

Vergaderjaar 2025–2026

36 850 XVI

Wijziging van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2025 (wijziging samenhangende met de Najaarsnota)

Nr. 3

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 15 december 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 8 december 2025 voorgelegd aan de Minister en de Staatssecretarissen van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij brief van 12 december 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,
Sjerp

Vragen en antwoorden

Vraag 1

Hoeveel mensen zijn op dit moment in Nederland onverzekerd? Welke groepen zijn hierin te onderscheiden en hoe groot zijn deze groepen?

Antwoord

Het is niet met zekerheid te zeggen hoeveel onverzekerde personen er in Nederland zijn. De groep onverzekerde mensen bestaat uit verschillende deelgroepen.

Het gaat bij de «subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden» (SOV) kortweg om personen die rechtmatig in Nederland verblijven en die wel of niet verzekeringsplichtig zijn. De verzekeringsplicht bestaat alleen voor ingezetenen van Nederland en mensen die in Nederland aan loonbelasting zijn onderworpen. Zij hebben toegang tot de volksverzekeringen en moeten zich verzekeren voor de Zorgverzekeringswet (Zvw). De groepen die zich in beginsel kunnen (en moeten) verzekeren voor de Zvw zijn onverzekerde dak- en thuisloze ingezetenen van Nederland en werkende arbeidsmigranten. Mensen die zich niet kunnen verzekeren voor de Zvw zijn rechtmatig in Nederland verblijvende migranten die niet aan loonbelasting onderworpen zijn, toeristen en buitenlandse studenten.

Bij de regeling onverzekerbare vreemdelingen gaat het om onrechtmatig verblijvende vreemdelingen of vreemdelingen die in afwachting zijn van de beslissing op een aanvraag, bezwaarschrift of een beroepschrift tot het verlenen van de verblijfsvergunning (en uitzetting achterwege moet blijven).

De volgende gegevens zijn wel bekend. Het CAK stelt dat ongeveer 30% van de zorgkosten van de SOV wordt gemaakt voor mensen met een Nederlandse nationaliteit, ruim 38% van de SOV-kosten wordt gemaakt door mensen vanuit EU-landen, en het overige deel (32%) van de declaraties betreft volgens het CAK mensen van buiten de EU of mensen waarvan het onbekend is waar zij vandaan komen.

Vraag 2

Wat is de laatste stand van zaken rondom de bezuiniging op de subsidie-regeling voor onverzekerden? Hoe zal deze worden ingevuld?

Antwoord

In de brief van 3 juli 2025 (Kamerstuk 36 600 XVI, nr. 197) heeft mijn voorganger aangegeven te onderzoeken welke impact bestaande programma's, zoals het plan van aanpak dakloze EU-burgers, hebben op het verminderen van onverzekerdheid en daarmee op de kosten van de «subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden» (SOV). Ook verken ik welke mogelijke aanvullende maatregelen er zijn. Daarnaast wordt er gewerkt aan korte- en lange termijn maatregelen om de fraude met de SOV aan te pakken. Tot slot is de verwachting dat de nog uit te werken Wet zorgkosten onverzekerden die de SOV en de regeling onverzekerbare vreemdelingen zal vervangen, zal leiden tot een doelmatigere uitvoering. Over de verdere voortgang informeer ik u zoals toegezegd in de tweede voortgangsrapportage die uw Kamer in het eerste kwartaal van 2026 ontvangt.

Vraag 3

Hoeveel onverzekerde mensen maken er naar schatting geen gebruik van zorg, terwijl dit wel nodig is?

Antwoord

Het is niet met zekerheid te zeggen hoeveel onverzekerde personen er in Nederland zijn. De groep onverzekerde mensen bestaat uit verschillende deelgroepen. Ik constateer de laatste jaren een sterke stijging van de zorgkosten die ten laste worden gebracht van de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden en de regeling onverzekerbare vreemdelingen. Dit duidt ook erop dat veel onverzekerde mensen gebruikmaken van de zorg en regelingen steeds meer bekendheid krijgen onder zorgverleners. Tegelijk krijg ik signalen dat onverzekerde mensen terughoudend zijn met het vragen van zorg of dat er om verschillende redenen een drempel tot de zorg is of wordt ervaren. Dit kan soms toch te maken hebben met onbekendheid van de regelingen bij zorgaanbieders, maar ook zeker met de omstandigheden waar onverzekerden mensen soms mee te maken hebben, zoals een taalbarrière en psychische problematiek. De hiervoor genoemde redenen in combinatie met de reeds bestaande druk op de zorg maakt dat de toegang tot de zorg voor onverzekerde mensen soms lastig is.

Vraag 4

Zijn er bezuinigingen verwerkt in deze Najaarsnota en zo ja, welke zijn dit?

Antwoord

De Najaarsnota (en ook de 2^e suppletoire begroting van VWS) bevat uitsluitend mee- en tegenvallers. Er zijn geen bezuinigingen in verwerkt.

Vraag 5

Hoe verhoudt deze onderschrijding zich tot de (overgenomen) aanbevelingen uit het onderzoek naar de onderschrijdingen in de wijkverpleging, waar het ministerie de Kamer in juli over informeerde?

Antwoord

Zoals aangegeven in de betreffende brief (*Kamerstuk* 23 235, nr. 244) van de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg, zijn er verschillende oorzaken van de onderschrijding in het budgettair kader wijkverpleging. Ondanks deze onderschrijding is de wijkverpleging over het algemeen goed toegankelijk. Binnen het integraal zorgakkoord, aanvullend zorg- en welzijnsakkoord en het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg werkt de Staatssecretaris samen met partijen aan een betere organisatie van de wijkverpleging zodat de zorg goed toegankelijk is en blijft voor de mensen die deze nodig hebben. Het budgettair kader wijkverpleging biedt daarvoor voldoende ruimte.

Vraag 6

Hoe verhouden de onderbestedingen in de wijkverpleging zich tot de vraag naar zorg die er wel degelijk is (bijvoorbeeld naar casemanagers dementie) en waarin onvoldoende wordt voorzien?

Antwoord

Casemanagement dementie valt onder de Zorgverzekeringswet en kan al worden ingezet vanaf de «niet-pluifase» van dementie. Uit recent onderzoek van PwC blijkt dat casemanagement niet altijd (tijdig) wordt ingezet.¹

De Staatssecretaris LMZ heeft op 9 december jl. uw Kamer een brief gestuurd over de wijze waarop casemanagement voor iedereen die het nodig heeft beter kan worden georganiseerd. Kamerstuknummer is nog

¹ <https://open.overheid.nl/documenten/63b332d3-2f38-47c5-ae01-61c578c2a4b4/file>

niet bekend, zie ook.² Het budgettair kader wijkverpleging biedt daarvoor voldoende ruimte.

Vraag 7

Waarom vloeien er IZA gelden naar de Rijksoverheid?

Antwoord

Hiermee wordt bedoeld op de middelen vanuit de Regeling specifieke uitkering IZA-doelen 2023–2026³. Voor deze Regeling is voor de jaren 2023 tot en met 2025 jaarlijks een budget beschikbaar voor gemeenten van maximaal € 150 miljoen. Middelen kunnen niet worden meegenomen naar het volgende jaar. Bij vaststelling van de SPUK IZA 2023 bleken minder middelen nodig dan eerder geraamd (€ 25,5 miljoen). Deze middelen vloeien terug naar het Ministerie van VWS als ontvangst.

Vraag 8

Komen meevallers op de begroting VWS, altijd eerst ten gunste van tegenvallers elders op de begroting VWS (de zogenaamde vereveningsregeling) alvorens ze naar andere departementen verdwijnen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord

De begrotingsregels schrijven voor dat elke Minister eerst op zijn eigen begroting meevallers mag inzetten om tegenvallers te dekken. Dit geldt ook voor de Minister van VWS. Een eventuele per saldo meevaller die hierna resteert kan worden ingezet voor problematiek op begrotingen van andere ministeries of vloeit terug naar de schatkist. De Najaarsnota biedt inzicht in dit totaalbeeld van de Rijksbegroting.

Vraag 9

Kan worden toegelicht of de vrijgevallen Covid-middelen worden ingezet voor onderzoek naar long Covid? Zo nee, welke mogelijkheden zijn er om dit alsnog te realiseren?

Antwoord

De covidpandemie is in het verleden gefinancierd met generale middelen. Daarvoor geldt, dat niet bestede middelen dienen terug te vloeien naar de staatskas. De eenmalige vrijval van covid-middelen kan daarom niet voor extra onderzoek in 2026 worden ingezet.

Vraag 10

Kan nader worden toegelicht hoe het kan dat gelden van de «subsidiering medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden» (SOV gelden) voor het CAK lager zijn uitgevallen dan verwacht?

Antwoord

Er zijn twee redenen voor de lagere uitgaven SOV dan verwacht. De eerste reden is dat het CAK meer declaraties niet heeft uitbetaald in verband met vermoedens van fraude. Sinds het rapport van de Nederlandse Arbeidsinspectie en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd is de aanpak fraude in de uitvoering bij het CAK opgeschroefd. Daarnaast is het sinds dit jaar voor veel zorgaanbieders mogelijk om digitaal te declareren bij het CAK via het gebruikelijke declaratiesysteem in de zorg (Vecozo). Dit vraagt bij een deel van de zorgaanbieders nog aanpassingen in de ICT. Zij houden daarom hun declaraties aan in afwachting van de mogelijkheid om bij hen digitaal te declareren.

² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2025/12/09/kamerbrief-over-stand-van-zaken-casemanagement-dementie>

³ *Stcrt.* 2023, 19964.

Vraag 11

Kan nader worden toegelicht waarom er € 27,5 miljoen vrijkomt op de post Covidrechtszaken?

Antwoord

Het betreft verschillende reserveringen voor covidverplichtingen uit het verleden. Deze reserveringen leiden dit jaar niet meer tot betalingen waardoor de middelen bij najaarsnota vrijvallen.

Vraag 12

Uit de vaststelling van SPUK IZA 2023 volgen meer ontvangsten, dit betreft € 25,5 miljoen. Kan er een inhoudelijke toelichting gegeven worden op deze meer ontvangsten?

Antwoord

In de Regeling specifieke uitkering IZA-doelen 2023–2026⁴ is opgenomen dat de mandaatgemeenten maximaal € 150 miljoen per jaar te besteden hebben en geen middelen mogen meenemen naar het volgend kalenderjaar. Gemeenten hebben in 2023 regiobeelden en regioplannen opgesteld en op grond van genoemde SPUK-regeling budget aangevraagd. Daarbij is niet het volledige budget uitgeput. Derhalve is € 25,5 miljoen teruggevorderd door het Ministerie van VWS.

Vraag 13

Hoeveel geld is opgehaald door belastingheffing op gezonde lunches bij werkgevers?

Antwoord

Er is geen data beschikbaar over lunches, al dan niet gezond, verstrekt door werkgevers. Er valt daarom geen inschatting te geven over de opgehaalde belasting.

Vraag 14

Welke ZonMw-onderzoeken zijn vertraagd?

Antwoord

Het gaat hier om meerdere onderzoeken bij ZonMw voor het genoemde totaalbedrag. Dit is niet precies te relateren aan specifieke programma's. Het gaat hier om de algehele financiering van ZonMw die op voorhand hoger werd ingeschat dan de daadwerkelijke uitgaven die we nu zien. Het betreft hier daarmee de aansluiting van de VWS-begroting op de ZonMw onderzoeken. In bijlage 3 van de jaarrekening ZonMw⁵ staat beschreven wat de toekenningen, begrote betalingen en gerealiseerde betalingen zijn per programma.

Vraag 15

Wat is er precies vertraagd bij ZonMw?

Antwoord

Voorafgaand aan de start van een programma wordt een inschatting van de verwachte uitgaven gemaakt. Hierop wordt de uitbetaling van VWS aan ZonMw gebaseerd. Tijdens de uitvoeringsfase van programma's kan het zo zijn dat de uitgaven later dan gepland worden gerealiseerd. Dit kan allerlei oorzaken hebben. Bijvoorbeeld het nog niet openstellen omdat het veld niet volledig inschrijft op een ronde. Dit gebeurt veelal in de opstartfase van een programma.

⁴ Stcrt. 2023, 19964.

⁵ Financieel-Jaarverslag-ZonMw-2024-incl.-controleverklaring.pdf

Vraag 16

Wat gebeurt er met de financiële middelen die niet zijn uitgegeven door vertraging bij ZonMw?

Antwoord

De middelen die per 2^{de} suppletoire begroting zijn vrijgevallen komen ten goede aan de Rijksbegroting.

Vraag 17

Wat gebeurt er met de ontvangsten omtrent Covid van € 157,4 miljoen?

Antwoord

De covidpandemie is in het verleden gefinancierd met generale middelen. Niet bestede middelen vloeien weer terug naar de staatskas.

Vraag 18

Hoeveel kinderen zijn er momenteel met achondroplasie in de leeftijd van 0–15 jaar?

Antwoord

Het Achondroplasie Expertisenetwerk⁶ geeft aan dat ongeveer 1 op de 25.000–30.000 kinderen in Nederland achondroplasie heeft. Het CBS⁷ stelt dat in 2025 circa 2.900.000 kinderen in Nederland leven in de leeftijd van 0 tot 15 jaar. Dat betekent dat er naar schatting tussen de 95 en 116 kinderen met achondroplasie zijn in deze leeftijdsgroep.

Vraag 19

Hoeveel ouders overwegen inmiddels emigratie naar een ander land omdat er in Nederland geen perspectief is op een medicijn dat de groei bij kinderen met achondroplasie positief beïnvloedt en in andere Europese landen wel? Zijn er al ouders uit Nederland vertrokken?

Antwoord

De Minister van VWS heeft hierover geen informatie. De Minister betreurt het dat de leverancier nog geen dossier heeft ingediend en ouders overwegen naar het buitenland te verhuizen. Zoals eerder vermeld⁸ heeft het Zorginstituut inmiddels gesproken met de leverancier. Het is de vraag of het geneesmiddel op dit moment voldoet aan het wettelijke criterium voor pakkettoelating, de Stand van de Wetenschap en Praktijk (SWP), oftewel of het voldoende bewezen effectief is. Het Zorginstituut heeft de leverancier geïnformeerd over de mogelijkheid van een voorwaardelijke toelating (VT). De VT is bedoeld om middelen die niet voldoen aan SWP, maar wel voorzien in een on vervulde behandelbehoefte, tijdelijk toe te laten tot het pakket, onder voorwaarde van aanvullend onderzoek. Overigens is ook een voorwaarde van de VT dat de leverancier het middel aanbiedt voor een sterk verlaagde prijs. Het Zorginstituut heeft laten weten bereid te zijn om samen met de leverancier, patiënten en de beroepsgroep hierover in overleg te gaan. Mochten partijen concluderen dat een VT inderdaad een mogelijkheid is, is het aan de leverancier om een VT-dossier in te dienen. Onderzoek naar de kosteneffectiviteit maakt hier geen onderdeel van uit.⁹

Vraag 20

⁶ <https://achondroplasie-expertise.net/voor-patienten/over-achondroplasie/>

⁷ <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/7461bev/table?ts=1765275787596>

⁸ Kamerstuk 29 477, nr. 954

⁹ Zie voor de dossiervereisten voor een VT-traject: <https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2019/11/12/dossiereisen-aanvraag-voor-voorwaardelijke-toelating-weesgeneesmiddelen>.

Wat moet er in Nederland gebeuren om het goedgekeurde EMA-dossier voor Voxzogo te gebruiken als zogenaamd proefdossier?

Antwoord

Het EMA dossier kan hiervoor niet worden gebruikt. De informatie die nodig is voor vergoeding is niet te vinden in het EMA dossier omdat het EMA niet kijkt naar relatieve effectiviteit (de informatie die nodig is voor vergoeding: hoe goed werkt het middel in verhouding tot de standaardbehandeling in Nederland voor deze patiëntengroep). Het EMA kijkt naar werkzaamheid (ook wel absolute effectiviteit genoemd: heeft het middel een effect, is het middel veilig, en staan de risico's zoals bijwerkingen in verhouding tot de baten).

Vraag 21

Door vertraging in de uitvoering komen de middelen gereserveerd in 2025 voor de sluitende aanpak voor personen met verward gedrag niet geheel tot besteding. Hierdoor valt € 8,1 miljoen op dit budget vrij. Waar zit de vertraging in de uitvoering precies in, wat zijn hier de oorzaken van?

Antwoord

Vanuit de aanpak personen verward/onbegrepen gedrag is geld beschikbaar gesteld voor het programma grip op onbegrip (AGO) van Zonmw. Dit programma is gestart in coronatijd en dit heeft ervoor gezorgd dat er vertraging is opgetreden bij de initiatieven om subsidie aan te vragen. Daarnaast bleken regio's meer tijd nodig te hebben om plannen te maken en geld aan te vragen en zijn de middelen via de actielijnen niet in één keer toegekend maar in kleinere subsidies. Het programma is budgetneutraal verlengd met een jaar, tot en met 2027. De vertraging zorgt op deze wijze niet dat er minder geld beschikbaar is voor het programma.

Vraag 22

Wat zijn de juridische mogelijkheden voor Nederland om Voxzogo toe te laten onder Verordening (EG) 726/2004 (artikel 83) of een nationaal cohortprogramma?

Antwoord

Dit artikel betreft het zogenaamde *compassionate use* programma. Dit programma maakt het mogelijk om geneesmiddelen beschikbaar te stellen die nog niet zijn geregistreerd in Nederland. Dat is niet van toepassing op Voxzogo omdat dit geneesmiddel al is toegelaten tot de gehele Europese markt. Het *compassionate use* programma is bovendien niet gericht op vergoeding van geneesmiddelen vanuit het basispakket. Binnen een *compassionate use* programma is het gebruikelijk dat de leverancier de kosten van het geneesmiddel op zich neemt.

Vraag 23

In hoeverre kan een arts via artikel 3.17 van de Geneesmiddelenwet de levering, het gebruik en/of de vergoeding van Voxzogo voorschrijven voor één individuele patiënt? En voor een specifiek cohort?

Antwoord

Dit betreft de zogenaamde artsenverklaring. De artsenverklaring maakt het mogelijk om een in Nederland ongeregistreerd geneesmiddel te leveren voor een individuele patiënt. Dit is hier niet van toepassing omdat Voxzogo wel geregistreerd is in Nederland. Bovendien staat levering op artsenverklaring los van de vergoeding van het geneesmiddel.

Vraag 24

Wat zijn de mogelijkheden voor het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ) om via parallelimport uit een ander EU-land Voxzogo in te kopen?

Antwoord

Parallelimport van een Europees geregistreerd product moet worden goedgekeurd door het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA). Dit moet worden aangevraagd door de partij die het wil importeren. Hiervoor moet deze partij beschikken over de juiste fabrikantenvergunning. Daarmee draagt deze partij ook de bijkomende verantwoordelijkheden voor het geïmporteerde product. Dit betekent nog niet dat het wordt vergoed in Nederland.

Vraag 25

Het doel van de SOV is het vergoeden van zorgkosten die aanbieders maken voor het verstrekken van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerde (verwarde) personen. Uit de meest recente prognose van het CAK voor de SOV-regeling blijkt dat er € 11,6 miljoen minder nodig is dan vooraf verwacht. Welke oorzaak geeft de prognose van het CAK voor het feit dat er minder mensen gebruik van maken?

Antwoord

Er zijn twee redenen voor de lagere uitgaven SOV dan verwacht. De eerste reden is dat het CAK meer declaraties niet heeft uitbetaald in verband met vermoedens van fraude. Sinds het rapport van de Nederlandse Arbeidsinspectie en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd is de aanpak fraude in de uitvoering bij het CAK aangepakt. Daarnaast is het sinds dit jaar voor veel zorgaanbieders mogelijk om digitaal te declareren bij het CAK via het gebruikelijke declaratiesysteem in de zorg (Vecozo). Dit vraagt bij een deel van de zorgaanbieders nog aanpassingen in de ICT. Zij houden daarom hun declaraties aan in afwachting van de mogelijkheid om bij hen digitaal te declareren.

Vraag 26

Wat wordt gefinancierd van de € 9,3 miljoen voor de Leefstijl Coalitie die is overgeheveld naar de begroting van het Ministerie van EZ?

Antwoord

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn afspraken gemaakt over de inzet op gezond leven en preventie in en vanuit de zorg. Zvw-partijen hebben afgesproken om leefstijl integraal onderdeel te maken van de reguliere zorg voor mensen met een gezondheidsklacht, aandoening of ziekte, naast medicijnen, technologie en andere behandelingen. Om uitvoering te geven aan deze afspraken, en als aanjager van verandering, is een tijdelijke samenwerking van partijen opgericht: de Coalitie Leefstijl in de Zorg. Conform IZA-afpraak heeft VWS middelen vrijgemaakt om bij te dragen aan deze ambitie. In 2025 heeft VWS € 9.3 miljoen beschikbaar gesteld voor de Coalitie Leefstijl in de Zorg.

De Coalitie Leefstijl in de Zorg wordt gecoördineerd door TNO, in nauwe samenwerking met onder andere Patiëntenfederatie Nederland, Universitaire Medische Centra Nederland en Arts en Leefstijl. De Coalitie Leefstijl in de Zorg brengt partijen in korte tijd samen om leefstijlinterventies in de zorg te bevorderen en inzichtelijk te maken. Dit doen zij onder andere door het delen van kennis, het ontwikkelen van tools, en het vergroten van bewustwording bij zowel zorgprofessionals als patiënten. De Coalitie helpt zorgprofessionals en patiënten om daadwerkelijk met leefstijl aan de slag te gaan.

Vraag 27

Welke beleidsmatige oorzaken zijn er voor de verplaatsing van € 73,9 miljoen voor Pallas van het instrument leningen naar het instrument vermogensverschaffing/-onttrekking?

Antwoord

Deze verplaatsing heeft plaatsgevonden om de verhouding tussen eigen vermogen en vreemd vermogen in overeenstemming te brengen met de financieringsbehoefte van NRG PALLAS B.V.

De financieringsverhouding is zo gekozen dat er een balans is tussen de financiële robuustheid van NRG PALLAS en de financiële belangen van de Staat (zie ook pagina 22 van de achtergrondanalyse ten behoeve van de besluitvorming over de PALLAS reactor, Kamerstuk 33 626, nr. 16).

Vraag 28

Wat is het prijseffect voor een fabrikant zoals BioMarin wanneer deze een zogenaamd proefdossier (onderzoeksgeneesmiddel/niet-regulier dossier) indient in plaats van een normale markttoelatingsprocedure?

Antwoord

Het indienen van een proefdossier kan een eerste stap zijn in de vergoedingsprocedure. Uiteindelijk moet de reguliere procedure worden doorlopen. Voor de duidelijkheid, Voxzogo is al toegelaten tot de markt, het wordt alleen niet vergoed vanuit het basispakket.

Vraag 29

Heeft het Ministerie van VWS contact met fabrikanten die binnenkort een concurrerend medicijn op de markt brengen? Zijn deze fabrikanten wel bereid een proefdossier in te dienen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord

Nee, het Ministerie van VWS heeft geen contact met concurrerende leveranciers. Voor zover het ministerie weet zijn er nog geen concurrerende geneesmiddelen toegelaten tot de markt.

Vraag 30

Wat is de rol van de Autoriteit Consument & Markt (ACM) bij het beoordelen van marktmacht door een fabrikant?

Antwoord

De ACM houdt toezicht op misbruik van een economische machtspositie op grond van artikel 24 van de Mededingingswet (en de Europese equivalent daarvan: artikel 102 VWEU). Daarbij geldt dat het hebben van een economische machtspositie in beginsel geen overtreding is; de ACM houdt toezicht op het misbruik van die economische machtspositie¹⁰. Een andere manier om te kijken naar marktmacht is via het concentratietoezicht. Via het concentratietoezicht ziet de ACM erop toe dat bij de overname of fusie van twee ondernemingen geen marktmacht ontstaat.

Vraag 31

Voxzogo is op dit moment het enige medicijn dat de groei bij kinderen met achondroplasie positief beïnvloedt. En het medicijn wordt wel in andere EU landen verkocht. Wat is de rol van de ACM indien een fabrikant zoals BioMarin van een uniek medicijn zoals Voxzogo de markt feitelijk afsluit.

Antwoord

¹⁰ Zie <https://www.acm.nl/nl/concurrentie-en-marktwerking/misbruik-van-economische-machtspositie>.

De ACM speelt geen rol in de keuze van een leverancier om wel of niet toe te treden tot de Nederlandse markt. De ACM kan een leverancier niet dwingen om een vergoedingsdossier in te dienen en zijn geneesmiddel beschikbaar te maken op de Nederlandse markt.

Vraag 32

Een deel van de uitgaven voor 2025 van de Stimuleringsregeling Technologie in Ondersteuning en Zorg (STOZ) vindt niet plaats. Dit komt voornamelijk doordat subsidieaanvragen later binnen zijn gekomen en daardoor ook later beschikt worden. Hierdoor wordt een deel niet in 2025 verleend en valt € 10,5 miljoen vrij. Betekende dit dat aanvragen uit 2025 dan drukken op het budget van 2026 omdat het pas in het nieuwe jaar afgehandeld wordt? Zo ja, om welk totaalbedrag gaat dit? Wordt het budget van de stimuleringsregeling per jaar bepaald?

Antwoord

De STOZ is een meerjarige subsidieregeling waarvan het totale beleidsbudget vooraf is vastgesteld, namelijk 108 miljoen. Voor tranche 2025 klopt het dat het overgrote deel van de subsidieaanvragen net voor sluiting van het loket is binnengekomen. Dat betekent dat slechts een klein deel van de aanvragen verleend kan worden in 2025 en het grootste gedeelte in 2026. Om zoveel mogelijk financiële sturing te houden worden daarom regelmatig kasprognoses opgesteld door RVO (uitvoerder regeling). Deze prognoses dienen als input voor de voorjaarsbesluitvorming, waarin besloten kan worden om kasritmes te herijken.

Vraag 33

Hoe leidt een resultaat van de jaarrekening van de uitvoeringskosten trekkingsrecht PGB voor het jaar 2023 tot een verhoging van de ontvangsten in het jaar 2025?

Antwoord

In het kas-verplichtingenstelsel volgt na het moment van vaststelling een verrekening en dit kan ook leiden tot aanpassing in de begroting. In dit geval heeft het Ministerie van VWS op 30 juli 2025 de verantwoording 2023 definitief kunnen vaststellen, dit na overleg met de sociale verzekeringsbank (SVB). Naar aanleiding van deze vaststelling is er een positief resultaat van € 1,4 miljoen ontstaan in de uitvoering van de SVB over het jaar 2023. Deze is na het moment van vaststellen budgettair verwerkt op artikel 3 van de VWS begroting als ontvangst.

Vraag 34

Er is minder beroep gedaan op het beschikbare budget voor de subsidie-regeling Inrichten Opleidingsstructuur Helpenden, Verzorgenden en Verpleegkundigen (IOHVV) dan verwacht. Hierdoor valt in 2025 circa € 19 miljoen vrij. Wat is hiervan de oorzaak?

Antwoord

Voor de subsidieregeling IOHVV staan in 2026 nog twee aanvraagperiodes gepland, waarbij partijen de mogelijkheid hebben om nog een beroep te doen op deze subsidieregeling. Daarom is het nu nog niet mogelijk om dit lagere aantal beroepen in 2025 te verklaren.

De regeling komt voort uit de afspraken die zijn gemaakt in het Investeringsakkoord Opleiden Wijkverpleging (IOW), en heeft als doel om een impuls te geven aan het samen en anders opleiden in de wijkverpleging. De regeling wordt gefinancierd uit middelen die incidenteel beschikbaar zijn gesteld voor de afspraken uit het akkoord. Dat er in de eerste aanvraagronde minder beroep op de regeling is gedaan dan wellicht

verwacht betekent niet een afgenomen noodzaak of urgentie van het opleidingsvraagstuk in de wijkverpleging.

Naast de incidentele middelen hebben de ondertekenaars van het Investeringsakkoord Opleiden Wijkverpleging (IOW) aangegeven behoefte te hebben aan een structurele oplossing voor de werkgeverskosten voor het opleiden in de wijk wijkverpleging. Ook hierover zijn afspraken gemaakt in het IOW en momenteel werkt VWS aan een tijdelijke subsidie-regeling in afwachting van een structurele financieringswijze. De verwachting is dat deze regeling, waarmee de werkgeverskosten voor het opleiden zelf vergoed kunnen worden, goed aansluit bij de behoefte vanuit het veld.

Vraag 35

Is er inzicht in de redenen waarom er minder beroep is gedaan dan verwacht op de subsidieregeling Inrichten Opleidingsstructuur Helpenden, Verzorgenden en Verpleegkundigen (IOHVV)?

Antwoord

Er staan voor het jaar 2026 nog twee aanvraagperiodes gepland, in maart en in augustus, waarbij partijen de mogelijkheid hebben om beroep te doen op de IOHVV subsidieregeling. Na het sluiten van deze aanvraagperiodes kan er een completer beeld geschetst worden van de aanvragen.

Vraag 36

Het getal van 135 miljoen voor concentratie en sluiting SEH's acute zorg komt voort uit een studie van het Centrum voor Innovaties en Publieke Sector Efficiëntie Studies uit 2013. In hoeverre zijn de getallen, nu meer dan 12 jaar later, nog relevant en financieel actueel? Is er sinds 2013 nieuw financieel onderzoek gedaan naar kostenbesparing via concentratie en sluiting? Zo ja, met welke financiële uitkomsten? In hoeverre zijn het Centrum voor Innovaties en Publieke Sector Efficiëntie Studies en het CPB nog betrokken bij deze lijst met potentiële ombuigingen?

Antwoord

De maatregel waarnaar wordt verwezen is onderdeel van de Ombuigingslijst. De ombuigingslijst is een product van het Ministerie van Financiën, waarin technisch is verkend waar ombuigingen mogelijk zijn. De lijst bevat ombuigingen op een hoog abstractieniveau.

Het CPB en Het Centrum voor Innovaties en Publieke Sector Efficiëntie Studies waren niet betrokken bij het opstellen van de ombuigingenlijst 2025. Wel is deze maatregel oorspronkelijk afkomstig uit de CPB publicatie Zorgkeuzes in Kaart 2020. Het is niet bekend of de gehanteerde aannames nog steeds actueel zijn.

Vraag 37

Wat valt onder «opdrachten» in jeugd tabel 8?

Antwoord

Het betreft diverse opdrachten op het gebied van onder andere de aanpak van kindermishandeling en huiselijk geweld, professionalisering, vakmanschap, gepaste zorg, kinderrechten en kennis- en informatiebeleid.

Vraag 38

Kan een overzicht worden gegeven hoeveel van de € 10,7 miljoen in de Algemene uitkering (AU) van het gemeentefonds dat aan pleegouders is uitgekeerd ter vervanging van de bso voor pleegouders?

Antwoord

Antwoord: Het Rijk stelt in 2025, 2026 en 2027 jaarlijks € 10,7 miljoen beschikbaar als tegemoetkoming in de kosten van kinderopvang en buitenschoolse opvang voor pleegkinderen. Dit bedrag is gebaseerd op onderzoek dat VWS liet uitvoeren door IPSOS-I&O naar de kosten die pleegouders zelf maken voor kinderopvang en BSO. Het gebruik en de gemiddelde kosten voor BSO waren hier onderdeel van. Het is niet mogelijk een uitsplitsing te maken tussen de kosten van BSO en de kosten van kinderopvang in dit totale bedrag.

Voor 2025 wordt het geld in de decembercirculaire toegevoegd aan het Gemeentefonds via de Algemene Uitkering. De uitkering sluit op deze manier aan bij bestaande afspraken over bijzondere kosten, de tegemoetkoming in kosten voor kinderopvang is hier onderdeel van. Gemeenten zijn geadviseerd om aan te sluiten bij bestaande inkoopstructuren en -afspraken.

Vraag 39

Recenter en breder onderzoek van de ACM (2014, 2017) en TNO (2022) gaat uit van kwaliteitsverlaging en kostenstijging door concentratie en schaalvergroting. Welke lessen trekt u uit deze onderzoeken? Waarom worden deze onderzoeken niet betrokken bij bovenstaande calculatie?

Antwoord

Het is in zijn algemeenheid niet te zeggen wat de optimale schaal voor een ziekenhuis is, omdat dit afhankelijk is van de precieze context en van tal van factoren. Schaalvergroting kan zowel positieve als negatieve effecten hebben. Zo kan door concentratie van zorg de kwaliteit toenemen. Schaalvergroting mag er echter niet toe leiden dat goede en toegankelijke medisch-specialistische zorg uit regio's verdwijnt en er te weinig keuzemogelijkheden voor patiënten overblijven. Uitgangspunt daarbij is dat we de zorg zo dichtbij mogelijk om de patiënt heen organiseren en dat als het moet, we de complexe zorg afhankelijk van waar je woont, verder weg moeten organiseren. Concentratie van complexe zorg heeft als doel de kwaliteit van de zorg te verhogen en de toegang voor patiënten tot de zorg te garanderen door optimale inzet van schaars personeel en dure infrastructuur. Door zorg die vaak voorkomt te spreiden, blijft passende zorg voor iedereen dichtbij beschikbaar.

Daarnaast vraagt u waarom deze onderzoeken niet worden betrokken bij de berekende effecten van de maatregel concentratie en sluiting SEH's in de ombuigingslijst. De ombuigingslijst is een product van het Ministerie van Financiën, waarin technisch is verkend waar ombuigingen mogelijk zijn. De lijst bevat ombuigingen op een hoog abstractieniveau.

Vraag 40

Kan worden aangegeven in hoeverre medewerkers bij het (gedeeltelijk) sluiten van een SEH zoals in Zutphen op een andere SEH aan de slag gaan of juist de (ziekenhuis)zorg verlaten zoals vermeld in het IZA?

Antwoord

Er zijn geen cijfers beschikbaar over de plekken waar medewerkers terechtkomen bij een (gedeeltelijke) sluiting van een SEH. De Minister van VWS kan hier dus geen gerichte uitspraken over doen. Hij benadrukt wel dat de aanpak van personeelstekorten in zorg en welzijn een belangrijke prioriteit is voor dit kabinet. Wanneer medewerkers na een (gedeeltelijke) sluiting geen overstap maken naar een andere plek in het ziekenhuis of een andere SEH, dan is het wenselijk dat ze in ieder geval voor de sector zorg en welzijn behouden blijven. De Minister van VWS hecht dan ook grote waarde aan de stappen die dit kabinet met het AZWA zet om een bijdrage te leveren aan de aantrekkelijkheid van de sector. Zo bevat het

AZWA afspraken over het verminderen van de administratieve lasten, de inzet van arbeidsbesparende technologie en het versterken van de lerende omgeving. Bij dit laatste punt ligt de focus op opleiding en scholing (leven lang leren) van professionals. Ook zullen bestaande loopbaaninstrumenten die bijdragen aan de instroom, doorstroom en behoud van medewerkers geïntegreerd voortgezet worden en hebben partijen afgesproken om te blijven werken aan een lerende cultuur waarin zeggenschap een centrale plek krijgt. Met deze inzet zorgt de Minister van VWS er samen met partijen in het veld voor dat zoveel mogelijk medewerkers behouden blijven voor de sector.

Vraag 41

In hoeverre kan kleinschaligheid van zorgvoorzieningen bijdragen aan het voorkomen van acute zorgvragen? Is hier onderzoek naar gedaan? Zo ja, welk?

Antwoord

Er is de Minister van VWS geen onderzoek hierover bekend. In het IZA hebben partijen afgesproken om het voorkomen van acute zorg een prioriteit te maken in hun beleid. Dit betreft onder meer het inzetten op goede voorlichting, preventie en vroege signalering, advanced care planning, het borgen en versterken van goede samenwerking tussen de eerste lijn inclusief wijkverpleging, ouderenzorg, GGZ, jeugdzorg en sociaal domein. Om het medisch specialistisch zorglandschap toekomstbestendig in te richten, werken aanbieders in een regio in netwerken samen, waarbij de ziekenhuizen hun aanbod en hun huidige en toekomstig portfolio op elkaar afstemmen opdat dit ook in de toekomst aansluit op de zorgbehoefte in de regio en optimaal gebruik wordt gemaakt van regionaal beschikbare kennis, capaciteit en infrastructuur. In het AZWA is afgesproken dat de ROAZ- en regioplannen in 2026 overeenkomstig worden aangevuld en ondersteund. Gezamenlijk zorgen de aanbieders dat zorg voor mensen dichtbij georganiseerd is waar dat kan met behoud van goede kwaliteit van de zorg en aansluitend op de regionale behoefte.

Vraag 42

Hoeveel ziekenhuizen/SEH's zijn er sinds het begin van de studie van het Centrum voor Innovaties en Publieke Sector Efficiëntie Studies uit 2013 afgeschaald of verdwenen? Op welke manier beïnvloedt het verdwijnen van deze ziekenhuizen en SEH's het financiële plaatje «concentratie en sluiting SEH's acute zorg» en «sluiting deels in de nacht» in de ombuigingslijst?

Antwoord

In onderstaande tabel staat het aantal spoedeisende hulp locaties (SEH's) in Nederland van 2013 t/m Q1 2025 en staan de namen van gesloten SEH's. 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 is echter geen eenduidige definitie voor. Er is daardoor geen overzicht beschikbaar van welke «gesloten» SEH's zijn omgevormd tot zo'n verschijningsvorm. Wel zijn er enkele locaties die zich als spoedpolikliniek of spoedpost profileren na sluiting van een SEH, die zijn in onderstaande tabel aangegeven.

Wat het effect is van deze sluitingen op het berekende effect in de Ombuigingslijst is niet bekend. De ombuigingslijst is een product van het Ministerie van Financiën, waarin technisch is verkend waar ombuigingen mogelijk zijn. De lijst bevat ombuigingen op een hoog abstractieniveau. Het effect is in de ombuigingslijst niet opnieuw berekend.

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
2013	94	94			
2014	95	91			
2015	95	91			
2016	94	90	Sluiting (1): Hagaziekenhuis locatie Sportlaan		
2017	94	89		Afschaling van 24/7-uurs SEH naar dag/avond (1): Franciscus Gasthuis & Vlietland in Schiedam	
2018	89	86	Sluiting (3): HMC Antoniushove Leidschendam, St Antonius Woerden, ZGT Hengelo		Sluiting van dag/avond SEH (2): Albert Schweitzer Zwijndrecht, Havenziekenhuis Rotterdam
Maart 2019	87	83	Sluiting (2): MC Slotervaart Amsterdam, MC Zuiderzee Lelystad ¹	Afschaling van 24/7-uurs SEH naar dag/avond (1): ETZ Tweesteden	
Maart 2020	83	80	Sluiting (3): HMC Bronovo, Bethesda Hoogeveen ¹ en Refaja Stadskanaal ¹		Sluiting van dag/avond SEH (1): ETZ TweeSteden
Maart 2021	82	80			Sluiting van dag/avond SEH (1): Spaarne Haarlem Noord tijdelijk gesloten
Maart 2022	83	80			Heropening (1): Spaarne Haarlem Noord
April 2023	83	80	Geen wijzigingen t.o.v. 2022.		
Maart 2024	81	77	Sluiting (1): Tergooi MC Blaricum	Afschaling van 24/7-uurs SEH naar dag/avond (2): Gelre Ziekenhuizen Zutphen, Amsterdam UMC VUmc	Sluiting van dag/avond SEH (1): Spaarne Haarlem Noord ¹
Maart 2025	79	76	Sluiting (1): Zuyderland ziekenhuis Sittard-Geleen ¹		Sluiting van dag/avond SEH (1): Amsterdam UMC locatie VUMC ¹

¹ Locaties die zich als spoedpolikliniek of spoedpost profileren.

Vraag 43

Waarom is er voor wat betreft concentratie en sluiting SEH's acute zorg bij de ombuigingslijst 2025 geen onderscheid gemaakt tussen hoog specialistische zorg en basiszorg? In hoeverre heeft dit onderscheid effect op de beoogde besparing?

Antwoord

De ombuigingslijst is een product van het Ministerie van Financiën, waarin technisch is verkend waar ombuigingen mogelijk zijn. De lijst bevat ombuigingen op een hoog abstractieniveau. Om die reden heeft het onderscheid tussen hoog specialistische zorg en basiszorg geen rol gespeeld. Het eventuele effect daarvan op de berekende besparing is niet bekend.

Vraag 44

Hoe en wanneer zijn de extra kosten door extra ambulance inzet bij de ombuigingslijst 2025 door het RIVM berekend? Welke additionele kosten van concentratie en schaalvergroting zijn er nog meer te verwachten op

bijvoorbeeld de bereikbaarheid, het sociaal domein en de huisartsen? En waar komen die kosten te liggen?

Antwoord

De ombuigingslijst is een product van het Ministerie van Financiën, waarin technisch is verkend waar ombuigingen mogelijk zijn. De lijst bevat ombuigingen op een hoog abstractieniveau.

De maatregel in de ombuigingenlijst waarnaar wordt verwezen is oorspronkelijk afkomstig uit Zorgkeuzes in Kaart (CPB, 2020). Bij het uitwerken van die maatregel heeft destijds contact plaatsgevonden met het RIVM om een inschatting te maken van de extra inzet van ambulances. Bij de ombuigingenlijst 2025 heeft geen contact meer plaatsgevonden met het RIVM. In de ombuigingenlijst is geen rekening gehouden met mogelijke additionele kosten op de genoemde terreinen.

Vraag 45

Zijn de positieve en negatieve effecten van schaalvergroting op de economie en het vestigingsklimaat van een centrumgemeente onderzocht? Zo ja, maakt deze conclusie onderdeel uit van de discussie in het kader van Elke Regio Telt?

Antwoord

Nee, er is geen onderzoek bekend naar positieve en negatieve effecten van schaalvergroting op de economie en het vestigingsklimaat van een centrumgemeente.

Vraag 46

In hoeverre wordt er bij het scenario «nachtsluiting SEH» rekening gehouden met overloopeffecten zoals de verschuiving van patiënten in het avondvenster?

Antwoord

De ombuigingslijst is een product van het Ministerie van Financiën, waarin technisch is verkend waar ombuigingen mogelijk zijn. De lijst bevat ombuigingen op een hoog abstractieniveau. Bij het scenario nachtsluiting SEH is er onder andere (op hoog abstractieniveau) rekening mee gehouden dat de sluitingen tot gevolg hebben dat patiënten en capaciteit verschuiven waardoor de netto besparing lager uitvalt.

Vraag 47

Wat is de optimale schaal voor een ziekenhuis op basis van literatuuronderzoek? Hoe verhouden Nederlandse ziekenhuizen zich tot deze optimale schaal? Wat is de omvang van Nederlandse ziekenhuizen in vergelijking met buitenlandse ziekenhuizen? Wat is de omvang van Nederlandse SEH's in vergelijking met buitenlandse SEH's?

Antwoord

Ik ben van mening dat in zijn algemeenheid niet te zeggen is wat de optimale schaal voor een ziekenhuis is, omdat dit afhankelijk is van de precieze context en tal van factoren. Schaal van een ziekenhuis kan je ook niet los zien van het brede zorg en ondersteunings-aanbod in een regio. Schaalvergroting kan zowel positieve als negatieve effecten hebben. Zo kan door concentratie van zorg de kwaliteit toenemen. Schaalvergroting mag er echter niet toe leiden dat goede en toegankelijke medisch-specialistische zorg uit regio's verdwijnt en er te weinig keuzemogelijkheden voor patiënten overblijven.

In een artikel uit de ESB van 2017¹¹ wordt geconcludeerd dat de optimale schaal voor ziekenhuizen ongeveer 320 bedden is. Dat wil zeggen dat volgens de onderzoekers daarboven waarschijnlijk geen verdere daling van de gemiddelde operationele kosten door verdere schaalvergroting is te verwachten. Dit artikel gaat enkel over de optimale schaal ten aanzien van de gemiddelde operationele kosten en laat de kwaliteit van zorg en andere factoren buiten beschouwing.

Als indicatie voor de omvang van een ziekenhuis is op basis van informatie van Organisation for Economics Cooperation and Development (OECD) in onderstaand overzicht het gemiddeld aantal bedden per ziekenhuis aangegeven. Door verschillen in zorgsystemen, kwaliteitseisen, infrastructuur, demografie en topografie is het lastig om conclusies te trekken uit deze vergelijking.

Bron: <https://data-explorer.oecd.org/>

Ik beschik niet over cijfers van een internationale vergelijking van Nederlandse en buitenlandse SEH's.

Vraag 48

Welke lessen over schaalvergroting en concentratie in de acute zorg kan er worden getrokken uit het buitenland, bijvoorbeeld in Ierland, Denemarken en Engeland?

Antwoord

De Minister van VWS is bekend met een viertal onderzoeken over de concentratie van de acute zorg in Ierland, Denemarken en Engeland. Vanwege de enorme verscheidenheid aan aspecten (bijvoorbeeld: efficiëntie, kosten van o.a. personeel, kwaliteit van zorg, toegankelijkheid van zorg) die aan bod komen bij dit soort grote veranderingen, zijn de onderzoeken schaars, maar ook beperkt te interpreteren. Vergelijkingen met eerdere situaties of het buitenland zijn ingewikkeld, door verschillen in zorgsystemen en de omvang van de veranderingen. Daarnaast laten de resultaten geen eenduidig beeld zien.

Vraag 49

Welke maatregelen zijn er door Rijksoverheid en decentrale overheden genomen naar aanleiding van diverse onderzoeken van PBL en Rover over de slechte toegang van ziekenhuizen per OV, zeker ook voor ouderen? Wat zijn de meerkosten voor de Rijksoverheid en decentrale overheden voor het vergoeden van taxibusjes door slechte bereikbaarheid van ziekenhuizen per OV?

Antwoord

Daar waar het openbaar vervoer niet toereikend is, wordt gekeken of publieke mobiliteit een aanvulling kan zijn. De verkenning naar publieke mobiliteit (in opdracht van Financiën, BZK, OCW, VWS en IenW) heeft als doel de bereikbaarheid van voorzieningen, waaronder ziekenhuizen, op een inclusieve en toegankelijke wijze bereikbaar te maken. De Eerste en Tweede Kamer worden binnenkort geïnformeerd over de resultaten van de verkenning en het vervolg hiervan.

Er bestaan al vervoersvormen die benut worden voor vervoer naar het ziekenhuis. Zo kunnen mensen vanuit de Zorgverzekeringswet onder voorwaarden gebruik maken van vervoer naar of van een ziekenhuis (artikel 2.14 Besluit zorgverzekering). Een ander voorbeeld is

¹¹ ESB, 19 mei 2017, «Nederlandse ziekenhuizen te groot voor verdere schaalvoordelen» <https://esb.nu/nederlandse-ziekenhuizen-te-groot-voor-verdere-schaalvoordelen/>.

Wmo-vervoer. Het bezoeken van ziekenhuizen of andere zorg gerelateerde instellingen valt onder de leefomgeving van inwoners in het kader van de Wmo 2015. Een voorzichtige schatting is dat van alle Wmo-vervoersritten zo'n 5–25% naar ziekenhuizen gaat, het is onduidelijk om welke kosten dit gaat. Ook gebruiken sommige Valys-pashouders de kilometers die zij krijgen voor vervoer naar ziekenhuizen. Op basis van de ritgegevens die bekend zijn bij het Ministerie van VWS zijn de kosten voor deze Valys-ritten van en naar ziekenhuizen rond de € 9,5 miljoen per jaar. Bij zowel Wmo-vervoer als Valys is het onduidelijk met welk doel mensen naar het ziekenhuis gaan, omdat dit in het kader van privacy niet wordt uitgevraagd. Ook is onbekend of de beschikbare kilometers worden ingezet om de onbereikbaarheid van ziekenhuizen met ov te compenseren.

Vraag 50

Welke afspraken heeft Spanje gemaakt met fabrikant BioMarin over de toelating en beschikbaarheid van het geneesmiddel Voxzogo? Welke procedure wordt hier gevolgd om het medicijn toe te laten?

Antwoord

De Minister van VWS heeft van de leverancier begrepen dat andere landen afspraken hebben gemaakt over maximale uitgaven, niet over kosteneffectiviteit. Die is dus niet beoordeeld. Dat is in Nederland wel nodig, want de maximale uitgaven zijn volgens de horizonscan geneesmiddelen van het Zorginstituut in totaal meer dan tussen de 1 en 10 miljoen euro én per patiënt meer dan 50.000 euro per jaar (namelijk ongeveer € 200.000). Het middel moet jarenlang worden gebruikt.

De Minister wil het belang benadrukken van de reguliere beoordelingsprocedure in Nederland. Daarbij wordt beoordeeld of de kosten van het geneesmiddel in verhouding staan tot de effectiviteit.

Vraag 51

Welke afspraken heeft Duitsland gemaakt met fabrikant BioMarin over de toelating en beschikbaarheid van het geneesmiddel Voxzogo? Welke procedure wordt hier gevolgd om het medicijn toe te laten?

Antwoord

De Minister van VWS heeft van de leverancier begrepen dat andere landen afspraken hebben gemaakt over maximale uitgaven, niet over kosteneffectiviteit. Die is dus niet beoordeeld. Dat is in Nederland wel nodig, want de maximale uitgaven zijn volgens de horizonscan geneesmiddelen van het Zorginstituut in totaal meer dan tussen de 1 en 10 miljoen euro én per patiënt meer dan 50.000 euro per jaar (namelijk ongeveer € 200.000). Het middel moet jarenlang worden gebruikt.

De Minister wil het belang benadrukken van de reguliere beoordelingsprocedure in Nederland. Daarbij wordt beoordeeld of de kosten van het geneesmiddel in verhouding staan tot de effectiviteit.

Vraag 52

Welke afspraken heeft Italië gemaakt met fabrikant BioMarin over de toelating en beschikbaarheid van het geneesmiddel Voxzogo? Welke procedure wordt hier gevolgd om het medicijn toe te laten?

Antwoord

De Minister van VWS heeft van de leverancier begrepen dat andere landen afspraken hebben gemaakt over maximale uitgaven, niet over kosteneffectiviteit. Die is dus niet beoordeeld. Dat is in Nederland wel nodig, want de maximale uitgaven zijn volgens de horizonscan geneesmiddelen van het Zorginstituut in totaal meer dan tussen de 1 en

10 miljoen euro én per patiënt meer dan 50.000 euro per jaar (namelijk ongeveer € 200.000). Het middel moet jarenlang worden gebruikt.

De Minister wil het belang benadrukken van de reguliere beoordelingsprocedure in Nederland. Daarbij wordt beoordeeld of de kosten van het geneesmiddel in verhouding staan tot de effectiviteit.

Vraag 53

Welke afspraken heeft Frankrijk gemaakt met fabrikant BioMarin over de toelating en beschikbaarheid van het geneesmiddel Voxzogo? Welke procedure wordt hier gevolgd om het medicijn toe te laten?

Antwoord

De Minister van VWS heeft van de leverancier begrepen dat andere landen afspraken hebben gemaakt over maximale uitgaven, niet over kosteneffectiviteit. Die is dus niet beoordeeld. Dat is in Nederland wel nodig, want de maximale uitgaven zijn volgens de horizonscan geneesmiddelen van het Zorginstituut in totaal meer dan tussen de 1 en 10 miljoen euro én per patiënt meer dan 50.000 euro per jaar (namelijk ongeveer € 200.000). Het middel moet jarenlang worden gebruikt.

De Minister wil het belang benadrukken van de reguliere beoordelingsprocedure in Nederland. Daarbij wordt beoordeeld of de kosten van het geneesmiddel in verhouding staan tot de effectiviteit.

Vraag 54

Malta importeert het geneesmiddel Voxzogo uit een ander (EU) land. Hoe is deze parallelimport geregeld?

Antwoord

Zoals eerder vermeld staat parallelimport los van de vergoeding van het geneesmiddel.

Vraag 55

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) gaat uit van spreiding en concentratie. Op welke manieren allemaal heeft u regie op concentratie? En op welke manier heeft u regie op spreiding? Welke instrumenten zet u momenteel in om regie op spreiding te behouden voor specifiek de SEH en de Acute Verloskunde?

Antwoord

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) hebben partijen afgesproken om via regionale samenwerking te komen tot een toekomstbestendig zorglandschap via spreiding en concentratie van zorg. Zoals afgesproken in het IZA heeft VWS het Zorginstituut gevraagd om een Ronde Tafeloverleg in te richten die in overleg met de veldpartijen (FMS, NVZ, NFU, ZN en ZKN) en in verplichte samenspraak met de desbetreffende patiëntenorganisatie(s) op een zorgvuldige wijze komt tot het vaststellen van hogere volumennormen voor zorginterventies. De beoogde beweging wordt dus door de veldpartijen zelf getrokken. Om tot het vaststellen van (volume)normen te komen voor de geselecteerde oncologische en vaatchirurgische interventies is door de Ronde Tafels een uitgebreid en zorgvuldig proces doorlopen.

Momenteel wordt in de regio's gewerkt aan de implementatie van de vastgestelde normen en wordt gewerkt aan afspraken over het spreiden van zorg. Vanuit de Ronde Tafels wordt de beoogde beweging van concentratie en spreiding van zorg nauwlettend gevolgd. Mocht de spreidingsopgave onvoldoende worden opgepakt dan zullen daar nadere afspraken over worden gemaakt aan de Ronde Tafels.

Ten aanzien van de SEH's en de Acute verloskunde zien we dat door een tekort aan personeel en een toename van de zorgvraag én zorgzwaarte, de toegankelijkheid van de acute zorg onder druk staat. Het is belangrijk om de oplossingen in de regio zo goed mogelijk te faciliteren. Daarom wordt vanuit dit kabinet ingezet op de volgende punten. Ten eerste het invoeren van budgetbekostiging in de acute zorg. Ten tweede het aanscherpen van de wet- en regelgeving om er zo voor te zorgen dat alle stakeholders tijdig worden betrokken bij de voorgenomen wijziging van het acute zorgaanbod. En ten derde heb ik afgelopen jaar een handreiking gepubliceerd, die het gesprek in de regio met alle belanghebbenden over wijzigingen van het zorgaanbod ondersteunt.

Vraag 56

In hoeverre staat de doelstelling «financieel versterken van regionale ziekenhuizen» uit de opdrachtbrief aan de NZa nog overeind bij de budgetfinanciering?

Antwoord

De invoering van budgetbekostiging per 2027 is één van de maatregelen om de acute zorg ook in de toekomst toegankelijk te houden. De invoering van budgetbekostiging draagt onder andere bij aan meer financiële zekerheid voor ziekenhuizen.

Vraag 57

Wat betekent het voor het «financieel versterken van regionale ziekenhuizen» als de beschikbaarheidsbijdrage voor SEH's per 2027 komt te vervallen, gelijktijdig met de invoering van budgetbekostiging per 2027?

Antwoord

De invoering van budgetbekostiging per 2027 is één van de maatregelen om de acute zorg ook in de toekomst toegankelijk te houden. Door alle SEH's te gaan bekostigen op basis van een vast budget, krijgen ziekenhuizen meer financiële zekerheid. Ook vermindert de productieprikkel voor de SEH. Dat kan de samenwerking van de SEH met andere schakels in de acute zorg, zoals de huisartsenposten, versterken. Met de invoering van budgetbekostiging vervalt de beschikbaarheidsbijdrage voor SEH's die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm. Met de invoering van budgetbekostiging komen alle SEH's in aanmerking voor een budget, dat qua hoogte vergelijkbaar is met de beschikbaarheidsbijdrage voor SEH's.

Vraag 58

De motie Claasen c.s. riep op tot locatiegebonden budgetfinanciering in plaats van instellingsgebonden budgetfinanciering. Dit omdat locatiegebonden budgetbekostiging bij voldoende personeel of een goede personeelsverdeling een stimulans geeft voor heropening van acute zorg en verloskunde in Zuyderland en het open houden van andere regionale ziekenhuislocaties. Hoe wordt het aspect van de locatiegebondenheid meegenomen door de NZa en in het groeipad?

Antwoord

Het aspect van locatiegebondenheid is reeds geborgd in de eerste stap van budgetbekostiging, omdat elke SEH-locatie een budget kan aanvragen indien wordt voldaan aan de geldende voorwaarden. Daarnaast is uw Kamer eerder toegezegd in het eerste kwartaal van 2026 te worden geïnformeerd over de uitwerking en de uitvoering van het groeipad. Daarbij worden ook tijdlijnen opgenomen voor de uit te voeren acties.

Vraag 59

Zou het wenselijk zijn dat partijen bij de invoering van budgetbekostiging zelf afspraken maken over scholing, vergelijkbaar met de werkwijze van

de IZA-tafels? Zo ja, hoe garandeert u dat dit tijdig gebeurt zodat invoering van de budgetfinanciering per 1 januari 2027 haalbaar blijft?

Antwoord

Als ik in de plaats van het woord «scholing» het woord «schoning» mag lezen, kan ik deze vraag als volgt beantwoorden. Om bij invoering van budgetbekostiging voor de SEH dubbele bekostiging te voorkomen, zal de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het gereguleerde segment schonen en moeten zorgverzekeraars het vrije segment schonen in de contractering met de ziekenhuizen. Partijen zijn hiervoor zelf aan zet. Zij zijn ook met elkaar in gesprek om hierover afspraken te maken en houden mij van de voortgang op de hoogte.

Vraag 60

In hoeverre vindt er momenteel overleg plaats bij de NZa over budgetbekostiging? Wat is het doel van dit overleg? Worden er in dit overleg stappen gezet in de uitvoering van het groeipad c.q. het doel om regionale ziekenhuizen te versterken?

Antwoord

Momenteel vinden gesprekken plaats met verschillende betrokken partijen, waaronder de NZa, over de technische uitvoering van budgetbekostiging voor de SEH. Ook vinden er gesprekken plaats over de vormgeving van het groeipad. Ik heb uw Kamer eerder toegezegd in het eerste kwartaal van 2026, zoals gevraagd, te informeren over de uitwerking en de uitvoering van het groeipad. Daarbij zal ik ook tijdlijnen opnemen voor de uit te voeren acties.

Vraag 61

Kan worden aangegeven wat het belang is voor kosten, personeelsinzet en kwaliteit van een SEH-arts en Huisarts/Eerste Lijn die elkaar kennen?

Antwoord

Hier zijn geen cijfers over bekend. De eerste lijn, en daarmee ook huisartsen, zijn onderdeel van de acute zorgketen. Zoals afgesproken in het IZA, is goede samenwerking tussen de eerste lijn en de tweede lijn noodzakelijk. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zetten in op het intensiveren van het gebruik van gezamenlijke acute zorgvoorzieningen door verschillende partijen in de keten, waardoor de beschikbare (zorg)professionals slim worden ingezet en samenwerking in de keten wordt gestimuleerd. Denk hierbij aan intensieve samenwerking en gezamenlijke faciliteiten (balie, triage, personeelsruimte) op spoedpleinen dan wel integrale spoedposten tussen huisartsenposten, SEH's, farmaceutische spoedzorg, ambulancezorg en waar mogelijk onplanbare wijkverpleging en acute ggz. Deze factoren kunnen bijdragen aan een verlaging van de kosten, efficiënte inzet van personeel en verhoging van de kwaliteit van zorg.

Vraag 62

Kan worden aangegeven welke deadlines van Zorgverzekeraars, ZN en Ziekenhuizen relevant zijn voor het doorlopen van het groeipad budgetfinanciering?

Antwoord

Ik heb uw Kamer eerder toegezegd in het eerste kwartaal van 2026, zoals gevraagd, te informeren over de uitwerking en de uitvoering van het groeipad. Daarbij zal ik ook tijdlijnen en deadlines opnemen voor de uit te voeren acties.

Vraag 63

Hoe kan het dat zorgverzekeraars voor basiszorg inkopen bij academische ziekenhuizen terwijl diezelfde zorg in regionale ziekenhuizen goedkoper is?

Antwoord

Een zorgverzekeraar moet voor zijn verzekerden de beste zorg inkopen. Wat de beste zorg is, wordt niet alleen bepaald door de prijs van de zorg. Ook andere factoren spelen daarbij een rol. Zo kan de zorgverzekeraar bijvoorbeeld ook kijken naar: de kwaliteit van de zorg (onder andere de ervaring van medici en verplegend personeel en de uitkomsten van zorg), de toegankelijkheid (geografische locatie van de zorgaanbieder), de service die een zorgaanbieder levert aan zijn patiënten (digitale mogelijkheden voor patiënten) en de samenwerkingsverbanden waarin een zorgaanbieder opereert (belangrijk voor de nazorg). Al deze factoren laat de zorgverzekeraar meewegen bij de keuze voor de zorgaanbieder en de inhoud van het contract. Ik juich het toe dat een zorgverzekeraar een brede afweging maakt en niet alleen naar de prijs kijkt.

Vraag 64

Op welke manier beïnvloedt een stijging van het volume door concentratie, de onderhandelingsmacht van een zorgverzekeraar?

Antwoord

De inkoopmacht van zorgverzekeraars en het spiegelbeeld daarvan de verkoopmacht van zorgaanbieders, hangt af van een groot aantal marktomstandigheden. Een daarvan is het aantal zorgaanbieders dat bepaalde zorg aanbiedt in een bepaald gebied.

Concentratie leidt tot minder zorgaanbieders en vaak tot een volumetoename voor de zorgaanbieders die nog overblijven. Minder zorgaanbieders betekent minder concurrentie tussen zorgaanbieders en mogelijk een toename van verkoopmacht bij de overblijvende zorgaanbieders. Dat betekent dan een vermindering van de inkoopmacht van zorgverzekeraars.

Concentratie kan er ook toe leiden dat de overblijvende zorgaanbieders meer zorg gaan leveren. Ook hierdoor kan hun verkoopmacht toenemen. Immers, de afhankelijkheid van zorgverzekeraars van deze volumes neemt toe. Aan de andere kant kunnen de zorgaanbieders ook meer afhankelijk van de zorgverzekeraars worden. Want, als de zorgverzekeraars deze zorg niet meer inkopen, valt een groter volume aan zorg weg voor deze zorgaanbieders. Deze balans kan dus beide kanten uitslaan. Het is aan de partijen om in het onderhandelingspel een voor beide partijen bevredigend evenwicht daarin te vinden.

Vraag 65

Kan worden aangegeven waarom de uitgaven aan premiegefinancierde zorg de afgelopen jaren flink achterblijven bij de ramingen?

Antwoord

De afgelopen jaren zien we flinke onderschrijdingen ontstaan op de premiegefinancierde zorguitgaven, m.n. bij de wijkverpleging. De uitgavenkaders worden aan het begin van een nieuw kabinet voor de kabinetsperiode vastgesteld en zijn gebaseerd op een zo goed mogelijke raming

van het CPB en op wat het kabinet aan volumegroei beschikbaar stelt. Gedurende de kabinetsjaren kunnen er echter ontwikkelingen bij de zorguitgaven van zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn, waardoor de daadwerkelijke zorguitgaven afwijken van de raming.

Bij de premiegefinancierde zorguitgaven is de afgelopen jaren met name sprake geweest van structurele onderuitputting in de wijkverpleging. Naar de onderschrijding in de wijkverpleging zijn de afgelopen jaren verschillende onderzoeken gedaan. Deze onderzoeken hebben aangetoond dat de oorzaak van de onderschrijdingen een combinatie is van factoren, waaronder de toegenomen doelmatigheid, de focus op zelfredzaamheid van cliënten en uitstroom van cliënten richting de Wet langdurige zorg (Wlz). Uit onderzoek blijkt dat de wijkverpleging, ondanks de onderschrijding, goed toegankelijk is en dat mensen over het algemeen snel zorg kunnen krijgen wanneer dat nodig is.

Recent, in de loop van 2025, is ook in de Wlz een onderschrijding waar te nemen. In een eerdere beantwoording van Kamervragen heeft de Staatssecretaris voor Langdurige en Maatschappelijke Zorg aangegeven dat zij het RIVM gevraagd heeft om onderzoek te doen naar de verminderde vraag naar ouderenzorg. Het RIVM zal onderzoeken of (en zo ja, in welke mate) sprake is van vraaguitval, welke verklaringen daarvoor zijn en of sprake is van tijdelijke of structureel verminderde vraag. De verwachting is dat het onderzoek voor het zomerreces van 2026 gereed is.

Met verwerken van de meest recente (uitvoerings)informatie sluiten we aan bij de nieuwste inzichten van de ramingen uitgaven van de premiegefinancierde zorg.

Vraag 66

Tussen 2008 en 2020 is het marktaandeel naar DBC-omzet van umc's en STZ-ziekenhuizen, de plaatsen waar in Nederland de duurste, meest complexe zorg wordt geleverd, toegenomen met 6,2 procent. Over dezelfde periode is het marktaandeel van de kleinere algemene en categorale ziekenhuizen, samen met dat van de zelfstandige behandelklinieken -plaatsen waar de medisch-specialistische basiszorg wordt geleverd, afgenomen met diezelfde 6,2 procent. Hoe ontwikkelden deze marktaandelen zich tussen 2020 en 2025?

Antwoord

Het Ministerie van VWS beschikt niet over de exacte cijfers met betrekking tot de ontwikkeling van de gevraagde marktaandelen tussen 2020–2025. De Minister kan daarom geen uitspraak doen over het aandeel geopende dbc's door verschillende typen instellingen tussen 2020 en 2025 omdat de cijfers van 2025 nog niet beschikbaar zijn. De meest recente beschikbare definitieve cijfers zijn die tot en met 2021 (zie onderstaand overzicht).

Wel kan geconcludeerd worden dat in algemene zin de omzet en de zorgkosten in medisch-specialistische zorg zijn toegenomen en dat UMC's en topklinische (STZ) ziekenhuizen in absolute termen zijn gegroeid.

Tussen 2008 en 2021 is het marktaandeel van UMC's en STZ ziekenhuizen toegenomen met 6,9%. Over dezelfde periode is het marktaandeel van de kleinere algemene en categorale ziekenhuizen, samen met dat van de zelfstandige behandelklinieken, 6,9% afgenomen.

jaartal	aandeel geopende Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) ten opzichte van totaal aantal geopende DBC's (%)				
	Universitair medische centra (UMC's)	Alg.ziekenh., topklinisch/specialistisch	Algemene ziekenhuizen overig	Zelfstandige behandelcentra (ZBC's)	Overige instellingen
2008	10,4%	40,6%	44,7%	3,0%	1,3%
2009	10,5%	39,9%	44,1%	3,5%	2,1%

jaartal	aandeel geopende Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) ten opzichte van totaal aantal geopende DBC's (%)				
	Universitair medische centra (UMC's)	Alg.ziekenh., topklinisch/specialistisch	Algemene ziekenhuizen overig	Zelfstandige behandelcentra (ZBC's)	Overige instellingen
2010	10,8%	40,7%	42,5%	4,2%	1,9%
2011	10,0%	40,4%	42,8%	4,8%	2,0%
2012	11,0%	42,2%	39,8%	5,0%	2,0%
2013	11,1%	41,2%	40,0%	0,0%	7,7%
2014	11,6%	40,8%	39,8%	0,0%	7,8%
2015	11,4%	43,0%	37,1%	0,0%	8,4%
2016	11,6%	44,2%	35,1%	0,0%	9,1%
2017	11,6%	45,7%	33,1%	0,0%	9,6%
2018	11,4%	45,7%	32,8%	0,0%	10,0%
2019	11,5%	45,9%	32,3%	0,0%	10,4%
2020	11,9%	45,4%	31,7%	0,0%	11,0%
2021	11,7%	46,2%	30,6%	0,0%	11,6%
2022 ¹	11,5%	45,7%	30,8%	0,0%	12,0%
2023 ¹	11,4%	45,4%	30,8%	0,0%	12,4%

¹ de cijfers over 2022 en 2023 zijn voorlopige cijfers.

Vraag 67

Welke maatregelen zijn er door de Ministeries van OCW en VWS genomen naar aanleiding van het advies uit 2019 om meer verpleegkundig specialisten op te leiden?

Antwoord

In 2019 is het aantal opleidingsplaatsen voor verpleegkundig specialisten voor het eerst geraamd door het Capaciteitsorgaan. Het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan was om meer op te leiden met 429 opleidingsplaatsen voor de verpleegkundig specialist algemene gezondheidszorg (AGZ) en 160 opleidingsplaatsen voor de verpleegkundig specialist GGZ. In december 2022 kwam er een nieuw advies van het Capaciteitsorgaan uit, de Ministers van OCW en VWS hebben dit advies in zijn geheel overgenomen en besloten het aantal opleidingsplaatsen verder op te hogen. Het aantal opleidingsplaatsen voor verpleegkundig specialisten AGZ is de afgelopen drie jaar naar 474 gestegen. Voor de verpleegkundig specialist GGZ geldt dat in drie jaar het totaal aantal opleidingsplaatsen is gegroeid naar 248.

Vraag 68

In welke regio's wordt er gewerkt met een «flexibele schil» voor de Spoedeisende Hulp (SEH) zoals dat nu is opgezet in Utrecht?

Antwoord

In regio Utrecht hebben vier ziekenhuizen een intentieovereenkomst getekend om een regionale flexibele schil van Spoedeisende Hulp (SEH) professionals op te zetten. Het doel is om pieken en tekorten in de spoedzorg op te kunnen vangen. Ook biedt dit zorgprofessionals de kans om meer kennis en nieuwe ervaringen op te doen.

In regio Brabant en in Euregio (Twente, Oost – Achterhoek en de Duitse grensstreek) lopen soortgelijke pilots.

Vraag 69

Neemt het capaciteitsorgaan voor wat betreft het opleiden van SEH-artsen en verpleegkundigen mee dat het hier gaat om een relatieve nieuwe beroepsgroep gaat, waar veel mensen tegelijkertijd met pensioen gaan? Zo ja, hoe dan?

Antwoord

In de ramingen van het Capaciteitsorgaan wordt rekening gehouden met de leeftijdsopbouw van de beroepsgroep. In relatief nieuwe beroepen, zoals bij de SEH-artsen, ligt de gemiddelde leeftijd van alle werkzame personen laag. Daardoor is in deze nieuwe beroepen de uitstroom naar pensioen de komende 20 jaar ook laag. Naarmate de beroepsgroep ouder wordt, zal op een gegeven moment de uitstroom naar pensioen toenemen. Omdat het Capaciteitsorgaan 20 jaar vooruit kijkt, wordt hier tijdig rekening mee gehouden in toekomstige ramingen.

Vraag 70

Heeft de Minister bevoegdheden om te sturen op de personeelsinzet door ziekenhuizen? Zo ja, op welke manier kunnen deze bevoegdheden worden ingezet om te voorkomen dat personeel wordt ingezet op cashcows in plaats van basiszorg conform Guus van Montfort (2025) en Complex is King (2023)?

Antwoord

De Minister van VWS heeft geen bevoegdheden om te sturen op de personeelsinzet van individuele ziekenhuizen. Werkgevers – in dit geval ziekenhuizen – gaan over de inzet van het personeel. Wel stelt het Ministerie van VWS jaarlijks opleidingsplaatsen voor medisch specialisten, gespecialiseerd verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel beschikbaar, op basis van de ramingen van het Capaciteitsorgaan. Desalniettemin blijft het een verantwoordelijkheid van werkgevers hoe zij hun personeel inzetten.

Vraag 71

Welke innovaties op de SEH kunnen niet binnen het huidige kwaliteitskader spoedzorgketen worden uitgevoerd en behoeven daadwerkelijk een nieuw kwaliteitskader of zogenoemde differentiatie?

Antwoord

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is een landelijk kader voor de samenwerking tussen ketenpartners en beschrijft de minimale vereisten voor de (regionale) organisatie van de spoedzorg. De Minister van VWS herkent zich niet in de aanname dat het huidige kwaliteitskader innovaties op de SEH in de weg zit. Wel worden aan de Landelijke Spoedzorgtafel (LST) afspraken gemaakt over differentiatie van kwaliteitseisen voor verschillend aanbod van acute zorg in ziekenhuizen. Het doel van de gesprekken aan deze tafel is niet om innovaties te faciliteren, maar om ervoor te zorgen dat het aanbod van spoedzorg aansluit bij de zorgvraag in de regio, en dat het aanbod voldoet aan kwaliteitseisen. Er wordt daarbij onder andere gekeken naar zogenaamde andere verschijningsvormen van acute zorg. Onlangs zijn er twee notities gepubliceerd met betrekking tot differentiatie van kwaliteitseisen. De eerste notitie is de inventarisatie van het RIVM van ziekenhuislocaties waar, en welke vorm van spoedzorg, wordt aangeboden. Deze inventarisatie is gepubliceerd op de website van het RIVM¹². De tweede notitie is van de IGJ en betreft een reflectie ten aanzien van differentiatie in de acute zorg binnen ziekenhuizen. Deze notitie is te vinden op de website van de IGJ¹³. De inventarisatie van RIVM en de notitie van de IGJ zijn beide aangeboden aan de LST om te gebruiken bij het verder uitwerken van de AZWA-afspraken over differentiatie van kwaliteitseisen voor het aanbod van acute zorg in ziekenhuizen.

Vraag 72

¹² <https://www.rivm.nl/documenten/inventarisatie-van-spoedzorglocaties-in-2025>

¹³ <https://toezichtdocumenten.igj.nl/link/publicatie?publ=547a25d8-2512-4a10-a170-d83220ae9aa1>

Valt een bijzondere verschijningsvorm(en) zoals de Acute Zorg Afdeling van het Zuyderland Ziekenhuis volgens de IGJ onder het kwaliteitskader spoedzorgketen?

Antwoord

Nee. De IGJ heeft onlangs een reflectie ten aanzien van differentiatie in de acute zorg binnen ziekenhuizen aangeboden aan de Landelijke Spoedzorgtafel (LST).¹⁴ De Acute Zorgafdeling van Zuyderland MC wordt hierin ook beschouwd en aangeduid als een «bijzondere verschijningsvorm». De IGJ geeft in de notitie aan dat zij niet kan stellen dat bijzondere verschijningsvormen onder de reikwijdte van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen vallen. Dit signaal kan worden betrokken bij het verder uitwerken van de AZWA-afspraken over differentiatie van kwaliteitseisen voor het aanbod van acute zorg in ziekenhuizen.

Vraag 73

Valt een bijzondere verschijningsvorm(en) zoals de Acute Zorg Afdeling van het Zuyderland Ziekenhuis volgens de het Zuyderland onder het kwaliteitskader spoedzorgketen?

Antwoord

Nee. De IGJ heeft onlangs een reflectie ten aanzien van differentiatie in de acute zorg binnen ziekenhuizen aangeboden aan de Landelijke Spoedzorgtafel (LST).¹⁵ De Acute Zorgafdeling van Zuyderland MC wordt hierin ook beschouwd en aangeduid als een «bijzondere verschijningsvorm». De IGJ geeft in de notitie aan dat zij niet kan stellen dat bijzondere verschijningsvormen onder de reikwijdte van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen vallen. Dit signaal kan worden betrokken bij het verder uitwerken van de AZWA-afspraken over differentiatie van kwaliteitseisen voor het aanbod van acute zorg in ziekenhuizen.

Vraag 74

Valt een bijzondere verschijningsvorm(en) zoals de Acute Zorg Afdeling van het Zuyderland Ziekenhuis volgens de Minister onder het kwaliteitskader spoedzorgketen?

Antwoord

Nee. De IGJ heeft onlangs een reflectie ten aanzien van differentiatie in de acute zorg binnen ziekenhuizen aangeboden aan de Landelijke Spoedzorgtafel (LST).¹⁶ De Acute Zorgafdeling van Zuyderland MC wordt hierin ook beschouwd en aangeduid als een «bijzondere verschijningsvorm». De IGJ geeft in de notitie aan dat zij niet kan stellen dat bijzondere verschijningsvormen onder de reikwijdte van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen vallen. Dit signaal kan worden betrokken bij het verder uitwerken van de AZWA-afspraken over differentiatie van kwaliteitseisen voor het aanbod van acute zorg in ziekenhuizen.

Vraag 75

Hoeveel ziekenhuizen nemen inmiddels deel aan de landelijke SEH-kwaliteitsregistratie NEED?

Antwoord

Onder de scope van de landelijke kwaliteitsregistratie NEED vallen 80 zorgaanbieders die spoedeisende hulp zorg leveren. Voor zover bekend zijn ongeveer 23 zorgaanbieders (waaronder 19 ziekenhuizen) aangesloten bij de kwaliteitsregistratie NEED.

¹⁴ <https://toezichtdocumenten.igj.nl/link/publicatie?publ=547a25d8-2512-4a10-a170-d83220ae9aa1>

¹⁵ <https://toezichtdocumenten.igj.nl/link/publicatie?publ=547a25d8-2512-4a10-a170-d83220ae9aa1>

¹⁶ <https://toezichtdocumenten.igj.nl/link/publicatie?publ=547a25d8-2512-4a10-a170-d83220ae9aa1>

Vraag 76

Welke inzichten voor de kwaliteit van integrale SEH-zorg kan een kwaliteitsregistratie zoals de NEED bieden?

Antwoord

Op dit moment neemt slechts een beperkt aantal zorgaanbieders deel aan de NEED kwaliteitsregistratie. Met de inwerkingtreding van het wetsvoorstel kwaliteitsregistraties zorg per 1 januari 2026 moeten alle kwaliteitsregistraties door het Zorginstituut worden getoetst. Bij een positief oordeel wordt een kwaliteitsregistratie opgenomen in het Register voor kwaliteitsregistraties en krijgt daarmee een grondslag om gepseudonimiseerde patiëntdata te mogen verwerken. Bij een negatief oordeel moet de dataverwerking door de NEED stoppen. Omdat de NEED kwaliteitsregistratie vooruitlopend op de inwerkingtreding van het wetsvoorstel een negatief advies van de Inhouds-governancecommissie (IGC) en de Data-governancecommissie (DGC) heeft ontvangen, voert het Zorginstituut op dit moment een proeftoetsing uit. De uitkomst daarvan is nog niet bekend.

Vraag 77

Wat is de verhouding tussen de IZA-tafel, de ROAZ-tafel en de Landelijke Spoedzorgtafel als het gaat om vraagstukken rondom acute zorg?

Antwoord

Op alle genoemde tafels worden afspraken gemaakt over toekomstbestendige (acute) zorg op landelijk of regionaal niveau. Er zijn verschillen in welke onderwerpen op de verschillende tafels worden besproken, met landelijke partijen danwel regionale partijen.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zijn afspraken gemaakt over het versterken van de regionale samenwerking. Deze landelijke afspraken worden besproken aan de IZA/AZWA tafel.

Aan de Landelijke Spoedzorgtafel (LST) worden ontwikkelingen rond het Kwaliteitskader Spoedzorgketen besproken. Hier worden bijvoorbeeld afspraken gemaakt over differentiatie van kwaliteitseisen voor verschillend aanbod van acute zorg in ziekenhuizen.

Het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) is een regionaal overleg waar afspraken gemaakt worden over de toegankelijkheid van de acute zorg in betreffende regio.

Vraag 78

Welke partijen zitten er aan de ROAZ-tafel? Welke partijen zitten daardoor juist niet aan tafel als er regioplannen worden gemaakt?

Antwoord

Een traumacentrum organiseert een regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ) dat tot doel heeft te bewerkstelligen dat zorgaanbieders, die behoren tot de in artikel 8A.1 van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz¹⁷ aangewezen categorieën, afspraken maken met betrekking tot de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg in hun regio alsmede de voorbereiding op het verlenen van die zorg. Dit zijn de volgende categorieën van zorgaanbieders:

- a. traumacentra;
- b. aanbieders van medisch-specialistische zorg die acute zorg verlenen, anders dan traumacentra;

¹⁷ Uitvoeringsbesluit Wkkgz

- c. Regionale Ambulancevoorzieningen;
- d. aanbieders van huisartsenzorg in huisartsenposten;
- e. gemeentelijke gezondheidsdiensten als bedoeld in artikel 14 van de Wet publieke gezondheid;
- f. aanbieders van geestelijke gezondheidszorg die acute zorg verlenen;
- g. apotheken die in de avond, de nacht en op zondag farmaceutische zorg aanbieden;
- h. aanbieders van huisartsenzorg, anders dan in huisartsenposten;
- i. aanbieders van geestelijke gezondheidszorg, die geen acute zorg verlenen;
- j. aanbieders van medisch-specialistische zorg, anders dan bedoeld in de onderdelen a en b;
- k. apotheken, anders dan bedoeld in onderdeel g;
- l. aanbieders van verloskundige zorg;
- m. aanbieders van wijkverpleging;
- n. aanbieders van eerstelijnsverblijf;
- o. aanbieders van Wlz-zorg;
- p. aanbieders van geriatrische revalidatiezorg.

Daarnaast nodigt het traumacentrum voor elk regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ) ten minste de zorgverzekeraar uit met het grootste marktaandeel in de regio en de directeur publieke gezondheid (DPG), als vertegenwoordiger van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst(en) (GGD) en de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie(s) in betreffende regio (GHOR). Indien een onderwerp geagendeerd staat dat naar het oordeel van het traumacentrum een gemeente, een patiëntenorganisatie, een Wlz-uitvoerder, de politie of een andere organisatie aangaat, nodigt het ook deze organisatie uit. De samenstelling van de partijen die aan tafel zitten in het ROAZ kan dus verschillen.

In het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) is de afspraak gemaakt dat de twee grootste zorgverzekeraars in iedere regio het voortouw nemen om de consistentie tussen ROAZ- en regioplannen te borgen. Hiermee wordt beoogd dat er uitwisseling plaatsvindt tussen de ROAZ en de regioplannen.

Vraag 79

Kunt u per ROAZ aangeven in hoeverre Spoedeisende Hulpartsen deelnemen aan de ROAZ-tafel en betrokken zijn als het gaat om acute zorg?

Antwoord

Ik kan niet per ROAZ regio aangeven hoe de Spoedeisende Hulpartsen deelnemen aan het Regionaal Overleg Acute zorgketen (ROAZ). Het is per ROAZ-regio verschillend hoe de governancestructuur is opgebouwd. In de regio's worden professionals betrokken bij het ROAZ via diverse focus-/expertgroepen of in het tactisch ROAZ, onder de structuur van betreffende ROAZ. Daarnaast is in het Integraal Zorgakkoord de afspraak opgenomen dat het opstellen van de ROAZ plannen gebeurt in gezamenlijkheid met relevante zorgprofessionals.

Vraag 80

Aangezien het voorzitterschap voor de ROAZ-tafel bij het traumacentrum/UMC ligt, hoe borgt u dat de regionale ziekenhuizen voldoende zijn aangehaakt bij de regioplannen en andere belangrijke beslissingen van het ROAZ?

Antwoord

Conform het Uitvoeringsbesluit Wkkgz is de organisatie van het Regionaal Overleg Acute zorgketen (ROAZ) belegd bij het traumacentrum van de

betreffende regio. Het is per ROAZ-regio verschillend hoe de governancestructuur is opgebouwd. In het ROAZ worden afspraken gemaakt over vertegenwoordiging en mandaat in de verschillende overleggen die gekoppeld zijn aan het ROAZ onder de structuur van betreffende ROAZ. De regionale ziekenhuizen worden volgens deze regionale structuur vertegenwoordigd op operationeel, tactisch en strategisch niveau. De ROAZ-plannen en de uitvoering daarvan is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de deelnemende partijen. Daarnaast is in het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) de afspraak gemaakt om de medisch-specialistische zorg – voor zover dat nog niet het geval is – onderdeel uit te maken van de ROAZ- en regioplannen. In de ROAZ en Regioplannen worden de afspraken beschreven die in de regio zijn gemaakt over de transformatie binnen het zorglandschap en op hoofdlijnen wie welke zorg levert.

Vraag 81

Aangezien het voorzitterschap voor de ROAZ-tafel ligt bij traumacentrum/UMC ligt, hoe borgt u dat de spoedeisende hulp artsen voldoende zijn aangehaakt bij regioplannen en andere belangrijke beslissingen van het ROAZ?

Antwoord

Conform het Uitvoeringsbesluit Wkkgz is de organisatie van het Regionaal Overleg Acute zorgketen (ROAZ) belegd bij het traumacentrum van de betreffende regio. Het is per ROAZ-regio verschillend hoe de governancestructuur is opgebouwd. In de regio's worden professionals betrokken bij het ROAZ via diverse focus-/expertgroepen of in het tactisch ROAZ, onder de structuur van betreffende ROAZ. Daarnaast is in het Integraal Zorgakkoord de afspraak opgenomen dat het opstellen van de ROAZ plannen gebeurt in gezamenlijkheid met relevante zorgprofessionals. Voor Spoedeisendehulp artsen is dit veelal geborgd via een focusgroep SEH of multitraumazorg.

Vraag 82

Aangezien het voorzitterschap voor de ROAZ-tafel ligt bij traumacentrum/UMC ligt, hoe borgt u dat de verloskundigen voldoende zijn aangehaakt bij regioplannen en andere belangrijke beslissingen van het ROAZ?

Antwoord

De organisatie van het Regionaal Overleg Acute zorgketen (ROAZ) is, conform het Uitvoeringsbesluit Wkkgz, belegd bij het traumacentrum van de betreffende regio. In het IZA zijn afspraken gemaakt om professionals te betrekken bij het opstellen van de ROAZ- en regioplannen. Het is per ROAZ-regio verschillend hoe de governancestructuur is opgebouwd. In de regio's worden professionals betrokken bij het ROAZ via diverse focus-/expertgroepen of in het tactisch ROAZ, onder de structuur van betreffende ROAZ. Daarnaast is in het Integraal Zorgakkoord de afspraak opgenomen dat het opstellen van de ROAZ plannen gebeurt in gezamenlijkheid met relevante zorgprofessionals. Veelal is dit voor verloskundigen geborgd via de focusgroep geboortezorg.

Vraag 83

Kunt u uiteenzetten hoe de meevaller bij «Apotheekzorg en hulpmiddelen» van € 49,3 miljoen is opgebouwd, uitgesplitst naar uitgaven voor geneesmiddelen en uitgaven voor apotheekhoudende zorg respectievelijk apotheken?

Antwoord

Deze meevaller betreft voor € 45,3 miljoen de apotheekeerzorg en voor € 4,0 miljoen de sector hulpmiddelen. Binnen de apotheekeerzorg kan er geen onderscheid worden gemaakt tussen geneesmiddelen en apotheekeerhoudende zorg respectievelijk apotheken omdat deze twee onderdelen niet afzonderlijk worden geraamd.

Vraag 84

Kan worden toegelicht welk deel van de neerwaartse bijstelling van € 49,3 miljoen bij «Apotheekeerzorg en hulpmiddelen» het gevolg is van volumemutaties en welk deel van prijsontwikkelingen, waaronder de in het budgettaire kader verwerkte loon en prijscompensatie?

Antwoord

Deze informatie is niet beschikbaar omdat de realisatiecijfers die het Ministerie van VWS ontvangt van het Zorginstituut uitsluitend zijn gebaseerd op de daadwerkelijke uitgaven. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt naar volumemutaties en prijsontwikkelingen ten opzichte van de raming.

Vraag 85

Is het juist dat de onderschrijding bij apotheekeerzorg in belangrijke mate is/wordt veroorzaakt doordat de vooraf in het budgettaire kader opgenomen loon en prijscompensatie niet (volledig) is gerealiseerd, zoals in eerdere jaren ook het geval was bij onderdelen van de Zvw uitgaven? Kan dit per jaar vanaf 2020 kwantitatief worden onderbouwd?

Antwoord

Omdat er in de realisatiecijfers geen onderscheid gemaakt kan worden tussen volumemutaties en prijsontwikkelingen is het niet mogelijk om de onderschrijding in de apotheekeerzorg op deze manier kwantitatief te onderbouwen. Het is echter wel aannemelijk dat de vooraf in het budgettaire kader opgenomen loon- en prijscompensatie de belangrijkste verklaring is, omdat dit de grootste component in de verwachte groei van de uitgaven is, zeker in de jaren 2023 en 2024.

Vraag 86

Wordt de neerwaartse bijstelling van € 49,3 miljoen voor «Apotheekeerzorg en hulpmiddelen» gezien als incidenteel in 2025 of wordt deze geheel of gedeeltelijk structureel verwerkt in de meerjarenramingen voor apotheekeerzorg en hulpmiddelen binnen de Zvw?

Antwoord

Deze neerwaartse bijstelling wordt incidenteel verwerkt in de raming voor 2025.

Vraag 87

Welke aannames hebben Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit gebruikt bij de actualisatie van de raming voor «Apotheekeerzorg en hulpmiddelen», bijvoorbeeld ten aanzien van contractering, volumeontwikkeling, generieke substitutie en preferentiebeleid?

Antwoord

Het Zorginstituut Nederland heeft geen aannames gebruikt bij de actualisatie van de raming voor «Apotheekeerzorg en hulpmiddelen», maar de door verzekeraars verwachte uitgaven aan deze sectoren bij elkaar opgeteld.

Vraag 88

Hoe is bij de kwalificatie van de onderschrijding bij «Apotheekeerzorg en hulpmiddelen» als meevaller rekening gehouden met de arbeidsmarktsi-

tuatie in de openbare farmacie, zoals beschreven in het recente TNO rapport over apothekersassistenten en het in oktober gepubliceerde brancherapport?

Antwoord

Bij deze kwalificatie is geen rekening gehouden met de arbeidsmarktsituatie zoals beschreven in het genoemde rapport.

Vraag 89

Uit Tabel 19 blijkt dat er bij Najaarsnota 2025 een onderbesteding is van € 22 miljoen in de wijkverpleging. Wat is de reden voor deze onderbesteding?

Antwoord

Zoals aangegeven in de brief (Kamerstukken II 2024/25, 23 235, nr. 244) van de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg, zijn er verschillende oorzaken van de onderschrijding in het budgettair kader wijkverpleging.

Specifiek ten aanzien van de € 22 miljoen geldt het volgende: De zorgverzekeraars kunnen, naarmate het jaar vordert, een steeds nauwkeurigere raming maken van de verwachte uitgaven wijkverpleging. Dit heeft in dit geval geleid tot een relatief geringe bijstelling van de eerdere raming van de onderschrijding 2025 in de ontwerpbegroting 2026.

Vraag 90

In de begroting voor 2026 VWS is de post wijkverpleging al naar beneden bijgesteld conform het AZWA (p.171, Kamerstuk 36 800 XVI). Wat is de reden dat er nu bij de Najaarsnota toch nog een aanvullende onderschrijding heeft plaatsgevonden?

Antwoord

De onderschrijding van € 22,0 miljoen (0,7% bij een stand van € 3.243 miljoen) komt bovenop de in de VWS-begroting 2026 verwachte onderbesteding voor 2025 in de wijkverpleging van € 406,7 miljoen. Deze extra onderschrijding volgt uit de derde kwartaalrapportage van het Zorginstituut.

De verwachte uitgaven in de kwartaalrapportages van het Zorginstituut zijn gebaseerd op de ramingen van alle zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars kunnen naarmate het jaar vordert een steeds nauwkeurigere raming maken van de zorguitgaven op basis van onder andere de kenmerken van hun verzekerdenpopulatie, de gemaakte inkoopafspraken en de reeds ontvangen declaraties. De derdekwartalcijfers van de wijkverpleging zijn bijvoorbeeld gebaseerd op circa 67% van de te ontvangen declaraties in 2025, terwijl de tweedekwartalcijfers waren gebaseerd op circa 42% van de te ontvangen declaraties. De VWS-begroting 2026 was gebaseerd op de tweedekwartalcijfers. Door de derde kwartaalrapportage over te nemen sluiten we aan bij de actuele ramingen.

Vraag 91

Hoe verhouden deze onderbestedingen zich tot de vraag naar zorg die er wel degelijk is (bijvoorbeeld naar casemanagers dementie) en waarin onvoldoende wordt voorzien?

Antwoord

Casemanagement dementie valt onder de Zorgverzekeringswet en kan al worden ingezet vanaf de «niet-pluifase» van dementie. Uit recent

onderzoek van PwC blijkt dat casemanagement niet altijd (tijdig) wordt ingezet.¹⁸

De Staatssecretaris LMZ heeft op 9 december jl. uw Kamer een brief gestuurd over de wijze waarop casemanagement voor iedereen die het nodig heeft beter kan worden georganiseerd. Kamerstuknummer is nog niet bekend, zie ook.¹⁹ Het budgettaire kader wijkverpleging biedt daarvoor voldoende ruimte.

¹⁸ <https://open.overheid.nl/documenten/63b332d3-2f38-47c5-ae01-61c578c2a4b4/file>

¹⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2025/12/09/kamerbrief-over-stand-van-zaken-casemanagement-dementie>