

36 800 XVI Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2026

Nr. 198 Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 juni 2026

Bij brief<sup>1</sup> van 18 december 2024 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de ambities om:

1. fraude met de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV) en regeling onverzekerbare vreemdelingen (OVV) aan te pakken;
2. de SOV en OVV te harmoniseren in één nieuwe regeling;
3. onverzekerdheid waar mogelijk te verminderen;
4. de taakstelling van structureel € 40 mln op de SOV per 2027 in te vullen.

Met de brief<sup>2</sup> van 3 juli 2025 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de voortgang van deze ambities. In deze brief wordt de Tweede Kamer opnieuw geïnformeerd over de voortgang en reageert dit kabinet op een aantal moties.

## Inleiding

Het Nederlandse stelsel van sociale zekerheid is gebouwd op solidariteit: als samenleving dragen we collectief zorg voor iedereen die in Nederland woont of werkt. Daar hoort wederkerigheid bij: van iedereen wordt verwacht dat hij of zij deelneemt aan het stelsel en het beroep op collectieve middelen beperkt tot het noodzakelijke.

Toch valt een groep mensen buiten dit stelsel. Het gaat onder meer om dak- en thuisloze mensen die niet staan ingeschreven in de Basisregistratie Personen (BRP), om arbeidsmigranten die na verlies van werk (en bijgevolg vaak ook huisvesting) ook hun zorgverzekering(srecht) kwijtraken, en om vreemdelingen zonder rechtmatig verblijf die geen zorgverzekering kunnen afsluiten. Deze mensen moeten in beginsel zelf hun zorgkosten dragen, maar kunnen dat in de praktijk vaak niet. Het gevolg is bijvoorbeeld dat zij niet bij een huisarts staan ingeschreven, mede daarom

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2024 - 2025, 36600-XVI, nr. 161

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2024 - 2025, 36600 XVI, nr. 197

noodzakelijke zorg uitstellen of mijden. Dat schaadt niet alleen hun eigen gezondheid, maar kan ook leiden tot duurdere zorg wanneer zij bijvoorbeeld in een acute setting toch zorg nodig hebben.

Door onverzekerde terug te dringen, wordt de toegang tot zorg voor een deel van deze groepen verbeterd. Het bieden van informatie over en het terugdringen van onverzekerde is daarmee een doorlopende opdracht van de overheid, maar die hangt voor een groot deel ook samen met de aanpak van problemen bij andere domeinen dan de zorg (die per subdoelgroep verschilt). Bij arbeidsmigranten gaat het bijvoorbeeld om betere registratie en het bestrijden van misstanden bij uitzendbureaus en werkgevers. Bij dak- en thuisloze mensen staat het bieden van huisvesting en een stabiel perspectief centraal.

Bij onverzekerbare vreemdelingen speelt het bieden van duidelijkheid over terugkeer of een ander duurzaam perspectief.

Nederland is een land dat in zijn zorgstelsel ook uitgaat van barmhartigheid jegens kwetsbare mensen. Zorgprofessionals bieden medisch noodzakelijke zorg, ook wanneer diegene niet verzekerd is, c.q. onvoldoende middelen heeft om die zorg zelf te betalen. Om ervoor te zorgen dat zorgaanbieders niet met onbetaalde rekeningen blijven zitten wanneer zij deze medisch noodzakelijke zorg verlenen aan mensen zonder zorgverzekering en met onvoldoende eigen middelen, heeft de overheid twee vangnetregelingen in het leven geroepen. De SOV biedt zorgaanbieders sinds 2017 een subsidie voor de kosten van zorg aan onverzekerde personen bij wie die kosten niet verhaalbaar zijn. De OVV, gebaseerd op artikel 122a van de Zorgverzekeringswet, voorziet in een bijdrage voor zorg aan vreemdelingen die geen zorgverzekering kunnen afsluiten. Beide regelingen richten zich niet op de patiënt, maar op de zorgaanbieder: de regelingen nemen de financiële drempel weg die het verlenen van zorg aan deze groepen anders zou belemmeren. De SOV en de OVV vormen zo het sluitstuk van het zorgstelsel — een uitdrukking van het principe dat niemand verstoken mag blijven van noodzakelijke zorg. Het is aan de medisch professional om te beoordelen of daar sprake van is. Tegelijkertijd moet dit vangnet houdbaar blijven en in verhouding staan tot wat de samenleving als geheel kan dragen.

### **1. Aanpak fraude SOV en OVV**

In de brief van 18 december 2024 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de fraude met de SOV en OVV die is geconstateerd door de NLA en IGJ. Een werkgroep van VWS met betrokken partijen heeft naar aanleiding hiervan de

kwetsbaarheden geanalyseerd en in het najaar van 2025 korte- en lange termijn aanbevelingen gedaan. Dit heeft geleid tot extra controles c.q. verificatieverplichtingen in de uitvoering bij het CAK, waardoor reeds € 2,5 mln verdachte declaraties zijn aangehouden. Daarnaast worden de SOV en OVV per 1 juli 2026 gewijzigd, waardoor het CAK extra bewijsstukken mag opvragen bij nieuwe zorgaanbieders. De verwachting is dat hiermee vanaf 2027 jaarlijks circa € 5 mln aan fraude wordt voorkomen. Voor de langere termijn wordt onder andere gekeken naar een uitbreiding van contractering van zorg, het inregelen van toezicht en het mogelijk maken van materiële controles. Hierbij wordt gezocht naar een balans tussen fraude, uitvoerbaarheid en administratieve lasten, en daarmee de mate waarin we kunnen werken vanuit een 'high trust regeling'. Dit loopt mee met de uitwerking van de nieuwe regeling

## **2. Nieuwe regeling zorgkosten onverzekerden**

Op advies van het CAK en veel zorgaanbieders wordt gewerkt aan een nieuwe regeling voor de kosten van zorg aan onverzekerde personen (waaronder ook vreemdelingen zonder rechtmatig verblijf) waarin de huidige SOV en OVV worden samengevoegd. De ambitie is om de nieuwe regeling per 2028 in werking te laten treden.

Ten behoeve van deze nieuwe regeling heeft de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC onderzoek<sup>3</sup> gedaan naar de wijze waarop de zorg aan onverzekerden doelmatiger en binnen één regeling kan worden gefinancierd en hoe de zorg aan onverzekerden in enkele andere Noordwest-Europese landen is georganiseerd. Het onderzoek bestaat uit een literatuurstudie en een Delphi studie met anonieme vragenlijstrondes onder onder andere zorgverleners.

Op basis van de reacties van de respondenten en de literatuur lijken de OVV en SOV grotendeels effectief ten aanzien van het wegnemen van onzekerheid bij zorgverleners over de vergoeding van zorg aan onverzekerde patiënten. Er is wel vaak twijfel over welke regeling gebruikt dient te worden. De harmonisatie wordt daarom door de respondenten als positief ervaren, mits duidelijk is welke patiënten er onder de regeling vallen. Daarbij geven de respondenten aan dat ze graag zien dat de vergoede zorg de Wet langdurige zorg en het hele basispakket omvat, met idealiter ook enkele uitbreidingen zoals basistandzorg. Het

---

<sup>3</sup> <https://www.publichealthrotterdam.com/2026/05/21/bouwstenen-voor-een-doelmatige-wettelijke-regeling-voor-de-financiering-van-medisch-noodzakelijke-zorg-aan-onverzekerde-patienten/>

vergoedingspercentage zien ze graag kostendekkend. De administratieve lasten dienen zo beperkt mogelijk te zijn door middel van een volledig gedigitaliseerd en geautomatiseerd declaratieproces. Een eventuele administratieve verplichting om de verblijfsduur van de onverzekerde patiënt aannemelijk te maken wordt onhaalbaar c.q. onwenselijk geacht. Hierbij wordt opgemerkt dat dit nooit de bedoeling is geweest en dat zorgaanbieders bij het bepalen van passende zorg al rekening houden met de verblijfsduur van patiënten (tevens onderdeel van de richtlijn van commissie Klazinga<sup>4</sup>). Verder moet het duidelijk zijn hoe een inspanningsverplichting om na te gaan of de onverzekerde patiënt (deels) zelf kan betalen, ingevuld dient te worden. Voorlichting en (in opleidingen ingebedde) scholing zijn nodig om de bekendheid van en met de gecombineerde regeling te waarborgen. Tot slot is geconcludeerd dat de zorgfinanciering voor onverzekerden in Duitsland, België, Frankrijk en Ierland wat betreft complexiteit vergelijkbaar is met Nederland of complexer. De regelingen in Nederland bieden betere toegang tot zorg aan onverzekerden dan in onze direct aangrenzende landen. De toegang tot zorg aan onverzekerden in Nederland behoort (samen met Frankrijk) tot de landen met de beste toegang.

De afgelopen periode heeft VWS mede aan de hand van het bovengenoemde onderzoek de volgende bouwstenen onderkend:

- *Instrument:* Voor het verstrekken van een vergoeding voor zorgkosten zijn verschillende juridische instrumenten mogelijk, zoals subsidie, aanbesteding of het open-house-model. De verschillende opties kennen ook verschillende voor- en nadelen (bijvoorbeeld t.a.v. fraude en uitvoeringslasten) en worden daarom momenteel door het CAK per deelsector gewogen.
- *Dekking:* In lijn met het advies van de commissie Klazinga blijft het uitgangspunt, voor wat betreft de dekking, het basispakket (hierbij kijken we nog naar uitzonderingen voor zorg die overduidelijk geen medisch noodzakelijke zorg betreft). De beperking die deze commissie noemt is bij verwacht kort verblijf, waarbij zorg die uitgesteld kan worden, beperkt kan worden gehouden. Dit is aan de arts.  
Daarnaast wordt de reikwijdte van de dekking voor langdurige zorg verkend in combinatie met in te vullen randvoorwaarden en flankerend beleid, zoals ofwel het in verzekering brengen van een persoon dan wel door in te zetten op terugkeer naar het land van herkomst (en hiermee naar het sociale zekerheids- en

---

<sup>4</sup> Rapport van de commissie Medische zorg (Klazinga) voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen, 2007

zorg systeem van het desbetreffende land). Om die reden wordt de vergoeding van zorgrepatriëring verkend. Op advies van de werkgroep 'aanpak fraude' zal in overleg met zorgaanbieders worden gekeken naar specifieke fraudegevoelige behandelprestaties.

- *Vergoeding*: De vergoedingspercentages van de huidige regelingen variëren. De SOV vergoedt 100% van de passantentarieven, de OVV 80% voor de eerste lijn en 80% tot 100% voor de tweede lijn. Het uitgangspunt is om deze vergoedingen meer te harmoniseren waarbij ook rekening wordt gehouden met de beschikbare middelen in de Rijksbegroting. Tegelijk valt in de gesprekken met zorgaanbieders op dat er verschillen zijn tussen deelsectoren en soms ook tussen zorgaanbieders binnen een deelsector. Bijvoorbeeld ten aanzien van het percentage onverzekerde patiënten van de totale patiëntenpopulatie, de hoeveelheid meerkosten, de complexiteit van de zorgvraag door bijkomende problematiek en de mogelijkheden om de zorgkosten te kunnen verhalen op de patiënt. Bij het bepalen van de hoogte van de vergoeding zal met het CAK worden verkend of rekening moet en kan worden gehouden met deze verschillen tussen deelsectoren.

### **3. Aanpak onverzekertheid**

In de inleiding van deze brief is toegelicht dat onverzekertheid met name kan worden aangepakt door de specifieke problemen van subgroepen onverzekerde personen (die veelal buiten de zorg liggen) aan te pakken. Dat komt ook naar voren in de verschillende onderzoeken die de afgelopen periode zijn verschenen naar onverzekertheid, en in bredere context de toegang tot zorg voor onverzekerde personen. Bijvoorbeeld het onderzoek van de IGJ<sup>5</sup> waarin er vanuit patiëntperspectief is gekeken naar de toegang tot zorg voor onverzekerden. Bekend is ook het onderzoek door het Erasmus MC<sup>6</sup>, in samenwerking met het Fonds Achterstandswijken (FAW) en de Ombudsman Rotterdam-Rijnmond (ORR), waarin aan de hand van tien casussen geïllustreerd wordt welke knelpunten er in de praktijk zijn rond de zorg aan onverzekerde personen.

In aanvulling hierop heeft adviesbureau Zorgvuldig Advies onderzoek<sup>7</sup> gedaan naar de wijze waarop bestaande landelijke en regionale programma's en plannen (indirect) bijdragen aan het

---

<sup>5</sup> [Stel zorgverleners in staat om medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden te bieden | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd](#)

<sup>6</sup> [Onverzekerd en ziek in Nederland: wat kunnen we voortaan beter doen? - Ombudsman Rotterdam-Rijnmond](#)

<sup>7</sup> <https://zorgvuldigadvies.nl/2026/05/18/onderzoek-bestaande-programmas-en-aanpak-onverzekertheid/>, 2026

verminderen van onverzekerde en welke aanvullende maatregelen genomen kunnen worden. Een voorbeeld hiervan is het Plan van aanpak Kortdurende opvang dakloze EU-burgers<sup>8</sup>. Doordat werkloze EU-burgers kort worden opgevangen en intensieve begeleiding krijgen (terug) naar werk (en daarmee verzekerd worden voor de Zvw) of bij terugkeer naar het

land van herkomst (en zich weer kunnen inschrijven in de sociale zekerheid van het land van herkomst), wordt indirect ook gewerkt aan het terugdringen van onverzekerde. Uit berekeningen volgt dat dit plan cumulatief over enkele jaren tot circa € 7 mln aan lagere kosten voor de SOV kan leiden. Een bedrag wat in potentie hoger kan worden. Voor Nederlandse dakloze personen (die verzekeringsplichtig zijn in Nederland) geldt dat zij eerst geholpen moeten worden met een woning of een briefadres en de bredere toegang tot de sociale zekerheid (bijvoorbeeld de zorgtoeslag), voordat ze een zorgverzekering kunnen afsluiten. De onderzoekers concluderen dat met explicietere en op de doelgroep afgestemde aandacht voor de zorgverzekering en onverzekerde bestaande programma's en initiatieven kunnen bijdragen aan het terugdringen van onverzekerde. De onderzoekers wijzen bijvoorbeeld op het belang van informatievoorziening, zoals de WorkinNL-punten, en voorlichting over de zorgverzekering.

Het beeld uit de verschillende onderzoeken wordt bevestigd in gesprekken met onverzekerde personen en verschillende stakeholders in de schil om hen heen. Denk aan zorgverleners, brancheverenigingen, straatartsen en zorgverzekeraars. Overeenkomstig de eerdergenoemde onderzoeken volgt ook uit deze gesprekken het beeld van de correlatie tussen onverzekerde en kwetsbaarheid en de multiproblematiek in andere leefgebieden dan de zorg. Als mensen zich in een kwetsbare positie bevinden en daarmee onder andere onverzekerde zijn geraakt of dreigen te raken is dit zorgelijk. Om dat te voorkomen is het dan ook van belang dat er blijvend vanuit verschillende domeinen gewerkt wordt aan de onderliggende oorzaken die bijdragen aan kwetsbaarheid en multiproblematiek. Dit kabinet verkent bijvoorbeeld welke concrete acties op lange termijn genomen kan worden in het Interdepartementaal Projectteam Arbeidsmigranten (IPA) om onverzekerde bij de doelgroep arbeidsmigranten te voorkomen en verminderen, zoals het versterken van de communicatie over de zorgverzekering bij de WorkinNL-punten. Het hebben van een zorgverzekering is ook een instrument om de toegang tot zorg te verbeteren, en daardoor escalatie van een zorgbehoefte zoveel mogelijk te voorkomen en passende zorg te kunnen bieden.

---

<sup>8</sup> [plan-van-aanpak-kwetsbare-dakloze-eu-burgers.pdf](#)

Naast deze meer lange termijn verkenning worden op korte termijn de volgende maatregelen ondernomen:

- Blijvende ontwikkeling en verbetering van (meertalige) voorlichtingsproducten (samen met expertisecentrum SKGZ) gericht op zowel onverzekerde personen als op de professionals om hen heen (zorgverleners, sociaal werkers, etc.). Deze voorlichting wordt gericht op onverzekerde, de verzekeringsplicht en de vergoedingsregelingen voor zorgprofessionals.
- Er wordt geïnvesteerd in het faciliteren van lokale samenwerkingsafspraken rondom zorg aan onverzekerde personen. Daarbij helpt onder andere de aanstaande wijziging van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 op basis waarvan zorgaanbieders en gemeenten gegevens van onverzekerde personen kunnen uitwisselen<sup>9</sup>.
- Er wordt uitvoering gegeven aan het amendement Westerveld en Beckerman<sup>10</sup>, namelijk het verstrekken van subsidie aan de Nederlandse Straatdokers Groep (NSG). Met deze subsidie ontvangt de NSG onder andere middelen om verschillende activiteiten voor de (regionale) organisatie van straatzorg voort te zetten. Daarbij kijkt het kabinet ook naar hoe dergelijke activiteiten (in de regio) structureel kunnen worden voortgezet. Hierin zal in afstemming met de NSG ook uitvoering worden gegeven aan de motie van lid Westerveld, over een plan om eerstelijnszorg voor dakloze mensen in alle GGD-regio's aan te bieden (Kamerstuk 36600-XVI, nr. 187). Hiertoe is de afgelopen periode, in samenwerking met GGD GHOR Nederland, een inventarisatie uitgezet onder alle 25 GGD-regio's. Deze inventarisatie, en het [straatzorgoverzicht](#) van de NSG, schetsen het beeld dat er in meer dan 80% van de regio's een aanbod voor zorg aan dakloze mensen is zoals bijv. een daklozenspreekuur (al dan niet vanuit de GGD'en zelf). In die regio's waar er (nu nog) geen aanbod is, worden plannen verkend en/of zijn er al initiatieven of organisaties actief die activiteiten ondernemen richting deze doelgroep.

#### **4. Invulling taakstelling SOV**

De afgelopen jaren zijn de uitgaven aan de SOV gestegen naar € 115 miljoen euro in 2026 en voor de OVV naar € 77 mln in 2026. Dit zijn ramingen van het CAK. Dit kabinet kijkt breed hoe we de zorg betaalbaar kunnen houden. Dat geldt ook voor deze open-einde-regelingen. Dit kabinet vindt het redelijk om aan de in deze brief genoemde ambities te blijven werken vanuit een taakstelling.

---

<sup>9</sup> Onderdeel Verzamelwet Gegevensuitwisseling II.b

<sup>10</sup> Kamerstuk 36 800 XVI nr. 82.

Hierbij wordt opgemerkt dat een deel van de ambities vaak pas op langere termijn doorwerken in lagere kosten voor de SOV (en OVV). Op korte termijn leveren de inspanningen om fraude met de SOV en OVV aan te pakken besparingen op die worden ingeboekt voor 2027, namelijk 5 miljoen euro. Het besluit is genomen om voor 2027 een besparingsverlies van 35 miljoen euro te verwerken in de begroting van het ministerie van VWS. Voor 2028 zal opnieuw worden bekeken op welke wijze de resterende taakstelling kan worden bereikt. Daarbij zal ook gekeken worden welke maatregelen direct en indirect leiden tot minder onverzekerde en daarmee tot lagere kosten voor de SOV en OVV.

## 5. Moties

De motie Daniëlle Jansen en Van den Hil<sup>11</sup> verzoekt de regering uit te werken op welke wijze kan worden voorkomen dat dakloze mensen hun zorgpolis verliezen door uitschrijving van hun briefadres en hierop te acteren, en de Kamer voor 15 juni 2026 te informeren over de voortgang hiervan.

Bij uitschrijving van het briefadres gaat het vaak om mensen die niet meer voor de overheid bereikbaar zijn en die na gedegen adresonderzoek door gemeenten in de BRP als 'vertrokken onbekend waarheen' worden geregistreerd. Zij zijn in veel gevallen niet (meer) verzekeringsplichtig. Zorgverzekeraars hanteren werkwijzen die verkeerd gebruik van de zorgverzekering door 'ten onrechte verzekerden' voorkomen. Hierdoor is niet altijd te voorkomen dat dak- en thuisloze mensen soms worden uitgeschreven bij uitschrijving van hun briefadres. Er is bij zorgverzekeraars beleid voor verzekerden, zoals bijv. dak- en thuisloze mensen, die geen adres hebben. In het kader van de aanpak onverzekerde wordt ook gewerkt aan de intensivering van informatievoorziening hierover. Uit de recente evaluatie<sup>12</sup> van het ministerie van BZK blijken verschillende aanbevelingen rond het briefadressenbeleid, die ook kunnen helpen onverzekerde te voorkomen (als gevolg van het ontbreken van een adres), zoals eenduidig nationaal beleid, richtlijnen voor gemeenten en het borgen van een redelijke termijn voor aanvraagafhandeling. Dit voorkomt echter niet volledig dat dakloze mensen hun zorgpolis verliezen door uitschrijving van hun briefadres. Deze situatie kan dus wel worden verminderd. Dit kabinet beschouwt deze motie als uitgevoerd.

De motie Dobbe<sup>13</sup> verzoekt de regering om in overleg met straatartsen, maatschappelijke organisaties die zich inzetten voor

---

<sup>11</sup> Kamerstukken II 2024-2025, 29 689, nr. 1282

<sup>12</sup> [Rapport Evaluatie ambtshalve toekenning van een briefadres | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

<sup>13</sup> Kamerstukken II, 2024-2025, 29 689, nr. 1278

onverzekerde mensen en zorgaanbieders, met een actieplan te komen om de toegang van onverzekerde mensen tot de zorg te verbeteren.

Het ministerie van VWS heeft mede naar aanleiding van deze motie onderzoeken bestudeerd, een onderzoek laten uitvoeren en gesprekken gevoerd. In de verschillende onderzoeken en gevoerde gesprekken wordt bevestigd dat de toegang tot de zorg vooral wordt verbeterd als wordt gewerkt aan de onderliggende – en bijkomende problematiek die verschilt per subgroep. Onverzekerdheid en eventuele onbekendheid met de SOV en OVV bij zorgaanbieders zijn maar beperkt de oorzaken van de verminderde toegang. Dat laat onverlet dat ook hieraan wordt gewerkt, zoals in deze brief is toegelicht. Dit kabinet beschouwt deze motie nog niet als uitgevoerd, omdat nog verder wordt verkend welke maatregelen mogelijk zijn. Hierover zal het ministerie van VWS in gesprek blijven met betrokken partijen.

De Motie Daniëlle Jansen c.s.<sup>14</sup> verzoekt de regering om in de voortgangsbrief van de nieuwe regeling, die voor de zomer wordt verwacht, per maatregel concreet aan te geven welk bedrag aan besparing wordt verwacht, een onderbouwing te geven van de haalbaarheid van die besparing, en de gevolgen voor de verschillende subgroepen van onverzekerden in kaart te brengen.

Voor 2027 is besloten € 5 mln als besparing en € 35 mln als besparingsverlies te boeken. Voor 2028 en verder zal opnieuw worden bekeken op welke wijze de resterende taakstelling kan worden bereikt. Hierbij wordt altijd per maatregel concreet aangegeven welk bedrag aan besparing wordt verwacht, een onderbouwing te geven van de haalbaarheid van die besparing, en de gevolgen beschreven voor de verschillende subgroepen van onverzekerden. Dit kabinet beschouwt deze motie als uitgevoerd.

De motie Daniëlle Jansen<sup>15</sup> verzoekt de regering om onderzoek te doen naar de relatie tussen niet-verleende, medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden en de gezondheidsschade en maatschappelijke kosten die daaruit voortvloeien.

Er zijn reeds veel nationale en internationale onderzoeken gedaan de relatie tussen niet verleende medisch noodzakelijke zorg en de daaruit voortvloeiende kosten en effecten (bij specifiek ook dakloze- en thuisloze mensen). Op dit moment is het ministerie van VWS in gesprek met onderzoeksinstituten over de meerwaarde van

---

<sup>14</sup> Kamerstukken II 2024–2025, 36 600 XVI, nr. 191

<sup>15</sup> Kamerstukken II 2024–2025, 36 600 XVI, nr. 192

een aanvullend onderzoek. Deze motie is daarom nog niet uitgevoerd.

De motie Dijk en Dobbe<sup>16</sup> verzoekt de regering om bij het opstellen van een nieuwe regeling ervoor te zorgen dat alle mensen in Nederland toegang houden tot alle medisch noodzakelijke zorg.

Volgens de Commissie Klazinga is medisch noodzakelijke zorg "verantwoorde en passende zorg" die doeltreffend en doelmatig is, patiëntgericht wordt verleend en afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt — dit kan in beginsel alle zorg omvatten die ook onderdeel is van het reguliere basispakket. Zoals aangegeven in deze brief is het basispakket het uitgangspunt voor de dekking van de nieuwe regeling (waarbij nog wel naar uitzonderingen wordt gekeken voor zorg die overduidelijk geen medisch noodzakelijke zorg is). Dit kabinet beschouwt deze motie als uitgevoerd.

De motie Westerveld<sup>17</sup> verzoekt de regering om bij de uitwerking van de nieuwe regeling het belang van patiënten en zorgverleners centraal te stellen en te garanderen dat artsen hun werk conform de artseneed kunnen uitvoeren en niet met extra werk belast worden. Bij de uitwerking van de nieuwe regeling worden de belangen van patiënten en zorgverleners centraal gezet en worden zij betrokken bij de uitwerking, maar zal ook het collectieve belang worden meegewogen, zoals de betaalbaarheid. Ook moet fraude zoveel mogelijk worden aangepakt waardoor het niet is uit te sluiten dat de administratieve lasten weer iets zullen stijgen. Dit kabinet merkt hierbij wel op dat de laatste jaren de administratieve lasten sterk zijn verminderd en dat door de digitalisatie van het declareren van de zorgkosten, de administratieve lasten op veel punten zelfs lager zijn dan voor verzekerde personen. Dit kabinet beschouwt deze motie als uitgevoerd, omdat, zoals de motie verzoekt, bij het uitwerken van de nieuwe regeling het belang van patiënten en zorgverleners centraal wordt gesteld en zoveel als mogelijk administratieve lasten worden voorkomen. Met deze regeling wordt bevorderd dat artsen hun artseneed kunnen uitvoeren, omdat gedeelde inkomsten voor zorg uit het basispakket kan worden gedeclareerd bij het CAK.

De motie Westerveld<sup>18</sup> verzoekt de regering met GGD-GHOR Nederland in kaart te brengen in welke regio's deze vorm van medische zorg nog niet beschikbaar is en een plan te maken zodat

---

<sup>16</sup> Kamerstukken II 2024–2025, 36 600 XVI, nr. 189

<sup>17</sup> Kamerstukken II 2024–2025, 36 600 XVI, nr. 186

<sup>18</sup> Kamerstukken II 2024–2025, 36 600 XVI, nr. 187

deze vorm van zorg wel in alle 25 GGD-regio's wordt aangeboden. Het ministerie van VWS heeft in samenwerking met GGD GHOR Nederland het aanbod van zorg aan dak- en thuisloze mensen in beeld gebracht. Het vervolg hierop is onderdeel van de subsidie aan de NSG. Deze motie is daarom nog in uitvoering.

### **Tot slot**

Uw Kamer ontvangt in het voorjaar van 2027 een derde voortgangsbrief.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
S.T.M. Hermans