31016 Ziekenhuiszorg

Nr. 376 Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 oktober 2026

De gezondste generatie ooit. Dat is waar dit kabinet voor staat. Gezondheid is voor iedereen immers heel kostbaar. Dit uitgangspunt vergt een beweging van zorg naar gezondheid. Het kabinet zet in op een gezonde leefomgeving, een stevige sociale basis en op het eerder en beter helpen van mensen. Dat heeft het kabinet aangegeven in de beleidsagenda van 24 april 2026.[1]

Maar voor wie ziek is, moet er zorg zijn als dat nodig is. Passende zorg moet de norm worden, dat betekent dat zorg beter moet aansluiten bij wat mensen echt nodig hebben. De zorg wordt namelijk beter als hij echt bij de patiënt past. Passende zorg is zorg waarbij patiënten samen met hun behandelaar beslissen, die verder kijkt dan de ziekte die een patiënt heeft, die, waar mogelijk, dichtbij de patiënt wordt georganiseerd en die werkt tegen een redelijke prijs. Die zorg moet dus goed, toegankelijk en betaalbaar zijn. Om dit te bereiken zijn afspraken gemaakt in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en worden stappen gezet in de uitvoering daarvan. Deze beweging wil het kabinet versterken. Voorlopers moeten worden beloond, achterblijvers moeten meedoen. Het kabinet wil daar meer op gaan sturen. Zodat ook de belangen van degenen die het moeilijkst worden gehoord, waaronder toekomstige burgers en patiënten, goed worden geborgd.

Voor de medisch-specialistische zorg betekent dit dat passende zorg niet alleen gaat over welke zorg een patiënt krijgt, maar ook over waar die zorg wordt geleverd en of die zorg tijdig beschikbaar is. Goede, toegankelijke en betaalbare zorg vraagt om keuzes in het zorglandschap: complexe zorg concentreren waar dat voor de kwaliteit nodig is, zorg spreiden en dichtbij organiseren waar dat kan en het zorgaanbod in een regio laten aansluiten op de huidige en toekomstige zorgvraag.

Met deze brief informeert het kabinet de Tweede Kamer, in aanloop naar het commissiedebat Ziekenhuiszorg op woensdag 7 oktober 2026, over de voortgang en ontwikkelingen ten aanzien van goede en passende medisch-specialistische zorg en een toekomstbestendig en passend medisch-specialistisch zorglandschap.

[1] Kamerstukken II, 2025/26, 36800 XVI, nr. 191.

Daarbij volgt deze brief de drie voor de ziekenhuiszorg relevante lijnen uit de beleidsagenda: 1. goede zorg die past, 2. een zorglandschap dat past en 3. zekerheid dat passende zorg er is.

## 1. Goede zorg die past

Het kabinet wil dat passende en kwalitatief goede zorg beschikbaar is voor iedereen, ook in de toekomst. De inzet is dat de patiënt de meest optimale behandeling in de best passende setting krijgt en daarbij optimaal gebruik wordt gemaakt van de beschikbare kennis, ervaring, capaciteit en infrastructuur.

Niet alle medisch-specialistische zorg hoeft daarom op iedere locatie te worden aangeboden. Voor hoogcomplexe zorg die weinig voorkomt kan concentratie nodig zijn om de kwaliteit te borgen. Daar staat tegenover dat zorg die dichtbij kan worden georganiseerd ook zoveel mogelijk dichtbij beschikbaar moet zijn.

### *Spreiding en concentratie*

In het IZA en AZWA hebben partijen afgesproken om via regionale samenwerking te komen tot een toekomstbestendig zorglandschap. Onderdeel daarvan is de beweging naar meer samenwerking in netwerken en naar concentratie én spreiding van zorg. Hoogcomplexe ingrepen bij aandoeningen die weinig voorkomen worden geconcentreerd wanneer dat nodig is om de gewenste kwaliteit te behalen. Tegelijkertijd moet worden bezien welke zorg juist breder en dichter bij de patiënt kan worden aangeboden.

Het Zorginstituut heeft voor de verdere uitwerking van deze beweging Ronde Tafels ingericht. In maart 2025 is een eerste tranche van hogere volumenormen vastgesteld voor 18 hoogcomplexe, laagvolume oncologische en vaatchirurgische aandoeningen. Zorgaanbieders hebben met dit uitgangspunt vervolgens afspraken gemaakt over de (her)verdeling van deze 18 ingrepen. Vanaf uiterlijk 1 januari 2027 worden de herverdelingsafspraken op basis van de volumenormen het uitgangspunt voor de inkoop door zorgverzekeraars.

De verhoogde volumenormen van tranche 1 hebben als vliegwiel gewerkt voor ziekenhuizen om breder met elkaar het gesprek te voeren over hun rol in de regio: welke expertise is waar beschikbaar, wie kan welke rol vervullen en welke zorg kan het beste op welke plek worden aangeboden? Daarmee is het inzicht ontstaan dat de opgave van concentratie en spreiding niet alleen betrekking heeft op afzonderlijke behandelingen, maar ook moet worden bezien in de bredere context van de inrichting van het regionale zorglandschap. De

gesprekken over spreiding van zorg zijn tot nu toe vooral gevoerd in samenhang met de verschuivingen van hoogcomplexe behandelingen als gevolg van de vastgestelde volumenormen. Het is niet mogelijk gebleken om aan de Ronde Tafels landelijke inhoudelijke normen voor spreiding vast te stellen. Partijen geven aan dat het moet gaan over de toekomstbestendige inrichting van het regionale zorglandschap waarbij de ziekenhuizen hun aanbod en hun huidig en toekomstig portfolio op elkaar afstemmen. In deze gesprekken in de regio moet het ook gaan over de positie van regionale ziekenhuizen en de rol die zij hebben in het leveren van zorg dichtbij.

Ondersteunend daarin zijn bijvoorbeeld de afspraken over echolonering in tranche 1. Partijen hebben met elkaar, op basis van de complexiteit van de aandoening en de interventie, bepaald welke benodigde expertise nodig is per onderdeel van het behandeltraject. Het verschilt vervolgens per regio hoe het zorglandschap hierop passend ingericht kan worden. Dat hangt onder meer af van de zorgvraag, het bestaande zorgaanbod, beschikbare expertise en capaciteit. In het AZWA is herbevestigd dat partijen afspraken maken over het samenwerken in netwerken zodat het aanbod ook in de toekomst aansluit op de zorgbehoefte in de regio en optimaal gebruik wordt gemaakt van regionaal beschikbare kennis, capaciteit en infrastructuur.

De volgende stap is de tweede tranche. Daarover vinden nu de gesprekken plaats. Begin 2027 worden de scope en richting hiervan besproken aan de Ronde Tafel. De lessen geleerd in tranche 1 worden hierin meegenomen. Onderdeel hiervan is de voortzetting van de regionale gesprekken over spreiding van zorg.

## 2. Een zorglandschap dat past

Passende zorg vraagt niet alleen om keuzes over welke zorg wordt geleverd, maar ook om een passende organisatie van die zorg. Het zorgaanbod in een regio moet aansluiten bij wat mensen daar nu en in de toekomst nodig hebben. In het IZA en AZWA zijn hierover afspraken gemaakt, onder meer over regionale samenwerking.

Met de beleidsagenda wil het kabinet deze beweging verder brengen en wil dat passende zorg altijd en overal de norm is. Voor de acute zorg krijgt deze bredere beweging concreet vorm in de ontwikkelroute passende acute zorg. De ontwikkelroute is daarmee geen afzonderlijk traject, maar een inhoudelijke uitwerking voor de acute zorg.

***Ontwikkelroute acute zorg***

De ontwikkelroute is gericht op het ondersteunen van noodzakelijke veranderingen in de regionale inrichting van de acute zorg en het bieden van kaders hiervoor. Op 1 september 2026 heeft het kabinet de vragen van kamer die zijn gesteld in het Verslag schriftelijk overleg over de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio beantwoord.[2]

De ontwikkelroute bestaat uit drie inhoudelijke sporen die parallel aan elkaar worden uitgevoerd: 1. het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, 2. een passende inrichting van het acute zorglandschap en 3. de doorontwikkeling van passende budgetbekostiging.

### *Spoor 1. Kwaliteitskader Spoedzorgketen*

Bij deze brief ontvangt de Kamer de jaarlijkse Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2026 van het RIVM en de Inventarisatie Kwaliteitskader Spoedzorgketen 2026.[3,4] Met deze analyses wordt inzicht gegeven in respectievelijk de bereikbaarheid van de acute zorg en de implementatie van de kwaliteitsnormen op de SEH.

Uit de bereikbaarheidsanalyse komt een positief beeld naar voren. Het aanbod van spoedeisende hulp en acute verloskunde is in 2026 stabiel gebleven. Nederland telt 79 SEH-locaties, waarvan 76 locaties 24 uur per dag, zeven dagen per week zijn geopend. Daarnaast wordt op 71 ziekenhuislocaties 24 uur per dag, zeven dagen per week acute verloskunde aangeboden. Ook is het aantal zogenoemde gevoelige ziekenhuizen ten opzichte van vorig jaar afgenomen ('gevoelige ziekenhuizen' zijn ziekenhuizen waarvan het wegvallen van de SEH ertoe leidt dat meer mensen niet binnen de bereikbaarheidsnorm van 45 minuten een ziekenhuis kunnen bereiken): voor de SEH van 29 naar 27 locaties en voor de acute verloskunde van 31 naar 29 locaties. Deze verbetering hangt onder meer samen met de uitbreiding van het aantal 24/7-bemande ambulancestandplaatsen, met name in Midden- en West-Brabant. Het aantal inwoners dat volgens de modelberekeningen niet binnen 45 minuten per ambulance een SEH of afdeling acute verloskunde kan bereiken, is verder afgenomen. Inmiddels kan 99,7% van de inwoners van Nederland binnen 45 minuten per ambulance naar een SEH worden gebracht. De analyses onderstrepen tegelijkertijd dat de bereikbaarheid en kwaliteit van acute zorg niet alleen afhangen van afzonderlijke zorglocaties, maar ook van de samenhang in de regionale spoedzorgketen. De beschikbaarheid van ambulancezorg, inzicht in

[2] Kamerstukken II 2025/26, 29 247, nr. 490
[3] RIVM Kennisnotitie: Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2026
[4] RIVM Kennisnotitie: Inventarisatie Kwaliteitskader spoedzorgketen 2026

capaciteit en goede samenwerking tussen zorgaanbieders zijn daarbij van belang.

Met een inventarisatie brengt het RIVM daarnaast op basis van een uitvraag onder alle ziekenhuizen met een SEH in beeld in hoeverre zij aangeven te voldoen aan de normen uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. De inventarisatie laat zien dat ziekenhuizen op veel onderdelen van het kwaliteitskader goed presteren, en dat op verschillende onderdelen verdere vooruitgang zichtbaar is.

Tegelijkertijd blijkt dat niet alle normen in de dagelijkse praktijk overal volledig kunnen worden gehaald. Vooral de normen rondom tijdige triage en hertriage blijven een uitdaging voor een deel van de ziekenhuizen. Werkdruk en personeelstekorten worden als belangrijkste oorzaken genoemd. Deze bevindingen laten zien dat het borgen van de kwaliteit van spoedzorg zowel inzet binnen ziekenhuizen op werkprocessen en personele beschikbaarheid vraagt als goede afstemming en samenwerking binnen de regionale spoedzorgketen.

De afgelopen periode hebben partijen aan de Landelijke Spoedzorgtafel (LST) een voorstel uitgewerkt voor gedifferentieerde kwaliteitseisen voor verschillend aanbod van acute zorg in ziekenhuizen, zoals afgesproken in het AZWA. Tegelijkertijd is het bestaande Kwaliteitskader op verschillende onderdelen geactualiseerd. Zo zijn bestaande eisen aan de SEH aangepast, onder meer ten aanzien van triage en de bereikbaarheid en beschikbaarheid van specialismen. Ook zijn de acute psychiatrie en spoedeisende farmaceutische zorg aan het kader toegevoegd. Partijen hebben aan de LST van 21 september jongstleden overeenstemming bereikt over de inhoud van het vernieuwde Kwaliteitskader Spoedzorgketen 2.0. Het kader zal nu op korte termijn worden aangeboden aan Zorginstituut Nederland voor opname in het Register van kwaliteitsstandaarden.

Met de motie-Tijmstra is de regering daarnaast verzocht het belang van gezamenlijke scholing van professionals in de spoedzorg en de ggz onder de aandacht te brengen bij Zorginstituut Nederland.[5] De motie wijst daarbij specifiek op de opvang op SEH’s van patiënten met onder meer suïcidaal gedrag, onbegrepen gedrag en complexe psychosociale problematiek, en op het belang dat professionals hiervoor goed zijn toegerust. Het Zorginstituut heeft het verzoek uit de motie onder de aandacht gebracht van de betrokken veldpartijen en geagendeerd voor de Landelijke Spoedzorgtafel van 21 september. Daar hebben partijen aangegeven dat dit onderwerp niet meer kan worden verwerkt in versie 2.0 van het Kwaliteitskader omdat hierover al overeenstemming is bereikt. Partijen zijn zelf verantwoordelijk voor deze doorontwikkeling en daarmee ook hoe genoemde elementen uit de motie daarin kunnen landen. Het kabinet kan en

[5] Kamerstukken II 2025/26, 29 282, nr. 644

wil niet op die stoel gaan zitten. Het kabinet beschouwt de motie hiermee als afgedaan.

### *Spoor 2. Een passende inrichting van het acute zorglandschap*

Om de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg ook in de toekomst te borgen, moeten partijen meer dan ooit samenwerken. Het is daarom van belang dat voor alle partijen in de keten duidelijk is waar in de regio welke zorg wordt geleverd en dat het aanbod aansluit bij de zorgvraag in die regio. Concreet is eerder in het AZWA afgesproken dat aanbieders in een regio samenwerken in netwerken en hun aanbod via de regioplannen verbinden aan de zorgvraag in die regio. Bestaande regioplannen en plannen van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ-plannen) worden daarom in 2026 aangevuld met de gevolgen voor het regionale zorgaanbod van lopende IZA-trajecten, waaronder trajecten rond concentratie en spreiding.

Transformaties in de medisch-specialistische zorg worden, vooruitlopend op de herijking van de regio- en ROAZ-plannen in 2028, opgenomen in de werkagenda’s die bij deze plannen horen. De voorzitters van de betreffende regio’s rapporteren hierover in het eerste kwartaal van 2027. Het doel is dat de patiënt de goede zorg ontvangt op de minst ingewikkelde plek, dichtbij huis waar dat kan en verder weg waar dat voor de kwaliteit of vanwege schaarse expertise nodig is.

### *Regionale besluitvorming: NSOB en de handreiking*

Veranderingen in het zorglandschap vragen niet alleen om inhoudelijk goede keuzes, maar ook om een zorgvuldig proces om tot die keuzes te komen. Het bij deze brief gevoegde essay van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur (NSOB), Meer dan een zieken(huis), biedt daarvoor relevante inzichten. De NSOB reflecteert daarin op de besluitvorming over de bereikbaarheid en toegankelijkheid van acute zorg en op de wijze waarop VWS zich daartoe kan verhouden.

Het essay laat zien dat een ziekenhuis meer is dan een plek waar zorg wordt geleverd. Het is ook een plek van ingrijpende gebeurtenissen in het leven van mensen en een kruispunt van uiteenlopende ervaringen en betekenissen. Besluiten over concentratie, verplaatsing of afbouw van acute zorgfuncties raken daardoor verschillende perspectieven tegelijkertijd: medische, financiële, bestuurlijke, sociale, culturele en politieke. Die perspectieven bestaan naast elkaar, maar krijgen in besluitvormingsprocessen niet vanzelf dezelfde aandacht of hetzelfde gewicht.

Dat neemt de noodzaak om keuzes te maken niet weg. Het stelt wel eisen aan de manier waarop die keuzes tot stand komen. Bij veranderingen in het zorglandschap moeten de verschillende publieke belangen expliciet worden gewogen, moet duidelijk zijn wie waarvoor verantwoordelijk is en moeten inwoners en andere betrokkenen tijdig bij het proces worden betrokken.

Het kabinet benut deze inzichten ook praktisch bij de verdere ontwikkeling van de handreiking voor de regionale dialoog over veranderingen in het aanbod van acute zorg.[6] De handreiking moet partijen in de regio ondersteunen om bij voorgenomen veranderingen tijdig het gesprek te voeren over de gevolgen voor patiënten en inwoners, de verschillende belangen die daarbij spelen en de keuzes die nodig zijn om de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg te borgen.

De inzichten uit het NSOB-essay worden daarnaast betrokken bij de verdere uitwerking van de beleidsagenda, in het bijzonder bij de versterking van de sturing op een passend zorglandschap.

### *Spoor 3. Doorontwikkeling passende budgetbekostiging*

Ook de bekostiging moet bijdragen aan de gewenste inrichting van de acute zorg. Het kabinet wil betekenisvolle stappen zetten in de budgetbekostiging van de SEH. Het kabinet werkt aan een adviesaanvraag aan de NZa over een vervolgstap in de budgetbekostiging. De NZa zal worden gevraagd te onderzoeken of, en zo ja hoe, een gedifferentieerd aanbod in het acute

[6] Kamerstukken II 2024/25, 29 247, nr. 464

zorglandschap een plek kan krijgen in een passende budgetbekostiging. De resultaten van het onderzoek worden in het derde kwartaal van 2027 verwacht. Op basis daarvan kan het kabinet een besluit nemen over een vervolgstap in de budgetbekostiging per 1 januari 2029.

### *Betrokkenheid SEH-artsen*

Bij de uitvoering van de ontwikkelroute zijn verschillende veldpartijen betrokken. De Kamer heeft met de motie-Maeijer verzocht de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) als volwaardig gesprekspartner te betrekken bij de gesprekken over de budgetbekostiging van de SEH.[7] Daarmee vroeg de Kamer specifiek aandacht voor een goede borging van het perspectief van SEH-artsen bij de verdere ontwikkeling van de acute zorg, naast de betrokkenheid van de Federatie Medisch Specialisten (FMS).

Op 10 september 2026 heeft de minister van VWS hierover gesproken met de NVSHA en de FMS. Partijen hebben aangegeven nadere afspraken te hebben gemaakt over de borging van het perspectief van SEH-artsen. Binnen de FMS is een commissie Acute zorg ingericht die de gezamenlijke inbreng voorbereidt. SEH-artsen maken hiervan onderdeel uit. Partijen geven aan dat hiermee sprake is van een goede borging van het perspectief van de SEH-artsen. Het kabinet beschouwt de motie-Maeijer daarmee als afgedaan.

### *Academische zorg in een passend zorglandschap*

Een passend zorglandschap vraagt ook dat de bijzondere functies van verschillende zorgaanbieders helder zijn en dat de inzet van publieke middelen daarop aansluit. Dat geldt in het bijzonder voor de academische zorg. Universitair medische centra en andere ontvangers van de beschikbaarheidbijdrage academische zorg (BBAZ) vervullen specifieke rollen in het zorglandschap, onder meer bij topreferente en innovatieve zorg en bij de ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling. De BBAZ bedraagt momenteel ruim € 1 miljard.

De inrichting van het zorglandschap verandert. Met het IZA en AZWA worden keuzes gemaakt over onder meer concentratie en spreiding van zorg, samenwerking in netwerken en de rolverdeling tussen zorgaanbieders. Tegen die achtergrond is het nodig opnieuw te bezien welke maatschappelijke rollen en taken van de ontvangers van de BBAZ in het toekomstige zorglandschap nodig zijn. De huidige visie daarop dateert uit 2019.[8] Het kabinet werkt daarom aan een

[7] Kamerstukken II 2025/26, 36915 XVI, nr. 23
[8] Kamerstukken II, 2018/19, 33 278, nr. 8

hernieuwde visie en streeft ernaar deze medio 2027 aan de Tweede Kamer te sturen.

In het coalitieakkoord (bijlage bij Kamerstuk 36848, nr. 31) is afgesproken dat ook de zorg een bijdrage levert aan de noodzakelijke besparingen. Onderdeel daarvan is een structurele korting van €100 miljoen op de BBAZ vanaf 2029. Deze korting staat daarmee vast. De vraag is hoe deze korting zorgvuldig kan worden ingevuld.

Het kabinet heeft de BBAZ-ontvangers en UMCNL gevraagd hiervoor bouwstenen aan te leveren. Het streven is om medio 2027 een besluit te nemen over de invulling van de korting en het vergroten van de transparantie van de BBAZ. De betrokken partijen hebben hieraan hun medewerking toegezegd.

## 3. Zekerheid dat passende zorg er is

Een passend ingericht zorglandschap is niet voldoende. Voor patiënten moet passende zorg ook daadwerkelijk en tijdig beschikbaar zijn. Daarom zet het kabinet in op het beter benutten van beschikbare capaciteit, het verkorten van wachttijden en het waar nodig versterken van de beschikbaarheid van zorg.

### *Gelijkwaardige toegang en proactieve zorgbemiddeling*

Onder leiding van UMCNL wordt onderzocht welke elementen gelijkwaardige toegang tot zorg beïnvloeden. Het onderzoek loopt volgens planning en wordt naar verwachting eind 2026 afgerond. Partijen hebben in het AZWA afgesproken de conclusies en aanbevelingen uit het onderzoek actief op te pakken.

Daarnaast is in het AZWA afgesproken dat zorgverzekeraars patiënten die lang op een wachtlijst staan proactief gaan bemiddelen naar zorgaanbieders waar de wachttijd korter is. Bij proactieve zorgbemiddeling kunnen verzekeraars patiënten benaderen die langer dan de Treeknorm wachten op passende zorg, wanneer de patiënt toestemming heeft gegeven voor het delen van gegevens voor deze bemiddeling.

Sinds 13 juli is proactieve zorgbemiddeling volledig uitgerold. De meest recente cijfers laten zien dat tussen 20 april en 20 september 48.230 patiënten toestemming hebben gegeven voor proactieve zorgbemiddeling in de verwijsdienst. Zorgverzekeraars hebben aangegeven afgelopen zomer veelvuldig contact te hebben gehad met verzekerden over zorgbemiddeling. Zoals afgesproken in het AZWA start eind 2026 een evaluatie van de werkwijze van proactieve zorgbemiddeling, daarna kan er meer gezegd worden over het effect van pro-actieve zorgbemiddeling.

### *Uitbreiding MMT-capaciteit*

Medisch Mobiele Teams (MMT's) verlenen medisch-specialistische hulp buiten het ziekenhuis aan vitaal bedreigde patiënten in levensbedreigende situaties. Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) heeft de toegankelijkheid van de MMT-zorg in Nederland in beeld gebracht. Daaruit bleek dat sprake is van zogenoemde witte vlekken in Oost-Nederland en Zuid-Limburg en van drukteproblemen in West-Nederland.

Eerder heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd over de uitbreiding van de MMT-capaciteit met een vijfde helikopter-MMT op luchthaven Teuge en een grondgebonden MMT in Zuid-Limburg. Om deze uitbreiding vanaf 2027 te kunnen bekostigen zijn verschillende aanpassingen in de wet- en regelgeving nodig.

Medio juli 2026 is het gewijzigde Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG gepubliceerd in het Staatsblad.[9] Daarmee is een wettelijke grondslag gecreëerd om de opstart- en exploitatiekosten van de uitbreiding vanaf 1 januari 2027 via de beschikbaarheidbijdrage te financieren. Parallel hieraan is de NZa de opdracht gegeven beleidsregels te realiseren die de bekostiging mogelijk maken.

Het grondgebonden MMT in Zuid-Limburg kan naar verwachting in de loop van 2027 operationeel zijn. Voor het helikopter-MMT op luchthaven Teuge is meer tijd nodig, onder meer vanwege de vernietiging van het eerdere luchthavenbesluit door de Raad van State. Een nieuw luchthavenbesluit is nodig voor zowel de MMT-stationering als de verdere besluitvorming over de luchthaven. De provincie Gelderland is hiervoor bevoegd gezag en streeft ernaar het nieuwe besluit uiterlijk 1 juli 2027 vast te stellen.

## Overige ontwikkelingen

### *Nationaal Plan Zeldzame Aandoeningen*

Met de motie-Paulusma en Bushoff is het kabinet verzocht om samen met veldpartijen en patiëntenvertegenwoordiging een nationaal plan zeldzame aandoeningen op te stellen.[10] In dit plan moet onder meer aandacht zijn voor tijdige diagnose, het stimuleren van netwerkzorg, toegang tot effectieve behandelingen en de financiering van Europese samenwerking bij onderzoek.

---

[9] Staatsblad 2026, 200 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen
[10] Kamerstukken II 2023/24, 32 805, nr. 182

Om uitvoering te geven aan deze motie heeft het ministerie van VWS ZonMw opdracht gegeven het proces voor de ontwikkeling van een nieuw Nationaal Plan Zeldzame Aandoeningen (NPZA) te begeleiden. Het plan bouwt voort op het Nationaal Plan Zeldzame Ziekten uit 2013 en wordt ontwikkeld met brede betrokkenheid van onder andere patiëntenorganisaties, zorgprofessionals, onderzoekers, beleidsmakers en kennisinstituten.

Het doel is te komen tot een breed gedragen en toekomstbestendig plan dat richting geeft aan toekomstige beleidskeuzes, de samenwerking tussen partijen versterkt en concrete handvatten biedt voor verdere verbetering van zorg, onderzoek, kennisdeling en ondersteuning van mensen met een zeldzame aandoening. De ontwikkeling van het plan start in september 2026. Het streven is om medio 2028 een breed gedragen Nationaal Plan Zeldzame Aandoeningen op te leveren. Mede op verzoek van deze veldpartijen wordt de tijd genomen, die zij ook verwachten nodig te hebben, om met elkaar tot een plan te komen waar alle betrokken partijen zich aan committeren.

### *Beschikbaarheidbijdrage gespecialiseerde brandwondenzorg*

In het rapport van de evaluatie van het instrument beschikbaarheidbijdrage, dat in mei van dit jaar naar de Tweede Kamer is gestuurd, is onder meer geadviseerd beter inzichtelijk te maken of de beschikbaarheidbijdragen daadwerkelijk de beoogde maatschappelijke doelen realiseren.

Gespecialiseerde brandwondencentra ontvangen een beschikbaarheidbijdrage die sinds 2012 niet is geëvalueerd. De afgelopen periode is gebleken dat de regelgeving voor deze beschikbaarheidbijdrage onvoldoende duidelijk is afgebakend, waardoor onvoldoende kan worden gestuurd op een doelmatige inzet van de middelen. Het kabinet zal de beschikbaarheidbijdrage daarom evalueren en, indien nodig, de regelgeving voor de beschikbaarheidbijdrage voor gespecialiseerde brandwondenzorg aanpassen.

### *Vervolg medisch specialisten in loondienst*

In maart heeft de Kamer het tweede deel van de Monitor verbeterpotentieel medisch-specialistische bedrijven van de Nederlandse Zorgautoriteit ontvangen.[11] Deze monitor is een sluitstuk in een lange reeks aan onderzoeken in het kader van het al dan niet verplicht in loondienst brengen van medisch specialisten. Het kabinet onderschrijft het uitgangpunt dat financiële en

[11] Kamerstukken II 2025/26, 31 765, nr. 972

organisatorische belangen de beweging naar passende zorg niet zouden mogen belemmeren. Ten aanzien van het verplicht in loondienst brengen van medisch specialisten hebben meerdere onderzoeken uitgewezen dat er diverse juridische, financiële en uitvoeringstechnische aspecten spelen die in dit vraagstuk zorgvuldig gewogen moeten worden. Het kabinet streeft ernaar de Kamer zo spoedig mogelijk te informeren over het vraagstuk medisch specialisten in loondienst.

***Tot slot: van beweging naar borging***

De afgelopen jaren is met het IZA en het AZWA een beweging naar passende zorg ingezet. De stappen in deze brief laten zien hoe die beweging in de medisch-specialistische zorg verder wordt gebracht: door duidelijker te bepalen welke zorg passend is, door het zorglandschap daarop in te richten en door te zorgen dat passende zorg voor patiënten daadwerkelijk beschikbaar is.

Er zijn hogere volumenormen vastgesteld en afspraken gemaakt over de herverdeling van complexe zorg. Regio's werken aan de gevolgen daarvan voor het zorglandschap. Het aanbod van de acute zorg is stabiel. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is vernieuwd. Er worden vervolgstappen voorbereid in de budgetbekostiging en patiënten die lang wachten kunnen inmiddels proactief worden bemiddeld.

Tegelijkertijd laten deze ontwikkelingen zien dat passende zorg niet alleen vraagt om afspraken over de inhoud van zorg. Het vraagt ook om keuzes over waar zorg wordt geleverd, om samenwerking tussen partijen in een regio en om de zekerheid dat de zorg die mensen nodig hebben daadwerkelijk beschikbaar blijft.

Het kabinet wil daarom de stap zetten van beweging naar verdere borging. Passende zorg moet de norm worden: in de spreekkamer, in de contractering en in het zorglandschap. Waar partijen gezamenlijk tot de noodzakelijke veranderingen komen, moet daarvoor ruimte zijn. Waar dat onvoldoende gebeurt of publieke belangen als kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in het gedrang komen, moet de overheid in staat zijn richting te geven en waar nodig te sturen. Het kabinet informeert de Tweede Kamer binnenkort over de verdere uitwerking van de beleidsagenda van VWS.

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