

2026Z06771

(ingezonden 1 april 2026)

Vragen van het lid Bushoff (GroenLinks-PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het stopzetten van Q- en C-support.

Bent u bekend met de zorgen die leven naar aanleiding van de bekendmaking van het vervroegd stopzetten van Q- en C-support per 2027?[1]

Wat betekent de stopzetting per 2027 voor de naar schatting 400.000 mensen met post-COVID, waarvan 100.000 ernstig getroffen?

Deelt u de lezing dat nog steeds veel patiënten vastlopen, aangezien ook nu nog maandelijks 150 nieuwe patiënten zich melden naast de ruim 34.000 patiënten die al in beeld zijn bij C-support?

Waar kunnen deze patiënten wat u betreft terecht na het stopzetten van Q- en C-support als de reguliere zorg op dat moment nog niet genoeg kennis en expertise heeft om hen voldoende en passend te ondersteunen?

Deelt u de zorg dat het vroegtijdig stopzetten van Q- en C-support kan leiden tot langdurige uitval bij patiënten, hogere WIA-instroom en een hogere zorgconsumptie, en dat het risico hierop kleiner is als de kennis beter is ingebed in de reguliere zorg?

Deelt u de opvatting dat Q- en C-support een uniek overzicht van de aard, ernst en impact van postinfectieuze aandoeningen als post-COVID heeft en dat waardevolle kennis mogelijk verloren gaat als de organisaties worden afgebouwd op het moment dat deze kennis op andere plekken nog onvoldoende in huis is?

Bent u ermee bekend dat zorgmedewerkers, gemeenten, bedrijfs- en verzekeringsartsen, UWV en werkgevers aangeven dat zij zonder de ondersteuning van Q- en C-support op dit moment nog onvoldoende kennis en handelingsperspectief hebben om patiënten zelfstandig en verantwoord te helpen?

Erkent u dat de bekendheid van post-COVID onder deze groepen daarmee beter moet en nog niet voldoende op orde is? Zo nee, kunt u dit nader onderbouwen?

Zou C-support wat u betreft een rol moeten of kunnen spelen in het vergroten van die bekendheid? Zo ja, waarom wel? Zo nee, waarom niet?

Deelt u de opvatting dat de doelstellingen van Q- en C-support pas zijn behaald als de kennis over postinfectieuze aandoeningen als post-COVID voldoende is geborgd op andere plekken, waarmee de organisatie zichzelf in feite overbodig zou hebben gemaakt?

Waarom is de eerder besproken transitieperiode van drie jaar, die juist was bedoeld om kennis zorgvuldig over te dragen aan het reguliere veld en de ondersteuning van patiënten geleidelijk af

te kunnen bouwen, nu verkort tot slechts één jaar?

Bent u bereid oplossingsrichtingen te verkennen waarbij Q- en C-support meer tijd krijgen om de bekendheid van postinfectieuze aandoeningen als post-COVID bij patiënten, (bedrijfs)artsen, gemeenten en uitvoeringsorganisaties te vergroten, zodat het reguliere veld voldoende is voorbereid op zelfstandige ondersteuning op het moment dat de organisaties stoppen?

Ziet u het als optie om de waakvlamconstructie bij het RIVM en/of de GGD'en onder te brengen, waarbij Q- en C-support zich voorlopig kunnen blijven focussen op het voorlichten, adviseren en ondersteunen van patiënten, (bedrijfs)artsen, gemeenten en uitvoeringsorganisaties?

[1] AD, 27 maart 2026, 'Zorg voor tienduizenden longcovidpatiënten stopt abrupt, minister trekt stekker uit steunpunt', Zorg voor tienduizenden longcovidpatiënten stopt abrupt, minister trekt stekker uit steunpunt | Binnenland | AD.nl