deel van de envelop is inmiddels tijdelijk ingezet voor afspraken in het Hoofdlijnenakkoord ouderenzorg (HLO). In de jaren 2027–2029 gaat het om respectievelijk € 229 miljoen, € 148 miljoen en € 41 miljoen. Omdat de financiële afspraken in het HLO al per 2026 ingaan is een deel van de middelen naar 2026 geschoven (€ 171 miljoen euro vanuit 2027, € 92 miljoen euro vanuit 2028 en € 18 miljoen vanuit 2029).

Daarnaast wordt er in 2027 65 miljoen euro ingezet ter (intertemporele) dekking van de motie Dobbe en Westerveld²³ om de tariefmaatregel meerjarig contracteren in de gehandicaptenzorg en de langdurige GGZ voor 2026 niet in te laten gaan. Ook wordt er 4,4 miljoen euro in 2027 en vanaf 2028 structureel € 7,7 miljoen ingezet voor het toevoegen van twee doelgroepen in de aanspraak op gespecialiseerde langdurige zorg (traject «laag volume hoog complex» (LVHC)). Ter dekking van structurele problematiek op de Rijksbegroting wordt structureel 150 miljoen euro vanaf 2027 ingezet. Als laatste vindt er een kasschuif plaats van € 91 miljoen van 2029 naar 2028 om andere kasschuiven op de VWS-begroting mogelijk te maken zonder het saldo in deze jaren te belasten.

²³ Kamerstukken II, 2024–2025, 36 725 XVI, nr. 18.

Er resteert nu een structureel bedrag van € 470 miljoen dat beschikbaar is voor de realisatie van moderne verzorgingshuizen, zoals toegelicht in de brief van de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg over vergrijzing en het integrale ouderenbeleid²⁴. Op dit moment wordt uitgewerkt hoe het op termijn introduceren van de moderne verzorgingshuizen vorm kan krijgen.

Vraag 93

Hoeveel budget is er beschikbaar voor het tegengaan van gezondheidsachterstanden bij vrouwen, het bevorderen van vrouwengezondheid en het verbeteren van de zorg op het gebied van vrouwspecifieke aandoeningen?

Antwoord

Met de toezending van de Nationale Strategie Vrouwengezondheid²⁵ heeft De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport u op de hoogte gesteld van de inzet van VWS. Voor het programma vrouwspecifieke aandoeningen bij ZonMw is er voor 2026 € 2,9 miljoen beschikbaar. Deze middelen maken deel uit van het programma dat loopt van 2024–2030 en waarvoor in totaal € 15 miljoen beschikbaar is. In de bijlage bij de bovengenoemde strategie heeft De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport aangegeven dat er daarnaast ook beleidsonderwerpen (en financiële middelen) zijn die gericht zijn op de gehele bevolking en daarmee ook bijdragen aan de gezondheid van vrouwen. Het onderwerp vrouwengezondheid krijgt steeds meer aandacht, niet alleen binnen VWS maar ook elders. Zo zal er ook binnen het Actieprogramma mentale gezondheid & GGZ aandacht worden besteed aan het thema. Hierover heeft De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport uw Kamer onlangs geïnformeerd²⁶. Zoals De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport met de bovenstaande brief over de Nationale Strategie Vrouwengezondheid heb laten weten organiseert De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport samen met ZonMw begin 2026 een grote werkconferentie om samen met partijen tot een concrete werkagenda te komen. De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport zal uw Kamer t.z.t. deze werkagenda toesturen.

Vraag 94

Hoeveel budget is er beschikbaar voor het tegengaan van sociaaleconomische gezondheidsverschillen?

Antwoord

Het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsachterstanden is een domein overstijgende opgave. Verschillende beleidsmaatregelen en programma's, van VWS (bijvoorbeeld het terugdringen van gezondheidsachterstanden als dwarsdoorsnijdend thema in het GALA, de aanpak Kansrijke Start en de inzet vanuit het kennisinstituut Pharos) en andere departementen, dragen direct dan wel indirect bij aan het tegengaan hiervan.²⁷ Hierdoor is een exact bedrag niet te geven.

Vraag 95

Wat is de gemiddelde levensverwachting van mensen uitgesplit naar het inkomen van mensen?

Antwoord

De levensverwachting bij geboorte is het aantal jaren dat een persoon naar verwachting (nog) zal leven, onder de aanname van gelijkblijvende

²⁴ Kamerstukken II, 2025–2026, 29 389, nr. 158c.

²⁵ Kamerstuk 31 765, nr. 936

²⁶ Kamerstuk 25 424, nr. 767

²⁷ Kamerstuk 32 793, nr. 794

leeftijdsspecifieke sterftekansen. De meest recente cijfers (CBS, 19 juni 2025) zijn gebaseerd op het tijdvak 2019/2022. Omdat er verschil zit tussen de levensverwachting van mannen en vrouwen worden deze doorgaans ook apart gegeven.

Voor inkomen is het gestandaardiseerd inkomen gebruikt. Dit is het besteedbaar inkomen gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden. De huishoudens zijn naar hoogte van hun gestandaardiseerd inkomen in vijf groepen (kwintielgroepen) met een gelijk aantal huishoudens verdeeld. De inkomensgrenzen tussen deze vijf 20%-groepen verschillen van jaar tot jaar.

Levensverwachting bij geboorte in jaren	Totaal mannen en vrouwen	Mannen	Vrouwen
Gestandaardiseerd inkomen: 1 ^e 20%-groep	76,3	74,1	78,3
Gestandaardiseerd inkomen: 2 ^e 20%-groep	80,5	78,2	82,5
Gestandaardiseerd inkomen: 3 ^e 20%-groep	82,3	80,7	84,1
Gestandaardiseerd inkomen: 4 ^e 20%-groep	83,6	82	85,2
Gestandaardiseerd inkomen: 5 ^e 20%-groep	84	82,9	85,4

Bron: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/85445NED/table?dl=AD51D>

Vraag 96

Hoe groot zijn de sociaaleconomische verschillen in het aantal jaren dat mensen leven in goede gezondheid?

Antwoord

Het verschil in levensverwachting in goed ervaren gezondheid tussen mensen met de 20% hoogste en de 20% laagste inkomens bedraagt 21,4 jaar (51,2 jaar voor het laagste inkomenskwintiel en 72,6 jaar voor het hoogste inkomenskwintiel).²⁸ Het verschil in levensverwachting in goed ervaren gezondheid tussen de groep met basisonderwijs, vmbo of mbo-1 en de groep met een hbo- of wo-opleiding was 14 jaar in de periode tussen 2021–2024 en 14,3 jaar in 2017–2020.²⁹

Vraag 97

Zijn er zorgvormen die binnen de Wmo 2015 en/of de Jeugdwet niet zomaar mogen worden georganiseerd via (quasi-)inbesteden, als het ook mogelijk is om deze te organiseren via aanbesteden? Zo ja, om welke vormen gaat het hier en komt dit voort uit EU-wetgeving of Nederlandse wetgeving? Hoe zit het bijvoorbeeld met het doelgroepenvervoer?

Antwoord

Op basis van de Wmo 2015, de Jeugdwet, Europese aanbestedingsrichtlijn en de Aanbestedingswet 2012 zijn gemeenten vrij om jeugdzorg of maatschappelijke ondersteuning zelf uit te voeren via (quasi-)inbesteden of uit te besteden aan derden via aanbesteden, open house of subsidie. In genoemde wet- en regelgeving zijn geen specifieke uitzonderingen voor bepaalde zorgvormen geformuleerd. Ook voor het doelgroepenvervoer geldt geen specifieke uitzondering. Als de gemeente kiest voor inkoop via aanbesteden dan moet zij de (Europese) aanbestedingsregels volgen. Als de gemeente ervoor kiest voor (quasi) inbesteden dan moet zij zich houden aan de wettelijke regels die daarop zien, zoals bijvoorbeeld de (Europese) aanbestedingsregels, de Wet gemeenschappelijke regelingen en de Wet Markt en Overheid. Er zijn diverse handreikingen ontwikkeld om gemeenten te ondersteunen bij het maken van deze keuzes, zoals

²⁸ StatLine – Gezonde levensverwachting; inkomen en welvaart

²⁹ StatLine – Gezonde levensverwachting; geslacht, leeftijd en onderwijsniveau

bijvoorbeeld de Handreiking Aanbesteden Wmo 2015 en Jeugdwet, januari 2018.

Vraag 98

Hoeveel budget is er beschikbaar voor de bouw van nieuwe zorgvormen zoals het zorgbuurthuis?

Antwoord

Er is geen geormerkt budget beschikbaar voor nieuwe zorgvormen zoals het zorgbuurthuis. Binnen de Wlz zijn nieuwe zorgvormen mogelijk op basis van «het scheiden van wonen en zorg» met behulp van een VPT, MPT en pgb. Cliënten betalen dan zelf hun woonlasten en kunnen zorg en ondersteuning vanuit de Wlz ontvangen.

Voor de stimuleringsregeling voor het bouwen van betaalbare zorggeschikte woningen in de ouderenzorg is € 312 miljoen beschikbaar gesteld. Hiervan kunnen ook nieuwe zorgvormen worden gebouwd. Aanvragen kunnen t/m eind 2026 worden ingediend. De daarmee samenhangende kasuitgaven kunnen ook in latere jaren zullen ook in latere jaren plaatsvinden.

Daarnaast gaat de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg de komende maanden in vervolg op een onderzoek naar de herintroductie van het verzorgingshuis in gesprek met het veld over de mogelijke invulling van de extra zorg en ondersteuning, de stimulering van de bouwopgave en de ontwikkeling van zorgzame gemeenschappen. In totaal zijn hiervoor middelen beschikbaar oplopend tot € 470 miljoen vanaf 2030 vanuit de reservering op de aanvullende post die het kabinet in het hoofdlijnenakkoord heeft afgesproken voor de kwaliteit van de ouderenzorg. Daarnaast zijn er bij het Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening middelen beschikbaar voor het stimuleren van de bouw van zorggeschikte en geclusterde woningen. De uitwerking hiervan vindt momenteel plaats en wordt in samenhang met de bestaande regelingen gezien.

Vraag 99

Welk deel van de opnames in verpleeghuizen betreft een spoedopname?

Antwoord

Op grond van de registraties is het aantal spoedopnamen in verpleeghuizen niet te bepalen. Het eerstelijnsverblijf kent diverse prestaties, waar spoedzorg onderdeel van kan zijn. Uit de declaratiedata is niet af te leiden of een ELV-prestatie is gedeclareerd in het kader van een spoedsituatie. In de Wlz kan het zorgkantoor een afspraak maken over spoedzorg middels een aparte prestatie (Z110). Ook reguliere verpleeghuisopnamen in de Wlz kunnen een spoedeisend karakter hebben.

Vraag 100

Hoe zagen de jaarlijkse tekorten van intramurale verpleegzorgplekken eruit voor de periode 2002 tot 2025?

Antwoord

Het Ministerie van VWS beschikt niet over cijfers over het jaarlijks tekort aan intramurale verpleeghuisplekken gedurende de periode 2002–2025. Er is namelijk geen registratie van het «tekort aan plaatsen» in de intramurale setting.

Het Zorginstituut publiceert wel elke maand de wachtlijst informatie op www.zorgcijfersdatabank.nl. De wachtlijstcijfers voor verpleeghuizen worden op deze site vermeld vanaf 2015. Daarbij wordt scherp gekeken

naar de zorgbehoefte van de wachtende. Daarom wordt in de wachtlijst-monitor onderscheid gemaakt tussen drie categorieën wachtenden: Urgent plaatsen; Actief plaatsen; Wachten op voorkeur.

Het merendeel van de wachtenden wacht op voorkeur en ontvangt momenteel zorg thuis en er is ook geen dringende noodzaak tot opname in het verpleeghuis. Dit geldt wel voor de urgent wachtenden en de actief te plaatsen cliënten. Voor deze cliënten is er een actief beleid van zorgkantoren om binnen de geldende termijnen, een plek in een verpleeghuis te regelen.

De meest recente wachtlijst-informatie voor verpleging en verzorging is van 1 augustus 2025.

	1-8-2022	1-8-2023	1-8-2024	1-8-2025
Urgent plaatsen	306	318	305	312
Actief plaatsen	3.848	3.880	3.756	3.852
Wachten op voorkeur	16.605	17.579	16.400	13.763
Totaal	20.759	21.777	20.461	17.927

Vraag 101

Hoeveel particuliere woonzorginstellingen hebben een winstoogmerk? Wat is hun aandeel in het totaal aanbod?

Antwoord

Binnen de Wlz wordt geregistreerd in welke leveringsvorm de zorg geleverd wordt (ZZP, VPT, MPT al dan niet in combinatie met pgb). Er wordt niet geregistreerd welke rechtsvorm de zorgaanbieders hebben en of deze een winstoogmerk hebben.

Vraag 102

Kunt u een overzicht sturen van wat de winsten van alle particuliere woonzorginstellingen in totaal waren in 2024?

Antwoord

Deze gegevens zijn bij het Ministerie van VWS niet bekend waardoor het niet mogelijk is u van een overzicht te voorzien.

Vraag 103

Wat kost het gemiddeld per maand voor een bewoner om in een particuliere woonzorginstelling te wonen? Kunt u dit uitsplitsen per doelgroep?

Antwoord

Voor zorg die vanuit de Wlz wordt geleverd en bekostigd, betalen de cliënten een eigen bijdrage. Deze inkomensafhankelijke eigen bijdrage is in 2025 minimaal € 205,- per maand en kan oplopen tot € 1.076,60 per maand bij zorg op basis van het scheiden van wonen en zorg (vpt) en tot € 2.954,40 per maand bij intramurale zorg.

Indien zorg zonder verblijf geleverd wordt – hetgeen bij de particuliere woonzorginstellingen meestal het geval is – betalen cliënten daarnaast voor huur- en servicekosten. Deze kosten worden binnen de overheid niet geregistreerd. Cliënten kunnen daarbij zelf de afweging maken of de combinatie van het aanbod aan wonen en zorg in particuliere woonzorginstellingen voor hen van meerwaarde is ten opzichte van andere vormen van zorgverlening en het woon/zorgaanbod op andere plekken.

Vraag 104

Kunt u een overzicht geven van hoe de wachtlijsten in de verschillende sectoren van de zorg zich sinds 2010 hebben ontwikkeld?

Antwoord

Medisch specialistische zorg

Voor de medisch specialistische behandelingen is er geen inzicht in de wachtlijsten. Wel verzamelt de Nederlandse Zorgautoriteit informatie over wachttijden bij medisch specialistische zorgaanbieders conform de Regeling Aanleveren wachttijden medisch-specialistische zorg (NR/REG-2421).

Zorgaanbieders leveren op basis van de regeling periodiek de wachttijden aan voor specifieke behandelingen.

De website www.staatvenz.nl bevat grafieken met de wachttijden voor medisch specialistische zorg, uitgesplitst naar behandeling, polikliniek en diagnostiek. In deze grafieken^{30, 31, 32} is een trend zichtbaar dat het percentage wachtenden dat langer wacht dan de Treeknorm stijgt vanaf 2013–2014. Het aantal wachtenden dat langer wacht dan de Treeknorm op een behandeling, lijkt sinds 2022 af te nemen.

Geestelijke gezondheidszorg

De Nederlandse Zorgautoriteit publiceert informatie over wachttijden sinds 2018 in de Informatiekaart wachttijden GGZ. Dit gaat om de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) die valt onder zorgverzekeringswet. Vanaf 1 januari 2021 bevat de informatiekaart ook informatie over het aantal mensen op de wachtlijst bij zorgaanbieders met meer dan tien zorgverleners (Informatie kaart Wachttijden GGZ 2021 – de Nederlandse Zorgautoriteit). Vanaf 2023 spreekt de informatiekaart over wachtplekken in plaats van het aantal wachtenden. Hier wordt het aantal plekken op de wachtlijst bij een GGZ-aanbieder voor aanvang van een intake of behandeling bedoeld, niet het aantal unieke personen dat op de wachtlijst staat.

De website Nederlandse Zorgautoriteit bevat de informatiekaarten sinds 2018. Deze geven ook inzicht in het percentage wachtenden dat langer dan wacht dan de Treeknorm, tussen 2021–2024. Op basis hiervan lijkt het aantal wachtplekken sinds 2018 niet te dalen. Toch behoeven deze cijfers ook enige nuance. De stijging komt ook voort uit het gegeven dat we steeds beter inzicht hebben in het aantal wachtplekken omdat steeds meer zorgaanbieders cijfers aanleveren. Dat resulteert ook in een hoger aantal wachtplekken.

Langdurige zorg

Het Ministerie van VWS beschikt over wachtlijstcijfers voor Wlz zorg vanaf 2015. In onderstaande tabel treft u deze gegevens aan per sector. Deze gegevens treft u aan op: StatLine – Wachtenden in de langdurige zorg; sector, kwartaal (cbs.nl) Meer achtergrondinformatie over deze gegevens treft u aan bij de toelichting op deze tabel op de website van StatLine.

³⁰ Behandeling: <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/wachttijd-behandeling-medisch-specialistische-zorg-overschrijding-treeknorm-en-gemiddelde-wachttijd>, datum: 17-02-2025

³¹ Diagnostiek: <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/wachttijd-diagnostiek-medisch-specialistische-zorg-overschrijding-treeknorm-en-gemiddelde-wachttijd>, datum: 17-02-2025

³² Polikliniek: <https://www.staatvenz.nl/wachttijd-poliklinisch-consult-medisch-specialistische-zorg-overschrijding-treeknorm-en-gemiddelde>, datum: 03-03-2025

	Totaal wachtenden Wlz	Totaal wachtenden zvp Verpleging en verzorging	Totaal wachtenden zvp Gehandi- captenzorg	Totaal wachtenden zvp Geestelijke gezond- heidszorg
2015 3 ^e kwartaal	13.593	8.860	4.628	105
2016 3 ^e kwartaal	14.767	9.775	4.910	82
2017 3 ^e kwartaal	13.507	9.403	4.039	65
2018 3 ^e kwartaal	–	–	–	–
2019 3 ^e kwartaal	18.998	16.424	2.558	16
2020 3 ^e kwartaal	23.282	20.661	2.558	33
2021 3 ^e kwartaal	18.001	15.735	1.821	445
2022 3 ^e kwartaal	21.653	19.192	1.770	691
2023 3 ^e kwartaal	23.679	21.209	1.808	662
2024 3 ^e kwartaal	22.745	20.304	1.771	670
2025 3 ^e kwartaal	19.991	17.638	1.711	642

De cijfers van het derde kwartaal in 2025 zijn voorlopige cijfers.

Vraag 105

Hoeveel mensen staan er momenteel op de wachtlijst voor het verpleeghuis?

Antwoord

De meest recente wachtlijstinformatie voor verpleging en verzorging is van 1 augustus 2025. In de wachtlijstmonitor wordt onderscheid gemaakt tussen drie categorieën wachtenden: Urgent plaatsen; Actief plaatsen; Wachten op voorkeur. Het merendeel van de wachtenden wacht op voorkeur en ontvangt momenteel zorg thuis en er is ook geen dringende noodzaak tot opname in het verpleeghuis. Dit geldt wel voor de urgent wachtenden en de actief te plaatsen cliënten. Voor deze cliënten is er een actief beleid van zorgkantoren om binnen de geldende termijnen, een plek in een verpleeghuis te regelen.

	1-8-2025
Urgent plaatsen	312
Actief plaatsen	3.852
Wachten op voorkeur	13.763
Totaal	17.927

Vraag 106

Hoeveel mensen staan er momenteel op de wachtlijst voor een behandeling in het ziekenhuis?

Antwoord

Er bestaat momenteel geen landelijke registratie van het aantal mensen dat op een wachtlijst voor een behandeling in het ziekenhuis staat. Via de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) worden onder andere de wachttijden per behandeling verzameld, welke inzichtelijk zijn op ZorgkaartNederland.

In het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord hebben partijen afgesproken dat aanbieders per 1 januari 2026 het aantal wachtenden periodiek gaan aanleveren bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om inzicht te geven in het aantal wachtenden per specialisme per zorgverzekeraar.

Vraag 107

Hoeveel mensen hebben momenteel geen huisarts?

Antwoord

Op basis van bestaande onderzoeken, onder andere van het NIVEL, heeft de Algemene Rekenkamer geconcludeerd dat er tussen de 45.000 en 194.000 mensen zonder huisarts zijn³³. Daarnaast is er een groep van ongeveer 600.000 volwassenen die wel bij een huisarts staan ingeschreven, maar willen overstappen, bijvoorbeeld vanwege een verhuizing of ontevredenheid over hun huidige praktijk³⁴.

Vraag 108

Hoeveel mensen staan momenteel op de wachtlijst voor de GGZ?

Antwoord

Volgens de laatste cijfers die de NZa heeft gepubliceerd waren er 1 oktober 2024 108.878 wachtplekken voor de geestelijke gezondheidszorg (Informatiekaart Wachttijden en wachtplekken GGZ – oktober 2024 – Nederlandse Zorgautoriteit). Hierbij gaat het om 62.598 wachtplekken buiten de treetnorm. Omdat mensen op meerdere wachtlijsten kunnen staan, is het aantal wachtplekken niet gelijk aan het aantal unieke personen dat wacht op GGZ. Dit jaar publiceert de NZa een openbaar dashboard dat actuele GGZ-wachttijdgegevens op één plek samenbrengt. Dit dashboard gaat voorzien in een frequent, completer en actueler inzicht in wachttijden instroomaantallen dan de huidige informatiekaarten. Wachtplekken worden hierin niet meer geregistreerd en gepubliceerd.

Vraag 109

Hoeveel mensen staan momenteel op de wachtlijst voor transzorg?

Antwoord

Cijfers over het aantal mensen dat op de wachtlijst staat voor transgenderzorg worden niet apart bijgehouden. Volgens onderzoek dat in opdracht van het Ministerie van VWS heeft plaatsgevonden in 2022 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2022–2023, 31 016, nr. 352) stonden er in 2022 ruim 7000 mensen op de wachtlijst voor indicatiestelling voor somatische transgenderzorg. Het bovengenoemde aantal wachtenden kan afwijken van het aantal mensen dat daadwerkelijk wacht op zorg, bijvoorbeeld doordat sommige mensen op meerdere wachtlijsten staan en mensen op de wachtlijst staan die geen zorgvraag meer hebben. In het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord hebben partijen afgesproken dat aanbieders wachtlijsten opschonen en partijen actieve zorgbemiddeling gaan invoeren.

Het Landelijk Platform Transgenderzorg (LPT) is op 9 februari 2025 officieel opgericht. Het LPT werkt aan het verbeteren van de toegankelijkheid en kwaliteit van de transgenderzorg en ontvangt hiervoor vanuit VWS een subsidie. Bij dit Platform is zowel de eerste, tweede als derde lijn betrokken en wordt ook naar wachttijden gekeken.

Vraag 110

Hoeveel mensen staan momenteel op de wachtlijst voor de gehandicaptenzorg?

Antwoord

Volgens de wachtlijstregistratie van het Zorginstituut wachtten er op 1 augustus 2025 1.738 cliënten op een plek in een instelling voor gehandicaptenzorg. U treft de maandelijkse rapportages aan op: Wachtlijsten landelijk niveau | Zorgcijfersdatabank.nl

Vraag 111

³³ <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2025/04/02/focus-op-huisartsentekort>

³⁴ <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/burgers-over-inschrijving-bij-een-nieuwe-huisartsenpraktijk>

Hoeveel mensen staan momenteel op de wachtlijst voor de jeugdzorg?

Antwoord

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het organiseren van jeugdhulp. Inzicht in wachttijden gebeurt dus in eerste instantie op gemeentelijk en regionaal niveau.

Cijfers over wachttijden zijn nu nog niet op landelijk niveau beschikbaar. Dit komt onder andere omdat gemeenten en regio's op hun eigen manier aanmelding en start van een traject registreren, en er geen eenduidige definitie ligt van wat wachttijd precies is.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport werkt aan het verbeteren van inzicht in wachttijden op landelijk niveau. Dit doen we door in te zetten op het verbeteren van het (uniform) gebruik van het Berichtenverkeer (standaardisatie). Dit is conform de afspraak uit de Hervormingsagenda om middels data en monitoring inzicht in het functioneren van het jeugdstelsel te verbeteren.

Vraag 112

Welk deel van de geplande bezuinigingen op de langdurige zorg komt naar verwachting neer bij de gehandicaptenzorg, welk deel bij de ouderenzorg en welk deel bij de langdurige GGZ?

Antwoord

Bijgaande tabel geeft een overzicht van de tariefmaatregelen op het terrein van de langdurige zorg per sector zoals verwerkt in de ontwerpbegroting 2026 van het Ministerie van VWS. Voor de ouderenzorg worden deze gerealiseerd op grond van de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO). Voor de gehandicaptenzorg en langdurige GGZ zijn deze gepland met ingang van 2027. Bij de gehandicaptenzorg gaat het om de som van de maatregelen op het terrein van meerjarig contracteren (€ 52 miljoen structureel), Wlz-behandeling (€ 88 miljoen structureel) en opschaling digitale zorg (oplopend tot € 108 miljoen structureel). Bij de langdurige GGZ gaat het om de maatregel op het terrein van meerjarig contracteren (€ 13 miljoen structureel).

Bedragen x € 1 miljoen	2026	2027	2028	2029	2030	structureel
Ouderenzorg	-260	-300	-340	-380	-400	-400
Gehandicaptenzorg		-184	-210	-239	-265	-274
Langdurige ggz		-13	-13	-13	-13	-13

Vraag 113

Hoeveel gemeenten bieden een meerkostenregeling voor chronisch zieken of mensen met een beperking aan? Wat is de gemiddelde hoogte van de bedragen die beschikbaar zijn voor mensen via deze regelingen?

Antwoord

Cijfers uit 2021³⁵ laten zien dat 59% van de gemeenten een meerkostenregeling heeft in de vorm van individuele bijzondere bijstand en 47% van de gemeenten in de vorm van een individuele tegemoetkoming (o.a. voor mensen met een chronische ziekte en/of een beperking). We hebben geen inzicht in de gemiddelde hoogte van deze gemeentelijke regelingen.

Vraag 114

Hoe vaak worden er budgetplafonds opgelegd aan GGZ-aanbieders?

Antwoord

³⁵ Rapport: Goed geregeld? Een onderzoek naar gemeentelijke regelingen rondom financieel maatwerk voor hoge zorgkosten.

Er is geen zicht op hoe vaak omzetplafonds worden afgesproken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het maken van afspraken, ook over omzetplafonds, is een zaak tussen individuele aanbieders en individuele zorgverzekeraars.

Vraag 115

Welke concrete plannen zijn er tot dusverre bekend om de wachtlijsten in de GGZ op korte termijn terug te dringen?

Antwoord

Er lopen verschillende maatregelen om de wachttijden in de GGZ terug te dringen. Binnen het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn onder meer het verkennend gesprek ingevoerd, extra uren beschikbaar gesteld voor de POH-GGZ, en wordt gewerkt aan beter regionaal inzicht in wachttijden zodat beschikbare capaciteit optimaal wordt benut. Ook wordt een landelijk netwerk van laagdrempelige steunpunten opgebouwd; inmiddels zijn er circa 278 locaties waar mensen snel terecht kunnen voor ondersteuning dicht bij huis.

Daarnaast bevat het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) aanvullende maatregelen gericht op het voorkomen van instroom, bevorderen van door- en uitstroom en het wegnemen van ongewenste prikkels in het stelsel. Zo wordt gewerkt aan kortere en passender behandelvormen (zoals groeps- en online-behandeling), actieve zorgbemiddeling, het afschaffen van exclusiecriteria en een passender bekostiging van onderdelen van de cruciale GGZ.

Met deze aanpak wordt ingezet op het sneller en passender helpen van mensen met psychische problematiek, terwijl de capaciteit in de GGZ beter wordt benut.

Vraag 116

Hoeveel jongeren kregen er in 2024 jeugdzorg? Hoe is dit aantal verdeeld over de verschillende vormen van jeugdzorg?

Antwoord

De definitieve cijfers van het CBS laten zien dat in 2024 491.025 jongeren (11.1%) een vorm van jeugdzorg kregen. Jongeren kunnen verschillende vormen van jeugdzorg tegelijk ontvangen. Onderstaande tabel laat per vorm van jeugdzorg zien hoeveel jongeren dit ontvangen.

Perioden	2024	2024
	Jongeren (aantallen)	Jongeren (%)
Totaal jeugdzorg (natura & PGB)	491.025	11,1
Totaal jeugdhulp (natura & PGB)	482.740	10,9
Totaal jeugdhulp (natura)	478.655	10,8
Totaal jeugdhulp zonder verblijf (natura)	461.890	10,4
Totaal jeugdhulp met verblijf (natura)	41.775	0,9
Totaal jeugdbescherming (natura)	33.940	1
Totaal jeugdreclassering (natura)	8.290	0,4

Bron: CBS StatLine – Kerncijfers over jeugdzorg

Note: de gegevens van de SVB (over jeugdhulpontvangers met een PGB) bevatten geen zorginhoudelijke informatie. Om die reden worden cijfers over jeugdhulpzorgvormen alleen in natura weergegeven.

Vraag 117

Hoeveel jongeren zitten er momenteel in de gesloten jeugdzorg?

Antwoord

Volgens de meest recente monitor van de Jeugddoriteit verblijven er 408 jeugdigen in een instelling voor gesloten jeugdhulp.³⁶

Vraag 118

Hoeveel jongeren kregen er in 2025 jeugdzorg? Hoe is dit aantal verdeeld over de verschillende vormen van jeugdzorg?

Antwoord

Cijfers over 2025 zijn nog niet beschikbaar. Wel zijn de voorlopige cijfers over het eerste halfjaar van 2025 beschikbaar. In het eerste halfjaar van 2025 kregen 402.620 jongeren (9,1%) een vorm van jeugdzorg. Jongeren kunnen verschillende vormen van jeugdzorg tegelijk ontvangen. Onderstaande tabel laat per vorm van jeugdzorg zien hoeveel jongeren dit ontvangen.

Perioden	1 ^e halfjaar 2025 ¹	1 ^e halfjaar 2025 ¹
	Jongeren (aantallen)	Jongeren (%)
Totaal jeugdzorg (natura & PGB)	402.620	9,1
Totaal jeugdhulp (natura & PGB)	393.765	8,9
Totaal jeugdhulp (natura)	390.100	8,8
Totaal jeugdhulp zonder verblijf (natura)	373.015	8,4
Totaal jeugdhulp met verblijf (natura)	33.865	0,8
Totaal jeugdbescherming (natura)	29.425	0,9
Totaal jeugdreclassering (natura)	7.200	0,3

¹ Voorlopige cijfers

Note: de gegevens van de SVB (over jeugdhulpontvangers met een PGB) bevatten geen zorginhoudelijke informatie. Om die reden worden cijfers over jeugdhulpzorgvormen alleen in natura weergegeven.

Bron: CBS StatLine – Kerncijfers over jeugdzorg

Vraag 119

Hoeveel jongeren zitten er momenteel in de residentiële jeugdzorg?

Antwoord

In 2024 kregen 41.260 jeugdigen van 0 tot 22 jaar jeugdhulp met verblijf. Dit zijn de meest recente cijfers over 2024 van het CBS.³⁷ Hier vallen diverse vormen van voltijd en deeltijd verblijf onder, zoals pleegzorg, gezinshuizen en residentiële instellingen, inclusief gesloten jeugdhulp. Er zijn geen andere actuele landelijke cijfers over jeugdigen in residentiële jeugdzorg.

Vraag 120

Hoeveel budget komt er beschikbaar voor alternatieven voor de gesloten jeugdzorg?

Antwoord

Voor de transformatie van de gesloten jeugdhulp wordt over de periode 2024–2028 in totaal € 176 miljoen beschikbaar gesteld aan de zeven coördinerende gemeenten, conform de bestuurlijke afspraken tussen het Rijk, de VNG en Jeugdzorg Nederland. Deze middelen voor gesloten jeugdhulp zijn primair bedoeld voor de afbouw van gesloten jeugdhulp en ombouw naar kleinschalig gesloten jeugdhulp om zo te komen tot een

³⁶ <https://www.jeugddoriteit.nl/documenten/2025/07/14/monitor-jeugdzorgplus-peildatum-31-maart-2025>

³⁷ <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2025/jeugdhulp-2024/1-jongeren-met-jeugdhulp>

gelijk speelveld te creëren voor alternatieven voor gesloten jeugdhulp. In gevallen waar men al verder is in de transformatie, kunnen middelen ook voor alternatieven ingezet worden.

Ook is er budget beschikbaar voor de landelijke ondersteuning van deze transformatie. Voor de structurele meerkosten van kleinschalige gesloten voorzieningen is structureel € 74 miljoen beschikbaar.

Voor de opbouw van alternatieven kunnen gemeenten ook ondersteuning krijgen vanuit acht bovenregionale expertisenetwerken die via een SPUK-regeling structureel bekostiging ontvangen en onder andere tot doel hebben om bij te dragen aan passende oplossingen voor jongeren met complexe en meervoudige problematiek die vastlopen in de zorg.

Over de eenmalige kosten voor de opbouw van alternatieven is in de Hervormingsagenda Jeugd afgesproken dat alle gemeenten investeren met de jeugdhulppartners in alternatieve vormen van zorg/hulp om inzet van residentieel verblijf te voorkomen en een succesvolle terugkeer naar huis te bevorderen.

Vraag 121

Hoe groot is de loonkloof tussen de zorg enerzijds en de rest van de publieke sector en de marktsector anderzijds?

Antwoord

Uit onderzoek dat de voormalig Minister voor Langdurige Zorg en Sport eind 2023 naar uw Kamer heeft gestuurd³⁸ blijkt dat het gemiddelde uurloon van medewerkers in de zorg redelijk vergelijkbaar is met de vergelijkbare medewerkers in de marktsector en wat achter loopt ten opzichte van andere (semi-)publieke sectoren. Daarnaast blijkt dat de marktconformiteit van de salarissen in de zorg verschilt tussen zorgbranches en ook tussen verschillende groepen binnen dezelfde branche. Zo ligt het gemiddelde uurloon in de umc's ruim boven het uurloon van vergelijkbare werknemers zowel in de marktsector als de publieke sector, terwijl bijvoorbeeld het uurloon in de gehandicapten-sector of sociaal werk eronder ligt. Daarnaast zien we dat in de sector zorg en welzijn de hoogte van de beloning meer dan in andere sectoren samenhangt met opleidingsniveau en werkervaring. Voor mensen met een mbo-opleiding of zonder startkwalificatie geldt dat ze in zorg en welzijn in de meeste branches minder verdienen dan vergelijkbare werknemers in andere sectoren. Het beeld voor medewerkers met een hbo-opleiding verschilt sterk per branche, maar gemiddeld genomen voor de hele sector zorg en welzijn blijft de beloning iets achter ten opzichte van vergelijkbare werknemers in andere sectoren. Medewerkers met wo-niveau verdienen relatief meer dan in andere sectoren in Nederland (behalve in het sociaal domein). Een compleet beeld van de uitkomsten kan uw Kamer vinden in de hierboven genoemde onderzoeken die eind 2023 naar uw Kamer zijn gestuurd.

Vraag 122

Hoeveel zou het kosten om de lonen van alle zorgverleners te verhogen naar het niveau van vergelijkbare functies in de publieke sector en de marktsector?

Antwoord

Dat hangt af van de wijze waarop deze verhoging ingevuld wordt en welke aannames daarbij worden gehanteerd. Voor een beeld van de verschillende opties om de lonen binnen zorg en welzijn te verhogen naar het

³⁸ Tweede Kamer, vergaderjaar 2023/2024, kamerdossier 29 282, kamerstuk nr. 552

niveau van vergelijkbare functies in de publieke sector en de marktsector met bijbehorende kosten, wordt u verwezen naar de brief die op 27 juni 2024 naar uw Kamer is gestuurd³⁹.

Vraag 123

Hoeveel zou het op termijn opleveren om alle nieuwe medisch specialisten in loondienst te laten gaan?

Antwoord

In «Zorgkeuzes in Kaart» (ZiK, 2020) is een berekening gemaakt voor de financiële effecten van regelgeving waardoor medisch specialisten in loondienst gaan.⁴⁰ Daarin is een raming gemaakt van de besparing op personeelskosten van structureel € 240 miljoen, een besparing als gevolg van een lagere productieprikkel van € 100 miljoen en van de investering van € 10 miljoen voor transitiekosten gedurende vijf jaar en een incidentele investering tot € 2.000 miljoen voor compensatie van goodwill. Wanneer deze maatregel alleen wordt toegepast op «nieuwe» artsen, zal het aantal artsen in loondienst geleidelijk toenemen volgens een groeipad. Het zal daarom lang (30 jaar) duren voor de genoemde opbrengsten zich volledig manifesteren. Daarnaast zijn de berekeningen gebaseerd op aannames en dusdanig met onzekerheden omgeven, dat een nadere berekening nodig is in geval een dergelijke maatregel wordt overwogen. In het recent gepubliceerde Keuzes in Kaart heeft het CPB dit ook in verschillende varianten doorgerekend.⁴¹ Het veld, de medisch specialisten, hebben zich kritisch uitgelaten over de onderbouwing van deze doorrekening.

Tot slot vergt een maatregel om nieuwe specialisten in loondienst te brengen ook een gedegen juridische onderbouwing. Het (verplicht) in loondienst nemen van nieuwe medisch specialisten betreft wetgeving die ingrijpt in eigendom. De maatregel moet worden getoetst aan het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en het Verdrag Werking Europese Unie in verband met het recht op eigendom. De maatregel moet noodzakelijk, geschikt en proportioneel zijn om het doel te behalen. Eerder heeft de Landsadvocaat aanzienlijke risico's geconstateerd bij de uitvoerbaarheid van een maatregel om alle specialisten in loondienst te brengen. Dezelfde voorbehouden gelden voor het in loondienst brengen van nieuwe medisch specialisten.

Vraag 124

Welk percentage van de Nederlandse werkenden werkte in 2024 en 2025 in de zorg?

Antwoord

In het vierde kwartaal van 2024 werkte 15,8% van alle werkenden in de sector Zorg en Welzijn (exclusief kinderopvang, bron: CBS, AZW Statline). Het percentage voor 2025 kan nog niet worden vastgesteld, aangezien we nog in 2025 zitten.

Vraag 125

Hoeveel uur werkte de gemiddelde werknemer in de zorg in 2024 en 2025 per week en hoe verhoudt dat zich tot het gemiddelde aantal uur van alle werkenden in Nederland?

Antwoord

³⁹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2023/2024, Kamerdossier 29 282, kamerstuk nr. 580

⁴⁰ Zorgkeuzes in Kaart (ZiK) 37 Zorgkeuzes in Kaart | Rapport | Rijksoverheid.nl

⁴¹ Keuzes in Kaart 2027-2030 | CPB Website

Gemiddeld werkten werknemers in de zorg in 2024 21,8 uur per week, voor alle werkenden in Nederland was dat 26,3 uur (bron: CBS Statline). Dat is het aantal gewerkte uren per jaar gedeeld door 52 weken, het gemiddelde per week dat men werkt ligt hoger. Omdat het aantal weken dat iemand vakantie heeft echter verschilt per branche en sector is een gemiddelde per gewerkte week niet te berekenen voor alle werkenden in Nederland. Voor 2025 zijn nog geen cijfers beschikbaar.

Vraag 126

Welk deel van het totaal aantal fte in de Nederlandse economie wordt geleverd door zorgverleners?

Antwoord

In het 1^e kwartaal van 2025 betrof het aantal fte in zorg en welzijn (excl. kinderopvang) 980.800. Dit is ruim 14% van het totaal fte in de Nederlandse economie. In aantal werknemers ligt het aandeel van zorg en welzijn hoger, namelijk op 16% (1 op 6,4).

Vraag 127

Welk deel van de werknemers in de zorg leeft onder de armoedegrens?

Antwoord

Er zijn geen specifieke statistieken die precies in kaart brengen hoeveel zorgmedewerkers onder de armoedegrens leven. Er wordt bij armoede- en koopkrachtramingen gekeken naar de gehele bevolking waarbij het niet mogelijk is de specifieke gegevens over alleen zorgmedewerkers daaruit te halen. Daarnaast is armoede niet alleen een kwestie van inkomen. Sommige mensen en dus ook zorgmedewerkers kunnen bijvoorbeeld schulden hebben of kampen met hoge vaste lasten, waardoor ze financieel kwetsbaarder zijn dan hun salaris op het eerste gezicht doet vermoeden. Deze «onzichtbare» armoede wordt vaak niet goed vastgelegd in statistieken.

Vraag 128

Hoe groot zijn de personeelstekorten in de totale zorg momenteel? Kunt u dit in een tabel uitsplitsen per sector?

Antwoord

Er zijn geen cijfers beschikbaar over de actuele tekorten per branche. Wel zijn er cijfers beschikbaar op basis van de laatste prognose van najaar 2024.

In onderstaande tabel is weergegeven wat het verwachte tekort in 2025 per branche is.

	Verwachte tekorten 2025 in aantal werknemers	Verwachte tekort in 2025 in % van het aantal werkzame werknemers
Zorg en welzijn totaal	66.300	4,8%
Universitair medische centra	2.600	3,2%
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	7.800	3,5%
Geestelijke gezondheidszorg	8.600	7,7%
Huisartsen en gezondheidscentra	1.600	4,4%
Overige zorg en welzijn	8.300	6,0%

	Verwachte tekorten 2025 in aantal werknemers	Verwachte tekort in 2025 in % van het aantal werkzame werknemers
Verpleging en verzorging	16.100	4,8%
Thuiszorg	6.300	4,0%
Gehandicaptenzorg	9.700	5,2%
Jeugdzorg	1.300	3,4%
Sociaal werk	4.100	6,1%

Bron: ABF Research, Prognosemodel Zorg en Welzijn

Vraag 129

Wat is het huidige tekort aan personeel op de spoedeisende hulpposten?

Antwoord

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het totaal (landelijk) tekort aan personeel op de spoedeisende hulpposten. Het Capaciteitsorgaan heeft in haar adviezen wel aandacht voor de tekorten van IC- en SEH-verpleegkundigen. Het aantal IC-verpleegkundigen is de afgelopen jaren licht gedaald. Uit het laatst beschikbare advies van het Capaciteitsorgaan uit 2024 blijkt dat er in 2024 3.652 FTE aan IC-verpleegkundigen werkzaam was, met 207 FTE aan openstaande vacatures. De groei in vraag naar IC-verpleegkundigen neemt af, bijvoorbeeld omdat ook andere verpleegkundigen op de IC worden ingezet. Echter, door het achterblijven van de instroom op ten opzichte van de capaciteitsadviezen van afgelopen jaren, is een forse opleidingsinspanning nodig om in 2031 te kunnen voldoen aan de zorgvraag. Het aantal werkzame SEH-verpleegkundigen was in 2024 2.306 FTE, met 108 FTE aan openstaande vacatures. Het aantal SEH-verpleegkundigen is de afgelopen jaren gestegen, en al blijven er tekorten bestaan, zijn deze wel afgenomen daar ziekenhuizen ervoor kiezen de tekorten sneller in te lopen. De afgelopen jaren zijn er dan ook een flink aantal SEH-verpleegkundigen opgeleid, meer ook dan geadviseerd.

Het Capaciteitsorgaan adviseert VWS over de benodigde instroom bij een groot aantal (medische) vervolgoopleidingen die worden bekostigd door VWS, waaronder de SEH-arts. Voor de SEH-arts is de afgelopen jaren budgettaire ruimte beschikbaar gesteld om het instroomadvies van het Capaciteitsorgaan van 42 opleidingsplaatsen over te nemen.

Vraag 130

Hoeveel uur is de gemiddelde zorgverlener per week gemiddeld kwijt aan administratie?

Antwoord

Volgens de meest recente cijfers (peildatum tweede kwartaal 2025, uitgevraagd door CBS⁴²) waren zorgverleners gemiddeld 31,1 procent van hun werktijd kwijt aan verslaglegging. Bij een 40-urige werkweek komt dit neer op ongeveer 12,5 uur administratie per week. Tussen de zorgsectoren onderling is er wel variatie in de tijd die wordt besteed aan administratie. In de wijkverpleging is de administratieve tijd met ongeveer 28 procent het laagst, terwijl de administratietijd in de huisartsenzorg (36,9 procent) en jeugdzorg (38,1 procent) hoger ligt.

Vraag 131

⁴² AZW: uitkomsten werknemersenquête, 2^e kwartaal 2025 | CBS

Hoeveel uur is de gemiddelde zorgverlener per week gemiddeld kwijt aan administratieve handelingen die worden voorgeschreven door de zorgverzekeraars?

Antwoord

Het ministerie beschikt niet over de informatie waarnaar wordt gevraagd, omdat hier geen cijfers over bekend zijn.

Vraag 132

Hoeveel mensen werken er in de zorg? Kunt u dit in een tabel uitsplitsen per deelsector?

Antwoord

In het eerste kwartaal van 2025 werkten er 1.343.200 mensen als werknemer in de zorg. In de onderstaande tabel is dit per branche weergegeven (seizoensgecorrigeerde aantallen, m.u.v. Jeugdzorg).

Aantal werknemers, Q1 2025	
Universitair medische centra	80.400
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	223.100
Geestelijke gezondheidszorg	110.500
Huisartsen en gezondheidscentra	36.100
Overige zorg en welzijn	137.700
Verpleging, verzorging en thuiszorg	471.200
Gehandicaptenzorg	184.400
Jeugdzorg ¹	38.300
Sociaal werk	64.600
Zorg en Welzijn totaal	1.343.200

¹ Aantallen tellen niet op tot totaal omdat voor Jeugdzorg het niet-seizoensgecorrigeerde aantal is opgenomen (seizoensgecorrigeerde aantal is bij Jeugdzorg niet voorhanden)

Vraag 133

Hoeveel mensen werken er als zzp'er in de zorg? Kunt u dit in een tabel uitsplitsen per deelsector?

Antwoord

In het tweede kwartaal van 2025 waren er 135.000 mensen actief als zzp'er in de zorg. In de onderstaande tabel is dit per branche weergegeven.

Aantal zzp'ers, Q2 2025	
Universitair medische centra	1.000
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	10.000
Geestelijke gezondheidszorg	15.000
Huisartsen en gezondheidscentra	11.000
Overige zorg en welzijn	56.000
Verpleging, verzorging en thuiszorg	22.000
Gehandicaptenzorg	5.000
Jeugdzorg	4.000
Sociaal werk	12.000
Zorg en Welzijn totaal	135.000

Bron: CBS, AZW Statline

Vraag 134

Hoeveel fysiotherapeuten zijn er in 2024 gestopt?

Antwoord

Het exacte aantal fysiotherapeuten dat in 2024 is gestopt, is niet bekend.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) doet momenteel onderzoek naar de fysiotherapeutische sector. In de tussentijdse rapportage maakt de NZa

gebruik van gegevens van het Stichting Pensioenfonds Fysiotherapeuten (SPF). Dit fonds registreert jaarlijks hoeveel fysiotherapeuten toetreden of stoppen met werken. Uit de SPF-data blijkt dat de uitstroom de afgelopen jaren gestaag is toegenomen.

Waar jarenlang meer fysiotherapeuten instroomden dan uitstroomden, is in 2022 en 2023 voor het eerst sprake van een lichte ommekeer: er stoppen tegenwoordig iets meer fysiotherapeuten dan erbij komen. Deze trend sluit aan bij de cijfers uit het BIG-register.

De NZa komt eind december 2025 met haar eindrapport over de ontwikkelingen binnen de fysiotherapeutische markt, en bekijkt of het mogelijk is daarin ook de meest recente cijfers over in- en uitstroom op te nemen.

Vraag 135

Welk percentage van de fysiotherapeuten verlaat binnen vijf jaar het vak?

Antwoord

Er zijn momenteel geen recente cijfers beschikbaar over het percentage fysiotherapeuten dat het vak binnen vijf jaar daadwerkelijk verlaat.

De Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg is bekend met signalen dat fysiotherapeuten het vak vroegtijdig verlaten of dit overwegen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voert momenteel een marktonderzoek uit naar de fysiotherapeutische sector. De NZa komt eind december 2025 met haar eindrapport over de ontwikkelingen binnen de fysiotherapeutische markt, en bekijkt of het mogelijk is daarin ook meest recente cijfers over in- en uitstroom op te nemen.

Vraag 136

Wat zijn de ziekteverzuimcijfers voor de gehele sector zorg & welzijn voor 2025, voor de afgelopen vijf jaar en wat is de verwachting voor 2026?

Antwoord

In het tweede kwartaal van 2025 was het verzuimpercentage voor de sector Zorg en Welzijn 7,1%. In de vijf jaar daarvoor was dat:

- Q2 2020: 6,2%
- Q2 2021: 6,5%
- Q2 2022: 7,5%
- Q2 2023: 7,0%
- Q2 2024: 7,2%

Over het ziekteverzuim in 2026 kunnen geen uitspraken worden gedaan. De ontwikkeling van het ziekteverzuim is van veel onzekere factoren afhankelijk en daarmee moeilijk te prognosticeren.

Vraag 137

Hoeveel procent van de werknemers per sector in de zorg, verdienen minder dan een modaal salaris?

Antwoord

Volgens de laatste CPB-raming bedraagt het bruto modaal inkomen in 2025 circa 46,5 duizend euro. Op basis van gegevens van het Pensioenfonds zorg en welzijn (PFZW) over het bruto voltijdsjaarinkomen van medewerkers binnen zorg en welzijn (exclusief de branches umc's en overige zorg en welzijn) verdient naar schatting zo'n 50% van die werknemers minder dan modaal. Een inkomensverdeling per branche binnen zorg en welzijn is niet voor handen en daarom is ook geen schatting te maken hoeveel werknemers minder verdienen dan modaal voor de afzonderlijke branches. Voor umc's zijn geen recente gegevens

bekend over de inkomensverdeling. Op basis van oude cijfers (over 2018) is wel de verwachting dat het aandeel werknemers dat minder dan een modaal inkomen verdient veel lager ligt dan het gemiddelde van circa 50% voor andere branches binnen zorg en welzijn.

Vraag 138
Hoe hoog is de uitstroom in de zorg uitgesplitst per sector?

Antwoord
In onderstaande tabel is voor de sector Zorg en Welzijn totaal en voor de verschillende branches weergegeven wat de uitstroom was tussen het eerste kwartaal van 2024 en het eerste kwartaal van 2025. Voor de sector als totaal was de uitstroom 10,2%. Daarvan is 1,8 procentpunt uitstroom naar pensioen (oftewel: 1 op de 6 mensen die uitstroomt gaat met pensioen).

In de tabel is ook weergegeven wat de absolute uitstroom was, de absolute instroom en wat het saldo van in- en uitstroom was. Te zien is dat in elke branche de instroom groter was dan de uitstroom en dat het aantal werknemers in elke branche daarmee is toegenomen.

	Uitstroom-percentages (absolute uitstroom in een jaar als aandeel van het aantal werknemers aan het begin van dat jaar)	Uitstroom absoluut	Instroom absoluut	Saldo in- en uitstroom
Universitair medische centra	9,3%	7.480	8.510	1.040
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	7,5%	16.830	17.700	870
Geestelijke gezondheidszorg	8,6%	9.490	11.100	1.620
Huisartsen en gezondheidscentra	8,3%	2.990	4.140	1.150
Overige zorg en welzijn	12,2%	16.730	21.410	4.680
Verpleging, verzorging en thuiszorg	11,2%	52.950	65.730	12.780
Gehandicaptenzorg	9,3%	17.130	19.750	2.620
Jeugdzorg	12,1%	4.380	5.680	1.300
Sociaal werk	15,4%	9.930	13.150	3.230
Zorg en welzijn (smal)	10,2%	137.890	167.170	29.280

Bron: CBS, AZW Statline. Vanwege de afronding op tientallen zit er soms een klein verschil tussen het totaal voor Zorg en Welzijn en de optelsom van de verschillende branches, en tussen het saldo van in- en uitstroom en de aftrek

Vraag 139
Hoe groot is het aantal zorgmedewerkers dat binnen twee jaar na hun zorgopleiding uitstroomt naar een sector die geen onderdeel vormt van Zorg en Welzijn, uitgesplitst naar sector?

Antwoord
Uit een onderzoek uit 2024 blijkt dat 12% van de werknemers binnen twee jaar na hun zorgopleiding uitstroomt uit de zorg (dat is inclusief degenen die tijdelijk vertrekken en binnen twee jaar weer in de zorg werkzaam zijn). De cijfers zijn afkomstig uit een onderzoek van SEO (2024; Voorkomen is beter dan genezen; Vroege uitval uit de zorgsector in kaart gebracht – SEO Economisch Onderzoek). Het gaat hier om werknemers, degenen die een overstap naar zzp-schap maken tellen mee als uitstroom. Daarnaast is in de afbakening van de zorg het welzijnswerk niet meegenomen. Degenen die uit bijvoorbeeld de jeugdzorg zijn overgestapt naar welzijnswerk tellen dus ook mee als uitstroom. Deze cijfers zijn niet uit te splitsen naar branche.

Vraag 140
Hoe groot is het aantal zorgmedewerkers dat binnen vijf jaar na hun zorgopleiding uitstroomt naar een sector die geen onderdeel vormt van Zorg en Welzijn, uitgesplitst naar sector?

Antwoord

Uit een onderzoek uit 2024 blijkt dat 18% van de werknemers binnen vijf jaar na hun zorgopleiding uitstroomt uit de zorg (dat is inclusief degenen die tijdelijk vertrekken en binnen vijf jaar weer in de zorg werkzaam zijn). De cijfers zijn afkomstig uit een onderzoek van SEO (2024; Voorkomen is beter dan genezen; Vroege uitval uit de zorgsector in kaart gebracht – SEO Economisch Onderzoek). Het gaat hier om werknemers, degenen die een overstap naar zzp-schap maken tellen mee als uitstroom. Daarnaast is in de afbakening van de zorg het welzijnswerk niet meege-
nomen. Degenen die uit bijvoorbeeld de jeugdzorg zijn overgestapt naar welzijnswerk tellen dus ook mee als uitstroom.

In het rapport van SEO zijn gegevens per branche opgenomen over degenen die binnen vijf jaar na diplomering vertrekken uit de sector. Hierbij zijn degenen die tijdelijk vertrekken en daarna weer in de zorg aan de slag gaan meegeteld. Deze cijfers geven daarmee een beeld van het aandeel werknemers dat binnen vijf jaar een vertrekbeweging maakt, maar niet van het aandeel dat na vijf jaar weg is uit de sector. Het onderzoek maakt op sectorniveau wel inzichtelijk hoeveel mensen er zijn vertrokken en weer teruggekomen, maar dit wordt niet gesplitst naar branche. Door dit aantal naar rato te verdelen over de branches, is een indicatie te geven van het aandeel mensen per branche dat binnen vijf jaar vertrekt uit de sector en in die periode niet meer terugkeert (zij zijn dus weg uit de sector).

	Uitstroom
Zorg en welzijn (excl. sociaal domein)	18%
Universitair medische centra	19%
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	15%
Geestelijke gezondheidszorg	18%
Huisartsen en gezondheidscentra	10%
Overige zorg en welzijn	28%
Verpleging, verzorging en thuiszorg	17%
Gehandicaptenzorg	17%
Jeugdzorg	43%

Vraag 141

Welk percentage van de mensen die beginnen aan een zorgopleiding stopt hier voortijdig mee?

Antwoord

Binnen het AZW-programma zijn cijfers bekend over het studierendement. Dat is het aandeel leerlingen dat instroomt in een opleiding en binnen de nominale studieduur + één jaar een diploma heeft behaald voor die opleiding. Bijvoorbeeld: voor degenen die beginnen aan de mbo-opleiding tot verpleegkundige is gekeken naar het aandeel leerlingen dat binnen vijf jaar (vier jaar nominale studieduur + één jaar extra) het mbo-diploma verpleegkundige heeft behaald. Leerlingen die er langer dan vijf jaar over doen zijn hier niet meegeteld dus het daadwerkelijke aandeel leerlingen dat met diploma de opleiding verlaat zal iets hoger liggen. Ook degenen die overstappen naar een andere (zorg)opleiding en daar een diploma behalen zijn niet meegeteld.

Het percentage leerlingen dat niet binnen de nominale studieduur + één jaar het diploma behaald is voor de zorg- en welzijnsopleidingen als volgt:

	2020	2021	2022	2023	2024 ¹
mbo	34	34	34	35	37

	2020	2021	2022	2023	2024 ¹
hbo	49	50	51	52	52
wo	28	29	30	31	31

¹ Voorlopige cijfers. Het gaat hier om diplomajaren. Deze moeten als volgt worden gelezen: bij diplomajaar 2024 worden degenen geteld die de nominale studieduur + 1 jaar geleden zijn gestart met de opleiding maar (nog) geen diploma hebben gehaald.

Ter vergelijking, voor de opleidingen buiten zorg en welzijn lag dit percentage in dezelfde periode:

- steeds 1 tot 3 procentpunt hoger bij de mbo-opleidingen
- steeds 5 tot 10 procentpunt hoger bij de hbo-opleidingen
- steeds 9 tot 12 procentpunt hoger bij de wo-opleidingen

Bron: CBS, AZW Statline

Vraag 142

Wat is de OVA-ruimte voor 2026?

Antwoord

De OVA-ruimte voor 2026 bedraagt € 3,0 miljard structureel.

Vraag 143

Hoeveel ruimte is er voor loongroei in de zorg als geheel in 2026? Met welk percentage zouden de salarissen gemiddeld gezien kunnen stijgen?

Antwoord

De contractloonruimte voor 2026 bedraagt 4,2% en de incidentele loonruimte 0,3%. De salarissen in de zorg zouden in 2026 op basis van de huidige raming kunnen stijgen met gemiddeld 4,5%.

Vraag 144

Hoeveel ziekenhuizen en ziekenhuislocaties zijn er sinds 2010 gesloten? Welke waren dit?

Antwoord

In onderstaande overzicht treft u per jaar het aantal algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, kinderziekenhuizen en buitenpoli's op locatieniveau. De jaren 2017 en 2020 ontbreken. In deze jaren heeft er geen telling plaatsgevonden. Vanaf 2016 worden de kinderziekenhuizen voor het eerst apart vermeld. Vanaf 2018 zijn de locatiewijzigingen in kaart gebracht. Dit overzicht per jaar is tot stand gekomen op basis van handmatige inventarisaties. Er bestaat namelijk geen eenduidige bron waarmee het RIVM de jaarlijkse update kan verzorgen op de website vzinfo.nl. De handmatige inventarisatie is gebaseerd op de websites van de ziekenhuizen. Daarbij wordt aangetekend dat buitenpoli's vaak moeilijk zijn terug te vinden op de websites, met name als er bijvoorbeeld voor maar 1 of 2 specialismen een spreekuur is.

Aantal locaties algemene-, academische- en kinderziekenhuizen en aantal buitenpoli's 2010-2025

Jaar	Algemene Ziekenhuizen (locatie niveau)	Locatie wijzigingen algemene ziekenhuizen	Academische ziekenhuizen (locatieniveau)	Locatie wijzigingen academische ziekenhuizen	Kinderziekenhuizen (locatieniveau)	Locatie kinderziekenhuizen	Buitenpoli's (locatieniveau)
2010	126		11				83
2011	123		11				88
2012	121		11				97
2013	120		11				106

Jaar	Algemene Ziekenhuizen (locatie niveau)	Locatie wijzigingen algemene ziekenhuizen	Academische ziekenhuizen (locatieniveau)	Locatie wijzigingen academische ziekenhuizen	Kinderziekenhuizen (locatieniveau)	Locatie kinderziekenhuizen	Buitenpoli's (locatieniveau)
2014	120		11				111
2015	115		11				124
2016	108		8	– Erasmus MC Daniel den Hoed – Erasmus MC Sophia – UMC Utrecht Wilhelmina Kinderziekenhuis	5	1. Emma Kinderziekenhuis Amsterdam 2. Erasmus Medisch Centrum Sophia Kinderziekenhuis 3. Willem-Alexander Leiden 4. Radboud UMC Amalia 5. UMCU Wilhelmina Kinderziekenhuis	144
2018	105	– Alrijne Ziekenhuis Alphen aan den Rijn – Havenziekenhuis Rotterdam – Albert Schweitzer Ziekenhuis Amstelwijk Dordrecht	8		6	+ Princes Maxima Centrum Utrecht	134
2019	101	– MC Emmeloord – MC Slotervaart – HagaZiekenhuis Juliana Den Haag – Ommelander locatie Delfzicht	8		7	+ HagaZiekenhuis Juliana Den Haag	129
2021	99	– HagaZiekenhuis Sportlaan Den Haag – Meander MC Baarn	8		7		141
2022	98	– Amphia Ziekenhuis Breda Langendijk	8		7		145
2023	98		8		7		147
2024	98		8		7		148
2025	98		8		7		148

Vraag 145

Hoeveel ziekenhuisafdelingen zijn er sinds 2010 gesloten? Welke waren dit?

Antwoord

Het Ministerie van VWS beschikt niet over een overzicht van het aantal ziekenhuisafdelingen dat sinds 2010 in Nederland is gesloten.

Vraag 146

Hoeveel spoedeisende hulpposten (SEH's) zijn er sinds 2010 in Nederland gesloten en hoeveel zijn afgebouwd tot spoedplein of niet meer 24/7 bereikbaar? Kunt u een lijst geven van deze SEH's?

Antwoord

In onderstaande tabel staat het aantal spoedeisende hulp locaties (SEH's) in Nederland van 2011 t/m Q1 2025 en staan de namen van gesloten SEH's. Over 2010 zijn geen cijfers beschikbaar. In de periode vóór 2016 is niet systematisch bijgehouden welke SEH's gesloten zijn. Een kaart met alle actueel geopende SEH's is te vinden op Acute zorg | Regionaal | SEH | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl).

Het is daarbij belangrijk om te vermelden dat een spoedplein een samenwerking betreft tussen een SEH, huisartsenspoedpost en vaak ook een dienstapotheek, en niet zozeer een afschaling van een SEH. Daarnaast zijn er ook spoedpoliklinieken en spoedposten. Hier zijn echter op dit moment nog geen eenduidige definities voor. Er is daardoor geen overzicht beschikbaar welke SEH's zijn omgevormd tot dit soort verschijningsvormen. Wel zijn er enkele locaties die zich als spoedpolikliniek of spoedpost profileren na sluiting van een SEH. Die zijn in onderstaande tabel aangegeven.

Peildatum	Totaal aantal SEH's (incl. SEH's die niet 24/7 open zijn)	Aantal SEHs 24/7-uurs openstelling	Naam van gesloten 24/7-uurs SEH	Naam afgeschaalde SEH van 24/7-uurs SEH naar beperkte openingstijden	Naam gesloten/ heropende SEH met beperkte openingstijden
2011	99	99			
2013	94	94			
2014	95	91			
2015	95	91			
2016	94	90	Sluiting: Hagaziekenhuis locatie Sportlaan		
2017	94	89		Afschaling van 24/7-uurs SEH naar dag/avond: Franciscus Gasthuis & Vlietland in Schiedam	
2018	89	86	Sluiting: HMC Antoniushove Leidschendam, St Antonius Woerden, ZGT Hengelo		Sluiting van dag/avond SEH: Albert Schweitzer Zwijndrecht, Havenziekenhuis Rotterdam
Maart 2019	87	83	Sluiting: MC Slotervaart Amsterdam, MC Zuiderzee Lelystad ¹	Afschaling van 24/7-uurs SEH naar dag/avond: ETZ Tweesteden	
Maart 2020	83	80	Sluiting: HMC Bronovo, Bethesda Hoogeveen en Refaja Stadskanaal		Sluiting van dag/avond SEH: ETZ TweeSteden
Maart 2021	82	80			Sluiting van dag/avond SEH: Spaarne Haarlem Noord tijdelijk gesloten

Peildatum	Totaal aantal SEH's (incl. SEH's die niet 24/7 open zijn)	Aantal SEH's 24/7-uurs openstelling	Naam van gesloten 24/7-uurs SEH	Naam afgeschaalde SEH van 24/7-uurs SEH naar beperkte openingstijden	Naam gesloten/ heropende SEH met beperkte openingstijden
Maart 2022	83	80			Heropening: Spaarne Haarlem Noord
April 2023	83	80	Geen wijzigingen t.o.v. 2022.		
Maart 2024	81	77	Sluiting: Tergooi MC Blaricum	Afschaling van 24/7-uurs SEH naar dag/avond: Gelre Ziekenhuizen Zutphen, Amsterdam UMC VUmc	Sluiting van dag/avond SEH: Spaarne Haarlem Noord
Maart 2025	79	76	Sluiting: Zuyderland ziekenhuis Sittard-Geleen		Sluiting van dag/avond SEH: Amsterdam UMC locatie VUMC

¹ Locaties die zich als spoedpolikliniek of spoedpost profileren.

Bron: RIVM bereikbaarheidsanalyses

Vraag 147

Hoeveel verloskunde afdelingen zijn er sinds 2010 in Nederland gesloten en hoeveel zijn niet meer 24/7 bereikbaar? Kunt u een lijst geven van deze verloskunde afdelingen?

Antwoord

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal locaties met een 24/7 aanbod van acute verloskunde vanaf 2015 tot nu. Daarnaast is in de tabel aangegeven welke locaties sinds 2015 gesloten zijn. Een kaart met alle actueel geopende acute verloskunde locaties is te vinden op Acute zorg | Regionaal | Acute verloskunde | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl). Daarnaast zijn er ziekenhuizen die niet 24/7 acute verloskunde aanbieden. Dit wordt niet door het RIVM bijgehouden.

Peildatum	Aantal locaties met acute verloskunde ¹	Naam van gesloten acute verloskunde locaties
2015 ²	84	
2016	81	Sluiting van 24/7-uurs AV-afdeling: Bravis Roosendaal, Ziekenhuisgroep Twente locatie Hengelo, Slotervaart Ziekenhuis Amsterdam
2017	81	Sluiting van 24/7-uurs AV-afdeling: Alrijne Ziekenhuis Leiden, Zuyderland Sittard-Geleen Daarnaast waren er twee ziekenhuizen die in de inventarisatie van 2014 niet aan de criteria voor acute verloskunde voldeden en vanaf 2017 wel.
April 2018	80	Sluiting van 24/7-uurs AV-afdeling: Scheper ziekenhuis in Emmen, Elisabeth Twee Steden ziekenhuis locatie Tilburg, St. Antonius ziekenhuis in Woerden Het St. Antoniusziekenhuis in Utrecht en het Refaja Ziekenhuis in Stadskanaal bieden op het peilmoment in april 2018 wel acute verloskunde volgens de gehanteerde eisen, terwijl ze dat in 2017 niet deden.
Maart 2019	75	Sluiting van 24/7-uurs AV-afdeling: Treant Zorggroep Refaja Stadskanaal, Bethesda Hoogeveen, Dijklander Ziekenhuis locatie Purmerend, St. Antoniusziekenhuis locatie Nieuwegein, Spaarne Gasthuis locatie Hoofddorp, MC Zuiderzee ziekenhuis Lelystad Heropening van 24/7-uurs AV-afdeling: Scheper ziekenhuis Emmen

Peildatum	Aantal locaties met acute verloskunde ¹	Naam van gesloten acute verloskunde locaties
Maart 2020	74	Sluiting van 24/7-uurs AV-afdeling: HMC Bronovo Den Haag
Maart 2021	75	Het Ziekenhuis Amstelland in Amstelveen is overgegaan van dag/avond aanbod in 2020 naar 24/7-uurs aanbod in 2021.
Maart 2022	74	Sluiting van 24/7-uurs AV-afdeling: Amsterdam UMC locatie VUMC
April 2023	72	Sluiting van 24/7-uurs AV-afdeling: Franciscus Vlietland Schiedam, Gelre ziekenhuis Zutphen
Maart 2024	71	Sluiting van 24/7-uurs AV-afdeling: OLVG locatie West Amsterdam
Maart 2025	71	Geen veranderingen t.o.v. 2024.

¹ Volgens criteria waaronder 24/7 aanbod.

² Voor de jaren tot 2014 is door RIVM niet expliciet gevraagd naar het aanbod acute verloskunde volgens de criteria. Destijds is gevraagd of de SEH van een ziekenhuis «8 poortspecialismen aanbiedt», acute verloskunde was 1 van die 8 poortspecialismen. Vanaf 2014 is de uitvraag specifiek, met uitvraag naar aanwezigheid en beschikbaarheid van professionals en team. Daarom zijn de cijfers voor 2014 niet helemaal vergelijkbaar met de aantallen na 2014.

Bron: RIVM bereikbaarheidsanalyses

Vraag 148

Welke wijzigingen bent u van plan om door te voeren in de regelgeving die gevolgd moet worden als een ziekenhuis overweegt het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te beperken?

Antwoord

Ik ben van plan om een aantal wijzigingen door te voeren in de regelgeving die gevolgd moet worden, als een ziekenhuis (of andere zorgaanbieder) overweegt het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te beperken. Het betreft wijzigingen in het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en de Uitvoeringsregeling Wkkgz. De belangrijkste wijzigingen betreffen:

- Vastleggen dat belanghebbenden zoals gemeenten en inwoners *vroegtijdig* worden betrokken.
- Uitbreiden van het toepassingsgebied van de bestaande regelgeving. Op dit moment moeten alleen ziekenhuizen met een afdeling spoedeisende hulp of acute verloskunde die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm⁴³ meewerken aan de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Met de voorgenomen wijziging gaan deze regels gelden voor alle ziekenhuizen met een afdeling spoedeisende hulp of acute verloskunde.
- Omschrijven van de reikwijdte van het aangenomen amendement Bushoff/Krul⁴⁴, dat gemeenten de mogelijkheid geeft een zwaarwegend advies uit te brengen wanneer een zorgaanbieder overweegt het aanbod van acute zorg te beperken. Gemeenten krijgen de gelegenheid een zwaarwegend advies uit te brengen wanneer traumacentra en andere ziekenhuizen, huisartsenspoedposten, aanbieders van acute GGZ en dienstapotheken het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie willen beperken.

De voorgestelde wijzigingen van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en de Uitvoeringsregeling Wkkgz hebben tot 27 oktober 2025 voorgeleggen voor

⁴³ Een ziekenhuis is gevoelig voor de 45-minutennorm, indien het sluiten van diens afdeling spoedeisende hulp of acute verloskunde ertoe leidt dat het aantal mensen dat niet binnen 45 minuten per ambulance een afdeling spoedeisende hulp of acute verloskunde kan bereiken toeneemt.

⁴⁴ Kamerstukken II, 2024/25, 36 278, nr. 20.

internetconsultatie⁴⁵. Momenteel verwerk ik de inbreng uit de internetconsultatie. De inzet is om de voorgestelde aanpassingen begin van het nieuwe jaar bij uw Kamer en de Eerste Kamer voor te hangen.

Vraag 149

Tot hoeveel operationele bedden kan de intensive care (ic) op dit moment worden opgeschaald in geval van een pandemie, ramp of terreuraanslag?

Antwoord

In geval van een pandemie, ramp of terreuraanslag gelden de afspraken uit het coördinatie- en opschalingsplan van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ). In dit plan wordt beschreven hoe de zorg, in geval van een dergelijke calamiteit, IC-zorg dient op te schalen. Afhankelijk van de fase van de opschaling gaat dit om een opschaling tussen de 120% en 200% van de reguliere capaciteit. Het maximaal absolute aantal operationele bedden bij opschaling is niet op voorhand exact te specificeren. Dit aantal is in praktijk mede-afhankelijk van de beschikbaarheid van personeel en keuzes over de verdeling van zorg binnen en buiten de IC. Ook is het opschalingsgetal afhankelijk van de huidige capaciteit aan IC-bedden. Sinds juni 2024 hebben de ziekenhuizen binnen het LNAZ besloten dat het niet langer noodzakelijk is om IC-bezetting in ziekenhuizen te monitoren. De NVIC heeft eind 2024 de inschatting gemaakt dat circa 850 bedden operationeel zijn.

Vraag 150

Welke maatregelen in het preferentiebeleid zijn tot nu toe genomen om tekorten van levensreddende medicijnen te voorkomen? Zijn deze maatregelen geëvalueerd? En waarom zien we dan nog geen substantiële verbetering in de hoeveelheid tekorten?

Antwoord

Samen met veldpartijen zijn in het preferentiebeleid verschillende maatregelen genomen om tekorten van geneesmiddelen te voorkomen:

- Met leveranciers en zorgverzekeraars zijn in 2024 afspraken gemaakt over dakpansgewijs inkopen, een proportioneel boetebeleid dat rekening houdt met de verwijtbaar van een leveringsprobleem, de mogelijkheid van prijsverhogingen in overmachtssituaties en het verzachten van het preferentiebeleid voor producten onder een bepaalde omzetgrens. Deze maatregelen worden nader toegelicht in de bijlage «Werken aan het preferentiebeleid» bij de voortgangsbrief beschikbaarheid en leveringszekerheid van juni 2025.⁴⁶
- Verder hebben zorgverzekeraars en groothandels vanaf 2023 afspraken gemaakt over een adequate bekostiging van de distributie en het voorraadbeheer van preferent aangewezen geneesmiddelen in preferentie. Deze afspraken worden nader toegelicht in de voortgangsbrief aanpak beschikbaarheid geneesmiddelen van december 2024.⁴⁷
- Daarnaast werken alle partijen van het Bestuurlijk Overleg Farmacie in het kader van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) op dit moment aan een inkoopleidraad om ongewenste effecten van de inkoop op de beschikbaarheid van geneesmiddelen te voorkomen. Dit is vastgelegd in AZWA afspraak E5: «Betere beschikbaarheid van geneesmiddelen.»⁴⁸

⁴⁵ De (inmiddels gesloten) internetconsultatie is te vinden op: https://www.internetconsultatie.nl/wijzigingen_regelgeving_acute_zorg/

⁴⁶ Kamerstuk 29 477, nr. 939

⁴⁷ Kamerstuk 29 477, nr. 918

⁴⁸ Kamerstuk 31 765, nr. O

Al deze maatregelen dragen bij aan een verbeterde beschikbaarheid van levensreddende geneesmiddelen. De maatregelen worden door de betrokken partijen periodiek geëvalueerd om deze zo nodig bij te kunnen stellen. Daarnaast worden de voorbereidingen getroffen voor de onafhankelijke evaluatie van het preferentiebeleid waar uw Kamer bij motie om verzocht heeft⁴⁹. Begin 2026 ontvangt uw Kamer een voortgangsbrief over de beschikbaarheid van geneesmiddelen. In deze brief wordt u nader geïnformeerd over planning en voortgang van deze evaluatie.

Ik herken het beeld dat er nog geen substantiële verbetering is in de hoeveelheid tekorten niet. In 2024 zijn het aantal tekorten in de apotheek met ruim 30% gedaald ten opzichte van 2023, volgens de cijfers van KNMP Farmanco. Voor 2025 zijn de cijfers nog niet bekend, maar ik heb signalen ontvangen van leveranciers en groothandels dat er dit jaar opnieuw minder leveringsproblemen zijn dan het jaar ervoor. Dit stemt mij positief. Helaas betekent dit niet dat alle beschikbaarheidsproblemen voor patiënten verholpen zijn of dat de apotheker er minder last van heeft. Daarom zet ik mij onverminderd in om de beschikbaarheid van geneesmiddelen te verbeteren.

Vraag 151

Hoeveel winst werd er in 2024 uitgekeerd door zorgaanbieders?

Antwoord

In de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) is voor zorginstellingen die zorg verlenen waarop aanspraak bestaat uit hoofde van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet Langdurige Zorg (Wlz), een verbod op winstuitkering vastgelegd. Daarbij is bij algemene maatregel van bestuur voor een aantal categorieën instellingen een uitzondering gemaakt. Deze categorieën instellingen mogen wel winst uitkeren. Er is geen integraal overzicht van uitgekeerde winst.

SIRM en Finance Ideas hebben in 2019 in opdracht van VWS onderzoek gedaan naar dividenduitkering door zorgaanbieders met een Wtzi-toelating. In hun rapport zeggen de onderzoekers hier het volgende over: «Het is moeilijk rechtstreeks te achterhalen hoeveel dividend in de zorg is uitgekeerd. Onze ruwe schatting komt op € 275 miljoen voor 2016. Hieronder valt niet eventueel dividend uitgekeerd door BV's aan wie WTzi toegelaten zorgaanbieders zorg hebben uitbesteed. Daarvoor hebben we onvoldoende gegevens. Wel hebben we de medisch-specialistische bedrijven meegenomen in de schatting. Het in de zorg uitgekeerd dividend bestaat grotendeels uit dividend van bedrijven van medisch specialisten, huisartsen, tandartsen, apothekers en paramedici. Een klein deel, ongeveer € 6 miljoen per jaar, wordt uitgekeerd door BV's, werkzaam in de extramurale GGZ en thuiszorg. Of een ondernemer-zorgaanbieder kiest voor een BV of werkt als zelfstandige, is deels een juridische en fiscale optimalisatie. Daarom is ook de vergelijking met winst van zelfstandig gevestigde zorgverleners zonder BV relevant. Dat schatten we voor 2016 op € 0,6 miljard.

Vraag 152

Hoeveel winst werd er in 2024 gemaakt door zorgaanbieders?

Antwoord

Het Ministerie van VWS beschikt niet over de precieze informatie. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het bedrijfsresultaat (de bedrijfsopbrengsten minus de bedrijfslasten, exclusief het saldo van

⁴⁹ Kamerstuk 36 682, nr. 11

financiële en buitengewone baten en lasten) van zorginstellingen in 2023. Dit zijn echter voorlopige cijfers. De cijfers van 2024 zijn nog niet beschikbaar (CBS, Statline). Deze cijfers hebben betrekking op middelgrote en grote ondernemingen.

In de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg vallen instellingen voor intramurale zorg en delen van de extramurale zorg onder het verbod op winstoogmerk op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Zij mogen geen winst uitkeren. Het positieve resultaat dat zij boeken, kan aangewend worden voor het aanleggen van reserves, of herinvesteringen in de zorg.

Sector	Bedrijfsresultaat per sector (x € 1 miljoen) in 2023
Universitair medisch centra	293
Algemene ziekenhuizen	408
Categoriale ziekenhuizen	28
GGZ met overnachting	156
Gehandicaptenzorg	159
Jeugdzorg met overnachting	25
Maatschappelijke opvang (24-uurs)	8
Ambulante jeugdzorg	24
Verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg	548

Bron: CBS Statline, tabel Zorginstellingen; financiën en personeel

Vraag 153

Hoeveel winst werd er de afgelopen vijf jaar jaarlijks gemaakt door farmaceutische bedrijven in Nederland?

Antwoord

Het Ministerie van VWS houdt geen overzicht bij van de winst die farmaceutische bedrijven maken. Voor beursgenoteerde bedrijven is dit openbare informatie, aangezien deze bedrijven dit rapporteren in hun jaarverslagen.

Vraag 154

Hoeveel zorgaanbieders werden in 2024 overgenomen door een private equity partij?

Antwoord

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft zicht op concentraties (fusie of overname) van zorgaanbieders waar vijftig of meer personen direct zorg leveren. Op basis van deze cijfers zijn er in 2024 van in totaal 214 goedgekeurde concentraties 99 concentraties goedgekeurd waarbij een private equity partij betrokken is of was⁵⁰. De kanttekening hierbij is dat de NZa niet controleert of de voorgenomen concentratie ook daadwerkelijk plaatsvindt. Het kan dus zo zijn dat het daadwerkelijke aantal concentraties kleiner is. Daarnaast is niet uit deze cijfers te concluderen of er een toename is in het aandeel private equity in zorg, omdat er ook concentraties tussen kunnen zitten waarbij een al door private equity gefinancierde zorgaanbieder werd overgenomen door een andere private equity partij. Er is geen zicht op de hoeveelheid concentraties van zorgaanbieders waarbij minder dan vijftig personen direct zorg verlenen.

Vraag 155

Hoeveel winst werd er in 2024 gemaakt in de zorg door private equity partijen?

⁵⁰ Informatiekaart concentraties in de zorg 2025 – Nederlandse Zorgautoriteit

Antwoord

Het Ministerie van VWS beschikt niet over de precieze informatie die u vraagt. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het bedrijfsresultaat (de bedrijfsopbrengsten minus de bedrijfslasten, exclusief saldo van financiële en buitengewone baten en lasten) van instellingen met minimaal tien werknemers in de verschillende zorgsectoren in 2023. Op dit moment zijn de cijfers nog niet bekend over 2024 (CBS, Statline). Het ministerie beschikt niet over informatie om dit uit te splitsen naar het gevraagde aandeel van zorgaanbieders met betrokkenheid van private equity partijen.

Bedrijfsresultaat per sector (x € 1 miljoen)	2023 ¹
Universitair medische centra	293
Algemene ziekenhuizen	408
Categoriale ziekenhuizen	28
GGZ met overnachting	156
Gehandicaptenzorg	159
Jeugdzorg met overnachting	25
Maatschappelijke opvang (24-uurs)	8
Ambulante jeugdzorg	24
Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg	548

¹ voorlopige cijfers

Vraag 156

Welk deel van de zorgaanbieders is momenteel in handen van private equity investeerders? Kunt u dat uitdrukken als percentage van de totale omzet en het totaal aantal aanbieders? Hoe heeft dit percentage zich in de afgelopen vijf jaar ontwikkeld?

Antwoord

In onderstaande tabel is het aandeel private equity in de zorg weergegeven, uitgedrukt in percentages van de totale omzet van zorgaanbieders met betrokkenheid van private equity partijen binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (en binnen de verschillende sectoren) in 2022⁵¹. Het Ministerie van VWS beschikt niet over dezelfde informatie van andere jaren. Ook beschikt het Ministerie van VWS niet over de cijfers van het aantal zorgaanbieders met private equity betrokkenheid als percentage van het totaal aantal zorgaanbieders.

Aandeel private equity in wettelijke geldstromen Zvw en Wlz per sector in 2022

	Private Equity Participatie Zorgverzekeringswet	Private Equity participatie Wet langdurige zorg
Medisch specialistische zorg	~3,75%	~1,16%
Verpleeg- en Verzorgingshuizen en thuiszorg	~0,73%	~0,55%
Geestelijke gezondheidszorg	~2,20%	~0%
Gehandicaptenzorg	~0%	~0%
Huisartsenzorg	~<1%	–
Kraamzorg	~20–25%	–
Paramedische zorg	~4–10%	–
Mondzorg	~19–26%	–

Vraag 157

Hoeveel zou het opleveren als het winstverbod zou worden verbreed naar de hele zorg?

Antwoord

Er is geen integraal overzicht van uitgekeerde winsten van zorgaanbieders. In de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) is voor zorginstellingen

⁵¹ EY, onderzoek naar private equity in de zorg, 8 april 2024

die zorg verlenen waarop aanspraak bestaat uit hoofde van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet Langdurige Zorg (Wlz), een verbod op winstuitkering vastgelegd. Daarbij is bij algemene maatregel van bestuur voor een aantal categorieën instellingen een uitzondering gemaakt: die categorieën instellingen mogen dus wel winst uitkeren. Er is ook geen zicht op de financiële gevolgen van gedragseffecten die zouden optreden bij een verbreding van het verbod op winstuitkering. Denk hierbij aan zorgaanbieders die stoppen met het aanbieden van zorg waardoor het toch al schaarse aanbod vermindert. In de publicatie «Zorgkeuzes in Kaart»⁵² is geconcludeerd dat een algeheel verbod op winstuitkering leidt tot transitiekosten bij zorgaanbieders die in de huidige situatie winst uit mogen keren. Deze transitiekosten werden geraamd op jaarlijks € 80 miljoen gedurende twee jaar.

Deze combinatie van factoren maakt het niet mogelijk om in beeld te brengen wat een verbreding van het winstuitkeringsverbod naar de gehele zorg zou opleveren of kosten.

Vraag 158

Hoeveel mensen maakten in 2024 hun volledige eigen risico vol?

Antwoord

Voor 2024 wordt verwacht dat 7,2 miljoen mensen (circa 50% van de volwassen verzekerden) hun volledige verplicht eigen risico hebben volgemaakt.

Vraag 159

Hoeveel mensen hebben in 2025 hun gehele eigen risico in de eerste maand van het jaar opgemaakt?

Antwoord

Hierover zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag 160

Hoeveel zou het jaarlijks kosten om zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico af te schaffen? Welk deel hiervan bestaat uit het wegvallen van het zogeheten «remgeldeffect»?

Antwoord

In het Hoofdlijnenakkoord is afgesproken om het verplicht eigen risico per 2027 te verlagen naar € 165 en het eigen risico voor medisch specialistische zorg te trancheren (op € 50 per behandelprestatie in 2027). De kosten hiervan (€ 4,1 miljard in 2027) zijn reeds verwerkt in de begroting.

Het kost naar verwachting € 2,7 miljard extra om het verplicht eigen risico, dat per 2027 dus al verlaagd wordt naar € 165, volledig af te schaffen. Hiervan betreft € 1,6 miljard de derving van de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Naar verwachting zal het remgeldeffect ongeveer € 1,1 miljard bedragen. Voor het remgeld wordt normaliter aangesloten bij ramingen van het CPB; het CPB zou daarom om een actuele inschatting van de remgeldeffecten gevraagd moeten worden. Doordat mensen zich minder bewust zijn van de kosten zullen zij sneller en vaker een beroep doen op de zorg. Dit kan zowel om noodzakelijke als niet-noodzakelijke zorg gaan.

⁵² Zorgkeuzes in Kaart, Centraal Planbureau, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ministerie van Financiën, Juli 2020

In 2023 is onderzoek gedaan naar het vrijwillig eigen risico.⁵³ Afschaffing van het vrijwillig eigen risico zou leiden tot een toename van de totale zorguitgaven met circa € 120 miljoen per jaar. Dit bestaat volledig uit het wegvallen van het remgeldeffect.

De kosten van het afschaffen van zowel het verplicht als vrijwillig eigen risico zullen jaarlijks toenemen, vanwege de stijging van de zorgkosten.

Vraag 161

Hoeveel zou het kosten om mondzorg op te nemen in het basispakket?
Hoeveel zou het kosten als dit zou gebeuren zonder eigen risico?

Antwoord

Het Zorginstituut is gevraagd om te adviseren over een passende aanspraak op mondzorg en heeft vorig jaar in dit kader een kostenanalyse opgeleverd.⁵⁴ In dit rapport zijn meerdere scenario's doorgerekend: 1. jaarlijkse controles, 2. gebitsreiniging en het maken van foto's, 3. aanspraak mondzorg jeugd uitbreiden voor volwassenen, 4. medisch noodzakelijke handelingen en 5. verruiming van de huidige aanspraak tot de leeftijd van 25 jaar. De budgetimpact van het meest uitgebreide pakket (scenario 3) wordt geschat tussen € 1,6 en € 1,7 miljard geschat, uitgaande van een eigen risico van € 385, en tussen € 2,3 en € 2,5 miljard uitgaande van een eigen risico van € 165. Zonder eigen risico zou de budgetimpact tussen € 2,9 en € 3,2 miljard liggen. Genoemde bedragen zijn in prijspeil 2023.

Vraag 162

Hoeveel zou het kosten om periodieke controles bij de tandarts op te nemen in het basispakket? Hoeveel zou het kosten als dit zou gebeuren zonder eigen risico?

Antwoord

Het Zorginstituut heeft ingeschat wat de budgetimpact zou zijn als periodieke controles ook voor volwassenen in het basispakket komen.⁵⁵ Er is een scenario doorgerekend waarbij er 1 periodieke controle per jaar aan het basispakket toegevoegd wordt en een scenario waarbij er 2 periodieke controles per jaar toegevoegd worden. Bij 1 periodieke controle per jaar zou de geschatte budgetimpact tussen € 137 en € 150 miljoen liggen met een eigen risico van € 385, en tussen € 172 en € 188 miljoen met een eigen risico van € 165. Zonder eigen risico wordt de budgetimpact geschat tussen € 297 en € 321 miljoen. Bij 2 periodieke controles is de budgetimpact ingeschat tussen € 277 en € 304 miljoen met een eigen risico van € 385 en tussen € 350 en € 383 miljoen met een eigen risico van € 165. Zonder eigen risico wordt de budgetimpact geschat tussen € 595 en € 642 miljoen. Genoemde bedragen zijn in prijspeil 2023.

Vraag 163

Hoeveel zou het kosten om fysiotherapie op te nemen in het basispakket?
Hoeveel zou het kosten als dit zou gebeuren zonder eigen risico?

Antwoord

In het rapport *Passende aanspraak fysio- en oefentherapie* van het Zorginstituut⁵⁶ staat dat in 2022 € 0,67 miljard aan eerstelijns fysiotherapie én oefentherapie vergoed werd vanuit de basisverzekering. En

⁵³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2023/04/12/kamerbrief-over-overstapseizoen-2022-2023>

⁵⁴ Rapport – Kostenanalyse mondzorg volwassenen | Zorginstituut Nederland

⁵⁵ Rapport – Kostenanalyse mondzorg volwassenen | Zorginstituut Nederland

⁵⁶ Kamerstukken II 2024/25, 31 765, nr. 916.

€ 1,11 miljard vanuit de aanvullende verzekering. Het is niet bekend hoeveel geld patiënten aan eerstelijns fysio- en oefentherapie uitgeven buiten de basisverzekering en aanvullende verzekering om. VWS heeft dus geen compleet inzicht in wat het zou kosten om alle fysiotherapie (en oefentherapie) op te nemen in het basispakket. Dit zou nader onderzocht en geanalyseerd kunnen worden. Daarbij moet dan ook rekening gehouden worden met het effect van het eigen risico en gedragseffecten als gevolg van de opname in het basispakket. Zo'n berekening is op de korte termijn niet mogelijk.

Vraag 164

Hoeveel geld zou het kosten om anticonceptie voor iedereen in Nederland vanuit de basisverzekering te vergoeden?

Antwoord

Bij de beantwoording is de Staatssecretaris uitgegaan van anticonceptie voor vrouwen. Voor vrouwen jonger dan 21 jaar is in de Regeling zorgverzekering (Rzv) reeds bepaald dat anticonceptie is verzekerd (art. 2.6 onder i Rzv jo. art. 2.16 Rzv, art. 2.5 lid 2 Rzv jo. art. 64 uit bijlage 2 Rzv). De kosten voor het toevoegen van anticonceptie in de vorm van hormoon (de pil) of spiraal, condoms niet meegeteld voor vrouwen vanaf 21 jaar aan het basispakket worden op basis van gegevens uit 2020 geschat op € 25 miljoen per jaar. Als anticonceptie wordt uitgezonderd van het eigen risico, bedragen de kosten € 60 miljoen per jaar (volume en prijspeil 2020). De effecten op de nominale premie is zeer beperkt.

Vraag 165

Kunt u een overzicht sturen welke zaken aan het basispakket zijn toegevoegd of eruit zijn gehaald, vanaf 2006 tot en met 2025?

Antwoord

Het basispakket vergoedt de meeste zorg waarvan zorgpartijen zoals de beroepsgroepen, patiëntenorganisaties en de zorgverzekeraars het erover eens zijn dat deze zorg effectief is. Deze zorg komt daarmee in aanmerking voor vergoeding vanuit het basispakket. Het basispakket kent daarmee geen gedetailleerde lijst, maar sluit aan bij wat beschouwd wordt als goede en effectieve zorg door de partijen. Hierdoor vergoedt de basisverzekering zorg die aansluit bij de meest actuele ontwikkelingen en inzichten in de medische wetenschap. Dit wordt ook wel een «open instroom» genoemd.

Ongeveer 90% van de verzekerde zorg behoort tot dit open gedeelte van het basispakket. Hiervoor hoeft de overheid niet standaard een toetsing (beoordeling) te doen voor toelating tot de basisverzekering. Om deze reden is het niet mogelijk een volledig beeld te geven van alle zaken die aan het basispakket zijn toegevoegd of eruit gehaald.

Voor sommige vormen van zorg geldt de open instroom niet. De aard en omvang van de verzekerde zorg is beperkt vanwege beleidsmatige of politieke redenen. Wijzigingen van deze aanspraak vereisen aanpassing van het Besluit zorgverzekering of Regeling zorgverzekering. Dit geldt voor bijvoorbeeld fysiotherapie en dure geneesmiddelen. De tabellen 1 en 2 geven een overzicht van respectievelijk de uitbreidingen en beperkingen in het basispakket. Deze uitbreidingen en beperkingen worden ook jaarlijks met de Kamer gedeeld in het kader van de voorgestelde wijzigingen in de basisverzekering voor het aankomende jaar.

Ook kan zorg voorwaardelijk worden toegelaten. In zo'n geval wordt zorg die nog niet bewezen effectief is, toch tijdelijk toegelaten worden tot het basispakket. Als voorwaarde wordt gesteld dat in de periode van de

tijdelijke toelating gegevens worden verzameld over de effectiviteit van de zorg. Tabel 3 betreft de voorwaardelijk toegelaten behandelingen.

Tot slot wordt maandelijks de aanspraak op extramurale geneesmiddelen gewijzigd via een aanpassing van de Regeling zorgverzekering. Vanwege de enorme omvang van deze wijzigingen wordt hiervan geen lijst gedeeld. Dit gaat om veel middelen die maandelijks nieuw worden opgenomen in, of verwijderd uit het basispakket en betreft wijzigingen op productniveau. De wijzigingen zijn in te zien via de Regeling zorgverzekering en de wijzigingen worden maandelijks gepubliceerd in de Staatscourant.

Hieronder zijn in tabel 1 en 2 wél de wijzigingen opgenomen die eerder met de Kamer zijn gedeeld in het kader van de voorgestelde wijzigingen in de basisverzekering.

Tabel 1: Overzicht politiek besloten uitbreidingen basispakket 2006–2025

Jaar	Uitbreiding
2006	geen uitbreidingen basispakket
2007	uitbreiding aantal zittingen psychotherapie
2008	jeugdtandzorg t/m 21 jaar
2009	dyslexiezorg aan kinderen t/m 12 jaar
2010	geen uitbreidingen basispakket
2011	bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie stoppen met roken
2012	geen uitbreidingen basispakket
2013	brillenglazen voor kinderen met medische indicatie vervallen minimum leeftijdsgrens van 6 jaar bij fluorideapplicatie blijvende gebitselementen geriatrische revalidatie (overheveling uit AWBZ) bruikleen hulpmiddelen (overheveling uit AWBZ) stoppen met roken
2014	geen uitbreidingen basispakket
2015	niet-invasieve prenatale test (NIPT) zintuiglijk gehandicaptenzorg (overheveling uit AWBZ) verpleging en verzorging zonder verblijf (overheveling uit AWBZ) tweede en derde jaar intramurale geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (overheveling uit de AWBZ)
2016	geen uitbreidingen basispakket
2017	fysiotherapie bij claudicatio intermittens (etalagebenen) plastische chirurgie bij het uitvoeren van een bovenooglidcorrectie borstvergroting bij agenesie of aplasie van de borst circumcisie om medische redenen (uitgestelde) fronttandvervanging bij verzekerden tot hun drieëntwintigste levensjaar bijzondere tandheelkunde, implantaatgedragen gebitsprothesen voor verzekerden die voor eigen rekening implantaten heeft laten plaatsen
2018	fysiotherapie bij artrose aan heup- en kniegewrichten verleggen van de afbakening tussen het basispakket en de Jeugdwet als het gaat om verzorging bij verzekerden jonger dan achttien jaar wijzigen van de prestatie zittend ziekenvervoer bij oncologische behandelingen waar het gaat om immuuntherapie met geneesmiddelen
2019	fysiotherapie bij Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) uitbreiding aanspraak ziekenvervoer naar consulten, (na)controles en (bloed)onderzoek die nodig zijn voor de oncologische behandelingen, nierdialyses en vergelijkbare situaties die onder de hardheidsclausule vallen
2020	Geneeskundige zorg van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten is overgeheveld vanuit de «Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling» naar de Zvw. Verruiming in de vergoeding van apotheekbereidingen van geneesmiddelen. De geriatrische revalidatiezorg is formeel (als categorie) aan de aanspraak voor ziekenvervoer toegevoegd. In situaties waarop normaal gesproken vervoer wordt vergoed, en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is, kan de zorgverzekeraar een vergoeding voor de kosten van logeren verstrekken die gedeeltelijk in de plaats komt van een vergoeding voor vervoerskosten.
2021	Dagbehandeling voor verschillende patiëntgroepen, de gedragswetenschapper (gespecialiseerde psycholoog en orthopedagoog-generalist) en de paramedische zorg is overgeheveld vanuit de «Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling» naar de Zvw. Ziekenvervoer van en naar dagbehandeling die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking is toegevoegd aan het basispakket. Orgaandonoren hoeven geen verplicht eigen risico meer te betalen voor medische kosten die verband houden met de donatie en die optreden na 13 weken na de donatie bij leven. Het maximaal aantal behandelingen en onderhoudsbehandelingen voor COPD-patiënten in subcategorie B2 is gelijkgetrokken met die van categorieën C en D.
2022	geen uitbreidingen basispakket

Jaar	Uitbreiding
2023	Fysio- en oefentherapie voor een valpreventieve beweeginterventie is aan het basispakket toegevoegd. De kraamzorg is geflexibiliseerd. Dit houdt in dat kraamzorg gedurende ten hoogste 6 weken, in plaats van gedurende ten hoogste 10 dagen, geleverd mag worden (gerekend vanaf de dag van bevalling).
2024	Fysio- en oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen is aan het basispakket toegevoegd. Het maximaal aantal behandelingen voor COPD-patiënten vervalt. De beperkende voorwaarden op de aanspraak voor geriatrische revalidatiezorg zijn geschrapt. Zo vervalt de voorwaarde dat iemand eerst in een ziekenhuis moet hebben gelegen. Ook kan vanaf 2025 thuis gestart worden met revalideren.
2025	Het definitief toelaten tot het basispakket van langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen. De restricties op het aantal behandelingen voor gesuperviseerde oefentherapie bij COPD worden uit het basispakket geschrapt. Het verbreden van de aanspraak op geriatrische revalidatiezorg waarbij de geriatrische revalidatiezorg ook thuis geleverd kan worden

Tabel 2: Overzicht politiek besloten beperkingen basispakket 2006–2025

Jaar	Beperking
2006	geen beperkingen basispakket
2007	geen beperkingen basispakket
2008	geen beperkingen basispakket
2009	slaapmiddelen cholesterolverlagers hulpmiddelen acetylcysteïne antidepressiva
2010	jeugd tandzorg boven 18 jaar
2011	extracties anticonceptie fysiotherapie 9 naar 12 behandelingen voor eigen rekening fysiotherapie 12 naar 20 behandelingen voor eigen rekening fysiotherapie, beperking chronische lijst maagzuurremmers, met uitzondering van chronisch gebruik stoppen met roken dieetadvisering eerstelijns psychologische zorg, van 8 naar 5 behandelingen aanpassingsstoornissen
2012	eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen redressiehelm beperking aantal terug te plaatsen embryo's bij ivf vruchtbaarheidsbehandelingen voor vrouwen van 43 jaar of ouder paracetamol/codeïne
2013	geen beperkingen basispakket
2014	jeugd-GGZ, inclusief dyslexiezorg voor kinderen naar Jeugdwet
2015	combinatietest voor zwangere vrouwen vanaf 36 jaar
2016	geen beperkingen basispakket
2017	geen beperkingen basispakket
2018	geen beperkingen basispakket
2019	vitaminen, mineralen en paracetamol waarvoor een gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig alternatief bestaat in de vrije verkoop
2020	Vitamine D, inclusief hoge doseringen.
2021	geen beperkingen basispakket
2022	combinatietest voor zwangere vrouwen colecalfiferol-bevattende geneesmiddelen en calcifediol
2023	geen beperkingen basispakket
2024	geen beperkingen basispakket
2025	Codeïne, met uitzondering voor ernstige, langdurige diarree. Per 1 januari 2025 is de counseling bij prenatale screening, als laatste onderdeel van dit programma, overgeheveld van de Zorgverzekeringswet (Zvw) naar de rijksbegroting. De financiering hiervan zal voortaan plaatsvinden via de Regionale Centra. Dit betekent dat counseling niet langer onderdeel uitmaakt van het basispakket van de zorgverzekering.

Tabel 3: Overzicht voorwaardelijk toegelaten behandelingen 2012–2025

Jaar	Voorwaardelijk toegelaten behandelingen
2012	anesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugpijn
2013	renale denervatie bij patiënten met therapieresistente behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysen
2014	het endoscopisch in plaats van chirurgisch behandelen van abscessen bij patiënten met geïnfecteerde pancreasnecrose autologe stamceltransplantaties bij therapierefractaire patiënten (patiënten die niet voldoende reageren op medicamenteuze behandeling met o.a. TNF-alfa blokkers) met de ziekte van Crohn

Jaar	Voorwaardelijk toegelaten behandelingen
2015	het geneesmiddel Belimumab (Benlysta®) bij een deel van de volwassen patiënten met Systemische Lupus erythematosus (SLE) tumor infiltrerende lymfocyten (TIL) bij patiënten met uitgezaaid melanoom in de laatste stadia
2016	een bepaald type chemotherapie (HIPEC) ter preventie van uitzaaiingen in de buik bij bepaalde patiënten met darmkanker borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie percutane transforaminale endoscopische dissectomie (PTED) bij lumbosacraal radiculair syndroom en lumbale hernia behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie het geneesmiddel fampridine (Fampyra®) bij multiple sclerosis (MS) dendritische celvaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie
2017	sacrale neuromodulatie bij therapieresistente functionele obstipatie met vertraagde darmpassage geïntensifieerde, alkyliserende chemotherapie met autologe stamceltransplantatie voor behandeling van stadium III BRCA1-like borstkanker
2018	combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht geen nieuwe voorwaardelijke toelatingen tot het basispakket verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating van percutane transforaminale endoscopische dissectomie (PTED) bij lumbosacraal radiculair syndroom en lumbale hernia tot 1 december 2020 verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating van borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie tot 1 oktober 2022
2019	CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association (NYHA) klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen De behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem Langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen; Langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen. Verlenging van de periode van voorwaardelijke toelatingen van de behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIC en stadium IV tot 1 juli 2022. Verlenging van de periode van voorwaardelijke toelatingen van de behandeling met dendritische cel vaccinaties van patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie tot 1 augustus 2022, en Verlenging van de periode van voorwaardelijke toelatingen van de behandeling met sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmpassage tot 1 januari 2022
2020	Nusinersen (Spinraza®) bij patiënten met 5q spinale spieratrofie (SMA) die 9,5 jaar en ouder zijn; Hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom.
2021	Larotrectinib (Vitrakvi®) voor de behandeling van volwassen en pediatrie patiënten met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen Entrectinib (Rozlytrek®) voor de behandeling van volwassen patiënten en kinderen van 12 jaar en ouder met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen
2022	Geen nieuwe voorwaardelijke toelatingen tot het basispakket verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating van: borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie tot 1 januari 2023; VTumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIC en stadium IV tot 1 januari 2023; Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem tot 1 januari 2024; Langdurige actieve fysiotherapie bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen tot 1 januari 2024; CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen tot 1 maart 2024; Langdurige actieve fysiotherapie bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen tot 1 juli 2024; Combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht tot 1 oktober 2024. Geïntensiveerde, alkyliserende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker tot 1 januari 2025; Einde voorwaardelijke toelating i.v.m. afronding project: Dendritische cel vaccinaties bij patiënten met melanoom stadium IIIB en IIIC; Sacrale neurostimulatie bij patiënten met therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmpassage.
2023	Verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating langdurige actieve fysiotherapie of oefentherapie voor de behandeling van patiënten met reumatoïde artritis en ernstige functionele beperkingen tot 1 januari 2025. Verlenging van de periode van de voorwaardelijke toelating langdurige actieve fysiotherapie of oefentherapie voor de behandeling van patiënten met axiale spondyloartritis en ernstige functionele beperkingen tot 1 januari 2026. Verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating van eerstelijns paramedische herstellzorg voor COVID-19-patiënten tot 1 januari 2025. Einde voorwaardelijke toelating i.v.m. afronding project: de behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIC en stadium IV. Borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie. Larotrectinib voor de behandeling van volwassen en pediatrie patiënten met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen. Entrectinib voor de behandeling van volwassen patiënten en kinderen van 12 jaar en ouder met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen.

Jaar	Voorwaardelijk toegelaten behandelingen
2024	Geen nieuwe voorwaardelijke toelatingen tot het basispakket. Verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating Blaasinstillatie met blaasspoelvloeistoffen met chondroitinesulfaat en/of hyaluronzuur- voor de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies te verlengen tot 1 januari 2027. Voorwaardelijke toelating combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht is met 9 maanden verlengd tot 1 juli 2025. Einde voorwaardelijke toelating i.v.m. afronding project: CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association (NYHA) klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen PA telemonitoring bij patiënten met chronisch hartfalen langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen Paramedische herstellzorg na Covid-19
2025	Geen nieuwe voorwaardelijke toelatingen tot het basispakket. Einde voorwaardelijke toelating i.v.m. afronding project: Geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker. Combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht. Langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen.

Vraag 166

Hoeveel zou het kosten om Pre Expositie Profylaxe (PrEP) voor de volledige doelgroep te vergoeden, zonder eigen bijdrage?

Antwoord

De omvang van de volledige doelgroep die in aanmerking komt voor PrEP-medicatie is lastig in te schatten. Het aantal personen kan wijzigen afhankelijk van onder andere seksueel gedrag, kennis over hiv en PrEP, risicoperceptie, bereidheid om PrEP te gebruiken, aanbod van PrEP-zorg en andere sociale omstandigheden zoals stigma.

Volgens gegevens over het geneesmiddelengebruik in Nederland (Stichting Farmaceutische Kengetallen) zijn er nu zo'n 18.000 personen die PrEP gebruiken via de GGD, huisarts of andere zorgaanbieder. Bij de GGD'en staan per 1 juli 2025 nog 1.235 mensen op de wachtlijst voor PrEP-zorg. De prijs van PrEP-pillen op de vrije markt varieert per apotheek en per merk, het goedkoopste actuele aanbod bedraagt € 16 voor 30 pillen.

Uitgaande van dagelijks gebruik en deze laagste prijs, komen de jaarlijkse kosten voor de genoemde gebruikersgroep uit op € 3,74 miljoen.

Vraag 167

Hoeveel zou het kosten om de eigen bijdrage voor geneesmiddelen af te schaffen?

Antwoord

In 2024 werd € 126 miljoen euro aan eigen bijdragen betaald voor extramurale geneesmiddelen. Daarvan werd € 61 miljoen euro door de burger zelf betaald, en € 65 miljoen euro door de zorgverzekeraars, als gevolg van de maximering van 250 euro per kalenderjaar van de eigen bijdrage. Deze maximering is recent verlengd tot eind 2026. In de afgelopen jaren is het aandeel eigen bijdragen dat voor rekening van de zorgverzekeraar komt groter geworden. Het afschaffen van de eigen bijdrage zou dus tenminste € 61 miljoen euro kosten.

Het afschaffen van de eigen bijdrage zou in de praktijk neerkomen op het opheffen van de clustersystematiek van het geneesmiddelenvergoedings-systeem (GVS), en daarmee mogelijk ook tot andere meerkosten leiden. Er

spelen diverse uitdagingen rondom het GVS. Hierover is uw kamer met de brief van 26 juni 2025⁵⁷ geïnformeerd. In deze brief wordt nader ingegaan op de mogelijkheid om de clustering en vergoedingslimieten op te heffen (met als gevolg het verdwijnen van de huidige eigen bijdrage).

Vraag 168

Welke rol ziet u voor de openbare apothekers bij het doen van investeringen in medische preventie en in het sociaal en medisch domein?

Antwoord

Openbare apothekers zijn geen financiers, maar uitvoerders van zorgafspraken. De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport ziet dan ook geen rol voor apothekers voor het doen van investeringen. Wel kunnen apothekers, net als andere zorgverleners, een belangrijke rol spelen in het verstrekken van betrouwbare informatie aan burgers over (medische) preventie, bijvoorbeeld over vaccins en vaccinaties. Mogelijk kunnen apothekers in de toekomst op meer vlakken een bijdrage leveren, maar daar kan de Staatssecretaris nu niet op vooruitlopen.

Vraag 169

Hoeveel zou het kosten om de eigen bijdrage voor kraamzorg af te schaffen?

Antwoord

Het afschaffen van de eigen bijdrage voor kraamzorg leidt tot hogere kosten, vanwege twee effecten. Ten eerste vindt er een financieringsschuif plaats van private uitgaven naar collectieve uitgaven. Ten tweede vindt er een gedragseffect plaats, doordat het wegvallen van de eigen bijdrage leidt tot een hogere vraag naar kraamzorg. Gezien de huidige capaciteitsproblemen in de kraamzorg zal aan deze hogere vraag waarschijnlijk op korte termijn slechts beperkt voldaan kunnen worden.

Volgens gegevens van het Zorginstituut bedraagt het totaal van eigen bijdragen in de kraamzorg in 2024 ruim € 21 miljoen. De structurele kosten van afschaffen zullen echter hoger zijn, doordat er nog rekening gehouden moet worden met het bovengenoemde gedragseffect. In het kader van de beantwoording van de motie van de leden Stoffer en Dijk (Kamerstuk 36 800, nr. 54), waarin de regering wordt verzocht scenario's en (financiële) effecten van het afschaffen van de eigen bijdrage voor de kraamzorg en poliklinische bevalling in kaart te brengen, worden deze effecten nader in kaart gebracht. Uw Kamer wordt hier vóór de behandeling van de begroting over geïnformeerd.

Vraag 170

Wat is de ontwikkeling van de zorgkosten in relatie tot de ontwikkeling van het bbp in de jaren 2010–2025 volgens de Zorgrekeningen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)? Wat is de prognose voor de jaren 2026–2030? Kunt u dit in een tabel weergeven?

Antwoord

Op basis van de CBS-zorgrekeningencijfers zijn er twee definities van zorguitgaven die regelmatig worden gebruikt:

1. De zorguitgaven aan geneeskundige en langdurige zorg. Tot deze uitgaven worden ook de zorgkosten gerekend die betaald worden via de aanvullende verzekeringen en eigen betalingen evenals de uitgaven aan beleids- en beheerorganisaties.
2. De uitgaven aan zorg en welzijn, ook wel de brede definitie van zorg genoemd. Dit zijn uitgaven aan geneeskundige en langdurige zorg

⁵⁷ Kamerstukken 29 477, nr. 938.

aangevuld met de uitgaven aan kinderopvang, delen van de jeugdzorg, maatschappelijke opvang (waaronder asielopvang), sociaal werk en welzijnsuitgaven.

Beide uitgavendefinities zijn ruimer dan die worden gebruikt in de VWS-begroting.

	Alle zorguitgaven aan geneeskundige en langdurige zorg		De uitgaven aan zorg en welzijn volgens de brede definitie	
	mln. euro	%BBP	mln. euro	%BBP
2010	73.402	11,5%	85.790	13,5%
2011	75.593	11,6%	88.125	13,5%
2012	78.309	12,0%	90.622	13,8%
2013	78.957	12,0%	90.954	13,8%
2014	80.116	11,9%	91.927	13,7%
2015	80.118	11,6%	92.323	13,3%
2016	82.021	11,6%	94.842	13,4%
2017	83.932	11,4%	96.972	13,1%
2018	87.334	11,3%	101.031	13,0%
2019	92.804	11,4%	107.429	13,2%
2020	100.538	12,6%	116.384	14,6%
2021	107.943	12,4%	124.794	14,3%
2022	108.279	11,3%	127.306	13,3%
2023 ¹	106.380	10,1%	142.239	13,5%
2024 ¹	114.957	10,2%	154.933	13,8%

¹ Begin 2025 heeft het CBS de tabel over zorguitgaven gereviseerd. De cijfers over 2023 en 2024 sluiten aan op deze revisie. De gegevens t/m 2022 zijn van vóór revisie.

Bron: <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/86015NED/table?dl=C7EF4> en <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84047NED/table?dl=AD561>

NB De gegevens over 2025 zijn nog niet bekend.

Omdat de hoogte van toekomstige zorguitgaven afhangt van de demografie, de impact van technologische en maatschappelijke ontwikkelingen, de economische groei en de impact van toekomstig beleid, is deze moeilijk te voorspellen. Het CPB kent wel een raming voor de periode 2026–2030, maar die is gebaseerd op een andere definitie, die niet simpelweg valt toe te passen op de uitgaven volgens de definities van de Zorgrekeningen van het CBS.

Vraag 171

Wat is de ontwikkeling van de zorgkosten in relatie tot de ontwikkeling van het bbp in de jaren 2010–2025 volgens de RIVM-definitie van zorgkosten? Wat is de prognose voor de jaren 2026–2030? Kunt u dit in een tabel weergeven?

Antwoord

Het RIVM gebruikt twee definities van zorguitgaven:

1. Alle zorguitgaven aan geneeskundige en langdurige zorg. Tot deze uitgaven worden ook de zorgkosten gerekend die betaald worden via de aanvullende verzekeringen en eigen betalingen evenals de uitgaven aan beleids- en beheerorganisaties. Deze definitie is ruimer dan die wordt gebruikt in de VWS-begroting.
2. Gezondheidszorg volgens de internationale definitie. Deze definitie is op onderdelen ruimer dan die wordt gebruikt in de VWS-begroting en op andere onderdelen minder ruim.

	Alle zorguitgaven aan geneeskundige en langdurige zorg		Uitgaven voor gezondheidszorg conform de internationale definitie	
	mln. euro	%BBP	mln. euro	%BBP
2010	73.402	11,5%	64.910	10,2%
2011	75.593	11,6%	66.555	10,2%
2012	78.309	12,0%	68.816	10,5%
2013	78.957	12,0%	69.901	10,6%
2014	80.116	11,9%	70.964	10,6%
2015	80.118	11,6%	71.236	10,3%
2016	82.021	11,6%	72.918	10,3%
2017	83.932	11,4%	74.614	10,1%
2018	87.334	11,3%	77.553	10,0%
2019	92.804	11,4%	82.447	10,1%
2020	100.538	12,6%	89.402	11,2%
2021	107.943	12,4%	96.852	11,1%
2022	108.279	11,3%	96.820	10,1%
2023 ¹	106.380	10,1%	104.961	9,8%
2024 ¹	114.957	10,2%	113.474	10,0%

¹ Begin 2025 heeft het CBS de tabel over zorguitgaven gereviseerd. De cijfers over 2023 en 2024 sluiten aan op deze revisie. De gegevens t/m 2022 zijn van vóór revisie.

NB De gegevens over 2025 zijn nog niet bekend.

Omdat de hoogte van toekomstige zorguitgaven afhangt van de demografie, de impact van technologische en maatschappelijke ontwikkelingen, de economische groei en de impact van toekomstig beleid, is deze moeilijk te voorspellen. Voor de beide RIVM-definities zijn er geen toekomstprojecties beschikbaar voor verwachte zorguitgaven. Het CPB kent wel een raming voor de periode 2026–2030, maar die is gebaseerd op een andere definitie, die niet simpelweg valt toe te passen op de uitgaven volgens de definities van het RIVM.

Vraag 172

Wat is de ontwikkeling van het Uitgavenplafond Zorg in relatie tot de ontwikkeling van het bbp in de jaren 2010–2025? Wat is de prognose voor de jaren 2026–2030? Kunt u dit in een tabel weergeven?

Antwoord

In onderstaande tabel staat de netto gecorrigeerde zorguitgaven (Zvw, Wlz, Wmo beschermd wonen en AP-middelen) in relatie tot de ontwikkeling van het bruto binnenlands product (BBP) in de jaren 2010–2025 en de prognose voor de jaren 2026–2030.

Het percentage dat de verhouding van de zorguitgaven ten opzichte van het BBP weergeeft fluctueert. Dit wordt met name veroorzaakt door de economische schommelingen. In jaren waar het BBP minder hard groeit of krimpt stijgt het percentage en in de jaren dat het BBP toeneemt vice versa. Wel is vanaf 2026 een opwaartse trend te zien.

Tabel ontwikkeling netto gecorrigeerde zorguitgaven in relatie tot ontwikkeling BBP 2010–2025 en prognose 2026–2030 (bedragen x € 1 miljard)¹

	2010	2011	2012	2013	2014 ²	2015 ^{3 + 4}	2016	2017	2018
Netto gecorrigeerde zorguitgaven (€)	58	60	62	64	64	59	60	64	65
Groei van de netto zorguitgaven (€)	3	1	3	1	0	– 5	2	4	1
Groei van de netto zorguitgaven (%)	5%	2%	5%	2%	1%	– 8%	3%	6%	2%
BBP (€)	643	656	658	666	679	699	720	751	787
Groei BBP (€)	18	13	2	7	13	21	21	31	36
Groei BBP (%)	3%	2%	0%	1%	2%	3%	3%	4%	5%

	2010	2011	2012	2013	2014 ²	2015 ^{3 + 4}	2016	2017	2018
Netto gecorrigeerde zorguitgaven/BBP (%)	9,0%	9,1%	9,5%	9,6%	9,4%	8,4%	8,4%	8,5%	8,3%

¹ Bij de beoordeling van deze cijfers is van belang dat de groei van de zorguitgaven wordt beïnvloed door wijzigingen in de definitie van de zorguitgaven (zoals de overheveling van grote delen van de Wmo en de jeugdzorg naar het gemeentefonds) en door statistische vertekeningen, zoals in 2014 de technische correctie kader jeugd, in 2015 de technische correctie verkorting DBC-doorlooptijd en in 2021 de statistische verlaging van de uitgaven vanwege de nieuwe bekostigingssystematiek in de ggz.

Per 2024 is het Uitgavenplafond zorg (UPZ) afgeschaft.

Vanwege het afschaffen van de deelplafonds worden de begrotingsgefinancierde zorguitgaven van de VWS-begroting en de gereserveerde loon- en prijsbijstellingen vanaf de ontwerpbegroting 2025 voor de jaren vanaf 2024 niet meer opgenomen onder de definitie Premiegefinancierde zorguitgaven (PZ). Om vergelijkbare cijfers te presenteren zijn deze uitgaven in de onderstaande tabel ook voor de jaren 2010 t/m 2023 gecorrigeerd. In deze uitgavendefinitie zijn de uitgaven uit de artikelen van de VWS-begroting niet meegenomen. De definitie wijkt ook af van de definitie die in de Miljoenennota wordt gehanteerd.

² In 2014 zijn de zorguitgaven met € 346 miljoen neerwaarts bijgesteld als gevolg van de technische correctie kader jeugd.

³ In 2015 zijn de zorguitgaven met € 685 miljoen neerwaarts bijgesteld als gevolg van de technische correctie verkorting DBC-doorlooptijd.

⁴ De grote daling in 2015 ten opzichte van 2014 wordt met name veroorzaakt door de overheveling van de Wmo en jeugd in 2015 naar de Integratie-uitkering Sociaal Domein (IUSD). De IUSD telde mee in de definitie van de zorguitgaven. Vanaf 2019 zijn de middelen uit de IUSD opgegaan in de Algemene Uitkering van het gemeentefonds en zijn ze geen onderdeel meer van de definitie van de zorguitgaven. Om een vergelijkbare uitgavenreeks te hebben met dezelfde definitie is voor de jaren 2015 t/m 2018 gecorrigeerd voor de IUSD, door deze ook voor deze jaren niet mee te laten tellen onder de definitie die nu wordt gehanteerd voor de Premiegefinancierde Zorguitgaven (PZ).

Vraag 173

Hoe heeft de groei van de collectieve zorguitgaven zich ten opzichte van de groei van de economie in de afgelopen vijftien jaar ontwikkeld?

Antwoord

In onderstaande tabel staat de netto gecorrigeerde zorguitgaven (Zvw, Wlz, Wmo beschermd wonen en AP-middelen) in relatie tot de ontwikkeling van het bruto binnenlands product (BBP) in de jaren 2010–2024 met als basisjaar 2009.

Het percentage dat de verhouding van de zorguitgaven ten opzichte van het BBP weergeeft fluctueert. Dit wordt met name veroorzaakt door de economische schommelingen. In jaren waar het BBP minder hard groeit of krimpt stijgt het percentage en in de jaren dat het BBP toeneemt vice versa.

Tabel ontwikkeling netto gecorrigeerde zorguitgaven in relatie tot ontwikkeling BBP 2010–2024 (bedragen x € 1 miljard)¹

	2010	2011	2012	2013	2014 ²	2015 ^{3, 4}	2016
Netto gecorrigeerde zorguitgaven (€)	58	60	62	64	64	59	60
Groei van de netto zorguitgaven (€)	3	1	3	1	0	– 5	2
Groei van de netto zorguitgaven (%)	5%	2%	5%	2%	1%	– 8%	3%
BBP (€)	643	656	658	666	679	699	720
Groei BBP (€)	18	13	2	7	13	21	21
Groei BBP (%)	3%	2%	0%	1%	2%	3%	3%
Netto gecorrigeerde zorguitgaven/ BBP (%)	9,0%	9,1%	9,5%	9,6%	9,4%	8,4%	8,4%

Vervolg tabel

	2017	2018	2019	2020	2021 ⁵	2022	2023	2024
	64	65	69	74	77	81	87	95
	4	1	4	4	3	4	6	8
	6%	2%	7%	6%	4%	5%	7%	9%
	751	787	830	817	892	994	1.050	1.122
	31	36	43	– 13	75	102	56	72
	4%	5%	5%	– 2%	9%	11%	6%	7%

	2010	2011	2012	2013	2014 ²	2015 ^{3, 4}	2016
	8,5%	8,3%	8,4%	9,0%	8,6%	8,1%	8,4%

¹ Bij de beoordeling van deze cijfers is van belang dat de groei van de zorguitgaven wordt beïnvloed door wijzigingen in de definitie van de zorguitgaven (zoals de overheveling van grote delen van de Wmo en de jeugdzorg naar het gemeentefonds) en door statistische vertekeningen, zoals in 2014 de technische correctie kader jeugd, in 2015 de technische correctie verkorting DBC-doorlooptijd en in 2021 de statistische verlaging van de uitgaven vanwege de nieuwe bekostigingssystematiek in de GGZ. Per 2024 is het Uitgavenplafond zorg (UPZ) afgeschaft.

Vanwege het afschaffen van de deelplafonds worden de begrotingsgefinancierde zorguitgaven van de VWS-begroting en de gereserveerde loon- en prijsbijstellingen vanaf de ontwerpbegroting 2025 voor de jaren vanaf 2024 niet meer opgenomen onder de definitie Premiegefinancierde zorguitgaven (PZ). Om vergelijkbare cijfers te presenteren zijn deze uitgaven in de onderstaande tabel ook voor de jaren 2010 t/m 2023 gecorrigeerd. In deze uitgavendefinitie zijn de uitgaven uit de artikelen van de VWS-begroting niet meegenomen. De definitie wijkt ook af van de definitie die in de Miljoenennota wordt gehanteerd.

² In 2014 zijn de zorguitgaven met € 346 miljoen neerwaarts bijgesteld als gevolg van de technische correctie kader jeugd.

³ In 2015 zijn de zorguitgaven met € 685 miljoen neerwaarts bijgesteld als gevolg van de technische correctie verkorting DBC-doorlooptijd.

⁴ De grote daling in 2015 ten opzichte van 2014 wordt met name veroorzaakt door de overheveling van de Wmo en jeugd in 2015 naar de Integratie-uitkering Sociaal Domein (IUSD). De IUSD telde mee in de definitie van de zorguitgaven. Vanaf 2019 zijn de middelen uit de IUSD opgegaan in de Algemene Uitkering van het gemeentefonds en zijn ze geen onderdeel meer van de definitie van de zorguitgaven. Om een vergelijkbare uitgavenreeks te hebben met dezelfde definitie is voor de jaren 2015 t/m 2018 gecorrigeerd voor de IUSD, door deze ook voor deze jaren niet mee te laten tellen onder de definitie die nu wordt gehanteerd voor de Premiegefinancierde Zorguitgaven (PZ).

⁵ De zorguitgaven zijn in 2021 gecorrigeerd als gevolg van de technische correctieboekening van de schadelastdip GGZ van – € 1,2 miljard. Per 1 januari 2022 wordt een nieuw bekostigingsmodel voor de GGZ ingevoerd. In dit nieuwe model wordt voor de bekostiging niet meer gewerkt met DBC's en komt er een aparte bekostiging voor de basis-GGZ. De DBC's die worden geopend in 2021 worden derhalve uiterlijk 31-12-2021 afgesloten; dit geldt ook voor de huidige bekostiging van de basis-GGZ. Hierdoor is er in 2021 om technisch-administratieve redenen sprake van eenmalig lagere zorguitgaven in termen van schadelast. Deze technische aanpassing heeft geen gevolgen voor de hoeveelheid GGZ die feitelijk kan worden geleverd of op de omzetten van zorgaanbieders. Er is geen sprake van een bezuiniging. Deze technische bijstelling heeft dan ook geen gevolgen voor het EMU-saldo en geen invloed op de premiehoogte.

Bron: VWS- en CPB-cijfers

Vraag 174

Wat is het gemiddelde aan niet-vergoede zorgkosten en eigen bijdragen dat een chronische patiënt in 2025 naar benadering betaalt?

Antwoord

Er bestaat geen eenduidige definitie voor wanneer iemand een chronische patiënt is. Daarnaast is er geen centrale databron beschikbaar voor niet-vergoede zorgkosten. Dit maakt het niet mogelijk om de gemiddelde niet-vergoede zorgkosten en eigen bijdragen van een chronische patiënt te bepalen.

Voor niet-vergoede zorgkosten die mensen maken in verband met ziekte of invaliditeit bestaat de fiscale regeling aftrek specifieke zorgkosten. Daar mogen mensen hun kosten voor geneeskundige hulp of hulpmiddelen onder bepaalde voorwaarden als aftrekpost opvoeren in de inkomstenbelasting. Voor mensen die geen of weinig inkomstenbelasting betalen en daardoor geen profijt hebben van het opvoeren van aftrekposten, bestaat er de tegemoetkoming specifieke zorgkosten. Ook kent een deel van de gemeenten een meerkostenregeling voor chronisch patiënten en mensen met een beperking.

Vraag 175

Hoe heeft de nominale premie zich sinds 2006 ontwikkeld als percentage van het modale inkomen?

Antwoord

	Bruto modaal inkomen per jaar	Nominale premie per jaar	Nominale premie als percentage van het bruto modaal inkomen
2006	29.500	926	3%
2007	30.000	1.001	3%
2008	31.500	1.049	3%
2009	32.500	1.059	3%
2010	32.500	1.095	3%
2011	33.000	1.199	4%

	Bruto modaal inkomen per jaar	Nominale premie per jaar	Nominale premie als percentage van het bruto modaal inkomen
2012	33.000	1.226	4%
2013	32.500	1.213	4%
2014	33.000	1.098	3%
2015	33.000	1.158	4%
2016	33.500	1.201	4%
2017	34.000	1.286	4%
2018	34.500	1.308	4%
2019	35.000	1.384	4%
2020	36.500	1.414	4%
2021	37.500	1.471	4%
2022	39.000	1.514	4%
2023	41.500	1.650	4%
2024	44.000	1.747	4%
2025	46.000	1.876	4%
2026	48.000	1.908	4%

Noot: De inschatting van het modale inkomen is overgenomen van het CPB. De nominale premie in de jaren 2006 en 2007 wijkt af vanwege de no-claimkorting. Gepresenteerde premie in die jaren is inclusief no-claim premie en gemiddelde no-claim teruggave. Het jaar 2026 is gebaseerd op een raming van de premie en het inkomen.

Vraag 176

Hoe heeft de nominale premie zich sinds 2006 ontwikkeld als percentage van het minimumloon op maandbasis?

Antwoord

	WML per maand (inclusief vakantiegeld)	Nominale premie per maand	Nominale premie als percentage van het WML
2006	1.374	77	6%
2007	1.405	83	6%
2008	1.442	87	6%
2009	1.492	88	6%
2010	1.520	91	6%
2011	1.538	100	6%
2012	1.562	102	7%
2013	1.587	101	6%
2014	1.604	92	6%
2015	1.622	97	6%
2016	1.647	100	6%
2017	1.676	107	6%
2018	1.704	109	6%
2019	1.745	115	7%
2020	1.786	118	7%
2021	1.820	123	7%
2022	1.863	126	7%
2023	2.089	138	7%
2024	2.235	146	7%
2025	2.367	156	7%
2026	2.478	159	6%

Noot: De nominale premie in de jaren 2006 en 2007 wijkt af vanwege de no-claim. Gepresenteerde premie in die jaren is inclusief no-claim premie en gemiddelde no-claim teruggave. Het jaar 2026 is gebaseerd op een raming van de premie en het inkomen.

Vraag 177

Hoeveel zouden de maandelijks kosten dalen voor mensen met een minimuminkomen als de nominale premie volledig inkomensafhankelijk zou worden?

Antwoord

Hoe hoog de maandelijkse kosten worden voor mensen met een minimuminkomen bij een inkomensafhankelijke nominale premie is volledig afhankelijk van de keuzes die daarbij gemaakt worden in de vormgeving. Hoe inkomensafhankelijker de variant gemaakt wordt, des te lager de kosten voor de lagere inkomens zijn en hoe hoger de kosten voor de hogere inkomens zijn. Verder vraagt het invoeren van een inkomensafhankelijke nominale premie om keuzes en verdere uitwerking van de uitvoering.

De financiering van de Zorgverzekeringswet is al deels inkomensafhankelijk, bijvoorbeeld via de inkomensafhankelijke bijdrage dat als percentage over het inkomen wordt afgedragen. Daarnaast ontvangen verzekerden met de laagste inkomens een tegemoetkoming voor de nominale premie en het gemiddelde eigen risico via de zorgtoeslag. Die zorgtoeslag is inkomensafhankelijk.

Vraag 178

Hoeveel zouden de maandelijkse kosten dalen voor mensen met een modaal inkomen als de nominale premie volledig inkomensafhankelijk zou worden?

Antwoord

Hoe hoog de maandelijkse kosten worden voor mensen met een modaal inkomen bij een inkomensafhankelijke nominale premie is volledig afhankelijk van de keuzes die daarbij gemaakt worden in de vormgeving. Hoe inkomensafhankelijker de variant gemaakt wordt, des te lager de kosten voor de lagere inkomens zijn en hoe hoger de kosten voor de hogere inkomens zijn. Verder vraagt het invoeren van een inkomensafhankelijke nominale premie om keuzes en verdere uitwerking van de uitvoering.

De financiering van de Zorgverzekeringswet is al deels inkomensafhankelijk, bijvoorbeeld via de inkomensafhankelijke bijdrage dat als percentage over het inkomen wordt afgedragen. Daarnaast ontvangen verzekerden met de laagste inkomens een tegemoetkoming voor de nominale premie en het gemiddelde eigen risico via de zorgtoeslag. Die zorgtoeslag is inkomensafhankelijk.

Vraag 179

Hoeveel geld gaat er in totaal naar mensen toe in het kader van de zorgtoeslag?

Antwoord

Zoals in artikel 8 van de VWS-begroting is opgenomen verwachten we dat in 2026 € 7.746.800.000 uitgegeven wordt aan zorgtoeslag. Dit betreft zowel betalingen over toeslagjaar 2026 als nabetalingen over eerdere toeslagjaren. Ook wordt er verwacht dat er in 2026 € 583.800.000 ontvangen wordt vanwege terugvorderingen als gevolg van te veel vooruitbetaalde zorgtoeslag. Dit betreft zowel terugvorderingen over toeslagjaar 2026 als terugvorderingen over eerdere toeslagjaren. Per saldo gaat er in 2026 naar verwachting € 7.163.000 naar mensen in het kader van de zorgtoeslag. Welk bedrag er definitief aan zorgtoeslag wordt uitgekeerd in 2026 wordt te zijner tijd vermeld in het jaarverslag.

Vraag 180

Hoeveel mensen en welk percentage van de totale bevolking heeft een betalingsachterstand in het betalen van de zorgpremie?

Antwoord

In de onderstaande tabel vindt u het aantal verzekerden met een betalingsachterstand.

Verzekerden met betalingsachterstand van:	Eind 2024	Percentage van totaal
2-4 maandpremies	102.963	0,7%
4-6 maandpremies	89.860	0,6%
van 6 of meer maandpremies	231.627	1,6%
Totaal aantal betalingsachterstanden	424.450	2,9%

Bij het berekenen van het percentage van de totale bevolking wordt uitgegaan van 14,5 miljoen verzekerden boven de 18 jaar.

Op 1 oktober 2025 waren er 197.320 verzekerden met een betalingsachterstand aan wie een bestuursrechtelijke premie werd opgelegd door het CAK (Regeling Betalingsachterstand Zorgpremie). Dit is 1,4% van het totaal aantal verzekerden boven de 18 jaar.

Een deel van de 231.627 verzekerden met een betalingsachterstand van 6 of meer maandpremies heeft een betalingsregeling getroffen met de zorgverzekeraar. De regeling betalingsachterstand zorgpremie wordt in dat geval opgeschort.

Vraag 181

Kunt u in een tabel overzichtelijk maken per inkomensgroep hoeveel euro en procent zij erop vooruit dan wel achteruit zouden gaan als de zorgpremie volledig inkomensafhankelijk zou worden en het eigen risico voor iedereen zou worden afgeschaft?

Antwoord

Hoe hoog de maandelijkse kosten worden voor verschillende inkomensgroepen bij een inkomensafhankelijke nominale premie in combinatie met het afschaffen van het eigen risico is volledig afhankelijk van de keuzes die daarbij gemaakt worden in de vormgeving. Het kost naar verwachting € 2,7 miljard extra, bovenop de verlaging van het eigen risico naar € 165, om het eigen risico af te schaffen. Dit zorgt ervoor dat de gemiddelde premie met ongeveer € 150 op jaarbasis moet stijgen. Dit komt bovenop het premie-effect van het verlagen van het eigen risico. Hoe inkomensafhankelijker de variant gemaakt wordt, des te lager de kosten voor de lagere inkomens zijn en hoe hoger de kosten voor de hogere inkomens zijn. Verder vraagt het invoeren van een inkomensafhankelijke nominale premie om keuzes en verdere uitwerking van de uitvoering.

De financiering van de Zorgverzekeringswet is al deels inkomensafhankelijk. De helft van alle uitgaven wordt betaald via de inkomensafhankelijke bijdrage dat als percentage over het inkomen wordt afgedragen. Daarnaast ontvangen verzekerden met de laagste inkomens een tegemoetkoming voor de nominale premie en het gemiddelde eigen risico via de zorgtoeslag. Die zorgtoeslag is inkomensafhankelijk.

Vraag 182

Hoeveel geeft elke zorgverzekeraar uit aan bedrijfskosten? Kunt u dit per zorgverzekeraar aangeven?

Antwoord

Onderstaande tabel geeft de door zorgverzekeraars gerapporteerde bedrijfskosten voor 2024 weer. 2024 is het jaar waarvoor de meest recente cijfers beschikbaar zijn. De tabel geeft zowel de totale bedrijfskosten per

concern weer als de bedrijfskosten als percentage van de totale zorgkosten (van een basisverzekering) per concern.

Zorgverzekeraar (concern)	Totale bedrijfskosten in 2024 (x € 1 miljoen)	Bedrijfskosten als percentage van zorgkosten (%)
ASR	53	3,9%
CZ	330	2,7%
DSW + Stad Holland	62	2,4%
EUCARE	21	3,7%
Salland	31	7,7%
Menzis	142	2,2%
ONVZ	42	3,2%
VGZ	330	2,6%
Zorg en Zekerheid	54	3,4%
Zilveren Kruis	363	2,3%

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op hun website.

Vraag 183

Hoeveel geven zorgverzekeraars jaarlijks uit aan reclame-uitgaven?

Antwoord

In de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, die sinds de jaarcijfers 2014 door individuele zorgverzekeraars worden gepubliceerd, worden de uitgaven aan reclame vermeld. Op basis daarvan is onderstaande tabel opgesteld. Voor de jaren daarvoor zijn geen cijfers beschikbaar.

Concern/Jaar	ASR	CZ	DSW + Stad Holland	EUCARE	Salland
2014	90	5.751	669		1.031
2015	878	6.589	484		686
2016	150	4.449	792		767
2017	74	4.975	836		918
2018	162	4.464	853		900
2019	321	2.984	807		883
2020	235	3.048	851		636
2021	493	2.815	943		444
2022	573	2.792	1.023		830
2023	181	2.598	859	331	579
2024	181	2.636	964	362	898

Ontwikkeling reclamekosten 2014–2024 op concernniveau (x € 1.000), basisverzekering

Concern/Jaar	Menzis	ONVZ	VGZ	Zorg & Zekerheid	Zilveren Kruis	Totaal
2014	5.132	886	6.802	1.269	18.106	39.736
2015	4.835	977	6.286	1.277	13.457	35.469
2016	4.408	1.404	4.581	1.288	16.153	33.992
2017	3.900	869	5.962	1.455	11.093	30.082
2018	3.710	882	4.877	1.511	12.326	29.685
2019	3.545	693	4.950	1.254	8.307	23.744
2020	2.881	1.657	4.667	1.117	5.922	21.014
2021	3.535	1.192	5.170	1.332	7.352	23.276
2022	3.339	1.390	4.970	1.170	4.622	20.709
2023	3.014	1.518	4.766	1.615	8.538	23.998
2024	4.106	1.069	5.160	1.095	9.358	25.831

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op hun website. EUCARE publiceert deze gegevens sinds 2023.

Vraag 184

Hoeveel geven zorgverzekeraars jaarlijks uit aan acquisitiekosten? Is dit inclusief of exclusief reclame-uitgaven?

Antwoord

In de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, die sinds de jaarcijfers 2014 door individuele zorgverzekeraars worden gepubliceerd, worden de uitgaven aan acquisitie vermeld. Op basis daarvan is onderstaande tabel opgesteld. Voor de jaren daarvoor zijn geen cijfers beschikbaar. Uit deze cijfers blijkt dat de totale acquisitiekosten (exclusief reclame-uitgaven) voor de basisverzekering in 2024 ca. € 198 miljoen bedragen, oftewel ca. € 14 per premiebetaler.

Ontwikkeling acquisitiekosten (excl. reclame-uitgaven) 2014–2024 op concernniveau (x € 1.000), basisverzekering

Concern/jaar	ASR	CZ	DSW + Stad Holland	EUCARE	Menzis	ONVZ	Salland	VGZ	Zorg & Zekerheid	Zilveren Kruis	Totaal
2014	9.836	39.288	2.060		23.281	8.303	660	64.582	2.182	46.032	196.224
2015	4.503	56.226	2.292		26.902	10.900	1.001	67.224	2.095	45.379	216.522
2016	7.441	57.336	2.251		29.726	9.951	1.267	65.457	2.531	31.163	207.123
2017	6.580	59.519	2.137		27.621	10.644	1.456	65.897	3.174	30.082	207.110
2018	5.768	63.859	2.411		25.944	10.113	1.945	58.093	3.362	20.447	191.942
2019	6.644	50.946	2.291		27.153	10.267	2.007	61.449	3.667	41.222	205.646
2020	13.971	52.327	2.025		27.927	9.348	1.857	57.584	3.719	36.124	204.882
2021	7.116	51.133	2.160		21.812	7.441	1.232	62.516	4.382	33.303	191.095
2022	10.957	47.757	2.125		23.089	7.402	2.826	58.228	5.843	44.961	203.188
2023	6.525	56.715	2.098	15.732	13.522	7.119	672	56.095	5.519	17.019	181.016
2024	4.648	65.528	2.208	11.237	11.386	7.414	461	53.485	6.550	35.199	198.115

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op hun website. EUCARE publiceert deze gegevens sinds 2023.

Vraag 185

Kunt u per zorgverzekeraar de solvabiliteit noemen? Hoe groot is voor elk van deze verzekeraars het bedrag aan reserves bovenop de door de Nederlandse Bank (DNB) vereiste solvabiliteit? Wat is het totaal aan reserves van zorgverzekeraars bovenop de door DNB vereiste solvabiliteit?

Antwoord

Voor 2024 (het jaar waarvoor de meest recente cijfers beschikbaar zijn) vindt u hieronder de aanwezige en vereiste solvabiliteit basisverzekering en de solvabiliteitsratio's. De aanwezige reserves basisverzekering van zorgverzekeraars tezamen bedragen ultimo 2024 € 11,4 miljard. Hiervan is bijna € 8,2 miljard wettelijk vereist. De gewogen gemiddelde solvabiliteitsratio bedraagt 139%.

Solvabiliteit basisverzekering 2024, Solvency II (x € 1 mln.)

	2024	Aanwezige solvabiliteit	Vereiste solvabiliteit	Verschil tussen aanwezige en vereiste solvabiliteit
ASR	139%	244	176	68
CZ	141%	2.521	1.782	739
DSW + Stad Holland	137%	495	362	133
EUCARE	130%	30	23	7
Salland	135%	91	67	23
Menzis	140%	1.362	969	392
ONVZ	135%	255	189	66
VGZ	139%	2.810	2.022	787
Zorg & Zekerheid	154%	368	239	129
Zilveren Kruis	138%	3.252	2.363	889
Macro	139%	11.428	8.193	3.234

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op hun website. Zilveren Kruis betreft een optelling door VWS

van de solvabiliteitscijfers van de verschillende risicodragers van Zilveren Kruis. VGZ betreft een inschatting op basis van de solvabiliteit basis- plus aanvullende verzekering van VGZ, naar rato van de schade basis- en aanvullende verzekering VGZ.

Vraag 186

Hoeveel premiegeld geven zorgverzekeraars uit om zorgaanbieders te controleren?

Antwoord

Uit de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering blijkt dat de totale schadebehandelingskosten voor de basisverzekering in 2024 ca. € 212 miljoen bedragen, oftewel ca. € 15 per premiebetaler. De schadebehandelingskosten omvatten alle kosten die verband houden met de afwikkeling of uitkering van zorgkosten. Welk deel hiervan wordt besteed aan het controleren van zorgaanbieders, is niet bekend.

Vraag 187

Hoe groot is de solvabiliteitsreserve van de zorgverzekeraars op dit moment? Hoe hebben de reserves van de zorgverzekeraars zich de afgelopen tien jaar ontwikkeld?

Antwoord

Voor 2024 (het jaar waarvoor de meest recente cijfers beschikbaar zijn) vindt u hieronder de aanwezige en vereiste solvabiliteit basisverzekering en de solvabiliteitsratio's voor de jaren 2014 t/m 2024. De aanwezige reserves basisverzekering van zorgverzekeraars tezamen bedragen ultimo 2024 € 11,4 miljard. Hiervan is bijna € 8,2 miljard wettelijk vereist. De solvabiliteitsratio bedraagt gemiddeld 139%.

Concern /jaar	ASR	CZ	DSW + SH	EUCARE	Menzis	ONVZ	Salland	VGZ	Z&Z	Zilveren Kruis	Totaal
2014	151%	163%	154%		129%	157%	114%	137%	172%	162%	151%
2015	146%	169%	157%		124%	166%	108%	155%	188%	174%	160%
2016	144%	173%	141%		123%	142%	160%	149%	157%	167%	155%
2017	138%	149%	147%		129%	121%	159%	141%	151%	137%	140%
2018	140%	157%	134%		138%	132%	166%	142%	165%	141%	145%
2019	144%	154%	130%		145%	124%	155%	143%	168%	146%	146%
2020	140%	160%	144%		142%	155%	144%	136%	171%	149%	148%
2021	138%	160%	145%		132%	142%	146%	136%	158%	138%	142%
2022	124%	145%	128%		128%	128%	131%	129%	151%	147%	138%
2023	133%	142%	131%	137%	146%	127%	140%	142%	161%	142%	142%
2024	139%	141%	137%	130%	140%	135%	135%	139%	154%	138%	139%
Aanwe- zige solvabili- teit 2024 (x € 1 mln)	244	2.521	495	30	1.362	255	91	2.810	368	3.252	11.428
Vereiste solvabili- teit 2024 (x € 1 mln)	176	1.782	362	23	969	189	67	2.022	239	2.363	8.193

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op hun website. Zilveren Kruis betreft een optelling door VWS van de solvabiliteitscijfers van de verschillende risicodragers van Zilveren Kruis. VGZ betreft een inschatting op basis van de solvabiliteit basis- plus aanvullende verzekering van VGZ, naar rato van de schade basis- en aanvullende verzekering VGZ. EUCARE publiceert deze gegevens sinds 2023.

Vraag 188

Hoeveel gezonde levensjaren worden er per jaar toegevoegd door het preventieve werk van de GGD'en?

Antwoord

Het preventieve werk van de GGD'en (of andere organisaties) kan niet één op één vertaald worden naar gezonde levensjaren. Wel draagt het preventieve werk van de GGD aantoonbaar bij aan de gezondheid van Nederlanders. Ik doel hiermee onder meer op de infectieziektenbestrijding, de preventie en behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen, en de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (vaccinatieprogramma, gehoorscreening, hielprik), dat veelal onderdeel is van de werkzaamheden van de GGD.

Vraag 189

Welke bezuinigingen en belastingverhogingen zullen de komende jaren gevolgen hebben voor de sport?

Antwoord

De volgende maatregelen uit het Hoofdlijnenakkoord hebben betrekkingen op sport:

- De 10% korting op alle Specifieke Uitkeringen (SPUKS) vanaf 2026 is reeds ingeboekt op de begroting. Dit betreft drie SPUKS op het gebied van Sport en bewegen:
 - SPUK Stimulering Sport;
 - SPUK Brede regeling Combinatiefuncties, nu onderdeel van Brede SPUK tot en met 2026;
 - SPUK Lokale Sportakkoorden nu onderdeel van brede SPUK tot en met 2026.
- De ingeboekte subsidietaakstelling heeft in 2026 een omvang van circa € 34 miljoen. Zo wordt bijna € 6 miljoen bespaard op diverse subsidiebudgetten waaronder onderzoek en innovatie voor de sport. Ook wordt vanaf 2026 een besparing van € 28 miljoen op de BOSA-regeling ingeboekt.
- De trapsgewijze verhoging kansspelbelasting (in 2025 van 30,5 naar 34,2% en in 2026 van 34,2 naar 37,8%) kan gevolgen hebben voor de afdrachten aan NOC*NSF.

Vraag 190

Hoeveel zou het kosten om de btw op sport te verlagen naar nul procent? Hoeveel zou dit kosten als enkel de kosten voor het beoefenen van sport worden verlaagd naar nul procent en de btw op sport kijken op negen procent te houden?

Antwoord

Het is niet mogelijk een 0%-tarief op sport te introduceren omdat dit niet is toegestaan op grond van het Europese recht, dat geldt zowel voor het bezoeken van sportwedstrijden als het beoefenen van sport. Voor meer informatie over de mogelijkheden die de Btw-richtlijn biedt voor het introduceren van verlaagde btw-tarieven verwijst het kabinet naar de brief «Beleidsruimte btw-tarievenrichtlijn»⁵⁸. Sportverenigingen die geen winst beogen zoals voetbal-, korfbal-, volleybalverenigingen, etc., zijn vrijgesteld van btw.

Vraag 191

Hoeveel zou het kosten om alle sporten gratis te maken voor alle jongeren tot 23 jaar?

Antwoord

Er zijn 4,7 miljoen kinderen/jongeren tussen de 0 en 23 jaar. De kosten voor sport lopen erg uiteen. Voor deze berekening wordt uitgegaan van de inschatting per persoon die het Jeugdfonds Sport en Cultuur eerder dit jaar hanteerde. Dit is een gemiddeld bedrag van € 291 per jaar voor

⁵⁸ Kamerstuk 32 140, nr. 119

één abonnement berekend over alle sporten inclusief zwembles. Dit betekent dat als alle sporten gratis worden gemaakt voor jongeren tot en met 23 jaar een bedrag van minimaal afgerond € 1,4 miljard per jaar nodig is om alle jongeren van 0 tot 23 één sport te laten beoefenen. Dit is dan contributievergoeding, geen vergoeding van benodigde materialen.

Vraag 192

Hoeveel kost een gemiddeld sportabonnement voor volwassenen?

Antwoord

Onderzoek van het CBS (2023⁵⁹) geeft aan dat het duurste maandabonnement van een fitnesscentrum gemiddeld € 61 per maand is en het goedkoopste € 31. Het betreft hier een ongewogen gemiddelde van respectievelijk het maandabonnement met de laagste prijs en het maandabonnement met de hoogste prijs. Indien het gemiddelde van deze twee bedragen wordt genomen, komt dat neer op € 46 per maand.

Vraag 193

Hoe hoog is de gemiddelde contributie voor het lidmaatschap van een sportvereniging voor volwassenen?

Antwoord

De door het Mulier Instituut gepubliceerde Contributiemonitor 2024/2025⁶⁰ biedt inzicht in de ontwikkeling van de contributies van verschillende sporttakken. Hierin wordt per sport onderscheiden wat de gemiddelde contributie is voor pupillen, junioren en senioren. De monitor biedt geen inzicht in de gemiddelde contributie voor volwassenen over de gehele sportsector. Voor een overzicht van de gemiddelde contributies van een voetbal-, tennis-, hockey-, en atletiekvereniging verwijst de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport u naar de beantwoording van vraag 194.

Vraag 194

Hoe hoog is de gemiddelde contributie voor een voetbalvereniging, een tennisvereniging, een hockeyvereniging en een atletiekvereniging?

Antwoord

De door het Mulier Instituut gepubliceerde Contributiemonitor 2024/2025 biedt inzicht in de gemiddelde hoogten van de contributies van verschillende sporttakken. Hierin wordt per sport onderscheiden wat de gemiddelde contributie is voor pupillen, junioren en senioren. Uit de Contributiemonitor 2024/2025 blijkt:

- De gemiddelde contributie van voetbalverenigingen in het seizoen 2024/2025 bedraagt voor pupillen € 142, € 171 voor junioren en € 223 voor senioren.
- De gemiddelde contributie van hockeyverenigingen in het seizoen 2024/2025 bedraagt voor pupillen € 260, € 326 voor junioren en € 349 voor senioren.
- De gemiddelde contributie van atletiekverenigingen in het seizoen 2024/2025 bedraagt voor pupillen € 144, € 163 voor junioren en € 169 voor senioren.

De meest recente cijfers van tenniscontributies komen uit de Contributiemonitor 2023/2024. Daarvoor geldt:

- De gemiddelde contributie van tennisverenigingen in het seizoen 2023/2024 bedraagt voor pupillen € 62, € 80 voor junioren en € 151 voor senioren.

⁵⁹ Fitnesscentra; klanten, abonnementsprijzen en voorzieningen, CBS (2023).

⁶⁰ Contributiemonitor 2024/2025, Mulier Instituut (2025).

Vraag 195

Hoeveel kost een gemiddeld sportabonnement voor minderjarigen?

Antwoord

Uit onderzoek van het CBS (2023) blijkt dat van de 2,3 miljoen mensen met een sportabonnement bij een fitnesscentrum, er 250 duizend minderjarig zijn. Er zijn geen onderzoeksgegevens bekend over de gemiddelde prijs van een sportabonnement voor minderjarigen. Voor de beste benadering verwijst de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport u naar de beantwoording van vraag 192.

Vraag 196

Hoe hoog is de gemiddelde contributie voor het lidmaatschap van een sportvereniging voor minderjarigen?

Antwoord

De door het Mulier Instituut gepubliceerde Contributiemonitor 2024/2025 biedt inzicht in de hoogten en ontwikkeling van de contributies van verschillende sporttakken. Hierin wordt per sport onderscheiden wat de gemiddelde contributie is voor pupillen, junioren en senioren. Hiervoor verwijst de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport u naar de beantwoording van vraag 194. De Monitor biedt geen inzicht in de gemiddelde contributie van een sportvereniging voor minderjarigen over de gehele sportsector.

Vraag 197

Hoeveel zou het kosten om iedere jongere tot 23 jaar een vrij besteedbaar sportbudget (bijvoorbeeld via een sportpas) te geven ter hoogte van de kosten van een gemiddeld sportabonnement of contributie van een sportvereniging?

Antwoord

Zoals bij vraag 191 toegelicht, is een bedrag van minimaal afgerond € 1,4 miljard nodig om voor iedere jongere tot en met 23 jaar een vrij besteedbaar sportbudget (bijvoorbeeld via een sportpas) te geven.

Vraag 198

Hoe lang zijn de wachtlijsten voor zwemles?

Antwoord

Via de brief «Aanpak wachtlijsten zwemles en landelijk dekkend aanbod» (Kamerstukken II 2022–2023, 30 234, nr. 366) is de Kamer geïnformeerd over het gegeven dat er geen centraal overzicht van wachttijden voor zwemles bestaat. Dit zou beperkte waarde hebben omdat ouders vaak hun kind al ruim voor de mogelijke startleeftijd (vaak 4–5 jaar) inschrijven of omdat kinderen op meerdere plekken ingeschreven staan. Vorig jaar informeerde de Staatssecretaris van JPS de Kamer met de inschatting van de Nationale Raad Zwemveiligheid over de wachtlijsten voor zwemles. De raad gaf toen aan dat de wachttijd per locatie nog altijd sterk kan differentiëren van 0 tot 24 maanden, maar dat kinderen en hun ouders rekening kunnen houden met een gemiddelde wachttijd van circa 6 maanden. Op dit moment is er geen reden om aan te nemen dat deze wachttijd sterk gewijzigd is.

Vraag 199

Hoe groot is het tekort aan zwemdocenten?

Antwoord

In het najaar van 2025 staan ongeveer 80 vacatures open voor zwemdocenten via het platform «Werken in het water». In de zomer van 2024 is de

Vereniging Werkgevers in Zwembaden en Zwemscholen een arbeidsmarktcampagne gestart via de website www.werkeninhetwater.nl om werken in zwembaden aantrekkelijker te maken.

Vraag 200

Hoeveel houden mensen die intramuraal wonen met een Wet langdurige zorg (Wlz)-indicatie met een hoge eigen bijdrage maandelijks gemiddeld over na betaling daarvan?

Antwoord

De hoogte van de intramurale eigen bijdrage Wlz hangt van veel factoren af, zoals het inkomen, het vermogen, de betaalde belasting, de leeftijd, en de huishoudsamenstelling. Het bedrag dat de cliënt uiteindelijk overhoudt hangt dan ook sterk af van de individuele situatie. De variatie tussen de cliënten is daarom ook groot en de waarde die het gemiddelde bedrag dat overblijft na eigen betalingen representeert, is daarom beperkt. Wel is het mogelijk een versimpelde berekening te maken voor de grootste groep die verblijft in een intramurale instelling, namelijk de alleenstaande zonder vermogen. Op basis van de gegevens van de CBS microdata is het gemiddelde bedrag dat deze groep overhoudt € 942 per maand na betaling van de eigen bijdrage Wlz in 2023. De systematiek van de eigen bijdrage Wlz waarborgt dat cliënten altijd tenminste het zak- en kleedgeld overhouden na betaling van de eigen bijdrage. De hoogte van het zak- en kleedgeld is in 2025 € 426 per maand voor een alleenstaande.

Vraag 201

Hoeveel houden mensen met een beperking die intramuraal wonen met een Wlz-indicatie met een hoge eigen bijdrage maandelijks gemiddeld over na betaling daarvan?

Antwoord

De hoogte van de intramurale eigen bijdrage Wlz hangt van veel factoren af, zoals het inkomen, het vermogen, de betaalde belasting, de leeftijd, en de huishoudsamenstelling. Het bedrag dat de cliënt uiteindelijk overhoudt hangt dan ook sterk af van de individuele situatie. De variatie tussen de cliënten is daarom ook groot en de waarde die het *gemiddelde* bedrag dat overblijft na eigen betalingen representeert, is daarom beperkt.

Wel is het mogelijk een versimpelde berekening te maken voor de grootste groep die verblijft in de intramurale gehandicaptenzorg, nl. een alleenstaande zonder vermogen. Op basis van microdata van het CBS uit 2023 hielden deze cliënten gemiddeld € 897 per maand over na betaling van de eigen bijdrage Wlz in 2023.

Vraag 202

Hoeveel houden ouderen die intramuraal wonen met een Wlz-indicatie met een hoge eigen bijdrage maandelijks gemiddeld over na betaling daarvan?

Antwoord

De hoogte van de intramurale eigen bijdrage Wlz hangt van veel factoren af, zoals het inkomen, het vermogen, de betaalde belasting, de leeftijd, en de huishoudsamenstelling. Het bedrag dat de cliënt uiteindelijk overhoudt hangt dan ook sterk af van de individuele situatie. De variatie tussen de cliënten is daarom ook groot en de waarde die het *gemiddelde* bedrag dat overblijft na eigen betalingen representeert, is daarom beperkt.

Wel is het mogelijk een versimpelde berekening te maken voor de grootste groep die verblijft in de intramurale verpleging & verzorging, nl. een alleenstaande zonder vermogen. Op basis van microdata van het CBS

uit 2023 hielden deze cliënten gemiddeld € 992 per maand over na betaling van de eigen bijdrage Wlz in 2023.

Vraag 203

Hoeveel houden mensen met een minimuminkomen die intramuraal wonen met een Wlz-indicatie met een hoge eigen bijdrage maandelijks gemiddeld over na betaling daarvan?

Antwoord

AOW-gerechtigde cliënten en niet AOW-gerechtigde cliënten hebben een verschillend minimuminkomen. Een alleenstaande AOW'er, met alleen AOW en geen vermogen houdt na betaling van de eigen bijdrage Wlz, de nominale Zvw-premie, het (gemiddelde) eigen risico Zvw en de ontvangst van de zorgtoeslag € 748 per maand over. Bij een alleenstaande met alleen een Wajong-uitkering en geen vermogen is dit € 731 per maand. Hierbij is er van uitgegaan dat er in beide gevallen loonbelasting is betaald en er geen gebruik is gemaakt van aftrekposten.

Vraag 204

Hoeveel houden mensen met een beperking en een minimuminkomen die intramuraal wonen met een Wlz-indicatie met een hoge eigen bijdrage maandelijks gemiddeld over na betaling daarvan?

Antwoord

Onder de aanname dat een cliënt in de gehandicaptenzorg nog niet AOW-gerechtigd is en geen partner en geen vermogen heeft, wordt een minimuminkomen gelijk gesteld aan de Wajong-uitkering. De cliënt houdt na betaling van de eigen bijdrage Wlz, de nominale Zvw-premie, het (gemiddelde) eigen risico Zvw en na ontvangst van de zorgtoeslag € 731 per maand over.

Vraag 205

Hoeveel houden ouderen met een minimuminkomen die intramuraal wonen met een Wlz-indicatie met een hoge eigen bijdrage maandelijks gemiddeld over na betaling daarvan?

Antwoord

Onder de aanname dat een cliënt in de verpleging & verzorging AOW-gerechtigd is en geen partner en geen vermogen heeft, wordt een minimuminkomen gelijk gesteld aan de AOW-uitkering. De cliënt houdt na betaling van de eigen bijdrage Wlz, de nominale Zvw-premie, het (gemiddelde) eigen risico Zvw en na ontvangst van de zorgtoeslag € 748 per maand over.

Vraag 206

Hoe heeft het aantal onverzekerde Nederlanders zich de afgelopen jaren ontwikkeld?

Antwoord

Het precieze aantal onverzekerde Nederlanders en de ontwikkeling daarvan, is onbekend. Veel onverzekerde Nederlanders zijn niet zichtbaar in overheidssystemen. Zij kunnen daarom niet worden opgespoord door de SVB, niet worden aangeschreven door het CAK, en niet worden beboet en ambtshalve verzekerd door het CAK. Deze werkwijze betreft de regeling Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering. In dit proces zitten doorgaans circa 25.000 mensen, waarvan een groot deel arbeidsmigranten en buitenlandse studenten. Een onbekend deel van dit aantal is een Nederlandse ingezetene.

Voor een indicatie van het aantal onverzekerde Nederlanders kan ook gekeken worden naar de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV). Zorgaanbieders kunnen de kosten van zorg aan onverzekerden declareren bij het CAK ten laste van de SOV. Het CAK stelt dat ongeveer 30% van de zorgkosten van de SOV (het totaal bedraagt circa € 100 miljoen in 2025) wordt gemaakt voor mensen met een Nederlandse nationaliteit. Gemiddeld genomen wordt er voor circa 32.000 patiënten per jaar gedeclareerd. Dit zou betekenen dat de zorg aan circa 10.000 onverzekerde Nederlanders ten laste komt van de SOV. Het totale aantal onverzekerde Nederlanders – inclusief de onverzekerde Nederlanders aan wie geen zorg wordt geleverd ten laste van de SOV – is onbekend.

Vraag 207

Hoeveel zou het kosten om het aantal plaatsen in de vrouwenopvang te verhogen naar 1.800, in lijn met het verdrag van Istanbul?

Antwoord

Branchevereniging Valente heeft in het kader van het huidige capaciteits-tekort een berekening gemaakt waarbij geldt dat voor de realisatie van 153 extra opvangplaatsen (30 crisisplekken en 123 vervolglekken) structureel € 12 miljoen nodig is. Gemiddeld genomen is daarmee 78.431 euro benodigd voor de financiering van één opvangplaats in de vrouwenopvang. De verantwoordelijkheid voor het organiseren en financieren van de vrouwenopvang is een gemeentelijke verantwoordelijkheid op grond van de Wmo2015. Er kunnen regionale verschillen bestaan in kostprijzen die gelden voor de vrouwenopvang en er bestaat geen landelijk inzicht in deze kostprijzen. In het Verdrag van Istanbul is de aanbeveling opgenomen de norm van 1 opvangplaats per 10.000 inwoners te hanteren. Daarbij wordt gesteld dat het daadwerkelijk aantal opvangplaatsen moet worden afgestemd op de nationale context van de lidstaat; de norm is daarmee geen verplichting. Voor de Nederlandse context is met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en branchevereniging Valente besproken dat 1.800 opvangplaatsen niet passend is in verhouding tot het aantal slachtoffers met een opvangbehoefte; het is echter lastig te bepalen welk aantal wel passend is voor de Nederlandse context. Hierover vinden continu gesprekken plaats.

Vraag 208

Hoeveel zou het kosten om het eigen risico voor slachtoffers van seksueel geweld af te schaffen?

Antwoord

Slachtoffers van seksueel geweld kunnen kosteloos hulp zoeken bij het Centrum Seksueel Geweld. Op basis van de situatie en behoeften van het slachtoffer wordt bepaald welke zorg nodig is. Het is niet voor alle slachtoffers van seksueel geweld noodzakelijk om medische zorg en/of psychologische zorg te ontvangen, maar zo nodig wordt forensische en medische zorg geboden. Bijvoorbeeld medisch onderzoek en behandeling als er letsel is. Indien sprake is van ernstig psychische klachten wordt vanuit het CSG doorverwezen naar de reguliere GGZ. Er is daarmee niet een standaard pakket aan zorg dat wordt geboden, maar maatwerk dat wordt geleverd per slachtoffer op basis van zijn of haar behoeftes.

Voor sommige medische zorg geldt het eigen risico. De hoogte van het eigen risico wat in rekening wordt gebracht is afhankelijk van welke Zvw-zorg iemand nodig heeft en/of het eigen risico al volledig of deels is verbruikt aan andere vormen van zorg op het moment dat iemand na seksueel geweld medische zorg ontvangt.

Het Nederlandse zorgstelsel is zo ingericht dat op iedere verzekerde van 18 jaar of ouder het verplicht eigen risico van toepassing is. Daarbij is niet relevant of de medische noodzaak voor zorg ontstaat door ziekte, een aandoening of een externe oorzaak zoals geweld. Uitzonderingen gelden alleen voor bepaalde zorgvormen zoals de huisartsenzorg en verloskundige zorg.

De medische handelingen worden gedeclareerd bij zorgverzekeraars via de reguliere prestatie- en declaratiecodes. In deze declaratiecodes is niet opgenomen wat de aanleiding voor de medische zorg is. Het is daarmee niet te herleiden op basis van declaraties of medische zorg wordt verleend vanwege seksueel geweld en hoeveel kosten hiermee gemoeid zijn. We hebben dan ook geen inzicht in om hoeveel slachtoffers het gaat, hoeveel behandelingen het betreft en wat het zou kosten om deze zorg uit te sluiten van het eigen risico.

Vraag 209

Hoeveel zou het kosten om het Centrum Seksueel Geweld uit te zonderen van het eigen risico?

Antwoord

Slachtoffers van seksueel geweld kunnen kosteloos hulp zoeken bij het Centrum Seksueel Geweld. Op basis van de situatie en behoeften van het slachtoffer wordt bepaald welke zorg nodig is. Het is niet voor alle slachtoffers van seksueel geweld noodzakelijk om medische zorg en/of psychologische zorg te ontvangen, maar zo nodig wordt forensische en medische zorg geboden. Bijvoorbeeld medisch onderzoek en behandeling als er letsel is. Indien sprake is van ernstig psychische klachten wordt vanuit het CSG doorverwezen naar de reguliere GGZ. Er is daarmee niet een standaard pakket aan zorg dat wordt geboden, maar maatwerk dat wordt geleverd per slachtoffer op basis van zijn of haar behoeftes.

Voor sommige medische zorg geldt het eigen risico. De hoogte van het eigen risico wat in rekening wordt gebracht is afhankelijk van welke Zvw-zorg iemand nodig heeft en/of het eigen risico al volledig of deels is verbruikt aan andere vormen van zorg op het moment dat iemand na seksueel geweld medische zorg ontvangt.

Het Nederlandse zorgstelsel is zo ingericht dat op iedere verzekerde van 18 jaar of ouder het verplicht eigen risico van toepassing is. Daarbij is niet relevant of de medische noodzaak voor zorg ontstaat door ziekte, een aandoening of een externe oorzaak zoals geweld. Uitzonderingen gelden alleen voor bepaalde zorgvormen zoals de huisartsenzorg en verloskundige zorg.

De medische handelingen worden gedeclareerd bij zorgverzekeraars via de reguliere prestatie- en declaratiecodes. In deze declaratiecodes is niet opgenomen wat de aanleiding voor de medische zorg is. Het is daarmee niet te herleiden op basis van declaraties of medische zorg wordt verleend vanwege seksueel geweld en hoeveel kosten hiermee gemoeid zijn. We hebben dan ook geen inzicht in om hoeveel slachtoffers het gaat, hoeveel behandelingen het betreft en wat het zou kosten om deze zorg uit te sluiten van het eigen risico.

Vraag 210

Hoe groot zijn de verschillen tussen gemeenten in de uitgaven aan jeugdzorg?

Antwoord

De verschillen tussen uitgaven van gemeenten aan jeugdzorg worden niet landelijk gemonitord. Met een eerder onderzoek⁶¹ zijn de totale uitgaven van gemeenten aan jeugdzorg voor 2023 en een prognose voor 2024 in beeld gebracht. Er is via de lv3-cijfers (gemeentelijke jaarverantwoording) wel inzicht in de uitgaven van gemeenten aan maatwerkvoorzieningen in de jeugdzorg. Dit geeft echter geen volledig beeld van de totale uitgaven aan jeugdzorg.

Vraag 211

Hoe groot zijn de verschillen tussen gemeenten als het gaat om de tekorten op het jeugdzorgbudget?

Antwoord

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft geen landelijk overzicht van welke gemeenten een tekort op jeugdzorg hebben. De middelen uit de Algemene Uitkering van het Gemeentefonds zijn beleids- en bestedingsvrij voor gemeenten. Het is aan individuele gemeenten hoe zij hun ontvangsten uit het gemeentefonds inzetten. De gemeenteraad stelt jaarlijks een begroting vast en de gemeente dient ervoor te zorgen dat deze structureel en reëel in evenwicht is.

Met een eerder onderzoek⁶² naar de uitgaven in 2023 en 2024 is geconstateerd dat het Meerjarig Financieel Kader uit de Hervormingsagenda en de totale uitgaven van gemeenten aan jeugdzorg niet in lijn waren met elkaar. De tekorten die hierin naar voren komen, respectievelijk € 628 miljoen in 2023 en € 828 miljoen in 2024, zijn dit jaar bij de Voorjaarsnota en de augustusbesluitvorming betrokken.

Om toch een indicatief beeld te krijgen in hoeverre gemeenten uitkomen met het budget voor jeugdzorg, is in 2024 een analyse gemaakt op basis van de lv3-data (gemeentelijke jaarverantwoording) en het Meerjarig Financieel Kader van de Hervormingsagenda Jeugd. Op basis hiervan blijkt dat er grote verschillen tussen gemeenten zijn⁶³.

Vraag 212

Hoe groot zijn de verschillen tussen gemeenten als het gaat om de voorzieningen voor mensen met een beperking?

Antwoord

Er bestaan verschillen tussen gemeenten als het gaat om voorzieningen voor mensen met een beperking. Dit is inherent aan een gedecentraliseerd stelsel met gemeentelijke beleidsvrijheid. In de werkagenda VN-Verdrag Handicap staat een maatregel om onderzoek te doen naar deze verschillen tussen gemeenten. Het gaat daarbij om de vraag welke verschillen er worden ervaren, zijn deze verschillen verklaarbaar binnen het decentrale stelsel en hoe kan er waar mogelijk en wenselijk meer harmonisatie in het lokale beleid worden aangebracht. De uitkomsten van dit onderzoek – dat de VNG zal doen samen met ervaringsdeskundigen – zal de Staatssecretaris van Langdurige en Maatschappelijke Zorg met uw Kamer delen.

Vraag 213

Kunt u per begrotingsartikel een overzicht geven van waar de niet-juridisch verplichte uitgaven voor bestemd zijn? Kunt u daarbij ook expliciet aangeven voor welk bedrag nog geen specifieke bestemming bestaat?

⁶¹ Gedeeld als bijlage met Kamerstuk 31 839, nr. 1031

⁶² Gedeeld als bijlage bij Kamerstukken II, 2024/25, 31 839, nr. 1031

⁶³ Kamerstukken II, 2024/25, 31 839, nr. 1063

Antwoord

In de Ontwerpbegroting 2026 staat onder «budgettaire gevolgen van beleid» toegelicht welk aandeel van de middelen wel of niet juridisch verplicht zijn. Dit noemen we de budgetflexibiliteit. Dit is voor ieder artikel per instrument inzichtelijk gemaakt. Ook is per artikel het percentage van de totaalomvang weergegeven van de middelen die nog niet ingevuld, en daarmee vrij te besteden is.

Vraag 214

In hoeverre deelt u de vrees dat het aantal weesgeneesmiddelen dat de komende tijd niet aan de criteria van kosteneffectiviteit voldoen, toeneemt. Hoe wilt u waarborgen dat deze weesgeneesmiddelen wel beschikbaar komen? Denkt u dat dit kan binnen de huidige regelgeving of dat alternatieve procedures zoals Orphan Drug Access Protocol (ODAP) noodzakelijk zijn?

Antwoord

- Op basis van de prijs die de leverancier vaststelt, komt het steeds vaker voor dat weesgeneesmiddelen niet kosteneffectief zijn.
- De balans tussen de gezondheidswinst voor de patiënt en de prijs van het geneesmiddel is dan ongunstig
- De Minister van VWS kan dan door het Zorginstituut worden geadviseerd om te onderhandelen over de prijs van een weesgeneesmiddel om zodoende te grote financiële risico's af te dekken, zodat ook deze niet-kosteneffectieve weesgeneesmiddelen na een succesvolle prijsonderhandeling beschikbaar kunnen komen voor patiënten.
- Daarnaast bekijkt de Minister momenteel, in vervolg op de beleidsmatige evaluatie ervan, of het instrument van de Voorwaardelijke Toelating, dat momenteel specifiek bedoeld is om patiënten onder voorwaarden toegang te geven tot weesgeneesmiddelen waarvan de effectiviteit (laat staan de kosteneffectiviteit) nog niet vaststaat, kan en moet worden aangepast. Hierbij betreft hij ook vergelijkbare initiatieven als DAP en ODAP. De Minister wil er daarbij wel op wijzen dat deze initiatieven zich richten op de beoordeling van effectiviteit (en niet kosteneffectiviteit) en dat in eerste instantie beoordelen op uitkomsten in een individuele patiënt, hoewel uiteindelijk gestreefd wordt naar effectiviteit op groepsniveau.
- Het vraagstuk van beperkte data en dus grote onzekerheid bij dit type geneesmiddelen, is ook onderdeel van de inzet van de Minister voor een toekomstbestendig stelsel geneesmiddelen (TSG). Hierover informeert hij uw Kamer voor het einde van dit jaar.
- In de situaties waarin een leverancier niet bereid is een bod te doen dat maatschappelijk aanvaardbaar is, blijft het geneesmiddel niet beschikbaar voor de patiënten. Elke euro kan maar één keer worden uitgeven. Met het beschikbare budget dient de meeste gezondheidswinst behaald te worden. Meer betalen dan de maatschappelijk vastgestelde waarde betekent dat die euro's niet meer aan iets anders uitgegeven kan worden dat potentieel meer gezondheidswinst oplevert.

Vraag 215

Vindt u het gerechtvaardigd dat mannen wel toegang hebben tot een extern en vergoede externe katheter, maar vrouwen niet? Ziet u hierin een risico op (onbedoelde) discriminatie op basis van gender? Bent u bereid te onderzoeken hoe externe katheters voor vrouwen opgenomen kunnen worden in het basispakket?

Antwoord

Het geschetste beeld in de vraag herken ik niet. Externe katheters kunnen namelijk vergoed worden uit het basispakket als een verzekerde daar

redelijkerwijs op is aangewezen. Voor de vergoeding van katheters maakt de wet- en regelgeving geen onderscheid in geslacht, en ook niet of het een externe of interne katheter betreft.

Wel kan het zijn dat de aangevraagde externe katheter voor een individuele verzekerde niet vergoed wordt. Redenen hiervoor kunnen zijn dat onduidelijk is of de katheter voldoet aan het wettelijk criterium de «stand van de wetenschap en praktijk». Of omdat vergoeding van de katheter volgens de beoordeling van de zorgverzekeraar niet gerechtvaardigd is. Dat kan als er geen medische noodzaak is voor de katheter, de aangevraagde katheter niet de meest geschikte oplossing is, of omdat het onnodig duur is. Ik zie geen reden om dit verder te onderzoeken.

Vraag 216

Hoe staat het met de uitvoering van het amendement-Dobbe over het oprichten van een team dat actief ondersteunt bij het opzetten van zorgbuurthuizen en vergelijkbare woonzorgvormen voor ouderen (Kamerstuk 36 725 XVI-7)? Hoe kunnen mensen of organisaties die een zorgbuurthuis willen oprichten hier toegang toe krijgen?

Antwoord

De Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg is in gesprek met het Aanjaagteam Wonen Welzijn en Zorg voor ouderen om de komende maanden te gaan verkennen hoe we dat ondersteuningsteam het beste kunnen inrichten.

Vraag 217

Worden de middelen die zijn vrijgemaakt via het amendement-Dobbe over het oprichten van een team dat actief ondersteunt bij het opzetten van zorgbuurthuizen en vergelijkbare woonzorgvormen voor ouderen (Kamerstuk 36 725 XVI-7) ook in 2026 hiervoor beschikbaar gesteld?

Antwoord

Het Aanjaagteam Wonen Welzijn en Zorg voor Ouderen gaat de komende maanden verkennen hoe we het ondersteuningsteam het beste kunnen inrichten. Aan de hand van deze verkenning bekijkt de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg of hiervoor de komende jaren middelen nodig en beschikbaar zijn. Voor 2026 zijn hiervoor geen middelen gereserveerd op de begroting van VWS. Wel zet het Aanjaagteam Wonen Welzijn en Zorg voor Ouderen zich tot juli 2026 in voor het opzetten van nieuwe woonzorgvormen.

Vraag 218

Hoe wordt de overgenomen motie over afspraken over een regionaal budget uitgevoerd?

Antwoord

De motie verzoekt de regering ervoor te zorgen dat de verschillende financiers van de verschillende wetten op regionaal niveau afspraken maken over een regionaal budget en daarbij ook afspraken maken over de verantwoording van deze middelen.⁶⁴ Dit verzoek is in lijn met verschillende mogelijkheden die er op dit moment al zijn (zoals de IZA SPUK's en de transformatiemiddelen) en de verschillende (landelijke) initiatieven die erop gericht zijn om wetgeving beter op elkaar aan te laten sluiten. Een voorbeeld hiervan is de verkenning naar het beter op elkaar afstemmen en mogelijk samenvoegen van zorgwetten.

⁶⁴ TK 2024/2025, 34 104, nr. 439.

De komende tijd worden er met de uitvoering van het AZWA (zoals hoofdstuk D5 en D6 en de doorbraakmiddelen) verdere stappen gezet. Ik blijf deze ontwikkelingen en de praktijkervaringen nauwgezet volgen om uiteindelijk te bepalen of op termijn aanvullende maatregelen nodig zijn. Mocht dit het geval zijn, dan zal ik uw Kamer hierover informeren via de voortgangsbrieven rondom het IZA en het AZWA.

Vraag 219

Worden zorgboerderijen en andere kleinschalige zorgaanbieders expliciet meegenomen in de uitbreiding van de veldbevraging over zinnige administratie en verslaglegging naar overige zorgsectoren?

Antwoord

Zorgprofessionals in de wijkverpleging, huisartsenzorg en GGZ doen al mee met de veldbevraging administratieve lasten in de zorg. Daarin wordt de zorgprofessional bevraagd over hoe we in praktijk kunnen komen tot zinnige administratie die past binnen maximaal 20 procent administratietijd. Brancheorganisaties en beroepsverenigingen van de overige sectoren die lid zijn van de Regiegroep Aanpak Regeldruk, zullen gevraagd worden om deel te nemen aan de tweede tranche van de veldbevraging die plaatsvindt in 2026. Brancheorganisaties en beroepsverenigingen selecteren zelf de teams binnen de eigen sector voor deelname aan de veldbevraging. Dit is belangrijk omdat deze organisaties het best weten waar de grootste knelpunten zitten. Doorgaans richt de veldbevraging zich op een mix van diverse zorgprofessionals en aanbieders. De brancheorganisaties en beroepsverenigingen kunnen ook bepalen hoe kleine zorgaanbieders en zorgboerderijen betrokken worden.

Vraag 220

In hoeverre is er inzicht in de specifieke administratieve lasten die zorgboeren ervaren, bijvoorbeeld bij het voldoen aan eisen vanuit meerdere domeinen (landbouw, welzijn, Wlz, Wmo 2015, Jeugdwet)?

Antwoord

Het is bekend dat zorgboeren administratieve lasten ervaren. Hierover hebben zorgboeren de afgelopen jaren meerdere gesprekken gevoerd met het Ministerie van VWS. Waar mogelijk wordt ingezet op synergie in wet- en regelgeving van het Ministerie van VWS en het terugdringen van administratieve lasten. Zo is per 1 januari 2025 een wijziging van de Regeling openbare jaarverantwoording WMG in werking getreden. Deze wijziging maakt het mogelijk dat micro-zorgaanbieders zich volgens een lichter verantwoordingsregime kunnen verantwoorden. Verder werkt het Ministerie van VWS met de Regiegroep Aanpak Regeldruk gezamenlijk aan regeldrukvermindering in de gehele zorgsector.

Vraag 221

Hoe wordt geborgd dat de effecten van de regeldrukaanpak ook daadwerkelijk merkbaar worden bij kleinschalige zorgaanbieders, en niet alleen bij grote organisaties?

Antwoord

De aanpak voor regeldrukvermindering richt zich op het schrappen, versoepelen, uniformeren of anderszins aanpassen van (de toepassing van) regels in de zorg. Dat is in het belang van zowel grote als kleine zorgorganisaties. Doel is dat zorgverleners gemiddeld maximaal 20% van hun tijd per week kwijt zijn aan administratie. Bij concrete projecten rond regeldrukvermindering, bijvoorbeeld rond de afspraken gemaakt in het AZWA, zullen de aangesloten partijen ermee rekening houden dat regeldrukvermindering evenredig verdeeld is. Zo is het aan branche- en beroepsorganisaties in de zorg om ervoor te zorgen dat hun inbreng

binnen bijvoorbeeld de Regiegroep Aanpak Regeldruk representatief is voor hun hele achterban, waaronder kleinschalige zorgaanbieders.

Vraag 222

Hoe gaat u om met innovatieve medicijntrajecten voor Long-Covid? Zijn er al medicijntrajecten in zicht en welke rol ligt hier voor zorgverzekeraars?

Antwoord

Vanuit het ZonMw onderzoeksprogramma voor post-COVID⁶⁵ worden verschillende studies naar medicijnen gefinancierd, zowel voor kinderen als volwassenen. Een deel van deze studies vindt plaats in de post-COVID expertisecentra. Daarbij gaat het met name om onderzoek naar bestaande medicijnen die al gebruikt worden bij andere ziektes of vergelijkbare klachten.

De ontwikkeling van nieuwe, post-COVID specifieke medicijnen zal naar verwachting nog even op zich laten wachten, omdat nog veel onduidelijk is over de oorzaken van post-COVID. De hoop is dat inzichten uit biomedisch onderzoek die ontwikkeling een stapje dichterbij brengt. Daarom wordt hier binnen het ZonMw post-COVID programma op ingezet. Een voorbeeld voor specifiek het testen van medicijnen voor post-COVID patiënten is de RECLAIM studie⁶⁶.

Om de resultaten uit de medicijnstudies door te geleiden naar de praktijk zullen deze moeten worden opgenomen in richtlijnen. Deze worden op basis van publicaties ontwikkeld door de beroepsgroepen. In het door ZonMw gefinancierde post-COVID Netwerk Nederland (PCNN) is een kennisinfrastructuur ontworpen om onderzoeksresultaten te laten landen in de praktijk en dit is ook expliciet onderdeel van de opdracht van de post-COVID expertisecentra. Zorgverzekeraars zijn bij de totstandkoming van deze post-COVID expertisecentra nauw betrokken.

Vraag 223

Wat is de exacte instellingssubsidie die u heeft toegekend aan de Nederlandse Transplantatie Stichting voor 2026?

Antwoord

Voor 2026 kan de NTS € 17.465.355 aan instellingssubsidie aanvragen.

Vraag 224

Heeft u een impactanalyse voor de orgaan- en weefselketen gedaan van het gevolg van de korting die aan de Nederlandse Transplantatie Stichting is opgelegd?

Antwoord

Nee. Omdat inmiddels is besloten dat de instellingssubsidie voor de NTS wordt opgehoogd om rekening te houden met de loon- en prijsontwikkeling (OVA) voor 2026 is deze vraag niet langer aan de orde.

Vraag 225

Kunnen alle ombuigingen voor het jaar 2026 in een tabel worden weergegeven?

Antwoord

In het antwoord op vraag 73 staan alle ombuigingen en taakstellingen meerjarig in een tabel toegelicht.

⁶⁵ Post-COVID: onderzoeksprogramma, kennisinfrastructuur en expertis

⁶⁶ <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/reclaim-minocycline-vs-placebo-reclaim-mp>

Vraag 226

Kunnen alle taakstellingen voor 2026 in een tabel worden weergegeven?

Antwoord

In het antwoord op vraag 73 staan alle ombuigingen en taakstellingen meerjarig in een tabel toegelicht.

Vraag 227

Kan nader worden toegelicht hoe het kan dat de Wlz-premie gelijk blijft, maar de Wlz-kosten stijgen?

Antwoord

De Wlz-premie wordt niet lastendekkend vastgesteld. Het premiepercentage wordt sinds de invoering van de Wlz in 2015 constant gehouden op 9,65% van de premiegrondslag in de eerste schijf van de inkomstenbelasting. De premieontvangsten groeien daardoor mee met de inkomsten van burgers, niet met de Wlz-uitgaven. De groei van de uitgaven hangt samen met de groei van de zorgbehoefte. De zorgbehoefte neemt sneller toe dan het inkomen. Voor een belangrijk deel is dit het gevolg van een vergrijzende bevolking waardoor vooral de vraag naar ouderenzorg toeneemt. Het verschil tussen de premieontvangsten en de Wlz-uitgaven wordt aangevuld met rijksbijdragen aan het Fonds langdurige zorg, zodat er geen tekorten ontstaan in de financiering van de Wlz. De rijksbijdragen worden betaald uit de algemene middelen.

Vraag 228

Wat wordt er op (ziekte)preventie bezuinigd?

Antwoord

De VWS-begroting voor 2026 bevat enkele bezuinigingen die voor een deel betrekking hebben op preventie. Zo is er een taakstelling van € 300 miljoen op publieke gezondheid in het hoofdlijnenakkoord opgenomen, wat betekent dat de middelen rondom pandemische paraatheid worden afgebouwd tot nul in 2029. Daarnaast zijn ook subsidies op o.a. het terrein van preventie met 10% gekort en zijn de gelden voor SPUKs waaronder de Brede SPUK met preventiemiddelen met 10% gekort. De VWS-begroting kent onder artikel 1 het specifieke artikelonderdeel ziektepreventie. Dit onderdeel bevat meerdere instrumenten waaronder bijdragen aan het RIVM en subsidies. Het budget bij dit artikelonderdeel loopt af, echter is niet de volledige afloop een bezuiniging. De budgetten in de begroting die zijn gereserveerd voor het RIVM bestaan uit structurele en tijdelijke budgetten. Daardoor lopen de budgetten voor een deel af. Wel is een taakstelling doorgevoerd op de budgetten voor het RIVM voor € 29 miljoen structureel waardoor over de hele breedte van het portfolio keuzes moeten worden gemaakt in de programmering. Deze keuzes zullen met uw Kamer worden gedeeld via de beleidsinhoudelijke brieven waar deze programma's aan bijdragen. Daarnaast staat een deel van de middelen voor het voormalige programma pandemische paraatheid op dit artikelonderdeel. Deze middelen lopen zoals eerder benoemd af vanwege de taakstelling van € 300 miljoen op publieke gezondheid in het hoofdlijnenakkoord. Tevens staan op dit artikelonderdeel middelen voor de bestrijding van Covid-19. Over de beschikbaarheid van deze middelen wordt tot nu toe jaarlijks besloten waardoor deze middelen vanaf 2027 en verder niet structureel in het budget zitten. Als laatste bevat dit artikelonderdeel subsidies, die met het hoofdlijnenakkoord zoals eerder benoemd 10% zijn gekort vanaf 2026 wat terug is te zien in de budgetten.

Vraag 229

Hoeveel minder vacatures worden er naar verwachting vervuld in de zorg door het wegvallen van de arbeidsmarktmiddelen?

Antwoord

De genoemde arbeidsmarktmiddelen dienden ter tijdelijke ondersteuning van de werkgevers en zijn deels ingezet voor het opleiden van medewerkers in de sector zorg en welzijn. Verder zijn onder andere middelen beschikbaar gesteld voor instrumenten gericht op het behoud van medewerkers.

In september 2024 is een eindevaluatie gedaan van Sectorplanplus over de periode van 2017 tot en met 2022. Een van de conclusies was dat op basis van de arbeidsmarkt cijfers niet concreet is vast te stellen hoe groot het effect is van Sectorplanplus op bijvoorbeeld de instroom en het behoud van personeel. Ook voor de werkgever is dit vaak niet goed mogelijk. Het is voor werkgevers lastig om de invloed van Sectorplanplus los te zien van andere ontwikkelingen en beleid dat ze voeren. Ook houden werkgevers zich veelal (nog) niet bezig met het meten en bepalen van de mogelijke effecten. Het is derhalve niet goed mogelijk om een concreet aantal te koppelen aan het positieve effect noch het effect door het wegvallen van de middelen.

Daarnaast is het goed om op te merken dat er momenteel gesprekken gaande zijn met veldpartijen over de invulling van de structurele financiering van opleidingskosten. Voor het opleiden buiten het ziekenhuis is in 2026 € 53 miljoen beschikbaar oplopend tot € 185 miljoen in 2029. Voor het opleiden in het ziekenhuis is hetzelfde budget als voorheen beschikbaar.

Het is primair de verantwoordelijkheid van werkgevers om het vakmanschap en werkplezier van hun werknemers te borgen. Hetzelfde geldt voor het vervullen van vacatures binnen hun organisatie. Het is aan werkgevers om met een passend HR-beleid uitvoering te geven aan deze aspecten.

Vraag 230

Kan precies worden toegelicht worden welke ombuigingen op de pandemische paraatheid niet worden teruggedraaid?

Antwoord

Zoals ik uw Kamer in juli heb geïnformeerd heeft binnen het weerbare zorg programma een herschikking plaatsgevonden om deze bezuiniging op een aantal onderdelen incidenteel op te vangen. Daarmee wordt voorkomen dat op korte termijn onomkeerbare schade ontstaat op een aantal posten die van groot belang zijn voor weerbare zorg. Dit biedt (nog) geen structurele oplossing en er zijn daarmee maar enkele ombuigingen structureel teruggedraaid. Voor het overige deel zoek ik nog naar alternatieve structurele middelen. Concreet zijn voor de versterkingen van de GGD'en, het RIVM (inclusief de Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI)) en inzicht in patiëntenspreiding en capaciteit voor het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) extra middelen gevonden. Deze financiering loopt tot en met 2028. De uitzondering hierop vormt de post -Inzicht in zorgcapaciteit/patiëntenspreiding en Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ). Vanwege de verplichte afbouwperiode van drie jaar wordt deze post incidenteel tot en met 2029 voor een klein deel gedekt.

Vraag 231

Wat zijn de consequenties van het maar deels teruggedraaien van de ombuigingen op de pandemische paraatheid?

Antwoord

Het maar deels en overigens ook voornamelijk tijdelijk terugdraaien van de ombuigingen betekent dat er nog steeds onzekerheid is voor een groot deel van de maatregelen pandemische paraatheid met name in de publieke gezondheid. Concreet kan ik door deze onzekerheid bijvoorbeeld de aanbesteding van het IV IZB systeem niet in de markt zetten terwijl – binnen de reikwijdte van het advies van de Adviescommissie ICT⁶⁷ – wel aan de verdere voorbereidingen wordt doorgewerkt. Ook is er grote onzekerheid bij GGD'en en RIVM over de continuering van investeringen in personeel en infrastructuur die zijn gedaan met de middelen voor pandemische paraatheid. Denk aan de LFI, de rioolwatersurveillance en het extra personeel dat is aangetrokken bij de GGD'en. Indien er komend voorjaar geen structurele middelen vrij worden gemaakt, dan moeten de maatregelen pandemische paraatheid stapsgewijs worden afgebouwd. Daarbij geldt dat de afbouw al veel eerder moet starten dan dat de financiering stopt. Afbouw van maatregelen behelst immers reorganisaties. Deze afbouw gaat ten koste van de paraatheid en weerbaarheid van de Nederlandse zorg tegen grootschalige gezondheids crises.

Vraag 232

Voor hoeveel jaar zijn de teruggedraaide ombuigingen op pandemische paraatheid geborgd?

Antwoord

Voor de versterkingen van de GGD'en, het RIVM (inclusief de Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI) zijn t/m 2028 middelen gevonden. Dat betekent dat die maatregelen tot eind 2028 geborgd zijn, waarbij de afbouw, als er geen structurele middelen beschikbaar komen in het voorjaar van 2026, wel circa 2 jaar eerder dient te beginnen. De post -Inzicht in zorgcapaciteit/patiëntspreiding en Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) is vanwege de verplichte afbouwperiode van drie jaar incidenteel tot en met 2029 gedekt.

Vraag 233

Hoeveel geld wat gereserveerd was voor het remgeld effect gaat er naar het AZWA?

Antwoord

Voor het remgeldeffect is in 2027 € 2,174 miljard oplopend tot € 2,358 miljard vanaf 2029 beschikbaar gesteld. In het AZWA zijn de volgende afspraken gefinancierd vanuit de remgelden⁶⁸:

<i>Bedragen in miljoenen</i>	2027	2028
Inzet t.b.v. de contractering AZWA-sectoren	958	1.081
Inzet voor AZWA-afspraken	188	206
Doorbraakmiddelen	400	400
Totaal	1.546	1.687

Inzet remgeldmiddelen ten behoeve van contractering IZA-sectoren

Op grond van het AZWA is een deel van het remgeld toegevoegd aan de kaders van de sectoren MSZ, GGZ, wijkverpleging, huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

⁶⁷ Kamerstukken II 2024/25, 25 295, nr. 2235

⁶⁸ Remgelden zijn de in het Hoofdlijnenakkoord gereserveerde middelen om de extra zorgvraag als gevolg van de verlaging van het eigen risico vanaf 2027 op te vangen.

Inzet remgeldmiddelen voor AZWA-afspraken

In het kader van het AZWA wordt structureel € 235 miljoen van het remgeldeffect door het verlagen van het eigen risico ingezet voor investeringen in o.a. het sociaal domein, medische preventie en opleiden.

Reservering remgeld

Conform de inhoudelijke afspraken in het AZWA worden in 2027 en 2028 vanuit het remgeld doorbraakmiddelen beschikbaar gesteld. Deze staan momenteel gereserveerd op de Aanvullende Post bij het Ministerie van Financiën. Dit startpakket wordt vervolgens geëvalueerd, op basis waarvan wordt besloten of en hoe deze reservering binnen het remgeld vanaf 2029 wordt ingezet.

Vraag 234

Is er te weinig budget beschikbaar voor het verwachte remgeldeffect door het verlagen van het eigen risico?

Antwoord

Nee er is niet te weinig budget beschikbaar voor het verwachte remgeldeffect. VWS neemt de raming van het CPB over voor het totaalbedrag aan remgeld. CPB maakt een onafhankelijke inschatting op basis van hun gegevens en modellen.

Vraag 235

Kan de post «AZWA: Effect eigen risico» nader worden toegelicht?

Antwoord

De uiteindelijke verdeling van het remgeld van de in het Hoofdpijnenakkoord voorgenomen verlaging van het eigen risico over de verschillende sectoren wijkt iets af ten opzichte van eerdere veronderstellingen. De verdeling van de remgelden over Zvw-sectoren heeft ook effect op de opbrengsten van het eigen risico. Omdat de daadwerkelijke verdeling iets afwijkt van eerdere veronderstellingen, ontstaat een kleine structurele tegenvaller bij de opbrengsten eigen risico vanaf 2027.

Vraag 236

Is er al een verwachting met hoeveel de zorgpremie in 2027 stijgt ten opzichte van 2026?

Antwoord

De verwachting voor de stijging van de nominale premie in 2027 wordt bekend gemaakt bij de VWS-begroting 2027. Het komende jaar verwachten we de realisaties in de zorguitgaven en realisaties van de inkomsten en uitgaven van het zorgverzekeringsfonds. Deze zijn medebepalend voor de verwachtingen rondom de premiestijging voor 2027.

Wel zien we al twee ontwikkelingen die leiden tot een hogere verwachte premiestijging voor 2027 dan we in 2026 verwachten. Ten eerste wordt de premie 2026 gedempt door een eenmalige meevaller in het zorgverzekeringsfonds ter hoogte van € 73 per premiebetaler per jaar. Deze meevaller vervalt in 2027 waardoor de jaarpremie naar verwachting alsnog met € 73 zal stijgen. Ten tweede leidt de voorgenomen bevrozing van het eigen risico in 2026 en de verlaging in 2027 ook tot een hogere premie. Dit effect wordt geschat op € 199 in 2027. Deze twee bedragen komen boven op de reguliere premiestijging (bijvoorbeeld als gevolg van de ontwikkeling van lonen en prijzen in de zorg). Hoe de verwachte premieontwikkeling van 2026 op 2027 er daadwerkelijk uit ziet, wordt in de VWS-begroting van 2027 bekend gemaakt.

Vraag 237

Waar gaan de volgende gelden «grond van het AZWA wordt structureel € 230 miljoen van het remgeldeffect door het verlagen van het eigen risico ingezet voor investeringen in het sociaal domein, medische preventie en opleiden» precies heen?

Antwoord

Deze € 230 miljoen vanuit het remgeld is één van de dekkingsbronnen die is ingezet het AZWA. Andere dekkingsbronnen betreffen de inzet van enkele posten binnen de VWS begroting, en verschuivingen van premie-gefinancierde uitgaven. Deze dekkingsbronnen gezamenlijk zorgen voor de financiering van de totale set aan afspraken in het AZWA; de individuele dekkingsbronnen zijn om die reden niet gekoppeld aan specifieke afspraken. De investeringen die lopen via de VWS begroting zijn te vinden in bijlage 2 van het AZWA (Kamerstuk 31 765, nr. 943). Dit betreft o.a. uitgaven aan het gordelroosvaccin, middelen voor opleiden buiten het ziekenhuis, fraudebestrijding en middelen voor het sociaal domein. Daarnaast zijn er middelen gereserveerd voor o.a. de Regionale samenwerkingsverbanden (RESV's) in de eerstelijnszorg. Voor bepaalde investeringen, zoals de vaccinatie gordelroos, is al duidelijk waar de middelen precies aan besteed zullen worden. Voor andere investeringen, zoals opleiden buiten het ziekenhuis, zal dit in samenwerking met de veldpartijen de komende jaren worden uitgewerkt.

Vraag 238

Waar wordt het geld «meer tijd voor huisartsen» precies aan besteed?

Antwoord

Voor «Meer tijd voor huisartsen» is een oplopende reeks van € 4 miljoen tot structureel € 120 miljoen beschikbaar gesteld in het coalitieakkoord van Rutte IV (2022). Van dit bedrag is structureel € 64 miljoen gereserveerd voor meer opleidingsplaatsen voor huisartsen (en een beperkt aantal opleidingsplaatsen voor verpleegkundig specialisten en physician assistants).

Het restant van de middelen (structureel € 56 miljoen) was in principe bestemd voor de opschaling van Meer Tijd voor de Patiënt (MTVP), maar bleek niet meer nodig: de versnelde landelijke opschaling is reeds structureel vanuit het huisartsenkader gefinancierd en gerealiseerd. Hiervoor was in het Integraal Zorgakkoord (IZA) namelijk voldoende volumegroei beschikbaar gesteld. Deze middelen waren dus niet meer nodig voor de opschaling en zijn alternatief ingezet voor o.a. de financiering van afspraken in het AZWA en om knelpunten op de VWS-begroting op te vangen.

Vraag 239

Kan nader worden toegelicht waar de ombuiging op «ZonMw: Programmering» precies terecht komt?

Antwoord

Zoals in bijlage 1 bij de nota van wijziging op de ontwerpbegroting 2025 te zien is, komt de ombuiging terecht op de volgende programma's:

	2026	2027	2028	2029
Personen met verward gedrag en onderzoek GGZ	- 2.120.000	- 2.270.000	- 2.270.000	- 2.270.000
Kwaliteitsgelden	0	- 4.730.000	- 4.730.000	- 4.730.000

	2026	2027	2028	2029
Doelmatigheid, passende zorg, ZEGG en doelmatigheids-onderzoek	- 654.000	- 20.275.000	- 6.541.000	- 9.407.000
Basisbudget (incidenteel niet uitkeren)		- 5.872.000		

Vraag 240

Wat wordt er precies omgebogen dat de uitgaven van artikel 6 Sport en Bewegen van € 465.864 in het jaar 2025 naar € 366.759 in het jaar 2026 dalen?

Antwoord

De daling van het uitgavenkader 2026 ten opzichte van 2025 heeft een omvang van circa € 99 miljoen en is een optelsom van verschillende structurele en incidentele budgetmutaties.

De grootste structurele mutaties komen voort uit de subsidietaakstelling van circa - € 34 miljoen vanuit het Regeerakkoord Schoof I (onder andere de BOSA-regeling, Kennis en Innovatie), de 10% taakstelling op SPUK's van circa - € 20 miljoen en daarnaast het vervallen van incidenteel beschikbaar gestelde middelen vanuit het Regeerakkoord Rutte IV van circa - € 22 miljoen.

De grootste incidentele mutaties komen voort uit de nabetaling op de vaststelling van de regeling SPUK Stimulering Sport 2023 (circa - € 33 miljoen) en het eindigen van het uitvoeren van een incidentele motie per 2026 (circa + € 10 miljoen).

Vraag 241

Hoeveel minder sportverenigingen kunnen er naar verwachting worden verduurzaamd door de bezuiniging op de subsidieregeling Duurzaam Maatschappelijk Vastgoed (DUMAVA)?

Antwoord

Er is geen sprake van een bezuiniging op de DUMAVA. Wat nu op de begroting staat is het beschikbare kasbudget. Dat is niet hetzelfde als het beschikbare subsidieplafond voor de DUMAVA. Met het beschikbare kasbudget wordt niet alleen de bevoorschotting betaald van de nieuwe aanvragen uit dat jaar, maar ook eventuele vaststellingen uit eerdere subsidierondes.

Uit het klimaatfonds is in de periode 2024–2030 in totaal € 1,9 miljard ter beschikking gekomen voor de verduurzaming van maatschappelijk vastgoed. Elk jaar wordt het subsidieplafond opnieuw vastgesteld, mede op basis van de behoefte in het veld en een spreiding van de beschikbare middelen over de jaren heen. Hiermee kiest het kabinet voor een optimale besteding van de beschikbare middelen. Het subsidieplafond voor 2026 wordt nog vastgesteld door het Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening. Dit gebeurt op basis van de evaluatie die nu gaande is en op basis van het verloop van de huidige tranche. Bij de Voorjaarsnota 2026 wordt zo nodig het bedrag aangepast.

Vraag 242

Hoeveel sportverenigingen konden afgelopen jaar niet verduurzamen doordat de pot van de DUMAVA al leeg was?

Antwoord

Er is nog steeds geld beschikbaar in de subsidieronde van 2025. Tot op heden zijn alle aanvragen gehonoreerd die aan de voorwaarden voldeden. De regeling stond open tot 31 oktober 2025.

Vraag 243

Waar komt de ombuiging op duurzame en toegankelijke sportaccommodaties precies terecht?

Antwoord

Onderdeel van het Hoofdlijnenakkoord is het doorvoeren van een bezuiniging op subsidies. Hierbij is de insteek geweest om medische en preventieve zorg en ondersteuning die mensen direct raakt te voorkomen. Een generieke korting op alle subsidiebudgetten was daardoor niet mogelijk en niet wenselijk. Door het ontzien van deze subsidies is het automatische gevolg dat de opgave voor het overige subsidielandschap groter is geworden. De ombuiging op duurzame en toegankelijke sportaccommodaties is hier het gevolg van.

Zoals aangegeven in de Toelichting bij de nota van wijziging op Ontwerpbegroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2025 is vanaf 2026 een besparing van € 28 miljoen op de BOSA-regeling ingeboekt. Deze korting voorkomt dat de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport bijvoorbeeld moet korten op andere subsidies, zoals het jeugd- en cultuursportfonds. Voor de jaren 2028 en 2029 is een verder oplopende korting ingeboekt op de BOSA-regeling tot € 53 miljoen.

Vraag 244

Wat wordt er precies gefinancierd uit de pot duurzame en toegankelijke sportaccommodaties?

Antwoord

Het Rijk zet zich met gemeenten in om investeringen in sportaccommodaties en sportmaterialen te ondersteunen. Dat gaat onder andere via de subsidieregeling bouw en onderhoud sportaccommodaties. Amateur-sportorganisaties kunnen een subsidie aanvragen voor de bouw of het onderhoud van sportaccommodaties of voor de aanschaf of het onderhoud van sportmaterialen. Hierbij is er in 2026 een mogelijkheid tot een aanvullende subsidie voor investeringen in circulariteit, klimaatadaptatie en toegankelijkheid van sportaccommodaties. Hiervoor is in 2026 een bedrag van maximaal € 46,0 miljoen beschikbaar. Daarnaast zet de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport in op het toegankelijk maken van verduurzaming. Voor het vervolg van het ontzorgingsprogramma waarmee eigenaren van sportaccommodaties de mogelijkheid krijgen voor begeleiding om kennis- en capaciteitsdrempels weg te nemen is in 2026 een bedrag van € 4,0 miljoen beschikbaar.

Via de Specifieke Uitkering Stimulering Sport is de afgelopen jaren beoogd om de ontwikkeling en instandhouding van sportaccommodaties en de aanschaf van sportmaterialen door gemeenten te stimuleren, daar waar de mogelijkheid tot btw-aftek is vervallen.

Vraag 245

Wat houdt de Actualisatie wijkverpleging precies in?

Antwoord

Alle Zvw-uitgaven worden geactualiseerd op basis van de uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut. Daarin wordt een inschatting van de totale zorguitgaven in het desbetreffende jaar weergegeven. Deze komt tot stand

met behulp van gegevens van zorgverzekeraars over de bij hen gedeclareerde zorg.

De uitgaven aan de wijkverpleging vallen o.b.v. deze uitvoeringsinformatie lager uit dan eerder was geraamd. Deze lagere uitgaven worden structureel verondersteld. Het financieel kader wijkverpleging wordt daarop aangepast.

De bijstelling is conform de afspraken hierover in het AZWA.

Vraag 246

Wat is er qua maatregelen en financiële middelen nodig om de doelen uit het preventieakkoord te halen?

Antwoord

In 2024 heeft het RIVM een doorrekening gemaakt van de impact van het Nationaal Preventieakkoord (hierna: NPA) voor roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik. Uit de doorrekening blijkt dat om tot een gezonde generatie in 2040 te komen het nodig is de bestaande afspraken nog breder en beter te implementeren en verder te intensiveren. Daarnaast zijn aanvullende maatregelen nodig.

Mede gezien deze doorrekening heeft het kabinet in juni 2025 de Samenhangende preventiestrategie (hierna: preventiestrategie) gelanceerd. Met de preventiestrategie borduren we voort op het NPA. Het kabinet houdt vast aan de ambities uit het NPA, maar hanteert een andere aanpak gericht op leefomgevingen en verbreedt de aanpak naar 11 preventiethema's. Hiermee zet het kabinet in op het verbreden van afspraken en aanvullende maatregelen om de impact van ons preventiebeleid te vergroten.

Structurele en duurzame investering in preventie en gezondheidsbevordering is nodig om ingezet beleid voort te zetten en bestaande maatregelen te versterken. Alleen de maatregelen uit de preventiestrategie zijn onvoldoende. Het is aan een nieuw kabinet om te besluiten over aanvullende maatregelen en financiering. Het kabinet werkt aan een investeringsmodel voor preventie/gezondheid. Hiermee hoopt het meer inzicht te krijgen in de effecten van preventie en de kostenbesparingen door preventie. Binnen de reguliere begrotingsprocessen kan worden besloten om deze kostenbesparingen te gebruiken voor de financiering van de in te zetten preventieve maatregelen. Dit kan investeringen in preventieve maatregelen aanjagen. Eind 2025 informeer ik uw Kamer nader over de voortgang hiervan.

Vraag 247

Waarom wordt de € 225 miljoen voor de Wet vervanging abonnements-tarief Wmo overgeheveld naar het Gemeentefonds?

Antwoord

Bij Voorjaarsnota 2023 is besloten met ingang van 2026 structureel € 225 miljoen uit te nemen uit het Gemeentefonds in verband met de vervanging van het abonnementstarief Wmo 2015 door een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (ivb).⁶⁹ Bij brief van 20 december 2024 heeft de toenmalig Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg echter aan uw Kamer laten weten dat de hierbij behorende planning, die gericht was op invoering van de ivb per 1 januari 2026, niet meer realistisch was. Daarbij werd de beoogde implementatiedatum

⁶⁹ Kamerstukken II 2022/23, 36 350, nr. 1.

verschoven naar 1 januari 2027.⁷⁰ Aansluitend hierbij is bij Voorjaarsnota 2025 de bovengenoemde uitname van € 225 miljoen uit het Gemeentefonds voor specifiek het jaar 2026 teruggedraaid.⁷¹

Vraag 248

Waarom wordt de COVID-19-vaccinatie niet onderdeel van de jaarlijkse grieprik?

Antwoord

Dit heeft ermee te maken dat het om twee losse vaccinaties gaat die op dit moment worden toegediend door verschillende uitvoerders. De GGD'en voeren de Covid-19 vaccinatie uit en huisartsen de jaarlijkse grieprik. Mogelijk verandert dit in de toekomst door de inzet die is gericht op het verbeteren, versimpelen en toekomstbestendig maken van de vaccinatiezorg voor volwassenen.

Vraag 249

Is er een politieke aanleiding voor de nieuwe directie Open Overheid?

Antwoord

De politiek vraagt structureel om inzicht en openbaarheid. De centrale directie Open Overheid (DOO) maakt voor VWS publieke informatie op verantwoorde wijze openbaar. Daarnaast wil de samenleving de overheid graag kunnen volgen/controleren.

De DOO is een bundeling van afdelingen en teams uit bestaande directies. Door de bundeling werkt de directie Open Overheid efficiënter en effectiever. Het vakmanschap vergroot op het gebied van de Wet Open Overheid, waarbij de burger centraal staat. De aanleiding was niet nieuw, de wijze waarop openbaarmaking nu is ingericht maakt dat de directie efficiënter en effectiever kan werken.

Vraag 250

Hoeveel extra fte's zijn er bijgekomen met het opzetten van de nieuwe directe Open Overheid?

Antwoord

De Directie Open Overheid (DOO) is gestart per 1 april 2025. De DOO is een bundeling van afdelingen en teams vanuit de directies WJZ, DICIO, OBP, de programmadirectie Openbaarheid en de Parlementaire Enquête Corona. Er was geen sprake van extra Fte's bij de opzet van de directie maar uitsluitend overdracht van medewerkers «as is». Een deel van de overgedragen medewerkers van deze afdelingen waren werkzaam op basis van tijdelijke middelen, deze middelen zijn met de oprichting structureel toegevoegd aan de begroting.

Vraag 251

Wie vallen er onder «onverzekerden»?

Antwoord

De groep «onverzekerden» bestaat uit verschillende subgroepen die wel en niet verzekeringsplichtig kunnen zijn. Iedereen die ingezetene is in Nederland of in Nederland aan loonbelasting is onderworpen, is verzekerd

⁷⁰ Kamerstukken II 2024/25, 29 538, nr. 365. Het werd noodzakelijk geacht de beoogde invoeringsdatum te verschuiven omdat er voldoende tijd moet zitten tussen de publicatie van het wetsvoorstel en het moment van inwerkingtreding en om zo aan zowel burgers, aanbieders van ondersteuning, als aan uitvoerende partijen – zoals het CAK en gemeenten – de gelegenheid te bieden zich goed voor te bereiden op de invoering van dit wetsvoorstel.

⁷¹ Kamerstukken II 2024/25, 36 725, nr. 1.

voor de volksverzekeringen en verzekeringsplichtig voor de Zorgverzekeringswet (art. 2.1.1 Wlz en artikel 2 Zvw). Het gaat hier dus niet om onverzekerbare vreemdelingen die in Nederland verblijven. Hieronder volgt een toelichting op de verschillende subgroepen.

Wel verzekeringsplichtig, maar niet verzekerd

- Onverzekerde dakloze ingezetenen: dit betreft dakloze mensen die ingezetene zijn van Nederland. Door bijvoorbeeld het niet hebben van een briefadres in de Basisregistratiepersonen en het ontbreken van inkomen, kunnen zij lastiger een zorgverzekering afsluiten.
- Onverzekerde werkende arbeidsmigranten: deze groep werkt in Nederland en is loonbelastingplichtig, maar heeft niet altijd een zorgverzekering. Bijvoorbeeld vanwege onwetendheid of omdat malafide werkgevers en pandjesbazen hen beletten hun adres kenbaar te maken in overheidssystemen.
- «Onverzekerde» ex-gedetineerden: gedetineerden moeten zelf hun verzekering opschorten en na vrijlating uit detentie weer activeren. Dit gebeurt niet altijd, waardoor ex-gedetineerde personen zonder actieve verzekering («onverzekerd») uit detentie komen.

Niet verzekeringsplichtig en onvoldoende verzekerd

- Tijdelijk werkloze EU-arbeidsmigranten: EU-arbeidsmigranten zonder werk en uitkering zijn niet verzekeringsplichtig maar verblijven wel rechtmatig in Nederland. Zij zouden moeten terugvallen op hun herkomstland maar zijn daar vaak uitgeschreven.
- Onvoldoende verzekerde toeristen: toeristen van buiten de EU hebben soms onvoldoende dekking voor zorgkosten in Nederland. Dit betreft waarschijnlijk een beperkte groep.
- Onvoldoende verzekerde buitenlandse studenten: buitenlandse studenten van buiten de EU blijven verzekerd in hun oorspronkelijke woonland, maar deze dekking is soms onvoldoende. Ook dit betreft waarschijnlijk een beperkte groep.

Vraag 252

Waarom is DUTCH niet beschikbaar voor extramurale opleidingen/ontwikkelprogramma's van zorgprofessionals?

Antwoord

DUTCH is een stichting die 50% van de praktijkuren in de opleidingen tot operatieassistent, anesthesiemedewerker en radiodiagnostisch laborant wil aanbieden door middel van fysieke en/of virtuele simulatie. DUTCH richt zich in de eerste ontwikkeljaren op deze drie opleidingen, omdat deze kampen met grote tekorten en omdat deze professionals nauw met elkaar samen werken. Het streven is om vanaf 2028 op te schalen naar andere zorgsectoren die kampen met tekorten, zowel binnen als buiten het ziekenhuis.

Vraag 253

Hoeveel procent van de jaarlijkse ziektekosten is, ongeveer, terug te herleiden naar roken en overgewicht?

Antwoord

Het RIVM heeft in 2006 een schatting gemaakt waaruit blijkt dat de kosten van ziekten als gevolg van roken 3,7% van de totale zorgkosten vormen en dat dit voor overgewicht 2% bedraagt.⁷² Er zijn helaas geen recentere

⁷² RIVM, 2006. Zorgkosten van ongezond gedrag. Beschikbaar via <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270751015.pdf>

cijfers beschikbaar. In het verlengde daarvan blijkt uit de VTV2024 wel dat in 2022 roken verantwoordelijk was voor 7,6% van de totale ziektelast in Nederland en overgewicht voor 2,3%. Verder is er onderzoek uit 2022 waaruit blijkt dat de gemiddelde totale kosten van overgewicht en obesitas bij volwassenen in Nederland bijna € 11.500 bedragen per volwassene met overgewicht en/of obesitas. Een deel hiervan omvat zorgkosten, gemiddeld in totaal bijna € 3.000 per volwassene met overgewicht en/of obesitas.⁷³ Het onderzoek laat zien dat de gemiddelde totale kosten significant hoger liggen bij mensen met obesitas dan bij overgewicht en hoger bij mensen met een laag tot gemiddeld opleidingsniveau dan bij een hoog opleidingsniveau. VZinfo laat zien dat in 2024 50,4% van de Nederlanders van 18 jaar overgewicht had waarvan 15,7% ernstig overgewicht (obesitas). Uit deze gegevens of het onderzoek hierboven blijkt niet in hoeveel gevallen overgewicht en/of obesitas daadwerkelijk tot zorgkosten leidt op populatieniveau.⁷⁴

Vraag 254
Hoeveel geld gaat er jaarlijks – schematisch weergegeven van 2020–2025 – naar (alle) overgewichtbehandelingen, -medicijnen en medische ingrepen?

Antwoord
De behandeling van obesitas volgt het «stepped care»- en «matched care»-principe. De keuze voor een behandelmodaliteit vindt plaats op geleide van o.a. het gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR). Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is in principe eerste keus. Hieronder een overzicht van vier veel voorkomende behandelopties van overgewicht en obesitas, zijnde dieetadvisering (Zvw), GLI, de inzet van (obesitas)medicatie en chirurgische behandeling. Omdat we op dit moment nog niet beschikken over de data over 2025, betreft de data in onderstaand overzicht de periode 2020 t/m 2024.

Jaar	Uitgaven GLI (in € mln)	Uitgaven diëtetik ¹ (in € mln)	Obesitasmedicatie: Zvw uitgaven ² Centraal werkende vermageringsmiddelen (in € mln)	Obesitasmedicatie: Zvw uitgaven ² Saxenda (Liraglutide) voor indicatie obesitas (in € mln)	Inschatting ³ kosten chirurgische behandeltrajecten (in € mln)
2020	5,9	44,5	–	–	–
2021	11,9	52,8	–	–	–
2022	21,8	54,9	0,1	8,5	–
2023	42,4	58	1,9	15,8	125
2024	51,0	64,6	3,4	27	128,5

¹ deze bedragen betreffen de totale landelijke kosten voor diëtetik voor uiteenlopende indicaties, waaronder bijvoorbeeld overgewicht/obesitas. We beschikken niet over data over dieetadvisering alleen voor de behandeling van overgewicht/obesitas.
² deze bedragen zijn ex btw en dienstverlening apotheek.
³ deze inschatting van kosten is gebaseerd op het totaal aantal chirurgische ingrepen per jaar (Geregistreerd door Dutch Audit for Treatment of Obesity (DATO): Obesitas – DATO – Dica). De kosten voor een volledig chirurgisch behandeltraject voor de behandeling van obesitas bedragen ca. 10.000 euro. Als gevolg van Covid-19 is de data over de jaren 2020 t/m 2022 onvoldoende representatief en daarom niet opgenomen in bijgevoegd overzicht.

Vraag 255
Hoeveel geld gaat er jaarlijks – schematisch weergegeven van 2020–2025 – naar (alle) stoppen-met-roken-behandelingen en -medicijnen?

⁷³ Hecker J. et al. 2022. Burden of disease study of overweight and obesity; the societal impact in terms of cost-of-illness and health-related quality of life. BMC Public Health, 22 (1):46. Beschikbaar via: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-12449-2>
⁷⁴ RIVM. VZinfo.nl – Overgewicht | Volwassenen. Beschikbaar via: <https://www.vzinfo.nl/overgewicht/volwassenen>

Antwoord

Het aanbod van hulp bij stoppen met roken is erg divers. Stopondersteuning wordt onder andere geboden door huisartsen, gespecialiseerde aanbieders of als onderdeel van ketenzorg. De exacte kosten zijn daardoor niet eenvoudig in kaart te brengen, maar op basis van de declaraties van de huisartsenzorg en cijfers van de branchevereniging voor gespecialiseerde aanbieders komt de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport tot de volgende tabel. Het gaat om een goede inschatting van de kostenontwikkeling, die overigens vooral wordt veroorzaakt door veel meer mensen die met effectieve begeleiding stoppen met roken. Dat is in lijn met de doelstelling uit het Nationaal Preventieakkoord om meer rokers die een serieuze stoppoging doen gebruik te laten maken van effectieve begeleiding. We weten immers dat die begeleiding het stopsucces zeer significant verhoogt. Het jaar 2025 is nog niet opgenomen omdat er nog te weinig cijfers bekend zijn om een inschatting te maken.

Jaar	Kosten
2020	€ 13.400.000,-
2021	€ 14.000.000,-
2022	€ 16.300.000,-
2023	€ 21.200.000,-
2024	€ 26.700.000,-

Vraag 256

Wat is het percentage rokers (tegenover niet-rokers) in de samenleving, uitgesplitst in minderjarig en meerjarig en in jaren vanaf 2020?

Antwoord

Voor het percentage 18-plussers dat weleens rookt is een dalende trend zichtbaar: van 20,2% in 2020, 20,6% in 2021, 18,9% in 2022, en 19,0% in 2023 naar 18,2% in 2024.⁷⁵ Voor minderjarigen zijn de cijfers van het Peilstationsonderzoek en het HBSC-onderzoek die onder scholieren worden afgenomen het meest betrouwbaar. Deze worden elke twee jaar verzameld onder 12- t/m 16-jarigen. De cijfers laten geen duidelijke trend zien: 7,7% van de 12- t/m 16-jarigen gaf in 2019 aan de afgelopen maand gerookt te hebben. In 2021 was dit 9,5%, en in 2023 8,5%.⁷⁶

Vraag 257

Wat is het percentage mensen met overgewicht (tegenover mensen zonder overgewicht) in de samenleving, uitgesplitst in minderjarig en meerjarig en in jaren vanaf 2020?

Antwoord

Het percentage kinderen (4–18 jaar) met overgewicht vanaf 2020 is als volgt:

– 2020	14,7% overgewicht, waarvan 2,5% obesitas
– 2021	15,9% overgewicht, waarvan 3,5% obesitas
– 2022	12,9% overgewicht, waarvan 3% obesitas
– 2023	12,7% overgewicht, waarvan 4,1% obesitas
– 2024	14,2% overgewicht, waarvan 3,6% obesitas

Bron: <https://www.staatvzn.nl/kerncijfers/overgewicht-jongeren>

⁷⁵ RIVM, De Staat van Volksgezondheid en Zorg. Roken: volwassenen. Beschikbaar via <https://www.staatvzn.nl/kerncijfers/roken>

⁷⁶ RIVM, De Staat van Volksgezondheid en Zorg. Roken: jongeren. Beschikbaar via <https://www.staatvzn.nl/kerncijfers/roken-jongeren>

Het percentage volwassenen (18+) met overgewicht vanaf 2020 ziet er als volgt uit:

– 2020	50% overgewicht, waarvan 13,9% obesitas
– 2021	50% overgewicht, waarvan 14,3% obesitas
– 2022	50,2% overgewicht, waarvan 15,1% obesitas
– 2023	50% overgewicht, waarvan 15,4% obesitas
– 2024	50,4% overgewicht, waarvan 15,7% obesitas

Bron: <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/overgewicht-volwassenen>

Vraag 258

Wat is de vaccinatiegraad van kinderen tot vier jaar oud, uitgesplitst in jaren vanaf 2000?

Antwoord

Op 19 juni jl. publiceerde het RIVM de meest recente jaarlijkse cijfers van de vaccinatiegraad voor het Rijksvaccinatieprogramma.⁷⁷ In onderstaande tabel is de vaccinatiegraad tot vier jaar oud per vaccinatie weergegeven, op basis van op persoon geregistreerde vaccinaties.

Cohort	Vaccinatie	Vaccinatiegraad exclusief vaccinaties die later zijn gegeven	Vaccinatiegraad inclusief vaccinaties die later zijn gegeven
Zuigelingen (cohort 2022)	DKTP	87,9%	88,5%
	Hib	88,6%	89,2%
	Hep B	87,9%	88,5%
	Pneu	87,8%	87,8%
	BMR	88,1%	88,8%
	MenACWY	87,7%	88,7%
	Volledig, alle RVP-vaccinaties volgens schema op tweejarige leeftijd	85,4%	86,0%

Betekenis afkortingen: D(K)TP = difterie, kinkhoest, tetanus, poliomyelitis, Hib = *Haemophilus influenzae* type b-ziekte, Hep B = hepatitis B, Pneu = pneumokokkenziekte, BMR = bof, mazelen, rodehond, MenACWY = meningokokken ACWY-ziekte.

Een terugblik in de ontwikkeling van de vaccinatiegraad vanaf 2000 is te vinden op De Staat van Volksgezondheid en Zorg, Rijksvaccinatieprogramma (RVP): deelname zuigelingen.⁷⁸

Vraag 259

Is er inzicht over gezondheidskosten die worden gemaakt door verkeerde diagnoses richting vrouwen?

Antwoord

Ik beschik niet over een overzicht van de gezondheidskosten (zorguitgaven) die worden gemaakt door verkeerde diagnoses richting vrouwen. In een eerder uitgebracht rapport over de maatschappelijke kosten van gezondheidsproblemen bij vrouwen wordt aandacht besteed aan bijvoorbeeld onnodig gemaakte zorgkosten in het ziekenhuis voorafgaand aan de juiste diagnose voor klachten van vrouwen. Tevens wordt ingegaan op kosten die gepaard gaan met (onherstelbare) schade aan het lichaam die door een eerdere juiste diagnose voorkomen hadden kunnen worden.⁷⁹

⁷⁷ Tweede Kamer, 2024/25, 32 793, nr. 851

⁷⁸ Rijksvaccinatieprogramma (RVP): deelname zuigelingen | De Staat van Volksgezondheid en Zorg ([staatvenz.nl](https://www.staatvenz.nl))

⁷⁹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2023–2024, 31 765, nr. 843

In dit rapport is er een schatting gemaakt van potentieel te voorkomen kosten door betere herkenning, diagnose en behandeling van klachten. Het betreft een viertal casussen (twee vrouwspecifieke aandoeningen en twee vrouw sensitieve aandoeningen) die gerelateerd zijn aan endometriose, de overgang, en twee veelvoorkomende psychische aandoeningen en hart- en vaatziekten bij vrouwen in Nederland. Op basis van de bevindingen uit dit rapport is een schatting gemaakt dat tijdige diagnose en adequate behandeling van deze aandoeningen bij vrouwen in Nederland kan leiden tot totale potentiële baten van € 7,6 miljard.

Vraag 260

Wat zijn de meerkosten van ongecontracteerde zorg (tegenover gecontracteerde zorg), uitgesplitst in jaren vanaf 2000?

Antwoord

Als ik de vraag zo interpreteer dat er gevraagd wordt naar het verschil in kosten van individuele behandelingen tussen gecontracteerde en niet gecontracteerde zorg, dan kan ik deze vraag niet beantwoorden. Deze informatie is niet beschikbaar omdat dit niet wordt geregistreerd. Het is ook niet mogelijk om een indicatie te geven op basis van declaratiegegevens.

Via de rapportages van Vektis die uw Kamer eerder ontvangen heeft is er wel informatie beschikbaar over de ontwikkeling van de omvang van de niet-gecontracteerde zorg. Voor de wijkverpleging zijn cijfers beschikbaar t/m 2021 en voor de GGZ t/m 2019.

In de Ombuigingslijst 2025 van Financiën is er een schatting gemaakt van de opbrengst van het afschaffen van de vergoeding voor ongecontracteerde zorg. De opbrengst van deze maatregel wordt geschat op € 190 miljoen vanaf 2028. Het CPB schat de structurele opbrengst in Keuzes in Kaart 2027–2030 in op € 0,2 miljard vanaf 2030.

Op dit moment wordt naar aanleiding van de afspraak E4 «We zorgen dat iedereen een eerlijke bijdrage levert» uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord onder meer gekeken naar niet gecontracteerde zorg in de wijkverpleging, geestelijke gezondheidszorg en medisch-specialistische zorg. Ik verwacht uw Kamer op zijn vroegst in het eerste kwartaal van 2026 te kunnen informeren over de resultaten van dit traject.

Vraag 261

Welke leefstijlinterventies die door de overheid zijn bekostigd, hebben geleid tot verbetering in leefstijl? Om hoeveel budget gaat het per succesvolle leefstijlinterventie en wat waren de concrete resultaten?

Antwoord

In de databank van Loket Gezond Leven (RIVM) staan leefstijlinterventies die zijn beoordeeld op effectiviteit. Deze interventies kunnen door verschillende organisaties en professionals worden ingezet en bekostigd. Vaak zijn dit gemeenten, GGD'en of scholen. De inzet van leefstijlinterventies gebeurt veelal als onderdeel van een bredere aanpak. Denk hierbij aan scholen die interventies inzetten binnen het programma Gezonde School. Omdat leefstijlinterventies vaak door andere organisaties worden ingezet en een onderdeel zijn van een bredere aanpak, is het niet mogelijk om uitgesplitst per leefstijlinterventie hier een budget aan te koppelen of concrete resultaten aan te verbinden.

Een leefstijlinterventie die vanuit de Zvw wordt vergoed en waar uitgebreide monitoring op loopt is de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) voor volwassenen met overgewicht of obesitas. Er zijn momenteel

9 verschillende GLI-programma's voor volwassenen die worden vergoed vanuit de basisverzekering. Het maximumtarief in 2025 van een volledig programma is, zoals vastgesteld door de NZa, € 1.333,78. Dit bedrag is opgebouwd uit een intake, vier kwartalen behandelfase en vier kwartalen onderhoudsfase. Aan het einde van het GLI-traject hebben deelnemers, zo blijkt uit de meest recente rapportage van de GLI-monitor (RIVM 2024), gemiddeld 5 procent gewicht verloren en is de buikomvang gemiddeld met bijna 5 procent afgenomen. De kwaliteit van leven laat een flinke verbetering zien na deelname, deze is 13 punten hoger dan bij het begin van de GLI, op een schaal van 0 tot 100.

Vraag 262

Met welke criteria worden de gezondheidsvaardigheden van Nederlanders gemeten?

Antwoord

De gezondheidsvaardigheden van Nederlanders worden gemeten met de Health Literacy Survey (HLS), bestaande uit 47 vragen over het verkrijgen, begrijpen, beoordelen en toepassen van informatie ten aanzien van gezondheidszorg, preventie van ziekte en gezondheidsbevordering. Deelnemers moeten bijvoorbeeld aangeven hoe moeilijk of gemakkelijk zij het vinden om te begrijpen wat de dokter zegt, om te bepalen welke vaccinaties zij nodig hebben of om beslissingen te nemen ter verbetering van de eigen gezondheid. De HLS is in 2011 voor het laatst in Nederland en 7 andere Europese afgenomen.⁸⁰

Voortbouwend op deze survey, is in 2018 het WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) opgericht.⁸¹ Het doel van M-POHL is het uitvoeren van internationaal vergelijkbare metingen van gezondheidsvaardigheden in de populatie (population health literacy) en van de mate waarin zorgorganisaties hun beleid, communicatie en dienstverlening afstemmen op gezondheidsvaardigheden van hun cliënten (organizational health literacy). Op dit moment loopt een nieuwe ronde (HLS24), waaraan RIVM en Nivel namens Nederland deelnemen. Analyses worden momenteel uitgevoerd en de bevindingen worden in 2026 gerapporteerd aan VWS.

Vraag 263

Hoe staat het volgens die criteria met de gezondheidsvaardigheden van Nederlanders, uitgesplitst over verschillende inkomens- en opleidingsgroepen en samenstelling van huishouden?

Antwoord

Dit jaar hebben 11.000 Nederlandse burgers de Health Literacy Survey (HLS) ingevuld. Verschillende inkomens- en opleidingsgroepen komen hierin voldoende terug om bij nadere analyses een goed beeld te krijgen van gezondheidsvaardigheden in de Nederlandse populatie. Analyses worden momenteel uitgevoerd en de bevindingen worden in 2026 gerapporteerd aan VWS.

Daarnaast neemt het Nivel periodiek een verkorte versie van de HLS-EU (16 items) af onder zijn Consumentenpanel gezondheidszorg. Dit panel bestaat uit 1500 deelnemers die representatief zijn voor de bevolking wat betreft leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. In 2023 vulden 723 panelleden de vragenlijst in.⁸² Van de panelleden met het laagste opleidings-

⁸⁰ Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey – PubMed (nih.gov)

⁸¹ About M-POHL | M-POHL – WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy

⁸² Microsoft PowerPoint – 2024-05-13 Infographic gezondheidsvaardigheden 2023.pptx (nivel.nl)

niveau had 60% beperkte of onvoldoende gezondheidsvaardigheden, dit was 39% onder mensen met een gemiddeld opleidingsniveau en 27% onder mensen met een hoog opleidingsniveau. Verschillen wat betreft inkomen en samenstelling van huishoudens zijn niet onderzocht. Het panel omvat weinig mensen met een migratieachtergrond waardoor uitsplitsing naar deze groepen op basis van het consumentenpanel niet mogelijk is.

Vraag 264

Hoe verhouden de gezondheidsvaardigheden van Nederlanders zich tot de gezondheidsvaardigheden van inwoners van andere Europese landen, Japan en Amerika en Canada bijvoorbeeld?

Antwoord

In 2011 is de HLS-EU voor het laatst uitgevoerd voor de Nederlandse populatie.⁸³ Destijds had 28,6% van de Nederlandse HLS-EU deelnemers onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden. In andere deelnemende Europese landen (Duitsland, Ierland, Polen, Oostenrijk, Bulgarije, Griekenland en Spanje) lag dit percentage tussen 40% en 62%.⁸⁴ Op dit moment nemen momenteel 21 landen waaronder Nederland deel aan de nieuwe ronde (HLS24) binnen het WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL).⁸⁵ De bevindingen vanuit Nederland zullen met deze landen worden vergeleken. Analyses worden momenteel uitgevoerd en de bevindingen worden in 2026 gerapporteerd aan VWS. Een vergelijking met Japan, Amerika en Canada is voor de Nederlandse situatie niet bekend.

Vraag 265

Hoeveel verschillende cao's zijn van toepassing op de verschillende medewerkers in de zorg?

Antwoord

Van het sluiten, wijzigen of opzeggen van een cao moeten cao-partijen mededeling doen bij de Minister van SZW. Nadat deze melding is bevestigd door middel van een kennisgeving van ontvangst treedt de aangemelde of gewijzigde cao in werking. Elke cao kent zijn eigen werkingssfeer. De werkingssfeer wordt bepaald door sociale partners. Het Ministerie van SZW beoordeelt niet welke cao behoort tot de sector zorg en welzijn. Via het Ministerie van SZW is daarom geen uitputtend overzicht te verkrijgen van de cao's die tot de sector zorg en welzijn gerekend zouden moeten worden. Voorbeelden van cao's waarvan de primaire werkingssfeer binnen zorg en welzijn ligt zijn: Cao Umc's, CAO Ziekenhuizen, Cao Zelfstandige Klinieken Nederland, Cao Ambulancezorg, Cao Huisartsenzorg, Cao GGZ, Cao VVT, Cao Gehandicaptenzorg, Cao Sociaal werk, Cao Jeugdzorg, Cao Kraamzorg, Cao Apotheken, Cao SBOH en Cao Sanquin.

Daarnaast zijn er soms ook cao's met een primaire werkingssfeer buiten zorg en welzijn (zoals bijvoorbeeld de Cao Gemeenten) van toepassing op werknemers die werken binnen zorg en welzijn.

Vraag 266

Welke en hoeveel belangenorganisaties zijn betrokken bij de verschillende cao's?

⁸³ Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey – PubMed (nih.gov)

⁸⁴ Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU) – PubMed (nih.gov)

⁸⁵ About M-POHL | M-POHL – WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy

Antwoord

In Nederland geldt het principe van contractsvrijheid. Cao's worden afgesloten tussen werkgevers(organisaties) en vakbonden. Cao-partijen bepalen zelf met wie zij cao-onderhandelingen voeren en een cao sluiten. De betrokkenheid van partijen kan per cao verschillend zijn. Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 265 beschikt het Ministerie van VWS niet over een uitputtend overzicht van de cao's die tot zorg en welzijn gerekend zouden moeten worden. Daarom kan ook geen compleet overzicht worden geven van de organisaties die betrokken zijn bij deze cao's.

Vraag 267

Wat is de bevoegdheid van het kabinet over het arbeidstijdenbesluit, die bepaalt dat zorgmedewerkers niet meer dan acht uur per dag mogen werken?

Antwoord

Het Arbeidstijdenbesluit bevat specifieke regels voor werk- en rusttijden voor specifieke beroepen of sectoren, zoals in de verpleging en verzorging. Daarbij gaat het om afwijkende rusttijden en regels voor aanwezigheids- en oproepdiensten. Dit zijn aanvullende regels op de algemene regels voor werk- en rusttijden uit de Arbeidstijdenwet. Deze regels zijn van belang voor de gezondheid en veiligheid van werknemers, zeker in de zorg waar er ook risico's kunnen zijn voor patiënten als er te lang gewerkt wordt en te weinig pauze wordt genomen. Tegelijkertijd bieden de arbeidstijdenwet en het besluit ook flexibiliteit voor het werk in de zorg. Er is geen bepaling die stelt dat 8 uur per dag de maximum arbeidstijd is.

Eerder dit jaar is er nog overleg geweest met werknemers- en werkgeverspartijen over de wenselijkheid en haalbaarheid van flexibilisering van de arbeidstijdenregelgeving. Dit was naar aanleiding van de motie van het lid Tielen d.d. 24 oktober 2024⁸⁶. Uit het overleg met werknemers- en werkgeverspartijen kwam naar voren dat er geen tot een geringe behoefte is aan onderzoek ten behoeve van flexibilisering van de arbeidstijdenregelgeving. Werknemers- en werkgeverspartijen kwamen gezamenlijk tot de conclusie dat een dergelijke flexibilisering niet opweegt tegen de risico's die dat met zich meebrengt. De arbeidstijdenregels bieden namelijk een basisniveau van bescherming aan werknemers. Men vindt het belangrijk om dat in stand te houden. Ook gaven partijen aan dat er voldoende ruimte is binnen bestaande wetgeving voor flexibele arbeidstijden. Zo is het mogelijk om op bepaalde onderdelen via cao's afwijkende of aanvullende afspraken te maken.

Vraag 268

Hoeveel procent van de VWS-begroting wordt besteed aan ambtelijke (overhead) kosten?

Antwoord

Volgens de definitie van overhead die Rijksbreed wordt gehanteerd, bestaat 50% van de totale formatie van kerndepartementen uit overhead-functies. Dit betreft de functiefamilies bedrijfsvoering en lijnmanagement, inclusief de bedrijfsvoering-SSO's voor het deel dat zij werkzaam zijn voor departementen (FMH, Doc-Direkt, SSC ICT, UBR en P-Direkt).

De administratieve systemen van VWS zijn – conform Rijksbrede definities en voorschriften – niet zodanig ingericht dat deze vraag eenduidig kan worden beantwoord.

⁸⁶ Kamerstuk 36 600 XVI, nr. 67

De totale uitgaven op de VWS-begroting zijn op € 7 miljard geraamd, exclusief Tegemoetkomingen en Rijksbijdragen. De apparaatsuitgaven (alle personele en materiële uitgaven) van het kerndepartement en agentschappen zijn begroot op € 1,5 miljard.

Vraag 269

Hoeveel fte zijn er momenteel in dienst bij het Ministerie van VWS?

Antwoord

Ultimo juni 2025 is binnen het kerndepartement van VWS sprake van 2.016 fte eigen personeel in dienst (exclusief Inspectie, Commissies en Raden en Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen).

Vraag 270

Kan bij alle beleidsmatig gereserveerde middelen worden toegelicht waarvoor ze gereserveerd zijn?

Antwoord

In de Ontwerpbegroting 2026 staat onder «budgettaire gevolgen van beleid» de budgetflexibiliteit toegelicht. Hierin wordt ook toegelicht welke middelen beleidsmatig gereserveerd zijn. Dit is voor ieder artikel per instrument inzichtelijk gemaakt.

Vraag 271

Hoeveel van het beschikbare budget van € 44,6 miljoen in 2026 is specifiek gereserveerd voor de profielopleiding tot arts infectieziektenbestrijding?

Antwoord

Voor de profielopleiding tot arts infectieziektenbestrijding zijn er voor de 1^e fase 23 plaatsen beschikbaar gesteld en in de 2^e fase 23 plaatsen. Voor beide fasen is een tarief bepaald per fte. De werkelijke uitgaven zijn afhankelijk van de daadwerkelijke in- en doorstroom, de deeltijdfactor en ontwikkelingen in het werkveld. Op basis van voorgaande periode ging ca. 25% van het totale beschikbare budget naar plekken voor de opleiding tot arts infectieziektenbestrijding. Op basis hiervan is het de verwachting dat in 2026 maximaal ca. € 11 miljoen aangevraagd zal worden voor plekken binnen deze opleiding.

Vraag 272

Welke activiteiten kan de overheid niet meer ondernemen als gevolg van de bezuiniging op het budget «preventie schadelijk middelengebruik»?

Antwoord

De bezuiniging op het budget «preventie schadelijk middelengebruik» betekent onder meer dat een aantal subsidies wordt gekort, wordt afgebouwd en/of stopgezet. Zo is de subsidie voor het integrale preventieprogramma Opgroeien in een Kansrijke Omgeving, gericht op middelengebruik en mentale gezondheid in 2026 gehalveerd. In 2026 is er ook geen subsidie meer voor het programma IkPas/Dry January dat je helpt om je alcoholgebruik te pauzeren en er is minder subsidie voor het programma vroegsignalering alcoholproblematiek en het platform Alles Over Drinken. Op het terrein van roken zijn er geen middelen meer om Stoptober te ondersteunen en kon de subsidie voor de Rookvrije Wijkaanpak niet worden verlengd. Met deze aanpak wordt op wijkniveau gewerkt aan betere toeleiding naar geschikte Stoppen met roken-zorg en normverandering op roken. Tot slot wordt de subsidie aan Mainline vanaf 2026 stapsgewijs afgebouwd.

Vraag 273

In hoeveel gevallen is een burgerhulpverlener eerder ter plekke bij een hartstilstand dan de ambulance?

Antwoord

In 2023 is in 78,8% van de gevallen de reanimatie gestart door een burgerhulpverlener via HartslagNu⁸⁷.

Vraag 274

Hoeveel AED's dienen er nog geïnstalleerd te worden om volledig landelijke dekking te hebben?

Antwoord

In Nederland zijn momenteel circa 30.000 AED's geregistreerd bij HartslagNu. Om een volledige dekking te bereiken – waarbij binnen zes minuten levensreddende hulp kan worden geboden – zijn naar schatting 3.500 tot 4.000 extra AED's noodzakelijk. Het enkel plaatsen van AED's is niet voldoende. Er zijn ook voldoende burgerhulpverleners nodig. Gemeenten kunnen bij HartslagNu een analyse opvragen waarin inzichtelijk wordt gemaakt waar de combinatie van voldoende burgerhulpverleners, AED's en het aantal reanimaties de grootste impact heeft.

Vraag 275

Hoeveel reanimatiemeldingen en hoeveel daadwerkelijke reanimaties vinden er in Nederland jaarlijks buiten het ziekenhuis plaats?

Antwoord

Op basis van gegevens die door HartslagNu worden verzameld waren er in 2023 12.456 geregistreerde reanimatiemeldingen buiten het ziekenhuis. Er zijn geen cijfers bekend of het aantal reanimatiemeldingen overeenkomt met het aantal daadwerkelijke reanimaties buiten het ziekenhuis.

Vraag 276

Wat is in Nederland het overlevingspercentage van mensen die buiten het ziekenhuis worden gereanimeerd?

Antwoord

Uit recent onderzoek⁸⁸ is gebleken dat de gemiddelde overlevingskans bij een hartstilstand buiten het ziekenhuis in Nederland op loopt tot 25% of zelfs hoger.

Vraag 277

Hoe wordt het bedrag van circa € 5 miljoen voor valpreventie verdeeld over de verschillende activiteiten (onder andere ondersteuning gemeenten/zorgprofessionals, campagne, technologie, monitor)?

Antwoord

Het budget dat voor gemeenten via de SPUK-gelden voor 2026 beschikbaar is voor implementatie van valpreventie komt neer op een bedrag van ca € 45 miljoen. Het genoemde bedrag van circa € 5 miljoen is beschikbaar voor de landelijke versterking en ondersteuning van deze implementatie en wordt ingezet over onderstaande activiteiten:

- Ca. € 0,5 miljoen voor publiekscommunicatie, zoals de campagne tijdens de valpreventieweek

⁸⁷ Bron: Jaarverslag 2023_DEF HartslagNu.nl

⁸⁸ Stieglis R. et al. (2021). Alert system-supported lay defibrillation and basic life-support for cardiac arrest at home 1 Department of Cardiology, Amsterdam University Medical Center, Location AMC

- Ca. € 1 miljoen voor de inzet van kennisinstituten, zoals Veiligheid.nl om gemeenten te ondersteunen
- Ca. € 2 miljoen voor monitoring en evaluatie, bijvoorbeeld door het RIVM
- Ca. € 1,5 miljoen voor technologie en innovatie, grotendeels voor een ZonMw subsidieoproep.

Vraag 278

Hoeveel van het subsidiebudget van € 2 miljoen voor valpreventie is in 2025 reeds toegekend en aan welke partijen?

Antwoord

Van het subsidiebudget voor valpreventie is momenteel circa € 1 miljoen gerealiseerd voor de monitoring in 2025. Dit is toegekend aan het RIVM om de ontwikkeling van de samenwerking en resultaten in de ketenaanpak te onderzoeken en in beeld te brengen.

Voor het deel dat niet is benut, is er een kasschuif toegepast naar 2027.

Vraag 279

Hoeveel gemeenten nemen op dit moment deel aan de valpreventieketen en hoeveel zijn er in 2026 beoogd?

Antwoord

In bijna alle gemeenten in Nederland (98 procent) is een begin gemaakt met de ketenaanpak valpreventie. Dat betekent overigens niet dat alle elementen van de ketenaanpak overal al goed zijn ingericht, sommige gemeenten zitten nog in de opstartfase.

Het streven is dat in 2026 alle gemeenten begonnen zijn met de ketenaanpak.

Vraag 280

Wat is de status van de Staatscommissie Zorgstelsel?

Antwoord

Op 24 oktober 2024 is tijdens de Begrotingsbehandeling VWS 2025 de motie Krul c.s. ingediend en aangenomen over het treffen van voorbereidingen voor een staatscommissie voor advisering over een toekomstbestendige en weerbare inrichting van het Nederlandse zorgstelsel.⁸⁹

Het demissionair kabinet werkt momenteel aan de voorbereidingen van de instelling van de staatscommissie. Vanwege de recente wisselingen van bewindspersonen heeft dit enige vertraging opgelopen. Het streven is om uw Kamer hier op korte termijn nader per brief over te informeren en om de staatscommissie in het eerste kwartaal van 2026 in te stellen.

Vraag 281

Op welke manier wordt ervoor gezorgd dat nieuwe medische innovaties, zoals combinatievaccins, tijdig beoordeeld kunnen worden, zodat er geen gezondheidswinst verloren gaat door vertraging in adviezen of besluiten?

Antwoord

De Minister erkent dat combinatiebehandelingen een uitdaging vormen voor pakketbeheer. Bijvoorbeeld omdat het niet altijd mogelijk is voor het Zorginstituut om vast te stellen of deze behandelingen effectief en/of kosteneffectief zijn, omdat daar niet altijd de juiste klinische data voor is of omdat het niet bekend is of het middel waarmee het wordt vergeleken

⁸⁹ Kamerstukken II 2024/2025, 36 600 XVI, nr. 69

kosteneffectief wordt ingezet. Bij combinatietherapieën nemen de behandelkosten fors toe en vaak in mindere mate de effecten. Hierdoor is het waarschijnlijker dat deze therapieën niet kosteneffectief zijn. Het kan ook zijn dat het nieuwe middel moet worden gecombineerd met een bestaand middel dat al op de markt is zonder dat over het bestaande middel onderhandeld. Dat betekent dat alle korting behaald moet worden op het nieuwe middel. Bij de beoordeling van een combinatieproduct kan het tenslotte zo zijn dat beide middelen van dezelfde leverancier zijn of dat de gecombineerde middelen van verschillende leveranciers zijn. Omdat het de verantwoordelijkheid is van de nieuwe toetreder om de pakketwaardigheid aan te tonen is het lastig om de leverancier van het bestaande middel, wat al op de markt is, te bewegen om te onderhandelen over de prijs.

Nieuwe ontwikkelingen zoals combinatietherapieën vormen daarom bij uitstek een aanleiding om het systeem anders, toekomstbestendiger vorm te geven. Dat doet de Minister van VWS dus ook. Daarin is het uitgangspunt: snel als het kan, uitgebreid als het moet. Door de beroepsgroep eerder te betrekken, kan bijvoorbeeld sneller worden bekeken wat de plaatsbepaling is van een nieuwe combinatie. Dus op welk moment in de behandeling zal de combinatie worden ingezet, en bij welke patiënten, en op grond van welke criteria. Ook kunnen beheersmaatregelen worden afgesproken, zoals gepast gebruik afspraken of nader onderzoek in de praktijk. En als de risico's klein zijn, kan een middel of een combinatie-middel zonder uitvoerige beoordeling instromen. De Minister informeert uw Kamer over de voortgang nog voor het eind van dit jaar.

Vraag 282

Kunt u aangeven hoe de zorg voor mensen met post covid en q-koorts na 2027 is geregeld?

Antwoord

In de begroting is een structurele reeks opgenomen van 2,44 miljoen euro voor het borgen van kennis, onder andere over nazorg voor patiënten met Q-koorts en post-COVID. Het is belangrijk dat patiënten met post-COVID, Q-koorts vermoeidheidssyndroom (QVS) en andere postinfectieuze aandoeningen zo snel mogelijk terecht kunnen in de reguliere structuren van zorg en welzijn. Daar bestaan instellingen wiens taak het is om deze mensen te behandelen alsook te ondersteunen. De huidige initiatieven (post-COVID expertisecentra, Q-koortsambassadeur en post-COVID onderzoeksprogramma) zijn ook nadrukkelijk gericht op het inbedden van deze patiënten in de reguliere zorg en ondersteuning, zodat zij direct goed geholpen worden.

Vraag 283

Waar en onder welk artikel/regel is de (via de Kamer tot stand gekomen) vergoeding van de jaarlijkse tandartscontrole in het basispakket verwerkt, en wat is het geraamde budgettaire effect?

Antwoord

Alleen verzekerden onder de 18 jaar kunnen momenteel aanspraak doen op periodieke tandartscontroles vanuit het basispakket. Dit is opgenomen in artikel 2.7, lid 4, onderdeel a.

Als u doelt op de twee aangenomen moties waarin de regering wordt verzocht een jaarlijkse tandartscontrole in het basispakket op te nemen ⁹⁰, ⁹¹, dan is het aan het nieuwe kabinet om te bezien of opname in het

⁹⁰ Kamerstukken II 2024/25, 32 620, nr. 304.

⁹¹ Kamerstukken II 2024/25, 32 620, nr. 310.

basispakket wenselijk is en hoe deze extra uitgaven financieel gedekt worden. Bovendien loopt het adviestraject van het Zorginstituut nog en wordt VWS nog geadviseerd over een passende aanspraak op mondzorg. In het kader van dit adviestraject heeft het Zorginstituut wel al een kostenanalyse opgeleverd waarin de budgetimpact van het toevoegen van 1 periodieke controle per jaar aan het basispakket berekend is.⁹² De geschatte budgetimpact ligt tussen € 137 en 150 miljoen met een eigen risico van € 385 en tussen € 297 en 321 miljoen zonder eigen risico. Genoemde bedragen zijn in prijspeil 2023.

Vraag 284

Wordt er voldoende gecompenseerd voor loon- en prijsbijstellingen of zijn er posten waar dit niet het geval is?

Antwoord

In de eerste suppletoire begroting 2025 van VWS, samenhangende met de Voorjaarsnota 2025, is toegelicht dat een deel van de loonbijstelling wordt ingezet ter dekking van verschillende intensiveringen op de VWS-begroting, waaronder de inzet van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg, de aanpassing van de regeling dienstverlening aan huis en het alternatief invullen van de aanvullende apparaatstaakstelling uit amendement Bontenbal c.s. Hierdoor resteerden er minder middelen voor inflatiecorrectie. Het niet of slechts gedeeltelijk corrigeren voor inflatie leidt tot relatief minder financiële ruimte bij gesubsidieerde instellingen, omdat de betrokken instellingen wel geconfronteerd worden met hogere lonen en prijzen. De doorwerking van het niet volledig doorvoeren van de inflatiecorrectie kan verschillend uitwerken voor de gesubsidieerde organisaties. Door een zo optimaal mogelijke inzet van de uitgekeerde subsidies, kunnen de effecten van de korting binnen de betrokken organisaties waar mogelijk gemitigeerd worden

Vraag 285

Hoeveel ziekenhuizen zitten er in de financiële problemen?

Antwoord

Wanneer ziekenhuizen in financiële problemen (dreigen) te komen, en de continuïteit van de zorg in het geding dreigt te komen, gelden de Early Warning System (EWS)-afspraken. Op basis van deze afspraken doet een zorgverzekeraar een Early Warning Melding bij de NZa als zij risico's ziet voor de continuïteit van zorg op de korte termijn. De NZa meldt dit vervolgens aan het Ministerie van VWS.

In 2024 en 2025 (tot 10 oktober 2025) heeft de NZa over acht ziekenhuizen een signaal ontvangen. Bij geen van die signalen ging het om korte termijn liquiditeitsproblemen. In veel gevallen is sprake van bredere problematiek, zoals personeelstekort of herprofilering, en gaat het niet om acute financiële problemen.

Overigens hangt het antwoord van deze vraag ook af van hoe «financiële problemen» wordt gedefinieerd. Dat blijkt ook uit recent verschenen rapporten waarin verschillende methoden voor het analyseren van de cijfers uit de jaarverantwoording van zorginstellingen worden gebruikt.

Uit de EY Barometer Nederlandse Gezondheidszorg 2025 blijkt dat de gemiddelde rating van de topklinische ziekenhuizen en de algemene ziekenhuizen in 2024 gelijk is gebleven ten opzichte van 2023. De gemiddelde rating van de UMC's is in 2024 gedaald ten opzichte van een jaar eerder. Desondanks is de rating van de UMC's nog altijd de hoogste

⁹² Rapport – Kostenanalyse mondzorg volwassenen | Zorginstituut Nederland

rating van alle subsectoren. BDO komt in de BDO Benchmark Ziekenhuizen en UMC's 2025 tot vergelijkbare bevindingen.

Als enkel wordt gekeken naar het behaalde rendement in 2024 dan behalen alle UMC's en topklinische ziekenhuizen een positief resultaat. Het aantal algemene ziekenhuizen met een negatief resultaat is ongeveer gehalveerd ten opzichte van 2023.

Vraag 286

In welke delen van het land is het personeelstekort in de zorg het meest nijpend?

Antwoord

Uit de spanningsindicator van het UWV voor het tweede kwartaal 2025 blijkt dat de arbeidsmarkt voor zorg- en welzijnsberoepen in alle provincies zeer krap is. De spanningsindicator zegt iets over de verhouding tussen het aantal openstaande vacatures en het aantal werkloze werkzoekenden. De krapte is relatief het grootste in de provincie Zeeland, op enige afstand gevolgd door Utrecht.

Vraag 287

Wat zijn de eerste resultaten van de pilot wijkgerichte vaccinatieaanpak met de G4-gemeenten?

Antwoord

De pilot met de G4-gemeenten loopt nog en zal begin 2026 worden geëvalueerd. De pilot richt zich op het intensiveren en uitbreiden van de wijkgerichte aanpak, waarmee onder andere in Amsterdam en Den Haag al goede ervaringen zijn opgedaan. Eerste cijfers, van vóór de start van de pilot, laten positieve resultaten zien. Zo is de opkomst voor de vaccinaties voor schoolgaande kinderen en jongeren in Amsterdam in 2024 gestegen, het sterkst in de gebieden waar extra op de wijkgerichte aanpak is ingezet: de opkomst voor de BMR- en DTP-vaccinatie voor 9-jarigen steeg in de wijken Bos en Lommer, Slotervaart en Bijlmer Centrum met respectievelijk 15, 7 en 9 procentpunt ten opzichte van 2023.⁹³ Ook in Den Haag is een trendbreuk zichtbaar tussen 2023 en 2024: het aantal gezette maternale kinkhoest-, BMR1- en DKTP-vaccinaties steeg daar met respectievelijk 14, 4 en 9 procent.⁹⁴ Vanzelfsprekend is het belangrijk om de baten goed af te wegen tegen de kosten. Dat zal in de evaluatie van de pilot begin 2026 gedaan worden. De opkomst voor vaccinatie van zuigelingen laat geen zichtbare stijging zien.

Vraag 288

Hoe hebben de gezondheidsverschillen tussen verschillende bevolkingsgroepen zich in de afgelopen vijf jaar ontwikkeld?

Antwoord

In Nederland is nog altijd sprake van verschillen in gezondheid tussen groepen, die mede te maken hebben met de maatschappelijke positie van mensen.⁹⁵ Volgens het RIVM is een periode van vijf jaar te kort om ontwikkelingen goed te beoordelen. Er zijn in de afgelopen vijf jaar geen duidelijke aanwijzingen voor een toe- of afname van gezondheidsver-

⁹³ Zie: «RVP-vaccinatieopkomst schoolkinderen en jongeren 2024» (28 januari 2025). https://amsterdam.raadsinformatie.nl/document/15093578/1?connection_type=17&connection_id=11469027

⁹⁴ Zie: «Vaccinatiegraadcijfers op stadsdeel- en wijkniveau in Den Haag» (9 september 2025). https://denhaag.raadsinformatie.nl/document/15947862/1?connection_type=17&connection_id=12318307

⁹⁵ <https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/vtv-2024/hoofddrapport>

schillen tussen groepen. Zo leefden in 2024 mannen bij geboorte 1,5 jaar langer in goed ervaren gezondheid dan vrouwen, tegenover 1,6 jaar in 2019.⁹⁶ Het verschil in levensverwachting in goed ervaren gezondheid tussen de groep met basisonderwijs, vmbo of mbo-1 en de groep met een hbo- of wo-opleiding was 14 jaar in de periode tussen 2021 en 2024 en 14,3 jaar in 2017–2020 (zie ook antwoord vraag 96).⁹⁷ Het verschil in levensverwachting in goed ervaren gezondheid tussen de groep met havo, vwo, mbo2–4 ten opzichte van de groep met basisonderwijs, vmbo of mbo-1 en de groep met een hbo- of wo-opleiding, was respectievelijk 8,3 jaar en 5,7 jaar in de periode 2021–2024 en 7,8 en 6,5 jaar in de periode 2017–2021.⁹⁸ Over een langere periode (1999–2023) zijn de verschillen tussen opleidingsgroepen in ervaren gezondheid, overgewicht en roken licht toegenomen.⁹⁹

Vraag 289

Op welke concrete manieren worden mantelzorgers en vrijwilligers in de zorg ondersteund?

Antwoord

Er zijn veel verschillende manieren waarop mantelzorgers en vrijwilligers in de zorg worden ondersteund. Voor mantelzorgers geldt dat gemeenten vanuit de Wmo-2015 de taak hebben om mantelzorgondersteuning en -waardering aan te bieden. De precieze invulling hiervan verschilt per gemeente. Dit gebeurt bijvoorbeeld door middel van financiële regelingen, zoals een cadeaubon als mantelzorgwaardering en tegemoetkoming bij parkeerkosten, emotionele ondersteuning, waaronder lotgenotencontact, en vervangende mantelzorg, zoals respijtzorg aan huis en logeerszorg.

Vanuit de Mantelzorgagenda 2023–2026 zet de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg in op de ondersteuning van mantelzorgers. In het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg¹⁰⁰ en de Werkagenda VN-verdrag Handicap¹⁰¹ zijn deze ambities aangescherpt om zo onder meer het ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers verder te versterken en de gelijkwaardige samenwerking tussen formele en informele zorg te stimuleren.

Voor vrijwilligers in de zorg zijn er ook verschillende vormen van ondersteuning. Zo kunnen vrijwilligers bij sommige (vrijwilligers)organisaties een beloning of een vrijwilligersvergoeding ontvangen. De vrijwilligersvergoeding wordt bepaald door de vrijwilligersorganisatie zelf. Een andere vorm van ondersteuning is dat vrijwilligers via de Regeling Gratis VOG kosteloos een VOG kunnen aanvragen. Ook bestaan er ter ondersteuning verschillende vormen van deskundigheidsbevordering en persoonlijke begeleiding. Tot slot wordt er ingezet in het verminderen regeldruk bij vrijwilligers, zoals het bieden van ondersteuning bij vrijwilligers om zich te houden aan wettelijke verplichtingen. Hierover is de Tweede Kamer op 28 november 2024 geïnformeerd.¹⁰²

Vraag 290

Hoe hebben de gezondheidsverschillen per socio-economische klasse voor ouderen zich in de afgelopen vijf jaar ontwikkeld?

⁹⁶ StatLine – Gezonde levensverwachting; vanaf 1981

⁹⁷ StatLine – Gezonde levensverwachting; geslacht, leeftijd en onderwijsniveau

⁹⁸ StatLine – Gezonde levensverwachting; geslacht, leeftijd en onderwijsniveau

⁹⁹ <https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/vtv-2024/hoofdrapport>

¹⁰⁰ Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg

¹⁰¹ Werkagenda VN-verdrag Handicap 2025–2030

¹⁰² Kamerstukken 2024/2025 29 515, nr. 494

Antwoord

In Nederland bestaan verschillen in gezondheid tussen hoge en lage sociaaleconomische groepen bij ouderen. Volgens het RIVM is vijf jaar een te korte periode is om ontwikkelingen in gezondheid goed te beoordelen. Er zijn in de afgelopen vijf jaar geen duidelijke aanwijzingen voor een toe- of afname van gezondheidsverschillen per socio-economische klasse onder ouderen. Zo was het verschil in levensverwachting in goed ervaren gezondheid op 65-jarige leeftijd tussen de groep met basisonderwijs, vmbo-opleiding of mbo-1 opleiding en een hbo- of wo-opleiding in de periode 2017–2020 4,2 jaar en 4,1 jaar in de periode 2021–2024.¹⁰³

Vraag 291

Hoeveel geld wordt er geïnvesteerd in het bevorderen van een wijkgerichte aanpak van (ouderen)zorg?

Antwoord

Wijkgerichte zorg, waarbij mensen hulp krijgen in de eigen leefomgeving, is belangrijk. Vanuit het Ministerie van VWS wordt daarom geïnvesteerd in een sterkere eerstelijnszorg. Hiervoor is in het ZonMw programma «*Versterking organisatie eerstelijnszorg*» € 104 miljoen beschikbaar voor de periode 2023–2026.

Een deel van deze middelen wordt ingezet voor de versterking van de wijkgerichte aanpak, door het faciliteren van de inrichting van hechte wijkverbanden. Een hecht wijkverband is een samenwerking waarin tenminste de huisarts, wijkverpleging, apotheker en sociaal domein professional elkaar in de wijk goed kunnen vinden en samenwerken aan goede zorg en ondersteuning in de wijk.

Daarnaast zijn in het AZWA afspraken gemaakt over investeringen in de verbinding tussen stevige lokale teams en hechte wijkverbanden. Daarvoor is een financiële reeks opgenomen, startend met € 30 miljoen in 2027 oplopend tot € 58 miljoen structureel na 2030.

Vraag 292

Hoe lang zijn de wachtlijsten voor verpleeghuizen momenteel?

Antwoord

De meest recente wachtlijstinformatie voor verpleging en verzorging is van 1 augustus 2025. In de wachtlijstmonitor wordt onderscheid gemaakt tussen drie categorieën wachtenden: Urgent plaatsen; Actief plaatsen; Wachten op voorkeur. Het merendeel van de wachtenden wacht op voorkeur en ontvangt momenteel zorg thuis en er is ook geen dringende noodzaak tot opname in het verpleeghuis. Dit geldt wel voor de urgent wachtenden en de actief te plaatsen cliënten. Voor deze cliënten is er een actief beleid van zorgkantoren om binnen de geldende termijnen, een plek in een verpleeghuis te regelen.

	1-8-2025
Urgent plaatsen	312
Actief plaatsen	3.852
Wachten op voorkeur	13.763
Totaal	17.927

Vraag 293

¹⁰³ StatLine – Gezonde levensverwachting; geslacht, leeftijd en onderwijsniveau

Op welke manier wordt de ambitie om administratieve lasten terug te dringen versterkt door het voornemen van de Minister van Economische Zaken om 500 regels te schrappen?

Antwoord

De plannen van de Minister van Economische Zaken richten zich hoofdzakelijk op ondernemers binnen het bedrijfsleven met als doel het versterken van het ondernemersklimaat en het bevorderen van het concurrentievermogen van Nederland. Regeldruk onder zorgverleners wordt daarentegen geadresseerd binnen bijvoorbeeld de Regiegroep Aanpak Regeldruk, het programma [Ont]Regel de Zorg binnen het Ministerie van VWS en de afspraken in het AZWA. Tegelijkertijd vullen alle trajecten rond regeldrukvermindering elkaar uiteraard aan. Bij alle ministeries en in alle sectoren is het van belang dat kritisch wordt gekeken naar bestaande regels. Ongeacht welke sector het betreft komt het immers voor dat regels ooit meerwaarde hadden maar door veranderende omstandigheden minder relevant worden en daarom geschrapt of versimpeld kunnen worden. Het is goed dat hier meer aandacht voor komt.

Vraag 294

Klopt het dat, vanwege de bezuinigingen die het kabinet-Schoof doorvoert, het afgesproken budget voor de uitvoeringsplannen van de Green Deal in 2026 met € 1.025.000 naar is beneden bijgesteld? En klopt het dat in plaats van de afgesproken € 9.1 miljoen in 2026 dus € 8.075.000 beschikbaar is?

Antwoord

Ja, dat klopt. Het kabinet heeft een taakstelling op subsidies doorgevoerd, van structureel 1 miljard euro Rijksbreed. Deze bezuiniging is verdeeld over alle ministeries en is verwerkt in de begrotingen.

De Kamer is op 21 oktober 2024 geïnformeerd over hoe deze bezuiniging is doorgevoerd in de begroting van VWS¹⁰⁴. Het gaat om een neerwaartse bijstelling van destijds nog niet juridisch verplichte ruimte op de VWS begroting voor 2026 (art. 4 Zorgbreed beleid (art. 4.1)).

Daardoor is het bedrag voor 2026 lager uitgekomen.

Vraag 295

Hoeveel organisaties hebben naast de partijen die de Green Deal met elkaar hebben afgesloten eind 2022 in zorg en welzijn de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 ondertekend?

Antwoord

Sinds 2022 hebben 620 organisaties de Green Deal Samen werken aan duurzame zorg 3.0 ondertekend. Een overzicht van alle ondertekenaars is te vinden op www.greendealduurzamezorg.nl

Vraag 296

Hoe worden de organisaties ondersteund die de Green Deal Duurzame Zorg omarmen om ook daadwerkelijk de high-impact verduurzamingsslag te maken?

Antwoord

¹⁰⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/Kamerstukken/2024/10/21/aanbiedingsbrief-nota-van-wijziging-op-ontwerp-begroting-van-het-ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport-voor-het-jaar-2025>

Organisaties die de Green Deal DZ 3.0. ondertekend hebben worden op verschillende manieren met verschillende instrumenten door VWS ondersteund:

1. Door communicatie (o.a. over websites waar specifiek informatie over verduurzaming van de zorg te vinden is). Zo is er de website www.vergroendezorg.nl waarop allerlei best practices, tips en informatie is te vinden.
2. Door kennis en onderzoek (zowel de ontwikkeling als verspreiding ervan). Zo geeft de voetafdrukstudie van het RIVM inzicht in waar de meeste klimaat en milieu impact zit.
3. Door waar mogelijk belemmeringen in wet- en regelgeving op te lossen.
4. Door incidentele financiële ondersteuning (via subsidies of de tijdelijke Innovatie en Opschalingsregeling Duurzaamheid van ZonMw).
5. Door het organiseren van speciale bijeenkomsten (expertmeetings of webinars) voor de sector waarbij een speciaal thema inzake verduurzaming centraal staat (bv de bedrijventafel circulariteit in de zorg).

Vraag 297

Hoeveel geld is er nodig om de nationale strategie vrouwengezondheid vorm te geven als in het Verenigd Koninkrijk of Australië is gedaan?

Antwoord

Met de toezending van de Nationale Strategie Vrouwengezondheid¹⁰⁵ heb ik u op de hoogte gesteld van de inzet van VWS op dit onderwerp. Australië heeft aanzienlijke investeringen aangekondigd in vrouwengezondheid met als doel de toegang tot zorg te verbeteren, de kosten te verlagen en meer keuze te bieden aan vrouwen. Het Verenigd Koninkrijk heeft een plan opgesteld voor 10 jaar waarin beschreven wordt hoe de gezondheid van vrouwen verbeterd moet worden. Ik heb kennisgenomen van de beide strategieën. Ik ben niet bekend met de bedragen die hiermee gemoeid zijn. Omdat de zorg in die landen op andere wijze georganiseerd en bekostigd wordt is het niet goed mogelijk een vergelijking te maken met de Nederlandse situatie.

Vraag 298

Hoeveel middelen zijn er nu per jaar gereserveerd voor de nationale vrouwengezondheid strategie?

Antwoord

Met de toezending van de Nationale Strategie Vrouwengezondheid¹⁰⁶ heb ik u op de hoogte gesteld van de inzet van VWS. Zoals ik in deze brief en bijlage heb aangegeven wordt voor de nationale strategie vrouwengezondheid naast de middelen die al beschikbaar zijn gesteld voor het kennisprogramma rondom vrouwspecifieke gezondheid bij ZonMw¹⁰⁷ (6 x € 2,5 miljoen per jaar), geen beschikbaar budget vrijgemaakt.

Vraag 299

Hoeveel kost het om fysiotherapie op te nemen in het basispakket? Kan dit worden uitgesplitst naar tien behandelingen, twintig behandelingen of onbeperkt?

Antwoord

Volgens het rapport *Passende aanspraak fysio- en oefen therapie* van het Zorginstituut¹⁰⁸ werd in 2022 € 0,67 miljard aan eerstelijnsfysiotherapie

¹⁰⁵ Kamerstuk 31 765, nr. 936

¹⁰⁶ TK 2024/2025 31 765, nr. 936

¹⁰⁷ Vrouwspecifieke gezondheid | ZonMw

¹⁰⁸ Kamerstukken II 2024/25, 31 765, nr. 916.

én eerstelijns oefentherapie vergoed vanuit de basisverzekering. Daarnaast werd € 1,11 miljard vergoed via aanvullende verzekeringen. Het is niet bekend hoeveel patiënten zelf betalen voor deze zorg buiten de verzekeringen om. Daardoor heeft VWS geen volledig beeld van de totale kosten als alle fysio- en oefentherapie onbeperkt opgenomen zou worden in het basispakket.

Voor een volledig beeld en een uitsplitsing naar tien of twintig behandelingen, moet bovendien met meerdere zaken rekening worden gehouden. Zo moet er bijvoorbeeld rekening worden gehouden met eventuele gedragseffecten als gevolg van de uitbreiding van de vergoeding uit het basispakket, de invloed van het eigen risico op de zorgafname, eventuele verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn, en met de gevolgen voor patiënten die nu onbeperkt fysio- of oefentherapie vergoed krijgen vanuit de basisverzekering, omdat zij een aandoening hebben die is opgenomen in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (in de volksmond ook wel bekend als de «chronische lijst»). Daarnaast moet zorg ook bewezen effectief zijn. Hiervoor is een kwaliteitskader randvoorwaardelijk. Nader onderzoek en analyse zou uitgevoerd kunnen worden om een zo'n volledig mogelijk beeld te krijgen. Een dergelijk onderzoek is op korte termijn niet haalbaar.

Vraag 300

Is er momenteel een arbeidsmarkttekort in de fysiotherapie? Zo ja, om hoeveel fte gaat het?

Antwoord

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voert momenteel een marktonderzoek uit naar de fysiotherapeutische sector. In de tussenrapportage concludeert de NZa dat er op de korte termijn geen sprake is van een toegankelijkheidsprobleem. De huidige capaciteit aan fysiotherapeuten lijkt toereikend om te voorzien in de bestaande zichtbare zorgvraag en wacht- en reistijden binnen de sector zijn over het algemeen kort. Tegelijkertijd ontvangt VWS wel signalen vanuit het veld over knelpunten op de arbeidsmarkt binnen de fysiotherapie. Diverse partijen melden dat vacatures lastig te vervullen zijn en dat fysiotherapeuten het beroep in toenemende mate verlaten. Eind 2025 levert de NZa haar definitieve rapportage op, waar naar verwachting ook meer recente cijfers zijn opgenomen over de ontwikkelingen binnen de fysiotherapeutische markt.

Vraag 301

Kan een schatting worden gegeven van de extra kosten die ontstaan door het mijden van mondzorg en de 640.000 volwassen die om financiële redenen niet eens per twee jaar naar de tandarts gaat?

Antwoord

We weten dat het mijden van mondzorg kan leiden tot het ontstaan van ernstiger mondziekten en daarmee verdere gevolgen voor de mondgezondheid, algemene gezondheid of deelname aan de maatschappij kan hebben. En dat het mijden van mondzorg tot extra kosten kan leiden. Ik kan uw Kamer echter geen kwantitatieve inschatting geven van de extra kosten die ontstaan doordat naar schatting 640.000 mensen om financiële redenen niet eens per twee jaar naar de tandarts gaan.

Zoals in het Eindverslag¹⁰⁹ van het project «vermindering van mondzorgmijding vanwege financiële redenen» is genoemd, laten onderzoeken zien dat er een wisselwerking is tussen het hebben van mondziekten en (onder andere) diabetes en hart- en vaatziekten en dat er een causaal

¹⁰⁹ Kamerstukken II, 2023–2024, 32 620, nr. 292

verband is tussen het hebben van mondziekten en depressieve klachten. Ook wordt het aantal verloren gezonde levensjaren als gevolg van mondziekten geschat op 3,5 miljard euro¹¹⁰ (uitgedrukt in DALY's). Het terugdringen van mondziekten kent dus bredere baten, het is echter zeer lastig om deze bredere baten te koppelen aan individuele maatregelen. Dat heeft verschillende oorzaken. Ook is er geen bewijs voor een causaal verband tussen frequente tandartscontroles en mondzorgkosten, dat bemoeilijkt het berekenen van de bredere kosten en baten. In het adviestraject van het Zorginstituut over een passende aanspraak voor mondzorg zal ook aandacht besteed worden aan de bredere baten van mondzorg.

Vraag 302

Hoeveel van de 640.000 mensen die mondzorg mijden zijn naar verwachting geholpen met de maatregel mondzorg voor minima uit het AZWA?

Antwoord

Het is nu nog niet mogelijk om aan te geven hoeveel mensen naar verwachting geholpen kunnen worden. De afspraak in het AZWA vergt nog nadere uitwerking.

In het AZWA zijn afspraken gemaakt op het gebied van medische preventie. Onderdeel hiervan vormt een ontwikkelagenda, waarbij in samenspraak met de relevante AZWA-partijen maatregelen in kaart worden gebracht die zorgvraag kunnen tegengaan. Deze maatregelen worden nader onderbouwd, zodat daarover besluitvorming kan plaatsvinden. Voor de jaren 2027 en 2028 is € 45 miljoen gereserveerd hiervoor. Mondzorg voor minima is één van de onderwerpen op deze ontwikkelagenda. De komende maanden worden de stappen verder uitgewerkt.

Overigens brengt het Ministerie van VWS samen met veldpartijen de verschillende mogelijkheden voor gerichte regelingen voor minima in beeld. Dit ter eventuele besluitvorming aan een nieuw Kabinet. Uw Kamer ontvangt hier dit najaar een rapport over. Ook is het Zorginstituut Nederland gevraagd om een advies uit te brengen over een passende aanspraak voor mondzorg.

Vraag 303

Hoe heeft het aantal ouderen met een zorg- of ondersteuningsbehoefte zich ontwikkeld in de afgelopen vijf jaar? Hoe zal dit zich in de komende vijf jaar verder ontwikkelen?

Antwoord

Volgens cijfers van het CBS – Monitor Langdurige Zorg (StatLine – Personen met indicatie; grondslag, zzp, stand en in- en uitstroom, kwartaal) is het aantal cliënten met een indicatie voor verpleging en verzorging (VV) gestegen van circa 171.000 in 2020 tot circa 198.000 in 2025. Op basis van de meest recente middellangetermijnraming (MLT) van het CPB is de verwachting dat de VV-populatie op grond van demografische ontwikkelingen jaarlijks met ongeveer 2,7% toeneemt. Daarmee zou het aantal cliënten in 2030 uitkomen op circa 225.000.

Vraag 304

Wanneer kunnen de uitkomsten van het onderzoek naar de bekostiging van reablement verwacht worden?

¹¹⁰ «Global-, Regional-, and Country-level Economic Impact of Dental Diseases in 2015», A. Righol, M. Jevdjevic, W. Marcenes, and S. Listl, 2018.

NB: Een DALY is een samengestelde (financiële) maat voor gezondheidsverlies.

Antwoord

De uitkomsten van het onderzoek worden eind 2025 verwacht.

Vraag 305

Op welke manier wordt meer maatwerk in de Wlz mogelijk gemaakt?

Antwoord

Bij maatwerk in de Wlz gaat het om het bekostigen van zorg die aansluit op de zorgbehoefte van de individuele cliënt. Dit maatwerk is vooral aan de orde bij cliënten die hun zorg thuis ontvangen, waaronder cliënten met een persoonsgebonden budget (pgb). Regelgeving maakt het mogelijk dat thuis extra zorg kan worden gefinancierd dan ten opzichte van de zorg die beschikbaar is op basis van het best passend zorgprofiel. Dit maatwerk kan bijvoorbeeld op basis van de regeling Extra kosten thuis, diverse toeslagen voor specifieke cliëntsituaties en de regeling meerzorg (voor cliënten met een bijzondere zorgbehoefte). Wanneer meer maatwerk nodig is, wordt dit gezien op basis van casuïstiek en wordt in overleg met vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties en de zorgkantoren naar een passende oplossing gezocht.

Vraag 306

Wanneer kan het afwegingskader zorg met verblijf in de Wlz verwacht worden?

Antwoord

In het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg is afgesproken dat in de Wlz een afwegingskader voor verblijf wordt ingevoerd op basis waarvan wordt bepaald of een oudere in aanmerking komt voor verblijf in een verpleeghuis. Op verzoek van VWS ontwikkelt het Zorginstituut dit afwegingskader. De verwachting is dat het afwegingskader in april 2026 gereed is.

Parallel worden, zoals afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg, de juridische, organisatorische en uitvoeringstechnische consequenties in beeld gebracht. Op basis van de uitkomsten worden de benodigde wijzigingen in wet- en regelgeving in gang gezet. Het streven is om per 1 januari 2028 het afwegingskader, met de benodigde wijzigingen in wet- en regelgeving, in te voeren.

Vraag 307

Hoe groot is het tekort aan zorggeschikte woningen voor ouderen met een beperking momenteel?

Antwoord

Het is niet mogelijk om op basis van de huidige beschikbare informatie aan te geven hoe groot het huidige tekort aan zorggeschikte woningen is. Wel is op basis van een prognose van het RIVM/ABF bekend dat een toename van 40.000 zorggeschikte woningen tot en met 2030 gewenst is (en ook is vastgelegd in de woondealafspraken).

Vraag 308

Hoe groot is het tekort aan geschikte woningen voor ouderen momenteel?

Antwoord

Er is geen registratie van het «tekort aan seniorenwoningen». Op basis van een ramingsmodel van onderzoeksinstituut ABF is een inschatting gemaakt van het aantal extra woningen dat de komende jaren nodig is voor ouderen. Hierbij is vooral de groei van het aantal ouderen van belang. In het kader van het programma WOZO (Wonen, Zorg en Ondersteuning voor Ouderen) zijn in 2022 afspraken gemaakt over een

uitbreiding met 290.000 woningen voor ouderen in de periode t/m 2030 (170.000 nultredenwoningen, 80.000 geclusterde woningen, 40.000 zorggeschikte woningen).

Vraag 309

Op welke manier wordt de verlaging van de eerder ingevoerde bezuiniging op de ouderenzorg bekostigd?

Antwoord

De verzachting van de tariefmaatregelen op de ouderenzorg is financieel gedekt binnen het geheel van afspraken die zijn gemaakt in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO). Onderdeel daarvan zijn een tijdelijke bijdrage vanuit de enveloppe voor betere ouderenzorg en de opbrengsten van de maatregel gericht op vereenvoudiging van de leveringsvormen voor Wlz-ouderenzorg thuis.

Vraag 310

Hoeveel mantelzorgers krijgen extra ondersteuning op basis van de bestuurlijke afspraken in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg?

Antwoord

Er zijn landelijk geen exacte cijfers beschikbaar over het gebruik van (de verschillende vormen van) mantelzorgondersteuning. In het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) zijn meerdere maatregelen opgenomen die bijdragen aan de versterking van het ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers. Zoals in het HLO opgenomen worden deze afspraken momenteel inhoudelijk nader uitgewerkt met de VNG en ZN. De uitvoering hiervan kan, gelet op de beleidsruimte en bestedingsvrijheid van gemeenten, op lokaal niveau verschillen.

Vraag 311

Hoeveel van de € 600 miljoen gereserveerd voor verzorgingstehuizen is er nog over? Is er geld «kwijtgeraakt» voor de ouderenzorg, inclusief huisvesting?

Antwoord

Bijgaande tabel geeft een overzicht van de benutting van de enveloppe voor betere ouderenzorg op de Aanvullende Post bij het Ministerie van Financiën. De bedragen zijn hierbij afgerond op miljoenen.

Bedragen x € 1 miljoen	2026	2027	2028	2029	2030
Enveloppe ouderenzorg HLA		600	600	600	600
LPO tranche 2025		28	28	28	28
Kasschuif t.b.v. HLO	281	-171	-92	-18	
Inzet HLO	-281	-229	-148	-41	
Tariefmaatregelen Wlz (motie Dobbe/Westerveld)		-65			
Inzet voor intensivering LVHC		-4	-8	-8	-8
Gedeeltelijke vrijval enveloppe		-150	-150	-150	-150
Kasschuif			91	-91	
Huidige reservering Aanvullende Post		8	321	320	470

In het Hoofdlijnenakkoord (HLA) is vanaf 2027 structureel € 600 miljoen beschikbaar gesteld voor investeringen in verzorgings- en verpleeghuisplekken. Met de toevoeging van de loon- en prijsbijstelling over 2025 kwam aanvullend structureel € 27,8 miljoen beschikbaar. Een deel van de envelop is inmiddels tijdelijk ingezet voor afspraken in het Hoofdlijnenakkoord ouderenzorg (HLO). In de jaren 2027–2029 gaat het om respectievelijk € 229 miljoen, € 148 miljoen en € 41 miljoen. Omdat de financiële afspraken in het HLO al per 2026 ingaan is een deel van de middelen naar 2026 geschoven (€ 171 miljoen euro vanuit 2027, € 92 miljoen euro vanuit 2028 en € 18 miljoen vanuit 2029). Daarnaast wordt er in 2027

€ 65 miljoen euro ingezet ter (intertemporele) dekking van de motie Dobbe en Westerveld¹¹¹ om de tariefmaatregel meerjarig contracteren in de gehandicaptenzorg en de langdurige GGZ voor 2026 niet in te laten gaan. Ook wordt er € 4,4 miljoen euro in 2027 en vanaf 2028 structureel € 7,7 miljoen ingezet voor het toevoegen van twee doelgroepen in de aanspraak op gespecialiseerde langdurige zorg (traject «laag volume hoog complex» (LVHC)). Ter dekking van structurele problematiek op de Rijksbegroting wordt structureel € 150 miljoen euro vanaf 2027 ingezet. Als laatste vindt er een kasschuif plaats van € 91 miljoen van 2029 naar 2028 om andere kasschuiven op de VWS-begroting mogelijk te maken zonder het saldo in deze jaren te belasten. Er resteert nu een structureel bedrag van € 470 miljoen dat beschikbaar is voor de realisatie van moderne verzorgingshuizen, zoals toegelicht in de brief van

de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg over vergrijzing en het integrale ouderenbeleid¹¹². Op dit moment worden de details uitgewerkt van het op termijn introduceren van de moderne verzorgingshuizen.

Vraag 312

Klopt het dat de monitor geclusterd wonen een verwachte onderschatting is?

Antwoord

Er is op dit moment geen reden te veronderstellen dat de uitbreiding met 290.000 woningen voor ouderen in de periode tot en met 2030 een onderschatting is. Op dit moment wordt er ook onderzoek gedaan naar de vraag op de langere termijn na 2030.

Vraag 313

Hoeveel plekken zijn er momenteel beschikbaar in de crisisopvang voor ouderen die niet meer thuis kunnen wonen?

Antwoord

Er wordt niet apart geregistreerd hoeveel plekken er beschikbaar zijn voor crisisopvang voor ouderen die niet meer thuis kunnen wonen. Plekken in het verpleeghuis worden daartoe niet apart gelabeld. Beschikbare plekken worden zowel ingezet voor mensen die op de wachtlijst staan als voor mensen die met spoed een plek nodig hebben. De inzet van plekken kan daarmee ook telkens veranderen. De zorgkantoren kijken bij het bemiddelen van cliënten naar de voorkeuren van cliënten en de urgentie.

Vraag 314

In hoeverre zijn de beschikbare middelen binnen de envelop ouderenzorg op de Aanvullende post (ter waarde van € 470 miljoen structureel) afdoende voor het realiseren van voldoende passende huisvesting voor ouderen?

Antwoord

De beschikbare middelen bieden mogelijkheden voor een serieuze verbetering van de ouderenhuisvesting. In vervolg op het onderzoek naar de herintroductie van verzorgingshuizen gaat de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg de komende maanden in gesprek met het veld over de mogelijke invulling van de extra zorg en ondersteuning, de stimulering van de bouwopgave en de ontwikkeling van zorgzame gemeenschappen. Zij verwacht dat ze u begin 2026 meer

¹¹¹ *Kamerstukken II, 2024–2025, 36 725 XVI, nr. 18.*

¹¹² *Kamerstukken II, 2025–2026, 29 389, nr. 158c.*

duidelijkheid kan geven over de resultaten van deze verkenning. Dan zal er ook duidelijkheid zijn over de verwachte financiële gevolgen.

Vraag 315

Hoe zal de vraag naar inzet van vrijwilligers in de palliatieve zorg zich naar verwachting ontwikkelen in de komende vijf jaar?

Antwoord

Een precieze prognose van de vraag naar de inzet van vrijwilligers valt niet te geven. Uit de jaarlijkse registratierapportage van Associatie Hospicezorg Nederland (AHZN) en Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland (VPTZ)¹¹³ blijkt dat er in 2024 14.242 vrijwilligers ondersteuning hebben verleend aan mensen in de palliatieve fase, thuis of in een hospice. Hun ondersteuning is aanvullend op de zorg die wordt geboden door zorgprofessionals en mantelzorgers. De behoefte aan inzet van vrijwilligers in de palliatieve zorg zal in de komende vijf jaar toenemen met het oog op de verwachte stijging van het aantal mensen in de palliatieve fase. De verwachte stijging van het aantal sterfgevallen is 1,5% per jaar (CBS-prognose). Vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg worden daarnaast steeds beter gevonden waardoor hier vaker een beroep op wordt gedaan.

Vraag 316

Hoe en met welke middelen wordt de verduurzamingsslag in verpleeg-huiszorg mogelijk c.q. de greendeal 3.0?

Antwoord

In de brief van 17 april jl. heeft SJPS toegelicht hoe de zorgsector, inclusief de langdurige zorg, in samenwerking met VWS en het Rijk werkt aan de verduurzaming van de zorg. Verduurzamen is een verantwoordelijkheid van zorgaanbieders zelf, maar wordt met kennis, onderzoek, regelgeving en financiële middelen ondersteund door de rijksoverheid. In de Green Deal *Samen werken aan duurzame zorg* (GDDZ 3.0) hebben partijen, waaronder Actiz Ouderenzorg, concrete doelen en afspraken gemaakt over verduurzamen. De afspraken geven richting en houvast aan individuele zorginstellingen om de verduurzaming vorm te geven.

Om de verduurzaming van de zorg te ondersteunen is incidenteel € 42 miljoen vrijgemaakt voor de periode 2023 tot en met 2026 voor de gehele zorg. Op basis van de GDDZ 3.0 en het *Uitvoeringsprogramma verduurzamen (publieke) zorg en welzijn* worden de middelen ingezet voor onderzoek, kennis, implementatie en opschaling. Via ZonMw zijn middelen beschikbaar gesteld om met behulp van implementatie en opschalingscoaches zorginstellingen (waaronder de langdurige zorg) te ondersteunen bij het beter, sneller en duurzaam implementeren en opschalen van initiatieven die bijdragen aan de verduurzaming van de zorgsector.

Voor het verduurzamen van het vastgoed – de grootste financiële opgave ten aanzien van verduurzaming – is er de subsidieregeling Duurzaam Maatschappelijk Vastgoed van het Ministerie van VRO. Deze is beschikbaar tot en met 2030. Zorginstellingen, zorg- en welzijnsbreed, kunnen daar gebruik van maken. Daarnaast is voor de aanbieders van langdurige zorg, de normatieve huisvestingscomponent (NHC) op een zodanig niveau vastgesteld dat bij nieuwbouw en renovatie voldaan kan worden aan de actuele eisen op het gebied van duurzaamheid (en

¹¹³ Registratierapportage-VPTZ-AHZN-2024-aug-2025 (1).pdf

brandveiligheid). De middelen hiervoor zijn vanaf 2026 toegevoegd aan het Wlz-kader.¹¹⁴

Het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg ondersteunt zorginstellingen bij het verduurzamen van hun vastgoed. Bijvoorbeeld met het invullen van de portefeuille-routekaarten waardoor zorgaanbieders inzicht krijgen in hun CO₂-emissie en energieverbruik. Daarnaast publiceert het EVZ kennisartikelen met praktijkvoorbeelden en tips. Er worden bijeenkomsten georganiseerd en webinars om zorgorganisaties zoveel mogelijk te helpen en hen te stimuleren om over te gaan op duurzame energie.

Vraag 317

Wat is er in 2025 bereikt op het gebied van het terugdringen van de arbeidsmarkttekorten in de zorg door middel van het gebruik van Artificiële Intelligentie (AI)?

Antwoord

In 2025 was vanuit de Stimuleringsregeling Technologie in Ondersteuning en Zorg (STOZ) € 54 miljoen beschikbaar voor de opschaling van digitale en hybride processen in ondersteuning en zorg. De STOZ heeft mede als doel arbeidsverlichting. Processen waar aanvragen voor ingediend konden worden zijn o.a. spraakgestuurd rapporteren en planning met AI-software. Inmiddels is de regeling gesloten en blijkt het animo bij organisaties groot met een totaal van 1281 aanvragen.

Verder zijn er in 2025 afspraken gemaakt in het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA), waarbij het eerste hoofdstuk gaat over het terugdringen van administratieve lasten. De afspraken in het AZWA zijn een versnelling op enkele thema's en dragen bij aan het terugdringen van de administratieve tijd naar maximaal 20 procent van de werktijd in 2030. Het versneld en verantwoord inzetten van AI is één van de afspraken om de administratieve lasten terug te dringen, de werkdruk van professionals te verlichten en zo de druk op de arbeidsmarkt te verlagen. Graag verwijst de Minister van VWS in dit kader ook naar de brief aan uw Kamer van 6 oktober jl. over de «*Inzet op realisatie AI in de zorg*» (kenmerk 4231928-1089437-DICIO).

Vraag 318

Hoe wordt de doelstelling om de administratietijd van zorgprofessionals te verminderen naar maximaal twintig procent in 2030 concreet gerealiseerd?

Antwoord

Met het IZA hebben betrokken partijen, aangevuld met enkele andere leden, afgesproken om binnen de Regiegroep Aanpak Regeldruk aan de hand van een werkagenda gezamenlijk te werken aan regeldrukvermindering. Vanuit het principe «whole system in the room» worden partijen op hun verantwoordelijkheden aangesproken, wordt voortgang gemonitord en wordt complexe casuïstiek gezamenlijk besproken om tot oplossingen te komen. Alle partijen hebben gezamenlijk als doel dat zorgverleners gemiddeld maximaal 20% van hun tijd per week aan administratie besteden. Deze inzet wordt versterkt door de afspraken in het AZWA, waarmee een aanvullende impuls wordt gegeven aan de activiteiten binnen (en buiten) de Regiegroep Aanpak Regeldruk. Zo wordt ingezet op het opschalen van succesvolle doorbraakprojecten, zoals Zinvolle Registratie (ZIRE) op intensive cares binnen de medisch-specialistische zorg. Ook zijn afspraken gemaakt rond het verminderen

¹¹⁴ Kamerbrief over definitieve kaderbrief Wlz 2026 en het indicatieve Wlz-kader voor de jaren 2027–2030 | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl

van regeldruk als gevolg van machtigingen en verklaringen en (verschillen tussen) inkoop- en verantwoordingseisen. Afgesproken is dat betrokken (branche)verenigingen een top 10 machtigingen en aanvullende verklaringen en een top 10 inkoop- en verantwoordingseisen aanleveren bij zorgverzekeraars, op basis waarvan wordt geanalyseerd hoe regeldruk kan worden verminderd. Ook zijn afspraken gemaakt over het bevorderen van digitalisering (bv. AI) en gegevensuitwisseling. Gezamenlijk zullen alle afspraken en maatregelen zich doorvertalen naar merkbare vermindering van regeldruk op de werkvloer van zorgprofessionals, alsook tot uiting komen in bijvoorbeeld de bestaande landelijke metingen door het Centraal Bureau voor de Statistiek.

Vraag 319

Hoe wordt bij de inzet op vermindering van regeldruk administratieve lasten van zorgprofessionals gezorgd dat de kwaliteit van zorg gewaarborgd en inzichtelijk blijft?

Antwoord

Bij vermindering van regeldruk moet altijd een zorgvuldige afweging plaatsvinden met andere maatschappelijke belangen waaronder in ieder geval de kwaliteit van zorg. Dat wordt ook breed gedragen onder alle betrokken partijen die meewerken aan regeldrukvermindering. Zo is bijvoorbeeld in de AZWA-afpraak over het opschalen van doorbraakprojecten samen met partijen afgesproken dat het behoud van de kwaliteit van zorg als expliciete randvoorwaarde wordt gehanteerd.

Vraag 320

Welke andere sectoren dan de verpleeghuiszorg kunnen in de toekomst ook profiteren van de herindicatievereenvoudiging zoals afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg?

Antwoord

Ook de GHZ en de GGZ kunnen in de toekomst profiteren van de herindicatievereenvoudiging zoals afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg. Het CIZ onderzoekt samen met alle sectoren hoe de vereenvoudiging het beste vorm kan krijgen waarbij in ieder geval uitgegaan wordt van het verkorten van het aanvraagformulier.

Vraag 321

Welke AI-partijen zijn onderdeel van de NL AI-coalitie in de zorg?

Antwoord

De werkgroep Gezondheid en Zorg van de AI Coalitie voor Nederland (AIC4NL, voorheen Nederlandse AI Coalitie) is een initiatief van de AIC4NL¹¹⁵ in samenwerking met het Ministerie van VWS, Health Holland en Dutch Digital Delta. De werkgroep heeft momenteel meer dan 130 deelnemende organisaties, waaronder o.a. MKB, start-ups, academische ziekenhuizen, kennisinstellingen, zorginstellingen en zorgkoepels. Daarnaast wordt er afhankelijk van de activiteiten en context gericht samengewerkt met andere relevante partijen.

Vraag 322

Welke maatregelen uit deze begroting komen ten goede aan chronisch zieken?

Antwoord

De maatregelen die vallen onder de beleidsartikelen 1 Volksgezondheid, 2 Curatieve zorg, 3 Langdurige zorg en ondersteuning, 4 Zorgbreed beleid,

¹¹⁵ Alle deelnemers van AIC4NL staan vermeld op de website: <https://aic4nl.nl/deelnemers/>.

5 Jeugd en 6 Sport en bewegen komen, onder andere, ten goede aan chronisch zieken. Hieronder vallen maatregelen aangaande gezondheidsverbetering, ziektepreventie, verpleging en verzorging vanuit verschillende wetten, en specifieke programma's zoals re-integratiemethode Individuele Plaatsing en Steun en de Stimuleringsregeling Technologie in Ondersteuning en Zorg.

Vraag 323

Hoeveel van de miljoenen uit de envelop ouderenzorg wordt in 2026 daadwerkelijk ingezet voor de herinvoering van moderne verzorgingshuizen, en in welke regio's start de uitvoering?

Antwoord

In 2026 zijn er geen middelen beschikbaar voor de herintroductie van de moderne verzorgingshuizen. De envelop uit het hoofdlijnenakkoord bevat middelen vanaf 2027. Via een kasschuif zijn wel middelen uit de envelop ouderenzorg in 2026 tijdelijk ingezet voor het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg. In vervolg op onderzoek naar de herintroductie van verzorgingshuizen gaat de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg de komende maanden in gesprek met het veld over de mogelijke invulling van de extra zorg en ondersteuning, de stimulering van de bouwopgave en de ontwikkeling van zorgzame gemeenschappen. De Staatssecretaris verwacht dat zij u begin 2026 meer duidelijkheid kan geven over de resultaten van de verkenning.

Vraag 324

Onder welke posten zijn middelen «om eenheid van taal en techniek te realiseren voor verbetering van de elektronische gegevensuitwisseling» onderverdeeld?

Antwoord

De middelen voor eenheid van taal en techniek zijn opgenomen op de VWS-begroting bij artikel 4.3 «Informatiebeleid». De middelen worden verstrekt als opdrachten aan ICTU en bijdrage aan het agentschap RIVM. Zie vraag 329 welke bedragen hiermee zijn gemoeid. Daarnaast worden subsidies verstrekt aan partijen zoals Nictiz en Cumuluz, die bijdragen aan het behalen van de VWS-doelstellingen voor gegevensuitwisseling.

Vraag 325

Wat is het tijdspad voor de inzet op het verbeteren van databeschikbaarheid in de zorg?

Antwoord

In de kamerbrief Nationale Visie en Strategie voor het Gezondheidsinformatiestelsel¹¹⁶ staan de 3 plateaus genoemd waarlangs de transitie naar databeschikbaarheid voor gezondheid, zorg en preventie verloopt.

Plateau 1: interoperabiliteit georganiseerd, 2023 t/m 2026

Plateau 2: Netwerkgorg georganiseerd, 2027 t/m 2030

Plateau 3: Integraal georganiseerd, 2031 t/m 2035

In Plateau 1 werken we aan de geprioriteerde WEGIZ gegevensuitwisselingen en de basis functionaliteiten om databeschikbaarheid in de zorg mogelijk te maken.

¹¹⁶ Kamerstukken II 2024/2025, 27 529, nr. 326

In Plateau 2 realiseren we databeschikbaarheid in de zorg ter ondersteuning van netwerkzorg én de integratie met de EHDS.

In Plateau 3 wordt het Sociaal Domein aangesloten op basis van integrale databeschikbaarheid voor gezondheid, zorg en preventie.

Vraag 326

Wanneer wordt de opt-out voor gegevensuitwisseling in de acute zorg ingevoerd?

Antwoord

Er wordt hard gewerkt aan het mogelijk maken van een opt-out in de acute zorg, waarbij gegevens breed kunnen worden uitgewisseld, maar waarbij burgers ook kunnen aangeven wanneer zij niet willen dat hun gegevens worden gedeeld. In dat kader is gewerkt aan het wetsvoorstel opvraagbaarheid gegevens bij acute zorg (Wogaz).

In februari 2025 is de EHDS-verordening in werking getreden. De EHDS heeft qua reikwijdte grote overlap met de Wogaz. De EHDS biedt daarnaast de mogelijkheid om, via beperkingsrechten, een opt-out-recht wettelijk in te regelen. Om te voorkomen dat er twee wetstrajecten met hetzelfde doel gelijktijdig worden ontwikkeld, en mogelijk door elkaar heen gaan lopen, wordt alle aandacht gericht op de realisatie van de EHDS. Er is daarom voor gekozen om de beleidsontwikkeling van de Wogaz te stoppen, en de doelstellingen van dat wetsvoorstel mee te laten lopen met de EHDS-implementatiewetgeving. Dit is al eerder aangekondigd in de Kamerbrief van 10 juli 2025.¹¹⁷

De EHDS-bepalingen die relevant zijn voor de opt-out worden gefaseerd van toepassing. De opt-out als EHDS-beperkingsrecht moet vanaf maart 2029 wettelijk zijn geregeld. De opt-out voor de acute zorg zal samen met de Nederlandse EHDS-implementatiewetgeving worden uitgewerkt en tot stand komen. Dat betekent dat er wordt gestuurd om de opt-out voor gegevensuitwisseling in de acute zorg in maart 2029 mogelijk te maken.

Vraag 327

Hoe wordt gewerkt aan een veilige publieke infrastructuur?

Antwoord

In het project «Veilig Netwerk», binnen het programma Landelijk Dekkend Netwerk, werkt VWS aan een veilige landelijke infrastructuur voor het uitwisselen en beschikbaar stellen van gezondheidsgegevens door zorgverleners. De organisaties die gezondheidsgegevens uitwisselen dienen te voldoen aan de norm voor informatiebeveiliging in de zorg, de NEN 7512. De praktijk wijst nu uit dat hoewel partijen aan NEN 7512 voldoen, er toch vaak geen technische verbinding kan worden gelegd om veilig gegevens uit te wisselen. Dit wordt veroorzaakt doordat sectoren en regio's op een verschillende manier invulling geven aan de veiligheidseisen van de norm. Hierdoor kan er geen veilige verbinding tot stand kan komen.

Het project Veilig Netwerk doorbreekt dit door samen met de vertegenwoordigers van zorgaanbieders en de softwareleveranciers tot zorgbrede afspraken te komen voor de manier van veilig gegevens uitwisselen. In 2026 zijn deze afspraken gereed waarna gestart wordt met het doorvoeren van de noodzakelijke aanpassingen om te komen tot een veilige landelijke infrastructuur.

¹¹⁷ Kamerstukken II 2024/2025, 36 600 XVI, nr. 200

Vraag 328

Hoe worden de miljoenen voor AI in de zorg in 2026 besteed aan het halveren van administratietijd, en welke concrete projecten worden opgeschaald?

Antwoord

Er zijn in 2026 geen miljoenen gereserveerd voor het halveren van administratietijd met AI in de zorg. Zoals in de Kamerbrief over inzet op realisatie van AI in de zorg (Kamerstukken II 2025/26, 27 529, nr. 350) is vermeld, is het opschalen van AI onderdeel van de AZWA-afspraken en ligt dit voor een groot gedeelte bij keuzes van zorgaanbieders zelf vanuit hun reguliere bedrijfsvoering. Over de precieze wijze van opschaling vindt de komende periode nog afstemming plaats met de AZWA-partijen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars investeren ook zelf in AI-toepassingen in de zorg. Daarnaast zijn er afspraken over doorbraakmiddelen gemaakt. Voor impactvolle transformaties, aanvullend op de bestaande transformatiemiddelen uit het IZA, is er voor de jaren 2027 en 2028 € 400 miljoen per jaar beschikbaar. Deze middelen worden ingezet voor arbeidsbesparende maatregelen zoals de inzet van AI, medische technologie en hulpmiddelen.

Vraag 329

Zijn er, in het kader van de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz), middelen opgenomen om de eenheid van taal te bevorderen?

Antwoord

Vanuit de Coalitieakkoord 2021–2025 zijn middelen voor het standaardiseren van de gegevensuitwisseling beschikbaar gesteld. Deze middelen worden ook ingezet om de eenheid van taal te bevorderen in het kader van de Wegiz. In 2025 is voor € 0,9 miljoen euro aan bijdrage aan het agentschap RIVM verstrekt en voor € 1,0 miljoen euro aan opdrachten voor ICTU. Voor de periode na 2025 is VWS voornemens om middelen aan te vragen in het kader van de Voorjaarsnota 2026 (VJN 26) om verdere stappen te zetten op dit terrein. De omvang van deze middelen is nog niet definitief vastgesteld.

Vraag 330

Is er onder de toegankelijkheid en beschikbaar houden van medische hulpmiddelen speciale aandacht voor de toegankelijkheid voor kinderen?

Antwoord

Ja. Ik vind het belangrijk dat medische hulpmiddelen toegankelijk en beschikbaar zijn voor iedereen die deze nodig heeft, waaronder kinderen. Kinderen en neonaten hebben soms specifieke medische hulpmiddelen nodig. Doordat veel van deze hulpmiddelen bedoeld zijn voor een kleine patiëntenpopulatie, kunnen de marges voor fabrikanten soms smal zijn. Mede hierdoor zien zij in sommige gevallen af van certificering van hun producten onder de Europese wet- en regelgeving (de Medical Device Regulation (MDR) en In-Vitro Diagnostics Regulation (IVDR) en brengen zij hun product niet op de Europese markt, met beschikbaarheidsproblemen als gevolg. Ik bekijk daarom samen met andere Europese lidstaten naar mogelijkheden om deze zogenoemde «orphan devices» toegankelijk en beschikbaar te houden. Zo heeft de Europese Commissie recent een nieuw initiatiefprogramma opgezet om de ontwikkeling en beoordeling van orphan devices te ondersteunen.

Vraag 331

Bent u ervan op de hoogte dat in een rijk land als Nederland hulpmiddelen zoals brillen voor kinderen vaak alleen beschikbaar zijn met hulp of ondersteuning van goede doelen?

Antwoord

Ik vind het belangrijk dat alle kinderen in Nederland, ongeacht de financiële situatie van hun ouders, over een bril beschikken als dat noodzakelijk is. Goed zicht is namelijk essentieel voor de ontwikkeling van kinderen.

Eind 2024 heeft uw Kamer een amendement¹¹⁸ aangenomen over de verstrekking van brillen aan kinderen die deze niet vergoed krijgen uit het basispakket voor het jaar 2025. Het amendement is gericht op een tegemoetkoming aan ouders of verzorgers die de kosten van een bril voor hun kind(eren) niet kunnen dragen. Momenteel voer ik dit amendement uit, door het beschikbaar stellen van een subsidieregeling aan twee instellingen, namelijk het Nationaal Fonds Kinderhulp en het Jeugdeducatiefonds. Via deze instellingen kan een tegemoetkoming worden verstrekt voor de kosten van een bril voor kinderen.

Tegelijkertijd ben ik in gesprek met veldpartijen, onderzoeksinstituten en het Zorginstituut om te bezien of de huidige aanspraak op kinderbrillen herzien moet worden. Het Zorginstituut verwacht hier eind 2026 een advies over uit te kunnen brengen. Ik heb daarom besloten om de subsidieregeling te verlengen voor 2026. Op die manier wordt ook voor het komende jaar de toegang voor kinderen die een bril nodig hebben verbeterd. Ik geef zo ook uitwerking aan de motie van de leden Dijk en Bushoff¹¹⁹ die verzoekt om met een oplossing te komen om de toegankelijkheid voor brillen voor kinderen te verbeteren, zolang het advies van het Zorginstituut nog niet gereed is.

Vraag 332

Wanneer wordt de onafhankelijke evaluatie van het preferentiebeleid naar verwachting opgeleverd?

Antwoord

Momenteel worden de voorbereidingen getroffen voor de onafhankelijke evaluatie. Bij de planning van de evaluatie wordt rekening gehouden met het verzoek van uw Kamer om haar 1 oktober 2026 over de evaluatie te informeren. Begin 2026 ontvangt uw Kamer een voortgangsbrief over de beschikbaarheid van geneesmiddelen. In deze brief wordt u nader geïnformeerd over planning en voortgang van de evaluatie.

Vraag 333

Hoe wordt de effectiviteit van de werkagenda VN-verdrag beoordeeld door mensen met een beperking en hun belangenbehartigers?

Antwoord

Na het lanceren van de werkagenda VN-verdrag Handicap hebben verschillende vertegenwoordigende organisaties en belangenbehartigers gereageerd op de inhoud ervan. De belangenorganisaties zijn blij dat de werkagenda gepubliceerd is en dat het kabinet stappen gaat zetten om het VN-verdrag Handicap verder te implementeren. Tegelijkertijd zijn belangenorganisaties terughoudend over het ambitieniveau van de maatregelen in de werkagenda. Zij twijfelen of dit voldoende is om de doelen in de nationale strategie te bereiken en roepen op tot uitbreiding van de werkagenda met meer ambities.

¹¹⁸ Kamerstukken II 2024/25, 36 600 XVI, nr. 136

¹¹⁹ Kamerstukken II 2024/25, 29 689, nr. 1315

Vraag 334

Is er enig signaal of de verhoging van de tarieven van de VG7 kosten-dekkend zijn?

Antwoord

De NZa heeft als taak om redelijkerwijs kostendekkende tarieven vast te stellen. Op basis van recente kostenonderzoeken zijn de tarieven voor de gehandicaptenzorg voor 2026 door de NZa geactualiseerd, na een voorlopige actualisatie van de tarieven voor 2025. Ik ga er daarmee vanuit dat deze redelijkerwijs kostendekkend zijn.

Vraag 335

Wat doet u en het kabinet, naast de Wet integrale bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders (Wibz), aan het weren van niet-integere aanbieders (met name private equity partijen) uit de zorg?

Antwoord

Er lopen naast het genoemde wetsvoorstel meerdere trajecten bij het Ministerie van VWS om niet-integere zorgaanbieders te weren. Er wordt onder andere gewerkt aan een wetsvoorstel Zorgspecifieke fusietoets (Zft) om fusies en overnames in de zorg meer inhoudelijk te toetsen. Het Ministerie van VWS wil de bevoegdheden van Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) uitbreiden om evident onwenselijke fusies op grond van kwaliteits-, continuïteits- of rechtmatigheidsoverwegingen tegen te kunnen houden.

Daarnaast zijn in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) afspraken gemaakt om fraude in de zorg te voorkomen, op te sporen, te stoppen en te bestraffen. De maatregelen hebben betrekking op de gehele keten, van tijdig signaleren en delen van vermoedens van misstanden tot een betere screening van potentiële malafide aanbieders tot extra capaciteit voor bestuursrechtelijke en strafrechtelijke handhaving. Een deel van die maatregelen is erop gericht om mensen die eerder in de zorg hebben gefraudeerd uit de zorg te weren, zoals het beter benutten van de mogelijkheden die de Wet Bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur (Wet Bibob) biedt en het verkennen van mogelijke aanvullende voorwaarden aan de vergunningverlening. Samen met betrokken partijen worden de maatregelen verder uitgewerkt.

Vraag 336

Hoeveel huisartsenpraktijken zijn er tot nu toe in 2025 overgenomen door private equity of commerciële partijen?

Antwoord

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft zicht op concentraties (fusie of overname) van zorgaanbieders waar vijftig of meer personen direct zorg leveren. De cijfers van 2025 zijn op dit moment nog niet vastgesteld, daarom worden hieronder de cijfers van 2024 weergegeven. De NZa maakt in haar monitoring onderscheid tussen concentraties waar een private equity partij of een buitenlandse partij betrokken is. Er wordt geen onderscheid gemaakt naar het aantal commerciële partijen, mede omdat een commerciële partij geen vastomlijnde definitie heeft.

In 2024 zijn er 7 concentraties gemeld binnen de huisartsenzorg. Bij geen van de concentraties was private equity of een buitenlandse partij betrokken.

Er is geen zicht op de hoeveelheid concentraties van zorgaanbieders waarbij minder dan vijftig personen direct zorg verlenen.

Vraag 337

Hoeveel tandartspraktijken zijn er tot nu toe in 2025 overgenomen door private equity of commerciële partijen?

Antwoord

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft zicht op concentraties (fusie of overname) van zorgaanbieders waar vijftig of meer personen direct zorg leveren. De cijfers van 2025 zijn op dit moment nog niet vastgesteld door de NZa, daarom worden hieronder de cijfers van 2024 weergegeven. De NZa maakt in haar monitoring onderscheid tussen concentraties waar een private equity partij of een buitenlandse partij betrokken is. Er wordt geen onderscheid gemaakt naar het aantal commerciële partijen, mede omdat een commerciële partij geen vastomlijnde definitie heeft.

In 2024 was bij 40 van de 61 concentratie-aanvragen in de mondzorg private equity betrokken. Uit deze cijfers valt niet te concluderen of er een toename is in het aandeel private equity in zorg, omdat er ook concentraties tussen kunnen zitten waarbij een al door private equity gefinancierde zorgaanbieder werd overgenomen door een andere private equity partij.

Er is geen zicht op de hoeveelheid concentraties van zorgaanbieders waarbij minder dan vijftig personen direct zorg verlenen.

Vraag 338

Kan een overzicht gegeven worden welke middelen concreet beschikbaar worden gesteld voor de uitvoering van de samenhangende preventiestrategie?

Antwoord

Er zijn geen middelen expliciet beschikbaar gesteld voor de uitvoering van de Samenhangende preventiestrategie (hierna: preventiestrategie). De middelen voor elk van de elf preventiethema's, beschreven in de preventiestrategie, staan reeds op de begroting van VWS. Met deze middelen wordt onder andere uitvoering gegeven aan de opgenomen acties en maatregelen.

Vraag 339

Hoe is de tariefbijstelling van € 152 miljoen (per 2026) voor gehandicaptenzorg en de langdurige GGZ uitgesplitst en waar zijn aanvullende reserveringen voor hogere tarieven of huisvesting in 2026 opgenomen?

Antwoord

De structurele tariefbijstelling per 2026 van € 152 miljoen valt uiteen in € 112 miljoen voor prestaties binnen de gehandicaptenzorg en € 40 miljoen voor de langdurige GGZ. Deze hangen samen met het kostenonderzoek dat de NZa heeft uitgevoerd voor de zorg gerelateerde uitgaven en de daarmee samenhangende wijzigingen van de maximum-beleidsregelwaarde voor kostendekkende tarieven van de zorgzwaartepakketten.

De middelen voor de tariefsverhoging van de normatieve huisvestingscomponent ad € 400 miljoen structureel vanaf 2026 zijn verwerkt in de geraamde Wlz-uitgaven voor de ouderenzorg (€ 231 miljoen), gehandicaptenzorg (€ 140 miljoen) en de langdurige GGZ (€ 29 miljoen).

Vraag 340

Waarom wacht u met een bredere uitrol van de wijkgerichte vaccinatieaanpak, terwijl de eerste signalen uit de G4-pilot succesvol zijn?

Antwoord

De wijkgerichte aanpak laat eerste, veelbelovende resultaten zien op een deel van de doelen. Maar op dit moment is nog niet goed in kaart gebracht hoe de opbrengsten zich verhouden tot de kosten. Het is van belang hier inzicht in te krijgen. Op basis daarvan kan worden bepaald of en hoe de aanpak op een doelmatige wijze kan worden voortgezet en verbreed.

Vraag 341

Ziet u mogelijkheden om, in afwachting van de evaluatie van de G4-pilot, in 2026 al stappen te zetten om de wijkgerichte vaccinatieaanpak voort te zetten of uit te breiden?

Antwoord

De pilot begin 2026 wordt geëvalueerd. Geleerde lessen uit de pilot worden landelijk gedeeld. Daarnaast lopen de acties¹²⁰, die zijn ingezet om landelijk bij te dragen aan het fijnmaziger vaccineren, door in 2026.

Vraag 342

Hoeveel middelen zijn er in 2026 gereserveerd voor post-covidexpertisecentra?

Antwoord

Vanuit het amendement Bushoff c.s.¹²¹ is eerder € 27 miljoen gereserveerd: € 12 miljoen voor 2025 en € 15 miljoen voor 2026.

Vraag 343

Betekent een nalevingscijfer van de alcoholleeftijd van 32,7 procent dat meer dan twee op de drie verkooppunten wel alcohol verkoopt aan minderjarigen?

Antwoord

Een nalevingscijfer van 32,7 procent betekent dat het minderjarigen in ruim twee op de drie pogingen lukt om alcohol te kopen. Meer informatie over het nalevingsonderzoek, de achtergrond hiervan en onze beleidsreactie op de nalevingscijfers, kunt u terugvinden op Landelijk onderzoek naleving leeftijdsgrens alcohol- en tabaksverkoop 2024 | Rapport | Rijksoverheid.nl

Vraag 344

Welke impactvolle maatregelen worden doorontwikkeld op de beleidsagenda ten behoeve van gezondheidsachterstanden?

Antwoord

Op dit moment wordt de beleidsagenda Gezondheid in alle Beleidsdoemen samen met verschillende departementen en partijen verder uitgewerkt. Eind dit jaar wordt uw Kamer hierover geïnformeerd.

Vraag 345

Hoeveel laagdrempelige steunpunten zoals zelfregie- en herstelorganisaties zijn er in het land? Hoeveel zijn er de afgelopen vijf jaar bijgekomen? Is er sprake van een landelijk dekkend netwerk?

Antwoord

Toenmalig Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg heeft uw Kamer in het najaar van 2024 geïnformeerd over een eerste verkennend onderzoek naar de ontwikkeling van laagdrempelige steunpunten. Uit dat onderzoek kwam naar voren dat er in oktober 2024

¹²⁰ Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 851

¹²¹ Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 130

278 laagdrempelige steunpunten waren.¹²² Dit zijn de cijfers die op dit moment beschikbaar zijn; een verdere duiding over de afgelopen vijf jaar is dan ook niet te geven.

Nieuwe cijfers over de ontwikkeling van de laagdrempelige steunpunten worden begin 2026 verwacht. Hierover zal de Tweede Kamer in het eerste kwartaal van 2026 geïnformeerd worden. Op basis van de nieuwe cijfers zal de landelijke IZA werkgroep meer duiding geven aan de landelijke dekingsgraad. Deze monitoring maakt onderdeel uit van het landelijk ondersteuningsprogramma dat begin dit jaar is gestart en dat de beweging naar een landelijk dekkend netwerk verder kracht bij zet.

Daarnaast zijn laagdrempelige steunpunten één van de basisfunctionaliteiten in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Daarmee is afgesproken dat deze functionaliteit in elke regio of gemeente ingevuld en beschikbaar moet zijn voor inwoners ten behoeve van een landelijk dekkend aanbod.

Vraag 346

Loopt het financiële kader voor het uitvoeren van de Hervormingsagenda Jeugd nog in de pas met de voorspelde uitgaven en besparingen bij het tekenen van de Hervormingsagenda? Zo niet, bij welke maatregelen wordt meer of minder uitgegeven en bij welke maatregelen wordt de besparing niet gehaald en bij welke wel?

Antwoord

De (financiële) effecten van maatregelen kunnen niet per individuele maatregel in beeld worden gebracht. Ook niet op gemeentelijk niveau. Redenen hiervoor zijn:

1. verschillende maatregelen bijdragen aan eenzelfde effect
2. er interferentie tussen effecten bestaat; en
3. er buiten de uitvoering van de maatregelen ook (autonome) effecten in de sector op kunnen treden. Bijvoorbeeld het effect van de mentale gezondheid van jongeren op de vraag naar Jeugdzorg.

Dat betekent dat het effect van de uitvoering van de Hervormingsagenda op de uitgavenontwikkeling enkel overkoepelend gezien kan worden, zonder dat daarin uitspraken gedaan kunnen worden over causaliteit.

De totale uitgavenontwikkeling is daarmee een belangrijke parameter, specifiek ook voor de financiële doelstelling van de Hervormingsagenda. Met het uitgavenonderzoek naar de uitgaven in 2023 en 2024¹²³ is geconstateerd dat het Meerjarig Financieel Kader uit de Hervormingsagenda en de totale uitgaven van gemeenten aan Jeugdzorg niet in lijn zijn met elkaar. De tekorten die hierin naar voren komen, respectievelijk € 628 miljoen in 2023 en € 828 miljoen in 2024, zijn dit jaar op basis van het advies van de Deskundigencommissie bij de augustusbesluitvorming betrokken. Eerder is met de voorjaarsnota het financiële kader gezien aan de hand van het advies van de Deskundigencommissie Jeugd. Op basis hiervan is besloten aanvullende middelen beschikbaar te stellen, aanvullende beheersmaatregelen te nemen en de uitvoering van de Hervormingsagenda te intensiveren¹²⁴. Dit leidt ertoe dat de financiële kaders van de Hervormingsagenda dit jaar zijn geactualiseerd, onder andere leidende tot een verzachting van het ingroeipad van de besparingsopgave.

¹²² Kamerstukken II 2024/25, 29 538, nr. 365.

¹²³ Kamerstukken II 2023/24, 31 839, nr. 1031.

¹²⁴ Kamerstukken II, 2023/24, 31 839, nr. 1093.

Naast de ontwikkeling van de uitgaven wordt gekeken naar inhoudelijke ontwikkelingen. Naar aanleiding van het advies van de commissie Van Ark wordt de monitoring hiervan opnieuw bezien. Dit loopt mee in de gesprekken met gemeenten, aanbieders, professionals en cliënten over de intensivering van de Hervormingsagenda en zal in de routekaart die is aangekondigd worden vastgelegd.

Vraag 347

Hoe groot is het arbeidsmarkttekort in de jeugdzorg momenteel?

Antwoord

Er zijn geen cijfers beschikbaar over de actuele tekorten per branche. Wel zijn er cijfers beschikbaar op basis van de laatste prognose van najaar 2024. Het verwachte tekort in 2025 in de jeugdzorg bedraagt 1.300 werknemers.

Vraag 348

Wat houdt de taakopdracht bij de gemeente in om te komen tot een suïcidepreventiebeleid?

Antwoord

Het landelijke integrale suïcidepreventiebeleid wordt elke vier jaar vastgesteld met de landelijke nota gezondheidsbeleid. Daaruit vloeit de taakopdracht voor gemeenten voort. De gemeentelijke nota moet daarmee dus ook doelstellingen, acties en gewenste resultaten bevatten van het gemeentelijke beleid inzake suïcidepreventie. De wet publieke gezondheid, waar suïcidepreventie per 1 januari 2026 onderdeel van uit gaat maken, schrijft niet voor hoe het gemeentelijk beleid eruit moet zien. Door middel van onder meer het landelijke suïcidepreventiebeleid en de landelijke agenda suïcidepreventie worden gemeenten voorzien van informatie en kennis over hoe dit lokale beleid kan worden vormgegeven en hoe zij dit naar hun eigen context kunnen vertalen.

Vraag 349

Hoeveel stevige lokale teams jeugdzorg zijn er nu over het hele land? Hoeveel zijn er opgericht sinds het tekenen van de Hervormingsagenda Jeugd?

Antwoord

Sinds de decentralisaties in 2015 heeft de meerderheid van de gemeenten een vorm van lokale teams.

We hebben geen zicht op hoeveel gemeenten stevige lokale teams hebben sinds het ondertekenen van de Hervormingsagenda Jeugd. Inmiddels heeft het Ondersteuningsteam voor de Jeugd (OZJ) 108 gemeenten geholpen om stevige lokale teams te ontwikkelen.¹²⁵

In de Meta-analyse startfoto's Hervormingsagenda Jeugd (gepubliceerd door de VNG in april 2024), heeft 52% van de gemeenten aangegeven voldoende stevige lokale teams te hebben, dan wel dat het merendeel van de lokale teams voldoende stevig is in lijn met het Richtinggevend kader «toegang, lokale teams en integrale dienstverlening».¹²⁶ 15% van de gemeenten geeft aan dat de helft van de lokale teams voldoende stevig is.

¹²⁵ Via deze ondersteuningslijn kunnen gemeenten middels werkpakketten, voorlichting, advies en daadwerkelijke ondersteuning en coaching door transformatiecoaches, worden geholpen om te komen tot een meer stevig lokaal team.

¹²⁶ Dit kader is vastgesteld door de VNG en gemeenten in het voorjaar van 2024. Hierin zijn de kenmerken van stevige lokale teams vastgelegd.

En 33% van de gemeenten geeft aan dat (het merendeel van) de lokale teams nog onvoldoende stevig is.

Vraag 350

Op welke concrete wijze wordt er bijgedragen aan het verbeteren van de risico taxatie en veiligheidsbeoordeling instrumenten voor huiselijk geweld en femicide?

Antwoord

Op dit moment loopt er in opdracht van het Ministerie van VWS en JenV een onderzoek wat wordt uitgevoerd door Regioplan, gericht op het herijken van de risico taxatie en veiligheidsbeoordelingsinstrumenten. De uitkomsten van dit onderzoek worden eind 2025 verwacht.

De uitkomsten zullen gaan over:

- Welke instrumenten nu gebruikt worden.
- Hoe die instrumenten gebruikt worden.
- Of dit toereikend zou moeten zijn of dat er iets anders/andere instrumenten nodig zijn.
- Welke samenwerkingsafspraken nodig zijn om de risicotaxatie en veiligheidsbeoordeling te verbeteren.
- Andere aanbevelingen die uit het onderzoek naar voren komen.

Aan de hand van de uitkomsten wordt met de relevante uitvoeringsorganisaties en de betrokken ministeries een plan gemaakt om de benodigde doorontwikkeling uit te voeren.

Vraag 351

Hoe groot is het huidige tekort aan opvangplekken voor slachtoffers van huiselijk geweld? Hoeveel geld zou er nodig zijn om te voldoen aan in ieder geval de eisen die voortvloeien uit het Verdrag van Istanbul?

Antwoord

Branchevereniging Valente heeft in het kader van het huidige capaciteits-tekort een berekening gemaakt waarbij geldt dat voor de realisatie van 153 extra opvangplaatsen (30 crisisplekken en 123 vervolglekken) structureel € 12 miljoen nodig is. Gemiddeld genomen is daarmee € 78.431,- benodigd voor de financiering van één opvangplaats in de vrouwenopvang. De verantwoordelijkheid voor het organiseren en financieren van de vrouwenopvang is een gemeentelijke verantwoordelijkheid op grond van de Wmo2015. Er kunnen regionale verschillen bestaan in kostprijzen die gelden voor de vrouwenopvang en er bestaat geen landelijk inzicht in deze kostprijzen. In het Verdrag van Istanbul is de aanbeveling opgenomen de norm van 1 opvangplaats per 10.000 inwoners te hanteren. Daarbij wordt gesteld dat het daadwerkelijk aantal opvangplaatsen moet worden afgestemd op de nationale context van de lidstaat; de norm is daarmee geen verplichting. Voor de Nederlandse context is met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en branchevereniging Valente besproken dat 1.800 opvangplaatsen niet passend is in verhouding tot het aantal slachtoffers met een opvangbehoefte; het is echter lastig te bepalen welk aantal wel passend is voor de Nederlandse context. Hierover vinden continu gesprekken plaats.

Vraag 352

Welke concrete maatregelen worden er in 2026 genomen om de samenwerking tussen partners in zorg en veiligheid te verbeteren bij het signaleren en handelen bij signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling?

Antwoord

De aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling omvat een brede inzet waarbij partijen uit zorg en veiligheid betrokken zijn.

- Er wordt verder gewerkt aan de aanpak Veiligheid Voorop: dit is een samenwerking tussen Veilig Thuis, politie, OM, reclassering en Raad voor de Kinderbescherming om samen te werken bij signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling, met acties zoals het samen op pad gaan bij acute meldingen, het uitwisselen van informatie voor een beter beeld van de situatie, een gezamenlijk plan om de directe onveiligheid te stoppen en duurzame veiligheid te bewerkstelligen en betere afdoening.
- Vanuit het plan van aanpak «Stop femicide» worden ook in 2026 een aantal acties voortgezet:
 - o Een vervolg van de herijking van de risicotaxatie en veiligheidsbeoordelingsinstrumenten. Hierin werken zorg en veiligheidspartners samen om tot een goede invoering van taxatie instrumenten te komen.
 - o Het ontwikkelen van een strategie voor gezamenlijke deskundigheidsbevordering (en uitvoering gaan geven aan die strategie), met naast aandacht voor de inhoudelijke kennis over huiselijk geweld en kindermishandeling, ook aandacht voor kennis en kunde over elkaars werk en de versterking van samenwerking.
 - o Beter en systematisch evalueren van casuïstiek waarmee het leerrendement wordt vergroot.
 - o Doorontwikkeling van instrumenten als het tijdelijk huisverbod, slachtofferdevice en plegerinterventies waarin de samenwerking tussen zorg en veiligheidspartners cruciaal is.
- De Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling vervult een belangrijke rol. Om via de meldcode beter te signaleren en te handelen, wordt verder ingezet op bewustwording, deskundigheidsbevordering van professionals en versterking van de adviesfunctie.
- De 31 regionale Zorg- en Veiligheidshuizen in Nederland, verzorgen trainingen en kennis- en reflectiesessies voor gemeenten en netwerkpartners uit het zorg en strafrechtdomein vanuit hun rol als kennis-knooppunt binnen hun regio, ook op het gebied van huiselijk geweld en kindermishandeling.

Op stelselniveau zijn er verschillende trajecten die bij moeten dragen aan een betere samenwerking bij signalering en handelen waar het gaat om huiselijk geweld en kindermishandeling. Waaronder het vormgeven van coördinatie, monitoring en evaluatie op de brede aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling. Vanuit het Toekomstscenario wordt ingezet op een beter stelsel van kind- en gezinsbescherming.

Vraag 353

Worden er nog aanvullende financiële middelen beschikbaar gesteld voor het verbeteren van de deskundigheid voor professionals voor alle vormen van huiselijk geweld en kindermishandeling?

Antwoord

Medio september startte een traject in opdracht van de Ministeries van VWS en JenV om de deskundigheid van professionals die werken bij zorg- en straforganisaties (zoals Veilig Thuis, Centrum Seksueel Geweld, Vrouwenopvang, politie, Openbaar Ministerie, Reclassering, Raad voor de Kinderbescherming en Jeugdbescherming) voor het voorkomen van geweld tegen vrouwen verder te versterken. Het is van groot belang dat professionals werkzaam bij deze organisaties over de juiste kennis en vaardigheden beschikken om signalen van geweld tegen vrouwen (alle vormen van huiselijk geweld en kindermishandeling) te herkennen en hierop adequaat te handelen. Niet alleen als individuele professionals maar ook als goedwerkend netwerk, waarin ieder zijn eigen rol en taak

vervult en een aansluitend geheel bestaat. Hierbij is nadrukkelijk ook aandacht voor het signaleren, herkennen en handelen bij slachtoffers met een verhoogde kwetsbaarheid doordat zij te maken hebben met één of meerdere vormen van ongelijkheid en uitsluiting (intersectionaliteit), zoals mensen met een (verstandelijke) beperking. De eerder genoemde zorg- en straforganisaties zetten nu ook al in op deskundigheidsbevordering en werken hierbij samen. Er ligt daarmee een basis om op voort te bouwen. Deze organisaties hebben de ambitie om deskundigheidsbevordering structureel naar een hoger niveau te tillen.

Vraag 354

In hoeverre is de additioneel beschikbaar gestelde € 12 miljoen structureel toereikend in het realiseren van voldoende opvangplekken voor vrouwen?

Antwoord

Branchevereniging Valente stelt dat voor het wegnemen van het huidige capaciteitstekort (in ieder geval) 153 extra opvangplaatsen nodig zijn. Voor het realiseren van 153 opvangplekken is volgens Valente € 12 miljoen nodig. Tevens kan worden ingezet op aanpalende maatregelen, zoals het bevorderen van de doorstroom. Op dit moment bestaat er geen inzicht in het benodigd totaalaantal opvangplaatsen in de Nederlandse context. De ontwikkeling van de druk op de capaciteit en zaken als wachtlijsten of het aantal hotelplaatsingen zullen worden gemonitord om hier beter zicht op te krijgen.

Vraag 355

Wordt er ook ingezet en geïnvesteerd in kennisvermeerdering over het signaleren, herkennen en handelen bij huiselijk geweld waarbij het slachtoffer een (verstandelijke) beperking heeft?

Antwoord

Medio september startte een traject in opdracht van de Ministeries van VWS en JenV om de deskundigheid van professionals die werken bij zorg- en straforganisaties (zoals Veilig Thuis, Centrum Seksueel Geweld, Vrouwenopvang, politie, Openbaar Ministerie, Reclassering, Raad voor de Kinderbescherming en Jeugdbescherming) in het voorkomen van gendergerelateerd geweld verder te versterken. Het is van groot belang dat professionals werkzaam bij deze organisaties over de juiste kennis en vaardigheden beschikken om signalen van gendergerelateerd geweld (waaronder alle vormen van huiselijk geweld en kindermishandeling) te herkennen en hierop adequaat te handelen. Niet alleen als individuele professionals maar ook als goedwerkend netwerk, waarin ieder zijn eigen rol en taak vervult en een aansluitend geheel bestaat. Hierbij is nadrukkelijk ook aandacht voor het signaleren, herkennen en handelen bij slachtoffers met een verhoogde kwetsbaarheid doordat zij te maken hebben met één of meerdere vormen van ongelijkheid en uitsluiting (intersectionaliteit). Zoals mensen met een (verstandelijke) beperking. De eerder genoemde zorg- en straforganisaties zetten nu ook al in op deskundigheidsbevordering en werken hierbij samen. Er ligt daarmee een basis om op voort te bouwen. Deze organisaties hebben de ambitie om deskundigheidsbevordering structureel naar een hoger niveau te tillen.

Vraag 356

Wat valt concreet onder de «basisnoodzorg» waarvoor in 2026 € 250 miljoen is gereserveerd? Zijn er ook middelen gereserveerd voor de jaren daarna?

Antwoord

In 2026 is er voor basisnoodzorg een bedrag van € 252 miljoen gereserveerd. Omdat deze middelen hun oorsprong kennen uit de envelop pandemische paraatheid, worden de middelen hoofdzakelijk voor deze vorm van basisnoodzorg ingezet. Daarbinnen zijn onder andere de categorieën publieke gezondheid, curatieve zorg, langdurige zorg, leveringszekerheid en productie, infectieziektebestrijding, de Nationale Zorgreserve, (wetgeving rondom) opleidingen en certificering van zorgpersoneel, ICT, en zorg in Caribisch Nederland te onderscheiden. Conform HLA worden de middelen voor pandemische paraatheid afgebouwd. Dat betekent dat de hoeveelheid gereserveerde middelen voor deze categorieën afneemt. In 2027 is er een bedrag van 150 miljoen gereserveerd, voor dezelfde categorieën. De hoeveelheid gereserveerde middelen voor deze categorieën neemt af naar € 150 miljoen in 2027; en € 117 miljoen in 2028. Ten slotte is in 2029 € 3 miljoen voor de curatieve zorg gereserveerd.

Vraag 357

Kan worden toegelicht hoe het bedrag van € 250 miljoen in 2026 voor de basisnoodzorg zich precies verhoudt tot de vijf genoemde thema's: medische voorraden, zorgcapaciteit, IT/data/faciliteiten, bevoegdheden bij crises en civiel-militaire samenwerking? Kan een uitsplitsing gegeven worden van de beschikbare middelen per thema?

Antwoord

Het is niet mogelijk om een exacte verdeling te maken van de activiteiten binnen de vijf genoemde thema's, omdat veel uitgaven betrekking hebben op meerdere thema's en er daardoor sprake is van overlap. In onderstaande uitsplitsing zijn de uitgaven daarom gekoppeld aan het thema waarop ze het meest van toepassing zijn.

Het versterken van de zorgcapaciteit en de gewondenzorg zijn grotendeels gerelateerd aan de uitgaven aan de curatieve zorg, maar ook binnen de domeinen van de publieke gezondheid, langdurige zorg en investeringen in Caribisch Nederland:

- LFI;
- Versterking GGD'en;
- Versterking RIVM IZB keten;
- Landelijke ziekenhuis coördinatie;
- ROAZ en LCPS;
- Versterking GGD Caribisch Nederland;
- Caribische Hub;
- NZR en Module Basis Acute Zorg;
- Opleiden artsen IZB;
- Zoönose;
- Kennis en innovatie;
- Rioolwatersurveillance;
- Infectiepreventie bij Wlz aanbieders;
- Monitoring en surveillance in de ouderen- en gehandicaptenzorg.

Investerings in medische voorraden betreffen met name uitgaven voor leveringszekerheid, weerbaarheidsvoorraden en onderzoek naar weerbaarheid.

- Geneesmiddelen, vaccins en medische hulpmiddelen.

IT/data/faciliteiten betreft onder andere het versterken van cybersecurity en ICT-systemen. Ook worden middelen die bedoeld zijn voor het instellen van een Caribische Hub onder meer ingezet voor IT/data/faciliteiten.

- Versterking IV/ICT;
- Caribische Hub.

Bevoegdheden bij crises is uit te splitsen in bevoegdheden tijdens crises en internationale samenwerking.

- Personeel en programma weerbare zorg;
- Internationale samenwerking.

Vraag 358

Kan worden toegelicht of de € 250 miljoen voor basisnoodzorg in 2026 additionele middelen betreft, of dat dit grotendeels komt uit herverdeling? Als sprake is van herverdeling van middelen: uit welke bestaande programma's of posten wordt de € 250 miljoen voor basisnoodzorg dan gefinancierd?

Antwoord

De € 250 miljoen voor basisnoodzorg in 2026 betreffen geen additionele middelen. Deze middelen komen voort uit de in het coalitieakkoord Rutte IV beschikbaar gestelde middelen voor Pandemische Paraatheid.

Vraag 359

Hoe wordt geborgd dat de afbouw van de middelen voor pandemische paraatheid tot nul in 2029 geen afbreuk doet aan de continuïteit en beschikbaarheid van zorg tijdens een toekomstige pandemie?

Antwoord

Om continuïteit en beschikbaarheid van zorg tijdens een toekomstige pandemie of andere grootschalige gezondheidszorgcrisis te versterken, waren na COVID-19 maatregelen in gang gezet op het gebied van de publieke gezondheidszorg, leveringszekerheid en flexibele en opschaalbare zorg. Mede vanwege de samenloop met andere bezuinigingen, zoals de subsidietaakstelling op het Centrum infectieziektebestrijding van het RIVM, vallen de financiën voor bestrijding van een pandemie en andere grootschalige gezondheidszorgcrisis, terug tot onder het niveau van vóór de COVID-19 pandemie. Het afbouwen van de investeringen leidt bovendien tot vertrek van ervaren mensen en naar verwachting tot mindere betrokkenheid, waardoor de basis voor samenwerking wanneer dit nodig is in een crisis, onder druk staat. Dit overziend zijn we dan dus slechter voorbereid op grootschalige gezondheidszorgcrisis en hebben we de lessen van de COVID-19 pandemie niet opgevolgd. Ik kan daarom niet borgen dat de afbouw van middelen voor pandemische paraatheid geen afbreuk doet aan de continuïteit en beschikbaarheid van zorg tijdens een toekomstige pandemie.

Vraag 360

Hoe wordt geborgd dat de afbouw van de middelen voor pandemische paraatheid geen afbreuk doet aan de continuïteit en beschikbaarheid van zorg tijdens een toekomstige pandemie?

Antwoord

Om continuïteit en beschikbaarheid van zorg tijdens een toekomstige pandemie of andere grootschalige gezondheidszorg te versterken, waren na COVID-19 maatregelen in gang gezet op het gebied van de publieke gezondheidszorg, leveringszekerheid en flexibele en opschaalbare zorg. Worden deze maatregelen weer afgebouwd dan betekent dat dat we ons moeten gaan inzetten om met minder middelen toch zo goed mogelijk voorbereid te zijn op crises. Daarom zoek ik nog naar alternatieve structurele middelen.

Vraag 361

Hoe staat het ervoor met ouderenzorg in Caribisch Nederland?

Antwoord

Het aantal ouderen op de BES-eilanden is in het afgelopen decennium sterk gegroeid.

Op de BES-eilanden zijn er verpleeghuisvoorzieningen beschikbaar. Daarnaast wordt er maatschappelijke ondersteuning aangeboden in de vorm van huishoudelijke hulp, maaltijdservice, vervoer op maat, dagbesteding, respijtzorg en woningaanpassingen in het kader van het besluit maatschappelijke ondersteuning BES. Verder is de samenwerking tussen de zorgorganisaties op de eilanden de afgelopen periode ook geïntensiveerd. Zo heeft Bonaire in 2023 een samenwerkingsverband, genaamd Cockpitgroep Ketenalliantie Ouderenzorg (CKO), opgezet tussen de diverse zorgorganisaties om de gezamenlijke uitvoering van het beleid *Vitaal ouder worden* in de zorgketen te realiseren¹²⁷. Sint Eustatius heeft een gelijksoortig samenwerkingsband.

Onder de groep ouderen neemt de complexiteit van de zorg en de incidentie van dementie toe. De volgende ontwikkelingen rondom de ouderenzorg die relevant zijn voor de toenemende vergrijzing en dementie op de BES-eilanden zijn hierbij relevant. Ten eerste zijn beleids- en praktijkgerichte projecten opgezet. Een belangrijke wijziging betreft het aanpassen van de *Regeling aanspraken zorgverzekering BES* (RazBES) door onder andere geriatrische revalidatiezorg per januari 2025 op te nemen in de vergoedingslijst¹²⁸. Op de BES-eilanden worden er verschillende activiteiten uitgevoerd voor de dementiezorg¹²⁹. Goede initiatieven zijn het beleidsplan Dementie en de Dementiemonitor op Bonaire^{130, 131}.

Om te kunnen anticiperen op de veranderingen in de ouderenzorg vraagt de komende periode een aantal punten om aandacht, namelijk: de structurele personeelscapaciteit, de deskundigheidsbevordering van het zorgpersoneel, het beschikbare en kwalitatieve infrastructuur voor zowel de kleinschalige als grootschalige woonvoorzieningen, de palliatieve zorg en de samenwerking voor integrale zorg binnen en tussen eilanden. Daarnaast is de infrastructuur voor palliatieve zorg en hospicezorg op de BES-eilanden tot op heden beperkt.

Vraag 362

Zijn er additionele financiële middelen beschikbaar voor investeringen in de ouderenzorg in Caribisch Nederland?

Antwoord

Bij september suppletoire begroting 2024 zijn additionele financiële middelen beschikbaar gesteld voor investeringen in de ouderenzorg in Caribisch Nederland, namelijk:

Jaar	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Middelen x € 1.000	1.222	7.571	6.187	4.289	4.525	4.818

¹²⁷ <https://ris.konsehoinsular.org/Agenda/Document/f9d57644-d2a0-44dc-ac8e-e57e11867ef0?documentId=f529ddce-f13a-4869-91e0-8963c250e49b&agendaItemId=e360b6a1-3d23-4a3f-9ffd-abbf13504ef0>

¹²⁸ <https://www.rijksdienstcn.com/actueel/nieuws/2024/december/06/wijziging-aansprakenpakket-zorgverzekering-caribisch-nederland-per-1-januari-2025>

¹²⁹ <https://www.zonmw.nl/nl/nieuws/kwaliteit-van-leven-voor-mensen-met-dementie-op-de-cariben-verbeteren>

¹³⁰ <https://www.alzint.org/u/Beleidsplan-Dementie-Bonaire-2019-09-Webversion-Losse-paginas.pdf>

¹³¹ <https://media.alzheimer-nederland.nl/s3fs-public/media/2025-03/documents/Rapport%20Dementiemonitor%20Bonaire%202025.pdf>

De middelen zijn bedoeld voor het terugdringen van achterstanden bij de dagbesteding, de maaltijdservice, de thuiszorg en de maatschappelijke ondersteuning voor de ouderen.

Vraag 363

Op welke concrete wijze wordt er gewerkt aan de opbouw van maatschappelijke ondersteuning en de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling?

Antwoord

De Staatssecretaris van Langdurige en Maatschappelijke Zorg is samen met de VNG opdrachtgever van het «houdbaarheidsonderzoek Wmo». Middels het houdbaarheidsonderzoek wordt gewerkt aan de houdbaarheid en daarmee ook de toekomst van de Wmo. Dit onderzoek gaat onder andere over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk en gemeenten en de balans in taken en middelen. De aanpak van huiselijk geweld wordt uitgevoerd als onderdeel van de Wmo. In het kader van de aanpak huiselijk geweld, wordt daarnaast gewerkt aan de implementatie van de Europese richtlijn ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld.

Vraag 364

Wat is de omvang van de femicide-problematiek in Caribisch Nederland en hoe kan Caribisch Nederland meegenomen worden in een aanpak van femicide?

Antwoord

In zowel 2023 als 2024 is er in Caribisch Nederland in beide afzonderlijke jaren één persoon omgebracht. In beide gevallen betrof het een mannelijk slachtoffer en in beide gevallen vond dit plaats op Bonaire.

Hoewel in deze recente jaren geen sprake is geweest van femicide in Caribisch Nederland, zijn geweld tegen vrouwen, huiselijk geweld, en kindermishandeling ook in Caribisch Nederland een probleem. Om dit beter te voorkomen en te bestrijden wordt momenteel door de Ministeries van VWS, JenV, OCW, SZW en BZK samen met de openbare lichamen van Bonaire, Sint Eustatius en Saba gewerkt aan een gezamenlijke Toekomstvisie voor de aanpak van geweld tegen vrouwen, huiselijk geweld en kindermishandeling in Caribisch Nederland.

Deze Toekomstvisie bevat strategische doelen, waarin de vier pijlers van de aanpak van femicide – primaire preventie, zicht op (dreigend) geweld, interventies en hulpverlening, en inzicht in probleem en aanpak – zijn verwerkt. De strategische doelen die opgesteld worden in de Toekomstvisie, word vertaald naar concrete acties die in het nieuwe gezamenlijke bestuursakkoord komen te staan ter voorbereiding op de bekrachtiging van het Verdrag van Istanbul voor Caribisch Nederland.

Daarnaast worden relevante onderdelen uit het Nederlandse plan van aanpak «*Stop femicide!*» uitgewerkt naar de behoeften en lokale context van Caribisch Nederland. Dit betreft onder meer de verbetering van veiligheids- en risicobeoordelingen, en de voorbereiding van een wetsvoorstel voor aparte strafbaarstelling van psychisch geweld, waarbij ook de toepassing in Caribisch Nederland wordt betrokken.

Dit najaar ontvangt de Kamer een brief met een toelichting op de voortgang van de aanpak van huiselijk geweld, geweld tegen vrouwen en kindermishandeling in Caribisch Nederland. In deze brief wordt ook de stand van zaken rondom de bekrachtiging van het Verdrag van Istanbul uiteengezet.

Vraag 365

Is de verwachting dat er geen extra uitgaven nodig zijn voor de instandhouding liquiditeitspositie NRG Pallas na 2025?

Antwoord

Door uitdagende marktontwikkelingen staat de liquiditeitspositie van NRG PALLAS ook in 2026 en verdere jaren onder druk. Daarnaast is er een reële kans op ongeplande stilstand van de HFR (Hoge Flux Reactor), gezien de ouderdom daarvan. Mocht dat zich voordoen, dan zal dat eveneens een negatief effect hebben op de liquiditeitspositie van NRG PALLAS. De Kamer is hierover eerder geïnformeerd bij het kabinetsbesluit van september 2022 om middelen te reserveren voor het PALLAS-nieuwbouwprogramma (zie bijlage bij Kamerstuk 33 626, nr. 16).

Het is mede hierdoor niet op voorhand te zeggen dat er geen extra uitgaven nodig zullen zijn voor de instandhouding van de liquiditeitspositie van NRG PALLAS na 2025.

Vraag 366

Kan de «dekking OCW begroting» nader worden toegelicht?

Antwoord

In het amendement Bontenbal c.s. (12 december 2024) wordt een deel van de onderwijsbezuinigingen teruggedraaid. Dit wordt ten dele gedekt door een aanvullende apparaatstaakstelling bij VWS van € 15,1 miljoen structureel. In het amendement is opgenomen dat een bredere, niet-beleidsinhoudelijke invulling van de aanvullende apparaatstaakstelling door de regering mogelijk is, zoals het beperken van de reguliere prijsindexatie. VWS heeft daarop besloten de aanvullende apparaatstaakstelling te dekken vanuit de reguliere loon- en prijsindexatie.

Vraag 367

Kan er nader toegelicht worden waarom een Backpay-regeling in 2025 uitvoeringstechnisch niet mogelijk was?

Antwoord

De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport is zich bewust dat snelheid vereist is bij de totstandkoming van de Backpay-regeling voor weduwen. Het gaat immers om mensen die op zeer hoge leeftijd zijn. Tegelijkertijd is het belangrijk dat de regeling zorgvuldig wordt gemaakt, zodat deze goed uitvoerbaar is. Het opstellen van de regelgeving, consulteren van Indische organisaties, verrichten van een uitvoeringstoets, uitvoeren van de internetconsultatie, inventariseren van de fiscale gevolgen van een regeling, zorgdragen voor een goed werkend ICT systeem en oprichten van een team dat de regeling kan uitvoeren (inclusief de werving van gekwalificeerd personeel), kost tijd. Om deze redenen bleek het niet haalbaar om al in 2025 te starten met de uitvoering een Backpay-regeling voor weduwen.

Vraag 368

Hoe wordt gewaarborgd dat de Backpay-regeling doorgang kan vinden bij toekomstige kabinetten?

Antwoord

Het kabinet heeft besloten om € 50 miljoen euro te reserveren voor een Backpay-regeling voor weduwen. Momenteel wordt gewerkt aan het vormgeven van de regeling. Naar verwachting zal eind dit jaar gestart kunnen worden met de uitvoeringstoets. Nadat de uitvoeringstoets heeft plaatsgevonden krijgen organisaties en burgers via de internetconsultatie zes weken de tijd om commentaar te geven op de concept-regeling. Het is

waarschijnlijk aan een nieuw kabinet, in afstemming met de nieuw gekozen Tweede Kamer, om vervolgens een besluit te nemen over de vormgeving van de definitieve regeling en de invoering daarvan.

Vraag 369

Hoe groot is het arbeidsmarkttekort in de ouderenzorg momenteel?

Antwoord

Er zijn geen cijfers beschikbaar over de actuele tekorten per branche. Wel zijn er cijfers beschikbaar op basis van de laatste prognose van najaar 2024. Het verwachte tekort in 2025 in de ouderenzorg bedraagt 22.400 werknemers.

Vraag 370

Hoe groot is het arbeidsmarkttekort in de gehandicaptenzorg momenteel?

Antwoord

Er zijn geen cijfers beschikbaar over de actuele tekorten per branche. Wel zijn er cijfers beschikbaar op basis van de laatste prognose van najaar 2024. Het verwachte tekort in 2025 in de gehandicaptenzorg bedraagt 9.700 werknemers.

Vraag 371

Hoe wordt het structurele bedrag voor vrouwenopvang in 2026 verdeeld over gemeenten, en hoe wordt de doorstroom verbeterd?

Antwoord

De aanvullende financiële middelen van structureel € 12 miljoen zijn toegevoegd aan de decentralisatie-uitkering vrouwenopvang (DUVO). Over de nadere afspraken en verdeling van deze middelen vindt nog afstemming plaats tussen Rijk en gemeenten. De verwachting is dat de daadwerkelijke verdeling wordt opgenomen in de decembercirculaire 2025. Welke inzet gemeenten plegen voor de verbetering van de doorstroom uit de vrouwenopvang kan verschillen. Vanuit het gedecentraliseerde stelsel bestaat beleidsvrijheid voor gemeenten voor de invulling van dergelijke inzet.

Vraag 372

Is VWS voldoende betrokken bij de overheveling van de AI-middelen naar de EZ-begroting? Hoe wordt gemonitord of dit zal bijdragen aan de AZWA-doelstellingen om met inzet van AI administratieve lasten in de zorg te verlichten? Is duidelijk welk aandeel hiervan voor welke delen van de zorg wordt ingezet?

Antwoord

Ja, de financiële bijdrage van VWS is vastgelegd en wordt onderdeel van de bijdrage van Rijk en regio aan de investering in een AI-fabriek in Groningen. De afstemming daarover tussen EZ en VWS loopt goed. De precieze governance van de AI-fabriek wordt de komende periode nog uitgewerkt. Ook de monitoring van de bijdrage van de inzet van AI aan de AZWA-doelstellingen wordt op dit moment nog ingericht. Er kan nu dus niet gespecificeerd worden wat de bijdrage van de AI-fabriek aan de AZWA-doelstellingen gaat zijn.

Vraag 373

Waar wordt de € 1 miljoen aan besteed voor de Staatscommissie Zorgstelsel?

Antwoord

Op 24 oktober 2024 is tijdens de Begrotingsbehandeling VWS 2025 de motie Krul c.s. ingediend en aangenomen over het treffen van voorbereidingen voor een staatscommissie voor advisering over een toekomstbestendige en weerbare inrichting van het Nederlandse zorgstelsel.¹³²

Ervaringen met andere staatscommissies in het recente verleden laten zien dat de gemiddelde looptijd 1,5 tot 2 jaar is en dat de kosten ongeveer € 1 miljoen per jaar bedragen. Het grootste deel van deze kosten betreft personele kosten voor de leden van zowel de staatscommissie als het secretariaat dat de staatscommissie ondersteunt gedurende de looptijd. Daarnaast is rekening gehouden met huisvestingskosten, eventuele kosten voor extern onderzoek en kosten voor drukwerk.

Vraag 374

Is er in 2026 een € 225 miljoen mutatie opgenomen voor «uitstel vervanging abonnementstarief Wmo» en welke beleids- en inkomenseffecten zijn hiermee verondersteld?

Antwoord

Bij Voorjaarsnota 2023 is besloten met ingang van 2026 structureel € 225 miljoen uit te nemen uit het Gemeentefonds in verband met de vervanging van het abonnementstarief Wmo 2015 door een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (ivb).¹³³ Bij brief van 20 december 2024 heeft de toenmalig Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg echter aan uw Kamer laten weten dat de hierbij behorende planning, die gericht was op invoering van de ivb per 1 januari 2026, niet meer realistisch was. Daarbij werd de beoogde implementatiedatum verschoven naar 1 januari 2027.¹³⁴ Aansluitend hierbij is bij Voorjaarsnota 2025 de bovengenoemde uitname van € 225 miljoen uit het Gemeentefonds voor specifiek het jaar 2026 teruggedraaid,¹³⁵ deze middelen zijn overgeheveld van de VWS-begroting naar het Gemeentefonds.

Het verschuiven van de implementatiedatum van de ivb heeft tot gevolg dat de beleids- en inkomenseffecten van de ivb in de tijd zullen mee schuiven. Voor een uiteenzetting van de beleids- en inkomenseffecten van de ivb, verwijs ik u naar de memorie van toelichting en de nota naar aanleiding van het verslag bij het voorstel van wet vervanging abonnementstarief Wmo 2015.¹³⁶

Vraag 375

Is er in 2026 € 40 miljoen gereserveerd voor het «COVID-19-vaccinatieprogramma» en hoe is dit bedrag opgebouwd (bijvoorbeeld doelgroepen, inkoop/uitvoering, apparaatsdeel)? Waarom neemt het bedrag voor de vaccinatiecampagne toe als de groep mensen die in aanmerking komen voor een COVID-19-vaccinatie afneemt?

Antwoord

Wellicht wordt met deze vraag de € 140 miljoen bedoeld voor het COVID-19 vaccinatieprogramma die in tabel 1 op pagina 27 is opgenomen. De bedragen in tabel 1 (pagina 227) betreffen de mutaties ten opzichte van de eerdere begrotingsstukken. De € 140 miljoen is in de

¹³² Kamerstukken II 2024/2025, 36 600 XVI, nr. 69

¹³³ Kamerstukken II 2022/23, 36 350, nr. 1.

¹³⁴ Kamerstukken II 2024/25, 29 538, nr. 365. Het werd noodzakelijk geacht de beoogde invoeringsdatum te verschuiven omdat er voldoende tijd moet zitten tussen de publicatie van het wetsvoorstel en het moment van inwerkingtreding en om zo aan zowel burgers, aanbieders van ondersteuning, als aan uitvoerende partijen – zoals het CAK en gemeenten – de gelegenheid te bieden zich goed voor te bereiden op de invoering van dit wetsvoorstel.

¹³⁵ Kamerstukken II 2024/25, 36 725, nr. 1.

¹³⁶ Kamerstukken II 2024/25, 36 713, nrs. 3 en 8.

tabel opgenomen omdat deze middelen in de voorjaarsbesluitvorming beschikbaar zijn gesteld. Het bedrag voor de uitvoering daalt van € 155 miljoen in 2025 naar 135 miljoen in 2026. Dit bedrag is bestemd voor de uitvoering door GGD'en, de landelijke coördinatie van de campagne en de IV bij GGD GHOR Nederland en voor het COVID-19 vaccinatieprogramma bij het RIVM.

Vraag 376

Kan worden uitgesplitst welk deel van de AZWA-middelen voor opleidingsbeleid buiten het ziekenhuis (structureel 185 euro) voor welke onderdelen van de zorg buiten het ziekenhuis beschikbaar zijn?

Antwoord

In AZWA is afgesproken om te investeren in opleiding en scholing voor buiten het ziekenhuis, omdat daar de grootste veranderingen en tekorten worden verwacht. Er is hiervoor per 2026 € 53 miljoen beschikbaar, oplopend naar € 185 miljoen in 2029 structureel. Deze middelen zullen worden besteed aan het verstevigen van de instroom, het verstevigen van het aanbod aan vervolgopleidingen, bij- en nascholing van professionals en loopbaaninstrumenten. De komende tijd zal ik met de AZWA partijen kijken naar hoe deze middelen het beste besteed kunnen worden. De bestuurlijke overleggen daarvoor zijn in september gestart. Daarbij zal gekeken worden naar een goede verdeling tussen de beroepsgroepen in de eerste lijn als ook uit de andere sectoren die betrokken zijn bij AZWA, zoals sociaal werk, geestelijke gezondheidszorg en de preventieve gezondheidszorg.

Vraag 377

Hoe groot is het arbeidsmarkttekort in de GGZ momenteel?

Antwoord

Er zijn geen cijfers beschikbaar over de actuele tekorten per branche. Wel zijn er cijfers beschikbaar op basis van de laatste prognose van najaar 2024. Het verwachte tekort in 2025 in de GGZ bedraagt 8.600 werknemers.

Vraag 378

Hoeveel geld stelt u in 2026 beschikbaar voor medische producten en is hier ook ruimte voor brillen, beugels en orthopedische schoenen?

Antwoord

Het begrip medische producten is breder dan medische hulpmiddelen en omvat bijvoorbeeld ook geneesmiddelen. Ik focus mij bij de beantwoording op medische hulpmiddelen, aangezien brillen, beugels en orthopedische schoenen daaronder vallen. Ook ben ik hierbij uitgegaan van orthopedische beugels. De uitgaven voor alle extramurale medische hulpmiddelen, vergoed uit de Zvw, worden in 2026 ingeschat op een bedrag van € 2,2 miljard euro. Dit omvat naast brillen en orthopedische schoenen ook andere hulpmiddelen zoals incontinentiemateriaal, diabeteshulpmiddelen, en prothesen.

Vraag 379

Wordt er bij de toegankelijkheid van betaalbare genees- en hulpmiddelen ook rekening gehouden met kinderen?

Antwoord

Ja, de Minister van VWS houdt in zijn beleid voor de beschikbaarheid van genees- en hulpmiddelen ook rekening met kinderen. Bij het waarborgen van de beschikbaarheid van betaalbare geneesmiddelen en hulpmiddelen maakt de Minister van VWS geen onderscheid tussen volwassenen en kinderen.

Vraag 380

Welk bedrag is in 2026 gereserveerd voor de voorraadopbouw van kritieke geneesmiddelen en wat valt er onder kritieke geneesmiddelen?

Antwoord

In 2026 is € 35,2 miljoen beschikbaar voor het aanleggen en aanhouden van de extra voorraad kritieke geneesmiddelen. De term *kritieke geneesmiddelen* verwijst naar de Nederlandse lijst kritieke geneesmiddelen 2025 die opgesteld is door het Landelijke Coördinatiecentrum Geneesmiddelen, samen met zorgverleners.¹³⁷ «Kritiek» wordt in deze context gedefinieerd op basis van de termijn waarop patiënten ernstige gezondheidsschade ondervinden als een geneesmiddel niet beschikbaar is. Hiervoor worden drie categorieën gehanteerd: rood, oranje en geel. Deze extra voorraad kritieke geneesmiddelen waarop gedoeld wordt – die wordt opgebouwd bovenop de bestaande voorraadverplichting van in totaal 8 weken – beperkt zich tot de geneesmiddelen van de rode en oranje categorie van de Nederlandse lijst kritieke geneesmiddelen¹³⁸ met een apotheekinkoop-prijs (AIP) onder € 15.

Vraag 381

Hoeveel wordt er bezuinigd op het Nationaal Actieplan Dakloosheid?

Antwoord

Vanaf 2022 is structureel € 65 miljoen extra beschikbaar gesteld voor de aanpak van dakloosheid. Er is structureel € 55 miljoen toegevoegd aan de decentralisatie uitkering Nationaal Actieplan Dakloosheid (voor centrum-gemeenten). De middelen komen boven op de € 385 miljoen (excl. indexatie via het accres) die via de decentralisatie uitkering Maatschappelijke Opvang aan 44 centrumgemeenten wordt verstrekt. Gemeenten ontvangen via decentralisatie uitkeringen dus € 440 miljoen in totaal (excl. indexatie via het accres). Deze middelen zijn structureel beschikbaar voor de aanpak van dakloosheid. Daarnaast is er van de overige € 10 miljoen vanaf 2026 € 2 miljoen aangewend voor bredere Wmo doeleinden en € 8 miljoen onderdeel van de VWS-begroting ten behoeve van de aanpak van dakloosheid. Hiervan wordt voor € 3 miljoen gewerkt aan de transitie naar Preventie en Wonen Eerst, het verbeteren van de monitoring dakloosheid (ETHOS tellingen) en het aanjagen van de beweging in regio's door middel van subsidies aan o.a. Housing First Nederland, Platform Sociaal Domein en Valente. Daarnaast wordt vanuit het Ministerie van VWS het samenwerkingsverband Dakloosheid Voorbij! gefinancierd en wordt ingezet op het ontwikkelen van kennis over verschillende woonvormen voor (ex)dakloze mensen. Daarnaast wordt er vanaf 2026 t/m 2028 € 5 miljoen ingezet ten behoeve van de Pilot dakloze EU-burgers. De Pilot dakloze EU-burgers wordt vanaf 2026 uitgebreid en medegefinancierd door SZW met jaarlijks € 8 miljoen. In totaal is voor deze pilot jaarlijks € 13 miljoen beschikbaar voor de jaren 2026, 2027 en 2028. Er is derhalve geen sprake van een bezuiniging op het Nationaal Actieplan Dakloosheid.

Vraag 382

Hoeveel geld is er beschikbaar voor het Nationaal Actieplan Dakloosheid in de jaren 2026, 2027, 2028 en 2029?

Antwoord

Vanaf 2022 is structureel € 65 miljoen extra beschikbaar gesteld voor de aanpak van dakloosheid. Er is structureel € 55 miljoen toegevoegd aan de decentralisatie uitkering Nationaal Actieplan Dakloosheid (voor centrum-

¹³⁷ <https://lcg.nl/lijst-kritieke-geneesmiddelen/>

¹³⁸ Zie Lijst kritieke geneesmiddelen | Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen

gemeenten). De middelen komen boven op de € 385 miljoen (excl. indexatie via het accres) die via de decentralisatie uitkering Maatschappelijke Opvang aan 44 centrumgemeenten wordt verstrekt. Gemeenten ontvangen via decentralisatie uitkeringen dus € 440 miljoen in totaal (excl. indexatie via het accres). Deze middelen zijn structureel beschikbaar voor de aanpak van dakloosheid. Daarnaast is er van de overige € 10 miljoen vanaf 2026 € 2 miljoen aangewend voor bredere Wmo doeleinden en € 8 miljoen onderdeel van de VWS-begroting ten behoeve van de aanpak van dakloosheid. Hiervan wordt voor € 3 miljoen wordt gewerkt aan de transitie naar Preventie en Wonen Eerst, het verbeteren van de monitoring dakloosheid (ETHOS tellingen) en het aanjagen van de beweging in regio's door middel van subsidies aan o.a. Housing First Nederland, Platform Sociaal Domein en Valente. Daarnaast wordt vanuit het Ministerie van VWS het samenwerkingsverband Dakloosheid Voorbij! gefinancierd en wordt ingezet op het ontwikkelen van kennis over verschillende woonvormen voor (ex)dakloze mensen. Daarnaast wordt er vanaf 2026 t/m 2028 € 5 miljoen ingezet ten behoeve van de Pilot dakloze EU-burgers. De Pilot dakloze EU-burgers wordt vanaf 2026 uitgebreid en medegefinancierd door SZW met jaarlijks € 8 miljoen. In totaal is voor deze pilot jaarlijks € 13 miljoen beschikbaar voor de jaren 2026, 2027 en 2028. Er is derhalve geen sprake van een bezuiniging op het Nationaal Actieplan Dakloosheid.

Vraag 383

Wanneer wordt de actualisatie van de Nationale Dementiestrategie naar verwachting opgeleverd?

Antwoord

Ik verwacht deze het eerste kwartaal van 2026 op te leveren.

Vraag 384

Wat is de gemiddelde verblijfsduur van mensen met een beperking in een zorginstelling?

Antwoord

De verblijfsduur van mensen met een beperking is sterk afhankelijk van de aard van de beperking, de zorgbehoefte en de gekozen woonvorm. Deze varieert van kortdurend verblijf tot levenslange bewoning in gespecialiseerde instellingen of begeleid wonen. Er is geen landelijke databron beschikbaar die inzicht geeft in de gemiddelde verblijfsduur van mensen met een beperking in een zorginstelling.

Een manier om de gemiddelde verblijfsduur van Wlz-cliënten in de gehandicaptenzorg te benaderen is om de jaarlijkse uitstroom af te zetten tegen het gemiddeld aantal opgenomen cliënten in het jaar. In het jaar 2024 bedroeg de uitstroom 2.775 personen (2.275 door overlijden en 500 overige uitstroom). Het gemiddeld aantal opgenomen personen in de gehandicaptenzorg was 81.355. Op grond van deze gegevens is de inschatting dat de gemiddelde verblijfsduur ruim 29 jaar bedraagt.

Het bronmateriaal treft u aan op:

Wlz-gebruik per sector naar leveringsvorm en in- en uitstroom per week, 2020 week 2 – 2025 week 35 | COVID-19 maatwerk publicatie | Monitor Langdurige Zorg

Vraag 385

Wat is de gemiddelde verblijfsduur van mensen in een verpleeghuis?

Antwoord

Volgens gegevens van het CBS bedraagt het gemiddeld aantal opgenomen dagen van cliënten die in 2022 op het moment van overlijden zorg ontvingen op basis van een VV4, VV5 of VV6 circa 875 dagen. Bij cliënten die zorg ontvingen op basis van een VV7 en VV8 was het gemiddeld circa 1.380 dagen. Deze aantallen en een toelichting op de berekeningswijze treft u aan op: Gemiddeld aantal Wlz-opnamedagen van personen die in 2022 overleden zijn met een ZZP VV01 t/m VV09b, naar ZZP bij overlijden | Maatwerk publicatie | Monitor Langdurige Zorg

Ook het Zorginstituut rapporteert met enige regelmaat over de verblijfsduur van ouderen in verpleeghuizen. De rapporten gaan in op verschillende methoden om een gemiddelde verblijfsduur te bepalen en de beperkingen die er zijn om op grond van de beschikbare data die gemiddelden te berekenen.

U treft de rapportages van het Zorginstituut aan op: Verblijfsduur Wlz | Zorgcijfersdatabank.nl

Vraag 386

Hoe heeft de levensverwachting van mensen met een beperking – zowel binnen als buiten een zorginstelling – zich de afgelopen tien jaar ontwikkeld?

Antwoord

De groep mensen met een beperking is buitengewoon divers. De levensverwachting binnen deze groep kent dan ook een behoorlijke variatie, en is in sterke mate afhankelijk van de aard en de ernst van de beperking. Er is dus niet een uniform beeld te schetsen over de ontwikkeling van de levensverwachting ten opzichte van die van de algemene populatie. Gedetailleerde informatie over de laatste tien jaar is niet beschikbaar, en gegevens ontbreken om het onderscheid tussen intramuraal en extramuraal te kunnen maken. In algemene zin blijkt uit onderzoek dat de levensverwachting van mensen met een beperking afgelopen decennia is meegestegen met die van de algemene bevolking; ten aanzien van sommige doelgroepen was de groei zelfs nog wat sterker.

Het verschil in levensverwachting blijkt echter wel persistent. Voor de groep mensen met een verstandelijke beperking geldt bijvoorbeeld dat hun levensverwachting op dit moment gemiddeld 15 jaar lager ligt dan die de gemiddelde bevolking, met een spreiding van 6 tot 20 jaar. Daarbij geldt doorgaans: hoe ernstiger de verstandelijke beperking, hoe lager de levensverwachting.

Vraag 387

Hoe heeft de levensverwachting van ouderen – zowel binnen als buiten een verpleeghuis of zorginstelling – zich de afgelopen tien jaar ontwikkeld?

Antwoord

Volgens cijfers van het CBS is de levensverwachting van 65-jarigen gestegen van 19,66 jaar in 2015 naar 20,25 jaar in 2025: Prognose levensverwachting 65-jarigen: 20,96 jaar in 2030 | CBS. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt naar ouderen binnen of buiten een zorginstelling.

Veel ouderen brengen alleen de laatste fase van hun leven door in een verpleeghuis of zorginstelling. Het Zorginstituut publiceert sinds 2018 jaarlijks gegevens over de verblijfsduur binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) voor de sector Verpleging en Verzorging (V&V). Uit deze cijfers blijkt dat in 2018 circa 20% van de cliënten met zorgprofiel VV4 tot en met VV8 binnen drie maanden uitstroomde. In 2024 is dit aandeel licht gedaald

naar circa 17%. Het percentage cliënten met een verblijfsduur langer dan 24 maanden daalde tussen 2019 en 2024 van circa 43% naar circa 40%.

U treft de onderliggende cijfers en rapportages aan op: [Verblijfsduur Wlz | Zorgcijfersdatabank.nl](https://verblijfsduur.wlz.nl)

Vraag 388

Hoe heeft het aantal mensen met een beperking en gedragsproblematiek in een zorginstelling zich de afgelopen tien jaar ontwikkeld?

Antwoord

Voor de beantwoording van de vraag worden mensen met een VG6- en VG7-indicatie meegenomen die verblijven in een zorginstelling. VG6 staat voor «Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering» en VG7 staat voor «(Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering». In de verstandelijke gehandicaptenzorg zijn dit de twee zorgprofielen waarbij gedragsregulering specifiek is opgenomen. De cijfers rondom de LVG-zorgprofielen (licht verstandelijk gehandicapt) zijn voor de beantwoording van deze vraag buiten beschouwing gelaten, omdat deze zorgprofielen van tijdelijke aard zijn en gericht zijn op behandeling.

Er is een toename te zien van het aantal cliënten van 36.240 in 2015 naar 51.235 in 2025¹³⁹.

De ontwikkeling van het aantal mensen is te zien in onderstaande grafiek.



Vraag 389

Welke sociale en technologische ontwikkelingen worden bedoeld?

Antwoord

In 2024 heeft de Innovatie-impuls Gehandicaptenzorg 2 een uitvraag gedaan onder medewerkers van 69 verschillende gehandicaptenzorgorganisaties over de inzet van zorgtechnologie. Hieruit bleek dat er veel verschillende technologieën ingezet worden, o.a. binnen de domeinen «stimulering, beweging, ontspanning en vermaak», «verbeteren van de dagstructuur» en «verbeteren van de slaap». In 2026 zal de uitvraag herhaald worden.

Binnen de gehandicaptenzorg zijn veel zorgaanbieders continu bezig met het verbeteren van de zorg, en uit dat proces vloeien veel sociale vernieuwingen of innovaties voort. Dan gaat het bijvoorbeeld om

¹³⁹ Monitor Langdurige Zorg, CBS

vernieuwende aanpakken om zorg aan mensen met een beperking persoonsgericht te maken. Met begeleiding à la carte 2 (BALC 2) stimuleert VWS de inhoudelijke doorontwikkeling van deze aanpakken via intervisie en coaching; aspecten die daarbij aandacht krijgen zijn onder andere het systematische beschrijven van de aanpak en het verhelderen van de werkzame elementen. Daarnaast beoogt BALC 2 de uitwisseling van waardevolle sociale innovaties in de sector te versterken, door intensieve uitwisseling tussen deelnemende zorgaanbieders.

Vraag 390

Wat is er gereserveerd voor palliatieve zorg wanneer het programma palliatieve zorg per 1 januari 2027 stopt?

Antwoord

In 2027 en 2028 is jaarlijks € 2,5 miljoen gereserveerd voor afronding, evaluatie en borging Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) en doorstart naar de Toekomstagenda palliatieve zorg en ondersteuning, die nu in ontwikkeling is. Deze middelen zijn onderdeel van de € 150 miljoen coalitieakkoordmiddelen Rutte IV die eind 2021 meerjarig geoormerkt zijn voor palliatieve zorg. Dit is naast de lopende instellingssubsidies (€ 12 miljoen per jaar) en de reeks voor de Subsidieregeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging (€ 56 miljoen in 2027, € 58 miljoen in 2028, € 53 miljoen 2029 e.v.).

Vraag 391

Hoeveel mensen zijn er met palliatieve zorg? En voor hoeveel jonge mensen met kinderen wordt de kinderopvang stopgezet? Hoeveel van hen maken daarbij gebruik van de gemeentelijke regeling? Hoeveel dagen duurt deze aanvraagprocedure tot en met toekenning/afwijzing gemiddeld?

Antwoord

Jaarlijks sterven in Nederland ongeveer 170.000 mensen. Bij 70% van deze mensen (ruim 100.000) komt het overlijden niet onverwacht. Zij kunnen in de laatste levensfase behoefte hebben aan palliatieve zorg (kerncijfers palliatieve zorg 2023, zie <https://palliaweb.nl/onderzoek/kerncijfers-palliatieve-zorg/kerncijfers-behoefte-aan-palliatieve-zorg>).

Kinderopvangtoeslag is bedoeld om werk en de zorg voor kinderen te combineren. Als een ouder langdurig ziek wordt eindigt het arbeidscontract na (meestal) 2 jaar. In die periode blijft het recht op kinderopvangtoeslag bestaan. Na beëindiging van het dienstverband blijft er nog 3 maanden recht op kinderopvangtoeslag bestaan. Als er in het lopende jaar nog opgebouwde uren aan toeslag niet zijn afgenomen, mogen die worden ingezet in de resterende periode van dat jaar.

Als er geen recht op kinderopvangtoeslag meer is, dan kan een gezin dat te maken heeft met sociaal medische problematiek bij de gemeente een vergoeding krijgen voor de kosten van kinderopvang. Daarvoor geeft de gemeente een SMI (Sociaal Medische Indicatie) af. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van SMI.

Het is onbekend hoeveel ouders met jonge kinderen het recht op kinderopvangtoeslag verliezen en hoeveel gebruik maken van SMI.

Het aantal dagen tussen aanvraag en toekenning verschilt per gemeente en per situatie. Sommige gemeenten hanteren een wettelijke termijn van 8 weken. Gemeenten streven naar een zo spoedig mogelijke afhandeling.

Vraag 392

Welke maatregelen worden door u genomen om invulling te geven aan het «boeien, binden en benutten» in de gehandicaptenzorg?

Antwoord

Met de Toekomstagenda «zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking» zijn verschillende maatregelen in gang gezet om invulling te geven aan het boeien, binden en benutten in de gehandicaptenzorg. Voor het boeien van medewerkers is het belangrijk om aandacht te hebben voor de juiste beeldvorming. Met de leergang Ambassadeurs Gehandicaptenzorg van de Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW) en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) ontwikkelen professionals uit de gehandicaptenzorg zich tot ambassadeur. Er zijn totaal vijf lichtingen afgestudeerd.

Deze ambassadeurs zijn enthousiast over hun vak, maken zichtbaar wat er speelt op de werkvloer en vragen aandacht voor de gehandicaptensector. Om medewerkers te binden en te behouden is het van belang dat het beroep zich blijft ontwikkelen. De BPSW heeft een vierjarige subsidie gekregen om te werken aan het verstevigen van de professie en het vakmanschap van professionals. Zij voeren onder andere de pilot beroepsregistratie uit en onderzoeken wat dit betekent voor de professionalisering van het beroep. Voor het benutten van aanwezige kennis en ervaring is, door de Academische Werkplaats Leven met een verstandelijke beperking, verkend wat het netwerk van mensen met een beperking kan betekenen in een meer gelijkwaardige positie tot de professional.

Daarnaast wordt het Preventieplan Zorg en Welzijn gesteund. Dat richt zich zowel op het behoud van medewerkers in de sector zorg en welzijn als op het tegengaan van verzuim. Voor het behouden van medewerkers is een goed en veilig leerklimaat van belang. Het gaat hierbij niet alleen om het kunnen volgen van scholing, maar ook om het kunnen spiegelen en reflecteren, mogen maken van fouten, learning on the job of het verder kunnen brengen van het vak. Het preventieplan biedt zorgorganisaties handvatten voor een aanpak om het verloop in hun organisatie terug te dringen. Door het thema in alle lagen van de organisatie hoog op de agenda te zetten en door samen met medewerkers te kijken naar wat daadwerkelijk nodig is om mensen te behouden.

Vraag 393

Hoeveel mensen staan momenteel op de wachtlijst voor de gehandicaptenzorg?

Antwoord

Volgens de wachtlijstregistratie van het Zorginstituut wachtten er op 1 augustus 2025 1.738 cliënten op een plek in een instelling voor gehandicaptenzorg. U treft de maandelijkse rapportages aan op: Wachtlijsten landelijk niveau | Zorgcijfersdatabank.nl

Vraag 394

Hoe wordt samenwerking tussen de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg vormgegeven?

Antwoord

In de beantwoording ligt de focus op de zorg voor mensen met een Wlz-indicatie. De samenwerking tussen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de gehandicaptenzorg (ghz) richt zich op het bieden van passende, samenhangende zorg en ondersteuning aan mensen met meervoudige en complexe problematiek, zoals de combinatie van een psychische aandoening en een (licht) verstandelijke beperking (LVB). Voor deze mensen is de zorg vaak niet goed op elkaar afgestemd. Daarom

zetten we via de bestuurlijke afspraken met Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Ieder(in), de Nederlandse GGZ en VWS in op het verbeteren van deze samenwerking tussen beide sectoren¹⁴⁰. Dit is één van de prioriteiten binnen de bestuurlijke afspraken die vallen onder de «Toekomstagenda zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking», die een looptijd heeft tot en met 2026. Daarnaast zijn in de werkagenda «Een betekenisvol leven voor mensen met een langdurige psychische aandoening» acties opgenomen ten aanzien van het verbeteren van de samenwerking in de regio en het realiseren van meer passende woonzorgconcepten en -voorzieningen, ook voor mensen met een psychische aandoening en een (licht) verstandelijke beperking¹⁴¹.

Vraag 395

Op welke manier wordt de samenwerking tussen zorgdomein en sociaal domein precies vormgegeven?

Antwoord

Al langere tijd wordt ingezet op een sterkere samenwerking tussen het zorgdomein en sociaal domein. Zo werd in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) onder andere ingezet op domeinoverstijgende ketenaanpakken. In het Aanvullend zorg en welzijnsakkoord (AZWA) wordt deze samenwerking nu nog concreter vormgegeven door onder andere afspraken over het structureel verankeren van basisfunctionaliteiten op het snijvlak zorg-sociaal domein. Hierbij worden landelijke afspraken gemaakt tussen gemeenten en zorgverzekeraars op specifieke thema's als valpreventie, laagdrempelige steunpunten voor de EPA-doelgroep en sociaal verwijzen. Deze afspraken gaan over welke zorg en ondersteuning in de regio en lokaal beschikbaar moet zijn om zo duidelijk aan te kunnen geven aan inwoners waar men op kan rekenen. Daarbij wordt de basis in het sociaal domein verstevigd, onder andere door afspraken te maken over de basisinfrastructuur en de aansluiting van lokale teams op de hechte wijkverbanden eerstelijnszorg en de JGZ.

Vraag 396

Wat is de rolverdeling tussen VNG, Zorgverzekeraars Nederland en gemeenten bij de verdere uitwerking van het AZWA in 2026?

Antwoord

Het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord (AZWA) is afgesloten met de betrokken partijen uit zorg en welzijn, waaronder de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Op landelijk niveau zijn begin 2025 afspraken gemaakt over gelijkwaardig partnerschap in de samenwerking tussen VWS, VNG en ZN. In de IZA regio's werken gemeenten en zorgverzekeraars al langere tijd samen aan de doorontwikkeling van zorg en welzijn. De marktleidende zorgverzekeraar en de aangewezen gemeente zijn dan ook samen verantwoordelijk om het initiatief te nemen om tot een (geactualiseerd) regiobeeld te komen.

De komende periode maken VWS, VNG en ZN in afstemming met (vertegenwoordigers van) aanbieders van zorg en ondersteuning landelijke afspraken over de in het AZWA beschreven basisfunctionaliteiten. Het doel is dat deze functionaliteiten in elke regio of gemeente ingevuld en beschikbaar zijn voor inwoners. Gemeenten, zorgverzekeraars

¹⁴⁰ Kamerstukken II, 2024/2025, 24 170, nr. 352

¹⁴¹ Kamerstukken II, 2024/2025, 25 424, nr. 727

en aanbieders van zorg en ondersteuning zijn hierop wederzijds aanspreekbaar.

Vraag 397

Is er binnen het AZWA ruimte voor psychosociale ondersteuning bij kanker die op maat lokaal wordt geboden?

Antwoord

In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zijn o.a. afspraken gemaakt over basisfunctionaliteiten en de basisinfrastructuur op het snijvlak van het zorgdomein en het sociaal domein. Er is bij de ontwikkeling en implementatie van basisfunctionaliteiten niet voorzien in specifieke afspraken over psychosociale ondersteuning bij kanker. Wel kan bij de uitwerking van de basisinfrastructuur gekeken worden naar vormen van psychosociale ondersteuning. De afspraken vanuit het AZWA worden momenteel verder uitgewerkt.

Vraag 398

Wat zal de impact van het AZWA zijn op mensen die leven met en na kanker?

Antwoord

Met het IZA en AZWA wordt een brede beweging ingezet die ziet op toegankelijke en passende zorg en ondersteuning voor iedereen die deze nodig heeft. Dit geldt ook voor mensen die leven met en na kanker. Op het gebied van de oncologie specifiek, zet het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) de beweging voort die eerder is ingezet in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het daaruit vloeiende Plan van Aanpak netwerk- en expertzorg voor mensen met kanker (Passende zorg in de oncologieregio's). Door de oncologische zorg in netwerken te organiseren kan er aan oncologische patiënten betere en passende zorg geboden worden, en blijft die zorg ook in de toekomst betaalbaar en voor iedereen toegankelijk. Samenwerking in netwerken helpt om ieder patiënt met kanker de beste zorg te geven, ongeacht waar zijn of haar zorgtraject start.

Vraag 399

Ziet u een rol voor inloophuizen, zoals de IPSO centra, binnen het maken van de afspraken voor het AZWA?

Antwoord

Inloophuizen voor (ex)-kankerpatiënten en hun naasten, zoals IPSO centra, zijn van groot belang. In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zijn verschillende aandachtspunten opgenomen voor de informele zorg. Er is onder andere opgenomen dat er intensiever en gelijkwaardiger samengewerkt wordt tussen het medische en sociale domein om passende zorg te garanderen. Daarnaast zijn er in het AZWA afspraken gemaakt over basisfunctionaliteiten en de basisinfrastructuur op het snijvlak van het zorgdomein en het sociaal domein. Op dit moment is bij de ontwikkeling en implementatie van basisfunctionaliteiten niet voorzien in specifieke afspraken over psychosociale ondersteuning bij kanker. Bij het maken van afspraken over de inrichting en uitvoering van de basisinfrastructuur, bijvoorbeeld op het punt van inloopvoorzieningen, kan hier wel naar gekeken worden. Dit vraagt nadere uitwerking.

Vraag 400

Ziet u een rol voor inloophuizen voor (ex)-kankerpatiënten en nabestaanden binnen het maken van de afspraken voor het AZWA?

Antwoord

Zoals genoemd in vraag 399 zijn er in het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) verschillende aandachtspunten opgenomen voor de informele zorg.

Vraag 401

Wat zijn de gevolgen van het lagere budget in 2025 en de komende jaren voor het RIVM? Welke taken kan het RIVM hierdoor niet (meer) uitvoeren?

Antwoord

De budgetten die in de begroting zijn gereserveerd voor het RIVM bestaan uit structurele en tijdelijke budgetten. Omdat bepaalde tijdelijke budgetten niet worden verlengd loopt het totale budget af. Daarnaast is een taakstelling doorgevoerd op de budgetten voor het RIVM, waardoor over de hele breedte van het portfolio keuzes moeten worden gemaakt in de programmering. Deze keuzes zullen met uw Kamer worden gedeeld via de beleidsinhoudelijke brieven waar deze programma's aan bijdragen.

Vraag 402

Welke programma's van ZonMw worden geschrapt of versoerd door het lagere budget voor ZonMw programmering?

Antwoord

ZonMw werkt programmatisch. Daarbij lopen programma's voor een aantal jaren. Na afloop van die periode staat het budget niet meer in de begroting bij artikel 1.

Het programma kan een vervolg krijgen van uit het budget van de opdrachtgevende beleidsdirectie. Het budget wordt pas overgeheveld bij officiële verlenging van het programma. Vandaar dat de budgetten in de meerjarige reeks aflopen. Er is soms ook sprake van programma's met een tijdelijke financiering. Deze krijgen geen vervolg.

Daarnaast is in bijlage 1 bij de nota van wijziging op de ontwerpbegroting 2025 te zien dat er gekort wordt op de volgende programma's:

	2026	2027	2028	2029
Personen met verward gedrag en onderzoek GGZ	- 2.120.000	- 2.270.000	- 2.270.000	- 2.270.000
Kwaliteitsgelden	0	- 4.730.000	- 4.730.000	- 4.730.000
Doelmatigheid, passende zorg, ZEGG en doelmatigheidsonderzoek	- 654.000	- 20.275.000	- 6.541.000	- 9.407.000
Basisbudget (incidenteel niet uitkeren)		- 5.872.000		

Vraag 403

Waarom is er in 2026 een lager bedrag begroot voor vaccinaties dan in 2025?

Antwoord

In 2025 is een nieuw pneumokokkenvaccin in gebruik genomen dat levenslange bescherming biedt en geschikt is voor mensen met een verminderd afweersysteem. In 2025 vindt een eenmalige inhaalcampagne plaats om ook 85-plussers met dit vaccin te vaccineren, waardoor er sprake is van hogere uitvoerings- en vaccinkosten.

Vraag 404

Wat is de reden dat het budget Gezonde Leefstijl en Gezond gewicht vanaf 2026 substantieel afneemt?

Antwoord

Het kabinet Rutte IV heeft tussen 2022–2025 extra geïnvesteerd in preventie. Deze middelen waren tijdelijk van aard en komen per 2026 te vervallen. Het huidige kabinet heeft daarnaast een bezuiniging op subsidies doorgevoerd. Dit is de reden waarom het budget voor gezonde leefstijl en gezond gewicht in 2026 lager uitvalt dan in 2025.

Vraag 405

Waarom is er geen oplossing gevonden voor de gelden voor pandemische paraatheid, die vanaf 2030 op nul staan, ondanks eerdere toezeggingen aan deze Kamer? Op welke wijze wordt er toch recht gedaan aan deze toezeggingen?

Antwoord

Mijn voorgangers hebben toegezegd op zoek te gaan naar alternatieve financiering. Het kabinet heeft tot op heden niet besloten tot het vrijmaken van alternatieve financiering. Daarom zoek ik nog naar alternatieve structurele middelen.

Vraag 406

Kunnen de verscheidene posten pandemische paraatheid op pagina 50 nader worden toegelicht? Waar wordt het geld precies aan besteed?

Antwoord

De posten pandemische paraatheid in de tabel op pagina 50 betreffen de nog beschikbare middelen voor «pandemische paraatheid» onder artikel 1. Totaal gaat het in de tabel bij de verschillende begrotingsinstrumenten om bijna 149 miljoen. Hiervan is in 2026 € 41,8 miljoen gereserveerd voor de SPUK Versterking GGD'en, € 47 miljoen voor versterking van infectieziektebestrijding bij het RIVM en voor de LFI, € 47 miljoen is gereserveerd voor de vernieuwing van het IV-landschap infectieziektebestrijding bij het RIVM en de GGD'en. De overige middelen van de € 149 miljoen uit de tabel worden ingezet voor het monitoren en bestrijden van zoönosen, de rioolwatersurveillance door waterschappen en voor het ontwikkelen van gedragskennis en het onderhouden van een gedragsnetwerk door RIVM.

Vraag 407

Wat zijn in de meest recente jaren de bijgewerkte reeksen van de levensverwachting man/vrouw, plus een korte methodische toelichting op eventuele herzieningen?

Antwoord

In onderstaande tabel wordt de (resterende) levensverwachting naar geslacht, leeftijd en periode in kaart gebracht:

Leeftijd	Periode	Mannen	Vrouwen	Verschil
		(jaren)	(jaren)	(jaren)
0 jaar	1950	70,3	72,6	2,3
0 jaar	1980	72,5	79,2	6,7
0 jaar	2024	80,5	83,3	2,8
0 jaar	2050	85,0	88,1	3,1
0 jaar	2070	87,5	90,6	3,1
65 jaar	1950	14,4	14,9	0,5
65 jaar	1980	14,3	18,8	4,5
65 jaar	2024	19,3	21,3	2,0
65 jaar	2050	22,6	24,9	2,4
65 jaar	2070	24,6	27,0	2,4

Bron: <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/37360ned/table?dl=C86AB> en <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/86042NED/table?dl=C86B9>

De cijfers zijn per 28 mei 2025. Er zijn geen methodische wijzigingen geweest.

Eén van de belangrijkste oorzaken van het afgenomen verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen in de periode 1980–2024 is de afname van het verschil tussen het aantal rokende mannen en rokende vrouwen¹⁴². Het percentage mannen dat rookt, is sinds de jaren vijftig van de vorige eeuw gedaald. Het percentage rokende vrouwen is toegenomen tussen 1958 en 1970 en daarna weer gedaald. Door de afname van de verschillen tussen mannen en vrouwen in rookgedrag nemen ook sekseverschillen in sterfte aan roken-gerelateerde ziekten, zoals longkanker¹⁴³ en hart- en vaatziekten¹⁴⁴, af.

Het CBS verwacht op basis van analyses van sterftetrends uit het verleden dat de levensverwachting (het gemiddeld aantal nog te verwachten levensjaren op een bepaalde leeftijd) verder zal toenemen voor zowel mannen als vrouwen. Het CBS verwacht in 2070 een levensverwachting van 87,5 jaar voor mannen en 90,6 jaar voor vrouwen. Het verschil in levensverwachting bij geboorte tussen mannen en vrouwen zal naar verwachting iets toenemen van 2,8 jaar in 2024 naar 3,1 in 2070.

Vraag 408

Wat houdt de ondersteuning vanuit de VNG om gemeenten te ondersteunen bij hun nieuwe taak om een integraal suïcidepreventie lokaal vorm te geven in?

Antwoord

Met dit ondersteuningsprogramma wordt door partijen bijgedragen aan een sterke basis voor suïcidepreventie in heel Nederland. Na afloop van het ondersteuningsprogramma hebben gemeenten kennis over de nieuwe wetgeving en beschikken ze over de adequate handvatten en een versterkt netwerk in de regio om beleid op te stellen en (regionaal) te implementeren.

Vanuit het programma worden producten, tools, trainingen en kennis aangeboden en wordt onderlinge uitwisseling tussen gemeenten – goede voorbeelden en ervaringen – gefaciliteerd. Het betreft hier een project waarbij de VNG penvoerder is van het ondersteuningsprogramma en als opdrachtgever fungeert richting de voornaamste uitvoeringspartners, te weten GGD GHOR Nederland en Stichting 113 Zelfmoordpreventie.

Vraag 409

Welke specifieke programma's binnen ZonMw uit tabel 12 worden gekort?

Antwoord

ZonMw werkt programmatisch. Daarbij lopen programma's voor een aantal jaren. Na afloop van die periode staat het budget niet meer in de begroting bij artikel 1. Het programma kan een vervolg krijgen van uit het budget van de opdrachtgevende beleidsdirectie. Het budget wordt pas overgeheveld bij officiële verlenging van het programma. Vandaar dat de budgetten in de meerjarige reeks aflopen. Er is soms ook sprake van programma's met een tijdelijke financiering. Deze krijgen geen vervolg.

Daarnaast is in bijlage 1 bij de nota van wijziging op de ontwerpbegroting 2025 te zien dat er gekort wordt op de volgende programma's:

¹⁴² Roken | Volwassenen | Volksgezondheid en Zorg

¹⁴³ Longkanker | Volksgezondheid en Zorg

¹⁴⁴ Hart- en vaatziekten | Volksgezondheid en Zorg

	2026	2027	2028	2029
Personen met verward gedrag en onderzoek GGZ	– 2.120.000	– 2.270.000	– 2.270.000	– 2.270.000
Kwaliteitsgelden	0	– 4.730.000	– 4.730.000	– 4.730.000
Doelmatigheid, passende zorg, ZEGG en doelmatigheidsonderzoek	– 654.000	– 20.275.000	– 6.541.000	– 9.407.000
Basisbudget (incidenteel niet uitkeren)		– 5.872.000		

Vraag 410

Wat zijn de resultaten van onderzoek gericht op (post-)covid en op welke wijze worden deze benut in beleidswegingen rondom expertisetzorg en pandemische paraatheid?

Antwoord

Sinds de start van de pandemie zijn bij kennisinstellingen zoals het RIVM, TNO en ZonMw veel onderzoeken gefinancierd. Bij ZonMw gebeurt dat binnen het COVID-19 onderzoeksprogramma. Een volledig overzicht staat op de ZonMw website¹⁴⁵.

Een deel van deze resultaten is direct toegepast tijdens de Corona pandemie, bijvoorbeeld resultaten van vaccinstudies (o.a. de SWITCH studie¹⁴⁶). Medische kennis uit de onderzoeken is tijdens de pandemie geïmplementeerd in ziekenhuizen (o.a. de TURN-COVID studie¹⁴⁷). Meer onderzoek is uitgezet naar het bevorderen van optimale zorg voor COVID-19 patiënten¹⁴⁸.

De onderzoeken vormden daarnaast een basis voor het kennisprogramma Pandemische Paraatheid¹⁴⁹. Voor dit lopende kennisprogramma is ingezet op duurzaam beleid dat multidisciplinaire samenwerkingen en investeringen voor de lange termijn stimuleert. Dit vraagt ook om intersectorale samenwerkingen, nationaal en internationaal. Een voorbeeld hiervan is het onderzoek naar overstijgende analyses van COVID-vaccin immuunrespons¹⁵⁰. VWS zet hier op in door het financieren van consortia op het gebied van pandemische paraatheid, namelijk BePrepared en NCOH¹⁵¹. Op internationaal gebied draagt VWS bij aan het Europees partnerschap voor pandemische paraatheid: BE READY NOW¹⁵².

Binnen het COVID-19 onderzoeksprogramma werden ook onderzoeken naar post-COVID gefinancierd. Daarnaast bestaat het ZonMw programma post-COVID¹⁵³ (2023–2028), met daarin een meerjarige onderzoeksprogrammalijn en een programmalijn voor onderzoeksinfrastructuur en samenwerking voor de vorming van een nationaal expertisenetwerk (post-COVID Netwerk Nederland/PCNN). In totaal is binnen dit programma ruim € 40 miljoen beschikbaar.

¹⁴⁵ <https://www.zonmw.nl/nl/programma/covid-19-programma>

¹⁴⁶ <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/switching-covid-19-vaccines-solution-problems-multicentre-randomised-single-blind>

¹⁴⁷ <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/turn-covid-nederlandse-cohort-studie-ter-evaluatie-van-het-gebruik-van-neutraliserende>

¹⁴⁸ <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-naar-optimale-medisch-specialistische-zorg-bij-covid-19>

¹⁴⁹ <https://www.zonmw.nl/nl/programma/kennisprogramma-pandemische-paraatheid>

¹⁵⁰ <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/inrichting-van-een-organisatie-en-infrastructuur-voor-onderzoeksgroep-overstijgende>

¹⁵¹ <https://www.zonmw.nl/nl/nieuws/consortia-ncoh-en-beprepared-ontvangen-aanvullende-financiering>

¹⁵² <https://cordis.europa.eu/project/id/101226682>

¹⁵³ <https://www.zonmw.nl/nl/programma/post-covid-onderzoeksprogramma-kennisinfrastructuur-en-expertisenetwerk>

Vraag 411

Hoeveel geld is er in 2026 en 2027 (en daarna) gereserveerd voor post-covidonderzoek?

Antwoord

Het ZonMw post-COVID programma loopt van 2023 t/m 2028 en heeft een totaalbudget van ruim € 40 miljoen. Van dit budget is € 36 miljoen gereserveerd voor onderzoek. In de periode 2023 tot nu is € 31 miljoen toegekend aan 30 onderzoeken. 22 onderzoeken lopen tot eind 2026. De overige onderzoeken worden nog tot maart 2028 gefinancierd. Er is nog ruim € 5 miljoen beschikbaar voor drie subsidierondes die in 2025 open gaan en starten in 2026. De toegekende projecten in die ronde worden tot medio 2028 gefinancierd.

Vraag 412

Wat zijn de resultaten van het onderzoek van/via ZonMw gericht op Covid en op welke wijze deze benut wordt in beleidswegingen rond expertisetzorg en pandemische paraatheid?

Antwoord

Bij ZonMw zijn sinds de start van de pandemie veel onderzoeken gefinancierd binnen het COVID-19 onderzoeksprogramma op uiteenlopende onderwerpen. Een overzicht hiervan staat op de ZonMw website¹⁵⁴.

Een deel van deze resultaten is direct toegepast tijdens de Corona pandemie, bijvoorbeeld resultaten van vaccinastudies (o.a. de SWITCH studie¹⁵⁵). Medische kennis uit de onderzoeken is tijdens de pandemie geïmplementeerd in ziekenhuizen (o.a. de TURN-COVID studie¹⁵⁶). Ook is onderzoek uitgezet naar het bevorderen van optimale zorg voor COVID-19 patiënten¹⁵⁷.

De onderzoeken vormden daarnaast een basis voor het kennisprogramma Pandemische Paraatheid¹⁵⁸. Voor pandemische paraatheid is duurzaam beleid nodig dat multidisciplinaire samenwerkingen stimuleert en investeringen voor de lange termijn identificeert. Dit vraagt om intersectorale samenwerkingen, nationaal en internationaal. VWS zet hier op in door het financieren van consortia op het gebied van pandemische paraatheid, namelijk BePrepared en NCOH¹⁵⁹. Op internationaal gebied draagt VWS bij aan het Europees partnerschap voor pandemische paraatheid: BE READY NOW¹⁶⁰.

Vraag 413

Wordt er bij het Rijksvaccinatieprogramma ook rekening gehouden met de aanbevelingen in de leidraad vaccineren van de LAN over de RS-vaccinatie voor chronisch zieken?

Antwoord

Het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) richt zich primair op de vaccinatie van kinderen tot 18 jaar. De aanbevelingen in de leidraad Vaccineren van volwassenen met een chronische aandoening van de Landelijke Advies-

¹⁵⁴ <https://www.zonmw.nl/nl/programma/covid-19-programma>

¹⁵⁵ <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/switching-covid-19-vaccines-solution-problems-multicentre-randomised-single-blind>

¹⁵⁶ <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/turn-covid-nederlandse-cohort-studie-ter-evaluatie-van-het-gebruik-van-neutraliserende>

¹⁵⁷ <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-naar-optimale-medisch-specialistische-zorg-bij-covid-19>

¹⁵⁸ <https://www.zonmw.nl/nl/programma/kennisprogramma-pandemische-paraatheid>

¹⁵⁹ <https://www.zonmw.nl/nl/nieuws/consortia-ncoh-en-beprepared-ontvangen-aanvullende-financiering>

¹⁶⁰ <https://cordis.europa.eu/project/id/101226682>

groep Nationaal Programma Grieppreventie (LAN) hebben betrekking op volwassenen met een verhoogd risico op ernstige ziekte door infectieziekten, zoals RSV. Deze aanbevelingen vallen buiten het bereik van het RVP. Wel werkt het Ministerie van VWS aan het verbeteren van de toegankelijkheid van vaccinaties voor volwassenen.

Vraag 414

Hoe is de zorg voor mensen met post-covid en Q-koorts na 2027 geregeld? Klopt het dat hier na 2027 geen budget meer voor is vrijgemaakt? Op welke wijze zijn patiëntenorganisaties betrokken bij dit besluit?

Antwoord

In de begroting is een structurele reeks opgenomen van 2,44 miljoen euro voor het borgen van kennis, onder andere over nazorg voor patiënten met Q-koorts en post-COVID, dit bedrag staat ook voor na 2027 voor dit doel gereserveerd. Het is belangrijk dat patiënten met post-COVID, Q-koorts vermoeidheidssyndroom (QVS) en andere postinfectieuze aandoeningen zo snel mogelijk terecht kunnen in de reguliere structuren van zorg en welzijn. De reguliere structuren van zorg en welzijn kennen instellingen wiens taak het is om deze mensen te behandelen alsook te ondersteunen; denk hierbij aan de huisarts, medisch specialist, maar ook aan het sociaal domein. De huidige initiatieven (post-COVID expertisecentra, Q-koortsambassadeur en post-COVID onderzoeksprogramma) zijn ook nadrukkelijk gericht op het inbedden van deze patiënten in de reguliere structuren van zorg en ondersteuning, zodat zij direct goed geholpen worden. De patiëntenorganisaties worden hierover in de reguliere contacten regelmatig geïnformeerd.

Vraag 415

Hoeveel van het totale ziekte preventiebudget van € 27,5 miljoen in 2026 is specifiek bestemd voor het Lyme-expertisecentrum?

Antwoord

Het Lyme-expertisecentrum ontvangt in 2026 € 800.000.

Vraag 416

Welke middelen zijn in 2026 voorzien voor RS-vaccinatie en pandemische paraatheid binnen het totale vaccinatiebudget, inclusief de verhouding subsidies vs. RIVM-uitvoering?

Antwoord

Voor de RSV-immunisatie is in 2026 € 52,1 miljoen beschikbaar. Deze middelen staan volledig op het instrument Bijdrage Agentschappen RIVM. De nog beschikbare middelen voor pandemische paraatheid maken geen deel uit van de vaccinatiebudgetten. Voor de maatregelen ter versterking van de publieke gezondheid van het beleidsprogramma pandemische paraatheid is vooralsnog geen alternatieve dekking gevonden.

Vraag 417

Kan nader worden gespecificeerd waar de bezuinigingen op subsidies en ZBO's landen?

Antwoord

In de eerste suppletoire begroting 2025 van VWS, samenhangende met de Voorjaarsnota 2025, is toegelicht dat een deel van de loonbijstelling wordt ingezet ter dekking van verschillende intensiveringen op de VWS-begroting, waaronder de inzet van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg, de aanpassing van de regeling dienstverlening aan huis en het alternatief invullen van de aanvullende apparaatstaakstelling uit amendement Bontenbal c.s. Vanaf de beleidsartikelen van VWS worden

wel verschillende organisaties door VWS gesubsidieerd, waardoor deze korting wel gesubsidieerde organisaties raakt. Het niet of slechts gedeeltelijk corrigeren voor inflatie leidt tot relatief minder financiële ruimte bij gesubsidieerde instellingen, omdat de betrokken instellingen wel geconfronteerd worden met hogere lonen en prijzen.

Voor de ZBO's (zelfstandige bestuursorganen) geldt dat deze via de halfjaarlijkse midtermreview inzicht geven in de kosten voor het lopende jaar. Dat is ook het moment om te kijken of er voldoende budget voorhanden is. Voor de APK taakstelling zijn opdrachtgevers en ZBO's in gesprek over welke opdrachten en taken anders kunnen worden ingevuld om zo de taakstelling in te vullen.

Vraag 418

Hoe reflecteert u op de vraag of een bedrag van € 9,6 miljoen in 2026 voldoende is om antimicrobiële resistentie effectief terug te dringen, gezien de omvang van het probleem en de structurele inzet die nodig is?

Antwoord

De € 9,6 miljoen in 2026 wordt gebruikt om een extra voorraad van 4 weken aan te leggen van essentiële antibiotica en salbutamol aerosolen. Deze extra voorraad van essentiële antibiotica is niet primair bedoeld om antimicrobiële resistentie te voorkomen en/of terug te dringen, hoewel de Minister van VWS het met de leden eens is dat dit op zichzelf een belangrijk doel is. Het aanleggen van de extra voorraad zorgt voor minder leveringsonderbrekingen en tekorten voor patiënten. Hierdoor kan zo vaak mogelijk het eerste keus middel ingezet worden bij een behandeling. Bij de behandeling van een infectie is de inzet van het eerste keus middel extra van belang, omdat dit resistentievorming tegengaat. Het voorschrijven van bijvoorbeeld een breedspectrum antibioticum in plaats van een smalspectrum middel zou kunnen leiden tot verhoogde resistentievorming. Een secundair beleidseffect van het aanleggen van extra voorraden van antibiotica is dan ook het tegengaan van resistentievorming.

Dit geldt ook zo voor het 2-jarig experiment dat 1 augustus is gestart om antimicrobiële geneesmiddelen (zoals antibiotica) beter beschikbaar te maken. In dit experiment wordt deze groep geneesmiddelen uitgezonderd van de vergoedingslimieten die gelden in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Doordat deze prijsdruk vervalst, verwacht de Minister van VWS dat antimicrobiële middelen beter beschikbaar zullen zijn. Ook zorgt het opheffen van de GVS-vergoedingslimieten voor deze groep geneesmiddelen ervoor dat patiënten die deze middelen nodig hebben, geen eigen bijdrage voor hun geneesmiddelen meer hoeven te betalen. Dat zorgt ervoor dat ze niet om financiële redenen hoeven te wisselen naar een niet-optimaal geneesmiddel voor hun situatie. Ook dit experiment heeft dus als secundair beleidseffect dat antimicrobiële resistentie wordt tegengegaan.

De Minister van VWS doet daarnaast nog veel meer om antimicrobiële resistentie het hoofd te bieden. Zijn acties op dit terrein zijn samengevat in het «Nationaal Actieplan Antimicrobiële Resistentie 2024–2030»¹⁶¹ dat zijn voorganger samen met de voormalig Minister van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit in 2024 aan uw Kamer heeft gestuurd.

Vraag 419

Hoe is het bedrag van € 24,6 miljoen, beschikbaar voor het verstrekken van subsidies ter bevordering van de kwaliteit, toegankelijkheid en

¹⁶¹ Kamerstukken 2023–2024, 32 793, nr. 753

betaalbaarheid van de curatieve geestelijke gezondheidszorg, samengesteld? Waarvoor zijn middelen gereserveerd?

Antwoord

De € 24,6 miljoen die door het Ministerie van VWS beschikbaar is gesteld voor het verstrekken van subsidies ter bevordering van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de curatieve geestelijke gezondheidszorg bestaat uit de volgende posten.

Zoals vermeld in de begroting van het Ministerie van VWS voor 2026, is voor het ondersteunen van de afronding van de implementatie en de uitvoering van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (WvGGZ) in 2026 € 11,8 miljoen beschikbaar. Een groot deel van deze middelen is gereserveerd voor de instellingssubsidies voor vertrouwenspersonen. Dit zorgt voor borging van vertrouwenswerk in de GGZ conform de WvGGZ.

Verder is voor de aanpak van personen met verward gedrag in 2026 in totaal € 5,7 miljoen beschikbaar. Hieronder valt onder andere de bijdrage aan de aanpak van problematiek van mensen die het meest kwetsbaar zijn binnen de groep van verwarde personen, genaamd de levensloopaanpak. Daarnaast wordt er vanuit de curatieve GGZ middelen beschikbaar gesteld voor complexe casuïstiek binnen het dossier van verwarde personen.

Daarnaast zijn middelen gereserveerd voor projecten. Voor Nemesis 3 is € 1,3 miljoen beschikbaar. Dit is de derde uitvoering van een meerjarige studie gericht op het verkrijgen van actuele informatie over de prevalentie, incidentie en het beloop van psychische aandoeningen van personen tussen 18–75 jaar en om aan te tonen wat investeren in de psychische gezondheid oplevert voor de maatschappij. Ten behoeve van de afspraken die zijn gemaakt in het IZA ter versterking van de samenwerking tussen het sociaal domein, de huisartsen en de GGZ is een bedrag van € 1,2 miljoen gereserveerd. Ook is er € 1 miljoen beschikbaar voor een project in het kader van de re-integratiemethode Individuele Plaatsing en Steun, waarbij mensen met ernstige psychische aandoeningen, en ook mensen met mildere psychische aandoeningen, begeleid worden bij het verkrijgen en behouden van betaald werk.

De overige middelen zijn gereserveerd voor onder andere het in beeld brengen van de vraag en aanbod naar GGZ op regionaal en landelijk niveau, sturing op wachttijden in de GGZ en borging van het aanbod van complexe GGZ.

Vraag 420

Waarom worden er geen extra middelen voor een interdepartementale aanpak personen onbegrepen gedrag (waarbij het Ministerie van BZK regiehouder is) vrijgemaakt, gezien op de begrotingen van BZK, J&V en VRO ook geen budget wordt vrijgemaakt om deze aanpak uit te rollen? Hoe zal met deze aanpak aan de slag worden gegaan zonder middelen?

Antwoord

De interdepartementale aanpak personen onbegrepen gedrag waarvan het Ministerie van BZK regiehouder is, heeft geen extra middelen omdat de departementen die deel uitmaken van deze aanpak zelf verantwoordelijk zijn voor het beleid en de middelen die hiervoor worden ingezet.

Zo is bij brief van 28 maart jl. de Kamer¹⁶² inzicht gegeven over de financieringsstromen met betrekking tot de aanpak van personen met verward en/of onbegrepen gedrag. Deze hebben betrekking op de

¹⁶² Kamerstuk II 2025/26, 25 424, nr. 729

middelen die het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport als het Ministerie van Justitie en Veiligheid hiervoor hebben ingezet en de komende tijd zullen blijven inzetten.

Vraag 421

Waar wordt de € 5,7 miljoen, vrijgemaakt voor de aanpak verward gedrag, precies aan besteed? Is een deel van dit bedrag bedoeld voor de interdepartementale aanpak personen met onbegrepen gedrag?

Antwoord

Het Ministerie van VWS stelt € 5,7 miljoen beschikbaar voor het verstrekken van subsidies voor de aanpak van personen met verward en/of onbegrepen gedrag als onderdeel van het budget van de curatieve geestelijke gezondheidszorg. Deze middelen bestaan onder andere uit de coördinatiekosten van de levensloopaanpak en een bijdrage aan het Ministerie van JenV voor doeleinden ter bevordering van de aanpak van personen met verward en/of onbegrepen gedrag. Hieronder vallen bijvoorbeeld het landelijk bureau van Zorg- en Veiligheidshuizen en het coördinatiepunt van beveiligde bedden.

Voor de interdepartementale aanpak zelf zijn geen extra middelen vrijgemaakt, maar zetten de departementen bestaande middelen in voor de maatregelen waarvoor zij beleidsmatig verantwoordelijk zijn. Dat geldt ook voor deze € 5,7 miljoen.

Vraag 422

Zijn er middelen gereserveerd om passende woonzorg plekken te realiseren voor mensen met onbegrepen gedrag die nu vaak op straat verblijven of in de daklozenopvang? Zijn er middelen gereserveerd voor het Actieplan Passende zorg voor dakloze mensen met een Wlz-indicatie op de VWS begroting of op een andere begroting?

Antwoord

Het Ministerie van VWS stelt jaarlijks middelen beschikbaar aan gemeenten voor beschermd wonen en maatschappelijke opvang op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en aan zorgkantoren voor mensen met een indicatie voor de Wet langdurige zorg. Gemeenten en zorgkantoren kunnen hiermee ondersteuning en zorg inkopen bij aanbieders die woonzorg leveren aan mensen met een langdurige psychische aandoening, waaronder mensen met onbegrepen gedrag.

Het Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening heeft in 2025 via de Regeling Huisvesting aandachtsgroepen middelen beschikbaar gesteld voor gemeenten die woonruimte willen financieren voor aandachtsgroepen, zoals dakloze mensen of mensen die uitstromen uit een zorginstelling.

Specifiek voor het Actieplan passende langdurige zorg voor dakloze mensen zijn geen additionele middelen gereserveerd op de VWS begroting.

Vraag 423

Hoeveel mensen staan momenteel op de wachtlijst voor de GGZ?

Antwoord

Volgens de laatste cijfers die de NZa heeft gepubliceerd waren er 1 oktober 2024 108.878 wachtplekken (Informatiekaart Wachttijden en wachtplekken GGZ – oktober 2024 – Nederlandse Zorgautoriteit). Hierbij gaat het om 62.598 wachtplekken buiten de treeknorm. Omdat mensen op

meerdere wachtlijsten kunnen staan, is het aantal wachtplekken niet gelijk aan het aantal unieke personen dat wacht op GGZ. Dit jaar publiceert de NZa een openbaar dashboard dat actuele GGZ-wachttijdgegevens op één plek samenbrengt. Dit dashboard gaat voorzien in een frequent, completer en actueler inzicht in wachttijden en instroomaantallen dan de huidige informatiekaarten. Wachtplekken worden hierin niet meer geregistreerd en gepubliceerd.

Vraag 424

Welke definitie voor kritieke geneesmiddelen wordt gehanteerd en welke middelen vallen daaronder?

Antwoord

De term kritieke geneesmiddelen verwijst naar de Nederlandse lijst kritieke geneesmiddelen 2025 die opgesteld is door het Landelijke Coördinatiecentrum Geneesmiddelen, samen met zorgverleners.¹⁶³ «Kritiek» wordt in deze context gedefinieerd op basis van de termijn waarop patiënten ernstige gezondheidsschade ondervinden als een geneesmiddel niet beschikbaar is. Hiervoor worden drie categorieën gehanteerd:

- **Rood:** Geneesmiddelen die onmiddellijk (binnen enkele uren) of op korte termijn (binnen 48 uur) nodig zijn, anders leidt dit tot mortaliteit. Voorbeelden zijn bepaalde soorten pijnmedicatie, antibiotica die breed inzetbaar zijn, astmamedicatie.
- **Oranje:** Het ontbreken van deze middelen leidt binnen 3 dagen tot 3 maanden tot mortaliteit of sterk verhoogde ziektelast in de algemene bevolking of voor een patiënt(engroep). Voorbeelden zijn antistollingsmiddelen, oncolytica, andere soorten antibiotica.
- **Geel:** Geneesmiddelen die nodig zijn om het maatschappelijk verkeer binnen Nederland te waarborgen. Voorbeelden zijn diabetesmiddelen, medicatie voor hart- en vaatziekten, anesthetica.

Vraag 425

Hoe zit de impuls aan de voorraadopbouw van kritieke geneesmiddelen bij de volgesorteerde farmaceutische groothandels eruit?

Antwoord

Zoals de Minister van VWS uw Kamer heeft geïnformeerd¹⁶⁴ gaat hij bovenop de bestaande voorraadverplichting van in totaal 8 weken een extra voorraad aan (laten) leggen. Dit gaat om 4 weken van geneesmiddelen uit categorie rood van de Nederlandse lijst kritieke geneesmiddelen met een apotheekinkoopprijs (AIP) onder € 15, en 3 weken van geneesmiddelen uit categorie oranje van de Nederlandse lijst kritieke geneesmiddelen met een AIP onder € 15. Voor het aanleggen van deze voorraden hebben de volgesorteerde groothandels inmiddels een herzieningsaanvraag voor de huidige subsidie, die gold voor de aanleg van extra voorraden essentiële antibiotica en salbutamol, ingediend. Deze wordt met grote prioriteit behandeld.

Vraag 426

Wat is het doel en de huidige status van de opbouw van de voorraden van kritieke geneesmiddelen?

Antwoord

Het doel van het aanleggen van extra voorraden van kritieke geneesmiddelen is om leveringsonderbrekingen van geneesmiddelen te kunnen overbruggen die langer duren dan de 2 maanden waarvoor nu al

¹⁶³ <https://lcg.nl/lijst-kritieke-geneesmiddelen/>

¹⁶⁴ Kamerstukken 2024–2025, 29 477, nr. 918, 939 en 949

voorraadverplichting geldt. Ook kan er tijdens deze periode gezocht worden naar alternatieve oplossingen om een potentieel tekort te voorkomen. Zo zorgen de extra voorraden van kritieke geneesmiddelen op verschillende manieren voor minder tekorten voor de patiënt. De extra voorraden laat de Minister van VWS aanleggen van geneesmiddelen uit categorie rood en oranje van de Nederlandse lijst kritieke geneesmiddelen met een apotheekinkoopprijs (AIP) onder € 15. Voor het aanleggen van deze voorraden hebben de volgesorteerde groothandels inmiddels een herzieningsaanvraag voor de huidige subsidie, die gold voor de aanleg van extra voorraden essentiële antibiotica en salbutamol, ingediend. Deze wordt met grote prioriteit behandeld.

Vraag 427

Klopt het dat GGZ-aanbieders nog geen gebruik kunnen maken van de ondersteuning van het programma Met Spoed Beschikbaar 2.0?

Antwoord

Het klopt dat GGZ-aanbieders op dit moment niet meedoen aan het programma Met Spoed Beschikbaar 2.0. Dit programma heeft als doel om de Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg te implementeren. De (acute) GGZ valt momenteel niet onder deze Richtlijn. In het IZA is afgesproken dat Nictiz een verkenning uitvoert over het mogelijk opnemen van de acute verpleging, verzorging, thuiszorg (VVT), GGZ en geplande ambulancetzorg in de Richtlijn. De resultaten van deze verkenning wachten we momenteel af.

Vraag 428

Hoeveel van de € 8,6 miljoen voor het programma weerbare zorg in 2026 wordt besteed aan de Nationale Zorgreserve en de gevolgen van de conflicten in Oekraïne en Gaza? En hoeveel blijft over voor andere onderwerpen zoals de voorbereiding op een gewapend conflict, hybride dreiging, grote uitbraken van infectieziekten of extreme weersomstandigheden?

Antwoord

In 2026 is er € 5,2 miljoen gereserveerd voor het beheer, de uitbreiding en inrichting van de Nationale Zorgreserve. Daarnaast is € 3,4 miljoen beschikbaar voor de inzet op huidige crises – zoals medische evacuaties van patiënten uit oorlogsgebieden naar Nederland – en voor de versterking van de weerbaarheid van de zorg bij toekomstige crises.

Vraag 429

Kan worden toegelicht waar de € 2,5 miljoen die gereserveerd is voor de beoordeling van erkenningen van expertisecentra voor zeldzame aandoeningen precies voor bedoeld is?

Antwoord

Het bedrag is gereserveerd voor de uitvoering van het beoordelingsproces voor expertisecentra voor zeldzame aandoeningen. Het gaat daarbij onder meer om de ondersteuning van het beoordelingscomité, het benodigde ICT-systeem, de vergoeding voor de betrokkenheid van patiëntenorganisaties en juridische kosten.

Vraag 430

Kunt u aangeven waar in de VWS-begroting de middelen voor de uitwerking en implementatie van het Nationaal Plan Zeldzame Aandoeningen zijn terug te vinden?

Antwoord

De middelen staan gereserveerd op artikel 2 curatieve zorg. Onder het instrument subsidies medisch specialistische zorg. Het gereserveerde bedrag is lager dan de norm voor eigenstandige toelichting in de begroting. De middelen zijn gereserveerd voor de uitwerking van het nationaal plan. Voor specifiek de implementatie zijn niet apart middelen gereserveerd.

Vraag 431

Kan nader worden toegelicht hoe de € 2,5 miljoen euro wordt ingezet die is bedoeld voor het verbeteren van de organisatiegraad in de farmaceutische zorg?

Antwoord

Voor het bevorderen van de organisatiegraad in de farmaceutische zorg is in totaal € 6 miljoen euro beschikbaar gesteld. De inzet van deze middelen verloopt via een subsidieronde van ZonMw. De € 2,5 miljoen euro in 2026 is onderdeel van een meerjarig traject.

Het doel is om met deze IZA-middelen projecten en pilots mogelijk te maken die samenwerking en organisatie binnen en tussen beroepsgroepen verbeteren rond het leveren van eerstelijns apotheekzorg. Dit zodat zorgaanbieders gezamenlijk beter afgestemde zorg leveren en patiënten sneller op de juiste plek komen.

Projecten die in aanmerking komen moeten innovatief zijn, bijdragen aan de doelen van de «Visie Eerstelijnszorg 2030» en een substantiële bijdrage leveren aan een betere en/of duurzamere inzet van farmaceutische zorg.

Vraag 432

Hoe zullen de middelen voor het verbeteren van pakketbeheer en voor opschaalbare productie van persoonlijke beschermingsmiddelen worden ingezet?

Antwoord

In 2026 is er € 1,5 miljoen beschikbaar voor het verbeteren van het pakketbeheer van nieuwe geneesmiddelen. Dit budget gaat naar het Zorginstituut Nederland. Zij hebben verschillende projecten die samen «Toekomstig Stelsel Geneesmiddelen» vormen. Ongeveer de helft van het budget is bedoeld om het informatiesysteem van de Horizonscan Geneesmiddelen te verbeteren. Het systeem gaat gebruikt worden door bijvoorbeeld het Zorginstituut en artsen, en farmaceutische bedrijven kunnen daarvoor informatie aanleveren. Met het verbeterde systeem kunnen risico's voor het basispakket eerder in beeld worden gebracht, bijvoorbeeld het risico dat er niet genoeg bewijs is dat een geneesmiddel effectief is of dat een geneesmiddel een te hoge prijs heeft. Alle deelprojecten van TSG samen hebben als doel dat goede geneesmiddelen snel beschikbaar komen voor een redelijke prijs, en zal op 1 januari 2027 in werking treden.

Voor wat betreft de € 1,1 miljoen voor de opschaalbare productie van persoonlijke beschermingsmiddelen heeft VWS eind 2023 voor vier jaar een overeenkomst afgesloten met een fabrikant van FFP2 mondklappers. Dat gaat onder andere om het laten draaien en onderhouden van de machines waarmee de mondklappers worden geproduceerd en het beschikbaar houden van getraind personeel. Daarnaast worden de middelen ingezet om een voorraad grondstoffen aan te houden zodat (ook bij dichte grenzen) een jaar lang op grote schaal kan worden geproduceerd. Verder beschikt de fabrikant over een kleine voorraad mondklappers om bij schaarste de tijd te overbruggen die nodig is om de productie op te schalen.

Vraag 433

Kunt u de post «toegang tot zorg en ondersteuning» voor de jaren 2026–2029 uitsplitsen in de verschillende onderliggende thema's (waaronder veilig thuis, femicide, seksueel geweld, nationaal actieplan dakloosheid, Ethos in de regio)?

Antwoord

De begrotingspost subsidies (regelingen) voor «toegang tot zorg en ondersteuning» is een (totaal)budget dat uit veel verschillende subsidies voor uiteenlopende beleidsthema's bestaat. Er is niet sprake van een budget per thema. Voor het totale beleidsbudget op dit artikelonderdeel moet bovendien ook gekeken worden naar de andere begrotingsinstrumenten.

Vraag 434

Hoeveel wordt er in totaal bezuinigd op de subsidieregeling «Toegang tot zorg en ondersteuning» en hoe is die bezuiniging uitgesplitst per thema's die onder deze subsidieregeling vallen? Hoeveel zal er per thema worden bezuinigd en ten koste van welke programma's en regelingen gaat dit?

Antwoord

De begrotingspost subsidies (regelingen) voor «toegang tot zorg en ondersteuning» is een budget dat uit veel verschillende subsidies voor uiteenlopende beleidsthema's bestaat. Zoals in de begroting al toegelicht vallen hieronder de volgende thema's: aanpak mensenhandel, uitvoering meerjarenagenda Landelijk netwerk Veilig Thuis, aanpak femicide, bestrijden seksueel geweld, Nationaal Actieplan Dakloosheid, Ethos in de regio, de gratis VOG regeling, aanpak huiselijk geweld en respijtzorg.

Een afname in deze budgetten wil niet zeggen dat op het subsidiebudget bezuinigd is.

- Projecten zijn vaak van tijdelijke aard en stoppen op een gegeven moment
- Ook is het mogelijk dat de geprognoseerde uitgaven voor projecten in een bepaald jaar lager zijn dan het voorafgaande jaar.
- Een deel van de uitgaven kan vanaf een bepaald jaar ook via een ander begrotingsinstrument zoals opdrachten of een bijdrage medeoverheden ingezet worden.
- Tevens is mogelijk dat vanuit andere begrotingsartikelen of departementen een ophoging/verlaging plaatsvindt wat nu nog niet in de begroting zichtbaar is.

Door de laatste twee redenen kan gesteld worden dat het subsidieonderdeel van een thema niet het volledige jaarbudget is voor het betreffende thema. De budgetten staan immers verspreid over verschillende begrotingsinstrumenten en mogelijk wordt hier nog op gemuteerd door bijdragen/afdrachten van/naar andere begrotingsartikelen of departementen.

Daarnaast worden subsidies soms op een ander subsidiebudget geboekt. Het is daarom relevant om te kijken naar het geheel van verschillende begrotingsposten samen en daarbij de posten «inclusieve samenleving» en «kennis en informatiebeleid» te betrekken. Dit totaal laat een stijging zien van 3,1 miljoen van 2025 naar 2026.

Dit maakt dat het niet mogelijk is een duidelijke verklaring te geven voor de geconstateerde daling. Hoewel er in 2026 veranderingen zullen plaatsvinden in (de samenstelling van) het totaal aan subsidies dat gekoppeld is aan deze begrotingspost is deze geconstateerde daling niet direct het volledige gevolg van bezuinigingen.

Vraag 435

Hoeveel pgb-houders worden geraakt door de verandering in de Regeling dienstverlening aan huis, waaruit voortvloeit dat pgb-houders twintig procent aan werkgeverslasten moeten gaan betalen?

Antwoord

Het gaat om ongeveer 16.000 budgethouders die een of meerdere overeenkomsten onder de Regeling dienstverlening aan huis hebben afgesloten. Totaal is dit ongeveer 30.000 overeenkomsten. Deze cijfers zijn door de SVB opgeleverd bij de uitvoeringstoets uit 2024. Ervaring leert dat budgethouders regelmatig overeenkomsten opzeggen en nieuwe aangaan met verschillende zorgverleners. Daarom kan ik geen exacte aantallen noemen.

Vraag 436

Waarom worden op verschillende beleidsartikelen (bijvoorbeeld beleidsartikel 4) over bepaalde onderwerpen wel meetbare doelformuleringen gesteld en op andere niet?

Antwoord

De zorg is complex en uitkomsten van beleid zijn niet altijd direct meetbaar. Bij onderwerpen waarvoor duidelijke, kwantitatieve indicatoren beschikbaar zijn en de relatie tussen beleid en resultaten goed afgebakend is, kunnen concrete en meetbare doelen met een streefwaarde worden geformuleerd. In andere gevallen, zoals bij beleid gericht op preventie, welzijn of gezondheidsbevordering, is die relatie minder direct. De maatschappelijke effecten van beleid zijn daar vaak pas op langere termijn zichtbaar en worden mede beïnvloed door diverse externe factoren. In die gevallen wordt er vaak gekozen voor het opnemen van kengetallen.

Of er een indicator met een duidelijke streefwaarde of een kengetal die meer iets zegt over de richting waarop een doelstelling zich beweegt hangt dus samen met de aard van het beleidsterrein en de mate waarin resultaten rechtstreeks meetbaar of beïnvloedbaar zijn door het beleid van VWS.

Vraag 437

Kan gebruik gemaakt worden van subsidie bij de IZA-afspraken over het vergroten van transparantie in de GGZ?

Antwoord

In het kader van de gezamenlijke afspraken uit IZA geeft het Zorginstituut Nederland uitvoering aan het Programma Versterken kwaliteitstransparantie GGZ. Er bestaat geen losstaande subsidieregeling voor transparantie in de GGZ.

Vraag 438

Hoeveel opleidingsplekken voor gz-psychologen waren er de afgelopen tien jaar? In hoeverre is per jaar de afgelopen tien jaar het advies van het Capaciteitsorgaan opgevolgd? Hoeveel opleidingsplekken voor gz-psychologen zijn er komend jaar?

Antwoord

De afgelopen tien jaar zijn in totaal 7443 gesubsidieerde opleidingsplekken voor de GZ-psycholoog beschikbaar gesteld.

Uit onderstaande tabel volgt in hoeverre de afgelopen tien jaar de adviezen van het Capaciteitsorgaan zijn opgevolgd. Voor de jaren 2024–2027 is niet voor het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan gekozen, maar voor het scenario waar wel de groeiende zorgvraag wordt

meegenomen, maar niet wordt meegegaan in de extra kwaliteitswens van de sector¹⁶⁵. Hierbij zijn het aantal opleidingsplekken met 16% verhoogd, van 832 instroomplekken naar 965.

Jaartal	Advies Capaciteitsorgaan	Aantal gesubsidieerde opleidingsplekken
2015, 2016 en 2017	524	500
2018	723	611
2019	723	760
2020	723	906
2021	723	832
2022 en 2023	832	832
2024 en 2025	1.885	965

Voor 2026 worden net zoals in 2024 en 2025 965 gesubsidieerde opleidingsplekken beschikbaar gesteld voor gz-psychologen. Eind 2025 wordt een nieuwe integrale raming van het Capaciteitsorgaan verwacht.

Vraag 439

Hoeveel van het beschikbare budget van € 44,6 miljoen in 2026 is specifiek gereserveerd voor de profielopleiding tot arts infectieziektenbestrijding?

Antwoord

Voor de profielopleiding tot arts infectieziektenbestrijding zijn er voor de 1^e fase 23 plaatsen beschikbaar gesteld en in de 2^e fase 23 plaatsen. Voor beide fasen is een tarief bepaald per fte. De werkelijke uitgaven zijn afhankelijk van de daadwerkelijke in- en doorstroom, de deeltijdfactor en ontwikkelingen in het werkveld. Op basis van voorgaande periode ging ca. 25% van het totale beschikbare budget naar plekken voor de opleiding tot arts infectieziektenbestrijding. Op basis hiervan is het de verwachting dat in 2026 maximaal ca. € 11 miljoen aangevraagd zal worden voor plekken binnen deze opleiding.

Vraag 440

Wat is de reden voor de verlaging voor het extra opleiden van PA en VS in de huisartsenzorg, terwijl de vraag naar PA's in de huisartsenzorg juist toeneemt?

Antwoord

Er is geen verlaging voorzien van het budget voor het extra opleiden van PA en VS in de huisartsenzorg ten opzichte van eerdere jaren. Vanuit de middelen voor meer tijd voor de patiënt (MTVDP) zal er in 2026 en verder juist meer ruimte zijn om het opleiden van PA en VS in de huisartsenzorg te stimuleren.

In de begroting voor 2025 is gemeld dat er in totaal € 4 miljoen beschikbaar was voor de jaren 2023 tot en met 2025. Het bedrag van € 3 miljoen dat is vermeld in de ontwerpbegroting 2026 heeft enkel betrekking op dat begrotingsjaar. Gekeken naar het begrotingsjaar is er dus een stijging van het beschikbare budget ten opzichte van voorgaande periode.

Vraag 441

Klopt het dat ziekenhuizen een opleidingsbudget hebben voor PA's, terwijl huisartsen de opleidingskosten zelf moeten dragen? Zo ja, hoe wordt dit verschil verklaard en is het genoemde bedrag in de begroting (de

¹⁶⁵ Kamerstukken II 2022–2023, 29 282, nr. 521

€ 3 miljoen) specifiek bedoeld om deze kosten voor de huisartsenzorg te dekken?

Antwoord

Nee, er zijn binnen de begroting van VWS geen budgetten die specifiek zijn geoormerkt voor het opleiden van PA in ziekenhuizen. Vanuit de *Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en physician assistant* zijn middelen beschikbaar voor een tegemoetkoming in de werkgeverskosten van het opleiden van PA en VS, zonder onderscheid naar sector. In aanvulling hierop zijn er middelen beschikbaar om het opleiden in de huisartsenzorg een extra stimulans te geven. De reden hiervoor is dat de kosten voor het realiseren van een opleidingsplek in de huisartsenzorg hoger zijn door de kleinschalige context waarbinnen gewerkt wordt. Hierdoor bleek in de praktijk dat een relatief klein deel van de opleidingsplekken voor PA en VS werd aangevraagd door huisartsenpraktijken. Terwijl de vraag hiernaar toeneemt en juist ook in deze sector taakherschikking door middel van het inzetten van PA en VS belangrijk is.

Vraag 442

Gaat de € 10,4 miljoen voor de ondersteuning van digitale en fysieke weerbaarheid in de zorgsector alleen ingezet worden ten behoeve van Z-Cert, of kunnen zorginstellingen zelf ook een beroep doen op deze middelen?

Antwoord

De structurele reservering van € 10,4 miljoen per jaar die VWS heeft gereserveerd is enkel voor Z-Cert. Hierbij vervult Z-CERT met de inwerkingtreding van de Cyberbeveiligingswet een rol in de ondersteuning van de digitale weerbaarheid van het zorgveld.

Vraag 443

Kan nader worden toegelicht hoe het bedrag van € 3 miljoen vanuit het AZWA, dat deels bestemd is om druk weg te nemen bij onder andere huisartsenpraktijken, precies wordt ingezet? Waar worden deze middelen aan besteed?

Antwoord

Deze genoemde middelen zijn onderdeel van de AZWA-afpraak om een landelijk dekkend netwerk voor digitale zorgondersteuning te realiseren: één centraal punt voor alle niet-medische vragen rondom toegang en gebruik van digitale zorg, dat nauw samenwerkt met lokale, fysieke ondersteuningspunten. Dit draagt bij aan een toekomstbestendige zorginfrastructuur, het verlicht de werkdruk van zorg- en welzijnsprofessionals, het vermindert digitale ongelijkheid en bevordert een inclusieve samenleving waarin (digitale) zorg voor iedereen toegankelijk is.

Als eerste stap is afgesproken dat AZWA-partijen de komende maanden een opdracht gaan formuleren om de scope, samenhang, borging en financiering in een businessplan uit te werken.

Vraag 444

Klopt het dat de Reikwijdtewet voor de jeugdzorg pas in het vierde kwartaal van 2026 naar de Kamer komt?

Antwoord

Dit wetsvoorstel is complex en vraagt een zorgvuldig proces met gemeenten en alle andere betrokken partijen. Het is van belang de tijd te nemen voor een goede uitwerking en het toetsen van de effecten in de praktijk. Het wetsvoorstel zal later dit jaar in consultatie gaan en in 2026 aan de Tweede Kamer worden aangeboden. Wanneer dit precies zal zijn,

hangt mede af van de reacties tijdens de internetconsultatie het advies van de Raad van State en volgens en behandeling in de Tweede Kamer.

Vraag 445

Hoeveel subsidie gaat er in de komende jaren van 2026 t/m 2030 naar Jeugdstem? Wordt hierop bezuinigd? Zo ja, wat voor taken worden hierdoor geraakt?

Antwoord

Jeugdstem ontvangt van 2026 t/m 2030 € 12,6 miljoen subsidie per jaar. Er is geen sprake van bezuinigingen. De middelen die in 2025 incidenteel beschikbaar zijn gesteld voor digitalisering en het bezoeken van nieuw aangemelde gezinshuizen zijn benut. Verdere digitalisering wordt bekostigd vanuit de subsidiereserves van Jeugdstem. Hiermee beogen we de groei van het vertrouwenswerk op te vangen.

Vraag 446

Welke subsidies op het thema jeugd worden geraakt door de subsidietaakstelling? Kunt u uiteenzetten hoeveel er wordt bezuinigd per jaar van 2026 t/m 2030 en per subsidie die wordt geraakt?

Antwoord

Het betreft hier een subsidietaakstelling ad. € 3,1 miljoen in 2026, die oploopt tot € 11,8 miljoen structureel vanaf 2027, en is ten laste gebracht van diverse subsidies, bijvoorbeeld in het kader van kennisdeling en ondersteuning clientraden.

Vraag 447

Dalen de uitgaven onder artikel 5 van € 197,645 miljoen (2025) naar € 188,298 miljoen (2026)? In hoeverre is dit beleidsmatig dan wel technisch? Kunt u een korte toelichting per instrument geven? Hoeveel gezinnen worden geraakt als gevolg van deze daling in uitgaven?

Antwoord

Het gaat hier inderdaad om een daling van de kasbudgetten. De daling wordt voornamelijk veroorzaakt door een subsidietaakstelling ad. € 3,1 miljoen en voor het overige deel door interne en interdepartementale overboekingen, voor diverse Jeugd gerelateerde subsidies en opdrachten. Deze daling heeft verder geen directe gevolgen voor gezinnen.

Vraag 448

Hoeveel wordt er bezuinigd op de bovenregionale expertisenetwerken (BEN) in de jaren 2026 t/m 2030? Welke taken worden hierdoor geraakt?

Antwoord

De Bovenregionale Expertisenetwerken worden gefinancierd middels een specifieke uitkering (SPUK). In het Regeerprogramma is opgenomen dat op SPUK's een korting van 10% op het budget wordt doorgevoerd vanaf 2026. Het is aan de acht coördinerende gemeenten om met in achtneming van de behoefte in hun regio invulling te geven aan deze korting en te bepalen wat dat betekent voor de manier waarop zij hun taken uitvoeren.

Vraag 449

Op welke manier pakt u de regisseurrol in het bijeenbrengen van het bedrijfsleven om te komen tot een gezamenlijke beleidsagenda?

Antwoord

Het Sportakkoord is het kader waarlangs de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport in de periode 2023–2026 het sport- en beweegbeleid

vormgeeft en uitwerkt. Lokaal en regionaal wordt het bedrijfsleven aangehaakt waar mogelijk en wenselijk.

Vraag 450

Hoeveel organisaties, gemeenten en sportorganisaties, maken momenteel nog gebruik van de regeling Sportakkoord II?

Antwoord

Onder de regeling Sportakkoord II wordt verstaan de budgetten die vanuit VWS naar gemeenten gaan, zowel voor de uitvoering van de lokale sportakkoorden, als de budgetten vanuit de SPUK BRC.

In 2026 maken alle 342 gemeenten gebruik van de SPUK Sportakkoord en de SPUK BRC.

Daarnaast verstaat de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport onder de regeling Sportakkoord II de budgetten die van VWS via NOC*NSF naar de sportsector gaan. Ongeveer 71 sportbonden maken gebruik van deze regeling om hun bond te versterken. In 2023 hebben daarnaast 2.618 unieke sportaanbieders ondersteuning aangevraagd via deze regeling in de vorm van het afnemen van services. In 2024 waren dat 4.052 unieke sportaanbieders en in 2025 tot nu toe 1.251 unieke sportaanbieders. In 2025 is nog ruimte voor 350 sportaanbieders en in 2026 voor 1.000 sportaanbieders om gebruik te maken van ondersteuning.

Sportaanbieders hebben via NOC*NSF naast ondersteuning in de vorm van services ook kleine ondersteuningsbudgetten kunnen aanvragen via de regeling Sportakkoord II. In 2025 waren dat tot nog toe circa 3.000 sportaanbieders. In het resterende deel van 2025 is er nog ruimte voor 4.000 en in 2026 circa 2.000 sportaanbieders om ondersteuning aan te vragen.

Vraag 451

Wat is de planning en het budget voor de oprichting van het Integere Sport Nederland (ISN), dat vanaf 2026 meldingen van grensoverschrijdend gedrag moet gaan onderzoeken?

Antwoord

De planning voor het oprichten van ISN is mede afhankelijk van omstandigheden. De daadwerkelijke oprichting van ISN houdt sterk verband met de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel.

De enige datum die met zekerheid kan worden genoemd is 26 oktober 2025; het moment dat de internetconsultatie van het conceptwetsvoorstel sluit. In de periode daarna worden de binnengekomen reacties en adviezen bestudeerd en waar mogelijk verwerkt.

Vervolgens wordt een aangepast conceptwetsvoorstel na akkoord van de ministerraad voor advies aangeboden aan de Raad van State. Na verwerking van het advies Raad van State wordt wetsvoorstel ingediend bij de Tweede Kamer. Nadat de Tweede Kamer het wetsvoorstel heeft aangenomen volgt indiening bij de Eerste Kamer. Nadat de Eerste Kamer wetsvoorstel heeft aangenomen volgt inwerkingtreding wet en oprichting ISN.

Deze planning met onzekere doorlooptijd, maakt dat geen concrete uitspraak over de start van het ISN gedaan kan worden. Hetgeen zoals in de vraag gesteld «dat vanaf 2026 meldingen van grensoverschrijdend gedrag moet gaan onderzoeken?», is dan ook onjuist.

Op de begroting van de directie Sport en Bewegen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is budget gereserveerd voor de oprichting van ISN én om de huidige werkzaamheden van de Dopingautoriteit en het huidige Centrum Veilige Sport Nederland (CVSN) onder het dak van ISN voort te zetten. Aangezien gedeeltelijk sprake is van voortzetting van werkzaamheden blijven beschikbare middelen hiervoor onder de beleidsinstrumenten *Subsidies (regelingen)* – Sportakkoord en *Bijdrage aan ZBO's/RWT's* – Dopingautoriteit (€ 4,9 miljoen) vallen. Op het moment dat ISN daadwerkelijk is opgericht zal het budget volledig onder het beleidsinstrument *Bijdrage aan ZBO's/RWT's* gaan vallen.

Vraag 452

Op welke wijze wordt ingezet op een toekomstbestendige sportinfrastructuur voor (her)nieuwbouw van sportaccommodaties in 2026 en de komende jaren?

Antwoord

Het Rijk zet zich met gemeenten in om investeringen in sportaccommodaties en sportmaterialen te ondersteunen. Dat gaat onder andere via de subsidieregeling bouw en onderhoud sportaccommodaties. Amateur-sportorganisaties kunnen een subsidie aanvragen voor de bouw of het onderhoud van sportaccommodaties of voor de aanschaf of het onderhoud van sportmaterialen. Hierbij is in 2026 een mogelijkheid tot een aanvullende subsidie voor investeringen in circulariteit, klimaatadaptatie en toegankelijkheid van sportaccommodaties. Hiervoor is in 2026 een bedrag van maximaal € 46,0 miljoen beschikbaar.

Daarnaast zet de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport in op het toegankelijk maken van verduurzaming. Voor het vervolg van het ontzorgingsprogramma waarmee eigenaren van sportaccommodaties de mogelijkheid krijgen voor begeleiding om kennis- en capaciteitsdrempels weg te nemen is in 2026 een bedrag van € 4,0 miljoen beschikbaar.

Via de Specifieke Uitkering Stimulering Sport is de afgelopen jaren beoogd om de ontwikkeling en instandhouding van sportaccommodaties en de aanschaf van sportmaterialen door gemeenten te stimuleren, daar waar de mogelijkheid tot btw-af trek is vervallen. Deze regeling wordt met een jaar verlengd en loopt daarmee tot en met 2026. In totaal is hiervoor in 2026 maximaal € 177,7 miljoen beschikbaar.

In de Najaarsbrief Sport en Bewegen 2024 is aangekondigd om medio 2025 te komen tot een plan gericht op een toekomstbestendige infrastructuur en ruimte voor sport en bewegen. In dit plan gaat de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport in op de inzet op een toekomstbestendige sportinfrastructuur op langere termijn. De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport heeft dit plan in het najaar aan uw Kamer te doen toekomen.

Vraag 453

Wanneer is de evaluatie van de sportakkoorden en Brede Regeling Combinatiefuncties, opdat er uiteindelijk een tijdig lokaal sportbeleid vanaf 2027 klaar is?

Antwoord

De evaluatie wordt op dit moment uitgevoerd. In het eerste kwartaal van 2026 zal Berenschot het eindrapport opleveren. Zodra de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport het eindrapport heeft ontvangen, wordt deze naar uw Kamer gestuurd.

Vraag 454

Wanneer ontvangt de Kamer de uitkomsten van het sportpasonderzoek en welke financiële bandbreedte wordt daarbij onderzocht?

Antwoord

Het onderzoek naar de effecten van het conceptsportpas verloopt gefaseerd en langs 4 lijnen, namelijk (1) een behoefteanalyse onder jongeren (reeds afgerond), (2) pilots in drie gemeenten, (3) onderzoek naar vergelijkbare trajecten en (4) onderzoek naar kosten voor een landelijke invoering van een sportpas.

Het rapport van de behoefteanalyse is inmiddels gereed en wordt gedeeld met uw Kamer via de verzamelbrief sport en bewegen ten behoeve van het wetgevingsoverleg februari 2026. De pilots in de drie gemeenten eindigen in het voorjaar van 2027. De eerste resultaten kunnen in het najaar van 2027 worden gedeeld met de Kamer. In het voorjaar en najaar van 2026 kunnen de (eerste) resultaten van het onderzoek naar vergelijkbare trajecten worden gedeeld met de Kamer. Bij het onderzoek naar de kosten van een sportpas worden verschillende doelgroepen in beeld gebracht om zo inzicht te krijgen in wat effectief is en welke de verschillende financiële bandbreedtes mogelijk zijn om een sportpas landelijk in te voeren. Het gaat dan bijvoorbeeld om jongeren van 12 t/m 23 jaar, alle jeugd en jongeren van 4 t/m 23 jaar, jeugd en jongeren in armoede. Uitkomsten van dit onderzoek worden medio 2026 verwacht.

Vraag 455

Wordt door de daling in de uitgaven aan het beleidsartikel Sport & Bewegen nog steeds voldaan aan de ambitie van het kabinet om zich meer in te zetten voor (leefstijl)preventie?

Antwoord

In het hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat preventie meer centraal komt te staan. Dit gebeurt onder meer met beleidsagenda «Gezondheid in alle beleidsterreinen» en de Samenhangende preventiestrategie. Ook bijvoorbeeld het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord bevat afspraken om de verschuiving van zorg naar preventie te versterken.

Ondanks dat dit kabinet preventie centraal stelt, is tegelijkertijd de realiteit dat er minder middelen dan voorheen beschikbaar zijn, voornamelijk door het wegvallen van tijdelijke middelen. Dat betekent dat de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport realistisch moet zijn in de ambities, prioriteiten moet stellen, middelen moet inzetten waar ze het meest effect hebben, creatiever moet zijn en meer focus moet aanbrengen. Dat doet de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport bijvoorbeeld met de hierboven genoemde beleidsagenda, de strategie en het akkoord. Wel komen met het AZWA de komende jaren structureel aanvullende middelen beschikbaar voor gemeenten om de samenwerking met de zorgpartijen op het sociaal domein en gezondheid te kunnen intensiveren. Bijvoorbeeld waar het gaat om de aanpak overgewicht volwassenen, of de inzet op «Nu niet zwanger» en integrale gezinspoli vanuit het programma Kansrijke Start. Ook zijn middelen voor gemeenten beschikbaar gesteld om een aantal aanpakken verder te kunnen ontwikkelen, zoals de ketenaanpak overgewicht kinderen of rookvrije start en nicotinevrij. Deze middelen zijn tijdelijk.

Bovendien heeft het kabinet voor het stimuleren van bewegen € 7,7 miljoen beschikbaar gesteld, waarvan € 5,5 miljoen voor 2026. Met dit beschikbare budget voor 2026 kan een deel van de plannen uit het Actieplan *Nederland Beweegt* voor een extra jaar worden voortgezet. Hierbij meer focus wordt aangebracht, zoals toegelicht met de Kamerbrief Commissiedebat Sport en Bewegen 2025 van 18 juni 2025.

Vraag 456

Hoeveel procent van de sportaccommodaties is in 2026 al verduurzaamd?

Antwoord

Het is moeilijk aan te geven hoeveel sportaccommodaties precies zijn verduurzaamd, en in welke mate. Het Mulier Instituut concludeert in het rapport Sportaccommodaties 2023 dat op basis van de energieverbruikgegevens van het CBS nog weinig inzicht is in de gerealiseerde energiebesparingen. Hoewel de energielabels de goede kant uit lijken te bewegen, vertegenwoordigen deze maar een klein deel van de sportaccommodaties in Nederland. Wel blijkt uit hetzelfde rapport dat de sportsector steeds meer aandacht heeft voor duurzaamheid, met jaarlijks toenemende investeringen van sportverenigingen en gemeenten in energiebesparing, circulariteit en klimaatadaptatie. Ook heeft de meerderheid van de gemeenten de afgelopen jaren geïnvesteerd in energiebesparende maatregelen bij gemeentelijke sportaccommodaties.

Zo had tijdens de eerste meting van het Mulier Instituut in 2014 slechts 4% van de verenigingen zonnepanelen, terwijl dit inmiddels is opgelopen tot 33%. Ook heeft de helft van de verenigingen die door het Mulier Instituut bevraagd zijn geïnvesteerd in energiebesparende maatregelen. Dit is sinds juli 2022 gestegen van 36% naar 51%.

Vraag 457

Welke oorzaken zijn bekend over de afname van de hechting aan 4 en 5 mei?

Antwoord

Het Nationaal Comité 4 en 5 mei (NC) onderzoekt jaarlijks de beleving van 4 en 5 mei onder inwoners. Uit het laatste onderzoek komt niet eenduidig naar voren dat er sprake is van een afname van de hechting van Nederlanders met 4 en 5 mei. Er is een toename te zien in de mate waarin men heeft stilgestaan bij de Nationale Herdenking en Bevrijdingsdag. Tegelijkertijd wordt er een meerjarige afname geconstateerd van de importantie die wordt gehecht aan de Nationale Herdenking. Over de resultaten van dit jaarlijks onderzoek – inclusief over hoe deze te duiden – blijft mijn ministerie in contact met het NC. Het is namelijk van groot belang dat het herdenken van de Tweede Wereldoorlog en het vieren van onze bevrijding vanuit een brede gezamenlijke betrokkenheid wordt beleefd.

Vraag 458

Hoe wordt het resterende financieringsgat van kamp Westerbork gedicht? Welke reserves in de begroting zijn beschikbaar mocht het financieringsgat in de praktijk niet gedicht kunnen worden via particuliere financiering?

Antwoord

Het Rijk heeft vanaf 2026 extra middelen beschikbaar gesteld aan Kamp Westerbork en de andere Nationale Herinneringscentra om de authentieke plekken waar de Tweede Wereldoorlog zich heeft afgespeeld toekomstbestendig te maken. Dit zodat dit verhaal wordt overgedragen aan volgende generaties.

Het Rijk heeft € 15 miljoen beschikbaar gemaakt zodat de grootschalige vernieuwing van Herinneringscentrum Kamp Westerbork gefaseerd van start kan gaan. Kamp Westerbork is daarnaast druk bezig om ook andere financiers aan te trekken. Mede naar aanleiding van de inzet van het Rijk zijn de gesprekken met particuliere financiers en medeoverheden tot nu toe positief. Op dit moment zijn er geen middelen in de begroting beschikbaar voor een additionele bijdrage. Een besluit over eventuele

vervolgfinanciering vanuit het Rijk voor de vernieuwing van Kamp Westerbork is in beginsel aan het volgende kabinet.

Vraag 459

Hoe gaat de geraamde afname aan personele uitgaven bereikt worden?

Antwoord

De geraamde afname aan personele uitgaven is een gevolg van de invulling van de taakstelling. Deze is bij de Ontwerpbegroting 2025 verwerkt in het apparaatsartikel. De taakstelling is op twee manieren ingevuld binnen het departement. Zo is er een generieke korting doorgevoerd bij het gehele ministerie, inclusief de concernorganisaties. Deze loopt op tot 2,5% in 2029. Daarnaast zijn bewuste keuzes gemaakt om bepaalde taken niet meer te vervullen, inhuur daar waar mogelijk te beperken en versoberingen door te voeren in de bedrijfsvoering.

Vraag 460

Wat zijn de apparaatsuitgaven voor artikel 10 in 2026 (€ 615,331 miljoen) en wat is de uitsplitsing hiervan (personeel, materieel, inhuur externen e.d.), inclusief het aandeel externe inhuur in 2026 op basis van tabel 50? Wordt met deze uitgaven aan externe inhuur voldaan aan de Roemernorm volgens motie-De Korte¹⁶⁶?

Antwoord

In onderstaande tabel zijn de geraamde apparaatsuitgaven opgenomen voor artikel 10, separaat zijn ook de geraamde apparaatsuitgaven van de agentschappen van het ministerie benoemd.

	Kerndepartement	Agentschappen	Totaal
Apparaatsuitgaven totaal	€ 615.3 miljoen	€ 887,5 miljoen	€ 1.502,8 miljoen
Waarvan personele uitgaven	€ 491.2 miljoen	€ 468,4 miljoen	€ 959,6 miljoen
Waarvan materiële uitgaven	€ 124.1 miljoen	€ 419,1 miljoen	€ 543,2 miljoen
Inhuur externen	€ 73.3 miljoen	€ 79,6 miljoen	€ 152,9 miljoen

Op basis van bovenstaande tabel wordt zodoende een extern inhuur percentage verwacht van 15,9% voor het gehele departement in 2026. De ontwerpbegroting reflecteert hiermee nog niet de gewenste afbouw vanuit de motie-De Korte. Op basis van de apparaatstaakstelling werd al ingezet op een afname van externe inhuur. Elementen hierin zijn o.a. het opzetten van een «make-or-buy» kader, daarnaast wordt nagedacht over het inzetten op generalistische en specialistische poolcapaciteit. Deze ontwikkelingen zullen bijdragen aan de uitvoering van de motie-De Korte.

Vraag 461

Op welk moment bepaalt u of er in 2027 een nieuwe COVID-vaccinatie-ronde komt? En is Nederland daarbij tijdig genoeg om vaccins in te kopen, mede in het licht van het aflopende contract van een van de vaccinleveranciers?

Antwoord

Het besluit over een COVID-19-vaccinatieronde in 2027 is afhankelijk van de beschikbare financiering. Indien bij de voorjaarsbesluitvorming 2026 de benodigde middelen voor 2027 beschikbaar worden gesteld, zal aansluitend het besluit worden genomen over de COVID-19-vaccinatie-ronde 2027. Dit moment is tijdig genoeg om de voorbereidingen te treffen voor een najaarsronde in 2027. Dit omvat ook de inkoop van vaccins,

¹⁶⁶ Kamerstuk 36 725 XVI, nr. 31

zodat voldoende vaccins beschikbaar zijn voor het COVID-19-vaccinatieprogramma, mede gelet op het aflopen van bestaande contracten.

Vraag 462

Kan het budget voor COVID-vaccinaties worden opgeschaald vanaf 2027, wanneer ook het contract met de leveranciers van de vaccins verloopt, als dat noodzakelijk is gezien nieuwe varianten van COVID?

Antwoord

Er zijn voor COVID-19-vaccinatie geen structurele middelen beschikbaar gesteld, alleen incidenteel voor 2026. Tot nu toe is ieder jaar bij het opstellen van de begroting bepaald wat de noodzakelijke kosten voor het komende jaar zijn. Eventuele verdere ophoging van het budget zal meegewogen moeten worden in de gebruikelijke, integrale besluitvormingsmomenten.

Vraag 463

Welke nominale premie kan men verbinden aan de geraamde uitgaven binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) voor de jaren 2027 t/m 2030?

Antwoord

Hoe de nominale premie zich na 2026 zal ontwikkelen is nog onzeker. Elk jaar komen er nieuwe realisatiegegevens beschikbaar over de zorguitgaven die ook doorwerken op de verwachte premies. Daarnaast speelt ook de ontwikkeling van de inkomsten en uitgaven van het zorgverzekeringsfonds, de verwachte reserves bij verzekeraars en de ontwikkeling van het aantal verzekerden een rol.

Op basis van de huidige en voorlopige beschikbare informatie ziet de premieontwikkeling er als volgt uit:

	2027	2028	2029	2030
Premie per maand	€ 195	€ 205	€ 210	€ 215

Vraag 464

Wat is de achtergrond van de minus € 170 miljoen aan apotheekeerzorg en geneesmiddelen? Welke zorg en geneesmiddelen betreft dit en wat zijn de gevolgen voor patiënten?

Antwoord

Het betreft de actualisatie van de zorguitgaven op basis van uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut en geeft aan met welk bedrag de ramingen zijn bijgesteld tussen de begroting 2025 en de begroting 2026, op basis van de realisatie van de uitgaven in 2024 en het eerste half jaar van 2025.

Deze minus € 170 miljoen heeft voor € 142,6 miljoen betrekking op apotheekeerzorg en € 27,5 miljoen op hulpmiddelen. Er wordt in deze bijstellingen geen nader onderscheid gemaakt in zorg en/of geneesmiddelen.

Omdat de verwachte uitgaven worden bijgesteld op basis van (voorlopig) gerealiseerde uitgaven, heeft dit geen gevolgen voor patiënten.

Vraag 465

Hoeveel bureaus binnen de wijkverpleging leveren gecontracteerde en ongecontracteerde zorg?

Antwoord

De wijkverpleging wordt voor het overgrote deel geleverd door gecontracteerde zorgaanbieders. Niet-gecontracteerd zorgaanbod, inclusief Zvw-pgb, was in 2023 goed voor 13% van de totale omzet en 4% van het aantal cliënten in de wijkverpleging¹⁶⁷. Exclusief Zvw-pgb gaat het om 6,1% van de totale omzet.

Er is geen data beschikbaar over het exacte aantal aanbieders die niet-gecontracteerde zorg leveren op dit moment. Onderstaande tabel bevat cijfers uit 2023¹⁶⁸.

Tabel 5: gecontracteerde, niet-gecontracteerde en deels-gecontracteerde zorgaanbieders

Categorie aanbieder	Aantal aanbieders	Aantal cliënten	% cliënten	Vergoed bedrag per cliënt (€)
Gecontracteerd	470	551.000	96,0%	€ 4900
Niet-gecontracteerd	1670	18.000	3,1%	€ 9200
Deels-gecontracteerd	130	16.000	2,7%	€ 5100

Bron: Vektis declaratiegegevens en contractgegevens zorgverzekeraars, bewerkt door de NZa.

Vraag 466

Hoe wordt per Zvw-sector remgeld ingezet en wat zijn de geraamde remgeldefecten/opbrengsten vanaf 2027 zoals in de begroting verondersteld?

Antwoord

Het remgeldefect, in prijspeil 2025, is ingeschat op € 2,174 miljard in 2027, € 2,259 miljard in 2028 en € 2,358 miljard in 2029 en verder. De remgeldmiddelen worden voor het grootste gedeelte ingezet voor een verhoging van de reguliere Zvw-kaders om de hogere zorguitgaven als gevolg van de verwachte stijging van de zorgvraag door de verlaging van het eigen risico op te vangen. Daarbij is per sector gekeken of er een te verwachten effect is van de verlaging van het eigen risico. Zo zijn niet alleen kaders van sectoren verhoogd waar een eigen risico geldt, maar ook van sectoren die indirect meer zorgvraag kunnen verwachten zoals huisartsenzorg. De verdeling van het remgeld per Zvw-sector dat is ingezet voor een verhoging van de kaders is weergegeven in onderstaande tabel. De oploop van de remgeldmiddelen vanaf 2028 hierin nog niet meegenomen.

Het resterende remgeld is ingezet voor afspraken in het AZWA voor doorbraakmiddelen (€ 0,4 miljard), preventie, opleiden en sociaal domein (€ 0,24 miljard).

Verdeling over AZWA-sectoren (bedragen in miljoenen) ¹	2027	2028	2029	2030
MSZ	676	763	763	763
GGZ	123	139	139	139
Wijkverpleging	39	44	44	44
Huisartsenzorg	99	112	112	112
MDZ	21	24	24	24
TOTAAL	958	1.081	1.081	1.081
Verdeling over niet AZWA-sectoren¹	2027	2028	2029	2030
Tandheelkundige zorg Zvw	26	29	29	29
Zorg voor zintuiglijk gehandicapten	6	7	7	7
Paramedische zorg	29	33	33	33
Overig curatieve zorg Zvw	21	24	24	24
Ambulancezorg	25	28	28	28

¹⁶⁷ Uitvoeringsadvies Integrale prestaties verpleging en verzorging wijkverpleging | Rapport | Rijksoverheid.nl

¹⁶⁸ Uitvoeringsadvies Integrale prestaties verpleging en verzorging wijkverpleging | Rapport | Rijksoverheid.nl

Verdeling over AZWA-sectoren (bedragen in miljoenen) ¹	2027	2028	2029	2030
Overig ziekenvervoer	3	4	4	4
Apotheekzorg	152	172	172	172
Hulpmiddelen	53	60	60	60
Grensoverschrijdende zorg (in MPB) ¹	14	16	16	16
Geriatrische revalidatiezorg/ Eerstelijnsverblijf	36	41	41	41
TOTAAL	365	411	411	411

¹ Bedragen in prijspeil 2025

Vraag 467

Hoeveel mensen maken gebruik van zelfzorggeneesmiddelen?

Antwoord

Het aantal unieke gebruikers van zelfzorggeneesmiddelen is niet bekend. Er waren volgens de GIP-databank in 2024 bijvoorbeeld 2,2 miljoen gebruikers van maagmiddelen die worden vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet, en 1,9 miljoen gebruikers van pijnstillers/ontstekingsremmers, maar een deel zal dubbel geteld worden, omdat bij sommige pijnstillers/ontstekingsremmers ook maagmiddelen worden voorgeschreven. Hiernaast zijn er natuurlijk ook veel mensen die zelfzorggeneesmiddelen zelf kopen, bijvoorbeeld bij de drogist of supermarkt. Deze aantallen zijn niet centraal bekend.

Vraag 468

Kan een overzicht gemaakt worden van alle zelfzorggeneesmiddelen?

Antwoord

Als we van de geneesmiddeleninformatiebank van het CBG alle geneesmiddelen selecteren met afleverstatus Uitsluitend Apotheek (UA), Uitsluitend Apotheek en Drogist) en AV (Algemene Verkoop) en dan de omschrijving op ATC-4 niveau (therapeutische of farmacologische subgroep) nemen, dan levert dat het volgende overzicht op.

Omschrijving

Ace-remmers
 Ace-remmers, combinatiepreparaten
 Acnepreparaten voor system.gebruik
 Acnepreparaten, lokale
 Addit v intraveneuze infusievloeist
 Ademhalingsstelsel
 Adenohypofysehormonen en verw verb
 Adsorberende darmmiddelen
 Algemene anaesthetica
 Alkaloiden en ov. natuurlijke prod.
 Alkylerende middelen
 Alle ov. therapeutische middelen
 Allergenen
 Amfenicolen
 Aminoglycosiden
 Amoebiasismidd. + andere antiprotoz
 Anabole steroïden
 Anaesthetica, lokale
 Anaesthetica, lokale
 Androgenen
 Androgenen met vrouw. gesl.hormonen
 Angiotensine-ii-antagon., comb.prep
 Angiotensine-ii-antagonisten
 Antacida
 Anthelminthica tegen cestoden
 Anthelminthica tegen nematoden
 Anthelminthica tegen trematoden

Omschrijving

Anti-adrenale middelen
Anti-androgenen
Anti-aritmische midd. klasse i/iii
Antibiotica, lokale
Anticonceptiva, lokale
Antidepressiva
Anti-emetica
Anti-epileptica
Antifibrinolytica
Antihistaminica v system. gebruik
Antihormonen
Antihypertensiva met diuretica
Anti-inflam.midd m antimicrob.midd.
Anti-inflam+antirheum.m., comb.prep
Anti-inflammatoire darmmiddelen
Anti-inflammatoire middelen
Anti-inflammatoire middelen
Antilipaemica, combinatiepreparaten
Antilipaemica, enkelvoudig
Antimetaboliëten
Antimicrob. midd m corticosteroïden
Antimicrob. midd, comb.preparaten
Antimicrob.midd., ex comb corticost
Antimicrobiële darmmiddelen
Antimicrobiële middelen
Antimicrobiële middelen
Antimicrobiële middelen
Antimycotica v systemisch gebruik
Antimycotica v systemisch gebruik
Antimycotica, lokale
Antiparathyreoïde middelen
Antiprurit,incl.antihist/anaest etc
Antipsychotica
Antirheumatica in engere zin
Antithrombotica
Antivaricosa
Anxiolytica
Ascorbinezuur, incl comb.preparaten
Bacteriële vaccins
Bacteriële vaccins m virale vaccins
Belladonna en derivaten
Beta-blokk.m thiaziden en ov diuret
Beta-blokkers
Beta-blokkers m ov antihypertensiva
Beta-blokkers met overige diuretica
Beta-blokkers met thiaziden
Beta-blokkers met vasodilantia
Betalactam-antibiotica,penicillines
Bij schildklierhormonen en analogen
Bloedgluc.verlag.midd ex. insulines
Bloedproducten en verwante middelen
Botstruct+botmineralis.beïnv. midd
Calcium
Calciumantagonisten met diuretica
Capillairstabiliserende middelen
Centraal werkende spierrelaxantia
Centraal werkende sympathicolitica
Centraal zenuwstelsel
Chinolonen
Chirurgische hulpmiddelen
Comb antihypertensiva atc-groep C0₂
Combinaties v antibacteriële midd.
Contrastmidd. kernspintomografie
Contrastmidd.onderz met ultrageluid
Corticosteroïd.met antimicrob. midd
Corticosteroïden
Corticosteroïden
Corticosteroïden m antimicrob midd
Corticosteroïden met antibiotica
Corticosteroïden met antiseptica
Corticosteroïden met ov. middelen
Corticosteroïden system.gebr, comb

Omschrijving

Corticosteroïden v systemisch gebr.
Cytotoxische antibiotica+verw verb.
Decongestiva ea lok.midd nasaal geb
Decongestiva en allergiemiddelen
Dementiemiddelen
Desinfectantia
Diagnostica
Diagnostica voor urinetesten
Dieetmidd voor behandeling obesitas
Digestiva, inclusief enzymen
Direct werkende antivirale middelen
Direct werkende spierrelaxantia
Diuretica met kaliumsparende midd.
Dopaminergica
Eiwitsupplementen
Elektrolyten met koolhydraten
Emollientia en protectiva
Enkelvoudige corticosteroïden
Enzymen
Expectorantia excl. comb.preparaten
Galtherapeutica
Galtherapeutica met lipotrope midd.
Ganglionblokker. sympathicolytica
Geïmpregneerde verbandmiddelen
Glaucoommiddelen en miotica
Glycogenolytische hormonen
Gonadotrofinen+andere ovul.stim.mdl
Hartglycosiden
Hartstimulantia,excl hartglycosiden
Hartvaatstelsel
Hemodialysemiddel. en hemofiltraten
«High-ceiling» diuretica
Hoestprik.demp.midd, excl comb.prep
Hoestprik.demp.midd.m expectorantia
Horm. anticonceptiva v system.gebr
Hormonen
Hypnotica en sedativa
Hypothalamushormonen
IJzerpreparaten
Immunoglobulinen
Immunostimulantia
Immunosuppressiva
Insecticiden + insectenwerende midd
Insulines en analogen
Intraveneuze oplossingen
Irrigatievloeistoffen
Jichtmiddelen
Jodiumpreparaten
Kalium
Kaliumsparende middelen
Laxantia
Leishmaniasis- + trypanosomias.midd
Lepramiddelen
Lever en galwegen
Levertherapeutica, lipotrope midd.
Lok midd hemorroïden+anale fissuren
Lokale antirheumatica
Lokale chemische antimicrob. midd.
«Low-ceiling» diuret, exc thiaziden
«Low-ceiling» diuretica, thiaziden
Macrolid., lincosamid.+ streptogram
Malariamiddelen
Micro-organismen tegen diarree
Midd benigne prostaathyperplasie
Midd ulcus pept/gastro-oesof.reflux
Midd. gladde spieren vd arteriolen
Middelen bij funct. darmstoornissen
Middelen bij vaataandoeningen oog
Middelen bij verslavingen
Migrainemiddelen
Mondpreparaten
Motiliteitsbevorderende middelen

Omschrijving

Motiliteitsremmende middelen
Multivitaminen
Multivitaminen, combinat.preparaten
Mydriatica en cycloplegica
Neurohypofysehormonen
Neusslijmvliesdecong v system gebr
Nieren
Niet ingevuld
Niet-selectieve calciumantagonisten
Niet-ster.anti-inflam+antirheum.mid
Oestrogenen
Oestrogenen met progestagenen
Ontsteking en infectie
Opioiden
Orofaryngeale middelen
Ov enkelv. vitaminepreparaten
Ov gesl.horm.+modulat.genit.stelsel
Ov inhalatiemiddelen bij astma/copd
Ov maagdarmkanaal- en metabol.prod.
Ov midd aangrijp op ren-angiot.syst
Ov midd astma/copd v system gebruik
Ov midd bij zuurgerelateerde afwijk
Ov midd ziekten skeletspierstelsel
Ov middelen v oogheelkundig gebruik
Ov spasmolytica en parasymph.comb
Ov urogenit.midd, incl spasmolytica
Ov verkoudheidsmidd,comb.preparaten
Ov vitam.prod, combinatiepreparaten
Ov. midd. voor ademhalingsstelsel
Ov. midd. werkzaam op zenuwstelsel
Ov. middelen oorheelkundig gebruik
Ov. niet-therapeutische middelen
Ov. Oogheelkund/oorheelkundige midd
Ov. radiofarmaca voor diagnostiek
Overige anabole middelen
Overige analgetica en antipyretica
Overige antibacteriële middelen
Overige anti diarrhoea
Overige antihypertensiva
Overige betalactam-antibiotica
Overige cardiaca
Overige dermatologische preparaten
Overige diabetesmiddelen
Overige diagnostische middelen
Overige diuretica
Overige gynaecologische middelen
Overige hematologische middelen
Overige middelen bij anemie
Overige mineraalsupplementen
Overige oncolytica
Overige proteïnekinaseremmers
Overige radiofarmaca voor therapie
Overige vaccins
Overige voedingsstoffen
Oxytocica
Parasympathicolytica
Parasympathicomimetica
Perifeer werkende spierrelaxantia
Perifeer werkende sympathicolytica
Perifere vasodilatantia
Pijnstilling (botzoekende middelen)
Preparaten voor peritoneaaldialyse
Progestagenen
Protectiva tegen uv-straling
Psoriasismiddelen voor system.gebr
Psoriasismiddelen, lokale
Psycholeptica met psychoanaleptica
Psychostimul., midd adhd/nootropica
Röntgencontrastmidd, niet-gejodeerd
Röntgencontrastmiddelen, gejodeerd
Scabies- en pediculosemiddelen
Schildklier

Omschrijving

Sel.calc.antagon.m directe hart-eff
Sel.calc.antagon.m vnl vasc werking
Sera
Skelet
Spasmolytica met analgetica
Spasmolytica met psycholeptica
Sulfonamiden en trimethoprim
Sympathicomimetica v system gebruik
Sympathicomimetica voor inhalatie
Tetracyclines
Thyreomimetica
Thyreostatica
Tonica
Tuberculosemiddelen
Tumor
Vasodilatantia bij hartziekten
Vermageringsmiddelen, excl dieetprod
Vertigomiddelen
Virale vaccins
Vit A en D, incl comb. v deze twee
Vit B1, enkelv. en met B6 en/of B12
Vitamine B complex, incl comb.prep
Vitamine B12 en foliumzuur
Vitamine K en overige haemostatica
Wondhelende middelen
Zuigelingenvoeding

Vraag 469

Hoeveel zijn patiënten die gebruik maken van zelfzorggeneesmiddelen per jaar naar verwachting gemiddeld kwijt als de bezuiniging hierop per 2027 ingaat?

Antwoord

Omdat er nog geen besluit is genomen over welke geneesmiddelen vanwege de taakstellende bezuiniging van € 70 miljoen niet langer (volledig) worden vergoed is deze vraag op dit moment niet goed te beantwoorden. De Minister van VWS brengt momenteel de mogelijkheden in kaart, in afstemming met het Zorginstituut Nederland, de KNMP en Zorgverzekeraars Nederland. Het Zorginstituut adviseert de Minister over het opnemen of uitnemen van zorg en de gevolgen daarvan, waaronder extramurale geneesmiddelen.

Het Zorginstituut heeft een advies over allergiemiddelen in voorbereiding. Hiervan maken zo'n 1,5 miljoen mensen gebruik. De gemiddelde vergoeding voor allergiemiddelen exclusie btw was in 2023 € 37,25 per persoon per jaar. Op dit moment is dit advies in consultatie¹⁶⁹.

Vraag 470

Welke zelfzorggeneesmiddelen worden het meest gebruikt en worden het meest vergoed?

Antwoord

Van de zelfzorggeneesmiddelen die worden vergoed vanuit de Zorgverzekering worden maagmiddelen het meest gebruikt. In 2024 betrof het 2.244.150 gebruikers en waren de totale uitgaven aan deze middelen vanuit de zorgverzekering ongeveer 60 miljoen euro.

Vraag 471

¹⁶⁹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2025/09/24/consultatiedocument-advies-over-vergoeden-van-geneesmiddelen-bij-allergie>.

Wat zijn per sector de bedragen en ramingsgrond als gevolg van het opvangen van de extra zorgvraag naar aanleiding van het verlagen van het eigen risico vanaf 2027?

Antwoord

De verdeling van het remgeld per Zvw-sector:

Verdeling remgeld over IZA-sectoren (bedragen x € 1 miljoen)	2027	2028	2029	2030
MSZ	676	763	763	763
GGZ	123	139	139	139
Wijkverpleging	39	44	44	44
Huisartsenzorg	99	112	112	112
MDZ ¹	21	24	24	24
TOTAAL	958	1.081	1.081	1.081
Verdeling remgeld over niet IZA-sectoren	2027	2028	2029	2030
Tandheelkundige zorg Zvw	26	29	29	29
Zorg voor zintuiglijk gehandicapten	6	7	7	7
Paramedische zorg	29	33	33	33
Overig curatieve zorg Zvw	21	24	24	24
Ambulancezorg	25	28	28	28
Overig ziekenvervoer	3	4	4	4
Apotheekzorg	152	172	172	172
Hulpmiddelen	53	60	60	60
Grensoverschrijdende zorg (in MPB)	14	16	16	16
Geriatrische revalidatiezorg/ Eerstelijnsverblijf	36	41	41	41
TOTAAL	365	411	411	411

¹ Boven op deze reeks wordt binnen het AZWA nog structureel € 70 miljoen toegevoegd vanuit het remgeld. Dit is ten behoeve van de structurele borging van de Regionale Eerstelijnsamenwerkingsverbanden (RESVs).

Het resterende remgeld is ingezet voor afspraken in het AZWA voor doorbraakmiddelen (€ 0,4 miljard), preventie, opleiden en sociaal domein (€ 0,24 miljard).

De standen van de Zvw-sectoren (de grondslagen) in de ontwerpbegroting 2026, incl. de verdeling van het remgeld.

Stand ontwerpbegroting per Zvw-sector incl. remgeld (bedragen x € 1 miljoen)	2027	2028	2029	2030
IZA-sectoren				
MSZ	32.427	32.514	32.514	32.514
GGZ	5.934	5.973	5.973	5.973
Wijkverpleging	3.849	3.934	3.876	3.822
Huisartsenzorg	5.086	5.274	5.274	5.274
MDZ	1.176	1.233	1.233	1.233
TOTAAL	48.471	48.928	48.869	48.815
niet IZA-sectoren	2027	2028	2029	2030
Tandheelkundige zorg Zvw	1.059	1.062	1.062	1.062
Zorg voor zintuiglijk gehandicapten	258	259	259	259
Paramedische zorg	1.191	1.194	1.194	1.194
Overig curatieve zorg Zvw	689	689	689	689
Ambulancezorg	1.031	1.034	1.034	1.034
Overig ziekenvervoer	121	122	122	122
Apotheekzorg	6.274	6.289	6.284	6.284
Hulpmiddelen	2.211	2.218	2.218	2.218
Grensoverschrijdende zorg (in MPB)	607	609	609	609
Geriatrische revalidatiezorg/ Eerstelijnsverblijf	1.584	1.588	1.588	1.588
TOTAAL	15.025	15.065	15.060	15.060

Vraag 472

Wat is de geraamde omvang van onderuitputting in 2026 en 2027 per Zvw-sector (inclusief ziekenhuiszorg en wijkverpleging), waar is deze begroot en voor welke doeleinden wordt zij ingezet?

Antwoord

Onder onderuitputting wordt doorgaans een meevaller verstaan die zich voordoet ten opzichte van de begroting van enig jaar. Op basis van uitvoeringscijfers die VWS elk jaar in het najaar ontvangt valt een eerste beeld van de onderuitputting voor het lopende jaar te bepalen. Uw Kamer wordt hierover via de begrotingsstukken geïnformeerd.

Een deel van de onderuitputting die zich voordoet wordt structureel verwerkt. In onderstaande tabel staat de doorwerking van mee- en tegenvallers sinds de start van het huidige kabinet (het beeld op basis van de actualisatiecijfers die we na twee kwartalen in 2025 ontvangen hebben) naar 2026 en 2027 vermeld. Dit betreft dus bijstellingen in 2026 en 2027 ten opzichte van de raming 2026 en 2027 uit de raming ten tijde van de start van het huidige kabinet.

Het in onderstaande tabel gemelde saldo van mee- en tegenvallers is eerst ingezet voor budgettaire problematiek bij VWS, en daarna voor lastenverlichting.

Tabel: Mee- en tegenvallers ten opzichte van de meerjarige raming uit de Begroting 2024 in miljoenen

	2026	2027
Huisartsen		
Tandheelkundige zorg	- 42	- 42
Verloskundige zorg	5	5
Kraamzorg	- 17	- 17
Zintuiglijk gehandicapten	11	11
Wijkverpleging	- 1.015	- 1.015
Paramedische zorg	28	28
Overige curatieve zorg	- 1	- 1
Beschikbaarheidbijdr. Academische zorg	- 14	- 14
Beschikbaarheidbijdr. Kapitaall. Acad. zorg	1	1
Medisch Specialistische zorg	- 75	- 75
Ambulancevervoer	- 27	- 27
Overig ziekenvervoer	- 40	- 40
Apotheekzorg	- 149	- 149
Hulpmiddelen	- 27	- 27
GGZ	202	202
Grensoverschrijdende zorg	70	70
Multidisciplinaire zorg	7	7
Beschikbaarheidbijdr. Opleidingen	- 16	24
Geriatrische revalidatiezorg	- 50	- 50
Eerstelijnsverblijf	48	48
Totaal	- 1.102	- 1.062

Vraag 473

Is er afgezien van de per 2026 voorgenomen tranchering van het eigen risico (€ 150 per behandeling in de medisch specialistische ziekenhuiszorg)? Wat voor gevolg heeft dit voor de daarbij genoemde begrotingseffecten (€ 318 miljoen uitgaven/€ 118 miljoen ontvangsten eigen risico; saldo € 200 miljoen) per sector?

Antwoord

In het Hoofdlijnenakkoord is afgesproken om per 2027 het eigen risico te trancheren met een bedrag van € 50 per behandeling in de medisch specialistische zorg bij een eigen risico van € 165. Om die reden is

afgezien van de tranchering van het eigen risico met een bedrag van € 150 per 2026.¹⁷⁰

Het niet doorgaan van de tranchering leidt (ten opzichte van het wel doorgaan van tranchering) tot € 318 miljoen hogere zorguitgaven. In onderstaande tabel staat de verdeling hiervan per sector (€ 52 miljoen was gereserveerd op de sector Nominaal en onverdeeld Zvw). Tevens leidt dit tot een € 118 miljoen hogere opbrengst van het eigen risico.

Sector	Bedrag in € mln
Huisartsenzorg	21,0
Multidisciplinaire zorgverlening	4,4
Tandheelkundige zorg	4,9
Paramedische zorg	5,6
Zorg voor zintuigelijk gehandicapten	1,1
Medisch-specialistische zorg	146,7
Geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf	6,8
Overig curatieve zorg	3,7
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	25,8
Apotheekzorg	28,1
Hulpmiddelen	10,0
Ambulancezorg	4,6
Overig ziekenvervoer	0,7
Grensoverschrijdende zorg	2,6
Nominaal en onverdeeld Zvw	52,0
Totaal	318,0

Het besparingsverlies van per saldo € 200 miljoen in 2026 is gedekt binnen de premiegefinancierde zorguitgaven (zie ook de 1^e suppletoire begroting 2025).¹⁷¹ In onderstaande tabel is de volledige dekking opgenomen:

Bron	Bedrag in € mln			
	2026	2027	2028	2029
1. Transformatiemiddelen	– 105,0			
2. Onderschrijding wijkverpleging	– 30,0			
3. Aanvullende Post Financiën:	– 45,0	10,0	15,0	20,0
Kasschuif Gegevensuitwisseling				
4. Aanvullende Post Financiën:	– 20,0	5,0	5,0	10,0
Kasschuif Passende zorg				
5. Meer Tijd Voor Huisartsen		– 15,0	– 20,0	– 30,0
Totaal	– 200,0	0,0	0,0	0,0

Toelichting:

1. Van de in 2026 beschikbare transformatiemiddelen is € 105 miljoen in mindering gebracht. Dit bedrag wordt later weer toegevoegd vanuit de te ontvangen loon- en prijsbijstelling in de komende jaren.
2. Van de onderschrijding in de uitgaven wijkverpleging is een bedrag van € 30 miljoen als dekking gebruikt.
3. (en 4.) Op de Aanvullende Post bij Financiën staan middelen voor Gegevensuitwisseling en Passende zorg. De middelen in 2026 zijn deels afgeroomd en in 2027 en 2028 via een kasschuif weer toegevoegd. De middelen voor gegevensuitwisseling en passende zorg blijven daarmee in totaal gelijk.
5. Op de post Nominaal en onverdeeld Zvw staan in de komende jaren middelen voor Meer Tijd voor Huisartsen. Een deel van die middelen is

¹⁷⁰ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2024/12/16/kamerbrief-over-nivel-kennisvraag-kenmerken-van-mensen-die-afzien-van-zorg-om-financiele-redenen>

¹⁷¹ https://www.rijksfinancien.nl/sites/default/files/kamerstuk_pdf/kst-36725-XVI-2_0.pdf

gebruikt voor het creëren van meer opleidingsplekken. Het resterende deel was beoogd voor het ophogen van het huisartsenkader. Omdat in het IZA snellere invoering is overeengekomen, zijn de resterende middelen niet meer nodig voor dit doel.

Vraag 474

Waarom stijgt de ontwikkeling van de Zvw-uitgaven van de kraamzorg niet op dezelfde manier als andere vormen van eerstelijnszorg, waaronder de huisartsenzorg en tandheelkundige zorg?

Antwoord

De uitgavenontwikkeling in de huisartsenzorg wordt onder andere bepaald door de afspraken in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Dat zijn enerzijds beleidsinhoudelijke afspraken, maar anderzijds ook afspraken over de volume-groeipercentages per sector.

Voor eerstelijnssectoren die niet binnen deze akkoorden vallen, zoals de tandheelkundige zorg en de kraamzorg, geldt dat de uitgavengroei voornamelijk van elkaar kan afwijken door onderlinge verschillen in de samenstelling van de populatie, prijs- en loonontwikkelingen (tarieven), arbeidscapaciteit en/of technologische ontwikkelingen.

Vraag 475

Wat valt onder «overige curatieve zorg» en wat verklaart het lagere budget per 2027 op deze post?

Antwoord

De sector overig curatieve zorg omvat de huisartsenlaboratoria, trombo-sediensten, de uitgaven op basis van de beleidsregel innovatie, de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI), anonieme e-mental health en overige geneeskundige zorg. Deze laatste betreft een verzamelpost van overige zorguitgaven met als grootste posten: voetzorg bij Diabetes Mellitus type 2, orthoptie, optometrie en complexe wondzorg.

Het lagere kader overige curatieve zorg vanaf het jaar 2027 kan worden verklaard doordat de middelen van de voormalige KiPZ-regeling (Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg) tot en met 2026 voor de helft (€ 119 miljoen) zijn toegevoegd aan het kader overige curatieve zorg. Vanaf 2027 staan deze middelen weer gereserveerd op de VWS begroting, onder artikel 4 Zorgbreed beleid.

Vraag 476

Bent u zich ervan bewust dat in de gehandicaptenzorg de stijging van € 112 miljoen in de maximumbeleidsregelwaarden voor kostendekkende tarieven, voortkomend uit het kostenonderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), vrijwel geheel weer ingeleverd wordt via de zorginkoop (door de zorgkantoren) door een daling van het richttariefpercentage met 1,2 procent (€ 100 miljoen)? Hoe ziet u het met deze ontwikkeling voor zich dat de sector in staat blijft om, voor nu en in de toekomst, te investeren in toegankelijke, duurzame en kwalitatief goede zorg? Dalen de tarieven zo niet vanzelf weer onder de kostprijzen, aangezien de NZa de nieuwe tarieven gebaseerd heeft op kostprijsonderzoeken?

Antwoord

Ja, ik ben me hiervan bewust, zie ook de toelichting in het antwoord op vraag 85. In beginsel bestrijd ik dat de tarieven dalen onder de kostprijzen. Ten opzichte van 2024 zal de komende jaren het beschikbare bedrag per cliënt in de gehandicaptenzorg verder toenemen. Behalve het bedrag van

€ 112 miljoen op grond van het kostenonderzoek 2026 gaat het hierbij om extra middelen van € 128 miljoen structureel die per 2025 reeds op basis van het voorlopige kostenonderzoek aan de tarieven zijn toegevoegd. Daar komen vanaf 2026 de extra middelen voor de huisvestingskosten ad € 140 miljoen en voor LVHC ad € 13 miljoen nog bovenop. In totaal levert dit ten opzichte van 2024 extra middelen op van € 393 miljoen.

De zorgkantoren hanteren een richttariefpercentage van de (verhoogde) maximumtarieven bij hun zorginkoop. Voor 2026 is het richttariefpercentage vastgesteld op 96,6 procent. Dat betekent ten opzichte van 2025 inderdaad een verlaging met 1,2 procent en ruim € 100 miljoen aan lagere inkomsten. Maar ten opzichte van het financieel gezonde basisjaar 2024 gaat het om een verlaging met 0,4 procent en lagere inkomsten van circa € 40 miljoen.

Het saldo van de extra middelen op grond van de kostenonderzoeken (€ 393 miljoen) en de verlaging van de richttarieven (€ 40 miljoen) is in 2026 dus € 353 miljoen positief. Waarbij conform de gebruikelijke systematiek nog gecompenseerd voor loon- en prijsontwikkelingen.

Daarbij plaats ik deze cijfers ook graag in een breder perspectief. Uit recente cijfers van het CBS¹⁷² blijkt dat de gehandicaptenzorg over het jaar 2024 een gezond resultaat heeft behaald van gemiddeld 2,5 procent. Daarmee heeft de gehandicaptenzorg zich hersteld van de financieel zwaardere jaren 2022 (1,2 procent positief) en 2023 (0,9 procent positief). Ook het weerstandsvermogen (30,5 procent) en de solvabiliteit (46,4 procent) liggen op een relatief hoog niveau en zijn hoger dan gemiddeld in de langdurige zorg. De financiële kengetallen over 2024 liggen daarmee boven de normen die banken stellen om te investeren in de sector. Ook in het licht van de extra middelen die per 2026 per saldo beschikbaar zijn ten opzichte van 2024 is er ruimte in de sector om te investeren in toegankelijke, duurzame en kwalitatief goede zorg.

Vraag 477

Op verzoek van de Kamer (motie-Dobbe/Westerveld) wordt de korting voor meerjarig contracteren niet per 2026 doorgevoerd, hiervoor is incidenteel € 65 miljoen aan het kader toegevoegd, maar klopt het dat zonder wijziging deze korting per 2027 alsnog structureel wordt ingevoerd? Wat is de inhoudelijke onderbouwing bij die voorgenomen korting?

Antwoord

Ja, dit klopt. Met de motie Dobbe c.s. is de korting voor 2026 niet doorgegaan, maar voor 2027 staat de korting nog.

De maatregel meerjarig contracteren is becijferd in Zorgkeuzes in Kaart en gevalideerd door het Centraal Planbureau.¹⁷³ Het idee is dat meerjarig contracteren met budgetafspraken, gecombineerd met een meerjarige contracteerruimte, zorgaanbieders meer financiële zekerheid biedt en daarmee de ruimte om hun zorg anders te organiseren tegen lagere kosten. Voor de periode 2026–2030 heb ik een indicatief meerjarig Wlz-kader laten zien. Daarmee kunnen meerjarige contracten met budgetafspraken een middel voor zorgkantoren en zorgaanbieders zijn om langere termijnafspraken te maken over de ontwikkeling van de zorgvraag. Meerjarige contracten geven financiële zekerheid om te investeren in kwaliteit en toegankelijkheid en om personeel te binden.

¹⁷² Financiële kengetallen zorginstellingen, 2024** | Maatwerk publicatie | Monitor Langdurige Zorg.

¹⁷³ Centraal Planbureau, «Analyse coalitieakkoord 2022–2025», januari 2022.

Minder onzekerheid over de omvang van het meerjarige budget kan er bijvoorbeeld toe leiden dat vast personeel wordt aangetrokken in plaats van (duurdere) externe krachten. Ook kan meerjarige zekerheid ertoe leiden dat instellingen goedkoper kunnen lenen en banken eerder bereid zijn om geld te verstrekken. Tot slot leiden meerjarige contracten tot lagere administratieve lasten. De corresponderende korting is in de begroting blijven staan vanuit het kabinet Schoof.

Vraag 478

Wat gebeurt er met de € 700 miljoen uit het Wlz-kader die niet wordt uitgegeven?

Antwoord

Het bedrag van € 700 miljoen dat in 2025 niet wordt uitgegeven via het Wlz-kader is betrokken bij de integrale besluitvorming over de begroting 2026. De lagere uitgaven in 2025 werken door naar latere jaren. Vanaf 2026 is er echter ook sprake van aanzienlijk hogere uitgaven in de Wlz, bijvoorbeeld op grond van kostprijsonderzoeken in de gehandicaptenzorg en langdurige GGZ en voor de normatieve huisvestingscomponent. Daarmee heeft een groot deel van deze meevaller een bestemming gekregen binnen de Wlz.

Vraag 479

Welke tariefcomponenten (loon, materieel) verklaren de € 152 miljoen en kunt u per deelsector (gehandicaptenzorg, langdurige GGZ) een nadere uitsplitsing geven?

Antwoord

Het kostenonderzoek van de NZa op het terrein van de gehandicaptenzorg en langdurige GGZ leidt per 2026 tot een verhoging van de maximumbeleidsregelwaarden met € 152 miljoen. Hiervan heeft € 112 miljoen betrekking op de gehandicaptenzorg en € 40 miljoen op de langdurige GGZ. Ik kan hiervan geen nadere uitsplitsing geven naar loon en materieel.

Vraag 480

Waarom moeten de tarieven op grond van het kostenonderzoek in de gehandicaptenzorg en de GGZ worden verhoogd? Wat is de verdeling van de € 152 miljoen tussen de gehandicaptenzorg en GGZ? Zijn de tarieven in de gehandicaptenzorg en de GGZ hiermee kostendekkend voor 2026?

Antwoord

De NZa heeft als wettelijke taak om tenminste redelijkerwijs kostendekkende tarieven vast te stellen. Vanuit deze taak voert zij periodiek kostenonderzoeken uit om te onderzoeken of de maximumbeleidsregelwaarden nog aansluiten bij de gemaakte kosten. Het bedrag van € 152 miljoen dat vanaf 2026 als extra middelen beschikbaar komt heeft voor € 112 miljoen betrekking op de gehandicaptenzorg en € 40 miljoen op de langdurige GGZ. Deze bedragen komen bovenop de tariefsverhoging van € 168 miljoen voor de gehandicaptenzorg die reeds per 2025 in de tarieven zijn verwerkt. Met deze middelen worden de maximumbeleidsregelwaarden aangepast en hiermee zijn de tarieven voor 2026 redelijkerwijs kostendekkend.

Vraag 481

Klopt het dat de zorgkantoren een korting doorvoeren op de nieuwe tarieven voor de gehandicaptenzorg en de GGZ in 2026? Hoe hoog is deze korting (in procenten en in miljoenen euro's) voor respectievelijk de gehandicaptenzorg en de GGZ?

Antwoord

De zorgkantoren stellen jaarlijks richttariefpercentages vast waarmee zij per sector binnen de Wlz de zorg inkopen. Voor 2026 gaat het voor de gehandicaptenzorg om 96,6 procent en voor de langdurige GGZ om 96,9 procent. Dat betekent kortingen van 3,4 procent (circa € 340 miljoen) bij de gehandicaptenzorg en 3,1 procent (circa € 60 miljoen) bij de GGZ. De kortingspercentages zijn afgestemd op een doelmatige zorginkoop waarbij 75 procent van de zorgaanbieders en 75 procent van de omzet met een positief resultaat wordt gerealiseerd. Hierbij worden ook de financieringsbaten en -lasten meegenomen. De berekeningssystematiek die de zorgkantoren hanteren voor de richttariefpercentages sluit aan bij een rechterlijke uitspraak uit 2024 over het bieden van reële prijzen aan zorgaanbieders die op een transparante wijze zijn onderbouwd.

Vraag 482

Hebben zorginstellingen in het verleden te weinig middelen gekregen, gegeven het feit dat de verhoging van de normatieve huisvestingscomponent samen hangt met de eisen aan gebouwen op het terrein van duurzaamheid en brandveiligheid? Heeft dit geleid tot onvoldoende investeringen in duurzaamheid en brandveiligheid? Zo nee, hoe hebben instellingen deze investeringen dan gefinancierd? Hebben zorginstellingen nu voldoende middelen om invulling te geven aan de afspraken in het kader van de Green Deal?

Antwoord

De normatieve huisvestingscomponent (nhc) wordt door de NZa op een zodanig niveau vastgesteld dat bij nieuwbouw voldaan kan worden aan de actuele eisen op het gebied van duurzaamheid en brandveiligheid. De NZa heeft afgelopen jaar onderzoek laten doen naar de impact van die eisen op de nhc. De uitkomsten van dat onderzoek zijn in de nhc c.q. de tarieven voor 2026 verwerkt. De nhc maakt onderdeel uit van een integraal tarief voor de zorgzwaartepakketten (ZZP's). Binnen dat integrale tarief kunnen instellingen keuzes maken hoe deze middelen in te zetten. In de afgelopen jaren was gemiddeld genomen de nhc-vergoeding hoger dan de feitelijke uitgaven voor huisvesting. Daarmee ga ik ervan uit dat de vergoeding voor de huisvestingscomponent in de afgelopen jaren niet te laag was. Ik ga ervan uit dat Wlz-zorginstellingen – zeker met de verhoogde tarieven – de afspraken in het kader van de Greendeal kunnen nakomen.

Vraag 483

Hoe wordt de Kasschuif meerjarig contracteren (motie-Dobbe/Westerveld) in 2027 gedekt?

Antwoord

Vanaf de Aanvullende Post is een bedrag van € 65 miljoen in 2027 overgeheveld naar de Wlz-uitgaven. De afroep van dit bedrag vanuit de enveloppe voor betere ouderenzorg in 2027 levert de budgettaire ruimte voor de kasschuif om het besparingsverlies vanwege het niet doorgaan van de tariefmaatregel meerjarig contracteren in 2026 te dekken.

Vraag 484

Hoe wordt het schrappen van de bezuiniging van € 88 miljoen op de gehandicaptenzorg in verband met de maatregel behandeling in 2026 gedekt?

Antwoord

Het besparingsverlies van € 88 miljoen vanwege het niet doorgaan van de voorgestelde maatregel op het terrein van Wlz-behandeling gehandicap-

tenzorg is gedekt binnen de integrale besluitvorming over de begroting 2026. Er is derhalve geen specifieke post aan te wijzen.

Vraag 485

Klopt het dat de «maatregel behandeling» voor de gehandicaptenzorg, die vanaf 2027 voor € 88 miljoen ingepland is, is gebaseerd op een maatregel die uiteindelijk nooit is doorgevoerd, namelijk het plan om de medisch-generalistische zorg en de geneesmiddelen geheel over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet (uit het coalitieakkoord van 2021)? Hoe kan een bezuiniging doorgevoerd worden als de grondslag voor die bezuiniging is weggefallen? Welke beleidsbijstelling verwacht u van gehandicaptenorganisaties om deze bezuiniging te realiseren? Klopt het dat, nu er recent nieuwe tarieven zijn vastgesteld op basis van actuele kostprijsonderzoeken, een dergelijke bezuiniging direct te koste gaat van de zorg en dat de tarieven hierdoor weer ónder de recent berekende kostprijstarieven duiken?

Antwoord

De oorspronkelijke «maatregel behandeling» in het coalitieakkoord 2021–2025¹⁷⁴ van het kabinet-Rutte IV ging er inderdaad van uit dat behandeling en geneesmiddelen overgeheveld zouden worden van Wlz naar Zvw per 2025. Veldpartijen hebben aangegeven dat een zorgvuldige overheveling per 2025 een ongewenst hoge druk zou zetten op de (continuïteit van) zorgverlening aan de meest kwetsbare ouderen en mensen met een beperking. In het verlengde van het WOZO-programma is daarom met betrokken organisaties afgesproken om samen te onderzoeken hoe we voor mensen met een zeer complexe zorgvraag de behandeling vanuit de Wlz kunnen blijven bieden en deze dus *niet* over te hevelen naar de Zvw¹⁷⁵. Harde voorwaarde bij deze afgesproken aanpassing van de maatregel was onder andere dat de taakstelling uit het coalitieakkoord van € 170 miljoen structureel per 2025 binnen de Wlz wordt gerealiseerd (via aanpassing van prestatie- en tariefregulering door de NZa).

Zoals uiteengezet in de brief over deze tariefmaatregel van de toenmalige Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹⁷⁶ is de vergoeding voor algemene behandeling voor vergelijkbare cliënten totaal € 0,5 miljard duurder via het Wlz-model ten opzichte van het Zvw-model. Op basis van de vergelijking van de kosten van het Wlz-model ten opzichte van het «goedkopere» Zvw-model is het keverantwoord en haalbaar dat zorgaanbieders een doelmatigheidsslag binnen de Wlz kunnen maken. Het aandeel van de gehandicaptenzorg hierin bedraagt € 88 miljoen. De tariefmaatregel die samenhangt met deze afspraken is door het controversieel verklaren in 2026 voor de gehandicaptensector niet uitgevoerd. Voor 2027 e.v. is de maatregel onderdeel van de begroting. Ten opzichte van de uitgaven aan gehandicaptenzorg in natura in 2027 gaat het om een relatief beperkte bijstelling van 0,7 procent.

Daarbij plaats ik deze cijfers ook graag in een breder perspectief. Uit recente cijfers van het CBS¹⁷⁷ blijkt dat de gehandicaptenzorg over het jaar 2024 een gezond resultaat heeft behaald van gemiddeld 2,5 procent. Daarmee heeft de gehandicaptenzorg zich hersteld van de financieel zwaardere jaren 2022 (1,2 procent positief) en 2023 (0,9 procent positief). Ook het weerstandsvermogen (30,5 procent) en de solvabiliteit

¹⁷⁴ Zie: Budgettaire bijlage coalitieakkoord 2021–2025 | Publicatie | Rijksoverheid.nl

¹⁷⁵ *Kamerstukken II*, vergaderjaar 2021–2022, 29 389, nr. 111.

¹⁷⁶ *Kamerstukken II*, 2023–2024, 34 104, nr. 405.

¹⁷⁷ Financiële kengetallen zorginstellingen, 2024** | Maatwerk publicatie | Monitor Langdurige Zorg.

(46,4 procent) liggen op een relatief hoog niveau en zijn hoger dan gemiddeld in de langdurige zorg. De financiële kengetallen over 2024 liggen daarmee boven de normen die banken stellen om te investeren in de sector. Ook in het licht van de extra middelen die vanaf 2026 structureel beschikbaar zijn ten opzichte van 2024 zijn er mogelijkheden in de sector om deze taakstelling vanaf 2027 op te vangen.

Vraag 486

Kunt u onderbouwen waarom de «maatregel meerjarig contracteren» voor de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg € 65 miljoen op kan leveren vanaf 2027? Klopt het dat er de afgelopen jaren vaak al meerjarige contracten zijn gesloten? Klopt het dat eventuele besparingen, als die zich al voordoen door dit meerjarig contracteren, dus ook al mee zijn genomen in de recente kostprijsonderzoeken door de NZa? Klopt het dat als de effecten van meerjarig contracteren (deels of geheel) ook al mee zijn genomen in de kostprijsonderzoeken en de daaruit voortvloeiende nieuwe tarieven, de ingeplande bezuiniging in 2027 ten koste gaat van de zorg en het tarief weer onder de kostprijs doet belanden?

Antwoord

De maatregel meerjarig contracteren is becijferd in Zorgkeuzes in Kaart en gevalideerd door het Centraal Planbureau¹⁷⁸. Het idee is dat meerjarig contracteren met budgetafspraken, gecombineerd met een meerjarige contracteerruimte, zorgaanbieders meer financiële zekerheid biedt en daarmee de ruimte om hun zorg anders te organiseren tegen lagere kosten. In de definitieve kaderbrief Wlz 2026 is een indicatief meerjarig Wlz-kader voor de periode 2027–2030 opgenomen. Daarmee kunnen meerjarige contracten met budgetafspraken een middel voor zorgkantoren en zorgaanbieders zijn om langere termijnafspraken te maken over de ontwikkeling van de zorgvraag. Meerjarige contracten geven financiële zekerheid om te investeren in kwaliteit en toegankelijkheid en om personeel te binden.

Minder onzekerheid over de omvang van het meerjarige budget kan er bijvoorbeeld toe leiden dat vast personeel wordt aangetrokken in plaats van (duurdere) externe krachten. Ook kan meerjarige zekerheid ertoe leiden dat instellingen goedkoper kunnen lenen en banken eerder bereid zijn om geld te verstrekken. Tot slot leiden meerjarige contracten tot lagere administratieve lasten. De corresponderende maatregel is genomen door het kabinet-Rutte IV en op basis van het Hoofdlijnenakkoord in de begroting blijven staan.

Het afsluiten van meerjarige contracten komt binnen de Wlz nog beperkt voor. Het maken van budgetafspraken wordt daarbij bemoeilijk door het ontbreken van meerjarige transparantie en zekerheid over de contracteerruimte. Het besparingspotentieel van meerjarige afspraken met budgetafspraken wordt hierdoor nog niet benut. Zoals hiervoor aangegeven, biedt de definitieve kaderbrief Wlz 2026 een meerjarige doorkijk voor de periode 2027–2030¹⁷⁹. Er is ook geen sprake van dat de effecten van meerjarig contracteren zijn meegenomen in de tarieven voor 2026. Deze zijn gebaseerd op recente kostprijsonderzoeken van de NZa, die zijn uitgevoerd op basis van gegevens over het jaar 2022.

Vraag 487

Kunt u de logica uitleggen achter het enerzijds verhogen van de tarieven voor de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg met € 152 miljoen op basis van kostenonderzoek door de NZa, en het

¹⁷⁸ Centraal Planbureau, «Analyse coalitieakkoord 2022–2025», januari 2022.

¹⁷⁹ Kamerstukken II, 2025–2026, 34 104, nr. 450.

tegelijkertijd vasthouden aan bezuinigingen vanaf 2027, die deze verhoging weer volledig teniet doen? Hoe ziet het meerjarig financieel perspectief voor de verschillende deelsectoren binnen de langdurige zorg er precies uit, rekening houdend met alle stijgingen en dalingen?

Antwoord

Ja. De systematiek in de Wlz is erop gericht dat de NZa tenminste redelijkerwijs kostendekkende tarieven vaststelt. De NZa heeft in haar recente kostenonderzoeken geconcludeerd dat haar maximumtarieven moesten worden aangepast. Dit heeft per 2026 geleid tot de genoemde verhoging van de tarieven voor de gehandicaptenzorg en langdurige GGZ met € 152 miljoen. Deze verhoging kwam bovenop een eerdere verhoging van de tarieven voor de gehandicaptenzorg met € 168 miljoen die reeds vanaf 2025 is doorgevoerd. De NZa heeft haar kostenonderzoeken uitgevoerd over het jaar 2022. Ten opzichte van de bedrijfsvoering in 2022 zijn er verbeteringen mogelijk in de bedrijfsvoering. De tariefmaatregelen op het terrein van Wlz-behandeling, meerjarenafspraken en digitalisering zijn gericht op het vergroten van de doelmatigheid in de zorgverlening en daarmee het verlagen van de kosten van zorgaanbieders. Dat geeft de basis voor de tariefmaatregelen vanaf 2027.

Het meerjarig perspectief voor de verschillende sectoren binnen de langdurige zorg is opgenomen in onderstaande tabel. Het betreft hierbij bedragen in prijspeil 2025 en per sector het totaal aan uitgaven aan zorg in natura en persoonsgebonden budgetten (pgb). Hierbij is rekening gehouden met de groeiruimte vanaf 2026 op grond van de meest recente middellangetermijnraming (MLT) van het Centraal Planbureau. De jaarlijkse compensatie voor loon- en prijsontwikkelingen komt hier op grond van de gebruikelijke systematiek nog bovenop.

Voor de ouderenzorg nemen de uitgaven – rekening houdend met alle stijgingen en dalingen – toe van afgerond € 20,7 miljard in 2025 tot € 23,8 miljard in 2030; de uitgaven gehandicaptenzorg stijgen in deze periode van € 14,1 miljard naar € 16,2 miljard en de uitgaven aan langdurige GGZ van € 2,7 miljard naar € 3,1 miljard.

bedragen x € 1 miljard	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Ouderenzorg	20.689	21.491	21.940	22.575	23.181	23.814
Gehandicaptenzorg	14.131	14.784	15.034	15.430	15.851	16.246
Langdurige ggz	2.740	2.877	2.922	2.977	3.038	3.093

Vraag 488

Zijn de tarieven voor de gehandicaptenzorg en GGZ kostendekkend na de verhoging van de tarieven op basis van het kostenonderzoek van de NZa?

Antwoord

Ja, de tarieven die de NZa op grond van het kostenonderzoek heeft vastgesteld voor de gehandicaptenzorg en langdurige GGZ zijn tenminste redelijkerwijs kostendekkend.

Vraag 489

Welk richttariefpercentage hanteren de zorgkantoren voor 2026 voor de gehandicaptenzorg respectievelijk de GGZ en hoeveel wijkt dat af van het richttariefpercentage in 2025?

Antwoord

De zorgkantoren hanteren voor de gehandicaptenzorg in 2026 een richttariefpercentage van 96,6 procent. Dat wijkt 1,2 procent af van het richttariefpercentage in 2025 (97,8 procent). De zorgkantoren hanteren voor de langdurige GGZ in 2026 een richttariefpercentage van 96,9

procent. Dat wijkt 0,2 procent af van het richttariefpercentage in 2025 (97,1 procent).

Vraag 490

Welke bedragen krijgen de gehandicaptenzorg respectievelijk de GGZ in 2026 minder door het toegepaste richttariefpercentage (zowel ten opzichte van 2025 als in totaal door toepassing van het richttariefpercentage)?

Antwoord

De lagere richttariefpercentages voor de gehandicaptenzorg en de langdurige GGZ in 2026 leiden er ten opzichte van 2025 *niet* toe dat zorgaanbieders in deze sectoren een lager bedrag ontvangen voor de geleverde zorg. Tegenover de lagere richttariefpercentages staan namelijk grotere «plussen» op grond van de kostprijsonderzoeken van de NZa (gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en normatieve huisvestingscomponent). Het saldo hiervan ten opzichte van 2025 is voor beide sectoren in 2026 positief. De gehandicaptenzorg ontvangt ook met het lagere richttarief per saldo € 145 miljoen hogere tarieven ten opzichte van 2025. De langdurige GGZ ontvangt ook met het lagere richttarief per saldo € 65 miljoen extra ten opzichte van 2025.

Vraag 491

Duiken de recent op basis van kostenonderzoek opnieuw vastgestelde tarieven door deze korting middels het richttariefpercentage onder de kostprijzen?

Antwoord

Nee. De tarieven die de NZa heeft vastgesteld zijn tenminste redelijkerwijs kostendeckend. De kortingspercentages van de zorgkantoren zijn afgestemd op een doelmatige zorginkoop waarbij 75 procent van de zorgaanbieders en 75 procent van de omzet met een positief resultaat wordt gerealiseerd. Hierbij worden ook de financieringsbaten en -lasten meegenomen. De berekeningssystematiek die de zorgkantoren hanteren voor de richttariefpercentages sluit aan bij een rechterlijke uitspraak uit 2024 over het bieden van reële prijzen aan zorgaanbieders die op een transparante wijze zijn onderbouwd.

Vraag 492

Hoe verhoudt het vanaf 2027 doorvoeren van de Wlz-kortingen «maatregel behandeling» en «maatregel meerjarenafspraken» zich tot de recent op basis van actueel kostenonderzoek vastgestelde tarieven voor de gehandicaptenzorg? Komen de tarieven door deze kortingen onder de berekende kostprijs?

Antwoord

De maatregelen op het terrein van «Wlz-behandeling» en «meerjarenafspraken» zijn gericht op het vergroten van de doelmatigheid in de zorgverlening.

Het doorvoeren van deze kortingen vanaf 2027 betekent overigens niet dat de tarieven voor de gehandicaptenzorg per saldo dalen ten opzichte van 2024. Regel 10 van bijgaande tabel laat zien dat het saldo voor de gehandicaptenzorg – ook rekening houdend met de tariefmaatregelen – in de jaren 2027–2031 positief is. De extra middelen per 2031 bedragen nog steeds € 145 miljoen structureel. Dit zijn de bedragen exclusief groei-ruimte en exclusief loon- en prijsbijstelling.

Tabel: Financiële ontwikkelingen tarieven gehandicaptenzorg ten opzichte van basisjaar 2024*)

Bedragen in mln euro	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Aanpassing NZa-tarieven gehandicaptenzorg:							
1 NZa kostenonderzoek GHZ 2025**)	128	128	128	128	128	128	128
2 NZa kostenonderzoek GHZ 2026		112	112	112	112	112	112
3 NZa kostenonderzoek NHC 2026		140	140	140	140	140	140
4 NZa kostenonderzoek LVHC 2026		13	10	13	13	13	13
5 Meerjarig contracteren met budgetafspraken			-52	-52	-52	-52	-52
6 Wlz-behandeling			-88	-88	-88	-88	-88
7 Opschaling digitale zorg			-18	-44	-73	-99	-108
8 Subtotaal NZa-tarieven	128	393	232	209	180	154	145
9 Richttariefpercentage zorgkantoren	80	-40	nmb	nmb	nmb	nmb	nmb
10 Saldo tarieven (8+9)	208	353	232	209	180	154	145

*) Exclusief de jaarlijkse loon- en prijsbijstelling

**) Na aftrek van de tijdelijke middelen voor VG7 ad € 40 miljoen die in 2024 al beschikbaar waren

Vraag 493

Welk beleid worden aanbieders van gehandicaptenzorg geacht te voeren om deze kortingen te realiseren, met andere woorden: wat moeten zij anders of niet meer doen?

Antwoord

Het beleid in de gehandicaptenzorg is erop gericht om de zorg toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden. Dat betekent dat zorgaanbieders hun bedrijfsvoering doelmatig moeten organiseren. Hiervoor zijn drie maatregelen van belang. De maatregelen meerjarig contracteren en behandeling zijn becijferd in Zorgkeuzes in Kaart en gevalideerd door het Centraal Planbureau.¹⁸⁰ Hieronder wordt hetgeen daar is opgenomen nader toegelicht.

De maatregel meerjarig contracteren met budgetafspraken, gecombineerd met een meerjarige contracteerruimte, biedt zorgaanbieders meer financiële zekerheid en daarmee de ruimte om hun zorg anders te organiseren tegen lagere kosten. Meerjarige contracten met budgetafspraken zijn een middel voor zorgkantoren en zorgaanbieders om langere termijnafspraken te maken over de ontwikkeling van de zorg. Meerjarige contracten geven financiële zekerheid om te investeren in kwaliteit en toegankelijkheid en om personeel te binden.

Minder onzekerheid over de omvang van het meerjarige budget kan er bijvoorbeeld toe leiden dat vast personeel wordt aangetrokken in plaats van (duurdere) externe krachten. Ook kan meerjarige zekerheid ertoe leiden dat instellingen goedkoper kunnen lenen en banken eerder bereid zijn om geld te verstrekken. Tot slot leiden meerjarige contracten tot lagere administratieve lasten.

Op het terrein van Wlz-behandeling is verondersteld dat er mogelijkheden voor meer doelmatigheid zijn in de doorrekening. Vergeleken met de kosten van algemene behandeling van Wlz-cliënten via de Zvw liggen de kosten in de Wlz namelijk € 0,5 miljard hoger. Door de inzet van passende behandeling kunnen zorgaanbieders een deel daarvan besparen op de inzet van zorgpersoneel, hetgeen van groot belang is in het licht van de krappe arbeidsmarkt en het betaalbaar houden van de zorg. Over deze maatregel zijn met de sector specifieke alternatieve afspraken gemaakt. De korting is in de gehandicaptenzorg voor 2027 en verder nog in de begroting opgenomen.

De maatregel opschaling digitale zorg tot slot is erop gericht om bedrijfsvoeringsprocessen efficiënter in te richten. Ook deze maatregel via onder meer lagere administratieve lasten leiden tot besparingen op de inzet van

¹⁸⁰ Centraal Planbureau, «Analyse coalitieakkoord 2022–2025», januari 2022.

(zorg)personeel. Tijdens de transitiefase van deze maatregelen zijn er extra middelen beschikbaar om de zorgaanbieders te ondersteunen.

Vraag 494

Betekent tabel 8 dat voor de huidige groep cliënten met zorg in natura in 2030 in reële termen ruim € 1,2 miljard minder beschikbaar is dan in 2026, aangezien tabel 8 met ingang van 2027 een dalende reeks laat zien voor zorg in natura binnen de contracteerruimte, en de reeks nominaal en onverdeeld Wlz in dezelfde tabel bestemd is voor de groei van het aantal cliënten, de toenemende zorgzwaarte en het compenseren van de inflatie?

Antwoord

Tabel 8 in de ontwerpbegroting 2026 laat de ontwikkeling van de Wlz-uitgaven voor zorg in natura en persoonsgebonden budgetten per sector (ouderenzorg, gehandicaptenzorg en langdurige GGZ) zien, waarbij de maatregelen meerjarig in de kaders zijn verwerkt, maar de volumegroei vanaf 2027 nog niet. In onderstaande tabel is voor de zorg in natura ook de groei ruimte vanaf 2027 in beeld gebracht. De tabel laat op regel 5 zien dat in reële termen het beschikbare bedrag voor de huidige groep cliënten met zorg in natura in 2030 met € 109.800 per cliënt afgerond € 1.700 hoger ligt dan het bedrag in 2026 (€ 108.100 per cliënt). Dit betreft bedragen in loon- en prijspeil 2025. Deze zullen daarnaast dus nog worden geïndexeerd op grond van loon- en prijsontwikkelingen.

Het gemiddelde bedrag per cliënt met zorg in natura is als volgt berekend:

- Regel 2 bevat de voorlopige groei ruimte op basis van de meest recente middellange termijnraming (MLT) van het Centraal Planbureau. Dit betreft het aandeel van zorg in natura in de groei ruimte (dus exclusief de groei ruimte voor persoonsgebonden budgetten en overige Wlz-uitgaven).
- Regel 3 laat zien dat het beschikbare bedrag voor zorg in natura in de begroting toeneemt van afgerond € 35,3 miljard in 2026 tot € 38,7 miljard in 2030.
- Regel 4 bevat de ontwikkeling van het aantal cliënten met zorg in natura op grond van de demografische ontwikkelingen in de MLT. Dit neemt met ruim 1,9% per jaar toe van 321 duizend cliënten op peilmoment 1 juli 2025¹⁸¹ naar 353 duizend cliënten in 2030.
- Regel 5 berekent het gemiddelde bedrag per cliënt per jaar als quotiënt van het beschikbaar bedrag op regel 3 en het aantal cliënten op regel 4.

Bedragen in prijspeil 2025	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1 Zorg in natura (x 1 € mln)	33.728	35.302	34.792	34.576	34.318	34.074
2 Groei ruimte 2027 e.v. (x 1 € mln)			1.133	2.297	3.486	4.666
3 Zorg in natura totaal : 1 + 2 (x 1 € mln)	33.728	35.302	35.925	36.873	37.805	38.740
4 Aantal cliënten obv demo x 1.000	321	327	333	339	346	353
5 Bedrag per cliënt (3 delen door 4)	€ 105.200	€ 108.100	€ 107.900	€ 108.600	€ 109.300	€ 109.800

Vraag 495

Waarom wordt de envelop ouderenzorg uitgegeven?

Antwoord

Bijgaande tabel geeft een overzicht van de benutting van de enveloppe voor betere ouderenzorg op de Aanvullende Post bij het Ministerie van Financiën. De bedragen zijn hierbij afgerond op miljoenen euro.

¹⁸¹ Bron: Uitvoeringsinformatie iWlz van Zorginstituut Nederland, peilmoment 1 juli 2025.

Bedragen x € 1 miljoen	2026	2027	2028	2029	2030
Enveloppe ouderenzorg HLA		600	600	600	600
LPO tranche 2025		28	28	28	28
Kasschuif t.b.v. HLO	281	-171	-92	-18	
Inzet HLO	-281	-229	-148	-41	
Tariefmaatregelen Wlz (motie Dobbe/Westerveld)		-65			
Inzet voor intensivering LVHC		-4	-8	-8	-8
Gedeeltelijke vrijval enveloppe		-150	-150	-150	-150
Kasschuif			91	-91	
Huidige reservering Aanvullende Post		8	321	320	470

In het Hoofdlijnenakkoord (HLA) is vanaf 2027 structureel € 600 miljoen beschikbaar gesteld voor investeringen in verzorgings- en verpleeghuisplekken. Met de toevoeging van de loon- en prijsbijstelling over 2025 kwam aanvullend structureel € 27,8 miljoen beschikbaar. Een deel van de envelop is inmiddels tijdelijk ingezet voor afspraken in het Hoofdlijnenakkoord ouderenzorg (HLO). In de jaren 2027–2029 gaat het om respectievelijk € 229 miljoen, € 148 miljoen en € 41 miljoen. Omdat de financiële afspraken in het HLO al per 2026 ingaan is een deel van de middelen naar 2026 geschoven (€ 171 miljoen euro vanuit 2027, € 92 miljoen euro vanuit 2028 en € 18 miljoen vanuit 2029).

Daarnaast wordt er in 2027 65 miljoen euro ingezet ter (intertemporele) dekking van de motie Dobbe en Westerveld¹⁸² om de tariefmaatregel meerjarig contracteren in de gehandicaptenzorg en de langdurige GGZ voor 2026 niet in te laten gaan. Ook wordt er 4,4 miljoen euro in 2027 en vanaf 2028 structureel € 7,7 miljoen ingezet voor het toevoegen van twee doelgroepen in de aanspraak op gespecialiseerde langdurige zorg (traject «laag volume hoog complex» (LVHC)). Ter dekking van structurele problematiek op de Rijksbegroting wordt structureel 150 miljoen euro vanaf 2027 ingezet.

Als laatste vindt er een kasschuif plaats van € 91 miljoen van 2029 naar 2028 om andere kasschuiven op de VWS-begroting mogelijk te maken zonder het saldo in deze jaren te belasten. Er resteert nu een structureel bedrag van € 470 miljoen dat is gereserveerd voor de realisatie van moderne verzorgingshuizen, zoals toegelicht in de brief van de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg over vergrijzing en het integrale ouderenbeleid.¹⁸³ Op dit moment wordt uitgewerkt hoe het op termijn introduceren van de moderne verzorgingshuizen vorm kan krijgen.

Vraag 496

Hoeveel kost het om brillen voor kinderen op te nemen in het basispakket?

Antwoord

Op dit moment worden alleen brillenglazen voor kinderen met specifieke medische afwijkingen vergoed vanuit het basispakket.

Ik heb het Zorginstituut gevraagd om inzichtelijk te maken wat de kosten zouden zijn als de aanspraak wordt uitgebreid. De geschatte kosten voor het uitbreiden van de aanspraak naar alle kinderbrillen liggen tussen de € 72 miljoen en € 160 miljoen per jaar, uitgaande van één bril per kind per jaar.

Wanneer de huidige eigen bijdrage van € 64 per glas en maximaal € 128 per bril gehandhaafd blijft, worden de totale kosten voor de uitbreiding

¹⁸² Kamerstukken II, 2024–2025, 36 725 XVI, nr. 18.

¹⁸³ Kamerstukken II, 2025–2026, 29 389, nr. 158c.

van de aanspraak op kinderbrillen in het basispakket geraamd op tussen de € 3,3 miljoen en € 91,4 miljoen per jaar.

Vraag 497

Klopt het dat vanaf 2026 alle gelden rond pandemische paraatheid voor de GGD-en komen te vervallen? Kan worden toegelicht waarom deze keuze gemaakt is? Wat betekent dit voor de opschaalbaarheid indien zich een nieuwe pandemie voordoet?

Antwoord

Dit klopt niet. Voor de versterkingen van de GGD'en is incidentele dekking gevonden t/m 2028. Hierover heeft mijn voorganger u op 3 juli jl. per brief geïnformeerd.¹⁸⁴

Vraag 498

Kunt u aangeven hoe de zorg voor mensen met post-covid en q-koorts na 2027 is geregeld?

Antwoord

In de begroting is een structurele reeks opgenomen van 2,44 miljoen euro voor het borgen van kennis, onder andere over nazorg voor patiënten met Q-koorts en post-COVID. Het is belangrijk dat patiënten met post-COVID, Q-koorts vermoeidheidssyndroom (QVS) en andere postinfectieuze aandoeningen zo snel mogelijk terecht kunnen in de reguliere structuren van zorg en welzijn. Daar bestaan instellingen wiens taak het is om deze mensen te behandelen alsook te ondersteunen. De huidige initiatieven (post-COVID expertisecentra, Q-koortsambassadeur en post-COVID onderzoeksprogramma) zijn ook nadrukkelijk gericht op het inbedden van deze patiënten in de reguliere zorg en ondersteuning, zodat zij direct goed geholpen worden.

Vraag 499

Hoeveel mentale gezondheidscentra zijn er in het land? Hoeveel zijn er sinds het IZA opgericht? Is er sprake van een landelijk dekkend netwerk?

Antwoord

Er wordt toegewerkt naar een landelijk dekkend netwerken van Mentale Gezondheidsnetwerken. In alle IZA regio's zijn mentale gezondheidsnetwerken (MGN) in oprichting, 42 in totaal. Hiervoor worden in alle regio's transformatieplannen ingediend. In samenwerking met de brancheorganisaties, het Zorginstituut en de NZa zijn de afgelopen maanden verschillende maatregelen getroffen om de ontwikkeling van de mentale Gezondheidsnetwerken te versnellen. Het streven is dat alle 42 plannen voor het einde van dit jaar zijn goedgekeurd, waarna de fase komt waarin alle goedgekeurde plannen in de praktijk moeten worden gebracht.

Vraag 500

Wat valt er onder de definitie cruciale GGZ?

Antwoord

De werkdefinitie van cruciale GGZ die in de regio's wordt gebruikt bij het in kaart brengen van zorgvraag en de cruciale zorgnetwerken is: «GGZ met een hoge logistiek (zorgaanbod) en een inhoudelijke (zorgvraag) complexiteit, waarbij cliënten/patiënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen wanneer deze zorg (tijdelijk) niet meer beschikbaar is.» Cruciale GGZ gaat dus om de zorgvraag van mensen die ernstig lijden, die niet in hokjes te stoppen zijn of een vastomlijnd aanbod volgen. Mensen lijden niet alleen aan een psychische aandoening, maar vaak meerdere

¹⁸⁴ Kamerstukken II 2024/25, 30 821, nr. 303.

aandoeningen of aan een combinatie van psychisch lijden en andere problematiek, zoals schulden, gebrek aan huisvesting of eenzaamheid.

Ook kent de zorg voor deze patiënten vaak een onvoorspelbaar beloop. Welk zorgaanbod cruciaal is, kan per regio verschillen, omdat de zorgvraag ook per regio verschilt. Er zijn wel zes clusters van zorgaanbod die tot cruciale GGZ kunnen worden gerekend: acute zorg, outreachende zorg, klinische zorg, beveiligde zorg, hoogspecialistische zorg vanuit de GGZ en hoogspecialistische zorg vanuit het ziekenhuis.

Vraag 501

Hoeveel cruciale GGZ-instellingen zijn er in Nederland? Hoeveel zijn er de afgelopen vijf jaar gesloten?

Antwoord

Voor mensen met een hoog-complexe zorgvraag moet voldoende, passend zorgaanbod zijn: cruciale GGZ. Uitgangspunt is dat de zorgvraag leidend is. Elke regio legt op grond van de zorgvraag en regionale wachtlijsten de puzzel over welk aanbod nodig is. Elke regio stelt vast wat het aanbod cruciale GGZ betreft. Er bestaan daarmee feitelijk geen «cruciale GGZ-instellingen». Tegelijkertijd heb ik wel bestuurlijke afspraken gemaakt die bijdragen aan borging van cruciale GGZ:

- Voor inkoopjaar 2025 en 2026 hebben landelijke GGZ-partijen afgesproken dat er geen cruciaal GGZ aanbod verdwijnt om financiële redenen.
- Voor de acute GGZ (HIC en IHT) doet de NZa onderzoek naar budgettekortstelling voor de volledige High & Intensive Care en Intensive Home treatment. Dit zijn onderdelen van de acute GGZ.

Mocht er sluiting van een zorginstelling plaatsvinden vanwege financiële redenen, waarbij de continuïteit van zorg voor patiënten en/of cliënten in het geding is, dan geldt het continuïteitsbeleid.¹⁸⁵

Vraag 502

Is de in 2025 via amendement toegekende € 750.000 voor het «Uniek Sporten Centraal Loket» in 2026 en 2027 gecontinueerd? Zo ja, waar is dit in de begroting terug te vinden?

Antwoord

Het amendement stelt voor om in 2025 extra € 750.000 vrij te maken voor het centrale loket voor sporthulpmiddelen. Dit gaat dus om een eenmalige toekenning. Daarnaast gaat het amendement in op de vraag of ook in 2026 en 2027 het centrale loket versterkt kan worden. Momenteel wordt onderzocht wat de mogelijkheden zijn om hetzelfde bedrag in 2026 en 2027 beschikbaar te stellen.

Vraag 503

Hoe wordt het totaalbudget van het Nationaal Actieplan Dakloosheid verdeelt, wetende dat € 55 miljoen naar gemeenten gaat? Hoe wordt de overige € 10 miljoen verdeeld? Hoeveel van deze middelen worden aan preventie besteed en hoeveel worden aan woonplekken voor dak- en thuisloze mensen besteed?

Antwoord

Vanaf 2022 is structureel € 65 miljoen extra beschikbaar gesteld voor de aanpak van dakloosheid. Er is structureel € 55 miljoen toegevoegd aan de decentralisatie uitkering Nationaal Actieplan Dakloosheid (voor centrum-gemeenten). Daarnaast is er van de overige € 10 miljoen vanaf 2026

¹⁸⁵ Kamerstukken II 2019–2020 31 016, nr. 288

structureel € 8 miljoen onderdeel van de VWS-begroting ten behoeve van de aanpak van dakloosheid. Hiervan wordt voor € 3 miljoen wordt gewerkt aan de transitie naar Preventie en Wonen Eerst, het verbeteren van de monitoring dakloosheid (ETHOS tellingen) en het aanjagen van de beweging in regio's door middel van subsidies aan o.a. Housing First Nederland, Platform Sociaal Domein en Valente. Daarnaast wordt vanuit het Ministerie van VWS het samenwerkingsverband Dakloosheid Voorbij! gefinancierd en wordt ingezet op het ontwikkelen van kennis over verschillende woonvormen voor (ex)dakloze mensen. Daarnaast wordt er vanaf 2026 t/m 2028 € 5 miljoen ingezet ten behoeve van de Pilot dakloze EU-burgers. De Pilot dakloze EU-burgers wordt vanaf 2026 uitgebreid en medegefinancierd door SZW met jaarlijks € 8 miljoen. In totaal is voor deze pilot jaarlijks € 13 miljoen beschikbaar voor de jaren 2026, 2027 en 2028. De resterende € 2 miljoen is niet meer beschikbaar voor het Nationaal Actieplan Dakloosheid en ingezet ten behoeve van bredere Wmo doeleinden.

Vraag 504

Waarom wordt er in 2026 door u € 2 miljoen minder besteed aan de aanpak dakloze EU-burgers? Waar wordt deze € 2 miljoen in 2026 aan besteed?

Antwoord

In 2023 t/m 2025 was vanuit VWS € 7 miljoen per jaar beschikbaar voor 6 pilotgemeenten voor de opvang van dakloze EU migranten. Vanaf 2026 wordt de pilot uitgebreid naar 19 gemeenten/regio's. Omdat dakloosheid van EU-burgers meerdere oorzaken kent, is besloten om vanuit meerdere ministeries een bijdrage te doen voor de financiering van deze pilot. Om die reden wordt vanaf 2026 de pilot gezamenlijk gefinancierd: voor de jaren 2026 t/m 2028 zal vanuit de VWS-middelen dakloosheid € 5 miljoen en vanuit SZW € 8 miljoen worden toegekend aan de voortzetting en uitbreiding van deze pilot. De resterende € 2 miljoen is niet meer beschikbaar voor het Nationaal Actieplan Dakloosheid en ingezet ten behoeve van bredere Wmo doeleinden.

Vraag 505

Wordt er in 2026 of de jaren erna bezuinigd op het Nationaal Actieplan Dakloosheid of blijft het de hele periode van 2026 t/m 2030 € 65 miljoen per jaar? Als er wel bezuinigd wordt, hoeveel en op wat?

Antwoord

Vanaf 2022 is structureel € 65 miljoen extra beschikbaar gesteld voor de aanpak van dakloosheid. Er is structureel € 55 miljoen toegevoegd aan de decentralisatie uitkering Nationaal Actieplan Dakloosheid (voor centrumgemeenten). De middelen komen boven op de € 385 miljoen (excl. indexatie via het accres) die via de decentralisatie uitkering Maatschappelijke Opvang aan 44 centrumgemeenten wordt verstrekt. Gemeenten ontvangen via decentralisatie uitkeringen dus € 440 miljoen in totaal (excl. indexatie via het accres). Deze middelen zijn structureel beschikbaar voor de aanpak van dakloosheid. Daarnaast is er van de overige € 10 miljoen vanaf 2026 € 2 miljoen aangewend voor andere Wmo doeleinden en € 8 miljoen onderdeel van de VWS-begroting ten behoeve van de aanpak van dakloosheid. Voor € 3 miljoen wordt gewerkt aan de transitie naar Preventie en Wonen Eerst, het verbeteren van de monitoring dakloosheid (ETHOS tellingen) en het aanjagen van de beweging in regio's door middel van subsidies aan o.a. Housing First Nederland, Platform Sociaal Domein en Valente. Daarnaast wordt vanuit het Ministerie van VWS het samenwerkingsverband Dakloosheid Voorbij! gefinancierd en wordt ingezet op het ontwikkelen van kennis over verschillende woonvormen voor (ex)dakloze mensen. Daarnaast wordt er vanaf 2026 t/m 2028

€ 5 miljoen ingezet ten behoeve van de Pilot dakloze EU-burgers. De Pilot dakloze EU-burgers wordt vanaf 2026 uitgebreid en medegefinancierd door SZW met jaarlijks € 8 miljoen. In totaal is voor deze pilot jaarlijks € 13 miljoen beschikbaar voor de jaren 2026, 2027 en 2028. Er is derhalve geen sprake van een bezuiniging op het Nationaal Actieplan Dakloosheid.

Vraag 506

Waar zijn de extra middelen voor de opvang van dakloze EU-burgers (€ 13 miljoen per jaar), die per 1 januari 2026 zouden worden besteed, te vinden op de begroting?

Antwoord

Voor de jaren 2026 t/m 2028 zal vanuit de VWS-middelen die beschikbaar zijn voor de aanpak van dakloosheid € 5 miljoen en vanuit SZW € 8 miljoen worden toegekend aan de voortzetting en uitbreiding van deze pilot. De € 5 miljoen die VWS besteedt, is te vinden op artikel 3 en de SZW-middelen staan op de SZW-begroting op artikel 99.

Vraag 507

Waarom is in de Strategische Beleidsagenda met betrekking tot de evaluatie van het persoonsgebonden budget (PGB) slechts één onderzoek opgenomen, wetende dat veel mensen met één van de vier soorten PGB zorg inkopen en meer onderzoek naar de evaluatie hiervan dus van meerwaarde kan zijn?

Antwoord

Het klopt dat in de door u aangehaalde agenda alleen een onderzoek staat over het persoonsgebonden budget in de Wlz. Ik heb hiervoor gekozen omdat het Wlz-pgb de grootste en snelst groeiende variant is van het pgb. Daarbij verwacht ik dat ik op basis van dit verkennende onderzoek duidelijk wordt hoe de verschillende soorten pgb elkaar beïnvloeden. Ook wil ik uit het onderzoek naar de Wlz lessen trekken die ik kan toepassen op het pgb in andere domeinen. Deze lessen worden dan voor nader onderzoek in de SEA geformuleerd. De resultaten van deze verbredingslag zullen onderdeel vormen van de geactualiseerde SEA in de eerstkomende begroting. Daarnaast heeft mijn voorganger afgesproken dat het besluit, om de hoogte van het pgb-Wlz verplicht af te stemmen op een passende zorginzet, wordt geëvalueerd. Het besluit is inwerking getreden op 1 januari 2025 en zal al in 2026 worden geëvalueerd. Dit levert eerste beelden op van de implementatie van dit besluit.

Vraag 508

Hoeveel mensen hebben momenteel geen vaste huisarts?

Antwoord

Op basis van bestaande onderzoeken, onder andere van het NIVEL, heeft de Algemene Rekenkamer geconcludeerd dat er tussen de 45.000 en 194.000 mensen zonder huisarts zijn¹⁸⁶. Deze groep mensen staat (ongewenst) niet ingeschreven bij een huisartsenpraktijk.

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal mensen dat wel bij een praktijk staat ingeschreven, maar daar geen vaste huisarts of vast team van zorgverleners heeft.

¹⁸⁶ <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2025/04/02/focus-op-huisartsentekort>