37 020 XVI **Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2027**

Nr. 31 **VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 8 oktober 2026

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 24 september 2026 voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij brief van 7 oktober 2026 zijn ze door de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport beantwoord.

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

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

Antwoorden schriftelijke Kamervragen bij de

VRAAG

Waarom is de indexatie van het eigen risico naar €400 gegaan in plaats van €395, zoals

Antwoor

De indexatie van het verplicht eigen risico is afhankelijk van de ontwikkeling van de Zvw-uitgaven. Zoals toegelicht in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel tot verhoging van het eigen risico[1] wordt de definitieve indexatie voor 2027 vastgesteld bij de Ontwerpbegroting voor 2027. De uitgavenontwikkeling is tussentijds omhoog bijgesteld door uitgavenbesluitvorming en verwerking van actuele economische inzichten uit de Macro Economische Verkenning (MEV) van het CPB, waardoor de loon- en prijsontwikkeling in de zorg is aangepast.

VRAAG

Hoeveel taakstellingen zijn er sinds 2020 op Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gekomen? Kunnen deze overzichtelijk in een tabel worden gezet? Is het ministerie van VWS betrokken geweest bij het in de begroting opnemen van de nieuwe taakstelling op het ambtelijke apparaat? Zo ja, kunnen de ambtelijke adviezen hierover met de Kamer worden gedeeld? Wat gaat het ministerie van VWS concreet minder doen nu deze taakstelling in de begroting is opgenomen? Raakt deze taakstelling ook de uitvoering? Zo ja, op welke wijze? Welke mogelijke risico's voor de

Antwoor

Onderstaande tabel toont het aantal taakstellingen in relatie tot het apparaat

Tabel 1 Overzicht taakstellingen in relatie tot het apparaat van VWS (bedragen x € 1.000)

	202	202	202	202	202	203	203
Taakstelling amendement Bontenbal Hoofdlijnenakkoord	– 15.070	– 15.070	– 15.070	– 15.070	– 15.070	– 15.070	– 15.070
Schoof Coalitieakkoord Jetten			– 46.954	– 61.272	– 67.610	– 67.610	– 67.610
Aanvullende taakstelling Jetten				– 16.248	– 58.415	–	– 114.183
Totaal	–	–	–				

De taakstellingen zijn een gevolg van politieke besluitvorming. Het kabinet besluit om een rijksbrede taakstelling op te nemen in de begroting. Een taakstelling wordt vervolgens verdeeld over meerdere departementen middels een verdeelsleutel.

Besluitvorming over de uiteindelijke verdeling binnen de begroting heeft pas op een later moment plaatsgevonden, besluitvorming rondom de taakstelling Schoof heeft in 2025 plaatsgevonden. Hierbij moeten de concernorgani-saties van VWS (hieronder vallen verschillende typen organisaties) alle in 2029 een besparing van in totaal 2,5% op hun apparaatskosten bereikt hebben. Het Haagse kerndepartement moet het grootste gedeelte halen. Dit gebeurt door efficiënter te werken, het afbouwen van inzet op beleidsdossiers en door versobering van de bedrijfsvoering. Concreet gaat het hierbij onder meer om aanpassingen van het beleid m.b.t. ICT-middelen, versobering arbeids-marktcommunicatie, minder vakblad-abonnementen, minder extern vergaderen en aanpassingen in de interne dienstverlening. Daarnaast wordt jaarlijks de externe inhuur

Voor wat betreft de taakstellingen uit het huidige Coalitieakkoord en de aanvullende taakstelling Jetten geldt dat nog moet worden bezien hoe de taakstelling concreet wordt ingevuld. Zodoende is momenteel niet exact te duiden welke risico's voor de uitvoering en dienstverlening worden voorzien. Voor de uitwerking van Slagvaardige Overheid (onderdeel van zowel het Coalitieakkoord als de aanvullende taakstelling Jetten) geldt dat VWS, gezamelijk met de

[1] Kamerstukken II 2025/26, 36 943,

op te stellen. De taskforce richt zich op het verminderen van regeldruk, het verhogen van de productiviteit en het verbeteren van de dienstverlening. Ook wordt ingezet op betere samenwerking over organisatiegrenzen heen en verdere versterking van digitale dienstverlening.

VRAAG

Hoeveel subsidies zijn gekort als het gevolg van taakstellingen in de afgelopen vijf jaar op VWS? Kunnen deze overzichtelijk in een tabel worden gezet?

Antwoor

De kortingen op de verschillende subsidies komen voort uit de generieke taakstelling subsidies Rijksbreed vanuit het hoofdlijnenakkoord van het kabinet Schoof en de subsidietaakstelling uit het regeerakkoord Jetten. Voor een overzicht van de subsidiekortingen van coalitieakkoord Jetten wordt verwezen naar het antwoord op vraag 329 van deze set Kamervragen. Over de invulling van de subsidietaakstelling Schoof is 21 oktober 2024 een Kamerbrief gestuurd. Voor een precieze uitsplitsing van de invulling van deze taakstelling kan de bijlage bij deze kamerbrief worden

VRAAG

Hoe kan het dat VWS-begroting op geen enkel artikel «de post nog niet ingevuld/ vrij te besteden»

Antwoor

Volgens de Rijksbegrotingsvoorschriften wordt de categorie ‘nog niet ingevuld/vrij te besteden’ als sluitpost gebruikt. In beginsel tellen de categorieën juridisch verplicht, bestuurlijk gebonden en beleidsmatig gereserveerd namelijk op tot 100%.

Een aanzienlijk deel van de VWS-begroting is juridisch verplicht door de rijksbijdragen en de zorgtoeslag op artikel
8. Dit artikel omvat € 33,2 miljard van de totale uitgaven van € 40,7 miljard op de VWS-begroting en is voor
100% juridisch verplicht. Ook betreft een groot deel van de begroting staand beleid, waarvoor

Daarnaast is een deel van de begroting als bestuurlijk gebonden aangemerkt, waaronder de gereserveerde middelen voor het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA).

De beschikbare middelen op de begroting zijn gereserveerd voor specifieke beleidsdoelen. Wanneer deze middelen voor een ander doel worden ingezet, zijn ze niet langer beschikbaar voor het oorspronkelijke doel. Een alternatieve keuze hierin kan daarmee gevolgen hebben voor de uitvoering van bepaald beleid.

VRAAG

Kan er een overzicht gemaakt worden van de afgelopen tien jaar hoe groot het cumulatieve bedrag was van de de post «nog niet ingevuld/ vrij te besteden» van alle artikelen op de VWS-begroting omvatte per jaar? Kunt u dit in een tabel weergeven?

Antwoor

Vanaf de begroting 2023 wordt de budgetflexibiliteit in de categorieën juridisch verplicht, bestuurlijk gebonden, beleidsmatig gereserveerd en nog niet ingevuld/vrij te besteden weergegeven. Daarvoor werd enkel het juridisch verplichte percentage gepresenteerd.

[2] Kamerbrief bij nota van wijziging op Ontwerpbegroting VWS 2025 |

Onderstaande tabel bevat een overzicht van de percentages nog niet ingevuld/vrij te besteden vanaf de begroting 2023. Door middel van deze percentages en de totaaluitgaven per artikel zijn de bijbehorende bedragen berekend. Cumulatief is, over deze vijf jaar, circa € 71,6 miljoen als nog niet ingevuld/vrij

Tabel 2 Nog niet ingevulde/vrij te besteden ruimte VWS-begroting

	Percentag					Bedragen in €				
Artik	**202**	**202**	**202**	**202**	**202**	**202**	**202**	**202**	**202**	**202**
1	0,1 %	0%	0%	0%	0%	3.225	0	0	0	0
2	0%	0%	0%	0,3 %	0%	0	0	0	2.569	0
3	0%	0,01 %	0,27 %	0%	0%	0	1.879	53.633	0	0
4	0%	0%	0%	0,1 %	0%	0	0	0	1.495	0
5	0%	0%	0%	0,9 %	0%	0	0	0	1.695	0
6	0%	0%	0%	0,1 %	0%	0	0	0	367	0
7	0%	0,8%	0,6%	0,1 %	0%	0	3.516	2.576	198	0
8	0%	0%	0,1%	0,1 %	0%	0	0	198	367	0
Tota al	**0,01**	**0,02**	**0,16**	**0,02**	**0**	**3.225**	**5.395**	**56.407**	**6.541**	**0**

VRAAG

Kunnen alle ombuigingen op de VWS-begroting van de afgelopen tien jaar in een overzichtelijke tabel worden gezet?

Antwoor

Als inleiding op het antwoord op deze vraag is het belangrijk om te melden dat er in de raming op het totaal sprake is van stijgende zorguitgaven. Dit komt grotendeels door de autonome groei van de zorg door onder andere vergrijzing, kwaliteitsverbetering, hoger zorggebruik door hogere inkomens, sociaal-culturele trends en achterblijvende arbeidsproductiviteit in de zorg. Beleidsmatig zijn zowel ombuigingen ingezet om deze stijging in de zorguitgaven af te remmen, als intensiveringen om beleidsdoelen te bereiken. Dit resulteert ten tijde van de Miljoenennota in de onderstaande verwachte ontwikkeling van de zorguitgaven in de periode 2026-2031. Hierin zijn de

Tabel 3 Bedragen x € 1 miljard

	202	**202**	**202**	**202**	**203**	**203**
Premiegefinancierde zorguitgaven	104,	106,	106,	107,	108,	110,

Hieronder is een overzicht van de bezuinigingen die hebben plaatsgevonden binnen VWS sinds 2018. Dit zijn alle ombuigingen uit de verticale toelichtingen (VT's) van de premiegefinancierde zorguitgaven van de Ontwerp-begrotingen vanaf 2018. Daarnaast zijn de bezuinigingen van coalitieakkoord Jetten opgenomen zoals deze oorspronkelijk zijn ingevoerd. In dit overzicht zijn de technische mutaties, ramingsbijstellingen en herverdelingen niet meegenomen. Verder betreft het hier alleen bezuinigingen binnen de VWS-begroting. De bezuinigingen op de jeugdzorg en de Wmo (wel onderdeel van het VWS-terrein, maar de middelen bevinden zich in het Gemeentefonds) zijn buiten beschouwing gelaten. De ombuigingen zijn opgenomen zoals ze bij de besluitvorming zijn ingeboekt. Een deel van deze ombuigingen is al gerealiseerd. De ombuigingen hangen ook deels samen met de verschillende akkoorden die in de

Tabel 4 budgettaire opgaven VWS (bedragen x € 1 miljoen)

VT OWB	202	202	202	202	203	203	Stru
Besparing zorgakkoorden 2018	–	–	–	–	–	–	–
VT OWB 2019							
H51 hoofdlijnenakkoorden 2019–2021	–	–	–	–	–	–	–
H52 maatregelen genees- en hulpmiddelen	1.920	1.920	1.920	1.920	1.920	1.920	1.920
Pakketmaatregel vitaminen, mineralen en paracetamol	– 465	– 465	– 465	– 465	– 465	– 465	– 465
VT OWB 2021							
Standaardisatie inkoop- en verantwoordingseisen in een aantal Zvw-sectoren	–	–	–	–	–	–	–
VT OWB 2023							
Valpreventie bij 65-plussers (Zvw)	– 38	– 46	– 54	– 61	– 75	– 75	– 75
Passende zorg als norm (enkel bewezen effectieve zorg) in Zvw Integraal Zorgakkoord (IZA)	30	– 20	– 77	– 141	– 170	– 241	– 1.140
Juiste zorg op de juiste plek	– 1.554	– 1.554	– 1.554	– 1.554	– 1.554	– 1.554	– 1.554
Stimuleren anderhalvelijnszorg	– 200	– 300	– 300	– 300	– 300	– 300	– 300
Sturing op doelmatigheid via de tarieven	0	– 70	– 70	– 70	– 70	– 70	– 70
Doelmatige inkoop geneesmiddelen en medische technologie	– 147	– 147	– 147	– 147	– 147	– 147	– 147
Standaardisatie gegevensuitwisseling	– 65	– 80	– 90	– 100	– 130	– 130	– 130
Standaardisatie inkoop- en verantwoordingseisen Zvw Pakketmaatregel	0	– 113	– 227	– 340	– 340	– 340	– 340
vitamine D	– 30	– 30	– 30	– 30	– 30	– 30	– 30
Valpreventie bij 65-plussers (Wlz)	– 129	– 129	– 129	– 129	– 129	– 129	– 129
Meerjarige contracten	– 38	– 40	– 43	– 45	– 50	– 50	– 50
ouderenzorg Meerjarige	– 70	– 70	– 70	– 70	– 70	– 70	– 70
contracten ghz en ggz	– 65	– 65	– 65	– 65	– 65	– 65	– 65
Doorontwikkeling Kwaliteitskader verpleeghuiszorg	– 350	– 350	– 350	– 350	– 350	– 350	– 350
Bevorderen doelmatigheid behandeling en geneesmiddelen	– 170	– 170	– 170	– 170	– 170	– 170	– 170
Wlz Integraal Zorgakkoord (IZA)	– 15	– 15	– 15	– 15	– 15	– 15	– 15
Scheiden wonen en zorg	– 173	– 217	– 257	– 297	– 337	– 377	
VT OWB 2024							
Maatregelen buiten IZA	– 145	– 145	– 145	– 145	– 145	– 145	– 145
Alternatieve vormgeving CA-maatregel eigen risico Maatwerk pgb	– 52	– 52	– 52	– 52	– 52	– 52	– 52
VT OWB 2025							
Aanpassing Wet	– 166	– 166	– 166	– 166	– 166	– 166	– 166
Geneesmiddelenprijzen	– 13	– 13	– 13	– 13	– 13	– 13	– 13
Pakketuitname codeïne	– 16						
Besparing RS vaccin	0	– 16	– 16	– 16	– 16	– 16	– 16
HLA: Voortbouwen HLA curatieve zorg	0						
HLA: Onafhankelijke indicatiestelling ongecontracteerde wijkverpleging	0	– 250	– 590	– 590	– 590	– 590	– 590
HLA: Versnelling opschaling digitale zorg wijkverpleging	– 9	– 85	– 85	– 85	– 85	– 85	– 85
HLA: Verwerking taakstelling publieke gezondheid	0						
HLA: Versnellen opschaling digitale zorg in verpleeg-en gehandicaptenzorg	0	– 35	– 85	– 142	– 210	– 210	– 210
Domein overstijgend samenwerken	0						
VT OWB 2026	– 3	– 315	– 315	– 315	– 315	– 315	– 315
Dekking amendement t.b.v. OCW-begroting Meer tijd voor de huisartsen	0						
Pakketmaatregel geneesmiddelen	0	– 20	– 30	– 43	– 41	– 41	– 41
Wlz-zorg zonder verblijf	0						
Coalitieakkoord Jetten	0	–	–	–	–	–	–
Eigen risico niet verlagen en indexeren per 2027	0	3.705	3.926	4.127	4.222	4.317	4.766
Verhoging eigen risico met 60 euro per 2027	0	– 1.020	– 1.025	– 1.030	– 1.035	– 1.040	– 1.050
Tranchering eigen risico op 150 euro	0	0	– 200	– 200	– 200	– 200	– 200
Passende zorg (wet- en regelgeving)	0	0	0	– 112	– 198	– 266	– 266
Versterken informatieplicht	0	0	0	0	– 110	– 110	– 190
		0	0	– 150	– 150	– 150	– 150

VT OWB	202	202	202	202	203	203	Stru
Bestuurlijk akkoord Wlz / Scheiden wonen en zorg[1] Eigen bijdrage wijkverpleging	0	-130*	– 345	– 560	– 775	– 990	– 990
Vervolgopleidingen medisch-specialisten Beschikbaarheidbijdrage academische zorg **VT OWB 2027**	0	15	15 – 225	– 225	– 225	– 225	– 225
Aanpak zorgfraude	0	0	0	–	–	–	–
Ophogen CA-taakstelling bestuurlijk akkoord Wlz Opleidingsplekken gezondheidszorgpsychologen Uitstel kostenonderzoek Nza	0	– 25	– 50	– 50	– 50	– 50	– 50
	0	0	– 197	– 226	– 252	– 261	– 261
	0	– 11	– 15	– 18	– 9	– 9	– 9
	0	-301*	0	0	0	0	0
	– 7	– 1	7	0			

1 Uitstel kostenonderzoek Nza is de alternatieve dekking voor niet doorgaan van CA-taakstelling bestuurlijk akkoord Wlz en voor

VRAAG

Kan in een tabel worden gezet hoe groot de subsidiepot van de subsidieregeling Stimulering bouw en onderhoud sportaccommodaties (BOSA) de afgelopen vijf jaar was, inclusief 2027?

Antwoor

De onderstaande tabel is een weergave van de beschikbare subsidieplafonds zoals deze in de BOSA-regelingen van de betreffende jaren zijn opgenomen. Voor 2027 betreft het een gereserveerd budget, inclusief middelen voor eventueel bezwaar en beroep, aangevuld met de beoogde

Tabel 5 Beschikbare subsidieplafond BOSA-regelingen (bedragen x € 1.000)

	202	202	202	202	202	202
Beschikba	75.50	79.60	113.70	74.00	46.50	78.78

VRAAG

Kan worden toegelicht waar het geld van het aflopende sportakkoord naar

Antwoor

Vanuit het Sportakkoord gaan de middelen naar de Vereniging voor Sport en Gemeenten (VSG), sportkoepel NOC*NSF en Platform Ondernemende Sport (POS). De middelen van het Sportakkoord bestaan deels uit structurele middelen en deels uit tijdelijke middelen. Ook is door het vorige kabinet besloten tot een subsidietaakstelling waarbij onder andere de middelen voor de SPUK-Sportakkoord zijn komen te vervallen. De tijdelijke middelen vallen na afloop van het Sportakkoord weg. De structurele middelen gaan ook na afloop van het Sportakkoord naar de VSG, NOC*NSF en POS voor het uitvoeren van een aantal specifieke taken. Het gaat dan bijvoorbeeld om de inzet clubondersteuning, het creëren van passend aanbod, het vergroten van

VRAAG

Kunt u aangeven waar de €350 miljoen uit de envelop voor zorgkosten van chronisch zieken, die in 2027 niet wordt ingezet, budgettair terechtkomt of als dekking voor wordt gebruikt, welke uitgaven voor chronisch zieken hierdoor in 2027 niet plaatsvinden en welk bedrag vanaf 2028 weer beschikbaar

Antwoor

Tijdens de augustusbesluitvorming heeft het kabinet integraal besloten over de inkomsten en uitgaven voor het komende jaar. Daar is besloten de middelen uit de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken met een jaar uit te stellen. Er is vanaf 2028 structureel € 350 miljoen beschikbaar in de enveloppe. Gelijktijdig met het ingangsjaar van het afschaffen van de aftrekpost

VRAAG

Kunt u in een tabel aangeven welke bezuinigingen en besparingen uit deze begroting

Antwoor

In de onderstaande tabel staan alle ombuigingen op de zorg uit het coalitieakkoord Jetten (CA) en de aanvullende ombuigingen die in de ontwerpbegroting ’27 zijn verwerkt. De reeksen onder coalitieakkoord Jetten kunnen afwijken van de Startnota doordat sommige reeksen zijn bijgesteld bij de Voorjaarsnota of Ontwerpbegroting.
Dit wordt veroorzaakt door ofwel nieuwe macrocijfers, ofwel door beleidsmatige keuzes (zoals bijvoorbeeld het uitstellen van de verhoging van het eigen risico, en het vervroegen van de maatregel versterken informatieplicht zorgverzekeraars). Het totaal aan ombuigingen op zorg komen bovenop de ombuigingen die zijn ingeboekt tijdens het kabinet-Rutte IV en het kabinet-Schoof. Het is goed om te vermelden dat er het totaal sprake is van stijgende zorguitgaven.

Tabel 6 Ombuigingen VWS OWB '27 (bedragen x € 1 miljoen)

Omschrijvi	202	202	202	203	203	Stru
Coalitieakkoord Jetten						
Eigen risico niet verlagen en indexeren per 2027	–	–	–	–	–	–
Verhoging eigen risico met 60 euro per 2028	3.705	3.926	4.127	4.222	4.317	4.766
Tranchering eigen risico op 150 euro	0	–	–	–	–	–
Passende zorg (wet- en regelgeving)	0	1.019	1.023	1.026	1.112	1.122
Versterken informatieplicht	0	– 200	– 200	– 200	– 200	– 200
zorgverzekeraars Afschaffen vergoeding	0	0	– 112	– 198	– 266	– 548
ongecontracteerde zorg	0	0	– 110	– 120	– 120	– 190
Selectie geneesmiddelen uit basispakket en strakker	0	0	– 150	– 150	– 150	– 150
pakketbeheer Bestuurlijk akkoord Wlz / Scheiden wonen en zorg	0	– 35	– 115	– 150	– 150	– 150
Vrijvallen resterende envelop ouderenzorg	– 8	– 542	– 786	–	–	–
Gelijktrekken vermogensgrenzen zorgtoeslag naar heffingsvrij	– 24	– 321	– 320	1.027	1.251	1.251
vermogen Eigen bijdrage wijkverpleging	15	– 292	– 295	– 470	– 470	– 470
Aftrek specifieke zorgkosten	0	15	– 225	– 302	– 305	– 305
Vervolgopleidingen medisch-specialisten	0	– 66	– 133	– 225	– 225	– 225
Beschikbaarheidbijdrage academische	0	0	– 110	– 147	– 152	– 154
zorg Efficiencytaakstelling	– 8	0	– 100	– 110	– 110	– 110
Vernieuwing rijksdienst / slagvaardige overheid	0	– 16	– 25	– 100	– 100	– 100
Subsidietaakstelling	– 30	0	– 34	– 33	– 33	– 33
Overig						
Aanpak zorgfraude	– 25	–	–	–	–	–
Aanvullende taakstelling Rijk (in stappen van 200 mln. vanaf '31	0	50	50	50	50	50
t/m '35) Inzet prijsbijstelling	– 6	0	0	0	–	–
Versnellen taakstelling vernieuwing Rijksdienst en slagvaardige	0	– 6	– 6	– 6	17	84
overheid Opleidingsplekken gezondheidszorgpsychologen	– 11	–	–	0	– 6	– 2
Uitstel kostenonderzoek NZa	–	17	17	– 9	0	0
Overige ombuigingen (H16 en H41)	301	–	–	0	– 9	– 9
	16	15	18		0	0

VRAAG

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

Antwoor

De onderstaande tabel zijn de reeksen zoals opgenomen in de budgettaire bijlage van het regeerakkoord Rutte IV. Dit komt niet meer in alle gevallen overeen met de ingeboekte ombuigingen, diverse ombuigingen zijn alternatief gedekt. De huidige planning van de maatregelen staat vermeld in de

Tabel 7 Maatregelen Rutte IV

Maatregelen Rutte IV	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Struc jaar	Struc in Artikel	Toelichti
Valpreventie bij 65-plussers	–	–	–	–	–	– 112	–	2031	Premie gefinancierde zorguitgaven	Deze maatregel wordt onderdeel van het
Passende zorg als norm (enkel bewezen effectieve zorg) in Zvw	–	–	–	–	–	– 249	–	2037	Premie gefinancierde zorguitgaven	Deze maatregel is in gang onderdeel van het IZA. Onderdelen van de aanpak worden nog verder
Doelmatige	–	–	–	–	–	–	–	2032	Premie gefinancierde zorguitgaven	Met de aanpassing van de per 1 juli 2023 is de invulling van deze maatregel afgerond.
Standaardisatie gegevensuitwisselin	0	0	–	–	–	–	–	2029	Premie gefinancierde zorguitgav	De uitvoering van deze maatregel is Op onderdelen wordt nog nadere gepland. Deze maatregel leidt per 2027 per saldo tot een ombuiging.
Stimuleren anderhalvelijnszor	0	0	–	–	–	–	–	2027	Premie gefinancierde zorguitgaven	Deze maatregel loopt mee in het Deze maatregel leidt vanaf 2027 tot een ombuiging.
Standaardisatie inkoop- en verantwoordingseise n Zvw	–	–	–	–	–	–	–	2024	Premie gefinancierde zorguitgaven	De maatregel samengevoegd met een eerdere taakstelling samengevoegd betreft dit en De maatregel loopt grotendeels mee in het IZA en is structureel kader en de kaders van enkele sectoren verwerkt.
Juiste zorg op de juiste plek	–	–	–	–	–	–	–	2027	Premie gefinancierde zorguitgaven	Deze maatregel loopt tot en met 2026 het IZA en is voor 2027 en verder bij het AZWA.
Sturing op doelmatigheid via de tarieven	–	–	–	–	–	–	–	2026	Premie gefinancierde zorguitgav	Deze maatregel is deels betrokken bij financiële afspraken uit het IZA, en structureel in het IZA-kader Het resterende deel van de maatregel is in de Voorjaarsnota 2024 structureel alternatief
Integraal	– 886	– 1281	– 1489	– 1489	– 1489	– 1489		2026	Premie gefinancierde zorguitgav	Deze maatregel loopt mee in het IZA structureel in het IZA-kader
Overhevelen behandeling en geneesmiddelen van Wlz naar	–	–	–	–	–	–	–	2025	Premie gefinancierde zorguitgav	Het aandeel van de ouderenzorg (€82 miljoen) van de maatregel is per 2026 meegenomen in de totale set met financiële afspraken in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg en wordt op basis van gehandicaptenzorg wordt zoals in de kamerbrief, nummer:34104-473, geen tariefmaatregel doorgevoerd. De budgettaire opgave (€ 88 miljoen) wordt vanaf 2028 betrokken bij de bestuurlijke akkoorden Wlz op grond van het coalitieakkoord. Voor 2027 is de maatregel van alternatieve dekking voorzien.
Verplichten meerjarige contracten en budgetafspraken in de ouderenzorg	–	–	–	–	–	–	–	2026	Premie gefinancierde zorguitgav	Deze maatregel heeft in 2024 en maar is per 2026 vervangen afspraken over de tariefmaatregel van het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg.
Verplichten meerjarige contracten en	–	–	–	–	–	–	–	2026	Premie gefinancierde zorguitgav	(€70 miljoen) van de per 2026 meegenomen in de set met financiële afspraken

[3] Beleidsbrief - Bijlage wetgeving -

Scheiden wonen en	–	–	–	–	–	– 320	–	Premie gefinancierde zorguitgav	2052	Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg en wordt op basis van die afspraken gerealiseerd. Voor de gehandicaptenzorg en langdurige ggz wordt zoals gemeld in de kamerbrief, nummer:34104-473, geen tariefmaatregel doorgevoerd. De budgettaire opgave (€ 65 miljoen) wordt vanaf 2028 betrokken bij de bestuurlijke akkoorden Wlz op grond van het coalitieakkoord. Voor 2027 is de maatregel van alternatieve dekking voorzien. Om tot de structurele besparing te wordt zoals afgesproken in het HLO een afwegingskader verblijf opgenomen in de Wlz. Deze wetswijziging is in voorbereiding.
Herinterpretatie Kwaliteitskader	–	–	–	–	–	– 350	–	Premie gefinancierde zorguitgaven	2026	Deze maatregel heeft in 2024 en maar is per 2026 vervangen afspraken over de tariefmaatregel van het hoofdlijnenakkoord
Eigen bijdrage huishoudelijke	–	–	–	–	–	– 80	–	Premie gefinancierde vervanging zorguitgaven	2025	Deze maatregel is komen te vervangen door Wetsvoorstel abonnementstarief

VRAAG

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

Antwoor

De onderstaande tabel zijn de reeksen zoals opgenomen in de budgettaire bijlage van het hoofdlijnenakkoord Schoof. Dit komt niet meer in alle gevallen overeen met de ingeboekte ombuigingen, diverse ombuigingen zijn alternatief gedekt. De huidige planning van de maatregelen staat vermeld in de bijlage wetgeving verzonden met de beleidsbrief van 24 april

Tabel 8 Maatregelen Schoof I

Maatregelen	**202**	**202**	**202**	**202**	**202**	**203**	**Stru**	**Struc in Jaar**		**Toelichting**
Voortbouwen hoofdlijnenakkoord curatieve zorg	0	0	–	–	–	–	–	202	Premie gefinancierde zorguitgav	In het AZWA hebben betrokken partijen de handtekening gezet meerjarenkader waarin deze verwerkt. De inhoudelijke afspraken in het akkoord geven invulling aan de besparing.
Onafhankelijke indicatiestelling ongecontracteerde wijkverpleging	0	0	–	–	–	–	–	202	Premie gefinancierde zorguitgav	Uit de verdere uitwerking van de mogelijk is. Hierdoor wordt de geraamde besparing van € 85 miljoen niet gerealiseerd.
Versnelling opschalen digitale zorg in de wijkverpleging	0	0	–	–	–	–	–		Premie 2030 gefinancierde zorguitgaven	Deze maatregel is onderdeel van het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA). Daarin gemaakt over hoe digitale zorg opgeschaald kan worden. Bij de vaststelling van de AZWA-kaders en groeipercentages is daar rekening mee gehouden.
Versnelling opschaling digitale zorg in de	0	0	–	–	–	–	–		2030 gefinancierde financiële zorguitgaven	Het aandeel van de ouderenzorg (geleidelijk oplopend van € 27 miljoen meegenomen in de totale set met afspraken in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg en wordt op basis

[4] Beleidsbrief - Bijlage wetgeving -

Subsidietaakstelling (Schoof)	–	–	–	–	–	–	–	202	1,2,3,4,5,6,	gehandicaptenzorg wordt zoals gemeld in de kamerbrief, nummer:34104-473, geen tariefmaatregel doorgevoerd. De budgettaire opgave (geleidelijk oplopend van € 18 miljoen in 2027 tot structureel € 108 miljoen vanaf 2031) wordt vanaf 2028 betrokken bij de bestuurlijke akkoorden Wlz op grond van het coalitieakkoord. Voor 2027 is de maatregel van alternatieve dekking voorzien.
Terugdraaien intensivering zorgarbeidsmarktbeleid (Schoof)	0	–	–	–	–	–	–	202	4	Deze maatregel is doorverdeeld naar kortingen op specifieke subsidies. Dit is verwerkt in de Nota van Wijziging op de Ontwerpbegroting 2025.
SPUK naar GF/PF met 10% korting	0	–	–	–	–	–	–	202	1,3,5,	De intensivering is conform het HLA teruggedraaid. Structureel is de terugdraai van de intensivering in 2026 volledig verwerkt.
Terugdraaien intensivering publieke	–	–	–	–	–	–	–	202	1	In het Hoofdlijnenakkoord is besloten om specifieke uitkeringen over te hevelen naar het Gemeente- en het Provinciefonds en daarbij een budgetkorting van 10 procent te hanteren, voor de specifieke uitkeringen (SPUKS) is de ombuiging al budgettair op de VWS-begroting verwerkt.
Terugdraaien groei apparaat Rijksoverheid	–	–	–	–	–	–	–	202	1,2,3,4,5,6,9,10	De intensivering is conform het HLA teruggedraaid. Structureel is de terugdraai van de intensivering in 2029 volledig verwerkt. De maatregel Budgettair is de ombuiging al op de VWS-begroting verwerkt.

VRAAG

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

Antwoor

De onderstaande tabel zijn de reeksen zoals opgenomen in de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord Jetten. Dit komt niet meer in alle gevallen overeen met de ingeboekte ombuigingen, diverse ombuigingen zijn alternatief gedekt. De huidige planning van de maatregelen staat vermeld in de bijlage wetgeving verzonden met de beleidsbrief van 24 april

[5] Beleidsbrief - Bijlage wetgeving -

Tabel 9 Maatregelen Jetten I

Maatregelen	2027	2028	2029	2030	2031	Struc	Struc in	Toelichting
Eigen risico niet verlagen indexeren per 2027 (Jetten-34)	– 3.705	– 3.926	– 4.127	– 4.222	–		Premie gefinancierde zorguitgaven 2035	De maatregel is uitvoering van de Zvw waarin staat dat het eigen risico jaarlijks wordt geïndexeerd. De hoogte van het eigen risico moet vóór 1 oktober T- 1 bekend zijn, en is met de publicatie van de risicoverevening en de regeling eigen risicodragers vastgelegd op € 400 voor 2027
Verhoging eigen risico met 60 euro per 2027	–	– 1.019	– 1.023	– 1.026	– 1.112	–	Premie gefinancierde zorguitgaven 2033	In de augustusbesluitvorming is de maatregel met een jaar uitgesteld. Vanaf 2028 is de begroting verwerkt. In de Tweede Kamer ligt het wetsvoorstel verhoging eigen risico per 2027. De Tweede Kamer zal nog een nota van wijziging ontvangen voor de wijziging van de inwerking treding (2028).
Tranchering eigen risico op 150 euro (Jetten-36)	0	–	–	–	–	–	Premie-verwachting 2028 gefinancierde zorguitgaven	De maatregel is volledig uitgewerkt, voorgehangen in het raadgevend comité en bij de Raad van State. Naar verwachting wordt de amvb in oktober ondertekend, zodat de zorgverzekeraars aan de slag gaan met de voorbereidingen. Budgettair is de ombuiging al op de VWS-begroting verwerkt.
Passende zorg (wet- en regelgeving)	0	0	–	–	–	–	Premie gefinancierde zorguitgaven 2035	Deze maatregel wordt nu Budgettair is de ombuiging al op de VWS-begroting verwerkt.
Versterken informatieplicht	0	0	0	–	–	–	Premie gefinancierde zorguitgaven 2038	Deze maatregel wordt nu Budgettair is de ombuiging al op de VWS-begroting verwerkt.
Afschaffen vergoeding ongecontracteerde	0	0	–	–	–	–	Premie gefinancierde zorguitgaven 2029	Voor deze maatregel wordt de wetswijziging voorbereid. U kunt terugvinden in de is toegevoegd aan de beleidsbrief
Selectie geneesmiddelen uit het basispakket en strakker pakketbeheer (Jetten-41)	0	–	–	–	–	–	Premie gefinancierde zorguitgaven 2030	Deze maatregel wordt nu Budgettair is de ombuiging al op de VWS-begroting verwerkt.
Eigen bijdrage wilsverklaring (Jetten	15	15	–	–	–	–	Premie gefinancierde zorguitgaven 2028	Deze maatregel wordt nu Budgettair is de ombuiging al op de VWS-begroting verwerkt.
Vervolgopleidingen medisch-specialisten	0	0	–	–	–	–	Premie gefinancierde zorguitgaven 2029	Deze maatregel wordt nu Budgettair is de ombuiging al op de VWS-begroting verwerkt.
Beschikbaarheidbijdrage academische zorg (Jetten-49)	0	0	–	–	–	–	Premie gefinancierde zorguitgaven 2029	Deze maatregel wordt nu Budgettair is de ombuiging al op begroting verwerkt.
Vrijvallen resterende	– 8	–	–	–	–	–		In het coalitieakkoord Jetten is besloten deze middelen anders in te zetten.
Bestuurlijk akkoord Wlz / Scheiden wonen en	–	–	–	–	–	–	Premie gefinancierde zorguitgaven 2031	De taakstelling 'Bestuurlijk akkoord Wlz/ Scheiden wonen en zorg' loopt op grond van het coalitieakkoord op tot € 990 miljoen vanaf 2031. Aangezien het kabinet afziet van voorgenomen tariefmaatregelen op het terrein van de gehandicaptenzorg en langdurige ggz wordt de budgettaire € 261 miljoen vanaf 2031) bestuurlijke akkoorden. De voor het jaar 2027 alternatief ingevuld, zodat voldoende tijd en ruimte beschikbaar zijn om via een zorgvuldig proces bestuurlijke afspraken te maken en tot een invulling van de akkoorden te komen. De gesprekken met de betrokken veldpartijen om tot bestuurlijke

									komen zijn gaande. Beoogd wordt deze afspraken in het voorjaar van 2027
Huishoudelijke hulp uit Wmo met vangnet	0	0	–	–	–	–	2029	Premie gefinancierde zorguitgaven en GF	Deze maatregel wordt nu Budgettair is de ombuiging al op begroting verwerkt.
Gelijktrekken vermogensgrenzen zorgtoeslag naar heffingsvrij vermogen	–	–	–	–	–	–	2031		Deze maatregel wordt nu uitgewerkt. Budgettair is de ombuiging al op de VWS-begroting verwerkt. Dit betreft de reeks uit het Coalitieakkoord. Bij vraag 52 vindt u het meest recente beeld van de reeks.
Aftrek specifieke zorgkosten (Jetten-	0	–	–	–	–	–	2028		Deze maatregel is onderdeel van het aanstaande belastingplan. Het voorstel hiervoor is aangeleverd bij het ministerie van Financiën
Efficiencytaakstelling (Jetten-61)	– 8	–	–	–	–	–	2030	1,2,3,4,5,6,9,10	Deze maatregel is budgettair verwerkt op de VWS-begroting.
Vernieuwing rijksdienst / slagvaardige	0	0	–	–	–	–	2030	1,2,3,4,5,6,9,10	Deze maatregel is budgettair volledig verwerkt op de VWS begroting. De inhoudelijke invulling van de
Subsidietaakstelling (Jetten-63)	–	–	–	–	–	–	2027		maatregel volgt nog vanuit het traject slagvaardige overheid. verwerkt op de VWS-

VRAAG

Welke bezuinigingen uit het kabinet-Rutte IV worden nog vanaf 2026 of later doorgevoerd? Welke bezuinigingen lopen vanaf 2026 en verder nog op, ten opzichte van het bedrag dat daarvoor al is ingegaan? Kunt u dit in een tabel weergeven?

Antwoor

In het antwoord op vraag 11 staan alle ombuigingen en taakstellingen van het kabinet-Rutte IV in een tabel toegelicht. Hier staat ook welke maatregelen vanaf 2026 nog worden

VRAAG

Welke bezuinigingen uit het kabinet-Schoof worden nog vanaf 2026 of later doorgevoerd? Welke bezuinigingen lopen vanaf 2026 en verder nog op, ten opzichte van het bedrag dat daarvoor al is ingegaan? Kunt u dit in een tabel weergeven?

Antwoor

In het antwoord op vraag 12 staan alle ombuigingen en taakstellingen van het kabinet-Rutte IV in een tabel toegelicht. Hier staat ook welke maatregelen vanaf 2026 nog worden

VRAAG

Klopt het dat van de bezuinigingsopgave, die door het kabinet-Rutte IV is ingeboekt via de maatregel ‘Scheiden wonen en zorg’, €130 miljoen voor 2025 is gerealiseerd, maar dat deze nog oploopt tot structureel €1200 miljoen? Kunt u in een tabel weergeven welk deel van deze bezuiniging voor 2026 is gerealiseerd en welk deel nog moet worden doorgevoerd, inclusief

Antwoor

Ja, dat klopt. De opbouw van de netto besparing in de periode 2023-2052 van de maatregel ‘Scheiden van wonen en zorg’ is opgenomen in bijlage 4 bij de Startnota van het kabinet Rutte IV. De netto besparing loopt jaarlijks met € 40 miljoen op en bedraagt € 120 miljoen in 2025. Deze netto besparing is opgedeeld in de genoemde bruto besparing van € 130 miljoen op de Wlz-uitgaven waar een bedrag van € 10 miljoen tegenover staat vanwege een lagere opbrengst van de

Onderstaande tabel sluit aan bij de ingeboekte netto besparingen op grond van de genoemde Startnota en laat zien dat in 2026 een nettobedrag van € 160 miljoen is gerealiseerd en dat er dus in de periode 2027-2052 nog een extra netto-opbrengst zal resulteren van € 1.040 miljoen (geleidelijk opgebouwd in 26

Tabel 10 Netto-opbrengst Scheiden van wonen en zorg, 2023-20252 (bedragen x € 1 miljoen)						
	202	**202**	**202**	**202**	**202**	**202**
Scheiden van wonen en	– 40	– 80	– 120	– 160	– 200	– 240
	202 9	**203 0**	**203 1**	**203 2**	**203 3**	**203 4**
Scheiden van wonen en	– 280	– 320	– 360	– 400	– 440	– 480
	203 5	**203 6**	**203 7**	**203 8**	**203 9**	**204 0**
Scheiden van wonen en	– 520	– 560	– 600	– 640	– 680	– 720
	204 1	**204 2**	**204 3**	**204 4**	**204**	**204 6**
Scheiden van wonen en	– 760	– 800	– 840	– 880	–	– 960

VRAAG

Klopt het dat van de bezuinigingsopgave, die door het kabinet-Rutte IV is ingeboekt via de maatregel ‘Valpreventie’,
€35 miljoen in 2025 is gerealiseerd, maar dat deze nog oploopt tot structureel €50 miljoen? Kunt u in een tabel weergeven welk deel van deze bezuiniging voor 2026 is gerealiseerd en welk deel nog

Antwoor

Ja, dat klopt. Via de maatregel valpreventie wordt een besparing gerealiseerd op de Wlz-uitgaven doordat mensen minder vaak door een valincident doorstromen naar de Wlz. De berekende besparing loopt geleidelijk op van

Onderstaande tabel presenteert het meerjarige beeld. De tabel laat zien dat van de totale opbrengsten in 2026 een bedrag van € 37,8 miljoen is gerealiseerd en dat de resterende opgave voor de periode 2027-2031 geleidelijk oploopt van € 2,2 miljoen in 2027 is tot € 12,2 miljoen structureel vanaf 2031. Deze besparingen zijn reeds doorgevoerd in het budgettaire kader zoals opgenomen in de definitieve kaderbrief Wlz 2027 en het indicatieve Wlz-kader voor de periode 2028-2031.[6]

Tabel 11 Bedragen x € 1 miljoen										
		202	**202**	**202**	**202**	**202**	**202**	**202**	**203**	**203**
1	Totale opbrengsten	–	–	–	–	–	–	–	–	–
2	valpreventie Waarvan	20,0	30,0	35,0	37,8	40,2	42,5	45	47,5	50,0
3	gerealiseerd per 2026					– 37,8	– 37,8	– 37,8	– 37,8	– 37,8

VRAAG

Klopt het dat van de bezuinigingsopgave, die door het kabinet-Rutte IV is ingeboekt via de maatregel ‘Passende zorg’, €23 miljoen in 2025 is gerealiseerd, maar dat deze nog oploopt tot structureel €1206 miljoen? Kunt u in een tabel weergeven welk deel van deze bezuiniging voor 2026 is gerealiseerd en welk deel nog moet worden doorgevoerd, inclusief opbouw per jaar?

[6] Kamerstukken II, 2026-2027, 34104, nr.

Antwoor

Ja, dat klopt. De besparing die samenhangt met de maatregel ‘Passende Zorg als norm’ uit Kabinet Rutte IV wordt voor de jaren 2025-2028 gerealiseerd via de afspraken in het IZA en het AZWA. De oploop van de besparing vanaf 2029 moet nog worden ingevuld. In onderstaande tabel is dit weergegeven.

Tabel 12 Besparing maatregel «Passende Zorg als norm» (bedragen x € 1 miljoen)							
	202	**202**	**202**	**202**	**202**	**203**	**203**
Passende zorg als norm verwerkt in IZA/AZWA	– 23	– 70	– 117	– 187	– 233	– 249	– 280
	– 23	– 70	– 117	– 187	– 187	– 187	– 187

Tabel 13 Besparing maatregel «Passende Zorg als norm» (bedragen x € 1 miljoen)							
	203	**203**	**203**	**203**	**203**	**203**	**Stru**
Passende zorg als norm verwerkt in IZA/AZWA	– 373	– 529	– 715	– 933	– 1073	– 1.206	– 1.206
	– 187	– 187	– 187	– 187	– 187	– 187	– 187

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel ‘Stimulering 1,5-lijnszorg’ die door het kabinet-Rutte IV is ingeboekt vanaf 2027

Antwoor

Ja, dat

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel ‘Standaardisatie gegevensuitwisseling’, die door het kabinet-Rutte IV is ingeboekt vanaf 2027, €113 miljoen bezuinigd wordt en dat dit oploopt tot €340 miljoen structureel? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar is opgebouwd?

Antwoor

Ja dat klopt. Zie onderstaande

Tabel 14 Maatregel «Standaardisatie gegevensuitwisseling» (bedragen x € 1 miljoen)				
	202	**202**	**202**	**Stru**
Standaardisatie	–	–	–	–

VRAAG

Klopt het dat van de bezuinigingsopgave, die door het kabinet-Rutte IV is ingeboekt via de maatregel ‘Maatwerk PGB’, €30 miljoen in 2025 is gerealiseerd, maar dat deze nog oploopt tot structureel €110 miljoen? Kunt u in een tabel weergeven welk deel van deze bezuiniging voor 2026 is gerealiseerd en welk deel nog moet worden doorgevoerd, inclusief opbouw per jaar?

Antwoor

Ja, dat klopt. Onderstaande tabel presenteert het meerjarige netto-beeld van de maatregel. De tabel laat zien dat van de totale opbrengsten in 2026 een bedrag van € 77,5 miljoen is gerealiseerd en dat de resterende opgave voor 2027 € 22,5 miljoen bedraagt en vanaf 2028 structureel € 32,5 miljoen. Deze besparingen zijn reeds doorgevoerd in het budgettaire kader zoals opgenomen in de definitieve kaderbrief Wlz 2027 en het indicatieve Wlz-kader voor de periode 2028-2031.[7]

Tabel 15

		202	202	202	202
1	Totale opbrengsten maatwerk	– 30,0	– 77,5	– 100,0	– 110,0
2	pgb Waarvan reeds gerealiseerd			– 77,5	– 77,5
3	per 2026				

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel 'Inkomensafhankelijke eigen bijdrage Wmo', die door het kabinet-Rutte IV is ingeboekt vanaf 2028, €225 miljoen bezuinigd wordt?

Antwoor

In verband met de voorgenomen invoering van een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (ivb) – ter vervanging van het huidige abonnementstarief in de Wmo 2015 – is destijds door het Kabinet Rutte IV een uitname uit het Gemeentefonds is ingeboekt van structureel € 225 miljoen. Bij Voorjaarsnota 2026 is de beoogde invoeringsdatum van deze maatregel opgeschoven

VRAAG

Klopt het dat er via de Hervormingsagenda Jeugd, als gevolg van de oorspronkelijke taakstelling die door het kabinet-Rutte IV is ingeboekt en de latere aanpassingen daarvan, vanaf 2026 €463 miljoen bezuinigd wordt en dat dit oploopt tot €1524 miljoen structureel? Zo ja, kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar is opgebouwd en welke maatregelen en besluiten

Antwoor

In 2023 is met de Hervormingsagenda (HA) een set maatregelen afgesproken om het jeugdstelsel te verbeteren. Deze inhoudelijke opgave gaat ook gepaard met een financiële opgave om het stelsel voor de lange termijn houdbaar te maken. De middelen beschikbaar voor jeugdzorg zijn de afgelopen 10 jaar fors gestegen. Van
circa € 3,7 miljard in 2015 t/m circa € 8 miljard in 2025 (exclusief de eenmalige toevoeging van € 728 miljoen bij miljoenennota 2026 voor compensatie tekorten 2023 en 2024). Tegelijkertijd zijn de uitgaven nog forser gestegen. Dit is niet houdbaar, en zet de zorg voor jeugdigen die het nodig hebben onder druk. De financiële

Bij de voorjaarsnota 2025 zijn naar aanleiding van het advies van de Deskundigencommissie aanvullende maatregelen afgesproken. Daarbij zijn er incidenteel aanvullende middelen beschikbaar gesteld om het ingroeipad van de besparingsopgave te verzachten. Ook zijn er aanvullende beheersmaatregelen aangekondigd. Hierbij gaat het om de introductie van een eigen bijdrage voor jeugdzorg en het sturen op trajectduur in de jeugdzorg. Ook is de besparingsopgave

Naar aanleiding van eerdere afspraken in het voorjaar van 2025 met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft het kabinet daarnaast in augustus 2025 besloten tot compensatie van de incidentele tekorten 2023 en 2024 in de jeugdzorg. Gemeenten ontvangen

[7] Kamerstukken II, 2026-2027, 34104, nr. 476.
[8] Hervormingsagenda Jeugd 2023 – 2028 | voor Jeugd & Gezin. Bijlage 2 van de Hervormingsagenda bevat een

ondersteuning van de transformatie van de jeugdhulp conform de afspraken in de Hervormingsagenda. Het gaat dan om het versterken van de sociale basis en stevige lokale teams, met tevens aandacht voor het verbeteren van kind- en gezinsbescherming en de bredere integrale

Onderstaande tabel toont de actuele opgave met het ingroeipad van de Hervormingsagenda en de aanvullende maatregelen. De actuele besparingsopgave voor jeugdhulp is hiermee € 463 miljoen in 2026 en € 1.853 miljoen structureel (incl. eigen bijdrage en trajectduur).

actuele opgave en ingroeipad Hervormingsagenda jeugd

Tabel 16 Actuele opgave en ingroeipad Hervormingsagenda jeugd (bedragen x € 1 miljoen)

	202	202	202	202	202	202	stru
Oorspronkelijke besparingsopgave HA	–	–	–	–	–	–	–
Verzachting ingroeipad VJN2025				961	1.017		
Aanvullende besparingsopgave VJN2025:						–	–
- Eigen bijdrage jeugdzorg						260	260
- Sturen op trajectduur jeugdzorg						– 68	– 68
- Indexeren opgave HA	–	–	–	–	–	–	–
Totaal besparingsopgave			**374**				

Het Kabinet heeft dus de afgelopen jaren aanvullende middelen beschikbaar gesteld voor jeugdzorg. In 2025 heeft het kabinet tussen 2025 en 2027 in totaal circa € 3,7 miljard extra vrijgemaakt voor jeugdzorg, waaronder de verzachting van het ingroeipad in de jaren ’26 en ’27 en de compensatie

VRAAG

Klopt het dat van de bezuinigingsopgave, die door het kabinet-Rutte IV is ingeboekt via de maatregel ‘Doelmatige inkoop geneesmiddelen en medische technologie’, €50 miljoen in 2025 is gerealiseerd, maar dat deze nog oploopt tot structureel €130 miljoen? Kunt u in een tabel weergeven welk deel van deze bezuiniging voor 2026 is gerealiseerd en welk deel nog moet worden doorgevoerd, inclusief

Antwoor

Het klopt dat van de maatregel ‘Doelmatige inkoop geneesmiddelen en medische technologie’ in 2025 in totaal
€ 50 miljoen is gerealiseerd. In 2026 wordt er € 15 miljoen extra gerealiseerd. In onderstaande tabel is

Tabel 17 Maatregel «Doelmatige inkoop geneesmiddelen en medische technologie» (bedragen x € 1

	202	202	202	202	202	202	202	203	203	Stru
Totaal	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**
Deel intramurale geneesmiddelen	**15**	**35**	**50**	**65**	**80**	**90**	**100**	**110**	**120**	**130**
Deel extramurale geneesmiddelen	– 7,5	– 15	– 20	– 25	– 30	– 35	– 40	– 45	– 50	– 55
		–	–	–	–	–	–	–	–	–

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel ‘Juiste zorg op de juiste plek’, die door het kabinet-Rutte IV is ingeboekt, vanaf 2028

Antwoor

Nee, de besparing is € 300 miljoen vanaf het jaar 2027. De opbouw van deze maatregel is weergegeven in onderstaande tabel:

Tabel 18 Opbouw maatregel «Juiste zorg op de juiste plek» (bedragen x € 1 miljoen)				
	202	202	202	Stru
Juiste zorg op de juiste	–	–	–	–

VRAAG

Klopt het dat van de bezuinigingsopgave, die door het kabinet-Rutte IV is ingeboekt via het Integraal Zorgakkoord,
€886 miljoen in 2025 is gerealiseerd, maar dat deze nog oploopt tot structureel €1489 miljoen? Kunt u in een tabel weergeven welk deel van deze bezuiniging voor 2026 is gerealiseerd en welk deel nog moet

Antwoor

Ja, dat klopt. In onderstaande tabel is de oploop van deze taakstelling opgenomen. Zoals te zien is deze taakstelling reeds volledig verwerkt met de financiële afspraken in het IZA.

Tabel 19 Bezuinigingsopgave Integraal Zorgakkoord							
	202	202	202	202	202	202	stru
Maatregel IZA Rutte	80	–	–	–	–	–	–
IV Gerealiseerd	80	295	572	886	1.281	1.489	1.489
Nog te realiseren	0	–	–	–	–	–	–
		295	572	886	1.281	1.489	1.489

De oploop van de taakstelling naar € 1.489 miljoen vanaf 2027 wordt veroorzaakt doordat het kabinet Rutte IV voor de periode van het IZA t/m 2026 incidentele transformatiemiddelen beschikbaar had gesteld die daarna vervielen. Omdat deze middelen daarvoor structureel waren opgenomen in de VWS begroting ontstond een oploop van de taakstelling vanaf 2027.

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel ‘Meerjarig contracteren met budgetafspraken’ vanaf 2028 €65 miljoen bezuinigd zou worden op de gehandicaptenzorg en de langdurige ggz, maar dat deze taakstelling is opgeteld bij de taakstelling voor het bestuurlijk akkoord voor de Wet langdurige zorg (Wlz)?

Antwoor

Ja, dat

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel ‘Behandeling Wlz’ vanaf 2028 €65 miljoen bezuinigd zou worden op de gehandicaptenzorg, maar dat deze taakstelling is opgeteld bij de taakstelling voor het bestuurlijk akkoord voor de Wlz?

Antwoor

Ja, dat

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel ‘Terugdraaien intensiveringzorgarbeidsmarktbeleid’ die door het kabinet-Schoof is ingeboekt vanaf 2026 €130 miljoen bezuinigd is?

Antwoor

Ja, dat klopt. De budgettaire bijlage van het Hoofdlijnenakkoord liet zien dat de middelen voor de intensivering van het arbeidsmarktbeleid – te weten € 130 miljoen structureel – per 2026 niet meer beschikbaar zijn. Dat betekent dat aflopende subsidies en opdrachten die van dit budget werden bekostigd (waar Sectorplanplus de grootste van was) in de regel zijn gestopt per 1 januari 2026. Vanaf 1 januari 2026 is er daarmee dus minder subsidie beschikbaar voor werkgevers in zorg en welzijn om een extra impuls te geven aan projecten die gericht zijn op opleiding en bij- en

Met het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) zijn extra middelen beschikbaar gekomen voor het versterken van de lerende omgeving. Het betreft een langjarige oplopende reeks, waarbij vanaf 2029 tot en met 2035 ca.

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel 'Verlagen intensivering publieke gezondheid' die door het kabinet-Schoof is ingeboekt, maar door het huidige kabinet is verzacht, vanaf 2027 nog netto €30 miljoen bezuinigd wordt en dat dit oploopt tot €104 miljoen in 2030 en daarna €88 miljoen structureel? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar is opgebouwd?

Antwoor

In de antwoorden op de Kamervragen over de eerste suppletoire begroting van VWS 2026 (Kamerstuk II,
2025-26, vraag/antwoord 4) is een overzicht gegeven van de middelen voor pandemische paraatheid die in het voorjaar beschikbaar zijn gesteld door dit kabinet. De tabel is hieronder opnieuw weergegeven. De maatregel 'verlagen intensivering publieke gezondheid' uit het

Tabel 20

Artik	Onderwe	2026	2027	2028	203	203	Stru
Artikel 1: Volksgezondheid	(Pandemische) paraatheid	6.000	45.100	76.000	115.200	115.200	115.200
	Onderzoek en verdieping kennis, weerbaarheidsvoorraden en regionale en stand-by productie	25.500	66.500	73.500	27.00	27.00	27.00
Artikel 4 Zorgbreed beleid	Weerbaarheid Caribisch Nederland	0,50	3.49	3.518	3.484	3.484	3.484	3.484
H41: Premiegefinancierde zorguitgaven	Uitbreiding MTT, Capaciteit ROAZ en inzicht	0	6	17.500	30.50	30.80	30.80
		32,	**124,**	**170,5**	**176,**	**176,**	**176,**

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel 'Voortbouwen hoofdlijnenakkoord curatieve zorg: volumegroei gelijk aan laatste jaar Integraal Zorgakkoord (IZA) (i.c.m. MBI)', die door het kabinet-Schoof is ingeboekt vanaf 2027, € 250 miljoen bezuinigd wordt en dat dit oploopt tot € 590 miljoen structureel vanaf 2028? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar is opgebouwd?

Antwoor

Ja dat klopt, zie onderstaande

Tabel 21 Maatregel "Voortbouwen hoofdlijnenakkoord curatieve zorg: volumegroei gelijk aan laatste jaar Integraal Zorgakkord (IZA) (i.c.m. MBI) (bedragen x € 1 miljoen)

	202	202	Stru
Voortbouwen hoofdlijnenakkoord curatieve zorg: volumegroei gelijk aan laatste jaar IZA	–	–	–

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel 'Onafhankelijke indicatiestelling ongecontracteerde wijkverpleging', die door het kabinet-Schoof is ingeboekt vanaf 2027, €85 miljoen bezuinigd wordt?

Antwoor

Dit klopt niet. In de Voorjaarsnota 2026 heeft het kabinet gemeld dat uit de verdere uitwerking van de maatregel is gebleken dat invoering per 2027 niet mogelijk is. Hierdoor wordt de voor 2027 geraamde besparing van € 85 miljoen niet gerealiseerd.

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel 'Versnelling opschaling digitale zorg in de Wijkverpleging', die door het
kabinet-Schoof is ingeboekt vanaf 2027, €35 miljoen bezuinigd wordt en dat dit oploopt tot €210 miljoen

Antwoor

Er wordt geïnvesteerd en ingezet op het versnellen van de opschaling digitale zorg in de wijkverpleging. Dat leidt uiteindelijk tot de opbrengsten/besparingen. Die worden ingeboekt zoals

Tabel 22 Besparing (bedragen x € 1 miljoen)

	202	202	202	203	203	Struc.
Versnelling opschaling digitale zorg in de	– 35	– 85	– 142	–	–	**203**

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel 'Versnellen opschaling digitale zorg in gehandicaptenzorg' vanaf 2028 €30 miljoen bezuinigd zou worden op de gehandicaptenzorg, oplopend tot €108 miljoen structureel, maar dat deze taakstelling is opgeteld bij de taakstelling voor het bestuurlijk akkoord voor de Wlz?

Antwoor

Ja, dat

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel 'SPUK naar GF en PF met 10% budgetkorting' die door het kabinet-Schoof is ingeboekt op het terrein van VWS in 2026 €73 miljoen bezuinigd is en dat hiervan €60 miljoen structureel is? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar is

Antwoor

In onderstaande tabel is aangegeven hoe de 10% korting van kabinet-Schoof vanaf 2026 is opgebouwd. Over de stand van zaken bent u reeds geïnformeerd in de Kamerbrief «Uitkomst omzetting specifieke uitkeringen» (2025)[9]. In de bijlage bij deze brief staat per afzonderlijke specifieke uitkering (SPUK) weergegeven of en wanneer deze wordt omgezet en de manier waarop de 10%-korting

Tabel 23 Maatregel «SPUK naar GF en PF met 10% budgetkorting» (bedragen x € 1 miljoen)

	202	202	202	202	Structure
VWS-begroting SPUK naar GF/PF met 10%	– 73	– 67	– 63	– 60	– 63

[9] Kamerbrief uitkomst omzetting specifieke uitkeringen |

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel ‘Generieke taakstelling subsidies Rijksbreed’, die door het kabinet-Schoof is ingeboekt op het terrein van VWS in 2026, €124 miljoen bezuinigd is en dat dit oploopt tot €252 miljoen structureel? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar

Antwoor

Ja dit klopt. De generieke taakstelling subsidies Rijksbreed die op basis van coalitieakkoord Schoof is ingevoerd, ziet er als volgt uit:

Tabel 24 Maatregel «Generieke taakstelling subsidies Rijksbreed» (bedragen x € 1 miljoen)

	202	202	202	202	203	203	Structure
Generieke taakstelling subsidies	–	–	–	–	–	–	–

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel ‘Bestuurlijke afspraken beloningen medisch specialisten in maatschappen’, die door het kabinet-Schoof is ingeboekt vanaf 2027, €150 miljoen bezuinigd

Antwoor

De bezuiniging van € 150 miljoen is inderdaad ingeboekt. Eerder is de Kamer geïnformeerd over de uitvoering van het amendement Bontenbal[10] waar deze bezuiniging uit voortkomt. Het kabinet geeft hier uitvoering aan middels de voorbereiding van een wetsvoorstel gericht op het vergroten van de transparantie rondom de inkomens van alle medisch specialisten. Met het doel om met de informatie die daaruit beschikbaar komt, tenzij blijkt dat daartoe geen aanleiding is, over te kunnen gaan tot de voorbereiding van wetgeving die deze inkomsten ook maximeert. Het kabinet zet zich ervoor in om dit proces voortvarend, maar ook op zorgvuldige wijze uit te voeren. Het invoeren van deze maatregel per 2027 is hierdoor niet mogelijk. Dit besparingsverlies voor het jaar 2027 is

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel ‘Eigen bijdrage jeugdzorg’, die door het kabinet-Schoof is ingeboekt vanaf 2028,

Antwoor

De eigen bijdrage staat per 2028 structureel ingeboekt voor € 260 per jaar. De eigen bijdrage is onderdeel van een breder pakket van maatregelen, die de kwaliteit en (financiële) houdbaarheid van de jeugdzorg moeten verbeteren. Dit sluit aan bij de Hervormingsagenda Jeugd.

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel ‘Sturen op trajectduur jeugdzorg’, die door het kabinet-Schoof is ingeboekt vanaf 2028, €68 miljoen bezuinigd wordt?

Antwoor

Ja, dit klopt. Deze opgave is onderdeel van de totale structurele besparingsopgave voor de jeugdzorg oplopend tot

[10] TK 2024/25, 36 600 VIII, nr.

Voor trajectduur heeft AEF in 2023 een verkenning uitgevoerd naar het verminderen van de behandelduur in de jeugdzorg en heeft verschillende maatregelen gekwantificeerd.[11] Op deze

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel 'Actualisatie wijkverpleging', die door het kabinet-Schoof is ingeboekt in 2026,
€312 miljoen bezuinigd is en dat dit oploopt tot €414 miljoen structureel? Kunt u in een tabel

Antwoor

«Actualisatie wijkverpleging» is geen bezuiniging van het kabinet-Schoof op de wijkverpleging. Uitvoeringsinfor-matie van het Zorginstituut over het jaar 2025 maakte duidelijk dat de uitgaven aan wijkverpleging lager uitvielen dan eerder was geraamd. De raming is hierop gecorrigeerd. De opbouw van de reeks «Actualisatie wijkverpleging» die in de 1e suppletoire begroting 2025 is ingeboekt en die ook is gepresenteerd in de verdiepingsbijlage bij de Ontwerpbegroting 2026 is

Tabel 25 Actualisatie wijkverpleging (bedragen x € 1 miljoen)

	202	202	202	202	203
1e suppletoire begroting	–	–	–	–	–

VRAAG

Klopt het dat er via het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) in 2026 €260 miljoen is bezuinigd en dat dit oploopt tot structureel €774 miljoen? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging

Antwoor

Nee, dit klopt niet. Onderstaande tabel geeft een overzicht van alle financiële afspraken die in het HLO

Tabel 26 Overzicht financiële afspraken HLO (bedragen x € 1 miljoen)

		202	202	202	202	203	Struc
Basispad bij ongewijzigd beleid							
1	Doorontwikkeling	–	–	–	–	–	–
2	kwaliteitskader Meerjarig	350	350	350	350	350	350
3	contracteren Taakstelling	– 70	– 70	– 70	– 70	– 70	– 70
x	Wlz-behandeling Opschaling		– 82	– 82	– 82	– 82	– 82
4	digitale zorg	–	– 41	– 80	–	–	–
Afspraken					123	162	162
6	Verzachting tariefmaatregelen	24	24	24	24	26	25
7	Investering in beweging naar	2	3	2	5	4	0
8	voorkant Regiobudgetten HLO		50	50	50		
9	Opleiding en scholing		40	40	40	50	50
1	Uitvoeringskosten HLO	5	20	20	20	10	10
0	Totaal afspraken (6 t/m 10)	28	10	10	10	37	36
Dekkin							
12	Wlz-zorg zonder verblijf		–	–	–	–	–
13	Overheveling transitieruimten digitale		120	200	310	360	
14	zorg Bijdrage enveloppe voor betere	–	– 14	– 14	– 14		
15	ouderenzorg Totaal dekking (12 t/m 14)	281	– 229	– 148	– 41	–	–
Resulta							
1	Aangepaste tariefmaatregel conform HLO	–	–	–	–	–	–

[11] Verkenning naar het verminderen van de behandelduur in de jeugdzorg,

Met het HLO zijn vier losse tariefmaatregelen vervallen (regel 1 tot en met 4 in bovenstaande tabel). Deze zijn allereerst verzacht (regel 6 in de tabel) en uiteindelijk vervangen door één nieuwe

Daarnaast zijn er enkele investeringen afgesproken. Deze zijn opgenomen bij regel 7 tot en met 11. Dit betreffen structurele extra middelen voor investeringen in de beweging naar de voorkant (regel 7), regiobudgetten (regel 8), opleiding en scholing (regel 9) en uitvoeringskosten HLO regel

Tevens zijn in het HLO afspraken gemaakt over een vereenvoudiging van de leveringsvormen voor Wlz-ouderenzorg thuis. Dit levert een besparing op die oploopt van € 120 miljoen in 2027 tot € 360 miljoen structureel vanaf 2030 (regel 12). Ook zijn de tijdelijke transitiemiddelen die beschikbaar waren voor de versnelde opschaling van digitale zorg binnen het HLO ingezet ter verzachting van de tariefmaatregelen (regel 13). Tot slot is er als onderdeel van het HLO in de periode 2027-2029 vanuit de toenmalige enveloppe voor betere ouderenzorg tijdelijk een bedrag van cumulatief € 700

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel ‘Eigen risico niet verlagen en indexeren per 2027’ vanaf 2027 €3705 miljoen bezuinigd wordt en dat dit oploopt tot €4766 miljoen structureel? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar is opgebouwd?

Antwoor

Onderstaande tabel bevat de opsplitsing van het budgettaire effect naar het effect op de opbrengst van het verplicht eigen risico (het financieringseffect) en het effect op de zorguitgaven (het remgeldeffect) tijdens de begrotingsperiode. Voor de periode na 2031 blijft het remgeldeffect gelijk (gegeven dat dit in een gelijkblijvend prijspeil is gepresenteerd), en

Tabel 27 Maatregel «Eigen risico niet verlagen en indexeren per 2027» (bedragen x € 1 miljoen)

	202	202	202	203	203
Terugdraaien verlaging en niet invoeren tranchering	– 3.705	– 3.926	– 4.127	– 4.222	– 4.317
w.v. hogere opbrengst eigen risico	– 2.007	– 2.144	– 2.245	– 2.340	– 2.435

VRAAG

Klopt het dat er via de extra verhoging van het eigen risico met €60 vanaf 2028 €1025 miljoen bezuinigd wordt en dat dit oploopt tot €1050 miljoen structureel? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar is opgebouwd?

Antwoor

In het coalitieakkoord is het effect van het verhogen van het verplicht eigen risico met € 60 tot en met 2035 inzichtelijk gemaakt, waarbij destijds de totale opbrengst in 2035 werd ingeschat op € 1.050 miljoen. De opbrengst van het verhogen van het verplicht eigen risico is geactualiseerd bij de Voorjaarsnota[12], waarbij het verwachte effect op de zorguitgaven (remgeldeffect) is aangepast. Onderstaande tabel bevat de opsplitsing van het budgettaire effect naar het effect op de opbrengst van het verplicht eigen risico (het financieringseffect) en het effect op de zorguitgaven (het

Tabel 28 Verhogen verplicht eigen risico met € 60 (bedragen x € 1 miljoen)

	202	202	202	203	203
Verhogen eigen risico met € 60	-	– 1.019	– 1.023	– 1.026	– 1.112
w.v. hogere opbrengst eigen risico	-	– 406	– 410	– 413	– 448

[12] Kamerstukken II 2025/26, 36 915,

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel ‘Tranchering eigen risico op €150’ vanaf 2028 €200 miljoen wordt bezuinigd? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar is opgebouwd?

Antwoor

De besparing van tranchering van het verplicht eigen risico is ingeschat op € 200 miljoen. Onderstaande tabel bevat de opsplitsing van het budgettaire effect naar het effect op de opbrengst van het verplicht eigen risico (het financieringseffect) en het effect op de zorguitgaven

Tabel 29 Maatregel «Tranchering eigen risico op € 150» (bedragen x € 1 miljoen)

	202	202	202	203	203
Invoeren tranchering € 150	-	–	–	–	–
w.v. lagere opbrengst eigen risico	-	200	200	200	200
	-	118	118	118	118

Het budgettaire effect van tranchering van het verplicht eigen risico is echter ook afhankelijk van de totale hoogte van het verplicht eigen risico. In verband met de verhoging van het verplicht eigen risico, wordt een extra derving van de opbrengst van het verplicht eigen risico van circa € 30 miljoen verwacht. Dit interactie-effect is meegenomen onder de opbrengst van het verhogen van het verplicht

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel ‘Passende zorg (wet- en regelgeving)’ vanaf 2029 €112 miljoen bezuinigd wordt en dat dit oploopt tot €548 miljoen structureel? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar

Antwoor

Ja dat klopt, zie onderstaande

Tabel 30 Maatregel "Passende zorg (wet- en regelgeving) (bedragen x € 1 miljoen)

	202	203	203	203	203	203	203	Stru
Passende zorg	–	–	–	–	–	–	–	–

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel ‘Versterken informatieplicht zorgverzekeraars’ vanaf 2029 €110 miljoen bezuinigd wordt en dat dit oploopt tot €190 miljoen structureel? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar is opgebouwd?

Antwoor

Ja dat klopt, zie onderstaande

Tabel 31 Maatregel «Versterken informatieplicht zorgverzekeraars» (bedragen x € 1 miljoen)

	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	
Versterken informatieplicht zorgverzekeraars (Jetten)		– 110	– 120	– 120	– 130	– 140	– 150	– 160	– 170	–	–

[13] Kamerstukken II 2025/26, 36 943,

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel ‘Afschaffen vergoeding ongecontracteerde zorg’ vanaf 2029 €150 miljoen wordt bezuinigd? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar is

Antwoor

Ja dat klopt. Deze maatregel kent geen oploop en is vanaf het startjaar 2029 € 150 miljoen, zie

Tabel 32 Maatregel «Afschaffen vergoeding ongecontracteerde zorg» (Bedragen x € 1 miljoen)		
	202	**Stru**
Afschaffen vergoeding	–	–

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel ‘Selectie geneesmiddelen uit het basispakket en strakker pakketbeheer’ vanaf 2028
€35 miljoen bezuinigd wordt en dat dit oploopt tot €150 miljoen structureel? Kunt u in een tabel

Antwoor

Dat klopt. Deze maatregel uit het regeerakkoord is verwerkt in de begroting 2027, zoals te zien is in tabel 68 met de belangrijkste beleidsmatige uitgavenmutaties Zvw op pagina 172. Onderstaande tabel geeft de oploop in miljoenen euro weer.

Tabel 33 Oploop CA maatregel 41				
	202	**202**	**203**	**Stru**
CA 41 Selectie geneesmiddelen uit basispakket en strakker	–	–	–	–

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel ‘Bestuurlijk akkoord Wlz / Scheiden wonen en zorg’ vanaf 2027 €130 miljoen bezuinigd wordt en dat dit oploopt tot €990 miljoen structureel? Hoeveel is daar vervolgens aan toegevoegd via het schrappen van andere tariefmaatregelen in de Wlz? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar is opgebouwd?

Antwoor

In het coalitieakkoord is inderdaad vanaf 2027 een besparing van € 130 miljoen opgenomen via de maatregel ‘Bestuurlijk akkoord Wlz / Scheiden wonen en zorg’. Deze taakstelling van € 130 miljoen in 2027 is geschrapt en alternatief ingevuld. Zo kon met partijen voldoende tijd worden genomen voor een zorgvuldige uitwerking. Bijgaande tabel laat zien hoe de taakstelling op de groeiruimte Wlz zich vanaf 2028 ontwikkelt en welk bedrag hier bovenop komt ter dekking van het niet doorgaan van de tariefmaatregelen bij de gehandicaptenzorg en
langdurige ggz. De taakstelling en het schrappen van de tariefmaatregelen beperken de beschikbare groeiruimte. Deze besparingen zijn doorgevoerd in het budgettaire kader zoals opgenomen in de definitieve kaderbrief Wlz 2027 en het indicatieve Wlz-kader voor de periode 2028-2031.[14]

Tabel 34 Bedragen x € 1 miljoen					
		202	**202**	**202**	**203**	**203**
1	Groeiruimte op basis van MLT	1.46	2.87	4.24	5.77	7.25
2	Taakstelling CA		4	0	0	9
3	Schrappen tariefmaatregelen		– 345	– 560	– 775	– 990
4	Beschikbare groeiruimte Wlz (1+2+3)	1.46	–	–	–	–

[14] Kamerstukken II, 2026-2027, 34104, nr.

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel ‘Vrijvallen resterende envelop ouderenzorg’ vanaf 2027 €8 miljoen bezuinigd wordt en dat dit oploopt tot €470 miljoen structureel? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar is opgebouwd?

Antwoor

Ja, het klopt dat de resterende middelen uit de enveloppe ouderenzorg die nog niet waren belegd met concrete uitgaven in het coalitieakkoord zijn betrokken bij de totale financiële plaat. Bijgaande tabel geeft een overzicht van de vrijval van deze middelen oplopend tot € 470,1 miljoen

Tabel 35 Bedragen x € 1 miljoen

	202	202	202	202	203
«Vrijvallen resterende envelop	-	– 8	–	–	–

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel ‘Huishoudelijke hulp uit Wmo met vangnet’ vanaf 2029 €435 miljoen wordt bezuinigd? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar is

Antwoor

In verband met de maatregel ‘huishoudelijke hulp uit de Wmo 2015 met vangnet’ is een taakstellende besparing ingeboekt van per saldo structureel € 435 miljoen met ingang van 2029. In de onderstaande tabel is weergegeven hoe deze besparing is opgebouwd. Het CPB heeft in haar ‘Analyse Coaltieakkoord 2026-2030’ aangegeven dat afhankelijk van de nadere invulling/ uitwerking van de maatregel de schuiven tussen de Zvw, Wmo 2015 en Wlz anders kunnen

Tabel 36

	Voorjaars-nota	Onderliggende	Toelichting op
Gemeentefon	– €1.010	– €1.440 miljoen huishoudelijke hulp + €430 miljoen vangnet	Bedrag vangnet dekt circa 30% uitgaven huishoudelijke hulp van gemeenten
Effecten Wlz en	+ € 575	+ € 660 miljoen Wlz – € 85 miljoen Zvw	Deel cliënten stroomt uit naar Wlz.
Taakstellin	– € 435		

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel ‘Gelijktrekken vermogensgrenzen zorgtoeslag naar heffingsvrij vermogen’ vanaf 2027 €19 miljoen bezuinigd wordt en dat dit oploopt tot €324 miljoen structureel? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar is opgebouwd?

Antwoor

De budgettaire reeks uit het Coalitieakkoord voor de maatregel ‘gelijktrekken vermogensgrenzen zorgtoeslag naar heffingsvrije vermogen’ is herijkt op basis van de ramingen van het Centraal Planbureau in het Centraal Economisch Plan. Daarnaast zijn ook de uitvoeringskosten in beeld gebracht. Hieronder in de tabel zijn per jaar de totale kosten en opbrengsten van deze maatregel weergegeven.

Tabel 37 Budgettaire effecten maatregel «Gelijktrekken vermogensgrenzen zorgtoeslag naar heffingsvrij vermogen» (in € miljoen)

(- is	202	202	202	203	stru
Verlagen vermogensgrens	– 24	– 292	– 295	– 302	– 305
Uitvoeringskosten	1,2	0	– 0,7	– 0,7	– 0,7

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel 'Eigen bijdrage wijkverpleging' vanaf 2029 € 225 miljoen wordt bezuinigd? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar is opgebouwd?

Antwoor

In het coalitieakkoord is een taakstellende besparing opgenomen van € 225 miljoen euro vanaf 2029. Deze is als volgt opgebouwd:

Tabel 38 Maatregel «Eigen bijdrage wijkverpleging» (Bedragen x € 1 miljoen)

	202	202	202	203	Stru
Totaal	15	15	–	–	–
Besparing door eigen			225	225	225
bijdrage Verwachte	15	15	–	–	–
			250	250	250

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel 'Aftrek specifieke zorgkosten' vanaf 2028 €618 miljoen wordt bezuinigd? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar is opgebouwd?

Antwoor

De totale opbrengst van het afschaffen van de fiscale aftrek van specifieke zorgkosten is bij de verwerking van het coalitieakkoord (CA) ingeschat op per saldo € 618 miljoen. Dit bedrag bestaat uit meerdere onderdelen. Inmiddels zijn er diverse ramingen bijgesteld, waardoor de per saldo opbrengst van deze maatregel iets is toegenomen, zie onderstaande tabel.

Tabel 39

Onderwe	Opbrengst (in €	Was
Afschaffing specifieke zorgkosten	39	37
Afschaffing Tegemoetkoming specifieke	6	3
zorgkosten Verlaging recht op diverse	91	94
toeslagen	14	15
	2	1

Toelichting:

1. Het totaalbedrag betreft de afschaffing van de aftrek specifieke zorgkosten (ASZ) van € 396 miljoen.
2. De afschaffing van de tegemoetkoming specifieke zorgkosten van € 91 miljoen, wat een aanvullende regeling op de ASZ betreft die mensen compenseert voor het niet meer kunnen benutten van heffingskorting door de fiscale aftrek.
3. Daarnaast heeft de afschaffing van de ASZ ook doorwerking op het verzamelinkomen, wat qua inkomen de basis is voor de toeslagen. Door het afschaffen van de ASZ stijgt het inkomen, waardoor het recht op toeslagen in die gevallen daalt. Deze doorwerking is becijferd op € 142 miljoen, bestaande uit zorgtoeslag (€ 73 miljoen), huurtoeslag (€ 65 miljoen) en kindgebonden budget (€ 4 miljoen). Het voornemen is de regeling per 2028 af te schaffen.

Omdat in het inkomstenkader wordt uitgegaan van bedragen op transactiebasis, waarbij de endogene ontwikkeling niet wordt meegenomen is besloten tot het verwerken van een vlakke reeks voor alle onderliggende onderdelen. Daarmee bedraagt de totale opbrengst van de maatregel dus € 629

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel 'Vervolgopleidingen medisch-specialisten' vanaf 2029 €110 miljoen wordt bezuinigd? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar is

Antwoor

Ja dit klopt. De bezuiniging is opgenomen in het coalitieakkoord. Deze korting is vlak en geldt

Tabel 40 Maatregel «Vervolgopleidingen medisch-specialisten» (Bedragen x € 1 miljoen)	
	2029 en
Vervolgopleidingen medisch-	11

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel 'Beschikbaarheidbijdrage academische zorg' vanaf 2029 €100 miljoen wordt bezuinigd? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar is

Antwoor

Ja dat klopt. Deze maatregel kent geen oploop en is vanaf het startjaar 2029 € 100 miljoen, zie

Tabel 41 Maatregel «Beschikbaarheidsbijdrage academische zorg» (bedragen x € 1 miljoen)		
	202	**Stru**
Beschikbaarheidbijdrage	–	–

VRAAG

Klopt het dat er via de subsidietaakstelling vanaf 2027 €30 miljoen wordt bezuinigd op het gebied van VWS? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar is opgebouwd?

Antwoor

De subsidietaakstelling die op basis van coalitieakkoord Jetten is ingevoerd (€ 29,575 miljoen structureel), ziet er als volgt uit:

Tabel 42 Overzicht subsidietaakstelling coalitieakkoord Jetten (Bedragen x € 1 miljoen)							
	202	**202**	**202**	**202**	**203**	**203**	**Structure**
Subsidietaakstelli	0	–	–	–	–	–	–

VRAAG

Klopt het dat er via de budgetkorting op de VWS-begroting in 2026 €30 miljoen bezuinigd is en dat dit oploopt tot €65 miljoen in 2027 en €41 miljoen structureel? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar is opgebouwd?

Antwoor

Ja dit klopt. Deze budgetkorting ziet er als

Tabel 43 Overzicht budgetkorting (Bedragen x € 1 miljoen)							
	202	**202**	**202**	**202**	**203**	**203**	**Structure**
Budgetkortin	–	–	–	–	–	–	–

VRAAG

Klopt het dat er via de maatregel 'Actualisatie Wlz-uitgaven' in 2026 €390 miljoen bezuinigd is, waarvan €250 miljoen structureel doorloopt? Kunt u in een tabel weergeven hoe deze bezuiniging per jaar

Antwoor

Er is bij de actualisatie van de Wlz-uitgaven geen sprake van een bezuiniging, maar van een actualisatie op grond van uitvoeringsinformatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa concludeerde in haar februaribrief over de toereikendheid van het Wlz-kader 2026 (en bevestigde dit beeld in haar recente julibrief) dat het Wlz-kader ruimschoots toereikend was. Op grond van het gemiddelde van de twee scenario's uit de februaribrief was er
bij de Voorjaarsnota 2026 sprake van een ruimte van € 602 miljoen in 2026. Hiervan is vanaf 2027 € 250 miljoen structureel doorgetrokken. Op grond van de julibrief is de structurele meevaller van € 250 miljoen vanaf 2027 met

Met betrekking tot het bedrag van € 390 miljoen geldt dat dit de herverdelingsmiddelen voor 2026 betroffen die nog niet aan het Wlz-kader waren toegevoegd. Zoals gebruikelijk besluit ik elk jaar op grond van de uitvoeringsin-formatie van de NZa of de inzet van deze middelen nodig is. In

Onderstaande tabel zet de actualisatie van het Wlz-kader op grond van de februaribrief (Voorjaarsnota 2026) en de julibrief (ontwerpbegroting 2027) onder elkaar.

Tabel 44 Bedragen x € 1 miljoen

	202	202	202	202	203
Actualisatie op basis van februaribrief NZa	– 602	– 250	– 250	– 250	– 250

VRAAG

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

Antwoor

Onderstaande tabel bevat het gevraagde totaaloverzicht voor de gehandicaptenzorg, exclusief de jaarlijkse loon-en prijscompensatie. Met het schrappen van de tariefmaatregelen op de gehandicaptenzorg zijn er geen bezuini-gingen. Ten opzichte van de verwachte uitgaven in 2026 (€ 15.585 miljoen) komt jaarlijks aanvullende groeiruimte beschikbaar. Zie ook de toelichting in de brief aan uw Kamer van 1 juli jl (Kamerstukken II, 34104, nr. 473). Daarnaast wordt vanaf 2027 € 3,5 miljoen beschikbaar gesteld om de hogere tarieven die de NZa voor de logeerzorg in
de gehandicaptenzorg heeft vastgesteld op te vangen. De bijna € 400 miljoen die voor de gehandicaptenzorg in 2026 al beschikbaar was voor hogere tarieven op basis van de NZa-kostenonderzoeken[15], blijft ook de komende jaren beschikbaar

Tabel 45 Bedragen x € 1 miljoen

		202	202	202	203	Stru
1	Extra middelen voor logeertarieven	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
2	Groeiruimte gehandicaptenzorg[1]	41	70	99	1.32	1.65
3	Totaal investeringen	7	8	5	4	3

1 In 2027 onderdeel van de (dat jaar nog ongedeelde) groeiruimte voor het totale

VRAAG

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

Antwoor

Bijgaande tabel omvat het gevraagde totaaloverzicht voor de Wlz-ouderenzorg, exclusief de jaarlijkse loon- en prijscompensatie. De besparingen in het basispad betreffen in hoofdzaak de opbrengsten van het beleid van scheiden van wonen en zorg en het Hoofdlijnenakkoord

[15] NZa kostenonderzoek gehandicaptenzorg 2025, kostenonderzoek gehandicaptenzorg 2026, kostenonderzoek normatieve huisvestingscomponent 2026 en kostenonderzoek LVHC.

uitgaven in 2026 (€ 21.957 miljoen) komt jaarlijks aanvullende groeiruimte beschikbaar. In deze groeiruimte is rekening gehouden met de taakstelling uit het CA om de uitgavengroei af te remmen met een bestuurlijk
akkoord en de ophoging van deze taakstelling ter dekking van het terugdraaien van de

Tabel 46 Bedragen x € 1 miljoen

		202	202	202	203	Stru
1	Besparingen ouderenzorg in basispad	–	–	–	–	–
2	Groeiruimte ouderenzorg	405	612	850	1.045	1.104
3	Saldo besparingen en groeiruimte	930	1.443	2.192	3.056	3.898

VRAAG

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

Antwoor

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

Tabel 47 Volumeontwikkeling en ombuigingen in de wijkverpleging (bedragen x € 1 miljoen)

	202	202	202	203	203
Volumeontwikkeling					
AZWA: Volumegroei (3,5%)[1]	270,8	404,	404,	404,	404,
Valpreventiemiddelen		60,	60,	60,	60,
Opleidingsmiddelen naar premiekader					
Ombuigingen	–	–	–	–	–
Terugdraaien verlagen eigen risico, indexeren en trancheren eigen risico	34,0	40,5	40,5	40,5	40,5
	0,0	– 85,0	– 85,0	– 85,0	– 85,0

1 De groeiruimte betreft de cumulatieve reeks van de tranches 2026 t/m 2028. De groeiruimte vanaf 2029 is

Daarnaast is vanaf 2025 € 60 miljoen overgeheveld vanuit het premiekader naar de VWS-begroting ten behoeve van de subsidieregeling Werkgeverskosten Opleiden Wijkverpleging (WOW). Vanaf 2028 keren deze middelen weer terug in het kader. Tot slot zijn er gelden vanuit het IZA en AZWA beschikbaar voor subsidies rondom onderzoek en kwaliteit.

VRAAG

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

Antwoor

De middelen die beschikbaar zijn voor jeugdzorg zijn de afgelopen 10 jaar fors gestegen. Van circa € 3,7 miljard in 2015 t/m circa € 8 miljard in 2025 (exclusief de eenmalige toevoeging van € 728 miljoen bij miljoenennota 2026 voor compensatie tekorten 2023 en 2024). Tegelijkertijd zijn de uitgaven de

Met de Hervormingsagenda Jeugd (HA) in 2023 zijn zowel structureel aanvullende middelen beschikbaar gekomen als incidentele middelen, en zijn afspraken gemaakt over het sturen op de uitgaven resulterend in een besparingsopgave.[17]

[16] Kamerstukken II, 34104 nr. 473
[17] Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028, Bijlage 1 Meerjarig Financieel Kader HA, Bijlage 2 Maatregelen en verantwoordelijkheidsverdeling Hervor-mingsagenda en Bijlage 3 Investeringstabel.

De financiële maatregelen uit de Hervormingsagenda leidden tot een besparingsopgave van € 374 miljoen in 2023 oplopend tot € 1.018 miljoen structureel. Bij de voorjaarsnota 2025 zijn er incidenteel aanvullende middelen beschikbaar gesteld om het ingroeipad van de besparingsopgave te verzachten en zijn er aanvullende beheersmaat-regelen genomen. Onderstaande tabel toont de actuele opgave met het ingroeipad van de Hervormingsagenda en de aanvullende beheersmaatregelen. De actuele besparingsopgave voor jeugdhulp is hiermee € 463 miljoen in 2026 en € 1.853 miljoen

Tabel 48 Actuele opgave en ingroeipad Hervormingsagenda jeugd (bedragen x € miljoen)

	202	202	202	202	202	202	stru
Oorspronkelijke besparingsopgave	–	–	–	–	–	–	–
HA Verzachting ingroeipad				961	1017		
VJN2025 *Aanvullende besparingsopgave VJN2025:*						**– 260**	**– 260**
- Eigen bijdrage jeugdzorg						–	–
- Sturen op trajectduur jeugdzorg						68	68
- Indexeren opgave HA						– 507	– 507

Daarnaast heeft het Kabinet de afgelopen jaren aanvullende middelen beschikbaar gesteld voor jeugdzorg. In 2025 heeft het kabinet tussen 2025 en 2027 in totaal circa € 3,7 miljard extra vrijgemaakt voor jeugdzorg, waaronder de verzachting van het ingroeipad in de jaren ’26 en ’27 en de compensatie

Tot en met 2028 zijn er daarnaast uitvoeringsmiddelen voor de Hervormingsagenda Jeugd beschikbaar. Daarbij gaat het zowel over algemene uitvoeringsmiddelen als middelen gekoppeld aan specifieke maatregelen, zoals de transformatie van de gesloten jeugdhulp. Deze middelen zijn deels overgeboekt naar het Gemeentefonds, deels beschikbaar gesteld via regelingen, opdrachten en/of subsidies, en staan deels op de VWS-begroting. Voor 2027 gaat het om € 67,7 miljoen voor specifieke afspraken uit de Hervormingsagenda en € 9 miljoen algemeen

VRAAG

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

Antwoor

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

Tabel 49 Volumeontwikkeling in de kraamzorg (in € mln.)

	202	202	202	203	203
Volumeontwikkeling					
Groeiruimte	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Structurele bekostiging VSVs	0,0	1,1	2,2	3,3	3,3
Ombuigingen					

De groeiruimte betreft de budgettaire ruimte die bestemd is voor het opvangen van de groei van de Zvw-uitgaven bij ongewijzigd beleid. Dit betreft de tranche 2027. In de jaren na 2027 is de groeiruimte nog niet definitief vastgesteld en toebedeeld aan de sector.

Verder worden de Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV’s) vanaf 2027 structureel bekostigd vanuit de Zvw. Dit leidt waarschijnlijk tot een kleine toename in het gebruik van kraamzorg vanwege mogelijke zorgverschui-vingen van de tweede naar de eerste lijn. Om die reden zijn er

VRAAG

Welk deel van de geplande bezuinigingen op de langdurige zorg komt naar verwachting neer bij de gehandicap-tenzorg, welk deel bij de ouderenzorg en welk deel bij de langdurige ggz?

Antwoor

De budgettaire opgave voor de maatregel ‘Bestuurlijk akkoord Wlz / Scheiden wonen en zorg’ is in het coalitieak-koord niet verdeeld over de sectoren. De minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport heeft ervoor gekozen de totaal beschikbare groeiruimte voor de Wlz op grond van de afspraken in het coalitieakkoord[18] te verdelen over de sectoren. Deze verdeling is met uw Kamer gedeeld via de brief

VRAAG

Hoe vaak worden er budgetplafonds opgelegd aan ggz-

Antwoor

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

VRAAG

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

Antwoor

Als alternatief voor het verpleeghuis ontstaan er vele nieuwe zorgvormen, waaronder bijvoorbeeld het zorgbuurthuis, maar ook andere initiatieven zoals thuisplus-flats. In de periode 2023 t/m 2026 is er in totaal
€ 312 miljoen beschikbaar om de realisatie in de periode t/m 2030 van 20.000 zorggeschikte woningen te stimuleren. De laatste ronde voor de aanvragen van de Stimuleringsregeling zorggeschikte woningen (SZGW) eindigt op
18 december 2026. De betalingen vinden plaats op het moment dat een definitieve omgevingsvergunning is verstrekt (90%) en na realisatie (10%). In de begroting van VWS is voor 2027 € 126,7 miljoen beschikbaar voor het doen van betalingen voor de SZGW. Daarnaast heeft het ministerie van BZK een Stimuleringsregeling voor ontmoetingsruimten voor ouderen (SOO) waarvoor het budget in 2026 € 40 miljoen bedraagt. Beide regelingen (SZGW en SOO) dragen bij

VRAAG

Hoeveel jongeren zitten er momenteel in de gesloten

Antwoor

De NZa monitort elk kwartaal de capaciteit en bezetting binnen de gesloten jeugdhulp. Op 1 april 2026 verbleven 350 jeugdigen in de gesloten jeugdhulp. De capaciteit gesloten jeugdhulp bedroeg op 1

VRAAG

Hoeveel jongeren zitten er momenteel in de residentiële

Antwoor

[18] Tevens zijn de tariefmaatregelen van de vorige kabinetten voor de gehandicaptenzorg en langdurige ggz geschrapt.

Het CBS houdt cijfers bij over het soort jeugdhulp met verblijf dat jongeren hebben: pleegzorg, gezinsgericht, gesloten of overig (zoals GGZ verblijf en woongroepen). In 2024 waren er verspreid over het hele jaar in totaal 41.775 jongeren met verblijf, waarvan 1.415 jongeren met gesloten jeugdhulp en 19.060 jongeren met verblijf overig. De overige jongen zaten niet in residentiële jeugdzorg, maar in pleegzorg of gezinsgericht verblijf. De definitieve cijfers over 2025 volgen eind oktober van dit jaar.

VRAAG

Hoeveel jongeren worden er momenteel gehuisvest op vakantieparken door

Antwoor

Op 1 september heeft de minister voor Langdurige Zorg, Jeugd en Sport een rapport gedeeld met uw Kamer, waaruit bleek dat op peildatum 1 mei 2026, in totaal 768 jeugdigen in een één-op-één setting verbleef. Dit kan gaan om verblijf in een afzonderlijke locatie, zoals een vakantiepark of appartement. Maar bijvoorbeeld ook om een woning, afdeling of aparte ruimte in het gebouw of op het terrein van een instelling. Het is niet bekend hoeveel van deze jeugdigen op vakantieparken

VRAAG

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

Antwoor

Dat hangt af van de wijze waarop deze verhoging ingevuld wordt en welke aannames daarbij worden gehanteerd. Voor een beeld van de verschillende opties om de lonen binnen zorg en welzijn te verhogen naar het niveau van vergelijkbare functies in de publieke sector en de marktsector met bijbehorende kosten, wordt u verwezen naar de brief die op 27 juni 2024 naar de Kamer is

VRAAG

Hoeveel zou het op termijn opleveren om alle nieuwe medisch specialisten in loondienst

Antwoor

In ‘Zorgkeuzes in Kaart’ (ZiK, 2020) is een berekening gemaakt van de financiële effecten van regelgeving waardoor medisch specialisten in loondienst gaan. Daarin is een raming gemaakt van de besparing op personeelskosten van structureel € 240 miljoen, een besparing als gevolg van een lagere productieprikkel van € 100 miljoen en
van de investering van € 10 miljoen voor transitiekosten gedurende vijf jaar en een incidentele investering tot
€ 2.000 miljoen voor compensatie van goodwill. Wanneer deze maatregel alleen wordt toegepast op ‘nieuwe’ artsen, zal het aantal artsen in loondienst geleidelijk toenemen volgens een groeipad. Het zal daarom lang (30 jaar) duren voor de genoemde opbrengsten zich volledig manifesteren. De berekeningen zijn gebaseerd op aannames en zijn met grote onzekerheden omgeven. In het recent gepubliceerde Keuzes in Kaart heeft het CPB deze maatregel ook in verschillende varianten

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

[20] Tweede Kamer, vergaderjaar 2023/2024, Kamerdossier 29 282,

VRAAG

Hoeveel ziekenhuizen en ziekenhuislocaties zijn er sinds 2010 gesloten? Welke

Antwoor

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

Tabel 50 Aantal locaties algemene-, academische- en kinderziekenhuizen en aantal buitenpoli's

Jaa	Algemne wijzigingen	Locatie Ziekenhuizen algemene	Academische ziekenhuizen (locatienivea	Locatie wijzigingen academische	Kinder-zieken-huizen (locatie -	Locatie kinderzieken-huize	(locatie -
2010	126		11 11				83 88
2011	123		11 11				97 106
2012	121		11 11				111
2013	120		8*	- Erasmus MC Daniel den Hoed[1] - Erasmus MC - UMC Utrecht Wilhelmina	5	1. Emma Kinderziekenhuis Amsterdam 2. Erasmus Medisch Centrum Sophia 3. WillemAlexander 4. Radboud 5. UMCU Wilhelmina Kinderziekenhuis + Princes Maxima	12
201	10	- Alrijne Ziekenhuis - Havenziekenhuis Rotterdam Albert Schweitzer Ziekenhuis Amstelwijck Dordrecht	8		6		13
201	10	-MC Slotervaart -HagaZiekenhuis Juliana Den	8		7	+ HagaZiekenhuis	12
202	99	- Omme-lander locatie Delfzicht[3] - HagaZiekenhuis	8		7		14

Jaa	Algemne Academische (locatie niveau)	Locatie wijzigingen Ziekenhuizen	algemene (locatienivea	Locatie wijzigingen academische	Kinder-zieken-huizen (locatie -	Locatie kinderzieken- huize	(locatie -
202	98	- Meander MC Baarn - Amphia	8		7		14
202 3	98		8		7		14 7
202	98		8		7		14
4	98		8		7		8

1 Locatie is nog open, wordt nu meegeteld als algemeen ziekenhuis onder de naam Erasmus Medisch Centrum Kanker Instituut
2 Locatie is nog open, wordt nu meegeteld als kinderziekenhuis

VRAAG

Hoeveel ziekenhuisafdelingen zijn er sinds 2010 gesloten? Welke

Antwoor

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

VRAAG

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

Antwoor

In onderstaande tabel staat het aantal spoedeisende hulplocaties in Nederland van 2011 t/m Q2 2026 en de namen van gesloten SEH's. Over 2010 zijn geen cijfers beschikbaar. In de periode vóór 2016 is niet systematisch bijgehouden welke SEH's gesloten zijn. Een kaart met alle actueel geopende SEH's is te vinden op Acute zorg | Regionaal | SEH | Volksgezondheid en Zorg

Het is belangrijk om te vermelden dat een spoedplein een samenwerking betreft tussen een SEH, huisartsen-spoedpost en vaak ook een dienstapotheek, en niet zozeer een afschaling van een SEH. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen 2.0, dat op korte termijn wordt aangeboden aan het Zorginstituut voor opname in het Register, maakt onderscheid tussen de SEH en poliklinische spoedzorg. Omdat de term poliklinische spoedzorg nog niet formeel is bekrachtigd, is er nog geen overzicht beschikbaar welke SEH's zijn omgevormd tot poliklinische spoedzorglocatie. Wel zijn er enkele locaties die zich als spoedpolikliniek of spoedpost profileren na sluiting van een SEH. Die zijn in onderstaande tabel aangegeven. Voor dergelijke termen is echter geen

Tabel 51 Aantal spoedeisende hulplocaties in Nederland van 2011 t/m Q2 2026 en de namen van

Peildatu	Tota aantal SEH's (incl. SEH's openstelling die niet 24/7	Aantal	Naam van gesloten 24/7-uurs SEH	Naam afge-schaalde SEH van 24/7-uurs SEH naar beperkte	Naam gesloten/heropende SEH met beperkte openings-
201 1	99 94	99 94			
201 3	95 95	91 91			
201 4	94	90	Sluiting (1): Hagaziekenhuis locatie		

Peildatu	Tota aantal SEH's (incl. SEH's die niet 24/7	Aantal openstelli	Naam van gesloten 24/7-uurs SEH	Naam afge-schaalde SEH van 24/7-uurs SEH naar beperkte	Naam gesloten/heropende SEH met beperkte openings-
201	94	89		Afschaling van 24/7-uurs SEH naar dag/avond (1): Franciscus Gasthuis &	
201	89	86	Sluiting (3): HMC Antoniushove		Sluiting van dag/avond SEH (2): Albert Schweitzer Zwijndrecht,
			Woerden, ZGT Hengelo		Havenziekenhuis
Maart 2019		83	Sluiting (2): MC Slotervaart Amsterdam, MC	Afschaling van 24/7-uurs SEH naar dag/avond (1): ETZ	
Maart 2020		80	Sluiting (3): HMC Bronovo, Bethesda Hoogeveen[1] en Refaja		Sluiting van dag/avond SEH (1): ETZ TweeSteden
Maart 2021		80			Sluiting van dag/avond SEH (1): Spaarne Haarlem Noord tijdelijk gesloten
Maart 2022		80			Heropening (1): Spaarne Haarlem
April 2023		80	Geen wijzigingen t.o.v. 2022.		
83		77	Sluiting (1):	Afschaling van 24/7-uurs SEH naar dag/avond (2): Gelre Ziekenhuizen Zutphen, Amsterdam	Sluiting van dag/avond SEH (1): Spaarne Haarlem
Maart 2025		7	Sluiting (1): Zuyderland ziekenhuis		Sluiting van dag/avond SEH (1): Amsterdam UMC locatie
Juli 2026		7			

1 Locaties die zich als spoedpolikliniek of spoedpost profileren. Bron: RIVM

VRAAG

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

Antwoor

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

Tabel 52 Overzicht van het aantal locaties met een 24/7 aanbod van acute verloskunde vanaf 2015

Peildatu	Aantal locaties met acute	Naam van gesloten acute verloskunde
2015	84	
2016[3]	81	Sluiting van 24/7-uurs AV-afdeling Bravis Roosendaal, Ziekenhuisgroep Twente locatie Slotervaart Ziekenhuis Amsterdam
201	81	Sluiting van 24/7-uurs AV-afdeling (2): Alrijne Ziekenhuis Leiden, Zuyderland Sittard- Daarnaast waren er twee ziekenhuizen die in de inventarisatie van 2014 niet aan de criteria voor acute verloskunde voldeden en vanaf 2017 wel.
April	80	Sluiting van 24/7-uurs AV-afdeling (3): Scheper ziekenhuis in Emmen, Elisabeth Twee Steden ziekenhuis locatie Tilburg, St. Antonius ziekenhuis Het St. Antoniusziekenhuis in Utrecht en het Refaja Ziekenhuis in Stadskanaal bieden op het peilmoment in april 2018 wel acute verloskunde volgens de gehanteerde eisen, terwijl ze dat in 2017 niet deden.
Maart 2019		Sluiting van 24/7-uurs AV-afdeling (6): Treant Zorggroep Refaja Stadskanaal, Bethesda Hoogeveen, Dijklander Ziekenhuis locatie Purmerend, St. Antoniusziekenhuis locatie Nieuwegein, Spaarne Gasthuis locatie Hoofddorp, MC Heropening van 24/7-uurs AV-afdeling (1): Scheper ziekenhuis Emmen
Maart 2020		Sluiting van 24/7-uurs AV-afdeling (1): HMC Bronovo Den Haag
Maart 2021	75	Het Ziekenhuis Amstelland in Amstelveen is overgegaan van dag/avond aanbod in 2020 naar 24/7-uurs aanbod in 2021. Sluiting van 24/7-uurs AV-afdeling (1): Amsterdam UMC locatie VUMC
April 2023		Sluiting van 24/7-uurs AV-afdeling (2): Franciscus Vlietland Schiedam, Gelre ziekenhuis Zutphen
Maart 2024		Sluiting van 24/7-uurs AV-afdeling (1): OLVG locatie West
Maart 2025	71	Amsterdam Geen veranderingen t.o.v. 2024.

1 Bron: RIVM bereikbaarheidsanalyses
2 Volgens criteria waaronder 24/7 aanbod.
3 Voor de jaren tot 2014 is door RIVM niet expliciet gevraagd naar het aanbod acute verloskunde volgens de criteria. Destijds is gevraagd of de SEH van een ziekenhuis
«8 poortspecialismen aanbiedt», acute verloskunde was 1 van die 8 poortspecialismen. Vanaf 2014 is de uitvraag specifieker, met uitvraag

VRAAG

Hoeveel mensen maakten in 2025 hun volledig eigen

Antwoor

Voor 2025 wordt verwacht dat 7,3 miljoen mensen (circa 50% van de volwassen verzekerden) hun verplicht eigen risico hebben volgemaakt.

VRAAG

Hoeveel mensen hebben in 2026 hun gehele eigen risico in de eerste maand van het jaar

Antwoor

Hierover zijn nog geen actuele gegevens beschikbaar. Uit gegevens over 2022, 2023 en 2024 blijkt dat circa 2% à 3% van de volwassen verzekerden hun verplicht eigen risico in januari hebben volgemaakt. Bij een gelijkblijvend aandeel, betekent dit dat in januari 2026 circa 295.000 tot 440.000 volwassenen hun verplicht eigen risico hebben volgemaakt.

VRAAG

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

Antwoor

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

1. De zorguitgaven aan geneeskundige en langdurige zorg. Tot deze uitgaven worden ook de zorgkosten gerekend die betaald worden via de aanvullende verzekeringen en eigen betalingen evenals de uitgaven aan beleids-en beheerorganisaties.
2. De uitgaven aan zorg en welzijn, ook wel de brede definitie van zorg genoemd. Dit zijn uitgaven aan geneeskundige en langdurige zorg aangevuld met de uitgaven aan kinderopvang, delen van de jeugdzorg, maatschappelijke opvang (waaronder asielopvang)

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

Tabel 53 Ontwikkeling zorgkosten in relatie tot de ontwikkeling van het BBP volgens de Zorgrekeningen van het CBS

	Alle zorguitgaven aan geneeskundige en				De uitgaven aan zorg en welzijn volgens de brede			
Jaarta	In € miljoen		%BB		In € miljoen		%BB	
		na		na		na		na
2010	73.402		11,4 %		85.790		13,3 %	
2011	75.593		11,5 %		88.125		13,4 %	
2012	78.309		11,9 %		90.622		13,8 %	
2013	78.957		11,9 %		90.954		13,7 %	
2014	80.116		11,8 %		91.927		13,5 %	
2015	80.118		11,5 %		92.323		13,2 %	
2016	82.021	98.283	11,4 %	11,0 %	94.842	128.928	13,2 %	14,5 %
2017	83.932	99.811	11,2 %	10,0 %	96.972	132.992	12,9 %	13,4 %
2018		106.49		10,1		142.45		13,6

De gegevens over 2025 zijn nog niet bekend
2010 t/m 2022:
https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84047NED/table?dl=DC468NB
2021 t/m 2024:
https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/86015NED/table?dl=DC6F6 BBP

Een revisie door het CBS van de zorguitgavenstatistiek heeft geleid tot een trendbreuk, niet omdat de gehanteerde definities zijn gewijzigd maar omdat de definities bij de revisie beter zijn ingevuld, onder meer door het gebruik van nieuwe en aanvullende bronnen. Zo zijn onder meer de uitgaven van psychologen, overige paramedici, alternatieve genezers, aanbieders van preventieve zorg en overige aanbieders

betreft hierbij vooral zorg die niet vanuit de Zvw wordt vergoed. Ook aanbieders van ondersteuning en begeleiding van gehandicapten en overige aanbieders van welzijnszorg zijn in de brede cijfers volledi meegenomen. Een volledig overzicht van de wijzigingen is opgenomen in de

VRAAG

Wat is de ontwikkeling van de zorgkosten in relatie tot de ontwikkeling van het bruto binnenlands product (bbp) in de jaren 2010–2026 volgens de RIVM-definitie van zorgkosten? Kunt u dit in een

Antwoor

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

Tabel 54 Ontwikkeling zorgkosten in relatie tot de ontwikkeling van het BBP volgens de RIVM-

	Alle zorguitgaven aan geneeskundige en				Uitgaven voor gezondheidszorg conform de internationale			
Jaarta	In € miljoen		%BB		In € miljoen		%BB	
		na		na		na		na
2010	73.402		11,5 %		64.910		10,1 %	
2011	75.593		11,6 %		66.555		10,1 %	
2012	78.309		12,0 %		68.816		10,5 %	
2013	78.957		12,0 %		69.901		10,5 %	
2014	80.116		11,9 %		70.964		10,5 %	
2015	80.118		11,6 %		71.236		10,2 %	
2016	82.021	98.283	11,6 %	11,0 %	72.918	99.490	10,1 %	11,2 %
2017	83.932	99.811	11,4 %	10,0 %	74.614	100.133	9,9 %	10,1 %
2018		106.49		10,1		105.40		10,0
201						3		%

NB Voor ‘zorguitgaven aan geneeskundige en langdurige zorg’ zijn er nog geen 2025-cijfers 2010 t/m 2022:
https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84047NED/table?dl=DC468
2021 t/m 2024:

Een revisie door het CBS van de zorguitgavenstatistiek heeft geleid tot een trendbreuk, niet omdat de gehanteerde definities zijn gewijzigd maar omdat de definities bij de revisie beter zijn ingevuld, onder meer door het gebruik van nieuwe en aanvullende bronnen. Zo zijn onder meer de uitgaven van psychologen, overige paramedici, alternatieve genezers, aanbieders van preventieve zorg en overige aanbieders van gezondheidszorg beter meegenomen. Het betreft hierbij vooral zorg die niet vanuit de Zvw wordt vergoed. Ook aanbieders van ondersteuning en begeleiding van gehandicapten en overige aanbieders van welzijnszorg zijn in de brede cijfers volledi

[21] Zie https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/diversen/2024/revisie-statistieken-uitgaven-aan-gezondheids-en-welzijnszorg-

VRAAG

Wat is de ontwikkeling van het Uitgavenplafond Zorg in relatie tot de ontwikkeling van het bruto binnenlands product (bbp) in de jaren 2010–2026? Kunt u dit in een tabel weergeven?

Antwoor

In onderstaande tabel is de ontwikkeling van de premiegefinancierde zorguitgaven in relatie tot de ontwikkeling van het bruto binnenlands product (bbp) opgenomen. Per 2024 zijn de deelplafonds binnen de Rijksbegroting afgeschaft en daardoor bestaat er geen separaat Uitgavenplafond Zorg (UPZ) meer. De definitie van de netto zorguitgaven die voor het antwoord vanaf 2024 is gebruikt is dezelfde als gepresenteerd in het hoofdstuk premiegefinancierde uitgaven (PZ) en bestaat uit de

Tabel 55 Ontwikkeling van de premiegefinancierde zorguitgaven in relatie tot de ontwikkeling van het bbp (bedragen x € 1 miljard)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2020[1]	2021	2022		2024[2]	2025
Netto	57	58	61	62	62	56	59	61	63	68	72	73	79	85	93	99
zorguitgaven	64	65	65	66	67	69	72	75	78	83	81	89	994		1.115	1.171
BBP																
Netto	9%	9%	9%	9%	9%	8%	8%	8%	8%	8%	9%	8%	8%		8%	8%

1 Exclusief de eenmalige stimuleringsimpuls voor de bouw uit het aanvullend coalitieakkoord Balkenende IV (€ 320 miljoen) die niet aan de Zorguitgaven is toegerekend.
2 Vanwege het afschaffen van de deelplafonds worden de begrotingsgefinancierde zorguitgaven vanuit de VWS-begroting vanaf het jaar 2024 niet

VRAAG

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

Antwoor

In onderstaande tabel is de ontwikkeling van de premiegefinancierde zorguitgaven in relatie tot de ontwikkeling van het bruto binnenlands product (bbp) opgenomen. Per 2024 zijn de deelplafonds binnen de Rijksbegroting afgeschaft en daardoor bestaat er geen separaat Uitgavenplafond Zorg (UPZ) meer. De definitie van de netto zorguitgaven die voor het antwoord vanaf 2024 is gebruikt is dezelfde als gepresenteerd in het hoofdstuk premiegefinancierde uitgaven (PZ) en bestaat uit de

Tabel 56 Ontwikkeling van de premiegefinancierde zorguitgaven in relatie tot de ontwikkeling van het bbp (bedragen x € 1 miljard)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2020[1]	2021	2022		2024[2]	2025
Netto	57	58	61	62	62	56	59	61	63	68	72	73	79	85	93	99
zorguitgaven	64	65	65	66	67	69	72	75	78	83	81	89	994		1.115	1.171
BBP																
Netto	9%	9%	9%	9%	9%	8%	8%	8%	8%	8%	9%	8%	8%		8%	8%

1 Exclusief de eenmalige stimuleringsimpuls voor de bouw uit het aanvullend coalitieakkoord Balkenende IV (€ 320 miljoen) die niet aan de Zorguitgaven is toegerekend.
2 Vanwege het afschaffen van de deelplafonds worden de begrotingsgefinancierde zorguitgaven vanuit de VWS-begroting vanaf het jaar 2024 niet

VRAAG

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

Antwoor

Tabel 57

	Bruto modaal inkomen per	Nominale premie per	Nominale premie als percentage van het bruto modaal
2006	29.500	926	3%
2007	30.000	1001	3%
2008	31.500	1049	3%
2009	32.500	1059	3%
2010	32.500	1095	4%
2011	33.000	1199	4%
2012	33.000	1226	4%
2013	32.500	1213	4%
2014	33.000	1098	4%
2015	33.000	1158	4%
2016	33.500	1201	4%
2017	34.000	1286	4%
2018	34.500	1308	4%

Noot: De inschatting van het modale inkomen is overgenomen van het CPB. De nominale premie in de jaren 2006 en 2007 wijkt af vanwege de no-claimkorting. De gepresenteerde nominale premie in die jaren is inclusief no-claim premie en gemiddelde no-claim teruggave. Het jaar 2027 is gebaseerd op een raming van de nominale premie en het bruto modaal inkomen.

VRAAG

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

Antwoor

Tabel 58

	WML per maand (inclusief vakantiegeld)	Nominale premie	Nominale premie als percentage van het
2006	1.374	77	6%
2007	1.405	83	6%
2008	1.442	87	6%
2009	1.492	88	6%
2010	1.520	91	6%
2011	1.538	100	6%
2012	1.562	102	7%
2013	1.587	101	6%
2014	1.604	92	6%
2015	1.622	97	6%
		100	6%
		107	7%
		109	7%

	WML per maand (inclusief vakantiegeld)	Nominale premie	Nominale premie als percentage van het
2023	2.089	138	7%
2024	2.235	146	7%
2025	2.367	156	7%

Noot: De nominale premie in de jaren 2006 en 2007 wijkt af vanwege de no-claim. De gepresenteerde nominale premie in die jaren is inclusief no-claim premie en gemiddelde no-claim teruggave. Het jaar 2027 is gebaseerd op een raming van de nominale premie en het wettelijk

VRAAG

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

Antwoor

Onderstaande tabel geeft de door zorgverzekeraars gerapporteerde bedrijfskosten voor 2025 weer. 2025 is het meest recente jaar waarvoor cijfers beschikbaar zijn. De tabel geeft zowel de totale bedrijfskosten per concern weer als de bedrijfskosten als percentage van de totale zorgkosten (van

Tabel 59 Door zorgverzekeraars gerapporteerde bedrijfskosten voor 2025[1]

Zorgverzekeraar	**Totale bedrijfskosten in 2025 (x €1**	**Bedrijfskosten als percentage van**
ASR	65	4,1%
CZ	36	2,9%
DSW	65	2,3%
EUcare	18	3,3%
Menzis	59	2,3%
ONVZ	30	4,4%
Sallandvgz	35	

1 *Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, zoals door individuele zorgverzekeraars*

VRAAG

Hoeveel geven zorgverzekeraars jaarlijks uit aan reclame-

Antwoor

In de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, die sinds de jaarcijfers 2014 door individuele zorgverzekeraars worden gepubliceerd, worden de uitgaven aan reclame vermeld. Op basis daarvan is onder-staande tabel opgesteld die de uitgaven voor de afgelopen

Tabel 60 Ontwikkeling reclamekosten 2015-2025 op concernniveau (bedragen x € 1.000), [1]											
Concern / Jaar	**ASR**	**CZ**	**DSW + Stad**	**EUCARE**	**Menzi**	**ONVZ**	**Sallan**	**VGZ**	**Zorg &**	**Zilveren**	**Tota**
2015	878	6.589	484		4.835	977	686	6.286	1.277	13.457	**35.469**
2016	150	4.449	792		4.408	1.404	767	4.581	1.288	16.153	**33.992**
2017	74	4.975	836		3.900	869	918	5.962	1.455	11.093	**30.082**
2018	162	4.464	853		3.710	882	900	4.877	1.511	12.326	**29.685**
2019	321	2.984	807		3.545	693	883	4.950	1.254	8.307	**23.744**
2020	235	3.048	851	331	2.881	1.657	636	4.667	1.117	7.352	**21.014**
2021	49	2.813	943	362	3.536	1.192	444	5.175	1.331	4.622	**23.277**
2022	1.023	859	1.390								
2023	964	1.136									

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

VRAAG

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

Antwoor

In de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, die sinds de jaarcijfers 2014 door individuele zorgverzekeraars worden gepubliceerd, worden de uitgaven aan acquisitie vermeld. Op basis daarvan is onderstaande tabel opgesteld die de uitgaven voor de afgelopen tien jaar weergeeft. Acquisitiekosten omvatten onder andere provisies voor het intermediair en kosten van de polisadministratie. De kosten zijn exclusief reclame-uitgaven.

Tabel 61 Ontwikkeling acquisitiekosten (excl. reclame-uitgaven) 2015-2025 op concernniveau (bedragen x [1]											
Concern / jaar	**ASR**	**CZ**	**DSW + Stad**	**EUCARE**	**Menzi**	**ONVZ**	**Sallan**	**VGZ**	**Zorg &**	**Zilveren**	**Tota**
2015	4.503	56.226	2.292		26.902	10.900	1.001	67.224	2.095	45.379	216.522
2016	7.441	57.336	2.251		29.726	9.951	1.267	65.457	2.531	31.163	207.123
2017	6.580	59.519	2.137		27.621	10.644	1.456	65.897	3.174	30.082	207.110
2018	5.768	63.859	2.411		25.944	10.113	1.945	58.093	3.362	20.447	191.942
2019	6.644	50.946	2.291		27.153	10.267	2.007	61.449	3.667	41.222	205.646
2020	13.971	52.327	2.025	15.732	27.927	9.348	1.857	57.584	3.719	36.124	204.882
2021	7.11	51.13	2.16	11.237	21.81	7.441	1.23	62.51	4.38	33.30	191.09
						7.402					

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

VRAAG

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

Antwoor

Voor 2025 (het jaar waarvoor de meest recente cijfers beschikbaar zijn) vindt u hieronder de aanwezige en vereiste solvabiliteit basisverzekering en de solvabiliteitsratio's. De aanwezige reserves basisverzekering van zorgverzekeraars tezamen bedragen ultimo 2025 circa € 12,5 miljard. Hiervan is bijna € 8,6 miljard wettelijk vereist. De gewogen gemiddelde solvabiliteitsratio bedraagt

Tabel 62 Solvabiliteit basisverzekering 2025, Solvency II (bedragen x € 1 miljoen)

	202	Aanwezige	Vereiste	Verschil tussen aanwezige en vereiste
ASR	152	17	11	60
CZ	%	4	4	684
DS	135	261	192	151
W	%	3	9	7
EUcar	139	54	39	497
e	%	1	1	103
Menzi	136	25	1	22
s	%	151	9	118
ONVZ	149	0	101	7
Sallan	%	29	3	136
d VGZ	152	9	19	107
	%	92	6	1
	131	336	70	

VRAAG

Hoe staat het met de uitvoering van het amendement Dobbe over het oprichten van een team dat actief ondersteunt bij het opzetten van zorgbuurthuizen en vergelijkbare woonzorgvormen voor ouderen (Kamerstuk 36725-XVI-7)? Hoe kunnen mensen of organisaties die een zorgbuurthuis willen

Antwoor

In lijn met de aanbevelingen van het Aanjaagteam Wonen Zorg Welzijn voor Ouderen wordt uitgewerkt hoe initia-tiefnemers van zorgbuurthuizen en vergelijkbare woonzorgvormen voor ouderen kunnen worden ondersteund. Deze ondersteuning moet zich richten op de planvorming en realisatie van concrete woon-zorgprojecten. Het streven is om deze ondersteuning in het

Bij deze uitwerking wordt ook bezien hoe mensen en organisaties die een zorgbuurthuis willen oprichten toegang kunnen krijgen tot deze ondersteuning.

VRAAG

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

Antwoor

Het verplicht en vrijwillig eigen risico kunnen op z'n vroegst per 2029 afgeschaft worden. Het kost naar verwachting
€ 8,8 miljard om het verplicht eigen risico volledig af te schaffen. Hiervan betreft € 4,1 miljard de derving van de opbrengst van het verplicht eigen risico. Omdat mensen zich naar verwachting minder bewust zullen zijn van de kosten, is de verwachting dat zij vaker een beroep zullen doen op de zorg. Dit leidt naar verwachting tot € 4,7 miljard hogere zorguitgaven. Voor de inschatting van de omvang van de hogere zorguitgaven (het

In 2023 is onderzoek gedaan naar het vrijwillig eigen risico.[22] Afschaffing van het vrijwillig eigen risico zou leiden tot een toename van de totale zorguitgaven met circa € 120 miljoen per jaar. Dit bestaat volledig uit het wegvallen van het remgeldeffect. Afschaffing van het vrijwillig eigen risico is overigens alleen mogelijk als onderbouwd

22 https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2023/04/12/kamerbrief-over-

private schadeverzekeraars voor wie de EU-richtlijn Solvabiliteit II geldt. Die richtlijn schrijft voor dat de vrijheid van de zorgverzekeraars om hun polis in te richten alleen mag worden beperkt voor zover dit noodzakelijk is ter bescherming van het algemeen belang.

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

VRAAG

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

Antwoor

Het Zorginstituut heeft in 2024 het rapport 'Kostenanalyse mondzorg volwassenen' gepubliceerd.[23] Hierin heeft het Zorginstituut een kostenanalyse gedaan over de kosten van opname van mondzorg in het basispakket. Er zijn daarbij meerdere scenario's doorgerekend, zijnde kosten van:

1. jaarlijkse controles;
2. gebitsreiniging en het maken van foto's;
3. aanspraak mondzorg jeugd uitbreiden voor volwassenen;
4. medisch noodzakelijke handelingen en
5. verruiming van de huidige aanspraak tot de leeftijd van 25 jaar.

De budgetimpact van de grootste uitbreiding van het pakket (scenario 3) werd tussen € 1,6 en € 1,7 miljard geschat, uitgaande van een eigen risico van € 385. Zonder eigen risico zou de budgetimpact tussen € 2,9 en € 3,2 miljard liggen. Genoemde bedragen zijn gebaseerd op het

VRAAG

Hoeveel zou het opleveren om mondzorg op te nemen in het

Antwoor

Het is lastig om de bredere baten van het opnemen van mondzorg in het basispakket in te schatten en te koppelen aan specifieke beleidsmaatregelen.[24] Dit heeft onder andere te maken met een gebrek aan structurele data. Dat maakt dat het niet goed mogelijk is om de mogelijke baten van mondzorg te koppelen aan het uitbreiden van de aanspraak op mondzorg.

VRAAG

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

Antwoor

Het Zorginstituut heeft in 2025 geconcludeerd dat op preventie gerichte mondzorg voor volwassenen, waarbij nog geen sprake is van een medische indicatie, in principe niet voldoet aan het ingangscriterium van de Zvw.[25] Dit geldt onder andere voor de periodieke controles.

Desondanks kan inzicht worden gegeven in de financiële gevolgen van eventuele opname in het basispakket. In 2024 heeft het Zorginstituut namelijk ingeschat wat de budgetimpact zou zijn als periodieke controles ook voor volwassenen in het basispakket komen.[23] Er is een scenario doorgerekend waarbij er 1 periodieke controle per jaar aan het basispakket toegevoegd wordt en

[23] Rapport - Kostenanalyse mondzorg volwassenen | Zorginstituut Nederland
[24] Eindverslag Project 'Verminderen van ongewenste mijding van mondzorg vanwege financiële redenen', pagina 6
[25]

worden. Bij 1 periodieke controle per jaar zou de geschatte budgetimpact tussen € 137 en € 151 miljoen liggen bij een eigen risico van € 385. Zonder eigen risico werd de budgetimpact geschat tussen € 297 en € 321 miljoen. Bij 2 periodieke controles is de budgetimpact ingeschat tussen € 277 en € 304 miljoen bij een eigen risico van
€ 385. Zonder eigen risico werd de budgetimpact geschat tussen € 595 en € 642 miljoen. Genoemde bedragen zijn gebaseerd op het prijspeil 2023.

VRAAG

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

Antwoor

De meest recente informatie wijst uit dat de totale kosten voor eerstelijnsfysiotherapie én eerstelijnsoefentherapie in 2023 uit zijn gekomen op € 1,9 miljard[26]. Daarvan is € 0,73 miljard vergoed vanuit de basisverzekering en het resterende deel (circa € 1,17 miljard) vanuit de aanvullende verzekeringen. Het is niet bekend hoeveel patiënten zelf betalen voor deze zorg buiten de verzekeringen om. Daardoor heeft VWS geen volledig beeld van de totale kosten als alle fysio- en oefentherapie onbekend toegenomen zou worden in het basispakket.

Voor een volledig beeld moet bovendien met meerdere zaken rekening worden gehouden. Zo moet er bijvoorbeeld rekening worden gehouden met eventuele gedragseffecten als gevolg van de uitbreiding van de vergoeding uit het basispakket, de invloed van het eigen risico op de zorgafname en met eventuele verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn.

VRAAG

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

Antwoor

Voor vrouwen jonger dan 21 jaar is in de Regeling zorgverzekering (Rzv) reeds bepaald dat anticonceptie is verzekerd (art. 2.6 onder i Rzv jo. art. 2.16 Rzv, art. 2.5 lid 2 Rzv jo. art. 64 uit bijlage 2 Rzv). De kosten voor het toevoegen van anticonceptie voor vrouwen vanaf 21 jaar aan het basispakket worden geschat op 30 tot 75 miljoen euro per jaar, afhankelijk van welke keuzes gemaakt worden over het opnemen van de aanspraak onder het eigen risico.

De kosten voor het opnemen van anticonceptie voor mannen (mannencondooms) in het basispakket zijn voor VWS op dit moment onbekend.

VRAAG

Kunt u een overzicht sturen welke zaken aan het basispakket zijn toegevoegd of eruit zijn gehaald, vanaf 2006 tot en met 2026?

Antwoor

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

[26] Kerncijfers fysiotherapie,

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

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

Ook kan zorg voorwaardelijk worden toegelaten. In zo'n geval wordt zorg die nog niet bewezen effectief is, toch tijdelijke toegelaten tot het basispakket. Als voorwaarde wordt gesteld dat in de periode van de tijdelijke toelating gegevens worden verzameld over de effectiviteit van de zorg. Tabel 3 betreft de voorwaardelijk toegelaten behandelingen.

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

In ondertaande tabellen zijn wél de wijzigingen opgenomen die eerder met de Kamer zijn gedeeld het kader van de voorgestelde wijzigingen in de basisverzekering.

Tabel 63 Overzicht politiek besloten uitbreidingen basispakket 2006–2024

Jaa	Uitbreidi
2006	geen uitbreidingen basispakket
	uitbreiding aantal zittingen
2007	psychotherapie jeugdtandzorg t/m 21
	jaar
2008	dyslexiezorg aan kinderen t/m 12
2009	jaar geen uitbreidingen basispakket
	bekkenfysiotherapie in verband met urine-
2012	incontinentie stoppen met roken
	geen uitbreidingen basispakket
	brillenglazen voor kinderen met medische indicatie vervallen minimum leeftijdsgrens van 6 jaar bij fluorideapplicatie blijvende gebitselementen geriatrische revalidatie (overheveling uit AWBZ) bruikleen hulpmiddelen (overheveling uit AWBZ)
2014	stoppen met roken
	geen uitbreidingen
- - -	basispakket niet-invasieve
2016	prenatale test (NIPT) zintuiglijk gehandicaptenzorg (overheveling uit AWBZ) verpleging en verzorging zonder verblijf (overheveling uit AWBZ) tweede en derde jaar intramurale geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (overheveling uit
	de AWBZ) geen uitbreidingen basispakket
2017	fysiotherapie bij claudicatio intermittens (etalagebenen) plastische chirurgie bij het uitvoeren van een bovenooglidcorrectie borstvergroting bij agenesie of aplasie van de borst circumcisie om medische redenen (uitgestelde) fronttandvervanging bij verzekerden tot hun drieëntwintigste levensjaar bijzondere tandheelkunde, implantaatgedragen gebitsprothesen voor verzekerden die voor eigen rekening implantaten heeft laten plaatsen
2018	fysiotherapie bij artrose aan heup- en kniegewrichten verleggen van de afbakening tussen het basispakket en de Jeugdwet als het gaat om verzorging bij verzekerden jonger dan achttien jaar wijzigen van de prestatie zittend ziekenvervoer bij oncologische behandelingen waar het gaat om immuuntherapie met geneesmiddelen

Jaa	Uitbreidi
202	Geneeskundige zorg van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten is overgeheveld vanuit de «Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling» naar de Zvw. Verruiming in de vergoeding van apotheekbereidingen van geneesmiddelen. De geriatrische revalidatiezorg is formeel (als categorie) aan de aanspraak voor ziekenvervoer toegevoegd. In situaties waarop normaal gesproken vervoer wordt vergoed, en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is, kan de zorgverzekeraar een vergoeding voor de kosten van logeren verstrekken die gedeeltelijk in de plaats komt van een vergoeding voor vervoerskosten.
202	Dagbehandeling voor verschillende patiëntgroepen, de gedragswetenschapper (gespecialiseerde psycholoog en orthopedagoog-generalist) en de paramedische zorg is overgeheveld vanuit de «Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling» naar de Zvw. Ziekenvervoer van en naar dagbehandeling die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet- aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking is toegevoegd aan het basispakket. Orgaandonoren hoeven geen verplicht eigen risico meer te betalen voor medische kosten die verband houden met de donatie en die optreden na 13 weken na de donatie bij leven. Het maximaal aantal behandelingen en onderhoudsbehandelingen voor COPD-patiënten in subcategorie B2 is gelijkgetrokken met die van categorieën C en D.
202 2	geen uitbreidingen basispakket
202	Fysio- en oefentherapie voor een valpreventieve beweeginterventie is aan het basispakket toegevoegd. De kraamzorg is geflexibiliseerd. Dit houdt in dat kraamzorg gedurende ten hoogste 6 weken, in plaats van gedurende ten hoogste 10 dagen, geleverd mag worden (gerekend vanaf de dag van bevalling).
202	Fysio- en oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen is aan het basispakket toegevoegd. Het maximaal aantal behandelingen voor COPD-patiënten vervalt. De beperkende voorwaarden op de aanspraak voor geriatrische revalidatiezorg zijn geschrapt. Zo vervalt de voorwaarde dat iemand eerst in een ziekenhuis moet hebben gelegen. Ook kan vanaf 2025 thuis gestart worden met revalideren.
202	Het definitief toelaten tot het basispakket van langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen. De restricties op het aantal behandelingen voor gesuperviseerde oefentherapie bij COPD worden uit het basispakket geschrapt.
202	Het verbreden van de aanspraak op geriatrische revalidatiezorg waarbij de geriatrische revalidatiezorg ook thuis

Tabel 64 Overzicht politiek besloten beperkingen basispakket 2006–2024

Jaa	Beperki
2006	geen beperkingen basispakket
2007	geen beperkingen basispakket
2010	slaapmiddelen cholesterolverlagers hulpmiddelen acetylcysteïne antidepressiva jeugd tandzorg boven 18 jaar extracties anticonceptie fysiotherapie 9 naar 12 behandelingen voor eigen rekening
2011	fysiotherapie 12 naar 20 behandelingen voor eigen rekening fysiotherapie, beperking chronische lijst maagzuurremmers, met uitzondering van chronisch gebruik stoppen met roken dieetadvisering eerstelijns psychologische zorg, van 8 naar 5 behandelingen aanpassingsstoornissen eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen redressiehelm
2014	beperking aantal terug te plaatsen embryo’s bij ivf vruchtbaarheidsbehandelingen voor vrouwen van 43 jaar of ouder paracetamol/codeïne
2016	geen beperkingen basispakket jeugd-ggz, inclusief dyslexiezorg voor kinderen naar Jeugdwet combinatietest voor zwangere vrouwen vanaf 36 jaar
2017	geen beperkingen basispakket
2018	geen beperkingen basispakket
2019	geen beperkingen basispakket

Jaa	Beperki
2022	combinatietest voor zwangere vrouwen
	hoge doseringen colecalciferol (volledig) en calcifediol (volledig)
2023	meclozine/pyridoxine (gedeeltelijk)
202	Per 1 januari 2025 wordt de counseling bij prenatale screening, als laatste onderdeel van dit programma, overgeheveld van de Zorgverzekeringswet (Zvw) naar de rijksbegroting. De financiering hiervan zal voortaan plaatsvinden via de Regionale Centra. Dit betekent dat counseling niet langer onderdeel uitmaakt van het basispakket van de zorgverzekering.
	codeïne (gedeeltelijk), PARP-remmers (gedeeltelijk)
202	Geen beperkingen basispakket

Tabel 65 Overzicht voorwaardelijk toegelaten behandelingen 2012–2026

Jaa	Voorwaardelijk toegelaten
2012	anesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugpijn
	renale denervatie bij patiënten met therapieresistentie behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolyse
201	het endoscopisch in plaats van chirurgisch behandelen van abcessen bij patiënten met geïnfecteerde pancreasnecrose autologe stamceltransplantaties bij therapierefractaire patiënten (patiënten die niet voldoende reageren op medicamenteuze behandeling met o.a. TNF-alfa blokkers) met de ziekte van Crohn
201	het geneesmiddel Belimumab (Benlysta®) bij een deel van de volwassen patiënten met Systemische Lupus erythematosus (SLE) tumor infiltrerende lymfocyten (TIL) bij patiënten met uitgezaaid melanoom in de laatste stadia een bepaald type chemotherapie (HIPEC) ter preventie van uitzaaiingen in de buik bij bepaalde patiënten met darmkanker borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie
201	percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED) bij lumbosacraal radiculair syndroom en lumbale hernia behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie
	het geneesmiddel fampridine (Fampyra®) bij multiple sclerosis (MS)
	dendritische celvaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie sacrale neuromodulatie bij therapieresistente functionele obstipatie met
201	vertraagde darmpassage
	geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met autologe stamceltransplantatie voor behandeling van stadium III BRCA1-like borstkanker
	combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) bij
201	patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht
	geen nieuwe voorwaardelijke toelatingen tot het basispakket
	verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating van percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED) bij lumbosacraal radiculair syndroom en lumbale hernia tot 1 december 2020
	verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating van borstreconstructie na borstkanker met autologe vet
201	transplantatie tot 1 oktober 2022
	CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronischhartfalen New York Heart Association (NYHA) klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen
	De behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem
	Langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen;
	Langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen.
	Verlenging van de periode van voorwaardelijke toelatingen van de behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV tot 1 juli 2022.
	Verlenging van de periode van voorwaardelijke toelatingen van de behandeling met dendritische cel vaccinaties van patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie tot 1 augustus 2022, en
	Verlenging van de periode van voorwaardelijke toelatingen van de behandeling met sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmpassage tot 1 januari 2022
202	Nusinersen (Spinraza®) bij patiënten met 5q spinale spieratrofie (SMA) die 9,5 jaar en ouder zijn;
	Hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom.
202	Larotrectinib (Vitrakvi®) voor de behandeling van volwassen en pediatrische patiënten met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen
	Entrectinib (Rozlytrek®) voor de behandeling van volwassen patiënten en kinderen van 12 jaar en ouder met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase- genfusie vertonen
202	Geen nieuwe voorwaardelijke toelatingen tot het
	basispakket verlenging van de periode van
	voorwaardelijke toelating van:
	borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie tot 1 januari 2023;
	VTumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIC en stadium IV tot 1 januari 2023;
	Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem tot 1 januari 2024;
	Langdurige actieve fysiotherapie bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen tot 1 januari 2024; CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen tot 1 maart 2024;
	Langdurige actieve fysiotherapie bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen tot 1

Jaa	Voorwaardelijk toegelaten behandelingen
	maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht tot 1 Geïntensiveerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 met BRCA1-like, stadium III borstkanker tot 1 januari 2025; Einde voorwaardelijke toelating i.v.m. afronding project: Dendritische cel vaccinaties bij patiënten met melanoom stadium IIIB en IIIC; Sacrale neurostimulatie bij patiënten met therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmpassage.
202	Verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating langdurige actieve fysiotherapie of oefentherapie voor de behandeling van patiënten met reumatoïde artritis en ernstige functionele beperkingen tot 1 januari 2025. Verlenging van de periode van de voorwaardelijke toelating langdurige actieve fysiotherapie of oefentherapie voor de behandeling van patiënten met axiale spondyloartritis en ernstige functionele beperkingen tot 1 januari 2026. Verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating van eerstelijns paramedische herstelzorg voor COVID-19-patiënten tot 1 januari 2025. Einde voorwaardelijke toelating i.v.m. afronding project: de behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV. Borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie. Larotrectinib voor de behandeling van volwassen en pediatrische patiënten met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen. Entrectinib voor de behandeling van volwassen patiënten en kinderen van 12 jaar en ouder met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen.
202	Geen nieuwe voorwaardelijke toelatingen tot het basispakket. Verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating Blaasinstillatie met blaasspoelvloeistoffen met chondroïtinesulfaat en/of hyaluronzuur- voor de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies te verlengen tot 1 januari 2027. Voorwaardelijke toelating combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht is met 9 maanden verlengd tot 1 juli 2025. Einde voorwaardelijke toelating i.v.m. afronding project: CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronischhartfalen New York Heart Association (NYHA) klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen PA telemonitoring bij patiënten met chronisch hartfalen langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen Paramedische herstelzorg na Covid-19
202	Geen nieuwe voorwaardelijke toelatingen tot het basispakket. Einde voorwaardelijke toelating i.v.m. afronding project: Geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker. Combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht. Langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen.
202	Voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen: atidarsagene autotemcel (Libmeldy)

VRAAG

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

Antwoor

Een berekening van de exacte kosten om PrEP voor de volledige (potentiële) doelgroep te vergoeden is lastig te maken omdat er geen precies beeld is van de doelgroep, omdat we niet precies weten hoe vaak iemand PreP gebruikt en tegen welke kosten deze worden aangeboden.

Stichting Farmaceutische Kerngetallen houdt bij hoe vaak PreP wordt voorgeschreven. Deze data zijn gebruikt voor het maken van een inschatting van de volledige kosten zonder eigen bijdrage. Hierin zijn alle mensen die PreP krijgen voorgeschreven meegenomen: mensen die dit via de huisarts, een commerciële aanbieder of de GGD voorgeschreven krijgen.

De afgelopen 12 maanden zijn er 13.916 keer 30 pillen voorgeschreven (totaal 417.480 pillen), 6.414 keer 60 pillen (totaal 384.840 pillen), 17.164 keer 90 pillen (1.544.760 pillen) en 5.616 keer een ‘overige hoeveelheid’ (voor de berekening gaan we uit van 120 pillen onder de categorie ‘overige hoeveelheid, dat zijn totaal 673.920 pillen). In de afgelopen 12 maanden zijn daarmee naar schatting net iets meer dan 3 miljoen pillen voorgeschreven. PrEP kost ongeveer € 30 per dertig pillen en kan dagelijks of intermitterend (een bepaalde periode of alleen rondom seks) worden gebruikt. Gebruikers kunnen wisselen tussen dagelijks en intermitterend gebruik en andersom

Hierover zijn geen actuele data beschikbaar. Voor de berekening gaan we daarom uit van dagelijks gebruik voor iedereen, zodat de inschatting niet te laag uitvalt. Dit alles meegenomen komen de (ruim) geschatte medicatiekosten zonder eigen bijdrage uit op circa € 3 miljoen. Er is in deze berekening geen rekening gehouden met een mogelijk gedragseffect door het wegvallen van de

VRAAG

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

Antwoor

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) becijfert ieder jaar de eigen bijdragen voor geneesmiddelen in het GVS. In 2025 bedroeg het totale bedrag aan eigen bijdragen ruim € 143 miljoen. Dit bedrag werd niet volledig betaald door individuele patiënten omdat sinds 2019 de eigen bijdrage is gemaximeerd op € 250 per patiënt
per jaar. Het bedrag boven deze maximering wordt betaald door de zorgverzekeraars, en daarmee door alle premiebetalers. Zorgverzekeraars betaalden € 78,6 miljoen aan eigen bijdragen, 55% van het totaal. Dat betekent dat individuele patiënten in totaal € 64,8 miljoen aan eigen bijdragen

VRAAG

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

Antwoor

Voor kraamzorg geldt een eigen bijdrage per uur. Voor 2027 is deze eigen bijdrage vastgesteld op € 6 per uur. Gemiddeld namen gezinnen in de periode 2022-2024 28 uur kraamzorg af. Bij gelijkblijvend gebruik zou het afschaffen van de eigen bijdrage € 26 miljoen aan derving van

De indicatie van het aantal uur kraamzorg dat een gezin ontvangt wordt gedaan aan de hand van het Landelijk Indicatie Protocol en is standaard 49 uur, waarbij het minimum 24 uur en het maximum 80 uur bedraagt. De standaard indicatie van 49 uur wordt echter veelal niet geleverd,

Een eventuele afschaffing van de eigen bijdrage leidt naar verwachting tot een toename in de vraag naar kraamzorg. Als wordt uitgegaan van een stijging van het gemiddeld gebruik van 28 uur naar de standaardindicatie van 49 uur, dan zou dit een toename van zorgkosten van structureel € 280 miljoen[28] betekenen. Als we uitgaan van een lagere stijging naar gemiddeld 39 uur, dan zou dit een toename

VRAAG

Hoeveel zou het kosten om een bekendheidscampagne op te zetten om zorgverleners en onverzekerden te informeren over de mogelijkheid om zorg voor onverzekerden te

Antwoor

Het kabinet kan de Kamer niet voorzien van een inschatting van de kosten van een bekendheidscampagne om zorgverleners en onverzekerden te informeren over de mogelijkheid om zorg voor onverzekerden te declareren bij het CAK. Hiervoor zou eerst opnieuw moeten worden bekeken welke behoeften er nog zijn gegeven de doorlopende en nieuwe investeringen in

Het gebruik van de regelingen om zorg voor onverzekerde personen te declareren bij het CAK is de afgelopen jaren gestegen. Dit komt mede door de voorlichting die nu al jaarlijks plaatsvindt, waardoor meer bekendheid van de regelingen is bereikt. Desalniettemin wordt via blijvende

[27] € 18 miljoen meer aan eigen bijdragen in 2025 | Stichting Farmaceutische Kengetallen
[28] Dit bedrag bestaat uit € 26 miljoen aan derving van de eigen bijdrage, en € 254 miljoen aan toegenomen zorgkosten

de regelingen en worden waar nodig onduidelijkheden en misverstanden weggenomen. Er wordt onder andere geïnvesteerd in voorlichtingsproducten via het expertisecentrum zorgverzekeringen (SKGZ), en er zijn dit jaar extra middelen toegevoegd aan de subsidie specifiek voor de doelgroep onverzekerde personen. Daarnaast is er subsidie verleend aan de Nederlandse Straatdokters Groep (NSG), waar bekendheid over de mogelijkheden om zorg voor onverzekerde personen te

VRAAG

Hoeveel zou het kosten om de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) te laten handhaven op het weigeren van onverzekerden door zorgaanbieders, om te voorkomen dat dit plaatsvindt?

Antwoor

Het is niet bekend hoeveel het zou kosten om de IGJ te laten handhaven op het weigeren van onverzekerden door zorgaanbieders.

VRAAG

Hoe vaak worden onverzekerde patiënten na opname bij een zorgaanbieder ontslagen

Antwoor

Het is niet bekend hoe vaak onverzekerde patiënten na opname bij een zorgaanbieder worden

VRAAG

Hoeveel zou het kosten om te voorkomen dat onverzekerde patiënten naar straat worden ontslagen? Hoeveel investeringen in herstelplekken, tijdelijke medische opvang, revalidatie en

Antwoor

Het is niet bekend hoeveel het zou kosten om te voorkomen dat onverzekerde patiënten naar straat worden ontslagen en hoeveel investeringen in herstelplekken, tijdelijke medische opvang, revalidatie en nazorg hiervoor nodig zijn.

VRAAG

Hoeveel zou het kosten om te verplichten dat wanneer iemand (bijvoorbeeld een arbeidsmigrant) wordt afgemeld bij een collectieve verzekering voor internationaal werkenden deze automatisch een individuele zorgverzekering moet krijgen?

Antwoor

Daar is geen inschatting van te geven. Of het mogelijk is om over te stappen naar een individuele zorgverzekering hangt af van de situatie. Als de internationaal werkende niet meer in Nederland aan loonbelasting onderworpen is, dus geen ander werk heeft of recht heeft op een uitkering, dan vervalt de verzekeringsplicht. De persoon is dan weer aangewezen op de sociale zekerheid van het land van herkomst of is dan zelf verantwoordelijk voor eventuele zorgkosten. Als de persoon wel verzekeringsplichtig blijft kan hij/zij een individuele zorgverzekering afsluiten. Dit gaat niet automatisch, omdat de persoon zelf een zorgverzekering kan afsluiten die past bij zijn situatie. Wel zijn er zorgverzekeraars die na het afmelden bij de collectieve verzekering de persoon een aanbod doen om een andere polis af te sluiten.

VRAAG

Hoeveel zou het kosten om straatzorg uit te breiden naar alle

Antwoor

De zorg en ondersteuning in ons land wordt gefinancierd vanuit verschillende wetten en regelingen en straatzorg kent daarin geen eenduidige definitie. Voor de reguliere zorg en ondersteuning alsook voor de organisatie van zorg voor onverzekerden is het daarom niet mogelijk om een bedrag te

Zorgaanbieders krijgen de reguliere inzet vergoed via bijvoorbeeld de zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Voor de vergoeding van zorg aan onverzekerden - patiënten die geen (Nederlandse) zorgverzekering hebben en deze zorg niet zelf kunnen betalen - zijn er de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV) en de regeling onverzekerbare vreemdelingen (OVV). Gemeenten bieden daarnaast voorzieningen aan vanuit onder andere de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), zoals maatschappelijke opvang. In de

Voor een goede organisatie van zorg voor onverzekerden en eenduidige communicatie over de beschikbare regelingen, is het ministerie van VWS met de Nederlandse Straatdokters Groep (NSG) in gesprek over een subsidie, voortkomend uit het amendement van Westerveld/Beckerman (36800XVI nr. 82). De subsidie is bedoeld om activiteiten van NSG financieel mogelijk te maken, zodat zij deze vervolgens kunnen inbedden via de beschikbare reguliere mogelijkheden in de regio. De Kamer zal hierover bij het einde van jaar nader worden geïnformeerd.

VRAAG

Is het bedrag dat de komende jaren wordt vrijgemaakt voor het Centrum Seksueel Geweld aanvullend op de huidige financiering, of is het een voortzetting daarvan?

Antwoor

Het bedrag van € 2 miljoen dat voor 2027 tot en met 2029 is vrijgemaakt voor het Centrum Seksueel Geweld (CSG) is een aanvulling op de middelen die nu al beschikbaar zijn voor de regionale

VRAAG

Welk concreet probleem lost het beëindigen van de vergoeding van ongecontracteerde zorg volgens u op, en op basis van welk onderzoek is aannemelijk dat deze maatregel effectief is? Welke alternatieven zijn onderzocht en wat zijn de verwachte gevolgen voor wachttijden, patiëntkeuze en

Antwoor

De vraag naar zorg wordt elk jaar groter. Tegelijkertijd zijn mensen die werken in de zorg schaars. Daarom is
het des te belangrijker dat alle zorgaanbieders hun steentje bijdragen aan het leveren van passende zorg. Er zijn zorgaanbieders die zich sterk richten op patiënten met lichte klachten, niet meedoen aan afspraken om beter samen te werken in de regio, niet meedoen met het geven van spoedzorg of relatief veel niet-passende zorg leveren. Door de verplichte vergoeding van niet-gecontracteerde zorg hebben verzekerden de mogelijkheid om te kiezen voor ongecontracteerde zorg. Hiermee wordt het voor zorgaanbieders mogelijk om zich te onttrekken aan afspraken die zorgverzekeraars willen maken over het leveren van passende zorg. Het beperken van niet-gecontracteerde zorg kan bovendien bijdragen aan het tegengaan van zorgfraude, doordat

Onderzoek[30] in o.a. de wijkverpleging en ggz laat zien dat niet-gecontracteerde aanbieders bij vergelijkbare zorgzwaarte gemiddeld langer en meer zorg leveren. Het afschaffen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg moet leiden tot passende zorg. Als alternatief is eerder ingezet op een lagere vergoeding van ongecontrac-teerde zorg. Dit biedt echter minder mogelijkheden voor zorgverzekeraars om te sturen op passende zorg. Daarom kiest het kabinet voor het volledig afschaffen van de vergoeding, zodat passende zorg daadwerkelijk de norm wordt. De mogelijke gevolgen voor wachttijden, patiëntkeuze en toetreding van nieuwe aanbieders worden bij de verdere uitwerking van het wetsvoorstel meegenomen.

VRAAG

Waar is de aanname dat ongecontracteerde zorg staat voor niet passende zorg op gebaseerd, gegeven het feit dat in de memorie van toelichting wordt uitgegaan dat niet passende zorg niet meer vergoed wordt door het vergoeden van ongecontracteerde zorg niet meer te verplichten?

Antwoor

De aanname is niet dat ongecontracteerde zorg per definitie niet-passende zorg is. Ook niet-gecontracteerde aanbieders kunnen passende zorg leveren. Door de vergoeding van ongecontracteerde zorg af te schaffen, krijgen zorgverzekeraars de mogelijkheid om via contractering sterker te sturen op welke zorg passend, doelmatig en kwalitatief verantwoord is.

[30] Rapport Technische Werkgroep Macrobeheersing

VRAAG

Aan de hand van welke criteria wordt bepaald wanneer een zorgverzekeraar verplicht is niet-gecontracteerde aanbieders te contracteren wanneer dit nodig is voor de toegankelijkheid? Hoe houdt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hier toezicht op?

Antwoor

De zorgplicht is het uitgangspunt. Een zorgverzekeraar moet ervoor zorgen dat verzekerden tijdig toegang hebben tot voldoende passende zorg. Wanneer gecontracteerde zorg niet toereikend is om aan deze zorgplicht te voldoen, moet de zorgverzekeraar bijcontracteren. Het is de Nederlandse Zorgautoriteit die hier toezicht op houdt. Voor de beoordeling van de zorgplicht gebruikt de NZa verschillende wettelijke kaders en normen. Voor de zorgverzekeraars gaat het onder meer om de Beleidsregel toezicht zorgplicht zorgverzekeraars en de Handvatten zorgplicht. Bij de verdere

VRAAG

Zorgverzekeraars krijgen geautomatiseerd inzicht in wachtlijsten, maar wordt daarbij ook zichtbaar welke behandelcapaciteit bij verschillende aanbieders daadwerkelijk beschikbaar is, inclusief bij nog niet-gecontrac-teerde aanbieders?

Antwoor

Met inzicht in wachtlijsten ontstaat niet vanzelfsprekend ook inzicht in behandelcapaciteit en wachttijden. Zorgver-zekeraars krijgen momenteel inzicht wie van hun verzekerden waarvoor op de wachtlijst staan voor zover mensen toestemming geven die informatie te delen. Inzicht in wachttijden ontstaat op dit moment voor zorgverzekeraars via de wachttijden die aanbieders aanleveren bij de Nederlandse

Het kabinet werkt aan een versterkte informatiepositie van zorgverzekeraars, zodat zij beter kunnen sturen op passende zorg. Een belangrijk aspect van passende zorg is de beschikbaarheid van passende zorg. Daarom verkent het kabinet de mogelijkheden om via wet- en/of regelgeving het inzicht in wachtlijsten te verbeteren. Er wordt daarbij ook gekeken of het mogelijk en noodzakelijk is

VRAAG

Hoe worden ‘gelijkwaardig’, ‘arbeidsintensief’ en ‘kosteneffectief’ concreet vastgesteld en welke gegevens worden daarvoor gebruikt – gegeven het feit dat in de begroting staat dat bij gelijkwaardige zorg de minder arbeidsinten-sieve of kosteneffectievere optie voorrang krijgt?

Antwoor

Zorg die vergoed wordt uit het basispakket moet effectief zijn, ofwel voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk[32]. Het Zorginstituut heeft hiervoor het ‘Beoordelingskader stand van wetenschap en praktijk opgesteld’, waarin zij aangeven hoe zij zorg op het pakketcriterium effectiviteit beoordelen. Van een gelijkwaardige behandeling is kortweg sprake als deze in vergelijkbare situaties even goed scoort op effectiviteit als de standaardbehandeling. Ook voor het pakketcriterium kosteneffectiviteit heeft het Zorginstituut een kader[33] opgesteld, waarin wordt aangegeven wanneer een behandeling kosteneffectief is. Arbeidsinzet tenslotte maakt sinds kort deel uit van
het pakketcriterium uitvoerbaarheid[34]. Voor dit criterium heeft het Zorginstituut in 2025 een

[31] Regeling Aanleveren wachttijden medisch-specialistische zorg - NR/REG-2421, Nederlandse Zorgautoriteit
[32] Beoordelingskader Stand van wetenschap en praktijk (2023), Zorginstituut
[33] Beoordelingskader Kosteneffectiviteit van zorg (2024), Zorginstituut

april naar uw Kamer is verzonden[35] is aangegeven dat een gelijkwaardig alternatief voorrang heeft als dat minder arbeidsintensief of meer kosteneffectief is. Dit ga ik komende tijd samen met partijen en het Zorginstituut uitwerken. Ik richt erop om het wetspakket in Q3 2027 gereed te hebben.

VRAAG

Kunt u inzicht geven in het aandeel van vastgestelde zorgfraude bij gecontracteerde en ongecontracteerde aanbieders, uitgesplitst naar type zorgaanbieder? En indien die gegevens niet beschikbaar zijn: op welke feitelijke basis kan een relatie tussen contracteerstatus en frauderisico

Antwoor

Het kabinet beschikt niet over gegevens over het aandeel van vastgestelde zorgfraude bij gecontracteerde en niet-gecontracteerde aanbieders. Het is derhalve niet mogelijk om te concluderen dat vastgestelde zorgfraude vaker bij niet-gecontracteerde aanbieders voorkomt. De relatie tussen contracteerstatus en frauderisico is vooral gelegen in de verschillen in mogelijkheden voor beheersing en controle door inkopers van zorg. In geval van contractering kunnen inkopers van zorg vooraf afspraken maken over onder meer kwaliteit, doelmatigheid,

VRAAG

Uit welke concrete maatregelen moet de opbrengst van zorgfraude (€50 miljoen) komen en welk deel daarvan wordt verwacht binnen de medisch-specialistische zorg?

Antwoor

De precieze invulling van deze taakstelling moet nog worden uitgewerkt. Op dit moment is dus nog niet te zeggen welk deel verwacht wordt binnen de medisch-specialistische zorg.

VRAAG

Hoe wordt geborgd dat zelfstandige klinieken en andere aanbieders buiten bestaande regionale samenwerkings-verbanden volwaardig bij de totstandkoming van de regioplannen worden

Antwoor

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is met partijen afgesproken dat zorgaanbieders betrokken moeten worden bij het opstellen van regionale plannen en de uitvoering daarvan. Het is vervolgens aan de regio zelf om hier invulling aan te geven. Hierdoor kan het zijn dat nog niet in iedere regio alle zorgaanbieders, zoals zelfstandige klinieken, goed zijn aangesloten.

Zoals in de beleidsbrief aangekondigd, gaat dit Kabinet erop sturen dat zorgaanbieders en zorginkopers, na overleg met inwoners en patiënten en hun inbreng meewegend, in elke regio keuzes maken ten behoeve van een passend zorglandschap. Hierbij is het nodig dat zorgaanbieders daarbij constructief en gedegen (kunnen) deelnemen aan het opstellen en uitvoeren van regionale plannen.

VRAAG

Welke criteria moeten regio's gebruiken bij keuzes over waar medisch-specialistische zorg wordt uitgebreid, geconcentreerd of afgebouwd, en welke rol spelen daarbij kwaliteit, wachttijden, doelmatigheid en beschikbare capaciteit?

Antwoor

[35] Kamerstukken II, vergaderjaar 2025-2026, 36800-XVI,

Er is geen generiek wettelijk afwegingskader dat regio's voorschrijft waar medisch-specialistische zorg moet worden uitgebreid, geconcentreerd of afgebouwd. Keuzes over een toekomstbestendig zorgaanbod maken zorgaanbieders in afstemming met betrokken partijen in de regio, binnen de geldende kwaliteitsnormen en professionele standaarden. Zorgverzekeraars hebben vanuit hun zorgplicht een verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid en tijdige beschikbaarheid van zorg. Bij keuzes over het zorgaanbod spelen daarom onder meer kwaliteit, toegan-kelijkheid en

Voor het concentreren of beëindigen van acute zorg gelden daarnaast specifieke procedurele eisen op grond van artikel 8A.4 van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en hoofdstuk 3a van de

VRAAG

Hoe ondersteunt deze verplichting ondernemerschap en innovatie, zodat de zorg ook voor toekomstige generaties toegankelijk en betaalbaar blijft?

Antwoor

Regionale samenwerking kan de patiëntenzorg voor een gehele regio verbeteren. Door regionaal de handen ineen te slaan blijft de zorg en ondersteuning in de regio toegankelijk en betaalbaar. Het kabinet werkt daarom aan
een maatregelenpakket om te zorgen dat deelname aan regionale samenwerking voor aanbieders niet langer vrijblijvend is. Daarbij blijft ruimte voor ondernemerschap en innovatie, maar

VRAAG

Welke juridische gevolgen krijgt een regioplan voor een individuele zorgaanbieder en welke mogelijkheden bestaan er wanneer een aanbieder het niet eens is met een regionale keuze?

Antwoor

Het kabinet werkt op dit moment een maatregelenpakket uit om te zorgen dat het deelname aan regionale samenwerking voor aanbieders niet langer vrijblijvend is, met als doel in elke regio een passend zorglandschap te realiseren. De komende periode werkt het kabinet de inhoud en

VRAAG

Hoe verklaart u dat er bezuinigd wordt op de paramedische sector terwijl de druk op deze sector naar verwachting juist zal toenemen?

Antwoor

Er is geen sprake van een bezuiniging op de paramedische sector. De bedragen in de begroting zijn ramingen van de verwachte uitgaven, gebaseerd op onder meer historische uitgaven, loon- en prijsontwikkelingen en volumegroei. Daarnaast worden technische effecten van beleidsbesluiten verwerkt, zoals het terugdraaien van de voorgenomen verlaging van het eigen risico, het trancheren van het eigen risico vanaf 2028 en de verhoging daarvan met € 60 vanaf 2028.

Op 9 februari jl. en op 22 september jl. is de Tweede Kamer geïnformeerd over het marktonderzoek fysiotherapie, ergotherapie en logopedie. Uit de marktonderzoeken komen tot op heden wisselende beelden. Zo concludeert de NZa geen toegankelijkheidsvraagstuk in de fysiotherapie, terwijl de NZa aangeeft dat de toegankelijkheid in de ergotherapie en logopedie wel onder druk staat. De komende tijd werkt de NZa aan de marktonderzoeken voor de sectoren diëtiek en oefentherapie. De resultaten van deze twee marktonderzoeken worden in het voorjaar van 2027 verwacht. Het kabinet zal de uitkomsten van de onderzoeken in samenhang bezien bij de verdere

VRAAG

Welke volume-, prijs- en beleidsmatige ontwikkelingen liggen ten grondslag aan de analyse voor de mutatie van de raming voor paramedische zorg van €1,312 miljard in 2026 naar €1,289 miljard in 2027? Is bij deze analyse rekening onderscheid gemaakt tussen de verschillende paramedische expertises? Zo ja,

Antwoor

Het uitgavenniveau paramedische zorg daalt in de ontwerpbegroting met € 23 miljoen van € 1,312 miljard in 2026 naar € 1,289 miljard in 2027. Dit wordt veroorzaakt door het saldo van diverse mutaties. De raming van het uitgavenniveau 2026 is in de ontwerpbegroting incidenteel verhoogd met € 45 miljoen op basis van
recente informatie van het Zorginstituut (actualisatie). In 2027 is een volumegroei van € 17 miljoen aan de sector toegedeeld. Verder zijn er diverse kleinere mutaties die opgeteld het verschil tussen 2026 en 2027 iets verkleinen. Zo is er bijvoorbeeld de beleidsmatige ontwikkeling van

In de begrotingstabel ontbreekt nog de loon- en prijsontwikkeling tranche 2027. Deze wordt, zoals gebruikelijk, in het voorjaar 2027 toegevoegd bij de 1e suppletoire begroting en zal leiden tot een

De raming is voor de sector als geheel gemaakt, zonder onderscheid naar de

VRAAG

Welk budget wordt er in 2027 beschikbaar gesteld om de toegang tot logopedie te verbeteren? Is hierbij onderscheid gemaakt tussen de verschillende paramedische expertises?

Antwoor

Op 22 september jl. is de Tweede Kamer geïnformeerd over de resultaten van het marktonderzoek logopedie en ergotherapie. Momenteel zijn veldpartijen, ondersteund door het ministerie van VWS, met elkaar in gesprek om te komen tot een werkagenda voor de ergotherapie en logopedie. Naar verwachting wordt de werkagenda
eind 2026 bestuurlijk vastgesteld waarna er in 2027 uitvoering aan wordt gegeven. Momenteel werkt de NZa aan de marktonderzoeken voor de sectoren diëtiek en oefentherapie. De resultaten van deze twee marktonderzoeken worden in het voorjaar van 2027 verwacht. Het kabinet zal de uitkomsten

VRAAG

Hoe is totale budget voor oncologie opgebouwd in 2026 en 2027

Antwoor

Voor oncologie zijn in 2027 de volgende middelen
- € 40,3 miljoen oor het verbeteren van de oncologische en palliatieve zorg door het verzamelen het bewaken van kwaliteit, het faciliteren van samenwerkingsverbanden en bij- en nascholing;
- € 20,4 miljoen voor het bevorderen van fundamenteel, translationeel en klinisch kankeronderzoek ten behoeve van verbetering van de overleving van kanker en het bevorderen van kwaliteit van
- leven van de patiënt;
  € 5,3 miljoen voor de registratie van alle pathologie-uitslagen, het beheer hiervan in een landelijke

In 2026 waren de volgende middelen
- € 44,0 miljoen voor het verbeteren van de oncologische en palliatieve zorg door het verzamelen van gegevens, het bewaken van kwaliteit, het faciliteren van samenwerkingsverbanden en bij-
- € 20,5 miljoen voor het bevorderen van fundamenteel, translationeel en klinisch kankeronderzoek ten behoeve van verbetering van de overleving van kanker en het bevorderen van kwaliteit van
- leven van de patiënt;
  € 5,5 miljoen voor de registratie van alle pathologie-uitslagen, het beheer hiervan in een landelijke

VRAAG

Zijn binnen de middelen voor European Health Data Space (EHDS) en de toekomstige Gezondheidsdata-autoriteit middelen gereserveerd voor aansluiting en benutting van bestaande landelijke registraties, zoals de Nederlandse Kankerregistratie (NKR) en klinische kwaliteitsregistraties? Zo

Antwoor

Bestaande registraties vervullen een belangrijke rol in het zorgstelsel. Het is op dit moment echter nog niet bekend hoe de taken in het kader van de EHDS voor secundair gebruik belegd gaan worden en welke partijen daarbij een rol gaan spelen. Het takenpakket van de toekomstige Gezondheidsdata-autoriteit wordt op dit moment nog nader uitgewerkt.

In 2027 worden de keuzes over de inrichting van het EHDS-stelsel in Nederland gemaakt. Daarbij wordt uiteraard ook bekeken wat dit betekent voor de bestaande partijen en hun rol in de EHDS.

VRAAG

Kunt u aangeven waarvoor de €2,5 miljoen extra voor PAIS-beleid wordt ingezet, en welke activiteiten, programma's of organisaties hieruit worden gefinancierd?

Antwoor

De € 2,5 miljoen voor 2027 is specifiek bedoeld voor de verbetering van de kwaliteit van leven van Q-koorts patiënten. De invulling hiervan wordt vastgesteld op basis van input van de Q-koorts ambassadeur, en in overleg met de patiëntenvereniging Q-uestion en stichting Q-support. Het gesprek hierover is in de afrondende fase. Het kabinet zal de Kamer voor de VWS-

VRAAG

Kunt u aangeven hoe de €11 miljoen voor onderzoek naar PAIS en zorg en ondersteuning van PAIS-patiënten wordt verdeeld, en of binnen deze middelen ruimte is voor onderzoek naar Lyme, chronische Lyme, mogelijke persisterende infectie, co-infecties, diagnostiek en

Antwoor

Voor 2027 is via het amendement Bushoff c.s. (Kamerstuk 36 915, nr. 38) € 3 miljoen beschikbaar gesteld voor een hulplijn voor PAIS patiënten en bedgebonden patiënten en €3 miljoen voor een ketenbrede aanpak van postinfectieuze aandoeningen.

Daarnaast is € 2,44 miljoen structureel beschikbaar voor PAIS. Een deel van deze middelen gaat naar het Nederlands Expertisecentrum voor Lymeziekte (NLe). Het Nle gaat zelf over de invulling van het

Verder is incidenteel € 2,5 miljoen beschikbaar voor de verbetering van de kwaliteit van leven van Q-koorts patiënten. De invulling hiervan wordt bepaald op basis van input van de Q-koorts ambassadeur, en in overleg met de patiëntenvereniging Q-uestion en stichting Q-support. Het

Het kabinet zal de Tweede Kamer voor de VWS-begrotingsbehandeling informeren over de precieze inzet van deze middelen.

VRAAG

Kunt u bevestigen dat voor het Nederlands Lymeziekte-expertisecentrum in 2025 €267.000 was begroot en dat vanaf 2026 geen bedrag meer zichtbaar op de begroting staat, en toelichten hoe de kennisfunctie rond Lyme en andere tekenbeetziekten vanaf 2026 en daarna is en wordt geborgd?

Antwoor

Het klopt dat er voor het Nederlands Lymeziekte-expertisecentrum (NLe) vanaf 2026 geen bedrag meer zichtbaar op de begroting staat. Voor het NLe zijn echter, tot 2030, financiële middelen beschikbaar vanuit de structurele middelen voor PAIS. Bij het centrum Zoonosen en Omgevingsmicrobiologie van het RIVM wordt ook onderzoek gedaan naar ziekten die door vectoren, zoals teken, worden overgebracht. De kennisfunctie rond Lyme en andere

VRAAG

Kunt u aangeven of het Nederlands Lymeziekte-expertisecentrum wordt geëvalueerd, en of daarbij ook
wordt gekeken naar patiëntuitkomsten zoals herkenning, diagnostiek, doorverwijzing, zorgtoegang

Antwoor

De Lymevereniging heeft, als een van de partners in Nederlands Expertisecentrum voor Lymeziekte (NLe), aandacht gevraagd voor een evaluatie. Hierover wordt binnen het NLe het gesprek gevoerd. Daarbij merk ik op dat het NLe alleen geëvalueerd kan worden op aspecten waarvoor zij zijn opgericht. Het NLe doet onderzoek en heeft als ambitie om via onderzoek en kennisdisseminatie de zorg te verbeteren en herkenning, diagnostiek en doorverwijzing op een hoger plan te brengen. De behandeling van patiënten vindt plaats bij huisartsen, in de tweede lijn en bij de academische centra zoals het Amsterdam UMC en Radboudumc. Als het gaat over kwaliteit van leven zijn er nog veel meer aspecten bij betrokken dan alleen de geleverde zorg, waardoor het onmogelijk is om het werk

VRAAG

Kunt u aangeven op welke manier patiëntenorganisaties worden betrokken bij de prioritering, uitvoering en evaluatie van het PAIS-beleid en PAIS-onderzoek, en of daarbij ook patiëntenorganisaties rond Lyme en andere tekenbeetziekten worden betrokken?

Antwoor

Er is veelvuldig contact met patiëntenorganisaties over het PAIS beleid. Zo is er bijvoorbeeld een maandelijks overleg met een aantal patiëntenverenigingen, waaronder de PAIS alliantie. Voor het onderzoek dat plaatsvindt worden patiënten, ervaringsdeskundigen en patiëntenorganisaties op verschillende manieren betrokken door het Nle en ZonMw.

VRAAG

Welke concrete gezondheidsdoelstellingen, indicatoren, meetplaatsen en meetmomenten hanteert u voor de monitoring van omwonenden van geitenhouderijen in 2026 en 2027?

Antwoor

De observationele, retrospectieve epidemiologische studie, die in 2026 en 2027 wordt uitgevoerd, onderzoekt het risico op longontsteking bij omwonenden van geitenhouderijen over de periode 2023–2025 en dient als ‘nulmeting’ voorafgaand aan de aangekondigde maatregelen[36]. Het onderzoeksbestand omvat circa 150.000 patiënten van 37 huisartsenpraktijken in gebieden met geitenhouderijen (Noord-Brabant, Noord-Limburg, Overijssel en Gelderland). Daarnaast doen ongeveer evenveel huisartspraktijken mee met weinig of geen geitenhouderijen in de omgeving als controlegroep. De studie bouwt voort op de eerdere VGO-onderzoeken waarin huisartsgegevens en verge-lijkbare blootstellingsmaten werden gebruikt. De primaire uitkomsten, de jaarlijkse incidentie en prevalentie van longontsteking en andere relevante symptomen en aandoeningen in 2023, 2024 en 2025, worden vergeleken tussen gebieden en tussen personen, die verschillen in mate van blootstelling c.q. afstand tot geitenhouderijen. De monitoringsinspanning zal worden herhaald een aantal jaren nadat het maatregelenpakket zijn

[36] Kamerstukken II 2025/2026, 28 973,

VRAAG

Hoeveel van de in 2027 beschikbare middelen voor infectieziektebestrijding en surveillance is specifiek beschikbaar voor zoönosen, en hoeveel capaciteit aan fte daarmee gemoeid?

Antwoor

VWS stelt een algemeen budget van € 24 miljoen voor zoönosen & omgevingsmicrobiologie en voor laboratoria beschikbaar aan het RIVM, waar tevens zoönosenactiviteiten onder vallen. Gezien de verwevenheid in het werk valt hierin geen specifiek bedrag aan zoönosen toe te kennen.

Aanvullend stelt VWS € 5 miljoen beschikbaar specifiek voor zoönosen. Het grootste gedeelte is bestemd voor het RIVM zodat zij hun taken in de preventie van, de detectie van en de respons op zoönosen kunnen uitvoeren. De overige middelen zijn onder andere voor de NVWA en het Dutch

In totaal is hiermee naar schatting 60 fte gemoeid bij onder andere VWS, RIVM en

VRAAG

Ligt er een scenario klaar, als tijdens de monitoring gezondheid omgeving geitenhouderijen blijkt dat er gezondheidsrisico's zijn voor omwonenden, om eerder al met maatregelen te komen voor de eindtermijn van de monitoring?

Antwoor

Nee, want met het nemen van maatregelen wordt niet gewacht op de afronding van het huidige monitoringson-derzoek. Naar aanleiding van advies van de Gezondheidsraad is de Kamer op 9 januari[37] en op 10 juli jl.[38] over de beoogde maatregelen geïnformeerd. De benodigde plan-MER-procedure voor de aangekondigde regelgeving is inmiddels opgestart. Momenteel wordt ook met medeoverheden gewerkt aan de uitwerking van een aanpak voor prioritaire locaties. Het doel van het monitoringsonderzoek is een nulmeting over de jaren 2023–2025 van het reeds eerder aangetoonde verhoogde risico op longontsteking onder omwonenden van geitenhouderijen. Dit onderzoek zal in de toekomst herhaald worden als de maatregelen van kracht zijn om vast te stellen

VRAAG

Welke rol heeft VWS bij het terugdringen van gezondheidsschade door houtstook, en welke concrete maatregelen worden vanuit VWS in 2027 genomen?

Antwoor

VWS heeft geen rol bij het terugdringen van gezondheidsschade door houtstook. Het beleid ten aanzien van luchtkwaliteit is belegd bij het ministerie van IenW. Op 28 juni 2023 informeerde de staatssecretaris van IenW de Kamer met de verzamelbrief luchtkwaliteit[39] over, onder andere, de

VRAAG

Hoe worden gezondheidsrisico's van pesticiden en mest meegenomen in de besluitvorming van VWS, en
op welke momenten kan VWS vanuit gezondheidsperspectief voorwaarden of grenzen stellen

Antwoor

[37] Kamerstukken II 2025/2026, 28 973, nr. 287
[38] Kamerstukken II 2025/2026, 28 973, nr.

Het ministerie van LVVN is verantwoordelijk voor het toelatingsbeleid van gewasbeschermingsmiddelen, waarvoor de kaders grotendeels op EU-niveau zijn vastgelegd. Aan de hand van deze kaders wordt een risicobeoordeling van werkzame stoffen gedaan, waarin ook gezondheidsrisico's worden meegenomen, waarna de stof al dan niet wordt goedgekeurd. VWS is verantwoordelijk voor de gevolgen voor voedselveiligheid van residuen van gewasbeschermingsmiddelen. De vaststelling van maximale residu limieten (MRLs), het wettelijk toegestane maximum aan restanten van bestrijdingsmiddelen in ons voedsel, wordt ook gedaan aan de hand van Europese kaders. VWS vertegenwoordigt Nederland in het Europese besluitvormingsproces omtrent MRLs. Daarnaast is VWS vanuit de publieke gezondheid medeverantwoordelijk voor de bescherming van omwonenden van landbouwpercelen tegen mogelijke gezondheidsgevolgen van het gebruik van gewasbescherming. Hiertoe ondersteunt VWS via het RIVM de uitvoering van medische milieukunde door GGD'en. VWS neemt geen besluiten over de gezondheidsrisico's van mest. Het mestbeleid is de verantwoordelijkheid van de minister van LVVN. Daarmee is de minister

VRAAG

Welke van de bestaande subsidies en projecten op het gebied van mentale gezondheid worden in 2027 beëindigd, verlaagd of niet structureel voortgezet, en wat is de reden daarvoor?

Antwoor

In de periode 2024-2026 heeft Alles is Gezondheid, onder de naam Missie Mentaal, subsidie ontvangen voor het faciliteren van de landelijke beweging mentale gezondheid. De landelijke beweging wordt in 2027 en 2028 voortgezet en doorontwikkeld via een opdracht aan een consortium van MIND Us, MIND en Trimbos. Daarnaast lopen in 2026 en 2027 een aantal projectsubsidies voor de brede expertise- en kennisfunctie van het Expertise-centrum Mentale Gezondheid van het Trimbos-instituut af. Vanaf 2027 wordt deze inzet structureel

VRAAG

Welke concrete samenwerking tussen VWS en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) vindt in 2027 plaats om gezondheidsproblemen als gevolg van problematische schulden te voorkomen of

Antwoor

De ministeries van VWS en SZW werken samen aan het voorkomen en eerder signaleren van gezondheidspro-blemen als gevolg van geldzorgen en schulden. Zo wordt binnen het AZWA ingezet op sociaal verwijzen en wordt bestaanszekerheid meegenomen in de modules van de stevige lokale teams.[40] De basisfunctionaliteit sociaal verwijzen heeft tot doel om (jong)volwassenen met psychosociale (en sociaal-maatschappelijke) problemen te verwijzen naar passende en tijdige ondersteuning in het sociaal domein, wanneer er geen of niet uitsluitend een medische oorzaak is voor problemen. De handreiking sociaal verwijzen is medio 2026 gepubliceerd.[41] Verder wordt momenteel de aanpak multiproblematiek ontwikkeld, als onderdeel van de AZWA ontwikkelagenda. Deze is erop gericht om huishoudens met (vermoedelijke) multiproblematiek beter en vroegtijdig te signaleren, te ondersteunen en zo nodig (beter) te

Het kabinet zet ook in op het equiperen van professionals en vrijwilligers binnen 'vindplaatsen'. Dit zijn plaatsen waar mensen van nature al komen zoals huisartsen en in de geboortezorg. Divosa ontvangt subsidie om -
in consortium met Pharos, Sociaal Werk Nederland, Nederlands Centrum voor Jeugdgezondheid, Stichting Humanitas, en Expertisecentrum Sterk uit Armoede professionals en vrijwilligers te trainen om mensen met geldzorgen en (beginnende) schulden te kunnen signaleren, het gesprek

[40] VNG rapport
[41] AZWA Sociaal verwijzen - Handreiking voor het uitvoeren van de

gemeenten. Ook ondersteunt SZW sinds 1 juli 2026 Schuldhulpmaatje met de opschaling naar meer gemeenten van het ‘Gezond met geld’ project, waarbij zorgverleners mensen met geldzorgen doorverwijzen naar passende financiële hulp[42]. Divosa en Schuldhulpmaatje zullen

VRAAG

Bent u voornemens een onafhankelijke autoriteit gezondheid of vergelijkbaar onafhankelijk adviesorgaan in te richten dat integraal kijkt naar de gezondheid van mens, dier en leefomgeving? Zo nee, hoe wordt die integrale beoordeling momenteel geborgd?

Antwoor

Nederland kent op dit moment al een aantal adviesraden die adviseren over thema’s die raken aan de gezondheid van mens, dier en leefomgeving. Zo zijn er bijvoorbeeld de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, de Gezondheidsraad, de Raad voor Dieraangelegenheden, het Planbureau voor de Leefomgeving en de Raad voor de leefomgeving en infrastructuur. Deze raden benaderen de thema’s waarover ze adviseren met een integrale blik, en werken ook waar nodig samen. Zo verwachten de Gezondheidsraad, de Raad voor de leefomgeving en infrastructuur en de Raad Volksgezondheid en Samenleving volgend jaar een gezamenlijk advies op te leveren over gezonde leefomgeving. Gelet op de robuuste kennisbasis en samenwerking die op

VRAAG

Hoe worden gezondheidsverschillen tussen verschillende groepen naar gender en sociaaleconomische positie structureel meegenomen bij de beoordeling van bestaand en

Antwoor

Het terugdringen van gezondheidsverschillen, waaronder sociaaleconomische, vormt een brede opgave en een rode draad in het beleid van VWS. Via verschillende aanpakken op het gebied van gezondheid en preventie wordt hierop ingezet, zoals het programma Kansrijke Start, de Samenhangende Preventiestrategie en afspraken uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) over onder meer kansrijk opgroeien en een sterke sociale basis. De vraag hoe (juist ook) groepen in een kwetsbare positie te bereiken is hierbij leidend. Daarnaast is de afgelopen jaren meer aandacht gekomen voor sekse- en genderverschillen in gezondheid. De Kamer heeft afgelopen zomer de Nationale Werkagenda Vrouwengezondheid ontvangen, die de uitwerking vormt de Nationale Strategie Vrouwengezondheid 2025–2030[43]. Gezondheidsverschillen worden daarnaast voor een belangrijk deel beïnvloed door factoren buiten het gezondheidsdomein, zoals bestaanszekerheid, wonen, werk en de fysieke

VRAAG

Welke concrete gezondheidsdoelstellingen hanteert u voor de luchtkwaliteit in Nederland richting 2030, en hoe verhouden deze zich tot de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)-richtlijnen?

Antwoor

De staatssecretaris van IenW is verantwoordelijk voor het Nederlandse luchtkwaliteitsbeleid. In het Besluit kwaliteit leefomgeving staan rijksomgevingswaarden voor luchtkwaliteit, conform de normen die in de EU-richtlijn luchtkwa-liteit zijn opgenomen. Die zijn mede gebaseerd op advieswaarden van de WHO,

[42] In reactie op amendement 36 800 XV nr 40 (Ceder) Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (XV) voor het jaar 2026 | Tweede Kamer der Staten-Generaal
[43] Kamerstukken II 2025/26, 31765, nr. 986

het Schone Lucht Akkoord hebben het Rijk, alle provincies en meer dan 130 gemeenten afspraken gemaakt om de luchtkwaliteit verder te verbeteren en richting 2030 toe te werken naar de WHO-advieswaarden uit 2005. In 2021 zijn deze advieswaarden verder aangescherpt.

VRAAG

Welke maatregelen neemt u specifiek om het voedingsaanbod in sportkantines gezonder

Antwoor

De minister van VWS zorgt via JOGG en het Voedingscentrum dat er ondersteuning is bij het realiseren van een gezondere sportomgeving. Coaches Gezonde Locatie verzorgen, met lokale financiering, de ondersteuning ter plekke. Dit doen ze voor zowel gezond voedingsaanbod, verantwoord alcoholbeleid en een rookvrij sportterrein. Vanuit JOGG wordt gezorgd voor de opleiding, kwaliteitsborging, landelijke coördinatie en een online ondersteu-ningstool. Het Voedingscentrum is de kennispartner voor het voedingsthema, wat terugkomt in bijvoorbeeld de e-learning, nieuwsbrieven en themasessies. Op terrein van alcohol heeft NOC*NSF richtlijnen ontwikkeld voor schenktijden en alcohol bij evenementen, trainingen over de Alcoholwet voor

De minister van VWS stuurt dit jaar nog een brief over de inzet van het kabinet voor de preventiestrategie, waarin het kabinet ook ingaat op activiteiten om het voedingsaanbod in

VRAAG

Kunnen alle ombuigingen op VWS van de afgelopen vijf jaar in een tabel

Antwoor

De ombuigingen op VWS terrein van de afgelopen vijf jaar zijn te vinden onder de beantwoording van vraag 6van deze set Kamervragen.

VRAAG

Kunt u bevestigen dat de in de Miljoenennota (pagina 253) aangekondigde € 33 miljoen voor sport in 2027 volledig beschikbaar komt voor de sportsector? Of wordt op dit bedrag nog de op pagina 256 van de Miljoenennota genoemde €6 miljoen voor de alternatieve invulling van het budgettekort uit het voorjaar en de subsidietaakstelling uit het Sportakkoord in mindering gebracht, waardoor per saldo € 27 miljoen resteert? Kunt u aangeven welk bedrag in 2027 daadwerkelijk beschikbaar is

Antwoor

Voor de uitvoering van het coalitieakkoord wordt voor de sportsector in 2027 € 25,5 miljoen gereserveerd, oplopend tot € 41 miljoen structureel vanaf 2032. Deze bedragen zijn na aftrek van de alternatieve invulling van het budgettekort uit het voorjaar en de subsidietaakstelling. Deze bedragen worden geïnvesteerd in bijvoorbeeld de renovatie en verduurzaming van sportaccommodaties, onder andere door een geplande verhoging van het bestaande budget

VRAAG

Wat is de looptijd van het nieuwe kwaliteitskader

Antwoor

Partijen uit de acute zorg werken aan de Landelijke Spoedzorgtafel (LST) gezamenlijk aan de ontwikkeling en actualisering van het Kwaliteitskader. Bij opname in het Register van het Zorginstituut treedt het Kwaliteitskader in werking. Het kader geldt dan totdat een volgende versie

VRAAG

Geldt het kwaliteitskader als voorwaarde voor de regionale gesprekken over profiel en beperken van SEH? Zo nee, waarom niet?

Antwoor

De ontwikkelroute passende acute zorg is gericht op het ondersteunen van noodzakelijke veranderingen in de regionale inrichting van de acute zorg en het bieden van kaders hiervoor. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is geen voorwaarde voor het voeren van regionale gesprekken over waar welke acute zorg wordt geleverd en het opstellen van regionale plannen voor een passend zorglandschap. Het Kwaliteitskader beschrijft de kaders voor de regionale organisatie van

VRAAG

Hoe gaat u de komende tijd om met de 45-minutennorm, u gebruikt hierbij namelijk het woord

Antwoor

In de wijziging van de Uitvoeringsregeling Wkkgz zoals die op 30 september 2026 is gepubliceerd en op 1 januari 2027 in werking treedt blijft de 45-minutennorm behouden.

VRAAG

Welke informatie moet er regionaal/ in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) tenminste op tafel liggen bij beslissingen rondom het profiel van het ziekenhuis op acute zorg of het beperken van de SEH? Kunt u hierop het advies inwinnen van professionals uit de eerste en tweede lijn acute zorg?

Antwoor

Een zorgaanbieder die overweegt het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie op te schorten of te beëindigen, moet het traumacentrum informeren en daarbij in ieder geval aangeven: de naam en contactgegevens van de zorgaanbieder en de contactpersoon, de vorm van acute zorg en de locatie(s), of het gaat om een gehele of gedeeltelijke, opschorting of beëindiging van de zorg en op welke termijn deze eventueel zal plaatsvinden, wat de reden is dat er een gerede kans bestaat dat een gehele of gedeeltelijke opschorting of beëindiging plaats moet vinden, of de opschorting of beëindiging onderdeel is van een grotere reorganisatie van het aanbod van zorg en zo ja, hoe die reorganisatie eruit ziet; en of de zorgaanbieder voornemens is te streven naar het borgen van de continuïteit van de betrokken acute zorg in de regio. Daarbij moet de zorgaanbieder tevens de ideeën inbrengen die er zijn om de continuïteit en beschikbaarheid van acute zorg in de regio te borgen. (artikelen 8h, vierde lid en 8g, tweede lid Uitvoeringsregeling Wkkgz). Het ligt in de rede dat het traumacentrum deze informatie deelt met de deelnemers van het ROAZ ten behoeve van het gesprek dat in het ROAZ wordt gevoerd. Professionals zoals huisartsen en verloskundigen zijn

VRAAG

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

Antwoor

De onderstaande tabel laat het aandeel apotheekzorg (extramurale geneesmiddelen) in de premiegefinancierde zorguitgaven zien. De reeks apotheekzorg is alleen als bruto reeks beschikbaar, omdat de ontvangsten in de Zvw (eigen risico) alleen op totaalniveau beschikbaar

Tabel 66 Uitgaven apotheekzorg en totaal premiegefinancierde zorguitgaven (bedragen x € 1 miljard)							
	202	202	202	202	202	202	202
Apotheekzorg	4,9	4,9	5,2	5,3	5,7	6,0	6,4
Totaal premiegefinancierd	77,0	78,1	84,6	90,9	98,6	104,6	110,6

VRAAG

Wat was/is het aandeel geneesmiddelen in de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg in de periode 2020-2026?

Antwoor

VWS beschikt niet over een compleet beeld van de uitgaven voor geneesmiddelen die in de medisch-specialistische zorg worden verstrekt. Alleen voor het deel hiervan dat geen onderdeel uitmaakt van de integrale tarieven (dbc's en overige zorgprestaties), maar dat met een add-on kan worden gedeclareerd (dure geneesmiddelen), zijn de gegevens beschikbaar. De onderstaande tabel geeft de

Tabel 67 Uitgaven geneesmiddelen en MSZ (bedragen x € 1 miljard)							
	202	202	202	202	202	202	202
Intramuraal verstrekte geneesmiddelen (add-ons)	2,3	2,6	2,5	2,7	2,7	2,7	2,8
Kosten totale MSZ	24,7	25,6	26,3	28,1	30,2	31,8	33,3
Aandeel	10,0%						

VRAAG

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

Antwoor

De uitgaven aan apotheekzorg (extramuraal) bedroegen in 2025, zoals op pagina 199 van de Memorie van toelichting van de ontwerpbegroting 2027 staat, € 6,0 miljard. Op de website Zorgcijfersdatabank van het Zorgin-stituut staat de onderverdeling in materiaalkosten en overige componenten. De materiaalkosten in 2025 bedroegen

Op dezelfde website staan ook de (voorlopige) uitgaven aan intramurale geneesmiddelen, als onderdeel van de medisch specialistische zorg. De uitgaven aan add-ons dure geneesmiddelen

Het gaat in beide gevallen om op 16 september 2026

VRAAG

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

Antwoor

Het Ministerie van VWS houdt geen overzicht bij van subsidie die aan academische geneesmiddelenontwikkeling wordt uitgegeven. In Nederland wordt academisch onderzoek door veel verschillende organisaties en vanuit verschillende geldstromen gesubsidieerd, hier bestaat geen centraal overzicht van. Dit wordt verder bemoeilijkt omdat het niet altijd duidelijk is wanneer onderzoek nog verkennend van aard is, of wanneer de meer gerichte

Ook is niet duidelijk hoeveel geneesmiddelen met Nederlandse subsidies zijn ontwikkeld. Voor zover het kabinet bekend is, is er in Nederland nog geen geneesmiddel geregistreerd dat volledig binnen de academische sector is ontwikkeld. Het is wel goed mogelijk dat Nederlands onderzoek een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan een element van een geneesmiddel, maar dat de verdere ontwikkeling elders heeft plaatsgevonden. Dit is ook moeilijk in kaart te brengen omdat geneesmiddelenontwikkeling in de regel geen lineair proces is, en ook vaak plaatsvindt in een

Na implementatie van de herziene Europese geneesmiddelenwetgeving is de houder van de handelsvergunning verplicht openbaar te maken wanneer voor de ontwikkeling van een geneesmiddel rechtstreeks financiële steun is ontvangen van bijvoorbeeld de overheid of een publieke organisatie. De Europese farmawetgeving moet naar verwachting in december 2028

VRAAG

Welke mogelijkheden zijn er om investeringen in preventie los te koppelen van het EMU-saldo? Welke landen in Europa treffen soortgelijke maatregelen?

Antwoor

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

VRAAG

Welke onderzoeken, modellen of ramingen worden gebruikt om de maatschappelijke baten van geneesmiddelen te bepalen? Welke typen baten worden daarin onderscheiden?

Antwoor

Kosteneffectiviteit is één van de pakketcriteria waarmee wordt beoordeeld of een geneesmiddel thuishoort in het basispakket van de zorgverzekering. Hierbij worden de kosten en effecten van een nieuw geneesmiddel vergeleken met de kosten en effecten van de standaardbehandeling. Alle kosten en effecten in de samenleving tellen mee, ongeacht wie ze betaalt of ontvangt. Er wordt bepaald wat de winst in gezondheid is en wat de extra kosten zijn die gepaard gaan met de nieuwe behandeling. Daarnaast wordt er gekeken naar kosten die optreden in andere maatschappelijke sectoren. Dit gaat bijvoorbeeld om kosten als gevolg van productiviteitsverliezen
wanneer een patiënt door ziekte niet kan werken of minder efficiënt werkt (zowel betaald als onbetaald werk). Als een nieuw geneesmiddel ervoor zorgt dat een patiënt sneller herstelt of aan

VRAAG

Hoeveel klinische geneesmiddelenstudies zijn er in Nederland uitgevoerd in de periode 2016-2026 en wat is het aandeel van Nederland in het totale aantal klinische geneesmiddelenstudies in de Europese Unie over dezelfde periode?

Antwoor

Sinds februari 2023 zijn er in Europa 8105 nieuwe geneesmiddelenstudies ingediend. Van de multinationale studies doet Nederland aan 1217 studies mee. Daarnaast zijn er in deze periode 642 nieuwe nationale studies met geneesmiddelen in Nederland ingediend. Op basis van deze cijfers speelt Nederland een rol in 22% van het totale aantal klinische studies in de EU.

Uit de periode voor 2023 zijn geen betrouwbare Europese cijfers beschikbaar, omdat multinationale geneesmidde-lenstudies voor die tijd afzonderlijk door lidstaten beoordeeld werden.

VRAAG

Op welke (geopolitieke) veranderingen wordt gedoeld bij het onderzoeken of en hoe het GVS en de Wgp kunnen meebewegen? Welk risico ligt ten grondslag aan dit onderzoek?

Antwoor

De prijsstelling van geneesmiddelen vindt plaats in een internationale context. Dat betekent dat veranderingen in die context, zoals verstoringen in productie of logistiek of veranderend beleid, gevolgen kunnen hebben voor de prijsstelling van geneesmiddelen. In de GVS- en Wgp-herziening wordt bekeken of en hoe onze prijs-en vergoedingsinstrumenten mee kunnen bewegen met dit soort veranderingen. Het doel daarbij is altijd om kwalitatief goede geneesmiddelen beschikbaar te houden voor patiënten tegen een betaalbare prijs.

VRAAG

Welke maatregelen in de VWS-begroting 2027 dragen bij aan het versterken van de Nederlandse biotechnologie- en geneesmiddelensector over de gehele innovatieketen, van onderzoek en klinische studies tot productie, toelating en patiënttoegang? Kan per onderdeel van deze keten worden aangegeven welke middelen beschikbaar zijn en welke meetbare doelstellingen worden nagestreefd?

Antwoor

Het kabinet neemt verschillende maatregelen om de innovatieketen van geneesmiddelen te stimuleren. Denk bijvoorbeeld aan Nationaal Groeifondsproject PharmaNL of het NWO partnerschap-programma op nieuwe antimi-crobiële middelen. Over de middelen en doelstellingen van dit soort maatregelen communiceert het kabinet bij de introductie van de maatregel. Het ministerie van VWS houdt geen overzicht bij van subsidie die aan geneesmiddele-nontwikkeling, -onderzoek of -productie wordt uitgegeven. In Nederland wordt bijvoorbeeld academisch onderzoek door veel verschillende organisaties en vanuit verschillende geldstromen gesubsidieerd, hier bestaat geen centraal overzicht van. Dit wordt verder bemoeilijkt omdat het niet altijd duidelijk is wanneer onderzoek nog verkennend van aard is, of wanneer de meer gerichte productontwikkeling begint. Het kabinet zet zich daarnaast in voor het versterken van vier strategische domeinen, waaronder het domein ‘Life Science & Biotechnologie’. Hier valt de geneesmiddelensector onder. Dit domein is door het kabinet en in Rapport Wennink geprioriteerd vanwege het belang voor onze toekomstige economie en ons maatschappelijk welzijn. In de Taskforce Toekomstige Welvaart en Vestigingsklimaat werkt het kabinet aan gerichte interventies. Deze

VRAAG

Is in de ramingen van de geneesmiddelenuitgaven rekening gehouden met mogelijke gevolgen van internationaal beleid, waaronder Most Favoured Nation-beleid in andere landen? Zo ja, welke aannames en geraamde budgettaire effecten zijn gehanteerd en op welke begrotingsposten zijn deze verwerkt?

Antwoor

Nee, er is in de raming van de geneesmiddelenuitgaven geen rekening gehouden met de mogelijke gevolgen van internationaal beleid.

VRAAG

Welke verklaringen zijn er voor deze verwachte uitgavenverlaging aan medisch-specialistische zorg (€33,432 miljard in 2027 en €32,895 miljard in 2028)?

Antwoor

Op basis van het Coalitieakkoord Schoof is in het AZWA afgesproken dat het kader MSZ een maximale toegestane volumegroei heeft van 0% in 2027-2028. De uitgavenverlaging tussen 2027 en 2028 wordt veroorzaakt doordat er ten opzichte van die afgesproken 0% groei -naast een aantal kleinere effecten- twee maatregelen zijn verwerkt op het MSZ kader:

- Per 2028 wordt het eigen risico verhoogd met € 60. Dit remt naar verwachting de zorgvraag en leidt tot lagere uitgaven, In de begroting 2027 is dit remeffect van verwerkt op de kaders van Zvw sectoren en dus ook op het kader MSZ. Voor de MSZ is dit effect € 373 miljoen.
- De maatregel trancheren eigen risico gaat in per 2028. Dit remt naar verwachting de zorgvraag en leidt tot lagere uitgaven in Zvw sectoren en dus ook tot een lager uitgavenkader MSZ. Voor de MSZ is dit effect € 147 miljoen.

VRAAG

Welke aannames over loon-, prijs- en volumeontwikkeling liggen ten grondslag aan de ramingen voor medisch-specialistische zorg voor 2028 tot en met 2031?

Antwoor

Het kader MSZ in de VWS begroting houdt voor de volumeontwikkeling rekening met een groei van 0% in 2028 conform de afspraken in het AZWA. De volumeontwikkeling voor de jaren 2029 en verder is nog niet bekend en dus niet verwerkt in het kader MSZ.

De beschikbare ruimte voor loon- en prijsbijstellingen is nog niet verwerkt voor de genoemde jaren, maar staat apart gereserveerd in de VWS begroting. Deze loon- en prijsbijstelling wordt zoals gebruikelijk jaarlijks toegevoegd aan het kader in de eerste suppletoire begroting van het betreffende jaar en aangepast op basis van de laatste cijfers van het CPB.

VRAAG

Welke subsidieregelingen en andere financiële instrumenten zijn beschikbaar of in ontwikkeling voor de productie van geneesmiddelen en andere medische producten in Europa? Wat zijn per instrument het beschikbare bedrag in 2027 en meerjarig, de doelgroep, de looptijd, de voorwaarden, de uitvoerende organisatie en de beoogde resultaten? Welke indicatoren en streefwaarden worden per instrument gebruikt om de vestiging of uitbreiding van productiecapaciteit in Europa en in Nederland te stimuleren volgens?

Antwoor

Eind 2023 heeft het kabinet een overeenkomst gesloten om opschaalbare productie van mondmaskers (type FFP2) beschikbaar te houden. In 2027 is hiervoor € 0,7 miljoen beschikbaar. Gedurende de looptijd van de overeenkomst, van november 2023 tot november 2027, gaat het in totaal om € 4 miljoen. De fabrikant zorgt dat er goed onderhouden en functionerende machines beschikbaar zijn, dat de geproduceerde mondmaskers een CE-certificaat hebben en dat personeel getraind is om de machines te bedienen. Ook beschikt de fabrikant over een voorraad grondstoffen. Zo kunnen ook mondmaskers worden geproduceerd bij dichte grenzen. In tijden van schaarste heeft de Nederlandse zorg eerste recht op afname van de geproduceerde mondmaskers. Het beoogd resultaat is het borgen van de continuïteit van zorg.

Daarnaast stelt het kabinet voor de komende jaren financiële middelen beschikbaar om de versterking van de (civiele) gezondheidszorg voort te zetten. Hiervoor wordt structureel € 162 miljoen beschikbaar gesteld. Een deel van deze middelen is gereserveerd voor ‘Opschaalbare productie’. Het kabinet onderzoekt momenteel de mogelijke financieringsvormen om essentiële productie van geneesmiddelen te stimuleren en opschaalbare productiecapaciteit van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen in te zetten. Om de financiële middelen in 2027 doelmatig in te kunnen zetten, is er voor deze projecten in 2026 nadere voorbereiding nodig. Zo bepaalt het kabinet bijvoorbeeld op basis van onderzoek in 2026 welke geneesmiddelen essentieel zijn tijdens verschillende crises, waarna we hier in 2027 voorraden van grondstoffen en eindproducten voor aan kunnen leggen. Tegelijkertijd wordt onderzocht welke financiële instrumenten ingezet kunnen worden om voldoende productiecapaciteit in Nederland te waarborgen. Het kabinet kan niet vooruitlopen op de instrumenten die het nu ontwikkelt. Wanneer

VRAAG

Welke gegevens, onderzoeken en ramingen gebruikt het ministerie bij de ontwikkeling van beleid voor gezond ouder worden om de effecten van vaccinatie op ziekte, ziekenhuisopnames, verlies van zelfstandigheid, sterfte en het aantal gezonde levensjaren te bepalen?

Antwoor

Het kabinet laat zich over publieke vaccinatieprogramma's adviseren door de Gezondheidsraad. Een positief advies van de Gezondheidsraad is een belangrijke voorwaarde voor het opnemen van een vaccinatie in een publiek vacci-natieprogramma. De Gezondheidsraad hanteert een beoordelingskader met criteria waaraan moet worden voldaan voor een positief advies. Voorbeelden van deze criteria zijn de ernst en omvang van de ziektelast (waaronder het aantal ziekenhuisopnames en sterfte) en de effectiviteit en veiligheid van het vaccin. Het beoordelingskader bevat ook additionele

VRAAG

Welke middelen zijn er vanaf 2027 en meerjarig beschikbaar voor investeringen in nieuwe of verbeterde vaccins en vaccinatieprogramma's?

Antwoor

In de begroting is alleen rekening gehouden met de aankoop van bestaande vaccins voor bestaande programma's. Er zijn geen middelen beschikbaar voor de invoering van nieuwe vaccinatieprogramma's of inzet van verbeterde vaccins binnen bestaande programma's als deze

Rondom de ontwikkeling van nieuwe vaccins, steunt het kabinet de werkzaamheden van CEPI, de Coalition for Epidemic Preparedness Innovations. Dit vanuit de gedachte dat vaccins essentieel zijn om een pandemie te bestrijden en te beëindigen. Ook is er vaak sprake van marktfalen bij de ontwikkeling van vaccins voor opkomende infectieziekten zoals Ebola. Het is ook minder effectief om onderzoek naar vaccins alleen in NL te financieren. CEPI zet zich ook in voor toegankelijkheid van

Sinds 2020 heeft het ministerie van VWS € 64 miljoen bijgedragen aan de snelle ontwikkeling van vaccins via CEPI (2020: € 50 miljoen, 2023 t/m 2026: € 14 miljoen). De steun voor CEPI zal ook na 2026 worden voortgezet met een deel van de middelen die dit voorjaar beschikbaar zijn gesteld voor pandemische paraatheid. Over de omvang van deze steun wordt nog overleg gevoerd.

Daarnaast draagt het kabinet vanaf 2026 bij aan therapie en vaccinontwikkeling van INFECT-TT (National
INFECT-TT program invests 7 million in accelerated clinical product development for infectious diseases - InFECT-

VRAAG

Welke methoden en criteria worden gebruikt voor kosteneffectiviteitsanalyses bij besluiten over de opname en financiering van vaccinaties?

Antwoor

Besluiten over het opnemen van vaccinaties in een publiek vaccinatieprogramma worden waar mogelijk mede gebaseerd op kosteneffectiviteitsanalyses die zijn uitgevoerd volgens de Nederlandse richtlijnen voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg.

Bij kosteneffectiviteitsanalyses wordt onder meer gekeken naar de ziektelast die met vaccinatie wordt voorkomen en gezonde levensjaren (zogenaamde QALY's) die worden gewonnen. Daarvoor is onder meer informatie nodig over ernst en omvang van de ziektelast, de effectiviteit en beschermingsduur van het vaccin, de verwachte opkomst en de prijs en toedieningskosten van het

De standaard is dat bij kosteneffectiviteitsanalyses een maatschappelijk perspectief wordt gehanteerd. Dit betekent dat ook baten binnen de gezondheidszorg (zoals voorkomen medische consulten), kosten voor de patiënt (zoals reiskosten) en productiviteitsverlies (arbeidsverzuim) worden

VRAAG

Op welke wijze worden vermeden zorgkosten en gezondheidswinst in deze analyses over vaccinaties berekend? Welke kostencategorieën en tijdshorizon worden hierbij gehanteerd?

Antwoor

Vermeden zorgkosten worden berekend door vermeden consulten en behandelingen te vermenigvuldigen met referentieprijzen uit de kostenhandleiding voor economische evaluaties in de gezondheidszorg, of met kostenschat-tingen uit de literatuur. De kostencategorieën omvatten bijvoorbeeld huisartsbezoeken, voorgeschreven medicatie, medisch specialistische zorg en ziekenhuisopnames. Gezondheidswinst, uitgedrukt in QALY's, wordt berekend door gegevens over de duur van de ziekte en de impact van de ziekte op de kwaliteit van leven te combineren met gegevens over de effectiviteit van vaccinatie bij het voorkomen van ziekte. Bij vermeden sterfgevallen worden gewonnen QALY's berekend door de standaard levensverwachting op de leeftijd van overlijden te hanteren, gecorrigeerd voor de kwaliteit van leven.

De tijdshorizon is zodanig lang dat alle relevante kosten en effecten worden meegenomen. Dit kan levenslang zijn, tenzij beargumenteerd kan worden dat een kortere tijdshorizon volstaat.

VRAAG

Voor welke vaccins of immunisaties met een positief advies van de Gezondheidsraad is nog geen structureel financieringsbesluit genomen? Kan per advies de datum, de vervolgstap en de voorziene besluitvormingsdatum worden vermeld?

Antwoor

Dat geldt in de eerste plaats voor het advies van de Gezondheidsraad om COVID-19 vaccinatie structureel aan te bieden. Hiervoor zijn incidentele middelen beschikbaar tot en met 2027. Voor 2028 en latere jaren zijn geen middelen geraamd. Over de voortzetting en financiering vanaf 2028 moet nog (financiële) besluitvorming plaatsvinden.
Daarnaast heeft de Gezondheidsraad geadviseerd over de inzet van vernieuwde typen griepvaccins. Met de eventuele meerkosten hiervan is in de begroting 2027 geen rekening gehouden. Het RIVM werkt aan een scenario-en kosteneffectiviteitsanalyse, die naar verwachting in november beschikbaar komt. Op basis daarvan kan worden bepaald welke aanvullende middelen mogelijk nodig zijn. Financiële besluitvorming hierover kan op zijn vroegst plaatsvinden bij de

VRAAG

Welk concreet probleem lost het beëindigen van de vergoeding van ongecontracteerde zorg volgens u op, en op basis van welk onderzoek is aannemelijk dat deze maatregel effectief is? Welke alternatieven zijn onderzocht en wat zijn de verwachte gevolgen voor wachttijden, patiëntkeuze en

Antwoor

De vraag naar zorg wordt elk jaar groter. Tegelijkertijd zijn mensen die werken in de zorg schaars. Daarom is het des te belangrijker dat alle zorgaanbieders hun steentje bijdragen aan het leveren van passende zorg. Er
zijn zorgaanbieders die zich sterk richten op patiënten met lichte klachten, niet meedoen aan afspraken om beter samen te werken in de regio, niet meedoen met het geven van spoedzorg of relatief veel niet-passende zorg leveren. Door de verplichte vergoeding van niet-gecontracteerde zorg hebben verzekerden de mogelijkheid om te kiezen voor ongecontracteerde zorg. Hiermee

aan afspraken die zorgverzekeraars willen maken over het leveren van passende zorg. Onderzoek[45] in o.a. de wijkverpleging en ggz laat zien dat niet-gecontracteerde aanbieders bij vergelijkbare zorgzwaarte gemiddeld langer en meer zorg leveren. Het afschaffen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg moet leiden tot passende zorg. Als alternatief is eerder ingezet op een lagere vergoeding van ongecontracteerde zorg. Dit biedt echter minder mogelijkheden voor zorgverzekeraars om te sturen op passende zorg. Daarom kiest het kabinet voor het volledig afschaffen van de vergoeding, zodat passende zorg daadwerkelijk de norm wordt. De mogelijke gevolgen voor wachttijden, patiëntkeuze en toetreding van nieuwe aanbieders worden bij de verdere uitwerking van het wetsvoorstel meegenomen.

VRAAG

Welke criteria moeten regio's gebruiken bij keuzes over waar medisch-specialistische zorg wordt uitgebreid, geconcentreerd of afgebouwd, en welke rol spelen daarbij kwaliteit, wachttijden, doelmatigheid en beschikbare capaciteit?

Antwoor

Er is geen generiek wettelijk afwegingskader dat regio's voorschrijft waar medisch-specialistische zorg moet worden uitgebreid, geconcentreerd of afgebouwd. Keuzes over een toekomstbestendig zorgaanbod maken zorgaanbieders in afstemming met betrokken partijen in de regio, binnen de geldende kwaliteitsnormen en professionele standaarden. Zorgverzekeraars hebben vanuit hun zorgplicht een verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid en tijdige beschikbaarheid van zorg. Bij keuzes over het zorgaanbod spelen daarom onder meer kwaliteit, toegan-kelijkheid en wachttijden, beschikbare capaciteit en doelmatigheid een rol.

Voor het concentreren of beëindigen van acute zorg gelden daarnaast specifieke procedurele eisen op grond van artikel 8A.4 van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en hoofdstuk 3a van de

VRAAG

Hoe ondersteunt de verplichting tot deelname aan regionale samenwerkingsverbanden ondernemerschap en innovatie, zodat de zorg ook voor toekomstige generaties toegankelijk

Antwoor

Regionale samenwerking kan de patiëntenzorg voor een gehele regio verbeteren. Door regionaal de handen ineen te slaan blijft de zorg en ondersteuning in de regio toegankelijk en betaalbaar. Het kabinet werkt daarom aan
een maatregelenpakket om te zorgen dat deelname aan regionale samenwerking voor aanbieders niet langer vrijblijvend is. Daarbij blijft ruimte voor ondernemerschap en innovatie, maar

VRAAG

Welke juridische gevolgen krijgt een regioplan voor een individuele zorgaanbieder en welke mogelijkheden bestaan er wanneer een aanbieder het niet eens is met een regionale keuze?

Antwoor

De regioplannen moeten borgen dat keuzes van individuele partijen ook leiden tot de maatschappelijk gewenste inrichting van het zorglandschap. Het kabinet werkt op dit moment een maatregelenpakket uit om te zorgen dat het deelname aan regionale samenwerking voor

[45] Rapport Technische Werkgroep Macrobeheersing

VRAAG

Bij welke stappen tussen een positief pakket- of vergoedingsbesluit voor een intramuraal geneesmiddel en de feitelijke beschikbaarheid voor patiënten kan het ontbreken van financiële ruimte binnen het MSZ-kader tot vertraging leiden?

Antwoor

Het ontbreken van financiële ruimte binnen het msz-kader is in geen enkele stap van invloed op de snelheid waarmee een geneesmiddel beschikbaar komt voor patiënten.

VRAAG

Welke financiële voorziening is voor 2027 getroffen voor geneesmiddelen die nu een pakketbeoordeling doorlopen of waarover VWS met een leverancier onderhandelt? Kunt u aangeven of deze voorziening toereikend is bij afronding van meer procedures, of bij eerdere

Antwoor

Er is geen financiële voorziening getroffen voor geneesmiddelen die nu een pakketbeoordeling doorlopen of waarover VWS met een leverancier onderhandelt. In de begroting voor 2027 is wel groeiruimte opgenomen. Deze is onder andere bestemd voor de extra uitgaven als gevolg van de

Gedurende het jaar wordt de raming bijgesteld op basis van gegevens van de zorgverzekeraars die VWS gecumuleerd ontvangt van het Zorginstituut Nederland. Daarin gaat het om het totaal van de uitgaven aan apotheekzorg en medisch-specialistische zorg,

VRAAG

Hoe monitort u gedurende het begrotingsjaar of de beschikbare middelen gelijke tred houden met positieve pakketbesluiten en afgesloten financiële arrangementen, en op welk moment

Antwoor

De in de begroting opgenomen verwachte uitgaven aan apotheekzorg en medisch-specialistische zorg bevatten geen specifieke verwachtingen over pakketbesluiten en afgesloten financiële arrangementen. Beide zijn om die reden ook niet afhankelijk van de voor een begrotingsjaar

VRAAG

Hoe hebben de uitgaven aan intramurale geneesmiddelen zich in 2023, 2024 en 2025 ontwikkeld, in euro's en als percentage van de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg?

Antwoor

In onderstaande tabel is opgenomen hoe de uitgaven intramurale geneesmiddelen zich in 2023, 2024 en 2025 hebben ontwikkeld, in euro's en als percentage van de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg, gebaseerd op de meest recente actualisatiecijfers van het Zorginstituut (over twee kwartalen 2026). Zoals u hier kunt zien is er wel een stijging in de absolute bedragen, maar in verhouding tot de totale uitgaven in de MSZ kader zijn de uitgaven aan intramurale

Tabel 68 Ontwikkeling uitgaven intramurale geneesmiddelen zich in 2023, 2024 en 2025 (bedragen x

	202	202	202
totale uitgaven msz	28.118	30.178	31.802
uitgaven intramurale geneesmiddelen	2.658	2.682	2.719
(add-ons) aandeel intramurale			

VRAAG

Welke onder- of overschrijding van het MSZ-kader deed zich in die jaren voor en wat waren daarvoor de belangrijkste oorzaken? Verwacht u dat deze oorzaken ook in 2026 en 2027

Antwoor

In de jaren 2023-2025 was er een onderschrijding van het kader MSZ. In onderstaande tabel is de omvang van de onderschrijdingen opgenomen, gebaseerd op de meest recente actualisatiecijfers (twee kwartaalcijfers 2026). Ten opzichte van het totale uitgavenkader van circa € 30 miljard, gaat het hier om zeer kleine onderschrijdingen. Om die reden is er ook geen nader onderzoek gedaan naar de oorzaak van deze onderschrijdingen en het is niet bekend of deze doorwerken in de jaren 2026 en 2027. Zoals te zien in de VWS-begroting 2027 wordt op basis van
zeer voorlopige cijfers over 2026 (2 kwartalen) op dit moment een overschrijding van het kader MSZ

Tabel 69 Omvang onderschrijding kader MSZ (bedragen x € 1 miljoen)

	202	202	202
Onderschrijding kader	–	–	–

VRAAG

Wat is de meest recente verwachting voor de benutting van het MSZ-kader in 2026 en 2027, en hoe verhoudt deze zich tot de stand bij het opstellen van de begroting?

Antwoor

In onderstaande tabel is voor 2026 weergegeven hoe de voorlopige actualisatiecijfers (op basis van twee kwartalen 2026) zich verhouden tot het kader MSZ in de begroting 2026 inclusief loon- en prijsbijstelling 2026. Daarbij moet opgemerkt worden dat op basis van het AZWA in de begrotingsstand 2026 een actualisatie is verwerkt van minus
€ 75 miljoen. In het AZWA is daarover afgesproken dat het oorspronkelijke kader 2026, zoals afgesproken

Tabel 70 Voorlopige actualisatiecijfers (bedragen x € 1 miljoen)

	202
uitgaven msz op basis van Q2 2026	33.267
kader msz begroting 2026 + loon- en prijsbijstelling overschrijding	33.145
correctie actualisatie in AZWA	122
netto overschrijding	– 75

Over het jaar 2027 zijn uiteraard nog geen actualisatiecijfers

VRAAG

Welke geneesmiddeleninstroom is financieel verondersteld in de begroting voor 2027? Kunt u toelichten welke informatie uit de Horizonscan Geneesmiddelen is gebruikt en hoe onzekerheden rond toelating, beoordeling, onderhandelingen, patiëntvolume en startdatum

Antwoor

De informatie uit de Horizonscan Geneesmiddelen is niet gebruikt in de begroting voor 2027. Er is ook niet een specifieke geneesmiddeleninstroom verwerkt in de begroting. In de begroting voor 2027 is wel
groeiruimte opgenomen. Deze is onder andere bestemd voor de extra uitgaven als gevolg

VRAAG

Wanneer verwacht u dat de verschillende onderdelen van het Europese farmapakket formeel worden vastgesteld, in werking treden en in Nederland moeten worden toegepast? Welke nationale wet- en regelgeving moet daarvoor worden gewijzigd?

Antwoor

De Commissie verwacht dat de herziene Europese farmawetgeving in november 2026 formeel wordt vastgesteld en gepubliceerd, waarna het van kracht wordt in december dit jaar. Deze wetgeving bestaat uit een richtlijn en een verordening. De Europese farmawetgeving moet naar verwachting in december 2028 volledig worden toegepast. Voor een aantal artikelen uit de verordening geldt een kortere toepassingstermijn. Dit zijn voornamelijk artikelen die gaan over leveringszekerheid en tekorten. Betrokken veldpartijen zijn hierover tijdens een informatiesessie op 28 augustus jl. en de laatste gebracht.

Met een nieuwe Nederlandse geneesmiddelenwet wordt de nieuwe richtlijn geïmplementeerd en uitvoering gegeven aan de nieuwe verordening. Ook de onderliggende lagere nationale regelgeving wordt vervangen. Er is meerdere wet- en regelgeving, bijvoorbeeld de Opiumwet, die naar de huidige Geneesmiddelenwet verwijst. Bij de implementatie zal zorggedragen worden om alle aanpalende wetgeving mee te wijzigen, in de zin dat de kruisverwijzingen blijven kloppen.

VRAAG

Welke gevolgen heeft de implementatie naar verwachting voor de taken en werkprocessen van VWS, het Zorgin-stituut Nederland en andere uitvoeringsorganisaties, en hoeveel aanvullende capaciteit en budget zijn daarvoor in 2027 en latere jaren voorzien?

Antwoor

Het in kaart brengen van de gevolgen van de nieuwe wetgeving voor verschillende organisaties, is onderdeel van een zorgvuldige implementatie. De implementatie van de herziene Europese farmawetgeving is een groot en complex proces. Onderdeel hiervan is de eerder toegezegde financiële impact analyse, die nog dit jaar naar de Kamer wordt verstuurd. Deze analyse zal een eerste beeld geven van de benodigde capaciteit en budget die benodigd zijn. Het uitgangspunt van het kabinet is om de taken en werkprocessen met de bestaande capaciteit uit te voeren.

VRAAG

Hoe zou Nederland uitvoering geven aan een verzoek tot beschikbaarstelling op grond van artikel 56a, indien dit onderdeel wordt van de definitieve richtlijn? Welke partij initieert en coördineert dan de procedures rond beschikbaarheid, prijs en vergoeding?

Antwoor

Zoals in het schriftelijk overleg inzake voorlopig politiek akkoord herziening Europese geneesmiddelenwetgeving[46] is opgemerkt, acht het Kabinet het niet waarschijnlijk dat dit artikel doel treft. Bedrijven voeren een lanceerstrategie waarbij de verwachte opbrengst leidend is. Dit is ook de reden geweest dat het kabinet in de onderhandelingen kritisch is geweest op deze bepaling[47]. Daarnaast heeft het kabinet geconstateerd dat omwille van tijdige implemen-tatie in nationale wetgeving geprioriteerd moet worden. Facultatieve bepalingen, zoals de lanceerverplichting, worden in beginsel in de implementatieregelgeving niet meegenomen. Het kabinet geeft hierom (voorlopig) geen verdere uitwerking aan de lanceerverplichting.

[46] Zie Kamerstukken 29477, nr. 968.

VRAAG

Klopt het dat u scenario's uitgewerkt voor een situatie waarin artikel 56a leidt tot een groter aantal of een eerdere start van Nederlandse prijs- en vergoedingsprocedures? Zo ja, welke gevolgen laten deze scenario's zien voor capaciteit, kosten en behandelduur?

Antwoor

Dat klopt niet, want het kabinet heeft ervoor gekozen om dit artikel (voorlopig) niet te

VRAAG

Hoeveel procedures waarop Richtlijn 89/105/EEG van toepassing was, zijn in 2023, 2024 en 2025 afgerond, en hoeveel liepen of eindigden in 2026? Kan dit worden uitgesplitst naar afzonderlijke prijsprocedures, afzonderlijke vergoedingsprocedures en opeenvolgende procedures?

Antwoor

Dit kan het kabinet niet exact zeggen, want dit wordt niet structureel of op eenduidige wijze bijgehouden. Alle besluiten van de minister over de vergoeding van een geneesmiddel, dat wil zeggen vergoedingsbesluiten over alle extramurale geneesmiddelen én alle sluisgeneesmiddelen, worden gepubliceerd in de Staatscourant en zijn dus openbaar en raadpleegbaar. Ook de halfjaarlijkse herijking van de maximumprijzen van de Wet geneesmiddelenprijzen wordt gepubliceerd in de Staatscourant. Verder kan iedereen bij dure geneesmiddelen
bekijken wat de doorlooptijden zijn van het vergoedingsproces, onderverdeeld per fase (indiening dossier door de leverancier, beoordeling van het dossier door het Zorginstituut en onderhandeling door het ministerie van VWS), in het Dashboard Doorlooptijden Geneesmiddelen[48]. En tenslotte

VRAAG

Kunt u per categorie de mediaan, het gemiddelde en de spreiding van de doorlooptijd geven, waarbij zowel de bruto doorlooptijd als de doorlooptijd na aftrek van rechtsgeldige opschortingen

Antwoor

Dit kan het kabinet niet exact zeggen, want dit wordt niet structureel of op eenduidige wijze bijgehouden. Alle besluiten van de minister over de vergoeding van een geneesmiddel, dat wil zeggen vergoedingsbesluiten over alle extramurale geneesmiddelen én alle sluisgeneesmiddelen, worden gepubliceerd in de Staatscourant en zijn dus openbaar en raadpleegbaar. Ook de halfjaarlijkse herijking van de maximumprijzen van de Wet geneesmiddelenprijzen wordt gepubliceerd in de Staatscourant. Verder kan iedereen bij dure geneesmiddelen
bekijken wat de doorlooptijden zijn van het vergoedingsproces, onderverdeeld per fase (indiening dossier door de leverancier, beoordeling van het dossier door het Zorginstituut en onderhandeling door het ministerie van VWS), in het Dashboard Doorlooptijden Geneesmiddelen[48]. En tenslotte

VRAAG

In hoeveel gevallen werd de toepasselijke termijn van 90 of 180 dagen niet gehaald, welke procesfase veroorzaakte doorgaans de meeste vertraging en welke verbetermaatregelen zijn inmiddels

Antwoor

[48] https://www.farmatec.nl/prijsvorming/dashboard-doorlooptijden-geneesmiddelen
[49] De meest recente is te vinden via Kamerstukken 29477, nr. 982.

Op de website van Zorginstituut Nederland staat weergegeven wat, in de afgelopen jaren, de gemiddelde doorlooptijd van beoordelingen is van extramurale en intramurale (sluis-) geneesmiddelen[51]. Het Zorginstituut geeft aan dat de belangrijkste oorzaak van het overschrijden van de beoordelingstermijn is dat vergoedingsdossiers niet altijd voldoende informatie bevatten om snel een goede beoordeling te kunnen doen. Soms komt het Zorginstituut na compleet verklaring vraagstukken tegen waarvoor meer tijd nodig is vanwege zorgvuldigheid. Ook krijgen fabrikanten soms tijd om dingen uit te zoeken of een farmaco-economisch model aan te passen. Verder kan het extra tijd kosten om behandelaars te vragen hoe zij het middel willen gaan inzetten.

Het Zorginstituut geeft ook aan welke verbetermaatregelen zijn genomen om de doorlooptijd zo kort mogelijk te houden. Mede omdat de complexiteit van beoordelingen is toegenomen, werkt het Zorginstituut, in opdracht van de minister, ook aan het Toekomstig Stelsel Geneesmiddelen (TSG), waarin het streven is om, waar dat kan, een versnelling aan te brengen in de

VRAAG

Hoe is totale budget voor oncologie opgebouwd in 2026 en 2027

Antwoor

Voor oncologie zijn in 2027 de volgende middelen
- € 40,3 miljoen oor het verbeteren van de oncologische en palliatieve zorg door het verzamelen het bewaken van kwaliteit, het faciliteren van samenwerkingsverbanden en bij- en nascholing;
- € 20,4 miljoen voor het bevorderen van fundamenteel, translationeel en klinisch kankeronderzoek ten behoeve van verbetering van de overleving van kanker en het bevorderen van kwaliteit van
- leven van de patiënt;
  € 5,3 miljoen voor de registratie van alle pathologie-uitslagen, het beheer hiervan in een landelijke

In 2026 waren de volgende middelen
- € 44,0 miljoen voor het verbeteren van de oncologische en palliatieve zorg door het verzamelen van gegevens, het bewaken van kwaliteit, het faciliteren van samenwerkingsverbanden en bij-
- € 20,5 miljoen voor het bevorderen van fundamenteel, translationeel en klinisch kankeronderzoek ten behoeve van verbetering van de overleving van kanker en het bevorderen van kwaliteit van
- leven van de patiënt;
  € 5,5 miljoen voor de registratie van alle pathologie-uitslagen, het beheer hiervan in een landelijke

VRAAG

Welke te financieren activiteiten («gegevensverzameling, kwaliteitsbewaking en verbetering van oncologische en palliatieve zorg») vallen hier exact onder?

Antwoor

Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), het Nederlands Kanker Instituut (NKI), en het Pathologisch Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief (PALGA) ontvangen jaarlijks subsidie van VWS. Het IKNL werkt aan het verbeteren van de oncologische en palliatieve zorg door het verzamelen van gegevens, het bewaken van kwaliteit, het faciliteren van samenwerkingsverbanden en bij- en nascholing. Het NKI werkt aan het bevorderen van fundamenteel, translationeel en klinisch kankeronderzoek, ten behoeve van verbetering van de overleving van kanker en het bevorderen van kwaliteit van leven van de patiënt. PALGA werkt aan de registratie van alle pathologie-uitslagen, het beheer hiervan in een landelijke databank en het computernetwerk voor de gegevensuitwisseling met alle pathologielaboratoria in Nederland.

[51] https://www.zorginstituutnederland.nl/wat-wij-doen/werkwijzen-en-procedures/adviseren-over-en-verduidelijken-van-het-basispakket-aan-zorg/ beoordeling-van-geneesmiddelen/geneesmiddelen-beoordelen-balans-tussen-zorgvuldigheid-en-snelheid

VRAAG

Hoeveel van de middelen voor informatiebeleid in 2027 is specifiek beschikbaar voor secundair gebruik van gezond-heidsgegevens en de implementatie van de EHDS? Welk deel daarvan is

Antwoor

Secundair datagebruik van gezondheidsgegevens maakt onderdeel uit van het programma EHDS. Hiervoor zijn echter geen specifieke middelen beschikbaar. Voor de implementatie van de EHDS is momenteel € 83 miljoen beschikbaar (2026-2028). Dit betreft grotendeels middelen voor de totstandkoming van onder andere de aangewezen entiteiten die volgen uit de EHDS.

Welke structurele kosten gemoeid zijn bij deze programma's dienen nog in kaart gebracht te worden. Ook de keuze waar deze kosten zullen vallen dient nog bepaald te worden.

VRAAG

Waarom komen de begrippen gepersonaliseerde geneeskunde, precisiegeneeskunde, farmacogenetica, genoom-diagnostiek en biomarker in de gehele toelichting van 312 bladzijden niet voor, en welk bedrag is in 2027 aan deze terreinen besteed?

Antwoor

De genoemde onderzoeksgebieden worden niet expliciet als afzonderlijke prioriteiten in de begroting genoemd. Het kabinet zet in op het stimuleren van onderzoek en ontwikkeling in de volle breedte. De ontwerpbegroting beschrijft zowel publieke R&D-financiering als het stimuleren van private R&D. Voor de publieke financiering van wetenschappelijk onderzoek bestaan verschillende instrumenten, waaronder onderzoeksprogramma's van NWO en ZonMw en Europese onderzoeksfondsen. Deze middelen zijn niet specifiek geoormerkt voor gepersonaliseerde geneeskunde, precisiegeneeskunde, farmacogenetica, genoomdiagnostiek of biomarkers. Wel kunnen dergelijke onderzoeksgebieden binnen de bredere onderzoeks- en innovatieagenda worden gefinancierd, afhankelijk van de doelstellingen en voorwaarden van de betreffende financieringsinstrumenten. Verder wil het kabinet publieke middelen inzetten om private R&D-investeringen uit te lokken en samenwerking tussen kennisinstellingen en bedrijven te versterken. Het kabinet richt een Nationale Investeringsinstelling (NII) op, zal een nieuwe ronde van
€ 375 miljoen uit het Nationaal Groeifonds (NGF) openstellen en heeft budget vrijgemaakt voor

VRAAG

Welk bedrag is in 2027 belegd met de invoering van preëmptieve farmacogenetische panels in de huisartsenzorg en de apotheekzorg, gezien de uitkomsten van de door Nederlandse onderzoekers gecoördineerde Europese PREPARE-studie, en waarom maakt dit geen deel uit van

Antwoor

Er is op dit moment geen geld begroot voor de invoering van preëmptieve farmacogenetische panels in de huisartsenzorg en de apotheekzorg. De quickscan naar de voor-en nadelen van brede implementatie van het farma-cogenetisch profiel liet nog veel bezwaren zien. Dat geldt bijvoorbeeld voor de effectiviteit en kosteneffectiviteit en de implementatie. De Kamer is daar in 2023 over geïnformeerd[52]. Die bezwaren zijn nog niet weggenomen daarom vindt het kabinet invoering op dit

[52] Preventief gezondheidsbeleid | Tweede Kamer der Staten-

Het kabinet financiert wel via ZonMw de P4CARE studie[53]. Deze studie onderzoekt of huisartsen en apothekers patiënten met depressie of een angststoornis sneller tot een effectieve behandeling kunnen komen wanneer ze met een DNA-paspoort de variatie in het DNA aantonen. In dit onderzoek is specifiek aandacht voor doelmatige implementatie van het DNA-paspoort in

VRAAG

Welke gemiddelde doorlooptijd geldt tussen Europese markttoelating en feitelijke vergoeding in Nederland voor weesgeneesmiddelen en geavanceerde therapieën, en hoe verhoudt die zich tot

Antwoor

Nederland heeft op dit moment geen compleet overzicht van de doorlooptijden specifiek voor weesgeneesmid-delen en geavanceerde therapieën. Het Dashboard Doorlooptijden Geneesmiddelen[54] biedt inzicht in de doorloop-tijden per fase (indiening, beoordeling of onderhandeling) voor alle intramurale geneesmiddelen die in de 'sluis' zijn geplaatst, en voor extramurale geneesmiddelen waarover het ministerie van VWS prijsonderhandelingen voert met de leveranciers.Uit de Europese WAIT indicator[55] komt naar voren dat de doorlooptijd voor de vergoeding van weesgeneesmiddelen in Nederland, in vergelijking met andere Europese landen, globaal rond het Europese gemiddelde ligt. De doorlooptijd is langer dan in Duitsland en Denemarken, maar voor weesgeneesmiddelen korter dan bijvoorbeeld Spanje en België en voor niet-oncologische weesgeneesmiddelen korter dan bijvoorbeeld Frankrijk en Zweden. Daarbij moet worden meegewogen dat de totale doorlooptijd mede afhankelijk is van de tijdigheid en volledigheid van de dossierindiening door de firma. Een langere doorlooptijd kan dan ook (mede) het gevolg zijn van een late indiening van een compleet dossier. Voor geavanceerde therapieën is dit overzicht helaas niet beschikbaar. Tegelijkertijd blijft het kabinet zich inzetten om de doorlooptijden waar mogelijk verder te verkorten. Het toekomstbestendig stelsel geneesmiddelen (TSG) biedt hiervoor perspectief. Zoals eerder aan uw Kamer is gemeld, is het uitgangspunt daarbij 'snel waar het kan en uitgebreid waar het moet'. Door processen waar mogelijk te stroomlijnen, meer maatwerk in de beoordeling toe te passen en vroegtijdig inzicht te bieden in

VRAAG

Op welke manier betrekt u de eerste- en tweedelijns acute zorg bij het opstellen van de definitie voor passende acute zorg?

Antwoor

De beroepsgroepen moeten zelf duidelijke inhoudelijke normen vaststellen wat in welke omstandigheden passende zorg is en wat niet. Professionals en veldpartijen werken dit uit in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Aan de Landelijke Spoedzorgtafel (LST) zijn daarbij zowel de eerste lijn, waaronder LHV en InEen, als de tweede lijn, waaronder FMS, vertegenwoordigd. Het is aan deze partijen om bij de doorontwikkeling de relevante professionals te betrekken. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen 2.0 wordt binnenkort aangeboden aan het Zorginstituut en verbreedt de scope onder meer richting acute psychiatrie en farmaceutische spoedzorg. Partijen hebben daarnaast

VRAAG

In hoeverre bieden beperktere SEH's zoals AZA of HAP+ voldoende brede, specialistische kennis, en mogelijkheden voor bloedonderzoek, radiologisch en ander diagnostisch onderzoek?

Antwoor

[53] P4CARE-studie: PGx paspoort voor start medicamenteuze behandeling
[54] Het Dashboard Doorlooptijden Geneesmiddelen: Dashboard Doorlooptijden Geneesmiddelen | Farmatec

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen 2.0, dat op korte termijn wordt aangeboden aan het Zorginstituut voor opname in het Register, maakt onderscheid tussen de SEH en poliklinische spoedzorg. Een SEH moet brede medisch-specia-listische deskundigheid en direct toegankelijke diagnostiek beschikbaar hebben, waaronder laboratorium- en radio-logische diagnostiek. Een poliklinische spoedzorg voorziening kan volstaan voor vooraf geselecteerde, stabiele patiënten met een afgebakende zorgvraag, mits de beschikbare expertise en diagnostiek daarbij passen en er goede afspraken zijn over opschaling. Het Kwaliteitskader bepaalt verder dat bij twijfel, een onbekende of complexe zorgvraag of (dreigende) instabiliteit beoordeling nodig is en een volwaardige SEH met

VRAAG

Wat zijn de gevolgen van een beperktere SEH voor het aantal patiënten? Wordt de SEH hiermee nog kwetsbaarder voor productieprikkels en is de huidige vorm van budgetbekostiging daarbij

Antwoor

Het zorgaanbod in een regio moet aansluiten bij wat mensen daar nu en in de toekomst nodig hebben. Niet iedere regio is hetzelfde en niet iedere SEH-locatie hoeft dezelfde acute zorgfunctie te vervullen of omvang te hebben. Keuzes over de inrichting van acute zorg werken daarom het beste als ze zoveel mogelijk in de regio worden gemaakt. Differentiatie in kwaliteitseisen is hierbij van belang. In het Kwaliteitskader Spoedzorgketen 2.0, dat op korte termijn wordt aangeboden aan het Zorginstituut voor opname in het Register, wordt onderscheid gemaakt tussen de SEH en zogenaamde poliklinische spoedzorg. Dergelijke vormen van spoedzorg zijn in de praktijk al ontstaan.

De eerste stap in budgetbekostiging SEH per 2027 is nog beperkt en houdt nog onvoldoende rekening met verschillen tussen SEH's. Voor de langere termijn is een budget nodig dat beter aansluit op de verschillende functies die een SEH vervult in het regionale aanbod van acute zorg, de bijbehorende kwaliteitseisen, het aantal patiënten dat op de SEH komt en de middelen die nodig zijn om die functie beschikbaar te houden. De NZa zal het kabinet adviseren over hoe budget verder kan worden ontwikkeld, zodat deze beter aansluit bij verschillen in functie, kosten en benodigde beschikbaarheid tussen SEH's en bij de verdere differentiatie binnen de acute zorg. Het kabinet streeft ernaar in Q4 2027 een besluit te nemen over de vervolgstap in budgetbekostiging per 1 januari

VRAAG

Op welke manier is er binnen het ROAZ ruimte voor gesprekken over spreiding reguliere acute zorg? Welke instrumenten hebben partijen aan tafel om dit af te dwingen?

Antwoor

Het is de taak van de zorgaanbieders die deelnemen aan het ROAZ om afspraken te maken over de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van acute zorg in de regio. De partijen aan de tafel zijn gelijkwaardige deelnemers aan
het gesprek en kunnen niets bij elkaar afdwingen. Het is wel hun taak om zich in te spannen voor een goede bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg. De organisator van het overleg, het traumacentrum, heeft daarnaast tot taak de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en verzekeraars te informeren als het niet lukt om knelpunten in de beschikbaarheid of bereikbaarheid van de acute

VRAAG

Hoe en door wie wordt de politieke relevantie van kleinere bedragen bepaald

Antwoor

Bij het opstellen van de begroting wordt onder andere bezien welke mutaties voortvloeien uit politieke besluit-vorming. Dit betreft doorgaans beleidswijzigingen waar een politieke wens aan ten grondslag ligt. Ik zie erop toe dat de Kamer hier adequaat over geïnformeerd wordt.

VRAAG

Welke argumentatie ligt aan de ‘incidentele middelen voor een vierjarige inhaalcampagne van de gordelroosvac-cinatie voor 61- tot 69-jarigen’ ten grondslag? Is dit doelmatig? En zo ja, kunt u dit

Antwoor

Met de reeds beschikbare middelen vanuit het AZWA kunnen elk kalenderjaar mensen gevaccineerd worden die dat jaar 60 jaar worden. Het RIVM heeft geadviseerd om, gegeven het beschikbare budget, te starten met vaccineren op de leeftijd van 60 jaar voor maximale gezondheidswinst en meest gunstige kosteneffectiviteit en daarmee de grootste doelmatigheid. Omdat het vaccin langdurig werkt, zijn mensen die de vaccinatie op 60-jarige leeftijd ontvangen namelijk ook op latere leeftijd, als zij meer kwetsbaar zijn, beschermd tegen gordelroos. In de begroting die op Prinsjesdag is gepresenteerd zijn aanvullende middelen vrijgemaakt (jaarlijks € 100 miljoen) om van 2028 t/m 2031 stapsgewijs extra leeftijdsgroepen uit te nodigen voor de gordelroosvaccinatie. Met de beschikbare middelen zullen er gedurende de periode 2028–2031 vaccinaties aangeboden worden aan personen die op dat moment tot de leeftijdsgroep van 61 tot en met 69 jaar behoren. Hiermee kunnen op de lange termijn de meeste gevallen van gordelroos voorkomen worden. Zo worden bijvoorbeeld 15.850 gevallen van gordelroos voorkomen per 100.000 gevaccineerde

VRAAG

Heeft u in kaart gebracht wat de gevolgen zijn voor regeldruk en administratieve lasten voor zorgprofessionals inzake ‘strengere eisen stellen aan de voorwaarden, kwaliteit en (snelheid van) totstandkoming van beroepsricht-lijnen en kwaliteitsdocumenten’? Overweegt u om eerst een

Antwoor

De gevolgen voor regeldruk en administratieve lasten zijn op dit moment nog niet volledig in kaart gebracht, omdat de voorstellen voor het stellen van voorwaarden aan beroepsrichtlijnen en kwaliteitsdocumenten nog worden uitgewerkt. Voordat tot wetgeving wordt overgegaan worden de gevolgen voor regeldruk en administratieve lasten, waar mogelijk, in beeld gebracht. Daarbij streven we er naar dat eventuele aanvullende voorwaarden zo veel mogelijk aansluiten bij

VRAAG

Welke concrete invulling voorziet u voor de «stevigere rol» van het Zorginstituut? Hoe verhoudt zich dit tot de verantwoordelijkheid en rol van beroepsgroepen in richtlijnontwikkeling? Kunt u het tijdpad schetsen van deze maatregelen? Welke partijen worden in het proces betrokken en hoe ziet de besluitvorming in samenwerking met het zorgveld eruit?

Antwoor

Via wet- en regelgeving worden strengere eisen gesteld aan de voorwaarden, kwaliteit en totstandkoming van beroepsrichtlijnen om zo goede en passende zorg in de toekomst te borgen. Daarmee krijgt Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) een sterkere rol om randvoorwaarden te kunnen stellen en bij te sturen als dit nodig is. Het uitgangspunt blijft echter dat het zorgveld primair verantwoordelijk is voor de invulling van wat goede zorg is, omdat

In afstemming met veldpartijen en het Zorginstituut heeft het kabinet een conceptmodel op hoofdlijnen voor de kwaliteitstaken van het Zorginstituut ontwikkeld met als doel om beter te kunnen sturen op passende zorg. Hierover is de Kamer in het najaar van 2025 geïnformeerd[57]. Onderdeel van dit conceptmodel op hoofdlijnen is het kunnen stellen van wettelijke voorwaarden aan richtlijnen. Om te toetsen of het Zorginstituut in staat is dit
model uit te voeren, heeft het kabinet het Zorginstituut om advies op het conceptmodel op

[56] RIVM advies prioritering leeftijd gordelroosvaccinatie
[57] https://open.overheid.nl/documenten/a5beeaff-dc5b-4286-a0e1-

naar verwachting eind dit jaar en zal worden gedeeld met de Kamer. Het vervolg op dit advies is onderdeel van de beleidsagenda passende zorg als norm[58]. Het kabinet zal in dat kader een wetsvoorstel tot wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) voorbereiden.

VRAAG

Hoe beoordeelt u de reacties van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Federatie Medisch Specialisten (FMS) en Verenso die waarschuwen dat de inhoud van de zorg niet door de overheid bepaald zou moeten worden en dat zorgprofessionals ruimte moeten houden om samen met patiënten

Antwoor

Het uitgangspunt is dat zorgprofessionals goede zorg leveren die past bij de patiënt. De beroepsgroepen bepalen daarbij zelf de zorginhoud en patiënten krijgen ruimte voor hun persoonlijke afweging. Tegelijkertijd horen we van zorgverleners dat zij bij het opstellen en toepassen van richtlijnen soms moeten schipperen tussen het belang van de individuele patiënt en bredere maatschappelijke belangen. Daarom zoeken we naar oplossingen door sterker te sturen op de voorwaarden waaronder passende zorg tot stand komt, waarbij de zorginhoudelijke afweging de

VRAAG

Kunt ons meenemen in de planning van het traject ‘implementatie van de EU-richtlijn ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld’? Wat als de invoering in juni 2027

Antwoor

Op 14 mei 2024 hebben het Europees Parlement en de Raad van de Europese Unie de Richtlijn (EU) 2024/1385 ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld vastgesteld. De richtlijn moet uiterlijk 14 juni 2027 zijn omgezet in nationaal recht. De minister van Justitie en Veiligheid (JenV) is eerstverantwoordelijke voor de implementatie van de richtlijn. De implementatie raakt naast het ministerie van JenV ook de

De Raad van State heeft op 16 september 2026 advies uitgebracht over de Implementatiewet richtlijn ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld. Op dit moment wordt het nader rapport opgesteld. De inzet is het wetsvoorstel zo spoedig mogelijk bij uw Kamer in te dienen. Parallel wordt gewerkt aan de aanpassingen die moeten worden doorgevoerd in verschillende

De inspanningen zijn erop gericht de wet en de aanpassingen van de algemene maatregelen van bestuur voor de implementatiedatum in werking te laten treden.

Wordt de omzettingstermijn overschreden, dan kan de Europese Commissie een inbreukprocedure tegen Nederland starten. Uw Kamer ontvangt ieder kwartaal van de minister van Buitenlandse Zaken een overzicht van de stand van de implementatie van EU-

VRAAG

Om hoeveel middelen gaat het dat beschikbaar is voor de uitbreiding van het aantal plekken in de vrouwenopvang? Hoe zijn die middelen in 2026 precies ingezet?

Antwoor

Voor de uitbreiding van het aantal plekken in de Vrouwenopvang is vanaf 2026 structureel € 12 miljoen beschikbaar gesteld. Er zijn bestuurlijke afspraken gemaakt tussen VWS, branchevereniging Valente en de VNG dat deze middelen daadwerkelijk ingezet zullen worden voor de

[58] open.overheid.nl/documenten/4ab1c05f-e2fb-4407-9613-

De uitbreiding wordt gevolgd via de Monitor Veilige Opvang die jaarlijks verschijnt. In de monitor die in 2027 gepubliceerd wordt, zal de volledige uitbreiding van het aantal opvangplekken dat in 2026 gerealiseerd is, inzichtelijk worden.

VRAAG

Kunt u een tijdspad geven van het vormgeven van het vangnet van de huishoudelijke hulp? Worden huidige zorgaanbieders van huishoudelijke hulp hier ook bij betrokken?

Antwoor

De planning is erop gericht om het wetsvoorstel in het derde kwartaal van 2027 aan de Tweede Kamer te kunnen aanbieden. Tot die tijd wordt de maatregel verder uitgewerkt en doorloop ik de daarvoor gebruikelijke stappen, waaronder consultatie en advisering. Hierbij betrek ik ook

VRAAG

Hoe verhoudt de doelstelling om administratieve lasten te verminderen zich tot het vastleggen van passende zorg via nieuwe wet- en regelgeving (Op pagina 23 wordt de gezamenlijke doelstelling genoemd dat zorgverleners per 2030 maximaal 20% van hun tijd aan administratie besteden. «Die norm is in het AZWA omarmd en wordt in 2027 en verder met concrete maatregelen ondersteund.»)?

Antwoor

Regeldrukvermindering en maatregelen om passende zorg te bevorderen hebben hetzelfde gezamenlijke hoofddoel: het waarborgen dat mensen nu en in de toekomst kunnen rekenen op zorg die aansluit bij de behoeften en voorkeuren van mensen. Via de vermindering van regeldruk werken we eraan dat zorgverleners niet onnodig veel tijd aan administratie besteden en dus deze tijd voor de zorgverlening hebben. De maatregelen die passende zorg bevorderen zorgen ervoor

De gevolgen voor regeldruk van het wettelijk vastleggen van passende zorg zijn op dit moment nog niet volledig in kaart gebracht, omdat de voorstellen nog worden uitgewerkt. Daarbij streven we er naar dat eventuele voorwaarden zo veel mogelijk aansluiten bij bestaande processen en niet leiden tot onnodige administratieve lasten en regeldruk. Voordat tot wetgeving wordt overgegaan worden de gevolgen voor regeldruk en administratieve lasten in beeld gebracht. Dit gebeurt onder andere door middel van het verrichten van de verplichte regeldruktoets en het voorleggen van nieuwe regelgeving aan het Adviescollege Toetsing Regeldruk (ATR) voor advies over

VRAAG

Welke rol en welk besluitvormingsproces voorziet u voor beroeps- en brancheorganisaties uit de zorgsector om de uitgangspunten en randvoorwaarden voor passende zorg in wetgeving te

Antwoor

Beroeps- en brancheorganisaties hebben een belangrijke rol bij de verdere uitwerking van passende zorg. Vanuit hun kennis van de praktijk en hun verantwoordelijkheid voor bijvoorbeeld de richtlijnen en beleid op kwaliteit van zorg. Zoals aangegeven in de beleidsbrief van 24 april jl. wil het kabinet voortbouwen op de beweging die met onder andere het IZA en AZWA in gang is gezet en passende zorg verder borgen in wet- en regelgeving. De beroeps- en brancheorganisaties worden betrokken en geconsulteerd bij de uitwerking van de voorstellen voor passende zorg door bijvoorbeeld de gevolgen voor de praktijk in beeld te brengen en daarmee een betere inschatting te maken van de

Het besluitvormingsproces is daarbij anders dan bij een akkoord zoals het AZWA, wat tot stand komt door afspraken en overeenstemming tussen de deelnemende partijen. Bij een wetgevingstraject ligt de verantwoordelijkheid voor de inhoud bij het kabinet. Uiteraard wordt de inbreng van partijen zorgvuldig betrokken en gewogen, maar instemming van alle betrokken partijen is geen

VRAAG

Heeft u een analyse gemaakt van de mate waarin de implementatie van ICT- en AI-toepassingen van invloed zijn op administratieve lasten in de zorg? Zo nee, bent u bereid om dit in kaart te brengen, met daarbij bijzondere aandacht voor het effect op administratieve lasten bij kleine zorgaanbieders?

Antwoor

Ja, uit de analyse van het KPMG-rapport van november 2025[59] blijkt dat AI-toepassingen, bij invulling van de juiste randvoorwaarden, een substantiële bijdrage kunnen leveren aan het verlagen van administratieve lasten in de zorg. In deze analyse zijn zorgsectoren met zowel grote als kleine zorgaanbieders meegenomen. Ook vanuit de veldbevraging[60], die is uitgevoerd namens de Regiegroep Aanpak Regeldruk, blijkt dat er grote effecten kunnen worden behaald bij het

[59] Van werkdruk naar werkplezier: de impact van AI op administratieve processen in de zorg

VRAAG

Welke ondersteuning en randvoorwaarden biedt u aan kleine zorgaanbieders om hen te helpen bij implementatie van ICT en AI-toepassingen?

Antwoor

Een belangrijk onderdeel van de landelijke implementatiestrategie om te komen tot databeschikbaarheid en gegevensuitwisseling is de regionale implementatie-ondersteuning. Deze is ook bedoeld voor kleine zorgaan-bieders. In de uitwerking van deze implementatieondersteuning wordt ook rekening gehouden met de verschil-lende behoeftes van

Voor AI-toepassingen worden zorgaanbieders, waaronder ook kleine zorgaanbieders, ondersteund vanuit het programma Realisatie AI in de zorg. In dit programma werken de AZWA-partijen samen om AI-toepassingen veilig, verantwoord en doelmatig in te zetten. Daarnaast zijn doorbraakmiddelen beschikbaar voor de AI-toepassingen spraakgestuurd rapporteren en capaciteitsplanning. Gezien de ambitie om met deze middelen impact op grotere schaal te

VRAAG

Hoe groot is het deel van de DUMAVA dat naar

Antwoor

De subsidieregeling duurzaam maatschappelijk vastgoed (DUMAVA) is een regeling van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK). Deze stimuleert verduurzaming van bestaand maatschappelijk vastgoed. Het is een generieke regeling zonder schotten tussen specifieke sectoren. Jaarlijks wordt gemonitord of de middelen verspreid terecht komen over de

Vorig jaar was het eerste jaar dat ook amateursportverenigingen die eigenaar zijn van een clubhuis of sportgebouw DUMAVA-subsidie krijgen. In 2025 is er in totaal voor € 389 miljoen subsidie toegekend, waarvan € 6 miljoen
aan amateursportorganisaties en € 35 miljoen aan gemeenten voor gebouwen met een sportfunctie. 2025 was een overgangsjaar, waarbij amateursportverenigingen ook nog gebruik

Vanaf 2026 kunnen amateursportverenigingen alleen nog van de DUMAVA gebruik maken voor verduurzaming van hun gebouw. De huidige subsidieronde loopt tot 16 oktober 2026. Uit de volgende monitoring van de regeling zal blijken hoeveel sportverenigingen en gemeenten voor welk bedrag

VRAAG

Heeft u bij het voorgestelde pakket maatregelen om zorgfraude en ondermijnende criminaliteit in de zorg harder aan te pakken een analyse gemaakt van het effect op administratieve lasten in de

Antwoor

De gevolgen van de voorgestelde maatregelen op de administratieve lasten kunnen pas goed in kaart worden gebracht als de maatregelen verder uitgewerkt zijn. De door de Kamer gevraagde analyse is derhalve bij de verdere uitwerking van de maatregelen voorzien. Hierbij is de regeldruk voor zorgaanbieders een belangrijk aandachtspunt. Daarbij bestaat een zekere spanning: maatregelen die nodig zijn om fraude effectiever aan te pakken kunnen tegelijkertijd leiden tot extra administratieve lasten. Het kabinet is zich daarvan bewust en streeft ernaar deze lasten zo beperkt

VRAAG

Welke maatregelen treft u om toename van administratieve lasten als gevolg van bestaande en nieuwe wet- en regelgeving voor kleine zorgaanbieders te voorkomen dan wel te verminderen?

Antwoor

Conform Rijksbrede afspraken dient op alle voorstellen voor wet- en regelgeving die worden voorbereid het Beleidskompas te worden toegepast. Onderdeel daarvan is om bij het nagaan van de gevolgen van de voorstellen een verplichte regeldruktoets te verrichten. Daarmee wordt in kaart gebracht hoeveel regeldruk er verwacht wordt, en voor wie die regeldruk is. Ook is er een verplichting tot toetsing van voorstellen door het Adviescollege Toetsing Regeldruk (ATR) waarin zij advies uitbrengen over de regeldrukgevolgen. Deze werkwijze draagt bij aan het waarborgen van proportionaliteit van nieuwe wet- en regelgeving, zodat deze niet verder gaat dan nodig is voor het

Ditzelfde principe van proportionaliteit wordt ook toegepast bij het verminderen van bestaande regelgeving. Dat wil zeggen dat ook bij het nagaan waar wet- en regelgeving kan worden geschrapt, verminderd of geüniformeerd wordt meegewogen in welke mate de regeldruk die bepaalde regels creëren (nog) proportioneel zijn in het licht van wat zij bijdragen aan maatschappelijke belangen alsook de

VRAAG

Welke randvoorwaarden en ondersteuning biedt u aan kleine zorgaanbieders om hen te helpen bij implementatie en ingebruikname van nieuwe technische voorzieningen in het GIS?

Antwoor

Een belangrijk onderdeel van de landelijke implementatiestrategie om te komen tot databeschikbaarheid en gegevensuitwisseling is de regionale implementatieondersteuning. Deze is ook bedoeld voor kleine zorgaan-bieders. In de uitwerking van deze implementatieondersteuning wordt ook rekening gehouden met de verschil-lende behoeftes van

VRAAG

Welke posten vallen onder ‘6.40 Sport verenigt Nederland’ onder subsidies/regelingen onderdeel

Antwoor

Het onderdeel Sportakkoord onder subsidies/regelingen bestaat uit een aantal hoofdthema’s waar langs de lijn van maatschappelijke opgaven binnen Sport en Bewegen op wordt ingezet. Deze zijn:

- Programma's en projecten gericht op versterken van het sportstelsel, op professionalisering, (financiële) toegankelijkheid en kansengelijkheid en een (sociaal) veilige en eerlijke sport;
- Beweegbeleid;

Een nadere toelichting op deze inzet is opgenomen in de Begroting VWS, artikel 6 Sport en Bewegen (pagina’s 119-122).

In de budgettaire tabel staat bij een aantal instrumenten nog de term ‘Sportakkoord’ vermeld terwijl het beleid vanuit maatschappelijke opgaven is vormgegeven. Het gebruik van de term Sportakkoord is een gevolg van onderliggende administratieve codering.

VRAAG

Gaat het volledige beschikbare bedrag voor Vrouwenopvang/Filomena naar Filomena of is er nog onderscheid te maken tussen specifieke (nacht)opvangplekken?

Antwoor

Het kabinet vindt het van belang dat slachtoffers van huiselijk en seksueel geweld passende hulp en ondersteuning wordt geboden. Voor de versterking van deze ondersteuning wordt in 2027-2029 per jaar € 10 miljoen euro beschikbaar gesteld. De komende periode wordt de precieze besteding van

waarbij de insteek is om deze middelen te richten op de verdere toepassing van het Filomena-concept in regio's. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het organiseren en financieren van ondersteuningsvormen zoals Filomena. Samen met de VNG wordt afgestemd hoe gemeenten dit het best vorm kunnen geven. Daarbij wordt zo goed mogelijk aangesloten op het reeds

VRAAG

Kunt u toelichten waar u bij de €50 miljoen bij de aanpak van zorgfraude verwacht de besparingen precies binnen te halen?

Antwoor

Het kabinet moet nog uitwerken op welke wijze de besparing van € 50 miljoen bij de aanpak van zorgfraude kan worden verwerkt. Het is nog niet mogelijk om op dit moment aan te wijzen welke van de voorgestelde maatregelen vanuit de aanpak zorgfraude, in welke sectoren effect hebben.

VRAAG

Kunt u de €26 miljoen die in 2027 beschikbaar is voor de wijkgerichte aanpak vaccinatie uitsplitsen naar vaccinatie-programma, doelgroep en uitvoerende organisatie?

Antwoor

Van de € 25,6 miljoen die beschikbaar is gesteld voor medische preventie in 2027 is dankzij een amendement van de leden Klaver en Vliegenthart € 7 miljoen naar voren gehaald in 2026 voor de voortzetting van de aanpak in de G4 en een eerste uitbreiding naar zes andere gemeenten waar, na de G4, de urgentie om deze aanpak in te zetten het hoogst is. De overige € 18,6 miljoen is in 2027 beschikbaar voor de wijkgerichte aanpak. Op dit moment wordt bekeken hoe de financiering van de wijkgerichte aanpak vaccinatie en verdeling van de middelen het beste kan worden

VRAAG

Worden deze middelen ook ingezet om de vaccinatiegraad tegen influenza en COVID-19 onder volwassenen en ouderen te verhogen? Zo ja, welk deel van de beschikbare middelen wordt

Antwoor

De middelen zijn bedoeld voor de wijkgerichte aanpak, die op dit moment ontwikkeld en verder uitgerold wordt in gebieden waar vaccinatiegraden onder kinderen achterblijven. De middelen worden niet ingezet voor het verhogen van de vaccinatiegraden onder ouderen.

VRAAG

Is bij het opstellen van de begroting 2027 voor het Nationaal Programma Griepppreventie (NPG) financieel rekening gehouden met de inkoop en inzet van de door de Gezondheidsraad geadviseerde vernieuwde typen griepvaccins? Zo nee, is de huidige begrotingsraming voor het NPG toereikend om deze vaccins in te voeren zonder aanvullende middelen en, indien aanvullende middelen noodzakelijk zijn, via welk begrotingsmoment worden deze beschikbaar gesteld?

Antwoor

Nee, hiermee is geen rekening gehouden in de begroting 2027. De financiële middelen die nu beschikbaar zijn voor het NPG zijn niet toereikend om de vernieuwde typen griepvaccins aan te schaffen, omdat deze vaccins fors duurder zijn dan de vaccins die nu worden gebruikt. Het RIVM werkt aan een scenario- en kosteneffectiviteitsanalyse over de inzet van de vernieuwde griepvaccins. Deze

zicht te krijgen op de additionele middelen die nodig zijn om het advies van de Gezondheidsraad over te nemen. Of deze middelen dan beschikbaar kunnen worden gemaakt is afhankelijk van budgettaire besluitvorming. Dit kan op zijn vroegst bij voorjaarbesluitvorming 2027.

VRAAG

In welke financiële tabel staat de doorrekening van de structurele besparingsopgave oplopend tot €1,5 miljard (vanaf 2028) (pagina 110)?

Antwoor

De tabel hieronder laat de structurele besparingsopgave voor de jeugdzorg oplopend tot € 1,8 miljard (vanaf 2028) zien.

Tabel 71 Structurele besparingsopgave voor de jeugdzorg (bedragen x € 1 miljoen)

	202	202	202	202	202	202	stru
Oorspronkelijke besparingsopgave	–	–	–	–	–	–	–
HA Verzachting ingroeipad				961	1.017		
VJN2025 *Aanvullende besparingsopgave VJN2025:*							
- Eigen bijdrage jeugdzorg						– 260	– 260
- Sturen op trajectduur jeugdzorg						– 68	– 68
- Indexeren opgave	–	–	–	–	–	–	–

De besparingsopgave in de Hervormingsagenda Jeugd is gebaseerd op de uitspraak van de Commissie van Wijzen[61] over het structureel benodigde budget voor jeugdzorg en de te treffen maatregelen om het jeugdstelsel toekomstbestendig te maken. De Commissie van Wijzen heeft bij de totstandkoming van haar uitspraak onder andere gebruik gemaakt van het rapport 'Stelsel in groei'[62] en het rapport van de stuurgroep 'maatregelen financiële beheersbaarheid Jeugdwet'.[63]

Voor trajectduur heeft AEF in 2023 een verkenning uitgevoerd naar het verminderen van de behandelduur in de jeugdzorg en heeft verschillende maatregelen gekwantificeerd.[64] Op deze rapportage is de €68 mln gebaseerd. Voor de eigen bijdrage is bij de bepaling van het besparingsbedrag gekeken naar de eerder berekende bandbreedte in het rapport Stelsel in Groei

VRAAG

Kan er een onderscheid worden gemaakt tussen de verwachte besparingen uit de drie sectoren uit de Wlz: ouderenzorg, gehandicaptenzorg en ggz-wonen?

Antwoor

De opgave vanuit de maatregel 'Bestuurlijk akkoord Wlz / Scheiden wonen en zorg' is in het coalitieakkoord niet verdeeld over de sectoren. De minister van Langdurige zorg, Jeugd en Sport heeft ervoor gekozen de totaal beschikbare groeiruimte voor de Wlz op grond van de afspraken in het coalitieakkoord[65] te verdelen over de sectoren. Deze verdeling is met uw Kamer gedeeld via de

[61] Jeugdzorg: een onderwerp van aanhoudende zorg, 28 mei 2021.
[62] AEF, Stelsel in groei, 15 december 2020.
[63] Stuurgroep Maatregelen financiële beheersbaarheid Jeugdwet, 8 april 2021.
[64] AEF, Verkenning naar het verminderen van de behandelduur in de jeugdzorg. 24 februari 2023.
[65] Tevens is rekening gehouden met het schrappen van de tariefmaatregelen voor de gehandicaptenzorg en langdurige ggz uit vorige kabinetten.

VRAAG

Kunt u in één overzicht voor 2023, 2024, 2025, 2026 en 2027 per jaar weergeven: de omvang van het MSZ-kader, de gerealiseerde dan wel geraamde MSZ-uitgaven, de daaruit volgende onder- of overschrijding en de uitgaven aan intramurale geneesmiddelen? Kan bij de geneesmiddelenuitgaven tevens het aandeel in de totale MSZ-uitgaven worden vermeld?

Antwoor

Zie onderstaande tabel. Voor het jaar 2027 zijn er uiteraard nog geen realisatiecijfers bekend dus is enkel het kader MSZ weergegeven.

Tabel 72 Overzicht omvang MSZ-kader (bedragen x € 1 miljoen)

	202	202	202	202	202
uitgaven msz op basis van Q2 2026	28.118	30.178	31.802	33.267	-
kader msz begroting 2026 + loon- en prijsbijstelling overschrijding (+) of	28.135	30.215	31.940	33.145	33.432
uitgaven intramurale geneesmiddelen (add-ons)	2.658	2.682	2.719	2.812	-

VRAAG

Welke verklaringen geeft u voor de verschillen tussen kader en realisatie in 2023 tot en met 2025? Welke verklarende factoren zijn tijdelijk en met welke factoren is ook in de ramingen voor 2026 en

Antwoor

De verschillen tussen het kader msz en de realisatiecijfers zijn procentueel beperkt gezien de omvang van het kader msz. Er is mede om die reden geen nader onderzoek gedaan naar de oorzaak van deze onderschrijdingen. In de kaders 2026 en 2027 is dus ook geen rekening gehouden met eventuele oorzaken. Wel is in het AZWA het kader msz structureel neerwaarts bijgesteld met € 75

VRAAG

Welk bedrag is in 2027 en in elk jaar van de meerjarenraming opgenomen voor de instroom van nieuwe geneesmiddelen en voor nieuwe indicaties van bestaande

Antwoor

Er is geen bedrag opgenomen in de begroting voor 2027 en de meerjarenraming voor de instroom van nieuwe geneesmiddelen en voor nieuwe indicaties van bestaande middelen.

De groeiruimte die in de begroting voor 2027 is opgenomen is onder andere bestemd voor de extra uitgaven als gevolg van de instroom van nieuwe geneesmiddelen en voor nieuwe

Hiervoor is in 2027, na aftrek van € 5 miljoen voor de oploop van de maatregel doelmatige inkoop, in het apotheek-zorgkader € 61 miljoen geraamd. Hiernaast ontstaat ruimte door de uitstroom van huidige geneesmiddelen. Voor latere jaren is de groeiruimte nog niet in de raming verwerkt.

Over de groeiruimte voor de medisch-specialistische zorg, waar de intramurale geneesmiddelen deel van uitmaken, is in het kader van het AZWA met partijen overeengekomen dat deze voor 2027 0% bedraagt. Voor de instroom van geneesmiddelen zijn geen specifieke bedragen opgenomen binnen het kader

VRAAG

Zijn de neveneffecten (bijvoorbeeld duurdere zorg door pas laat ingrijpen) van het wegvallen van deze signalerende functie van huishoudelijke hulp ook meegenomen in de berekeningen rondom de effecten in de Wlz en Zorgverze-keringswet (Zvw)?

Antwoor

Bij de raming van de besparing die per saldo is ingeboekt voor het schrappen van huishoudelijke hulp als maatwerkvoorziening uit de Wmo 2015, is ook uitgegaan van effecten op de zorgvraag en

VRAAG

Kunt u een beschrijving geven van een «stevig lokaal team»? Hoe ziet u dit

Antwoor

Stevige lokale teams spelen een belangrijke rol bij de gewenste beweging naar de voorkant en kunnen zo de druk op de aanvullende hulp en ondersteuning verminderen. Zij werken laagdrempelig en kijken met een integrale en brede blik naar de vragen van inwoners en de daarbij best passende ondersteuning. Dat kan in de sociale (pedagogische) basis zijn of door zelf ondersteuning te bieden (Jeugd en Wmo) of een combinatie van beiden. Ondersteuning die het dagelijks leven van inwoners, hun context, zelfregie, veerkracht en zelfredzaamheid versterkt, ook als het gaat om (vermoedens van) onveilige situaties. Waar nodig schakelen ze aanvullende hulp in. Hiervoor werken ze goed samen met het informele netwerk rondom de inwoners en maatschappelijke partners ook uit

De kenmerken waaraan een lokaal team dient te voldoen, staan beschreven in het Richtinggevend kader: toegang, lokale teams en integrale dienstverlening, vastgesteld door de VNG en gemeenten (voorjaar 2024) en in het dit jaar door de VNG samen met ministeries, gemeenten, branche-, beroeps- en clientorganisaties ondertekende convenant stevige lokale teams (maart 2026 Gemeenten maken

VRAAG

Waarom heeft u als compensatie voor het stijgen van de zorgpremie geen lastenverlichting

Antwoor

Voor de verwachte stijging van de zorgpremie worden lagere en lagere middeninkomens gecompenseerd via de zorgtoeslag.

De zorgpremies zijn ook onderdeel van het inkomstenkader. In het inkomstenkader worden alleen de beleidsmatige mutaties in de zorgpremies gecompenseerd via ofwel lastenverlichting (bij hogere zorgpremies) of lastenver-zwaring (bij lagere zorgpremies). De verhoging van het eigen risico is uitgesteld naar 2028. De doorwerking van het uitstel van de verhoging op de lasten in 2027 is niet gecompenseerd via lastenverlichting om het EMU-saldo niet verder te belasten. De autonome ontwikkeling van de zorgpremies is geen onderdeel van het inkomstenkader en wordt daarom ook

VRAAG

Kunt u een toelichting geven op de volgende passage uit de begrotingsbrief van de Algemene Rekenkamer: «Van deze €794 miljoen heeft het ministerie van VWS ons laten weten dat €183 miljoen als begrotingsgeld op de ontwerpbegroting is opgenomen. Deze €183 miljoen zijn onderdeel van een breder pakket aan intensiveringen van
€472 miljoen uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) voor preventie, sociaal domein en opleiden. We concluderen dat deze intensiveringen verspreid staan over verschillende begrotingsartikelen,

Antwoor

Hieronder is een overzicht van de uitgaven van het AZWA die via de begroting van VWS lopen. Samen tellen deze uitgaven op tot € 472 miljoen in 2027, zoals ook in het AZWA is beschreven. De doorbraakmiddelen voor het sociaal domein (€ 100 miljoen in 2027 en € 100 miljoen in 2028) moeten

De €794 miljoen die de Algemene Rekenkamer noemt, zijn de middelen die nodig waren om de AZWA afspraken door te laten gaan nadat de verlaging van het eigen risico niet doorgaat. Het niet doorgaan van die halvering leidde er namelijk dat het remgeld niet meer beschikbaar was, terwijl een deel van dat remgeld was ingezet voor het dekken van de financiële afspraken in het AZWA. De €183 miljoen is ingezet voor een aantal uitgaven, zoals opleiden, sociaal domein en fraude.»

Tabel 73 Overzicht van de uitgaven van het AZWA die via de VWS-begroting lopen

Artik	Them	202	202	202	202	203	203
	Preventie	*2*	*10*	*10*	*6*	*8*	*8*
1	Gordelroos vaccinatie	2	*4*	*6*	*1*	*2*	*2*
1	Gordelroos		39	39	39	39	39
1	inhaalcampagne Inzet AI		8	8	8	14	14
1	borstkanker		5	5	5	5	5
1	Inzet MRI borstkanker		2	2	2	17	17
1	Aanvullende seksuele gezondheidszorg		45	45			
	Sociaal domein	*5*	*23*	*33*	*41*	*34*	*37*
3	Basisinfrastructuu	*0*	*6*	*2*	*7*	*1*	*1*
3	r	30	10	12	15	17	19
	Randvoorwaard	*7*	*13*	*19*	*22*	*24*	*24*
4	*elijk*	*3*	*3*	*9*	*1*	*6*	*6*
4	Opleiden		83	12	18	18	18
	Diversen, waarvan	*2*	*4*	*5*	*1*	*1*	*1*
2	Toegang		*0*	*0*	*1*	*1*	*1*
4	geneesmiddelen		1	1	1	1	1
2	Richtlijnen	5	13	29			
2	Medtech	1	5				
4	Arbitrage	0	1	9			
2	Helpdesk Digitale zorg		0	3			
4	Flankerend beleid	2	6	2			
			3				
	Tota	**12**	**47**	**63**	**69**	**66**	**69**

VRAAG

Kunt u toelichten hoe gegevens uit de Horizonscan Geneesmiddelen zijn omgezet in de uitgavenraming? Kunt u daarbij ingaan op de aannames over markttoelating, patiëntenaantallen, pakketbeoordeling, prijsonderhandeling en het verwachte moment waarop vergoeding begint?

Antwoor

De informatie uit de Horizonscan Geneesmiddelen is niet gebruikt in de begroting voor 2027. Er is dus ook geen aanname gedaan over markttoelating, patiëntenaantallen, pakketbeoordeling, prijsonderhandeling en het verwachte moment waarop vergoeding begint.

VRAAG

Welk gezamenlijke budgetimpact voor 2027 raamt u voor geneesmiddelen die op dit moment bij het Zorginstituut in beoordeling zijn en voor geneesmiddelen waarover VWS onderhandelt? Kan worden aangegeven waar deze bedragen in de begroting of de meerjarenramingen zijn

Antwoor

Er is geen raming gemaakt van de uitgaven aan geneesmiddelen die op dit moment bij het Zorginstituut in beoordeling zijn en voor geneesmiddelen waarover VWS onderhandelt.

De groeiruimte die in de begroting voor 2027 is opgenomen is onder andere bestemd voor de extra uitgaven als gevolg van de instroom van nieuwe geneesmiddelen en voor nieuwe

VRAAG

Hoe wordt binnen het MSZ-kader omgegaan met verschillen tussen het voorspelde en het werkelijke moment waarop een geneesmiddel na een positief besluit beschikbaar komt? Welke ruimte bestaat om een hogere of eerdere instroom dan geraamd op te vangen?

Antwoor

De instroom van geneesmiddelen moet worden opgevangen binnen het macrokader msz. Er wordt binnen het msz-kader geen voorspelling gemaakt van het moment waarop een geneesmiddel na een positief besluit beschikbaar komt. Een hogere of eerdere instroom dan

VRAAG

Kunt u, in het kader van de Europese Transparantierichtlijn 89/105/EEG, voor 2023, 2024, 2025, en voor zover beschikbaar 2026, per type prijs- of vergoedingsprocedure vermelden: het aantal afgeronde procedures, de gemiddelde en mediane doorlooptijd, het aantal en percentage termijnoverschrijdingen, en de gemiddelde en mediane duur van rechtsgeldige opschortingen?

Antwoor

Dit kan het kabinet niet exact zeggen, want dit wordt niet structureel of op eenduidige wijze bijgehouden. Alle besluiten van de minister over de vergoeding van een geneesmiddel, dat wil zeggen vergoedingsbesluiten over alle extramurale geneesmiddelen én alle sluisgeneesmiddelen, worden gepubliceerd in de Staatscourant en zijn dus openbaar en raadpleegbaar. Ook de halfjaarlijkse herijking van de maximumprijzen van de Wet geneesmiddelenprijzen wordt gepubliceerd in de Staatscourant. Verder kan iedereen bij dure geneesmiddelen
bekijken wat de doorlooptijden zijn van het vergoedingsproces, onderverdeeld per fase (indiening dossier door de leverancier, beoordeling van het dossier door het Zorginstituut en onderhandeling door het ministerie van VWS), in het Dashboard Doorlooptijden Geneesmiddelen[67]. En tenslotte

VRAAG

Welke redenen voor rechtsgeldige opschorting en overschrijding van de in de Europese Transparantierichtlijn 89/105/EEG gestelde termijnen kwamen in deze periode het meest voor, en welke concrete maatregelen neemt u om prijs- en vergoedingsprocedures binnen de toepasselijke

Antwoor

[67] https://www.farmatec.nl/prijsvorming/dashboard-doorlooptijden-geneesmiddelen.

Dat kan het kabinet niet exact zeggen, want dit wordt niet structureel of op eenduidige manier bijgehouden.
Voor de beoordeling van vergoedingsdossiers hanteert Zorginstituut Nederland verschillende streeftermijnen: voor extramurale geneesmiddelen is dit de wettelijke termijn van 90 dagen, en voor intramurale (sluis-) geneesmiddelen heeft het Zorginstituut met de minister van VWS 120 dagen afgesproken (de sluis betreft een zogenoemde negatieve lijst, en daarvoor stelt de Transparantierichtlijn geen termijnen). Deze streeftermijnen worden niet altijd gehaald. Daar zijn verschillende redenen voor. Zo kan aanvullende informatie nodig zijn, of kan het om een complexe beoordeling gaan. Zie voor een toelichting, inclusief overzichten van de gemiddelde doorlooptijden per jaar, de website van het Zorginstituut[69]. Hierop geeft het Zorginstituut ook aan welke maatregelen zijn genomen om de doorlooptijden zo kort mogelijk te maken. Mede omdat de complexiteit van beoordelingen is toegenomen, werkt het Zorginstituut daarnaast in opdracht van de

VRAAG

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

Antwoor

Zie het antwoord op vraag

VRAAG

Wat was/is het aandeel geneesmiddelen in de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg in de periode 2020-2026?

Antwoor

Zie het antwoord op vraag

VRAAG

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

Antwoor

VWS beschikt niet over een compleet beeld van de uitgaven voor geneesmiddelen die in de medisch-specialistische zorg worden verstrekt. Alleen voor het deel hiervan dat geen onderdeel uitmaakt van de integrale tarieven (dbc's en overige zorgprestaties), maar dat met een add-on kan worden gedeclareerd (dure geneesmiddelen), zijn de gegevens beschikbaar. De uitgaven aan deze add-

De uitgaven apotheekzorg (extramuraal) bedroegen in 2025 €

De beide reeksen zijn alleen als bruto reeks beschikbaar, omdat de ontvangsten in de Zvw (eigen risico) alleen op totaalniveau beschikbaar zijn.

VRAAG

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

Antwoor

[69] https://www.zorginstituutnederland.nl/wat-wij-doen/werkwijzen-en-procedures/adviseren-over-en-verduidelijken-van-het-basispakket-aan-zorg/ beoordeling-van-geneesmiddelen/geneesmiddelen-beoordelen-balans-tussen-zorgvuldigheid-en-snelheid.

Het ministerie van VWS houdt geen overzicht bij van subsidie die aan academische geneesmiddelenontwikkeling wordt uitgegeven. In Nederland wordt academisch onderzoek door veel verschillende organisaties en vanuit verschillende geldstromen gesubsidieerd, hier bestaat geen centraal overzicht van. Dit wordt verder bemoeilijkt omdat het niet altijd duidelijk is wanneer onderzoek nog verkennend van aard is, of wanneer de meer gerichte

Ook is niet duidelijk hoeveel geneesmiddelen met Nederlandse subsidies zijn ontwikkeld. Voor zover het kabinet bekend is, is er in Nederland nog geen geneesmiddel geregistreerd dat volledig binnen de academische sector is ontwikkeld. Het is wel goed mogelijk dat Nederlands onderzoek een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan een element van een geneesmiddel, maar dat de verdere ontwikkeling elders heeft plaatsgevonden. Dit is ook moeilijk in kaart te brengen omdat geneesmiddelenontwikkeling in de regel geen lineair proces is, en ook vaak plaatsvindt in een

Na implementatie van de herziene Europese geneesmiddelenwetgeving is de houder van de handelsvergunning verplicht openbaar te maken wanneer voor de ontwikkeling van een geneesmiddel rechtstreeks financiële steun is ontvangen van bijvoorbeeld de overheid of een publieke organisatie. De Europese farmawetgeving moet naar verwachting in december 2028

VRAAG

Welk percentage van het bbp geeft Nederland uit aan geneesmiddelen, uitgesplitst over de

Antwoor

Bij de beantwoording wordt ervan uitgegaan dat dit geneesmiddelen betreffen die via de apotheek verstrekt worden. In onderstaande tabel zijn de uitgaven van de apotheek afgezet tegen het

Tabel 74 Percentage van het bbp aan geneesmiddelen die via de apotheek versterkt worden (bedragen x

	202	202	202	202	202	202	202
Apotheekzorg	4,9	4,9	5,2	5,3	5,7	6,0	6,4
BBP	81	89	99	1.05	1.11	1.17	1.22
Apotheekzorg/B	7	2	4	0	5	1	4

VRAAG

Welke onderzoeken, modellen of ramingen worden gebruikt om de maatschappelijke baten van geneesmiddelen te bepalen? Welke typen baten worden daarin onderscheiden?

Antwoor

Kosteneffectiviteit is één van de pakketcriteria waarmee wordt beoordeeld of een geneesmiddel thuishoort in het basispakket van de zorgverzekering. Hierbij worden de kosten en effecten van een nieuw geneesmiddel vergeleken met de kosten en effecten van de standaardbehandeling. Alle kosten en effecten in de samenleving tellen mee, ongeacht wie ze betaalt of ontvangt. Er wordt bepaald wat de winst in gezondheid is en wat de extra kosten zijn die gepaard gaan met de nieuwe behandeling. Daarnaast wordt er gekeken naar kosten die optreden in andere maatschappelijke sectoren. Dit gaat bijvoorbeeld om kosten als gevolg van productiviteitsverliezen wanneer een patiënt door ziekte niet kan werken of minder efficiënt werkt (zowel betaald als onbetaald werk).
Als een nieuw geneesmiddel ervoor zorgt dat een patiënt sneller herstelt of aan het werk blijft dalen

VRAAG

Hoeveel klinische geneesmiddelenstudies zijn er in Nederland uitgevoerd in de periode 2016-2026 en wat is het aandeel van Nederland in het totale aantal klinische geneesmiddelenstudies in de Europese Unie over dezelfde periode?

Antwoor

Sinds februari 2023 zijn er in Europa 8105 nieuwe geneesmiddelenstudies ingediend. Van de multinationale studies doet Nederland aan 1217 studies mee. Daarnaast zijn er in deze periode 642 nieuwe nationale studies met geneesmiddelen in Nederland ingediend. Op basis van deze aantallen speelt Nederland een rol in 22% van het totale aantal klinische studies in de EU.

Uit de periode voor 2023 zijn geen betrouwbare Europese cijfers beschikbaar, omdat multinationale geneesmidde-lenstudies voor die tijd afzonderlijk door lidstaten beoordeeld werden.

VRAAG

Kan per jaar in kaart worden gebracht hoeveel er de afgelopen vijf jaar aan preventie wordt uitgegeven, met daarbij een overzicht van de maatregelen?

Antwoor

Een exact getal voor de totale VWS-uitgaven aan preventie valt niet te noemen. De begroting van VWS kent niet een specifiek label ‘preventie'. Het is een zeer breed begrip dat zowel in de Zvw, Wlz, Wmo als de Rijksbegroting voor komt. Gezien de diversiteit is het uitsplitsen van preventie binnen zowel de stelsels als de rijksbegroting niet mogelijk.

In de Kamerbrief van 21 oktober 2024 Uitgaven aan preventie en investeringsmodel preventie[70] is een overzicht gegeven van de uitgaven aan preventie op de VWS begroting sinds 2024. Het actualiseren van deze analyse of het aanvullen daarvan met oudere gegevens is een tijdsintensief proces. Om die reden is het niet mogelijk om de analyse op korte termijn opnieuw uit te voeren.

VRAAG

Welke maatregelen in de VWS-begroting 2027 dragen bij aan het versterken van de Nederlandse biotechnologie- en geneesmiddelensector over de gehele innovatieketen, van onderzoek en klinische studies tot productie, toelating en patiënttoegang? Kan per onderdeel van deze keten worden aangegeven welke middelen beschikbaar zijn en welke meetbare doelstellingen worden nagestreefd?

Antwoor

Het kabinet neemt verschillende maatregelen om de innovatieketen van geneesmiddelen te stimuleren. Denk bijvoorbeeld aan Nationaal Groeifondsproject PharmaNL of het NWO partnerschap-programma op nieuwe antimi-crobiële middelen. Over de middelen en doelstellingen van dit soort maatregelen communiceert het kabinet bij de introductie van de maatregel. Het ministerie van VWS houdt geen overzicht bij van subsidie die aan genees-middelenonderzoek, -ontwikkeling, of -productie wordt uitgegeven. In Nederland wordt bijvoorbeeld academisch onderzoek door veel verschillende organisaties en vanuit verschillende geldstromen gesubsidieerd, hier bestaat geen centraal overzicht van. Dit wordt verder bemoeilijkt omdat het niet altijd duidelijk is wanneer onderzoek nog verkennend van aard is, of wanneer de meer gerichte productontwikkeling begint. Het kabinet zet zich daarnaast in voor het versterken van vier strategische domeinen, waaronder het domein ‘Life Science & Biotechnologie’. Hier valt de

[70] Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr.

belang voor onze toekomstige economie en ons maatschappelijk welzijn. In de Taskforce Toekomstige Welvaart en Vestigingsklimaat werkt het kabinet aan gerichte interventies. Deze richten zich bijvoorbeeld op het aanjagen van investeringen of op het creëren van de juiste randvoorwaarden.

VRAAG

Is in de ramingen van de geneesmiddelenuitgaven rekening gehouden met mogelijke gevolgen van internationaal beleid, waaronder Most Favoured Nation-beleid in andere landen? Zo ja, welke aannames en geraamde budgettaire effecten zijn gehanteerd en op welke begrotingsposten zijn deze verwerkt?

Antwoor

Nee, er is in de raming van de geneesmiddelenuitgaven geen rekening gehouden met de mogelijke gevolgen van internationaal beleid.

VRAAG

Welke aannames over loon-, prijs- en volumeontwikkeling liggen ten grondslag aan de ramingen voor medisch-specialistische zorg voor 2028 tot en met 2031?

Antwoor

Zie het antwoord op vraag

VRAAG

Hoeveel procent van het bbp gaat er naar preventie per jaar in de afgelopen

Antwoor

Een exact percentage voor het totale VWS-budget naar preventie valt niet te noemen en om diezelfde reden kan het aandeel van preventie in het bbp evenmin als percentage worden weergegeven.

De begroting van VWS kent niet een specifiek label ‘preventie'. Het is een zeer breed begrip dat zowel in de Zvw, Wlz, Wmo als de Rijksbegroting voor komt. Gezien de diversiteit is het uitsplitsen van preventie binnen zowel de stelsels als de rijksbegroting niet mogelijk.

In de Kamerbrief van 21 oktober 2024 Uitgaven aan preventie en investeringsmodel preventie[71] is een overzicht gegeven van de uitgaven aan preventie op de VWS begroting sinds 2024. Het actualiseren van deze analyse of het aanvullen daarvan met oudere gegevens is een tijdsintensief proces. Om die reden is het niet mogelijk om de analyse op korte termijn opnieuw uit te voeren.

VRAAG

Hoeveel procent van de VWS-begroting gaat er naar

Antwoor

Een exact percentage voor het totale VWS-budget naar preventie valt niet te noemen. De begroting van VWS kent niet een specifiek label ‘preventie'. Het is een zeer breed begrip dat zowel in de Zvw, Wlz, Wmo als de Rijksbegroting voor komt. Gezien de diversiteit is het uitsplitsen van preventie binnen

[71] Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr.

mogelijk. Wel kunnen enkele thema's, niet uitputtend, worden onderscheiden op de VWS-begroting die een beeld geven bij de middelen die onder dit begrip kunnen vallen. De bedragen die voor deze thema's beschikbaar zijn in 2027 zijn hieronder opgesomd.

Tabel 75 Thema's preventie VWS-begroting

Them	Beschikbaar bedrag in 2027 (x
Bevolkingsonderzoeken	347.70
Vaccinaties	3
Preventie van schadelijk middelengebruik	324.28 8
Gezonde leefstijl en gezond gewicht	22.428

Het kabinet heeft in het Coalitieakkoord aanvullende middelen beschikbaar gesteld voor maatregelen die bijdragen aan gezondheid en preventie, onder andere met als doel om te komen tot de gezondste generatie ooit. In de VWS-begroting 2027 zijn deze middelen onder meer ingezet voor Jeugd en School, Sport en medische preventie. Hiermee wordt geïnvesteerd in onder andere een gezonde start voor kinderen, een gezonde leefomgeving, sport en bewegen en het voorkomen van ziekten door middel van vaccinatie.

Verder is in de Kamerbrief van 21 oktober 2024 Uitgaven aan preventie en investeringsmodel preventie[72] een overzicht gegeven van de uitgaven aan preventie op de VWS begroting. Het actualiseren van deze analyse van de uitgaven aan preventie is een tijdsintensief proces, waardoor het niet mogelijk is deze analyse op korte termijn opnieuw uit te voeren.

VRAAG

Klopt het dat het bedrag voor pandemische paraatheid lager uitvalt dan aangegeven in de voorjaarsnota? Wat verklaart dit?

Antwoor

Het kabinet stelt niet minder geld beschikbaar voor pandemische paraatheid dan is aangegeven in de voorjaarsnota. Het kabinet heeft dit voorjaar voor pandemische paraatheid structureel € 177 miljoen beschikbaar gesteld[73]. In de VWS-begroting 2027 zijn de belangrijkste mutaties van de eerste suppletoire wet opgenomen in tabel 1. Het bedrag voor pandemische paraatheid in deze tabel is structureel ruim € 138 miljoen. Eerder was eerder al € 23,7 miljoen beschikbaar gesteld voor het IV-landschap voor pandemische paraatheid[74]. Daarnaast is in de VWS-begroting 2027 € 14,7 miljoen opgenomen voor de uitbreiding van mobiel medische teams onder de premiegefinancierde uitgaven (tabel 68). Deze laatste post is niet opgenomen in de € 162 miljoen die wordt genoemd in de beleidsagenda, maar valt wel onder het bedrag van € 177 miljoen dat beschikbaar is voor

VRAAG

Welke juridische gevolgen krijgt een regioplan voor een individuele zorgaanbieder en welke mogelijkheden bestaan er wanneer een aanbieder het niet eens is met een regionale keuze?

Antwoor

Het kabinet werkt op dit moment een maatregelenpakket uit waarbij in beeld wordt gebracht hoe en wanneer deelname aan regionale samenwerking voor aanbieders niet langer vrijblijvend is. De komende periode werken we de inhoud en vormgeving van dit maatregelenpakket verder uit.

[72] Kamerstukken II 2024/25, 32 793, nr. 783
[73] Kamerstukken II 2025-26, 25295, nr.

VRAAG

Wat zeggen de conclusies van het NIVEL-rapport - over de gevolgen voor het zorggebruik in het verzorgings-gebied van gesloten SEH's op basis van declaratiedata - over mortaliteit, kwaliteit van zorg, zorgmijding, kosten en optimalpersoneelsinzet?

Antwoor

Het onderzoek Gevolgen sluiten van de spoedeisende hulp op acuut zorggebruik en vervolgzorg van Nivel dat is gepubliceerd op 17 september 2026[75] laat zien dat de gemiddelde veranderingen in het zorggebruik na SEH-sluiting beperkt waren, met duidelijke regionale verschillen. Het onderzoek geeft geen antwoord op vragen over mortaliteit, kwaliteit van zorg, zorgmijding, kosten of optimale

VRAAG

Kunt u de betekenis van tien procent meer patiënten op de IC na sluiting SEH's uit het NIVEL-

Antwoor

Het onderzoek Gevolgen sluiten van de spoedeisende hulp op acuut zorggebruik en vervolgzorg[75] van Nivel vond dat na het sluiten van een SEH het mediane aantal IC-opnames volgend op een SEH-bezoek met 9,3% toenam.
Dat lijkt een relatief hoog percentage maar in het onderzoek wordt aangegeven dat de absolute mediane toename minimaal was, waardoor niet duidelijk is of dit in de praktijk een duidelijk effect heeft. Ook kan op basis van dit onderzoek niet worden vastgesteld of de stijging in IC-opnames

VRAAG

Kunt u aangeven in hoeverre de conclusies uit SIRM-rapport iets zeggen over mortaliteit, kwaliteit van zorg, zorgmijding, kosten en optimale personeelsinzet bij acute zorg?

Antwoor

Er is geen recent SiRM-rapport bekend over de acute zorg waarop de genoemde conclusies

VRAAG

Kunt u voor de jaren 2021 tot en met 2025 en, voor zover beschikbaar 2026, per jaar aangeven hoeveel unieke personen zorg hebben ontvangen die ten laste van de Regeling zorgkosten onverzekerbare vreemdelingen (OVV) is gebracht, hoeveel declaraties dit betrof, wat de totale uitgaven waren en wat de gemiddelde zorgkosten per persoon waren?

Antwoor

Hieronder treft u de gevraagde cijfers die het ministerie van VWS heeft ontvangen van het CAK. Hierbij gelden twee disclaimers. Voor het aantal unieke personen is er gekeken naar het BSN en als dat niet bekend is, is er een sleutel «geslacht-geboortejaar-nationaliteit-initialen» gemaakt. Een unieke BSN / sleutel is vervolgens geteld als een uniek persoon, Er zullen echter verschillende personen zonder BSN zijn met dezelfde kenmerken die dan dus als één uniek persoon tellen. Of juist het tegenovergestelde: Als zorgverleners niet altijd netjes het BSN of alle kenmerken invullen, kan het zijn dat één persoon uiteindelijk als meerdere unieke personen meegeteld wordt. De tweede disclaimer die het CAK heeft meegegeven is dat in 2025 er gestart is met digitaal declareren. Hierdoor ontvangt het CAK meer verzamelfacturen (meerdere patiënten op 1 factuur), waardoor het

[75] https://www.nivel.nl/nl/publicatie/gevolgen-sluiten-van-de-spoedeisende-hulp-op-acuut-zorggebruik-

Tabel 76						
	202	202	202	202	202	2026 (t/m
Unieke personen	17.864	20.050	22.626	25.037	23.338	21.101
Aantal declaraties	39.467	51.057	51.867	52.389	47.746	29.537
Totale uitgaven	€ 47.098.397	€ 51.415.430	€ 61.306.894	€ 63.680.286	€ 66.952.478	€ 51.421.042
Gemiddelde zorgkosten	€ 2.636	€ 2.564	€ 2.710	€ 2.543	€ 2.860	€ 2.437

VRAAG

Kunt u de gebruikers en uitgaven van de OVV uitsplitsen naar verblijfsrechtelijke status, waaronder in ieder geval vreemdelingen van wie de asielaanvraag definitief is afgewezen, vreemdelingen zonder rechtmatig verblijf,
vreemdelingen die een procedure in Nederland mogen afwachten en overige categorieën? Kan daarbij ook worden aangegeven bij hoeveel personen een vertrekplicht gold en welk bedrag aan OVV-uitgaven met deze groep gemoeid was?

Antwoor

Er zijn geen gegevens beschikbaar van het aantal gebruikers en de zorguitgaven OVV uitgesplitst naar subgroepen binnen de groep personen zonder verblijfsvergunning.

VRAAG

Kunt u voor 2023, 2024 en 2025 het aantal gebruikers en de uitgaven onder de OVV uitsplitsen naar nationaliteit, leeftijdscategorie en geslacht, en daarbij voor nationaliteit ten minste de vijftien meest voorkomende nationaliteiten afzonderlijk weergeven?

Antwoor

Hieronder treft u de gevraagde cijfers die het ministerie van VWS heeft ontvangen van het CAK. Hierbij gelden twee disclaimers. Voor het aantal unieke personen is er gekeken naar het BSN en als dat niet bekend is, is er een sleutel «geslacht-geboortejaar-nationaliteit-initialen» gemaakt. Een unieke BSN / sleutel is vervolgens geteld als een uniek persoon, Er zullen echter verschillende personen zonder BSN zijn met dezelfde kenmerken die dan dus als één uniek persoon tellen. Of juist het tegenovergestelde: Als zorgverleners niet altijd netjes het BSN of alle kenmerken invullen, kan het zijn dat één persoon uiteindelijk als meerdere unieke personen meegeteld wordt. De tweede disclaimer die het CAK heeft meegegeven is dat in 2025 er gestart is met digitaal declareren. Hierdoor ontvangt het CAK meer verzamelfacturen (meerdere patiënten op 1 factuur), waardoor het aantal declaraties negatief wordt beïnvloed.

Tabel 77 Aantal unieke patiënten 1) binenn toegekende declaraties 2) - per nationaliteit, per toekenningsjaar (20 meest voorkomende nationaliteiten)[1]			
nationalit	**202**	**202**	**202**
Marokko	2.432	2.544	2.313
Brazilië	1.338	1.548	1.473
Surinam	958	1.261	1.444
e Ghana	1.098	1.171	1.171
Turkije	1.043	1.223	1.085
Nigeria	986	1.071	985
Colombi	752	922	766
a Syrië	623	774	732
Verenigde	626	880	698
Staten	506	704	586
Filipijnen	691	557	570
Indonesië	499		
China			
Egypte			
Irak			
India			

nationalit	202	202	202
Algerije	578	620	457
Rusland	524	479	393
Somalië	330	413	387

1 Gesorteerd op jaar

Tabel 78 Aantal unieke patiënten 1) binnen toegekende declaraties - per leeftijdscohort, per

leeftijdscoh	202	202	202
0-18 jaar	2.231	2.406	2.311
19-35 jaar	8.010	9.006	8.047
36-65 jaar	10.355	10.955	10.441

Tabel 79 Aantal unieke patiënten1) binnen toegekende declaraties - per geslacht, per

geslac	202	202	202
Man	11.820	12.577	11.907
Vrouw	10.722	12.239	11.346

VRAAG

Kunt u voor 2023, 2024 en 2025 het aantal gebruikers, het aantal declaraties en de totale OVV-uitgaven uitsplitsen naar zorgsoort, waaronder ziekenhuiszorg, huisartsenzorg, ggz, wijkverpleging, Wlz-zorg, farmacie, mondzorg, verloskundige zorg, hulpmiddelen en ziekenvervoer? Kan daarbij ook onderscheid worden gemaakt tussen spoedei-sende en planbare zorg?

Antwoor

Hieronder treft u de gevraagde cijfers die het ministerie van VWS heeft ontvangen van het CAK. Er kan daarbij geen onderscheid worden gemaakt tussen spoedeisende en planbare zorg. Er gelden twee disclaimers. Voor het aantal unieke personen is er gekeken naar het BSN en als dat niet bekend is, is er een sleutel «geslacht-geboortejaar-natio-naliteit-initialen» gemaakt. Een unieke BSN / sleutel is vervolgens geteld als een uniek persoon, Er zullen echter verschillende personen zonder BSN zijn met dezelfde kenmerken die dan dus als één uniek persoon tellen. Of juist het tegenovergestelde: Als zorgverleners niet altijd netjes het BSN of alle kenmerken invullen, kan het zijn dat één persoon uiteindelijk als meerdere unieke personen meegeteld wordt. De tweede disclaimer die het CAK heeft meegegeven is dat in 2025 er gestart is met digitaal declareren. Hierdoor ontvangt het CAK meer verzamelfacturen (meerdere patiënten op 1 factuur), waardoor het aantal declaraties

Tabel 80 Aantal unieke patiënten 1) binnen toegekende declaraties 2) - per zorgsoort, per

Zorgsoo	202	202	202
Ambulancekosten	1.502	2.027	1.382
Eerstelijnsverblijf	3	11	25
Farmacie	281	280	420
GGZ	1.345	1.513	938
Huisartsenzorg	9.116	9.894	9.403
Kraamzorg	827	901	858
Overige Zorg	187	214	149
Paramedische zorg	251	241	241
Tandheelkundige hulp	683	758	783
Verloskundige zorg	1.112	1.212	1.012
Wijkverpleging			

Zorgsoo	202	202	202
Ziekenhuizen	11.242	12.397	11.827
Zintuigelijk			

Tabel 81 Aantal toegekende declaraties 2) - per zorgsoort, per toekenningsjaar

Zorgsoo	202	202	202
Ambulancekosten	1.727	2.356	1.587
Eerstelijnsverblijf	6	5	37
Farmacie	1.876	1.895	2.641
GGZ	2.826	4.483	2.566
Huisartsenzorg	18.467	15.647	16.003
Kraamzorg	880	932	886
Overige Zorg	386	456	250
Paramedische zorg	547	533	461
Tandheelkundige hulp	964	1.028	999
Verloskundige zorg	1.405	1.443	1.197
Wijkverpleging	606	975	1.617
WLZ instellingen	1.401	442	770
Ziekenhuizen	21.180	22.555	19.044
Zintuigelijk			

Tabel 82 Bedrag aan toegekende declaraties - per zorgsoort, per toekenningsjaar

Zorgsoo	202	202	202
Ambulancekosten	€ 1.635.310	€ 2.119.296	€ 1.697.927
Eerstelijnsverblijf	€ 33.056	€ 238.867	€ 545.676
Farmacie	€ 6.569.329	€ 5.978.469	€ 6.442.848
GGZ	€ 9.499.622	€ 11.307.702	€ 10.110.768
Huisartsenzorg	€ 1.679.662	€ 1.990.085	€ 1.913.023
Kraamzorg	€ 2.301.771	€ 2.777.550	€ 2.861.657
Overige Zorg	€ 194.740	€ 321.367	€ 176.856
Paramedische zorg	€ 79.642	€ 77.096	€ 78.606
Tandheelkundige hulp	€ 265.903	€ 323.321	€ 378.300
Verloskundige zorg	€ 837.815	€ 976.338	€ 866.076
Wijkverpleging	€ 1.668.807	€ 1.799.088	€ 2.210.272
WLZ instellingen	€ 8.619.126	€ 4.925.101	€ 8.261.794
Ziekenhuizen	€ 27.884.650	€ 30.751.795	€ 31.321.318
Zintuigelijk gehandicapten	€ 37.462	€	€ 87.358
	61.306.8		

VRAAG

Hoeveel personen hebben gedurende meerdere kalenderjaren gebruikgemaakt van zorg die onder de OVV is gedeclareerd? Kunt u aangeven hoeveel personen in twee, drie, vier, vijf en meer dan vijf verschillende kalender-jaren gebruikmaakten van de regeling en welke totale kosten daarmee gemoeid waren? Welke maatregelen worden momenteel genomen om langdurige afhankelijkheid

Antwoor

In onderstaande tabel van het CAK is het aantal personen opgenomen dat in twee, drie, vier, vijf en meer dan vijf verschillende kalenderjaren gebruikmaakten van de regeling en daarbij zijn de totale kosten opgenomen die daarmee gemoeid waren.

Bij deze tabel gelden enkele

- Er is gekeken naar het BSN en als dat niet bekend is, is er een sleutel «geslacht-geboortejaar-nationaliteit-initialen» gemaakt. Een unieke BSN / sleutel is vervolgens geteld als een uniek persoon, Er zullen echter verschillende personen zonder BSN zijn met dezelfde kenmerken die dan dus als één uniek persoon tellen. Of juist het tegenovergestelde: Als zorgverleners niet altijd netjes het BSN of alle kenmerken invullen, kan het zijn dat één persoon uiteindelijk als meerdere
- unieke personen meegeteld wordt.
  Er is gekeken naar de toegekende declaraties in de jaren 2020 t/m 2025. Binnen die toekenningen is gekeken naar het jaar waarin de zorg is geleverd (startdatum). Vervolgens is per «uniek persoon» gekeken of er zorg
  in twee of meer verschillende kalenderjaren is geweest. Omdat toegekende declaraties van vóór 2020 niet zijn meegenomen (niet aanwezig in de gebruikte dataset), kan iemand die bijvoorbeeld zorg heeft gehad in 2020 (wel aanwezig in de dataset) en 2019 (niet aanwezig in de dataset) nu worden gelabeld als iemand die niet in meerdere jaren zorg heeft gehad terwijl dat dus feitelijk wel zo is. Dit kan dus een vertekend beeld opleveren. Wat ook een vertekend beeld geeft is dat een persoon die zorg heeft gehad in bijvoorbeeld december 2023 en januari 2024 geteld wordt als

Tabel 83 Aantal unieke patiënten dat in twee, drie, vier, vijf en meer dan vijf verschillende kalenderjaren gebruikmaakten van de regeling + totale kosten

aantal	aant	bedra
2	11.929	€ 60.003.994,68
3	4.158	€ 38.538.326,44
4	2.134	€ 32.378.877,55
5	1.254	€ 46.048.746,
meer dan		

VRAAG

Hoe zijn de OVV-uitgaven verdeeld over gebruikers? Hoeveel personen hadden in 2024 en 2025 zorgkosten van meer dan €10.000, €25.000, €50.000, €100.000 en €250.000 per jaar, en welk aandeel van de totale OVV-uitgaven kwam voor rekening van respectievelijk de 1%, 5% en 10% gebruikers met de hoogste

Antwoor

Hieronder treft u de gevraagde cijfers die het ministerie van VWS heeft ontvangen van het CAK. Hierbij gelden twee disclaimers. Voor het aantal unieke personen is er gekeken naar het BSN en als dat niet bekend is, is er een sleutel «geslacht-geboortejaar-nationaliteit-initialen» gemaakt. Een unieke BSN / sleutel is vervolgens geteld als een uniek persoon, Er zullen echter verschillende personen zonder BSN zijn met dezelfde kenmerken die dan dus als één uniek persoon tellen. Of juist het tegenovergestelde: Als zorgverleners niet altijd netjes het BSN of alle kenmerken invullen, kan het zijn dat één persoon uiteindelijk als meerdere unieke personen meegeteld wordt. De tweede disclaimer die het CAK heeft meegegeven is dat in 2025 er gestart is met digitaal declareren. Hierdoor ontvangt het CAK meer verzamelfacturen (meerdere patiënten op 1 factuur), waardoor het aantal declaraties negatief wordt beïnvloed

Tabel 84 Aantal personen 2) met zorgkosten van meer dan € 10.000, € 25.000, € 50.000, € 100.000 van € 250.000

Verdeli	202		202	
	Aanta	Bedra	Aanta	Bedra
> € 9.999,99 en < € 25.000,00	753	€ 11.263.397	645	€ 9.882.831
> € 24.999,99 en < € 50.000,00	232	€ 8.147.216	228	€ 7.963.667
> € 49.999,99 en < € 100.000,00	111	€ 8.006.178	124	€ 8.794.645

Tabel 85 Aandeel totale OVV-uitgaven voor rekening van 1%, 5% en 10% gebruikers met hoogste

Aande		202		202
ca. 1%	€	756.453	€	568.611
ca. 5%	€	3.243.492	€	3.475.302
ca.	€		€	

VRAAG

Kunt u uitsplitsen waardoor de geraamde OVV-uitgaven stijgen van €81,7 miljoen in 2027 naar €92,2 miljoen vanaf 2030, terwijl in de begroting tegelijkertijd wordt gesteld dat de uitgaven zich lijken te stabiliseren? Welk deel van deze stijging wordt veroorzaakt door prijsontwikkeling, een groter aantal gebruikers, meer declaraties per gebruiker, een veranderende of ouder wordende doelgroep en overige factoren? Zijn de verwachte effecten van fraudebestrijding, een scherpere afbakening van de OVV en de voorgenomen nieuwe regeling al in deze ramingen

Antwoor

De zorgkosten die de afgelopen jaren ten laste zijn gekomen van de OVV zijn gestegen van circa € 48 miljoen in 2020 tot € 72 miljoen in 2026 (prognose). Deze stijging wordt vermoedelijk veroorzaakt door een optelsom van oorzaken, zoals de stijging van de zorgbehoefte bij ongedocumenteerde personen die al lang in Nederland verblijven en ouder worden, investeringen in meer bekendheid van de OVV onder zorgaanbieders en een algehele stijging van de zorgkosten. De verwachte stijging voor de komende jaren is beperkter, omdat er minder effect zal uitgaan van nieuwe investeringen in voorlichting. Er is in de raming geen rekening gehouden met eventuele besparingen

VRAAG

Is de inschatting van de Nederlandse Arbeidsinspectie (NLA) en IGJ dat dat ongeveer 15% van de onder de OVV gedeclareerde zorg mogelijk onrechtmatig was nog actueel en wat is de meest recente raming van het aandeel en bedrag aan onrechtmatige declaraties? Welke controles voert het CAK momenteel vooraf en achteraf uit, welke materiële controles kunnen inmiddels worden uitgevoerd en wat hebben de sinds 1 juli 2026 aangescherpte verificatieverplichtingen concreet opgeleverd in aantallen gecontroleerde aanbieders, tegengehouden/afgewezen declaraties en

Antwoor

De inschatting van de Nederlandse Arbeidsinspectie (NLA) en IGJ dat ongeveer 15% van de onder de OVV gedeclareerde zorg mogelijk onrechtmatig is, is nog steeds actueel in die zin dat de kortetermijnmaatregelen nog hun effect moeten laten zien.

Het CAK voert verschillende extra controles c.q. verificaties door een uitgebreidere screening van nieuwe zorgaan-bieders op basis van meer informatie (o.a. uit openbare registers) en het uitnodigen van twijfelachtige zorgaan-bieders voor een persoonlijk gesprek. Hierdoor zijn reeds € 2,5 miljoen verdachte declaraties aangehouden. De verzwaarde controle aan de voorkant richt zich verder met name op het weren van dergelijke partijen bij het aangaan van contracten. Daarnaast zijn de SOV en OVV per 1 juli 2026 gewijzigd, waardoor het CAK extra bewijsstukken mag opvragen bij nieuwe zorgaanbieders, zoals een contract met een zorgverzekeraar of gemeente. Het is niet bekend hoeveel deze maatregelen concreet opleveren. Dit komt mede doordat vanuit deze maatregelen vooral een afschrikkende werking uitgaat, waardoor alleen een inschatting gemaakt kan worden van het aantal declaraties dat niet wordt ingediend dankzij deze maatregelen. Het is echter nu

De mogelijkheden voor het uitvoeren van materiële controles worden verkend in het kader van de nieuwe regeling zorgkosten onverzekerden (bijvoorbeeld door samenwerking met een zorgverzekeraar), maar kunnen nu niet worden uitgevoerd.

VRAAG

Op welke wijze geeft u uitvoering aan de aangenomen motie-Coenradie, die verzoekt de OVV scherper af te bakenen en maatregelen uit te werken tegen fraude, oneigenlijk gebruik en langdurige afhankelijkheid? Welke concrete maatregelen zijn inmiddels genomen, welke maatregelen worden nog voorbereid, wanneer worden deze ingevoerd en welk effect verwacht u hiervan op het aantal

Antwoor

De motie Coenradie wordt betrokken bij het verder uitwerken van de regeling. De belangrijkste maatregelen zijn de maatregelen gericht op het voorkomen en aanpakken van fraude. Inmiddels zijn extra controles c.q. verificatieverplichtingen doorgevoerd in de uitvoering bij het CAK, waardoor reeds € 2,5 miljoen verdachte declaraties zijn aangehouden. Daarnaast zijn de SOV en OVV per 1 juli 2026 gewijzigd, waardoor het CAK extra
bewijsstukken mag opvragen bij nieuwe zorgaanbieders. Ik merk op dat de belangrijkste maatregelen buiten deze regeling worden genomen, zoals een strenger asielbeleid en hulp bij terugkeer naar het land van herkomst. De OVV en de nieuwe regeling zijn niet gericht op ongedocumenteerde personen, maar op de

VRAAG

Wat wordt de precieze opzet van de nieuwe regeling voor zorgkosten van onverzekerden waarin de SOV en OVV volgens het huidige voornemen per 2028 worden samengevoegd? Wordt daarbij de doelgroep die nu onder de OVV valt scherper afgebakend (mede als uitvoering van de motie-Coenradie?) en verwacht u dat hierdoor de huidige meerjarenramingen voor de OVV neerwaarts kunnen worden bijgesteld? Welke rol krijgt uitbreiding van contractering van zorgaanbieders in de nieuwe regeling, wat zijn op dit moment de kostenverschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders en verwacht u dat verdere contractering per saldo leidt tot hogere of

Antwoor

Op advies van het CAK en veel zorgaanbieders zullen de huidige SOV en OVV worden samengevoegd in één regeling. Dit verlaagt de administratieve lasten voor zorgaanbieders, omdat er nu soms onzekerheid is over de te gebruiken regeling. Op dit moment voert het ministerie van VWS gesprekken met alle deelsectoren over de inrichting van de nieuwe regeling. Bijvoorbeeld met betrekking tot de dekking van zorg, de hoogte van de vergoeding en het juridische instrument om zorg te kunnen declareren ten laste van deze nieuwe regeling. De

De motie Coenradie[77] verzoekt de regering om, met behoud van toegang tot noodzakelijke zorg, de OVV scherper af te bakenen en maatregelen uit te werken om fraude, oneigenlijk gebruik en langdurige afhankelijkheid van de regeling af te bakenen. Het kabinet betrekt deze motie bij het uitwerken van de nieuwe regeling en leest de motie om te onderzoeken naar mogelijkheden om de

De vergoedingspercentages variëren bij de OVV van 80% voor de eerste lijn en 80% tot 100% voor de tweede lijn. Een aantal beroepsgroepen moeten een contract hebben met het CAK om te mogen declareren ten laste van de OVV, zoals GGZ-instellingen, ziekenhuizen en apotheken. De wijze waarop zorgaanbieders zorgkosten kunnen declareren ten laste van de nieuwe regeling maakt onderdeel uit van de uitwerking van de nieuwe regeling.
Hiervoor zijn verschillende vormen, zoals subsidies, aanbesteding en open-house contractering. Bij de keuze hiervoor wordt o.a. gekeken naar de administratieve- en

VRAAG

Klopt het dat de Algemene Rekenkamer vorig jaar kritiek had op het feit dat er steeds minder beschikbaar was op de 'post nog niet ingevuld/ vrij te besteden'? Hoe rijmt dat met nul budget?

[76] Kamerstukken II, 2026, nr. 2026D26717

Antwoor

Door de Algemene Rekenkamer is in de Aandachtspuntenbrief bij de ontwerpbegroting 2026 en in het Verantwoor-dingsonderzoek 2025 geen kritiek geuit op de omvang van de post ‘nog niet ingevuld/vrij te besteden’ op de VWS-begroting. Door de begrotingsrapporteurs zijn over de begroting 2026 daarentegen wel vragen gesteld over de beperkte flexibiliteit van de VWS-[78]

De beperkte omvang van de nog niet ingevulde/vrij te besteden ruimte in de begroting 2027 kent, zoals toegelicht bij vraag 4, diverse oorzaken.

VRAAG

Verwacht u dat de bezuiniging van op de SOV vanaf 2028 wel realistisch is, gezien het besparingsverlies van

Antwoor

De afgelopen jaren zijn de uitgaven aan de SOV gestegen naar circa € 105 miljoen in 2026 en voor de OVV naar circa € 72 miljoen 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 ambities op dit dossier te blijven werken vanuit een taakstelling, zoals de aanpak van fraude met de regelingen en de vermindering van het aantal onverzekerden. Daarom wordt ieder jaar opnieuw bekeken op welke wijze de resterende taakstelling kan worden bereikt. Hierbij wordt opgemerkt dat een deel van de ambities vaak pas op langere termijn doorwerken in lagere kosten voor de SOV (en OVV).

VRAAG

Waarom is aankomend jaar maar € 25,5 miljoen vrij gemaakt en structureel € 41 miljoen voor sport in plaats van

Antwoor

Naast de investeringen die zijn aangekondigd in het coalitieakkoord, zijn er subsidietaakstellingen in het coalitie-akkoord aangekondigd en budgetkortingen vanuit de voorjaarsbesluitvorming die impact hebben op het VWS-beleidsterrein. Deze taakstellingen slaan (deels) neer op dezelfde posten als de investeringen uit het coalitieakkoord. Gezien het onlogisch is om tegelijk zowel te bezuinigen als extra maatregelen te nemen op hetzelfde beleidsterrein, is gekozen om de taakstellingen in te vullen via mindere extra maatregelen uit de coalitiemiddelen.

VRAAG

Hoeveel kost het om Ozempic gratis beschikbaar te maken in het

Antwoor

Ozempic (werkzame stof semaglutide) is al beschikbaar in het basispakket. Patiënten met diabetes type 2 die voldoen aan de vergoedingsvoorwaarden uit bijlage 2 van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) krijgen dit middel vergoed. Als u doelt op de toepassing van semaglutide voor de indicatie obesitas (Wegovy), dan is het Zorginstituut op dit moment bezig met de beoordeling van dit middel voor deze indicatie. Het Zorginstituut verwacht begin 2027 advies uit te brengen en zal dan ook een indicatie geven voor de budgetimpact die naleving met zich meebrengt.

Semaglutide is geregistreerd als Wegovy voor patiënten met obesitas met een BMI hoger dan 30 of patiënten met een BMI tussen 27 en 30 met gezondheidsproblemen die gerelateerd zijn aan overgewicht. In een eerder (negatief) advies uit 2024 gaf het Zorginstituut aan dat op basis van deze

[78] Reactie op rapporteursnotitie ontwerpbegroting VWS

Nederland in aanmerking komen voor behandeling met semaglutide. Het Zorginstituut gaf toen ook een schatting van de budgetimpact. Omdat die schatting met veel aannames/keuzes is omgeven, gaf het Zorginstituut aan dat een realistische schatting moeilijk is. In de toen geschetste scenario's zouden in het derde jaar na pakketopname tussen de 60.754 en 669.880 patiënten dit middel gebruiken. Dat zou zorgen voor meerkosten ten opzichte van de huidige behandeling van tussen € 59,3 miljoen en € 1,2 miljard per jaar.[79]

Het kabinet benadrukt dat geneesmiddelen nooit gratis beschikbaar komen in het basispakket. Geneesmiddelen kosten geld. De opname van nieuwe geneesmiddelen in het basispakket zorgt over het algemeen voor stijgende kosten voor de zorgverzekering. Die stijgende kosten worden

VRAAG

Hoeveel subsidie is er nodig om alle kinderen in armoede die slechtziend zijn te voorzien

Antwoor

In het recent ontvangen pakketadvies kinderbrillen heeft het Zorginstituut ingeschat dat de kosten van het jaarlijks vergoeden van één kinderbril voor gezinnen die onder de armoedegrens leven tussen de € 5 en € 10 miljoen euro ligt.[80]

VRAAG

Wat is in 2027 de verwachte verhouding tussen premieopbrengsten en de bijdragen via

Antwoor

In 2027 ontvangen zorgverzekeraars naar verwachting € 29,9 miljard aan nominale premie en € 3,6 miljard aan opbrengsten eigen risico. De ex ante opbrengst uit de vereveningsbijdrage is € 36,5 miljard. Dat betekent dat de vereveningsbijdrage ongeveer 52% is van het totaal aan inkomsten uit de nominale premie, het eigen risico en de vereveningsbijdrage.

VRAAG

Hoeveel mensen werken momenteel in de huishoudelijk zorg via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2025?

Antwoor

Volgens cijfers van het Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW) werkten eind 2025 ongeveer 70 duizend werknemers als huishoudelijk medewerker binnen de thuiszorg. Het is niet bekend hoeveel hiervan huishoudelijke hulp verleenden op basis van de Wmo 2015.

VRAAG

Hoeveel vrouwen werken momenteel in de huishoudelijk zorg via

Antwoor

Volgens cijfers van het Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW) eind 2025 werkten ongeveer 70 duizend werknemers als huishoudelijk medewerker binnen de thuiszorg. Het is niet bekend hoeveel hiervan huishoudelijke hulp verleenden op basis van de Wmo 2015 en ook niet hoeveel hiervan het vrouwelijke geslacht hebben. In de thuiszorg als geheel is circa 91% vrouw.

[79] Advies - niet vergoeden semaglutide (Wegovy®) bij de behandeling van obesitas | Zorginstituut Nederland

VRAAG

Hoeveel mensen krijgen op dit moment huishoudelijke zorg via

Antwoor

Volgens het CBS ontvingen in het jaar 2025 565.925 unieke cliënten hulp bij het huishouden als maatwerkvoor-ziening via de Wmo 2015.

VRAAG

Hoeveel mensen verliezen naar verwachting door de bezuinigingen op de huishoudelijk

Antwoor

Of er negatieve arbeidsmarkteffecten optreden en hoe deze eruit zien, hangt af van de vormgeving van de maatregelen rond huishoudelijke hulp. Daarbij wordt met mogelijke effecten rekening gehouden bij de invulling van de maatregel, waarbij ik ook belanghebbende

VRAAG

Hoeveel vrouwen verliezen naar verwachting door de bezuinigingen op de huishoudelijk

Antwoor

Of er negatieve arbeidsmarkteffecten optreden en hoe deze eruit zullen zien, hangt af van de vormgeving van de maatregelen rond huishoudelijke hulp. Daarbij wordt met mogelijke effecten rekening gehouden bij de invulling van de maatregel, waarbij ik ook belanghebbende organisaties

VRAAG

Op welke manier wordt verwacht dat de mensen die nu huishoudelijke zorg krijgen deze zorg zullen kunnen organiseren op het moment dat de bezuinigingen op de huishoudelijke zorg

Antwoor

Van mensen die hulp zelf kunnen organiseren en betalen wordt verwacht dat ze zelf in hun huishoudelijke hulp voorzien, bijvoorbeeld met hulp van hun sociale netwerk of door particuliere hulp in te schakelen. Voor mensen die dat niet kunnen wordt in hulp voorzien door het te

VRAAG

Kunt u een overzicht geven van de inkomensgrenzen van de verschillende sociale premies die de Nederlandse belastingbetaler betaalt?

Antwoor

De tabel hieronder toont de inkomensgrenzen voor de premie Wlz, de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw (IAB) en werknemersverzekeringen voor het jaar 2027.

Tabel 86

Premi	Inkomensgre	Bedra
Wlz	Eerste schijven van box 1	€ 39.247
IAB	inkomstenbelasting	
Werknemersverzekering	Maximumbijdrageloon of -inkomen	€ 82.543

VRAAG

Blijft de signalerende functie binnen de functie huishoudelijke zorg

Antwoor

Huishoudelijke hulpen – georganiseerd via het vangnet of door cliënten zelf (al dan niet met hulp van hun sociale netwerk) – kunnen ook straks een rol blijven spelen bij vroegsignalering.

VRAAG

Hoeveel mensen wonen in een

Antwoor

In het vierde kwartaal van 2025 maakten 124.780 mensen gebruik van intramurale verpleeghuiszorg (zorgprofiel VV4-VV10). Hiervan ontvingen 103.095 personen verblijf met behandeling en 21.695 verblijf zonder behandeling. Dit zijn de meest recente cijfers op de Monitor Langdurige Zorg (MLZ). U treft de cijfers aan op: StatLine - Personen met gebruik Wlz-zorg in natura;

VRAAG

Wat is de status van het wetsvoorstel de leeftijd om te mogen roken te verhogen van

Antwoor

Op dit moment wordt het conceptwetsvoorstel ambtelijk voorbereid. In de beleidsbrief Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 24 april 2026[81] is aangegeven dat de minister van VWS erop aanstuurt het wetsvoorstel, afhankelijk van diverse processtappen, in het derde kwartaal van 2027 bij de Tweede

VRAAG

Hoeveel mensen staan op een wachtlijst voor een

Antwoor

In het derde kwartaal van 2026 (peilmoment 1 augustus 2026) wachtte er 17.894 cliënten met een VV-indicatie op een plek in een instelling.

Hierbij geldt de volgende

Tabel 87

	Aantal
Acuut wachtend	323
Actief plaatsen	4.456
Wachten op	13.11
Totaal wachtend op	**17.8**

Dit zijn de meest recente cijfers op de Monitor Langdurige Zorg (MLZ). U treft de cijfers aan op: StatLine - Wachtenden in de langdurige zorg; sector, kwartaal.

[81] Kamerstukken II 2025/26, 36800-XVI, nr.

VRAAG

Wat is de gemiddelde wachttijd voor een plek in een

Antwoor

Het ministerie van VWS beschikt niet over een gemiddelde wachttijd voor een plek in een verpleeghuis. Wel is van het totaal wachtenden in de verpleging en verzorging (VV) op 1 augustus

Tabel 88

Wachttij	Aantal
0 tot 2 weken	2.500
2 tot 4 weken	1.642
4 tot 6 weken	1.210
6 tot 13 weken	2.949
3 – 6 maanden	3.701
6 – 12 maanden	2.928
> 12 maanden	2.964
	17.89 4

Het bronmateriaal treft u aan Wachtlijsten Wlz | Algemeen |

VRAAG

Hoeveel mensen staan op een wachtlijst voor

Antwoor

Dat is mij niet bekend. Voor ‘hulp bij het huishouden’ worden er landelijk geen wachtlijstgegevens

VRAAG

Hoeveel geld zou het kosten om kinderbrillen op te nemen in het

Antwoor

Op dit moment worden alleen brillenglazen voor kinderen met specifieke medische afwijkingen vergoed vanuit het basispakket.

Als onderdeel van het pakketadvies over kinderbrillen heeft het Zorginstituut de budgetimpact berekend voor de uitbreiding van de aanspraak op kinderbrillen.[82] De geschatte kosten voor het vergoeden van alle kinderbrillen, uitgaande van één bril per kind per jaar, liggen tussen de € 119

Als de huidige eigen bijdrage van € 66 per bril gehandhaafd zou blijven, worden de totale kosten voor de uitbreiding van de aanspraak op kinderbrillen in het basispakket geraamd op een bedrag tussen de € 38 miljoen en € 145 miljoen per jaar.

VRAAG

In welke regio’s wordt het budget voor het Centrum Seksueel geweld in 2027 lager dan in 2025, in welke regio’s blijft budget voor het Centrum Seksueel geweld gelijk en in welke regio’s wordt het

Antwoor

[82] Advies - Kinderbrilarmoede oplossen, maar niet via het basispakket van de zorgverzekering |

De regionale CSG's worden gefinancierd door de Centrumgemeenten Vrouwenopvang. De hoogte van de beschik-kingen worden landelijk niet bijgehouden.

VRAAG

Hoeveel budget is beschikbaar voor onderzoek, behandeling en bewustwording met betrekking tot vrouwspecifieke aandoeningen en vrouwsensitieve aandoeningen?

Antwoor

Voor het Kennisprogramma Vrouwspecifieke Gezondheid, dat ZonMw in opdracht van VWS uitvoert, is in totaal
€ 15 miljoen beschikbaar. Dat loopt van 2024 tot 2030. Het programma is onderdeel van de Nationale Strategie Vrouwengezondheid. Binnen het programma worden onderzoeken gesubsidieerd naar onder andere vrouwspeci-fieke aandoeningen (de eerste programmalijn) en vrouwsensitieve aandoeningen (de tweede programmalijn).
De eerste programmalijn richt zich op kennisontwikkeling rondom bekkenbodemproblemen, cyclusstoornissen en cyclusgerelateerde buikpijn, en hormoongerelateerde aandoeningen. De tweede programmalijn van het Kennisprogramma Vrouwspecifieke Gezondheid gaat specifiek over auto-immuunziektes en migraine. In 2026

VRAAG

Kunt u voor ieder van de verschillende sociale premies per categorie in een tabel aanduiden hoe de inkomens-grenzen in de periode 2018 tot en met 2027 gewijzigd zijn?

Antwoor

De tabel hieronder toont de ontwikkeling van de inkomensgrenzen voor de Wlz-premie, de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw (IAB) en de werknemerspremies. Tot deze inkomensgrens wordt een procentuele premie afgedragen. Over het inkomen boven de inkomensgrens wordt geen premie afgedragen. Deze inkomensgrenzen worden jaarlijks vastgesteld. De inkomensgrens voor

Tabel 89

Jaa	Wlz	IAB	Werknemersprem
201 8	€ 33.994	€ 54.614	€ 54.614
201 9	€ 34.300	€ 55.927	€ 55.927
202 0	€ 34.712	€ 57.232	€ 57.232
202 1	€ 35.129	€ 58.311	€ 58.311
202 2	€ 35.472	€ 59.706	€ 59.706
202 3	€ 37.149	€ 66.956	€ 66.956

VRAAG

Hoeveel extra budget is beschikbaar gemaakt naar aanleiding van de Nationale Strategie Vrouwengezondheid en de werkagenda daarvan voor onderzoek, behandeling en bewustwording van vrouwspecifieke aandoeningen en vrouwsensitieve aandoeningen?

Antwoor

Voor het Kennisprogramma Vrouwspecifieke Gezondheid, dat ZonMw in opdracht van VWS uitvoert, is in totaal
€ 15 miljoen beschikbaar. Het programma loopt van 2024 tot 2030, en is onderdeel van de

gesubsidieerd naar vrouwspecifieke aandoeningen en vrouwsensitieve aandoeningen. Er is naar aanleiding van de Nationale Strategie Vrouwengezondheid geen extra geld beschikbaar gesteld voor onderzoek binnen het programma Vrouwspecifieke Gezondheid. Wel is er in 2026, naar aanleiding van een amendement van het lid Vliegenthart, incidenteel aanvullend € 200.000 beschikbaar gesteld voor een brede consultatie onder vrouwen en meisjes. Deze consultatie moet in kaart brengen wat passende zorg is voor vrouwen en meisjes, en moet ondersteunende activiteiten identificeren voor het verder brengen van de werkagenda en nationale strategie vrouwengezondheid. De middelen zijn toegevoegd aan de taakopdracht Gender en Gezondheid van ZonMw. De resultaten van deze consultatie worden in het najaar van 2026 bekend gemaakt.

Ook is er in de werkagenda vrouwengezondheid, die afgelopen zomer naar uw Kamer is verstuurd, een financiële bijlage opgenomen. Deze bijlage bevat een overzicht van beleidsonderwerpen en bijbehorende vrijgemaakte gelden waarin expliciet aandacht is voor vrouwengezondheid, of waarin er ruimte is voor thema's op het gebied van vrouwengezondheid. Dit betreft middelen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) en het ministerie van Sociale Zaken en Werkgele-genheid (SZW).

VRAAG

Is er een andere begroting waar geen vrij te besteden

Antwoor

Ja, de begrotingen van onder andere Financiën en Nationale Schuld, SZW en Defensie hebben, net zoals VWS, op geen enkel artikel vrij te besteden ruimte.

VRAAG

Kunt u een schematische tabel bieden van de verwachte inkomsten uit zorgpremies in 2027 in de scenario's van behoud van eigen risico aan €385, bij de nu voorgestelde verhoging naar €400 en bij de eerder voorgestelde verhoging naar €460? Hoe verhoudt dat zich tot de inkomsten uit

Antwoor

De tabel hieronder toont de verwachte opbrengst uit nominale premies en de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw (IAB) voor de jaren 2024 tot en met 2027 zoals verwerkt in de ontwerpbegroting. Voor 2027 is rekening gehouden met een indexatie van het verplicht eigen risico naar € 400.

Als het verplicht eigen risico in 2027 bevroren zou zijn op € 385 dan hadden de nominale premie en de IAB hoger uitgevallen om te compenseren voor de lagere opbrengst uit het verplicht eigen risico en de hogere verwachte uitgaven als gevolg van het lagere remgeldeffect van het

Als het verplicht eigen risico in 2027 aanvullend verhoogd zou zijn met € 60 dan hadden de nominale premie en de IAB lager uitgevallen. De opbrengst van het verplicht eigen risico zou dan hoger zijn waardoor zorgverzekeraars minder nominale premie hoeven te vragen. Het remgeldeffect van het verplicht eigen risico was naar verwachting hoger geweest, wat leidt tot lagere

Tabel 90 Verwachte opbrengst uit nominale premies en de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw (IAB) (bedragen x € 1 miljard)	202	202	202	202
Bevriezen eigen risico op € 385				
Nominale premie				30,1
Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw **Totaal**				36,5
Ontwerpbegroting: indexatie naar € 400 Nominale premie	25,3	27,4	27,6	29,9
Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw **Totaal**	32,5	34,2	33,9	36,4
Verhogen eigen risico met € 60				
Nominale premie				29,2
Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw **Totaal**				36,1

VRAAG

Wat was het voorziene bedrag van de voorziene compenserende lastenverzwaring bij een eigen risico van €460 in 2027? Wat zal conform de huidige voorgestelde begroting de hoogte zijn van die compenserende lastenverzwaring bij een eigen risico van €400? Hoeveel zou de lastenverzwaring bedragen indien het eigen risico in 2027 op €385 blijft?

Antwoor

In het Coalitieakkoord is besloten om tegenover de lagere premies door het verhogen van het verplicht eigen risico een lastenverzwaring te zetten. In totaal is er € 0,9 miljard aan compenserende lastenverzwaring ingezet op basis van het scenario in het Coalitieakkoord waarin het eigen risico in 2027 [illegible]

De verhoging van het eigen risico is uitgesteld naar 2028. De doorwerking van het uitstel van de verhoging op de lasten in 2027 is niet gecompenseerd via lastenverlichting om het EMU-saldo [illegible]

Als het eigen risico zou zijn bevroren dan hadden de zorgpremie en de IAB moeten stijgen. Dit wordt deels gecompenseerd via de zorgtoeslag. Dit zou leiden tot een lastenverzwaring van [illegible]

VRAAG

Hoe wordt de afschaffing van de opslag bestuursrechtelijke premie (BAZ-regeling) gereflecteerd in de VWS-begroting? Of wordt dit in een andere deelbegroting opgenomen? Wordt hiervoor binnen de VWS-begroting een financiële compensatie voorzien en zo ja, hoe?

Antwoor

In de ontwerpbegroting is een reeks opgenomen van structureel € 6,4 miljoen (afgerond € 6 miljoen) vanaf 2028 in verband met de lagere ontvangsten bestuursrechtelijke premie als gevolg van de verlaging van de opslag van 20% naar 10% per juli 2023. De lagere ontvangsten als gevolg van deze verlaging waren eerder ingeboekt t/m 2027. Vanaf het jaar 2029 is er nog eens structureel € 6,4 miljoen opgenomen in de ontwerpbegroting in verband met een verlaging van de opslag van 10% naar 0% per 1 januari 2029. Dekking voor deze verlagingen is gevonden binnen het rijksbrede [illegible]

VRAAG

Welke wet moet er gewijzigd worden om de BAZ-regeling af te schaffen? Wanneer plant u deze wetswijziging naar de Kamer te brengen? Is de afschaffing haalbaar van de BAZ-regeling haalbaar met ingang van 1 januari 2027? Zo nee, vanaf wanneer zou die wel kunnen ingaan?

Antwoor

De regeling betalingsachterstand zorgpremie (BAZ-regeling) wordt niet afgeschaft. Dit zou ook niet verstandig zijn, omdat dankzij de BAZ-regeling verzekerden met een betalingsachterstand zorgpremie niet geroyeerd mogen worden, maar verzekerd blijven voor de polis die zij hebben afgesloten. In de ontwerpbegroting van VWS is
wel rekening gehouden met een verlaging van de bestuursrechtelijk premie (afschaffen opslag van 10%) die verzekerden in de BAZ-regeling door het CAK krijgen opgelegd. In de ontwerpbegroting is een reeks opgenomen van structureel € 6,4 miljoen (afgerond € 6 miljoen) in verband met de lagere ontvangsten bestuursrechtelijke premie als gevolg van de verlaging van de opslag van 20% naar 10% per juli 2023. De lagere ontvangsten als gevolg van deze verlaging waren eerder ingeboekt t/m 2027. Vanaf het jaar 2029 is er nog eens structureel € 6,4 miljoen opgenomen in de ontwerpbegroting in verband met een verlaging van de opslag van 10% naar 0% per 1 januari 2029. In de ontwerpbegroting is geen rekening gehouden met het verlagen van de

In het eerste lid, artikel 18d, Zorgverzekeringswet (Zvw), is geregeld dat de bestuursrechtelijke premie tussen de 110% en 130% van de geraamde gemiddelde premie bedraagt. Het schrappen van de opslag vergt daarom een wijziging van dit artikel. In lijn met de uitspraak van de Kamer om de premieopslag in de BAZ-regeling af te schaffen, zal het kabinet een wijziging van de Zvw

VRAAG

Welke vragen zijn in het werkprogramma 2027 van de Gezondheidsraad opgenomen over verouderingsbiologie, gepersonaliseerde geneeskunde, regeneratieve geneeskunde en proefdiervrije toetsing, en welke daarvan zijn op verzoek van VWS toegevoegd?

Antwoor

De Gezondheidsraad (GR) is een onafhankelijke wetenschappelijke adviesraad die de regering en het parlement adviseert over gezondheidsbeleid, op basis van de actuele stand van de wetenschap. De raad brengt gevraagd en ongevraagd advies uit. Op 15 september 2026 is het werkprogramma 2027[83] van de Gezondheidsraad aan de Kamer aangeboden. Het werkprogramma beschrijft de adviesonderwerpen waar de Gezondheidsraad in 2027 aan gaat werken. Op pagina 4 van het werkprogramma zijn de adviesonderwerpen en bijbehorende adviesvrager te vinden. In het werkprogramma 2027 zijn geen specifieke adviesvragen opgenomen rondom verouderingsbiologie, gepersonaliseerde geneeskunde, regeneratieve geneeskunde en proefdiervrije toetsing. Echter kunnen er wel raakvlakken met adviezen zijn

VRAAG

Hanteert u een kwantitatieve doelstelling voor het aantal gezonde levensjaren, nu de levensverwachting stijgt terwijl het aantal jaren in goed ervaren gezondheid daalde van 66,4 naar 63,5 jaar bij mannen en van 65,8 naar 62 jaar bij vrouwen, en aan welk ijkjaar is de ambitie van de gezondste generatie

Antwoor

Het kabinet hanteert op dit moment geen afzonderlijke kwantitatieve doelstelling voor het aantal gezonde levensjaren. Wel wordt de ontwikkeling van de levensverwachting in goed ervaren gezondheid gevolgd. Levensjaren in goed ervaren gezondheid zijn het resultaat van een groot aantal factoren die zich over een langere periode ontwikkelen en waarop verschillende beleidsterreinen invloed hebben. De ambitie van de Gezondste Generatie is gericht op 2040 en heeft betrekking op gezondheid in brede zin met als doel dat toekomstige generaties langer in goed ervaren gezondheid kunnen leven

[83] Kamerstukken II, 2026/27, 37020 XVI,

VRAAG

Hoeveel laagdrempelige steunpunten voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen zijn in 2027 beschikbaar en hoeveel zijn nodig voor landelijke dekking in

Antwoor

Op dit moment is nog niet bekend hoeveel laagdrempelige steunpunten er in 2027 beschikbaar zijn. Het Onder-steuningsteam Laagdrempelige Steunpunten heeft in juli 2026 een tussenstand van de Monitor laagdrempelige steunpunten uitgebracht. Deze monitor laat zien dat er een stijging te zien is van 318 laagdrempelige steunpunten in het derde kwartaal van 2025 naar 337 begin 2026. Naar verwachting zal deze ontwikkeling zich door zetten in 2027, ook omdat laagdrempelige steunpunten als basisfunctionaliteit zijn opgenomen in het AZWA en toegewerkt wordt naar een

Er is niet één landelijke norm om een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten vast te stellen. In de handreiking voor het uitvoeren van de basisfunctionaliteit zijn wel uitgangspunten meegegeven. Eén van de uitgangspunten is dat in elke gemeente minimaal één laagdrempelig steunpunt wordt gerealiseerd, waarbij de keuze voor het type en aantal wordt

VRAAG

Welke concrete uitbreiding van capaciteit voor mensen met complexe ggz-problematiek wordt in 2027 met de routekaart passende zorg gerealiseerd?

Antwoor

De maatregelen uit de routekaart zijn opgenomen in de toekomstbrief mentale gezondheid en ggz. In deze brief wordt uitgewerkt hoe het kabinet zich inzet om de totstandkoming van passend aanbod voor mensen met ernstige psychische problematiek en een complexe hulpvraag te verbeteren. De brief is op vrijdag 2 oktober naar de Kamer gestuurd[84].

VRAAG

Welk bedrag is in 2027 beschikbaar voor het programma personen met verward of onbegrepen gedrag en uit welke begrotingsartikelen wordt dit gefinancierd?

Antwoor

Voor de aanpak van verwarde personen is in 2027 € 4,9 miljoen beschikbaar op begrotingsartikel 2 Curatieve zorg. Er is € 3,8 miljoen gereserveerd voor continuering van het Actieprogramma Grip op Onbegrip. Daarnaast zijn er middelen beschikbaar voor onder andere de bijdrage aan de aanpak van problematiek van mensen die het meest kwetsbaar zijn binnen de groep van verwarde personen, genaamd de levensloopaanpak. Een bedrag van circa € 1 miljoen is gereserveerd voor het landelijk bureau Zorg- en Veiligheidshuizen en het coördinatiepunt levensloopaanpak. Het overige bedrag van ca. € 0,1 miljoen is gereserveerd voor o.a. het

VRAAG

Hoeveel extra woonzorgplekken moeten in 2027 met de beschikbare middelen worden

Antwoor

[84] Kamerbrief Toekomstbrief mentale gezondheid

Vanuit het interdepartementale programma voor personen met verward en onbegrepen gedrag (BZK, JenV, VRO, VWS) neemt het kabinet een aantal acties waarmee we op korte termijn vanuit landelijke regie een bijdrage gaan leveren om in de regio's het aantal woonzorgplekken versneld te laten toenemen. Vanuit het programma zal
het kabinet in een aantal regio's initiatieven die tot meer woon(zorg)plekken leiden ondersteunen en zo nodig en mogelijk van benodigde randvoorwaarden voorzien. Hoeveel extra woonzorgplekken nodig zijn en hoe de ondersteuning van de regio's eruit moet zien, wordt nog verkend. De Tweede Kamer wordt hier nader over geïnformeerd in de Kamerbrief over de brede aanpak voor personen met verward of onbegrepen gedrag die op korte termijn naar de Tweede

VRAAG

Welke concrete criteria worden gebruikt om te bepalen welke ziekenhuiszorg op een locatie wordt afgebouwd of verplaatst, nu u schrijft dat zorg op de ene plek soms moet worden afgebouwd om deze op een andere plek te organiseren?

Antwoor

Het kabinet wil dat passende zorg beschikbaar is voor patiënten die deze nodig hebben, voor nu en in de toekomst.
Inhoudelijke keuzes kunnen het beste in de regio gemaakt worden. Het kabinet verwacht van zorgaanbieders dat zij zorgen dat er continuïteit is in de zorg voor hun patiënten bij een keuze voor afbouw of concentratie van ziekenhuiszorg. Het kabinet werkt aan de wetgevingsagenda passende zorg om actiever te kunnen sturen op de
organisatie van samenhangende zorg in de regio en de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders daarin. Voor de acute zorg gelden wettelijke criteria om de bereikbaarheid te borgen, zoals voor ambulancezorg en de spoedeisende hulp. Ook geldt voor de acute zorg dat als een zorgaanbieder het aanbod wil concentreren of afbouwen op een bepaalde locatie, bij een zorgvuldig

VRAAG

Hoeveel ziekenhuislocaties krijgen naar verwachting in de periode 2027 tot en met 2031 te maken met afbouw of verplaatsing van zorg en om welke vormen van zorg gaat het daarbij?

Antwoor

Het RIVM brengt in kaart hoeveel ziekenhuizen er zijn, maar er is geen landelijk inzicht in individuele planvorming van ziekenhuizen.

VRAAG

Hoe wordt bij afbouw of concentratie van ziekenhuiszorg de bereikbaarheid van spoedeisende hulp, acute verloskunde en intensive care meegewogen en welke eisen

Antwoor

Voor de bereikbaarheid van de spoedeisende hulp en de acute verloskunde geldt de 45-minutennorm. Voor de intensive care gelden geen wettelijke bereikbaarheidseisen. Het kabinet verwacht wel van zorgaanbieders en zorgverzekeraars dat zij het belang van de patiënt en de verzekerde meewegen en bij een keuze voor afbouw of concentratie van ziekenhuiszorg zorgen dat

VRAAG

Hoeveel SEH-locaties zullen naar verwachting in 2027 gebruikmaken van budgetbekostiging en hoe worden de beschikbare middelen over de verschillende locaties verdeeld?

Antwoor

Uit de meest recente RIVM-uitvraag[85] blijkt dat Nederland 79 SEH-locaties telt. De verwachting is dat deze SEH's in 2027 een budget zullen aanvragen. Met de eerste stap in de budgetbekostiging per 1 januari 2027 is voor een SEH die 24 uur per dag en zeven dagen per week is geopend circa € 4,6 miljoen beschikbaar.Dit normbedrag is door de NZA bepaald. De hoogte is gebaseerd op de huidige afbakening van de beschikbaarheidbijdrage voor de SEH en de kosten die daarmee samenhangen. Daarbij wordt uitgegaan van de aanwezigheid van één arts en één verpleegkundige, gedurende zeven dagen per week en 24 uur per dag. Daarnaast is in het budget rekening gehouden met een aantal specialismen als achterwacht en met overige

VRAAG

Welk effect verwacht u van de budgetbekostiging op het aantal SEH-locaties en op de beschikbaarheid van 24-uurs spoedzorg in de regio?

Antwoor

De budgetbekostiging SEH is niet bedoeld om te sturen op het aantal SEH-locaties. Het kabinet kiest voor budget-bekostiging als onderdeel van de bredere transitie naar passende acute zorg in de regio. Door de beschikbaarheid van een SEH via een budget te bekostigen, kan de maatregel bijdragen aan het toegankelijk houden van acute zorg, het ondersteunen van de beschikbaarheid van SEH-zorg, betere samenwerking in de spoedzorgketen en meer financiële zekerheid voor ziekenhuizen om in een passend zorgaanbod te kunnen voorzien. Daarmee ontstaat meer ruimte om regionaal afspraken te maken over de organisatie van acute zorg.

VRAAG

Voor hoeveel spoedeisendehulpposten gaat de per 2027 in te voeren budgetbekostiging gelden, op basis van welke criteria, en hoeveel SEH-posten en afdelingen acute verloskunde zijn sinds 2020

Antwoor

Uit de meest recente RIVM-uitvraag[85] blijkt dat Nederland 79 SEH-locaties telt. Verwacht wordt dat deze SEH's in 2027 een budget zullen aanvragen. Met de eerste stap in de budgetbekostiging per 1 januari 2027 is voor een SEH die 24 uur per dag en zeven dagen per week geopend circa € 4,6 miljoen beschikbaar.Dit normbedrag is door de NZA bepaald. De hoogte is gebaseerd op de huidige afbakening van de beschikbaarheidbijdrage voor de SEH en de kosten die daarmee samenhangen. Daarbij wordt uitgegaan van de aanwezigheid van één arts en één verpleegkundige, gedurende zeven dagen per week en 24 uur per dag. Daarnaast is in het budget rekening gehouden met een aantal specialismen als achterwacht en met overige kosten.

In onderstaande tabel staat het aantal spoedeisendehulp locaties (SEH's) in Nederland van 2020 t/m juli 2026 en staan de namen van gesloten SEH's. Een kaart met alle actueel geopende SEH's is te vinden op Acute zorg | Regionaal | SEH | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl).

[85] RIVM Kennisnotitie: Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute

Tabel 91 aantal spoedeisendehulp locaties (SEH's) in Nederland van 2020 t/m juli 2026				
Peildatum	**Totaal aantal SEHs**	**Aantal SEH's (incl. SEH's die niet 24/7 openstelling**	**Naam van gesloten 24/7-uurs SEH**	**Naam afge-schaalde SEH van 24/7-uurs SEH naar beperkte**	**Naam gesloten/heropende SEH met beperkte openings-**
Maart 2020	80		Sluiting (3): HMC Bronovo, Bethesda Hoogeveen[1] en Refaja		Sluiting van dag/avond SEH (1): ETZ TweeSteden
Maart 2021	80				Sluiting van dag/avond SEH (1): Spaarne Haarlem Noord tijdelijk gesloten
Maart 2022	80				
83	80		Geen wijzigingen t.o.v. 2022.		
April 2023	77		Sluiting (1):	Afschaling van 24/7-uurs SEH naar dag/avond (2): Gelre Ziekenhuizen Zutphen, Amsterdam	Sluiting van dag/avond SEH (1): Spaarne Haarlem Noord[1]
83					
Maart 2025	7		Sluiting (1): Zuyderland ziekenhuis SittardGeleen[1]		Sluiting van dag/avond SEH (1): Amsterdam UMC locatie
Juli 2026	7				

1 Locaties die zich als poliklinische spoedzorg voorziening of spoedpost

Ten aanzien van de acute verloskunde geeft onderstaande tabel een overzicht van het aantal locaties met een 24/7 aanbod van acute verloskunde vanaf 2020 tot nu. Daarnaast is in de tabel aangegeven welke locaties sinds 2020 gesloten zijn. Een kaart met alle actueel geopende acute verloskunde locaties is te vinden op Acute zorg | Regionaal

Daarnaast zijn er ziekenhuizen die niet 24/7 acute verloskunde aanbieden. Dit wordt niet door het RIVM

Tabel 92 Aantal locaties met een 24/7 aanbod van acute verloskunde vanaf 2020 tot nu	
Peildatum	**Aantal locaties met acute**	**Naam van gesloten acute verloskunde**
Maart 2020		Sluiting van 24/7-uurs AV-afdeling (1): HMC Bronovo Den Haag
Maart 2021		Het Ziekenhuis Amstelland in Amstelveen is overgegaan van dag/avond aanbod in 2020 naar 24/7-uurs aanbod in 2021.
Maart 2022		Sluiting van 24/7-uurs AV-afdeling (1): Amsterdam UMC locatie VUMC
April 2023		Sluiting van 24/7-uurs AV-afdeling (2): Franciscus Vlietland Schiedam, Gelre ziekenhuis Zutphen
Maart 2024		Sluiting van 24/7-uurs AV-afdeling (1): OLVG locatie West Amsterdam
Maart 2025		Geen veranderingen t.o.v. 2024
71		Geen veranderingen t.o.v 2025

1 Volgens criteria, waaronder 24/7

VRAAG

Bent u bereid bekostiging per behandeling te verbinden aan vooraf vastgelegde doelen, een tussentijdse toets en een stopregel bij uitblijvend effect, en welke wettelijke of bekostigingstechnische belemmeringen staan daaraan in de weg?

Antwoor

Wanneer de situatie daarom vraagt, is het kabinet bereid om in te grijpen. De huidige wet-en regelgeving biedt namelijk voldoende mogelijkheden om de bestaande bekostigingsstructuur te wijzigen. De keuze voor een bekos-tigingsmodel bepaalt tenslotte (o.a.) welke prikkels in het zorgstelsel ontstaan. De gekozen bekostigingssystematiek is daarmee medebepalend voor het gedrag van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, en dus de uiteindelijke zorglevering aan de

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) heeft tot doel om de zorg te bekostigen op een manier die bijdraagt aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Het beleid van dit kabinet is erop gericht om een passende bekostigingssystematiek te faciliteren die zorgaanbieders in staat stelt zorg van voldoende kwaliteit te leveren en te declareren.

De Wmg biedt bovendien al de mogelijkheid om te experimenteren met de bekostiging. Aan de start van een experiment worden doelen gekoppeld en deze doelen worden tussentijds geëvalueerd (zie bijvoorbeeld het experiment bekostiging van patiëntengroepsgebonden afstemming van zorg en ondersteuning voor specifieke categorieën verzekerden: Strct 2024, 13765). Wanneer na afloop van het experiment de doelen onvoldoende of niet zijn behaald, is dit een reden om deze nieuwe manier van bekostiging stop te zetten. Ook kan tussentijds een

VRAAG

Hoeveel patiënten en hoeveel zorgaanbieders krijgen naar verwachting te maken met het afschaffen van de verplichte vergoeding van niet-gecontracteerde zorg, uitgesplitst naar

Antwoor

Uit het onderzoek[86] in het kader van de AZWA-afspraak over het eerlijk speelveld (E4) blijkt dat in 2024 circa 32–34% van de aanbieders in de wijkverpleging, ggz en medisch-specialistische zorg niet-gecontracteerd was. Het aandeel van de patiënten/cliënten en de omzet dat via deze aanbieders loopt, was kleiner: respectievelijk 4,5% en 7,3% in de wijkverpleging, 9,2% en 7,1% in de ggz en 1,8% en 0,7% in de medisch-specialistische zorg. Deze cijfers geven daarmee een beeld van de omvang.

VRAAG

Welke gevolgen verwacht u van het afschaffen van de verplichte vergoeding van niet-gecontracteerde zorg voor de wachttijden en voor het aantal zorgaanbieders waaruit verzekerden feitelijk kunnen

Antwoor

Een zorgverzekeraar moet ervoor zorgen dat een verzekerde binnen een redelijke termijn toegang heeft tot de zorg. Dit is geborgd door de zorgplicht waar de NZa toezicht op houdt. Wat een redelijke termijn is, is onder andere afhankelijke van de treeknorm. Het afschaffen van de

Wel kan het aantal aanbieders waar verzekerden uit kunnen kiezen wijzigen. Aanbieders die passende zorg leveren, kunnen onderdeel worden van het gecontracteerde aanbod. Hiermee worden de behandelingen volledig vergoed. Aanbieders die geen contract krijgen, zijn niet langer vanuit de collectieve

VRAAG

Om welke gegevens gaat het bij het onderzoek of zorgverzekeraars declaratiegegevens mogen gebruiken om aanbieders te identificeren die mogelijk geen passende zorg leveren, is de Autoriteit Persoonsgegevens geraadpleegd, en hoe verhoudt het stoppen met de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg zich tot

Antwoor

Het gaat in principe om alle declaratiegegevens waarover zorgverzekeraars al beschikken uit hoofde van het vergoeden van de kosten van geleverde zorg. Wet- en/of regelgeving zal aan de Autoriteit Persoonsgegevens worden voorgelegd wanneer het kabinetsvoorstel die fase heeft

[86] Gupta Strategists, Feitenbasis AZWA-afspraak E4 (NZA, 2026), p247,

Het schrappen van de verplichte vergoeding van niet-gecontracteerde zorg betekent dat het hinderpaalcriterium niet langer van toepassing is. Het is niet langer mogelijk om een vergoeding te krijgen voor niet-gecontracteerde zorg. Het kabinet beoogt hiermee dat zorgverzekeraars via

VRAAG

Welke randvoorwaarden creëert u om gelijkgericht handelen van zorgverzekeraars bij transformaties in regio-plannen af te dwingen, en hoe verhoudt zich dat tot het kartelverbod en tot

Antwoor

Het kabinet onderzoekt momenteel hoe geborgd kan worden dat zorgverzekeraars gelijkgericht handelen wanneer een noodzakelijke verandering niet door één verzekeraar afzonderlijk kan worden gerealiseerd. Hiervoor wordt, samen met zorgverzekeraars en de NZa, verkend welke juridische randvoorwaarden nodig zijn. Daarbij is aandacht voor elementen als het kartelverbod en de risicodragendheid van zorgverzekeraars. Het kabinet benut bij de analyse de inzichten van de leidraad 'bewegingsruimte samenwerking in de zorginkoop' [87] die de NZa recent heeft

VRAAG

Welke lessen trekt u uit internationale ervaringen met populatiegebonden regiobudgetten voor de regioplannen, wordt zo'n model in Nederland beproefd, en welke uitkomst- en

Antwoor

Het kabinet is zeer geïnteresseerd in mogelijke vormen van domeinoverstijgende financiële afspraken die kunnen aansluiten bij ambities die voortkomen uit regioplannen. Afspraken over beoogde maatschappelijke uitkomsten en de verdeling van risico's tussen betrokken partijen zouden daarbij regionaal kunnen verschillen, aansluitend bij de regionale zorg- en welzijnsopgave. Regionale partners zijn veelal nog zoekende welke financiële afspraken het best passend zijn. Internationale ervaringen met financiële oplossingen voor soortgelijke maatschappelijke opgaven kunnen daarbij heel waardevol zijn. Daarbij moet wel rekening gehouden worden met de grote institu-tionele verschillen tussen landen waardoor ervaringen uit het buitenland zich niet

[87] Zie Leidraad Bewegingsruimte Samenwerking in de Zorginkoop - Nederlandse

VRAAG

Welke concrete doelstelling hanteert u voor het terugdringen van geneesmiddelentekorten in 2027, zowel in aantallen als procentueel ten opzichte van 2026?

Antwoor

Hoewel de vraag begrijpelijk is, vindt het kabinet het niet passend en/of nuttig om een reductiedoelstelling op te stellen die alleen maar uitgaat van een aantal of percentage geneesmiddelentekorten. Dit zou alleen maar afleiden van het daadwerkelijke doel: geneesmiddelentekorten waar mogelijk voorkomen en, als dat niet lukt, de negatieve gevolgen voor patiënten zoveel mogelijk beperken. Daar zet het kabinet zich, ook in 2027, vol voor in. Bovendien zijn oorzaken van tekorten divers en liggen deze verspreid over de hele wereldwijde productie- en distributieketen van geneesmiddelen. Tekorten zijn daarbij ook niet altijd te voorkomen en zijn dus helaas ook een realiteit. Ook de impact op de patiënt verschilt per tekort. Het aantal tekorten kan dus wel een indicatie zijn van de omvang en ontwikkeling van de problematiek maar geeft op zichzelf onvoldoende inzicht in de oorzaken en ernst van een tekort en de gevolgen daarvan voor patiënten.

VRAAG

Waarom wordt ervoor gekozen om de inhaalcampagne gordelroos pas in 2028 te beginnen terwijl de vaccinatie van 60-jarigen al in 2027 zou moeten beginnen?

Antwoor

In het AZWA zijn vanaf 2027 financiële middelen vrijgemaakt voor een gordelroosvaccinatieprogramma. Deze middelen worden gebruikt om in 2027 te starten met het vaccineren van 60-jarigen. De aanvullende middelen voor de inhaalcampagne zijn pas vanaf 2028 beschikbaar (in totaal € 100 miljoen in de jaren 2028 t/m 2031).

VRAAG

Hoeveel middelen zijn in 2027 beschikbaar voor de ondersteuning van mantelzorgers en hoe worden deze verdeeld over respijtzorg, logeerzorg, informatie en ondersteuning bij de combinatie van

Antwoor

Vanuit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) is er in 2027
€ 33 miljoen beschikbaar gesteld voor gemeenten voor het versterken van de ondersteuning voor mantelzorgers. Over de inzet van deze middelen zijn afspraken gemaakt in het HLO en het AZWA. Gemeenten ontvangen deze middelen via de SPUK AZWA. Deze SPUK is ontschot, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen middelen die gemeenten lokaal en regionaal ontvangen. Gemeenten ontvangen lokaal € 23 miljoen voor gelijkgerichte mantel-zorgondersteuning en laagdrempelige respijtzorg. Daarnaast ontvangen de mandaatgemeenten € 10 miljoen voor het regionaal organiseren van logeerzorg. Deze middelen zijn aanvullend op de middelen die

Vanuit het coalitieakkoord (coalitieakkoordmaatregel 31 ‘Versterken wijken en buurten’) is er daarnaast in 2027
€ 10 miljoen aanvullend beschikbaar voor de ondersteuning van mantelzorgers en de uitvoering van de Mantelzorgwaardemeter 2027-2030.

Met de instellingssubsidie van MantelzorgNL (€ 4 miljoen) wordt eveneens ingezet op ondersteuning en informatie-voorziening voor mantelzorgers, bijvoorbeeld via de mantelzorglijn. Bij de activiteiten van MantelzorgNL is daarbij specifieke aandacht voor de combinatie van werk en mantelzorg en voor

VRAAG

Welke inkomens- en vermogensgrenzen gaat u hanteren om te bepalen welke mensen hun huishoudelijke hulp vanaf 2029 zelf kunnen betalen?

Antwoor

Aan de uitwerking van de maatregelen t.a.v. de huishoudelijke hulp wordt nog gewerkt. Het is daarom nog niet bekend welke inkomens- en vermogensgrenzen gehanteerd zullen worden.

VRAAG

Kunt u de financiële dekking van de Mantelzorgagenda 2027-2030 per maatregel en per jaar uitsplitsen en daarbij aangeven welk deel uit bestaande middelen bestaat en welk deel uit nieuwe

Antwoor

De Mantelzorgagenda 2027-2030 bevat verschillende maatregelen die onder het bestaande beleid en bestaande middelen van VWS vallen, zoals bijvoorbeeld het versterken van mantelzorgondersteuning en logeerzorg via de SPUK AZWA en HLO (€ 33 miljoen per jaar). Ook vallen diverse maatregelen onder de verantwoordelijkheid en begroting van de ministeries van

Vanuit het coalitieakkoord (coalitieakkoordmaatregel 31 'Versterken wijken en buurten') is er daarnaast in 2027 tot en met 2029 jaarlijks € 10 miljoen beschikbaar voor de ondersteuning van mantelzorgers en de uitvoering van de Mantelzorgagenda 2027-2030. De precieze verdeling van deze middelen over de maatregelen in de Mantelzorg-agenda, zoals het creëren van bewustwording over mantelzorg en het ondersteunen van gemeenten bij de imple-mentatie van de handreikingen

VRAAG

Kan een tijdspad worden gegeven van het vormgeven van het vangnet van de huishoudelijke hulp? Worden huidige zorgaanbieders van huishoudelijke hulp hier ook bij betrokken?

Antwoor

De planning is erop gericht om het wetsvoorstel in het derde kwartaal van 2027 aan de Tweede Kamer te kunnen aanbieden. Tot die tijd wordt de maatregel verder uitgewerkt en doorloop ik de daarvoor noodzakelijke stappen, waaronder consultatie en advisering. Bij de verdere vormgeving van de maatregel betrek ik ook (organisaties van) aanbieders, cliënten en gemeenten. Beoogd wordt de

VRAAG

Welke concrete maatregelen staan gepland voor de komende jaren om de Wlz eenvoudiger en uitvoerbaarder te maken voor cliënten en zorgaanbieders?

Antwoor

Er zijn drie concrete maatregelen waar VWS de komende jaren op inzet om de Wlz eenvoudiger en uitvoerbaarder te maken. De eerste is de wetswijziging voor de vereenvoudiging van de Wlz-aanvraag. Hierdoor mogen directe familieleden de Wlz-aanvraag ondertekenen voor cliënten die zelf de gevolgen van hun aanvraag niet meer kunnen overzien. Voorheen moest eerst een mentor of curator via de kantonrechter worden aangesteld. De wetswijziging is afgelopen zomer door uw Kamer aangenomen en verlaagt de regeldruk voor cliënten, naasten en zorgprofessionals. De wet treedt per 1 januari 2027 in werking. Ten tweede wordt in het kader van het HLO de Wlz-zorg buiten het verpleeghuis met een Volledig Pakket Thuis of het Modulair Pakket Thuis aangepast. Zorg thuis wordt via een nieuwe leveringsvorm (naast het pgb) op termijn eenduidiger vormgegeven zodat dit beter toepasbaar is voor zorgaanbieders en cliënten. Tot slot wordt het herindicatieproces voor alle Wlz-sectoren versneld en vereenvoudigd. Hiermee worden de administratieve lasten van zorgprofessionals teruggebracht. Het aanvraagformulier van het CIZ wordt met tweederde ingekort en er wordt gewerkt met standaard gegevenssets, waardoor aanvragers niet meer achter allerlei stukken aan

Naast deze drie concrete maatregelen verken ik met partijen uit het veld oplossingsrichtingen voor verschillende knelpunten die zich voordoen op de grensvlakken van de zorgwetten. Ook is uw Kamer geïnformeerd over de instelling van een Staatscommissie Zorg[88].

VRAAG

Welke effecten verwacht u van de voorgenomen eigen bijdrage voor de wijkverpleging op het zorggebruik binnen de Zvw, Wmo en Wlz? Kan dit per zorgdomein gekwantificeerd worden?

Antwoor

De precieze vormgeving van de eigen bijdrage voor de wijkverpleging is nog niet uitgewerkt. Hierdoor kunnen mogelijke effecten op het zorggebruik binnen de Zvw, Wmo en Wlz op dit moment nog niet worden gekwantificeerd. Bij de verdere uitwerking worden deze effecten en mogelijke verschuivingen tussen de verschillende zorgdomeinen als aandachtspunt meegenomen.

VRAAG

Per welke datum wil u een eigen bijdrage voor jeugdhulp invoeren en welk wetgevingstraject is

Antwoor

Het voornemen van het Kabinet is om de eigen bijdrage voor jeugdzorg per 1 januari 2028 in te voeren. Daarvoor zal een regulier wetstraject worden gevolgd: uitvoeringstoetsen, internetconsultatie, advisering door de Raad van State, en vervolgens behandeling in de Tweede en Eerste Kamer.

VRAAG

Op welke vormen van jeugdhulp zal de eigen bijdrage naar verwachting van toepassing zijn en welke vormen worden uitgezonderd?

Antwoor

De eigen bijdrage wordt momenteel uitgewerkt. Over de hoogte, de zorgvormen en verschillende doelgroepen voor wie de eigen bijdrage gaat gelden moet nog besloten worden.

Voor de (uitvoerings)toetsen die nu lopen is uitgegaan van een inkomen- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage op niet vrij toegankelijke jeugdhulp (waarvoor een beschikking nodig is), om de hulp in het voorveld zo laagdrempelig mogelijk te houden. Daarbij sluit de uitwerking aan op de beweging naar de voorkant en het wetsvoorstel Reikwijdte.

De uitkomsten van deze toetsen en de nog te starten internetconsultatie worden meegewogen in de besluitvorming over de eigen bijdrage.

VRAAG

Welke hoogte, vormgeving en inkomensafhankelijkheid worden voor de eigen bijdrage

Antwoor

De eigen bijdrage wordt momenteel uitgewerkt. Over de hoogte, de zorgvormen en verschillende doelgroepen voor wie de eigen bijdrage gaat gelden moet nog besloten worden.

[88] Kamerstukken II 2025/2026, 36 800 XVI,

Voor de (uitvoerings)toetsen die nu lopen is uitgegaan van een inkomen- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage op niet vrij toegankelijke jeugdhulp (waarvoor een beschikking nodig is), om de hulp in het voorveld zo laagdrempelig mogelijk te houden. Daarbij sluit de uitwerking aan op de beweging naar de voorkant en het wetsvoorstel Reikwijdte.

De uitkomsten van deze toetsen en de nog te starten internetconsultatie worden meegewogen in de besluitvorming over de eigen bijdrage.

VRAAG

Hoeveel minder gebruik van jeugdhulp en welke budgettaire opbrengst verwacht u als gevolg van de eigen bijdrage?

Antwoor

De eigen bijdrage staat per 2028 structureel ingeboekt voor € 260 per jaar. De eigen bijdrage wordt momenteel uitgewerkt, waarbij ook in kaart wordt gebracht hoeveel minder gebruik van jeugdhulp wordt verwacht door het gedragseffect. Waarbij het Kabinet wil voorkomen dat jeugdigen in een kwetsbare positie geen noodzakelijke hulp zoeken. Daar zal specifiek aandacht voor zijn. Naar verwachting zal de Kamer daar eind 2026 verder over geïnformeerd worden.

VRAAG

Welke gedragseffecten, uitvoeringskosten en mogelijke zorgmijding zijn in deze raming voor de eigen bijdrage jeugdhulp verwerkt?

Antwoor

De vormgeving van de eigen bijdrage jeugdhulp wordt momenteel nader uitgewerkt in een wetsvoorstel. Bij de uitwerking wordt ook aandacht besteed aan gedragseffecten, uitvoeringskosten en mogelijke zorgmijding. Naar verwachting zal de Kamer daar eind 2026 verder over geïnformeerd worden. Het is niet de bedoeling dat jeugdigen in een kwetsbare positie

VRAAG

Hoeveel kinderen en gezinnen krijgen naar verwachting met de eigen bijdrage te maken, uitgesplitst naar inkomen en soort jeugdhulp?

Antwoor

De eigen bijdrage wordt momenteel uitgewerkt. Over de hoogte, de zorgvormen en verschillende doelgroepen voor wie de eigen bijdrage gaat gelden moet nog besloten worden. Daarom is het nog niet mogelijk om aan te geven hoeveel kinderen en gezinnen te maken krijgen met de eigen

Voor de (uitvoerings)toetsen die nu lopen is uitgegaan van een inkomen- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage op niet vrij toegankelijke jeugdhulp (waarvoor een beschikking nodig is), om de hulp in het voorveld zo laagdrempelig mogelijk te houden. Daarbij wordt aangesloten op de beweging naar de voorkant en het wetsvoorstel Reikwijdte.

De uitkomsten van deze toetsen en de nog te starten internetconsultatie worden meegewogen in de besluitvorming over de eigen bijdrage.

VRAAG

Welke onderzoeken gebruikt u voor de inschatting van de effecten van een eigen bijdrage op de toegankelijkheid van jeugdhulp?

Antwoor

De vormgeving van de eigen bijdrage jeugdhulp wordt momenteel nader uitgewerkt in een wetsvoorstel. Bij de uitwerking wordt ook aandacht besteed aan de (wetenschappelijke) onderbouwing van de verwachte effecten van een eigen bijdrage op het gebruik van jeugdhulp. Naar verwachting zal de Kamer daar eind 2026 verder over geïnformeerd worden.

VRAAG

Per welke datum wil u de eigen bijdrage voor wijkverpleging invoeren en welk wetgevingstraject is daarvoor voorzien?

Antwoor

De beoogde ingangsdatum van de eigen bijdrage in de wijkverpleging is 1 januari 2029. De precieze vormgeving van de eigen bijdrage voor de wijkverpleging is nog niet uitgewerkt. Daarmee is het ook nog niet bekend hoe een en ander in wet- of regelgeving zal worden uitgewerkt.

VRAAG

Hoeveel verzekerden zullen in 2027 naar verwachting daadwerkelijk eigen risico betalen en welk deel van de geraamde opbrengsten uit het eigen risico hangt samen met de indexatie?

Antwoor

Voor 2027 wordt verwacht dat 7,6 miljoen mensen (circa 51% van de volwassen verzekerden) hun verplicht eigen risico zal volmaken. Uit de monitor stapeling eigen bijdragen[89] blijkt dat circa 20% van de volwassenen geen kosten maakt onder het verplicht eigen risico. Het totaal aantal volwassenen waarvan in 2027 wordt verwacht dat zij kosten maken onder het verplicht eigen risico komt daarmee uit op 11,8 miljoen. Circa € 115 miljoen van de geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico komt door de indexatie van het verplicht eigen risico.

VRAAG

Kunt u aangeven hoeveel verzekerden na invoering van de tranchering in 2028 naar verwachting nog het volledige eigen risico betalen en hoeveel verzekerden hetzelfde bedrag betalen als zonder tranchering?

Antwoor

Na invoering van de tranchering van het verplicht eigen risico in 2028 betalen naar verwachting 6,2 miljoen verzekerden het maximale verplicht eigen risico en 13,5 miljoen verzekerden[90] hetzelfde aan verplicht eigen risico als zonder tranchering van het verplicht eigen risico.

VRAAG

Kunt u aangeven per wanneer de eigen bijdrage voor de wijkverpleging moet ingaan, hoe hoog deze wordt, hoe deze wordt berekend en welke groepen hiervan worden uitgezonderd?

Antwoor

De beoogde ingangsdatum is 1 januari 2029. De vormgeving van de maatregel is nog niet vastgesteld. Deze wordt de komende periode verder uitgewerkt.

---

[89] https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40094NED/table?dl=DAF71

[90] Dit kan ook betekenen dat zij zowel met als zonder tranchering van het verplicht eigen risico geen kosten onder het verplicht

VRAAG

Heeft u het gezamenlijke financiële effect berekend voor mensen die zowel eigen risico betalen als gebruikmaken van wijkverpleging en huishoudelijke hulp en kan dit, indien berekend, worden uitgesplitst naar inkomensgroep en zorggebruik?

Antwoor

Op 15 september jl. heeft het kabinet het '*Technisch rapport effecten stapeling van maatregelen in de zorg en sociale zekerheid*' uit het coalitieakkoord verstuurd aan uw Kamer. Dit rapport betreft een analyse van de inkomenseffecten van (de stapeling van) verschillende maatregelen zoals voorgenomen in het coalitieakkoord. Onder andere de maatregelen eigen bijdrage wijkverpleging, huishoudelijke hulp uit de Wmo 2015 en de in het coalitieakkoord voorgenomen indexatie en verhoging van het verplichte eigen risico zijn hierin meegenomen. Omdat de precieze vormgeving van de eigen bijdrage wijkverpleging nog verder uitgewerkt dient te worden is in deze analyse gekozen voor een technische invulling ervan. De inkomenseffecten die door deze maatregelen veroorzaakt worden zijn berekend voor verschillende inkomensgroepen, inkomensbronnen en huishoudsamenstellingen. Ook bevat het rapport een analyse van de mate waarin verschillende maatregelen, en daarmee verschillende types zorggebruik, met elkaar

VRAAG

Welke meetmomenten en criteria gebruikt u in 2027, 2028 en 2029 om te beoordelen of de doelstelling dat zorgverleners in 2030 maximaal 20% van hun tijd aan administratie

Antwoor

Om landelijk te beoordelen of het doel van maximaal 20% administratietijd dichterbij komt, vormen de periodieke cijfers van het Centraal Bureau van de Statistiek (CBS) over de feitelijke tijdsbesteding van zorgverleners de basis. Op onderdelen worden deze landelijke inzichten aangevuld voor een nauwkeuriger beeld, zoals door gerichte studies van bijvoorbeeld het Nivel. Daarnaast wordt binnen de Regiegroep Aanpak Regeldruk de voortgang bijgehouden van alle maatregelen van betrokken zorgpartijen rondregeldrukvermindering, waaronder de voortgang van de Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) afspraken in de praktijk.

VRAAG

Hoeveel administratieve uren moeten de voor 2027 aangekondigde maatregelen concreet besparen en hoe wordt gemeten of die besparing daadwerkelijk wordt gehaald?

Antwoor

Met het AZWA is de gezamenlijke norm omarmd dat zorgverleners per 2030 maximaal 20% van hun werktijd aan administratie besteden. Hoeveel tijd er op dit moment aan administratie wordt gespendeerd, en dus hoeveel tijd bespaard moet worden, verschilt per zorgsector, per instelling en per zorgmedewerker. Volgens de laatste landelijke cijfers van het CBS over het vierde kwartaal van 2025, is de administratietijd van zorgprofessionals over alle zorgsectoren heen op dit moment gemiddeld genomen ongeveer 30%. Naast de landelijke cijfers van het CBS wordt de voortgang bijgehouden via bijvoorbeeld gerichte studies en monitoring binnen de Regiegroep Aanpak Regeldruk.

VRAAG

Hoeveel geld is in 2027 specifiek beschikbaar voor AI-toepassingen die de administratieve lasten van zorgverleners moeten verminderen en hoeveel zorgorganisaties verwacht u hiermee te bereiken?

Antwoor

Eén van de AZWA-instrumenten waarin geld beschikbaar wordt gesteld voor zorgorganisaties voor AI-toepas-singen die bij passende inzet de administratieve lasten van zorgverleners kunnen verminderen zijn de

In totaal is €600 miljoen aan doorbraakmiddelen beschikbaar. Dit is niet enkel voor 2027, maar ook voor 2028 en 2029. Deze middelen kunnen worden ingezet op basis van modelplannen. Drie van deze modelplannen betreffen toepassingsgebieden waarin onder andere met behulp van AI

Het verschilt per modelplan welke type aanbieders voor financiering in aanmerking komen. De middelen zijn uitsluitend beschikbaar voor producten en diensten die onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) vallen. Aanvragen is op vrijwillige basis. In het voorjaar, na afgifte van de beschikkingen, wordt definitief duidelijk welk deel van de beschikbare middelen daadwerkelijk

Daarnaast zijn er bestaande ondersteunende instrumenten die helpen bij implementatie en opschaling van (onder andere) AI-toepassingen die de administratieve lasten van zorgverleners kunnen verminderen zoals het programma Realisatie AI in de Zorg, de Vliegwielcoalitie van de Patiëntenfederatie en ZonMw programma versnellingsimpuls voor digitale & hybride zorg.

Ten slotte zijn er via de Stimuleringsregeling Technologie in Ondersteuning en Zorg (STOZ) in 2024 en 2025 middelen toegekend, onder andere voor projecten die zich richten op implementatie en opschaling van AI-toepas-singen die de administratieve lasten van zorgverleners kunnen verminderen. Deze projecten hebben meestal
een looptijd van 3 jaar. Het exacte bedrag voor 2027 is niet eenvoudig te achterhalen maar de

VRAAG

Voor welke intensiveringen van €20 miljoen of meer is de onderbouwing volgens de werkwijze Beleidskeuzes uitgelegd nog niet aan de Kamer gezonden, en wanneer volgt die per

Antwoor

De werkwijze Beleidskeuzes uitgelegd wordt ingezet om concrete invulling te geven aan de wettelijke vereisten gesteld in Comptabiliteitswet artikel 3.1. Met deze werkwijze wordt met een ingevuld format gezorgd voor een transparante verantwoording van gemaakte beleidskeuzes.

Voor de volgende maatregelen zullen er Beleidskeuzes uitgelegd-kaders ingevuld en naar de Kamer verzonden worden:

- Gegevensuitwisseling. Het beleidskeuzes uitgelegd-kader zal meegestuurd worden in de over de voortgang van databeschikbaarheid. Deze zal in Q4 van 2026 naar de Kamer
- worden verzonden. Overheveling strategisch opleiden MSZ naar de premiegefinancierde zorguitgaven. Het beleidskeuzes uitgelegd-kader zal voor de stemmingen over de
- begroting naar de Kamer worden verzonden.
  Overheveling opleidingsmiddelen voor de wijkverpleging naar de premiegefinancierde

Zodra de uitvoering van de Coalitieakkoord middelen bekend zijn, zal ook hierover uw Kamer worden

VRAAG

Welk deel van de Nederlandse ziekenhuizen, huisartsenpraktijken en ggz-instellingen draait op een dossiersysteem van een leverancier onder rechtsmacht buiten de Europese Unie, en welke afdwingbare maatregel neemt u bij de aanwijzing van de Gezondheidsdata-autoriteit als

Antwoor

Het ministerie beschikt niet over een overzicht van welke zorginstelling op welke infrastructuur draait. De zorg is privaat georganiseerd en dient volgens NEN 7510 zelf alle risico’s in beeld te brengen en waar nodig passende maatregelen te treffen.

Als markttoezichthouder vanuit de EHDS wordt beoogd om de IGJ daarvoor aan te wijzen. De reden hiervoor is dat de IGJ reeds ervaring heeft met het toezicht op basis van Europese productwetgeving zoals de medische hulpmiddelen verordening (MDR) en de AI verordening (AIA). Bovendien geeft de EHDS aan dat EPD-systemen
kunnen worden geconfronteerd door een stapeling van productvereisten uit de EHDS, MDR en AIA.

De conformiteit van EPD-systemen aan de vereisten uit de EHDS zijn juridisch afdwingbaar. In de eerste plaats kan de marktoezichtautoriteit bij het vermoeden dat een zelfbeoordeling niet correct is uitgevoerd afdwingen dat het EPD-systeem van een leverancier een derde-partij-conformiteitstoets ondergaat om de conformiteit vast te stellen. Deze toets vindt plaats op kosten van de leverancier. Daarnaast krijgt de markttoezichthouder sanctionerende mogelijkheden. Zo kan de markttoezichthouder in de eerste plaats boetes opleggen aan leveranciers als hun product niet conform de EHDS-vereisten worden aangeboden. Deze boetes worden bepaald op basis van een percentage van de wereldwijde omzet van de leverancier. In het uiterste geval kan bij blijvende non-conformiteit de markttoezichthouder besluiten om het product van de Europese markt te weren.

VRAAG

Wat kost de oprichting van de Gezondheidsdata-autoriteit, die in 2027 wettelijk moet zijn aangewezen, hoeveel fte krijgt zij, en hoe wordt geborgd dat gegevens die onder de EHDS voor secundair gebruik beschikbaar komen onder Nederlandse zeggenschap blijven?

Antwoor

Het takenpakket van de toekomstige Gezondheidsdata-autoriteit wordt op dit moment nader uitgewerkt. Daardoor is nog niet definitief bekend wat de oprichting van de Gezondheidsdata-autoriteit zal kosten of hoeveel fte
er moet worden ingezet. Dit wordt meegenomen in de voorbereidingsfase van de op- en

In de EHDS is voorzien in een Europees stelsel voor het beschikbaar stellen van elektronische gezondheidsgegevens voor secundair gebruik. Toegang tot gegevens voor secundair gebruik is alleen mogelijk voor de in de EHDS vastgestelde doeleinden en na beoordeling en toestemming door een dienst voor toegang tot gezondheidsge-gevens (Health Data Access Body (HDAB)). De taken van de HDAB zullen in Nederland worden uitgevoerd door de Gezondheidsdata-autoriteit. De GDA beoordeelt in de hoedanigheid van HDAB voor Nederland aanvragen voor toegang tot Nederlandse gezondheidsgegevens en kan voorwaarden verbinden aan de toegang en het gebruik van

De gegevens die voor secundair gebruik beschikbaar komen, mogen alleen via een speciaal ingerichte beveiligde verwerkingsomgeving worden geanalyseerd en verwerkt. Brongegevens worden op die manier niet met anderen gedeeld, zowel niet binnen Nederland als ook niet daarbuiten. Tevens stelt de EHDS eisen als anonimisering of pseudonimisering als waarborgen verplicht. Daarnaast heeft elke Nederlandse burger onder de EHDS het recht om op elk moment en zonder opgaaf van reden bezwaar te maken tegen het gebruik voor secundair gebruik van

VRAAG

Welk bedrag is in 2026 en 2027 beschikbaar voor het project Health-RI Implementatie, dat zonder bedrag in het subsidieoverzicht staat, en hoe verhoudt Health-RI zich tot de Gezondheidsdata-autoriteit en tot het secundair gebruik onder de EHDS?

Antwoor

Het project Health-RI wordt grotendeels gefinancierd vanuit het Nationaal Groeifonds. Hiervoor is in totaal

Het Europese stelsel voor het secundair gebruik van gezondheidsgegevens dat de EHDS introduceert, moet worden verbonden met de nationale infrastructuur en governance. In Nederland wordt momenteel de tweede tranche van de Wet op het gezondheidsinformatiestelsel (Wet GIS) uitgewerkt. Hierin worden onder meer keuzes gemaakt over de inrichting van het EHDS-stelsel in Nederland. Bij het maken van deze beleidskeuzes wordt ook de positie van bestaande initiatieven en partijen, waaronder Health-RI, meegewogen. Gesprekken hierover worden met Health-RI gevoerd.

Het is mogelijk dat onderdelen van de producten en diensten die Health-RI op dit moment ontwikkeld in het kader van de groeifondssubsidie behulpzaam zijn bij het vormgeven van de Gezondheidsdata-autoriteit. Welke producten en/of diensten dat zouden kunnen zijn wordt nader bekeken in het kader van de voorbereiding voor inrichting van de Gezondheidsdata-autoriteit. Daarbij wordt meegenomen hoe de infrastructuur, expertise en activiteiten van Health-RI zich verhouden tot de wettelijke taken en verantwoordelijkheden van de Gezondheidsdata-autoriteit.

VRAAG

Kan precies worden uitgeschreven waar de subsidietaakstelling van €29 miljoen

Antwoor

Voor de invulling van deze taakstelling is onder andere het budget verlaagd voor het programma Goed Gebruik Geneesmiddelen, bijdrage van VWS aan ACM, expertisecentrum FAST, kennisinstituut Vilans en het niet indexeren van sommige subsidies zoals strategisch opleiden van de MSZ en opleidingsmiddelen wijkverpleging. Daarnaast is ook een gedeelte van de coalitieakkoordmiddelen Medische Preventie, Sport en Jeugd & School ingezet ter dekking van deze taakstelling. Dit is als volgt over de verschillende beleidsartikelen verdeeld.

Tabel 93 Kortingen subsidies (bedragen x € 1 miljoen)

Artik	Artikelonderd	202	202	202	202	203	203
2	Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg	– 6	– 2	– 2	– 5	– 6	– 7
	Zorgverzekeringsstelsel	0	– 1	– 1	– 1	– 1	– 1
3	Participatie en zelfredzaamheid van kwetsbare groepen	0	– 1	– 1	– 2	– 2	– 2
	Zorgdragen voor langdurige zorg tegen maatschap	0	– 4	– 5	– 4	– 4	– 4
4	aanvaarbare kosten Informatiebeleid	– 2	– 2	– 2	– 2	– 2	– 2
	Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt Positie cliënt en transparantie	– 14	– 26	– 26	– 27	– 27	– 27
5	van zorg	– 7	– 5	– 5	– 6	– 5	– 5
	Effectief en efficiënt werkend jeugdstelsel	– 1	– 2	– 2	– 2	– 2	– 2
	Totaal						

De totale ingeboekte korting op subsidies is hoger dan de subsidietaakstelling vanuit coalitieakkoord Jetten. Dit heeft als oorzaak dat een gedeelte van de budgetkorting, waarnaar ook wordt verwezen in vraag 58, is ingevuld met een herprioritering van de middelen op het instrument subsidies. Deze budgetkorting is mede ingevoerd om andere beleidsprioriteiten zoals weerbare overheden (crisis) en kennis in 2026 te financieren.

VRAAG

Kunt u uiteenzetten op welke wijze de 10 miljoen die jaarlijks gereserveerd zijn voor 2027-2029 voor Vrouwen-opvang/Filomena dit bedrag verdeeld wordt?

Antwoor

Het kabinet vindt het van belang dat slachtoffers van huiselijk en seksueel geweld passende hulp en ondersteuning wordt geboden. Voor de versterking van deze ondersteuning wordt in 2027-2029 per jaar € 10 miljoen beschikbaar gesteld. De komende periode wordt de precieze besteding van deze middelen nader uitgewerkt, waarbij de insteek is om deze middelen te richten op de verdere toepassing van het Filomena-concept in regio's. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het organiseren en financieren van ondersteuningsvormen zoals Filomena. Samen met de VNG wordt afgestemd hoe gemeenten dit het best vorm kunnen geven. Daarbij wordt zo goed mogelijk aangesloten op het reeds bestaande regionale ondersteuningslandschap.

VRAAG

Hoe wordt de €2,5 miljoen voor de Erkenningsmaatregelen Gesloten Jeugdzorg in 2027 verdeeld over de afzonder-lijke maatregelen?

Antwoor

De middelen worden besteed aan herstelmaatregelen die uitgevoerd worden door het programma Excuus en Herstel. Dit programma is van start en bevindt zich tot 1 januari 2027 in de pilotfase, waarin we in de praktijk werken aan de beste manier van herstel. Op basis van de eerste

Het is daarom op dit moment nog niet duidelijk hoe de precieze verdeling van de middelen voor 2027 worden ingevuld over de afzonderlijke activiteiten en maatregelen.

VRAAG

Waarom loopt het budget voor Erkenningsmaatregelen Gesloten Jeugdzorg na €3 miljoen in 2028 en 2029 terug naar €2,5 miljoen in 2030 en vervalt het vanaf 2031?

Antwoor

Voor de erkenning- en herstelactiviteiten is € 12 miljoen totaal beschikbaar voor de periode van 2026-2030. Vanaf 2031 is er dus geen budget meer begroot omdat het programma rondom

Zowel in de opstartfase (2026 en 2027) als ook in de laatste fase (2030) van het herstelprogramma zijn minder middelen begroot dan in de tussenliggende jaren (2028 en 2029). We verwachten dat in 2028 en 2029 het zwaartepunt ligt wat betreft het aantal aanmeldingen van (oud-)jongeren als de te organiseren erkennings- en herstelactiviteiten. De verdeling van de middelen over die jaren zijn op deze verwachting toegepast. In het laatste jaar zal het grootste deel van de (oud-)jongeren vermoedelijk op enigerwijs geholpen zijn en verwachten we een afname

VRAAG

Waarom zijn de middelen voor vrouwenopvang en Filomena alleen voor 2027 tot en met 2029 opgenomen en welke financiering is vanaf 2030 voorzien?

Antwoor

Het kabinet vindt het van belang dat slachtoffers van huiselijk en seksueel geweld passende hulp en ondersteuning wordt geboden. Voor de versterking van deze ondersteuning wordt in 2027-2029 per jaar € 10 miljoen beschikbaar gesteld. Of na afloop van deze financieringsperiode aanvullende financiering beschikbaar kan worden gesteld, zal op dat moment worden bezien. Het belang van deze vorm van ondersteuning wordt ook meegenomen in lopende ontwikkelingen binnen de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling zoals het Toekomstscenario kind- en gezinsbescherming en de opvolging

VRAAG

Kunt u in een tabel een volledig meerjarig overzicht geven van alle middelen voor post-COVID en PAIS in de periode 2025 tot en met 2031, uitgesplitst naar jaar, doel, programma, uitvoerende organisatie, beleidsinstrument en incidentele dan wel structurele financiering?

Antwoor

Voor onderstaand overzicht geldt dat er € 2,44 miljoen structureel beschikbaar is

Tabel 94

	202	202	202	202	202	203	203
Opvolging werkzaamheden Q- en C-support na opheffing, nader in te vullen			1,7	1,8	1,8	1,8	1,8
Q-/C-support	10	10	-	-	-	-	
Nederlands Lyme	1	0,8	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Expertisecentrum ZonMw	8,5	5,3	1,2	-	-	-	-
Programma post-covid ZonMw	3,3	4	4	4,3	4,3	1,8	-
programma ME/CVS	12	15	0	5	5	8	1
Post covid-expertise centra	-	0,1	0,1	1	1	1	-
Opdracht aan Q-koorts ambassadeur	-	4	4 0,6	-	-	-	-
Verkenning PAIS onderzoeksprogramma door ZonMw (n.a.v. amendement Bushoff)	-	-	2,5	-	-	-	-
Incidenteel extra middelen Q-koortspatiënten € 6 mln voor Incidenteel in 2027 nav amendement Bushoff.	-	-	6	-	-	-	-

VRAAG

Kunt u de structurele subsidietaakstelling van €29,6 miljoen uitsplitsen per beleidsartikel en subsidieregeling en daarbij aangeven met welk bedrag iedere regeling wordt verlaagd en of regelingen hierdoor worden beëindigd of versoberd?

Antwoor

Zie voor de beantwoording van deze vraag het antwoord op

VRAAG

Aan welke aanbevelingen uit het advies van de Gezondheidsraad over post-COVID en PAIS geeft u met de

Antwoor

In de Kamerbrief van 17 juli jl. heeft het kabinet een reactie gegeven op het GR advies. De € 2,5 miljoen voor 2027 is specifiek bedoeld voor de verbetering van de kwaliteit van leven van Q-koorts patiënten. De invulling hiervan wordt vastgesteld op basis van input van de Q-koorts ambassadeur, en in overleg met de patiëntenvereniging
Q-uestion en stichting Q-support. Het gesprek hierover is in de afrondende fase. Het kabinet zal de

VRAAG

Kunt u een actueel overzicht geven van de ombuigingen en taakstellingen binnen VWS die al in het basispad zijn verwerkt maar waarvoor nog nadere besluitvorming, uitwerking of wetgeving nodig is, en daarbij per maatregel aangeven om welk bedrag het gaat, wanneer de maatregel moet

Antwoor

In de antwoorden op de vragen 11, 12 en 13 staat een volledig overzicht van alle ombuigingen en taakstellingen die binnen VWS in het basispad verwerkt zijn. In dit overzicht staat een toelichting welke maatregelen nog uitgewerkt worden. De huidige planning is te vinden in de bijlage wetgeving verzonden

[91] Beleidsbrief - Bijlage wetgeving -

VRAAG

Welke personen komen voor erkenning, ondersteuning of een andere voorziening in aanmerking in het kader van Erkenningsmaatregelen Gesloten Jeugdzorg en hoeveel rechthebbenden worden

Antwoor

Op 29 augustus 2026 zijn excuses gemaakt aan alle jongeren die hebben gezeten in de gesloten jeugdzorg (2010 tot nu) of in een justitiële jeugdinstelling op basis van een civielrechtelijke maatregel (2005-2010). Deze groep (oud-)jongeren komt ook in aanmerking voor de erkenning- en herstelactiviteiten uit dit programma. Op dit moment loopt de pilotfase tot 1 januari 2027 en richt het aanbod wat betreft procesondersteuning zich op (oud-)jongeren tot en met 35 jaar. Op de website www.nagesloten.nl staat beschreven wanneer procesondersteuning mogelijk geschikt is voor

Ook zijn op 29 augustus 2026 excuses gemaakt aan de nabestaanden en naasten van deze (oud-)jongeren. Zij kunnen zich ook aanmelden voor de community-activiteiten uit het programma. Voor hen wordt verder een eigen vorm van erkenning en ondersteuning ontwikkeld. Dit wordt

VRAAG

Welk deel van het budget wordt rechtstreeks besteed aan mensen die in de gesloten jeugdzorg verbleven en welk deel aan uitvoering, onderzoek en organisatiekosten?

Antwoor

Het is de bedoeling dat zo veel mogelijk middelen beschikbaar komen voor activiteiten en procesbegeleiding van jongeren, naasten en nabestaanden. Het is onvermijdelijk dat een beperkt deel van het budget besteed wordt aan organisatorische aspecten en het vormgeven van kaders en lessen voor de praktijk. Op dit moment zit het programma nog in de pilotfase waardoor een

VRAAG

Op welke wijze zijn ervaringsdeskundigen betrokken bij de vormgeving en uitvoering van de erkenningsmaatregelen?

Antwoor

Rondom zowel het organiseren van de excuses als de activiteiten voor erkenning en herstel is ExpEx nauw betrokken bij de invulling, vormgeving en uitvoering. De getrainde jongeren van ExpEx hebben zelf ervaring in de (gesloten) jeugdhulp en zetten deze ervaring in om instellingen

De jongeren van ExpEx hebben meegedacht over de verdere invulling van de herstelactiviteiten. Het uitgangspunt is namelijk dat activiteiten gericht op erkenning en herstel goed aansluiten bij de gemaakte excuses én de behoeften van de (oud-)jongeren om te werken aan een gevoel van erkenning en herstel. Daarom worden de ervaringsdeskundige jongeren ook tijdens de uitvoering van de herstelactiviteiten nauw betrokken om te blijven toetsen of de activiteiten aansluiten bij

VRAAG

Welke maatregelen tegen fraude binnen de SOV vullen in 2027 €5 miljoen van de taakstelling in, en welk bedrag aan onterechte declaraties is in 2023, 2024 en 2025 binnen de SOV en de OVV vastgesteld, teruggevorderd en daadwerkelijk geïnd?

Antwoor

Het CAK voert sinds 2025 extra controles c.q. verificatieverplichtingen uit, waardoor reeds € 2,5 miljoen verdachte declaraties zijn aangehouden. Daarnaast zijn de SOV en OVV per 1 juli 2026 gewijzigd, waardoor het CAK extra bewijsstukken mag opvragen bij nieuwe zorgaanbieders. Een groot deel van de winst van deze maatregelen zit in de afschrikkende werking die hier vanuit gaat, waardoor frauduleuze declaraties nooit worden ingediend. Dit maakt het lastig om exact vast te stellen wat deze maatregelen opleveren. Dit kan daarom alleen worden gedaan met een schatting. In dit geval 6,5 miljoen per jaar.

VRAAG

Hoeveel Zvw-budgethouders komen naar verwachting in aanmerking voor compensatie wegens het vervallen van de uitzondering op de Regeling Dienstverlening aan Huis?

Antwoor

In augustus hebben 350 budgethouders compensatie ontvangen voor de werkgeverlasten. Dit betreft de Zvw-budgethouders die vallen onder de wetaanpassing Regeling dienstverlening aan huis (Rdah). In totaal is er in 2026 afgerond € 1 miljoen uitgekeerd.

Het is niet exact bekend hoeveel budgethouders die nog niet bekend zijn bij de SVB nog onder de werking van het wetsvoorstel zullen gaan vallen. Het is bij de onbekende groep budgethouders niet bekend welk type overeenkomst zij met hun zorgverleners hebben gesloten: een overeenkomst van opdracht of een arbeidsovereenkomst. De verwachting is dat de meeste budgethouders die zorgverleners met een arbeidsovereenkomst in dienst hebben hun salarisadministratie reeds door de SVB laten verzorgen, aangezien de SVB hen ook ondersteunt bij het uitvoeren van de werkgeverstaken. In de loop van 2026 hebben circa 70 budgethouders zich reeds gemeld bij de SVB om met de nieuwe wetsaanpassing door de SVB ondersteund te worden. De huidige verwachting is dat er in totaal niet meer dan 200 budgethouders bij zullen komen.

VRAAG

Op welk gemiddeld compensatiebedrag per budgethouder is de raming van €1 miljoen

Antwoor

Op basis van de Monitor Zorgverzekeringswet-PGB is een inschatting gemaakt van de mogelijke maximale werkgeverslasten. Gemiddeld heeft een Zvw-budgethouder in 2025 een persoonsgebonden budget van € 15.063. De maximale werkgeverslasten bedragen dan afgerond (23,54% uit € 15.063) gemiddeld € 3.500 per budgethouder.

VRAAG

Wat gebeurt er als het aantal rechthebbenden of de werkgeverslasten hoger uitvallen dan in de raming is verondersteld?

Antwoor

Naar verwachting is de raming ruim voldoende. Tezamen met de verstrekkers wordt gemonitord of de werkgevers-lasten hoger zijn dan geraamd. Vanuit de monitor kan in overleg met verstrekkers worden gezorgd dat in continuïteit van zorg voor budgethouders wordt voorzien.

VRAAG

Wordt de maatregelen Versterken wijken buurten ook gericht op voorzieningen en gezonde keuzes die specifiek relevant zijn voor kinderen en jongeren in armoedestress?

Antwoor

Op dit moment worden de opties voor de inzet van deze middelen nog verkend. Daarbij is er in overeenstemming met het coalitieakkoord aandacht voor gezonde keuzes en kwetsbare groepen, zoals kinderen en jongeren die leven in armoede.

VRAAG

Wat zijn de gezondheidseffecten van de stagnerende daling in

Antwoor

Armoede en gezondheid hangen nauw met elkaar samen[92]. Kinderen die opgroeien in armoede hebben een minder goede gezondheid dan kinderen uit niet-arme gezinnen. Ook komt obesitas vaker voor[93] en is er een verhoogd risico op mentale problemen[94]. De concrete gezondheidseffecten van de stagnerende daling van kinderarmoede zijn niet bekend. Het kabinet zet in op het tegengaan van (kinder) armoede, wat ook aansluit bij de ambitie om te bouwen aan de gezondste generatie ooit.

VRAAG

Waarom begint de inhaalcampagne voor 61- tot 69-jarigen pas in 2028 en kan deze niet al in

Antwoor

In het AZWA zijn vanaf 2027 financiële middelen vrijgemaakt voor een gordelroosvaccinatieprogramma. Deze middelen worden gebruikt om in 2027 te starten met het vaccineren van 60-jarigen. De aanvullende middelen zijn vanaf 2028 beschikbaar (jaarlijks € 100

VRAAG

Wat zouden de extra kosten zijn om ook mensen van 70 jaar en ouder, die volgens de begroting de gordelroosvac-cinatie zelf moeten betalen, eenmalig in de inhaalcampagne op te nemen en om

Antwoor

De populatie van 70 jaar en ouder bestaat uit ongeveer 2,9 miljoen mensen. Met de huidige investeringen, betekent dat dat voor mensen van 70 jaar en ouder, er een extra benodigd budget

VRAAG

Wat zouden de kosten zijn om de gordelroosvaccinatie ook beschikbaar te stellen aan Wlz-cliënten van 70 jaar en ouder die in een verpleeghuis wonen en om hoeveel mensen gaat het hierbij?

Antwoor

Eind 2024 verbleven ca. 118.000 personen van 70 jaar en ouder met een Wlz-indicatie in een verpleeghuis/verzor-gingshuis. Het is onduidelijk hoe de uitvoering van gordelroosvaccinatie in verpleeghuizen eruit zou zien, wat het lastig maakt om uitspraken te doen over de kosten. Het kabinet merkt op dat een Wlz indicatie mensen betreft die permanent toezicht en/of zorg nodig hebben en niet mensen met een verminderd afweersysteem. Daarbij is gordelroos een opleving van het reeds aanwezige waterpokkenvirus en niet een ziekte die door blootstelling aan andere mensen met gordelroos wordt opgelopen. Er is daarom geen medisch-inhoudelijke reden om mensen met een Wlz-indicatie bij vaccinatie tegen gordelroos voorrang te geven boven mensen

[92] Samenhang armoede, schulden en gezondheid - Pharos
[93] Hoe is de leefsituatie van arme kinderen? - Leven in Armoede 2025 | CBS

VRAAG

Wanneer neemt u een besluit over de inrichting, uitvoering en financiering van het langlopend onderzoekspro-gramma naar post-covid en andere PAIS?

Antwoor

Aan ZonMw is gevraagd om eind 2027 een kennisagenda PAIS op te leveren. Na oplevering van deze kennisagenda kan op basis daarvan een besluit worden genomen over de inrichting, uitvoering en financiering van een langlopend onderzoeksprogramma PAIS.

VRAAG

Kunt u de Kamer een heldere overzichtstabel bezorgen met wat nu de totaalbedragen zijn voor de jaren 2025 tot en met 2030 die uitgegeven werden/voorzien zijn voor enerzijds Q/C-support en anderzijds de ketenbrede aanpak van postinfectieuze aandoeningen, waaronder long COVID en andere vormen van PAIS? Kan daarbij uitgesplitst worden welke middelen structureel zijn en welke incidenteel zijn?

Antwoor

Voor onderstaand overzicht geldt dat er € 2,44 miljoen structureel beschikbaar is

Tabel 95

	202	202	202	202	202	203
Opvolging werkzaamheden Q- en C-support na opheffing, nader in te vullen			1,7	1,8	1,8	1,8
Q-/C-support	10	10	-	-	-	-
Nederlands Lyme	1	0,8	0,6	0,6	0,6	0,6
Expertisecentrum ZonMw	8,5	5,3	1,2	-	-	-
Programma post-covid ZonMw	3,3	4	4	4,3	4,3	1,8
programma ME/CVS	12	15	0	5	5	8
Post covid-expertise centra	-	0,1	0,1	1	1	1
Opdracht aan Q-koorts ambassadeur	-	4	4	-	-	-
Verkenning PAIS onderzoeksprogramma door ZonMw (n.a.v. amendement Bushoff)	-	-	2,5	-	-	-
Incidenteel extra middelen Q-koortspatiënten 2,5 €6 mln voor Incidenteel in 2027 nav amendement	-	-	6	-	-	-

VRAAG

Hoe wordt de jaarlijkse €10 miljoen voor vrouwenopvang en de Filomena-aanpak verdeeld over vrouwenopvang, Filomena en overige activiteiten?

Antwoor

Het kabinet vindt het van belang dat slachtoffers van huiselijk en seksueel geweld passende hulp en ondersteuning wordt geboden. Voor de versterking van deze ondersteuning wordt in 2027-2029 per jaar € 10 miljoen beschikbaar gesteld. De komende periode wordt de precieze besteding van deze middelen nader uitgewerkt, waarbij de insteek is om deze middelen te richten op de verdere toepassing van het Filomena-concept in regio's. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het organiseren en financieren van ondersteuningsvormen zoals Filomena. Samen met de VNG wordt afgestemd hoe gemeenten dit het best vorm kunnen geven. Daarbij wordt zo goed mogelijk

VRAAG

In welke regio's worden in 2027 Filomena-centra ingericht of uitgebreid en hoeveel slachtoffers kunnen daar terecht?

Antwoor

Het kabinet vindt het van belang dat slachtoffers van huiselijk en seksueel geweld passende hulp en ondersteuning wordt geboden. Voor de versterking van deze ondersteuning wordt in 2027-2029 per jaar € 10 miljoen beschikbaar gesteld. De precieze besteding van deze middelen moet nog worden vormgegeven in afstemming met de VNG en gemeenten. De komende periode wordt dit verder uitgewerkt. Daarbij wordt zo goed mogelijk aangesloten op het reeds bestaande regionale

VRAAG

Hoeveel extra opvangplaatsen voor slachtoffers van mensenhandel worden met €2,5 miljoen in 2027 gerealiseerd en in welke gemeenten of regio's?

Antwoor

Het kabinet vindt het van belang dat er voldoende passende opvangplekken voor slachtoffers van mensenhandel beschikbaar zijn. Met de € 2,5 miljoen in 2027 kan een eerste stap worden gezet in uitbreiding van de opvangcapa-citeit. Met de VNG, gemeenten en opvanginstellingen zal moeten worden bepaald waar deze uitbreiding in 2027 al gerealiseerd kan worden.

VRAAG

Kunt u een uitputtend overzicht geven van alle taakstellend ingeboekte besparingen waarvan de maatregelen nog niet zijn uitgewerkt, met per post het bedrag per jaar, het artikel, het moment van invulling en het gevolg voor de reeks als die invulling uitblijft?

Antwoor

In de antwoorden op de vragen 11, 12 en 13 staat een volledig overzicht van alle taakstellend ingeboekte besparingen. Het doel is om de ombuigingen tijdig te realiseren. Mocht dit niet haalbaar blijken zal er tijdig gezocht worden naar alternatieve invulling of dekking.

VRAAG

Waarop berust de taakstelling zorgfraude van €25 miljoen in 2027, oplopend tot €50 miljoen structureel vanaf 2028? Welk deel komt uit terugvordering en welk deel uit preventie, en wat betekent de overheveling naar het premiekader voor de controle door de Kamer?

Antwoor

De taakstellende opbrengst van € 25 miljoen in 2027 en structureel € 50 miljoen vanaf 2028 betreft een budgettaire taakstelling. Aan deze bedragen ligt geen berekening ten grondslag waaruit volgt dat de aanpak van zorgfraude in deze jaren daadwerkelijk respectievelijk € 25 miljoen en € 50 miljoen bespaard kan worden. De precieze invulling van deze taakstelling moet nog worden uitgewerkt. Over de uitvoering van deze maatregel zal u geïnformeerd worden, zodat u uw controlerende taken kunt uitvoeren.

VRAAG

Waar is kennisontwikkeling over verouderingsmechanismen binnen de Strategische Evaluatie Agenda belegd, die wel thema's kent voor ouderenzorg, dementiezorg en palliatieve zorg maar geen thema voor de biologie van veroudering, en bij welk begrotingsartikel hoort die thuis?

Antwoor

De Strategische Evaluatie Agenda (SEA) bevat de belangrijkste thema's van het gezondheidszorgstelsel. Voor elk thema is er een meerjarige programmering van evaluaties van ingezette beleidsinstrumenten en overige onderzoeken en wordt een bredere beleidsevaluatie (periodieke rapportage) opgeleverd die inzicht geeft in de doeltreffendheid en doelmatigheid op het beleidsterrein. Gelet op de grote maatschappelijke uitdagingen is ook 'Ouderenzorg, dementiezorg en palliatieve zorg en ondersteuning' een van de thema's in de SEA. De biologie van veroudering is geen afzonderlijk beleidsterrein en is daarom niet als apart thema in de SEA opgenomen. Wel wordt regelmatig onderzoek gedaan naar de invloed van demografie op bijvoorbeeld zorggebruik, woonbehoefte en eenzaamheid door onderzoeksinstellingen zoals het

VRAAG

Waarom wordt het Strategische Evaluatie Agenda (SEA)-thema Geneesmiddelen en medische technologie pas in 2031 periodiek doorgelicht, terwijl Curatieve eerste- en tweedelijnszorg en Maatschappelijke ondersteuning al in 2027 aan de beurt zijn en de belangrijkste

Antwoor

De Regeling periodiek evaluatieonderzoek 2022 (RPE) schrijft voor dat elke 4-7 jaar een periodieke rapportage van een thema in de Strategische Evaluatie Agenda (SEA) wordt opgeleverd. Voor het thema 'Geneesmiddelen en medische technologie' is recent reeds een periodieke rapportage uitgevoerd, waarvan de kabinetsreactie 10 april 2026 naar de Kamer is verstuurd.

VRAAG

Welke besparingsvarianten zijn de afgelopen twee jaar binnen de curatieve zorg onderzocht en niet overgenomen, om welke bedragen ging het, en welke maken deel uit van de periodieke rapportage

Antwoor

Het kabinet kijkt voortdurend naar mogelijkheden en kansen om de uitgaven in de curatieve zorg te beperken. Hierbij verwijs ik naar de talloze en openbare rapporten, zoals vanuit de Interdepartementale Beleidsonderzoeken (IBO), de ombuigingslijst van het ministerie van Financiën of het rapport Keuzes in Kaart van het Centraal Planbureau (CPB). Wat hieruit is overgenomen kunt u vinden in de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord.
Daarnaast is het gebruikelijk dat een periodieke rapportage ook een besparingsoptie beschrijft. Op dit moment is het nog te vroeg om iets te zeggen over de inhoud van deze rapportage, zoals gemeld aan uw kamer in deze om inhoudelijke redenen uitgesteld[95]

VRAAG

Waarom komen de begrippen regeneratieve geneeskunde, celtherapie, gentherapie en geavanceerde therapie in de gehele toelichting niet voor, en welk bedrag is in 2027 aan de ontwikkeling en toepassing van deze therapieën besteed?

Antwoor

De genoemde onderzoeksgebieden worden niet expliciet als afzonderlijke prioriteiten in de begroting genoemd. Het kabinet zet in op het stimuleren van onderzoek en ontwikkeling in de volle breedte. De ontwerpbegroting beschrijft zowel publieke R&D-financiering als het stimuleren van private R&D. Voor de publieke financiering van wetenschappelijk onderzoek bestaan verschillende instrumenten, waaronder onderzoeksprogramma's van NWO en ZonMw en Europese onderzoeksfondsen. Deze middelen zijn niet specifiek geoormerkt voor regeneratieve geneeskunde, celtherapie, gentherapie en geavanceerde therapie. Wel kunnen dergelijke onderzoeksgebieden binnen de bredere onderzoeks- en innovatieagenda worden gefinancierd

[95] Kamerbrief over uitstel rapportage Passende

voorwaarden van de betreffende financieringsinstrumenten. Verder wil het kabinet publieke middelen inzetten om private R&D-investeringen uit te lokken en samenwerking tussen kennisinstellingen en bedrijven te versterken.
Het kabinet richt een Nationale Investeringsinstelling (NII) op, zal een nieuwe ronde van € 375 miljoen uit
het Nationaal Groeifonds (NGF) openstellen en heeft budget vrijgemaakt voor het Nationaal Agentschap voor Disruptieve Innovatie (NADI). Ook blijft het kabinet investeren in valorisatie, het

VRAAG

Welke rol ziet u voor toxicogenomica en in-silicomodellen bij het versnellen van markttoelating van geneesmid-delen, nu de Amerikaanse toezichthouder een routekaart hanteert om dierproeven in preklinisch veiligheidson-derzoek af te bouwen, en vindt hierover overleg plaats met het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA)?

Antwoor

New Approach Methodologies (NAM's), waaronder toxicogenomica en in-silico modellen, kunnen bijdragen aan vermindering en vervanging van dierproeven voor preklinisch veiligheidsonderzoek. Naast de Amerikaanse
toezichthouder dragen inderdaad ook het Europees Geneesmiddelenagentschap (EMA) en het agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (aCBG) actief bij aan de regulatoire acceptatie van NAM's. Hierover vindt ook overleg plaats. Het EMA heeft recent een pilot gestart om de ontwikkeling van NAM's te stimuleren[96]. Omdat internationale richtlijnen een belangrijke rol spelen bij preklinisch veiligheidsonderzoek, is de verwachting dat de Amerikaanse en Europese inzet zal bijdragen aan een snellere ontwikkeling en acceptatie van NAM's. Of dit de markttoelating van geneesmiddelen zal versnellen is nu nog niet duidelijk, aangezien dit van

VRAAG

Welke gevolgen heeft het ontbreken van een uitgewerkte Nederlandse strategie voor proefdiervrije innovatie voor de concurrentiepositie van het Nederlandse onderzoeks- en life-sciences-cluster, en welk begrotingsartikel draagt hiervoor verantwoordelijkheid?

Antwoor

Het Nederlandse beleid voor proefdiervrij onderzoek en innovatie is ondergebracht in het interdepartementale partnerprogramma Transitie naar Proefdiervrije Innovatie (TPI) bij het ministerie van LVVN. Vanuit dit programma wordt de ontwikkeling van proefdiervrije onderzoeksmethoden en het stimuleren van de adoptatie daarvan in
de praktijk gestimuleerd. Samen met de verschillende TPI-partners wordt er richting gegeven aan de hand van vijf doelstellingen, zowel op nationaal als op Europees en internationaal niveau. De transitie verbindt meerdere ministeries en andere overheidspartijen die partner zijn van het TPI-programma, en de inzet hierop valt dus onder meerdere begrotingen. Nederland heeft een prominente internationale positie als het gaat om de ontwikkeling van New Approach Methodologies (NAM's) die cruciaal zijn voor de transitie. Het kabinet zet ambitieus in op de transitie via deze doelstellingen; nationaal zijn resultaten zichtbaar als o.a. het NGF Ombion project (€ 124,5 miljoen), en op Europees niveau zijn het ERA NAM's project en inzet op de Biotech Act voorbeelden. Met deze en andere initiatieven wordt er dus ingezet op het aanjagen van de proefdiervrije concurrentiepositie van de onderzoeks- en life-sciences en health sector. Daarnaast wordt ook ingezet op uitfasering van

VRAAG

Welk deel van de middelen voor de geactualiseerde Nationale Dementiestrategie, €6,5 miljoen in 2027, gaat naar onderzoek en welk deel naar vroegdiagnostiek en tijdige diagnostiek, en hoe wordt geborgd dat nieuwe diagnostiek zoals markers in bloed en traanvloeistof daadwerkelijk in de

[96] New approach methodologies to replace and reduce animal testing: Voluntary data submission pilot | European

Antwoor

De € 6,5 miljoen voor de geactualiseerde Nationale Dementiestrategie (NDS) in 2027 is geoormerkt voor thema 2 (een dementievriendelijke samenleving) en thema 3 (leven met dementie).

Onderzoek naar (tijdige) diagnostiek valt onder thema 1 (dementie onderzoeken) van de Nationale Dementiestra-tegie. Via het ZonMw Onderzoeksprogramma Dementie (OPD) worden onder andere multidisciplinaire onder-zoeksconsortia financieel ondersteund. Zij optimaliseren bestaande diagnostische instrumenten, ontwikkelen nieuwe diagnostiek (zoals biomarkers) en zorgen dat goed werkende testen daadwerkelijk in de praktijk worden geïmplementeerd. Binnen het OPD is hiervoor in totaal € 15 miljoen beschikbaar gesteld aan de multidisciplinaire consortia over diagnostiek in de periode 2021 – 2030, waarvan € 6,25 miljoen specifiek is gereserveerd voor de

VRAAG

In hoeverre is ‘’het streven (…) om in 2027 te beginnen met de vaccinatie van 60-jarigen tegen gordelroos’’ realistisch? Is er al beeld in welke periode van het jaar de campagne zou

Antwoor

Begin oktober van dit jaar is een implementatieplan voor gordelroos van het RIVM opgeleverd. Op basis van dit plan wordt momenteel een meer realistische planning gemaakt voor de start van vaccineren met het gordelroosvaccin. Het lijkt waarschijnlijk dat er in Q4 van 2027 gestart zal worden met vaccineren, waarbij het hele geboortecohort van 1967 wordt uitgenodigd. In Q4 van dit jaar zal het kabinet de Kamer informeren over de preciezere vervolgstappen van dit traject.

VRAAG

Hoe wordt de €25 miljoen die in 2027 extra beschikbaar komt voor Kansrijke Start verdeeld over gemeenten, en hoe monitort u of kwetsbare gezinnen in verschillende gemeenten in gelijke mate toegang hebben tot deze ondersteuning?

Antwoor

In de VWS-begroting 2027 is opgenomen dat het kabinet € 25 miljoen in 2027 oplopend tot € 62 miljoen structureel beschikbaar stelt voor de gemeentelijke en maatschappelijke ondersteuning van gezinnen in een kwetsbare situatie middels de aanpak Kansrijke Start. De minister van VWS informeert de Tweede Kamer voor de begrotingsbehandeling van VWS met een aparte brief over hoe het kabinet deze extra middelen wil inzetten. In deze brief zal ook worden ingegaan op de wijze waarop de monitoring van de aanpak Kansrijke Start de komende jaren wordt ingericht.

VRAAG

Wanneer in 2027 verwacht u daadwerkelijk te kunnen beginnen met het vaccineren van 60-jarigen tegen gordelroos en van welke voorwaarden is de start nog afhankelijk?

Antwoor

Begin oktober van dit jaar is een implementatieplan voor gordelroos van het RIVM opgeleverd. Op basis van dit plan wordt momenteel een meer realistische planning gemaakt voor de start van vaccineren met het gordelroosvaccin. Het lijkt waarschijnlijk dat er in Q4 van 2027 gestart zal worden met vaccineren, waarbij het hele geboortecohort van 1967 wordt uitgenodigd. In Q4 van dit jaar zal het kabinet de Kamer informeren over de preciezere vervolgstappen van dit traject.

VRAAG

Hoe is het bedrag van €100 miljoen per jaar voor de inhaalcampagne gordelroos voor 61- tot 69-jarigen in de periode 2028 tot en met 2031 opgebouwd en hoeveel mensen kunnen hiermee per jaar

Antwoor

Op basis van de geschatte kosten van de inkoop van het vaccin en de raming van de kosten voor opslag, logistiek, vaccineren, registeren en monitoren is gekeken hoeveel er globaal nodig is om de hele populatie van 61 t/m 69-jarigen te vaccineren. Deze populatie bestaat uit circa 2,4 miljoen mensen. Rekening houdend met een opkomstpercentage van 70%, is gedurende 4 jaar € 100 miljoen per jaar nodig. Met de beschikbare middelen zullen er gedurende de periode 2028–2031 vaccinaties aangeboden worden aan personen die op dat moment tot de leeftijdsgroep van 61 tot en met 69

VRAAG

Hoe wordt de verhoging van het subsidiebudget voor de bevordering van seksuele gezondheid van €12,469 miljoen in 2026 naar €14,801 miljoen in 2027 verdeeld over regelingen en organisaties?

Antwoor

Deze verhoging betreft voornamelijk de € 1,5 miljoen die dankzij het Aanvullende Zorg en Welzijn Akkoord (AZWA) tijdelijk beschikbaar komt voor het project ‘Centrum voor seksuele gezondheid van de toekomst’. Soa AIDS Nederland werkt binnen dit project samen met twee pilotregio’s en coördinerende GGD’en (Rotterdam-Rijnmond en Friesland). Binnen het project wordt gewerkt aan het toekomstbestendiger, efficiënter en effectiever organiseren van de Nederlandse soa-zorg, via een getrapte-zorg benadering en met behulp van digitale triage en betere coördinatie tussen huisartsen en GGD’en. Hiervoor worden regionale samenwerkingsafspraken tussen GGD’en en de curatieve zorg (waaronder huisartsen) gemaakt. De middelen gaan naar alle waarschijnlijkheid

VRAAG

Hoe wordt de verhoging van de bijdrage aan medeoverheden voor seksuele gezondheid van €52,731 miljoen in 2026 naar €61,465 miljoen in 2027 verdeeld over GGD-regio’s en

Antwoor

Deze verhoging zijn de middelen die dankzij het Aanvullende Zorg en Welzijnakkoord (AZWA) beschikbaar kwamen:
€ 1,5 miljoen voor inhaalslag PrEP (2027 en 2028), € 5 miljoen voor het beter bereiken van moeilijk bereikbare doelgroepen (2027 en 2028) en de € 5 miljoen in 2027 en vanaf 2028 € 7 miljoen structurele verhoging van
het budget voor de aanvullende seksuele gezondheidszorg. Alle middelen komen via de ASG-SPUK bij GGD’en terecht. Deze worden verdeeld onder de acht coördinerende GGD'en middels de verdeelsleutel die hiervoor is vastgesteld. De 8 coördinerende GGD’en verdelen de budgetten vervolgens onder alle regio’s.De verdeling van het budget over de coördinerende GGD’en werd lange tijd bepaald aan de hand van twee verdeelsleutels: één voor soa-zorg en seksualiteitshulpverlening en één voor PrEP-zorg. Uit de toekomstverkenning ASG-zorg bleek dat deze verdeelsleutels niet optimaal werkten. Er is de Kamer daarom toegezegd deze te herzien.[97] In 2025 is het RIVM gestart met een traject om in samenspraak met de coördinerende GGD’en te komen tot een nieuwe verdeelsleutel. Dit bleek ingewikkelder dan gedacht. Daarom is in 2026 nog met de bestaande sleutel en in 2027 met een tijdelijke aangepaste sleutel gewerkt. Zo kon dit jaar meer tijd

[97] Kamerstukken II, 2023/24, 32 239,

VRAAG

Welk deel van de middelen voor seksuele gezondheid is bestemd voor aanvullende seksuele gezondheidszorg, soa-bestrijding, hiv-preventie, anticonceptie, seksuele vorming en preventie

Antwoor

Dit betreft het budget voor aanvullende seksuele gezondheidszorg via de GGD'en welke verloopt via de ASG-SPUK. GGD'en bieden met deze middelen aanvullende soa-zorg, PreP-zorg en Sense (voor

VRAAG

Hoe worden de middelen voor integrale suïcidepreventie in 2027 verdeeld over gemeenten, Stichting 113 Zelfmoordpreventie, monitoring en onderzoek?

Antwoor

In 2027 ontvangen gemeenten € 10 miljoen middels de algemene uitkering om integrale suïcidepreventie lokaal vorm te geven. Daarnaast gaat er € 18,3 miljoen naar Stichting 113 Zelfmoordpreventie voor de instellingssubsidie en € 4,5 miljoen voor de uitvoering van de vierde Landelijke Agenda suïcidepreventie. Tot slot is er € 1 miljoen bestemd voor onderzoek in de vorm

VRAAG

Welke indicatoren en streefwaarden worden gebruikt om in 2027 de uitvoering van de Wet integrale suïcidepre-ventie te volgen?

Antwoor

In de begroting is de indicator 'sterfte door zelfdoding' voor het thema suïcidepreventie meegenomen. Daarnaast is er een monitor suïcidepreventie in ontwikkeling bij het RIVM die het thema suïcidepreventie en de voortgang daarop meer inzichtelijk moet maken. Over deze monitor, die zal voortborduren op de monitoring uit het onder-steuningsprogramma suïcidepreventie van de VNG, wordt uw Kamer geïnformeerd in de voortgangsrapportage

VRAAG

Welk deel van de €31,2 miljoen die in 2027 voor RIVM-taken op het gebied van onder meer medische technologie en risicobeoordeling beschikbaar is, betreft toxicogenomica en andere proefdiervrije toetsmethoden, en welke Nederlandse ambitie geldt op dit terrein?

Antwoor

Dit onderzoeksgebied komt in meerdere RIVM-opdrachten terug. Er is geen specifiek budget voor geoormerkt. Het Nederlandse beleid voor proefdiervrij onderzoek is ondergebracht in het interdepartementale Transitieprogramma Transitie Proefdiervrije Innovatie (TPI) bij het ministerie van LVVN. Vanuit dit programma wordt onder andere ingezet op de ontwikkeling van proefdiervrije onderzoeksmethoden, en op het stimuleren van de adoptatie daarvan in de praktijk. Dit gebeurt zowel op nationaal als op Europees niveau. Een voorbeeld van nationale inzet is het groeifonds

VRAAG

Welk deel van de ZonMw-programmering 2027 is belegd met onderzoek naar genetische en epigenetische diagnostiek, bij welke programmalijn is dat ondergebracht, en loopt die

Antwoor

ZonMw heeft geen afzonderlijke programmalijn en geen apart budget voor onderzoek naar genetische en epige-netische diagnostiek. Dit onderzoeksgebied wordt gefinancierd binnen verschillende programma's, meestal als onderdeel van een bredere subsidieronde. Daarom is niet met één bedrag aan te geven welk deel van de programmering in 2027 hiermee is belegd. Deze onderwerpen kunnen terugkomen in de programma's Zwanger-schap en geboorte, Goed Gebruik Geneesmiddelen, EP Permed, ERDERA, Translationeel Onderzoek en de Open

VRAAG

Welk bedrag is in 2027 belegd met het ZonMw-programma Pluripotent stamcelonderzoek, welke onderzoekslijnen betreft het, en loopt dit programma na 2027 door?

Antwoor

Dit programma heeft een looptijd van 2020 t/m 2028. Het programma omvat globaal twee onderzoekslijnen, namelijk in de eerste plaats de ontwikkeling van pluripotente stamcellijnen en organoïden voor onderzoek naar erfelijke aandoeningen, en in de tweede plaats de verdere ontwikkeling van alternatieve embryomodellen. Meer informatie is te vinden op de website van ZonMw.[98] Voor 2027 is een bedrag van € 4.354.305 toegezegd. Daarna volgt in 2028 nog een laatste

VRAAG

Welk bedrag is in 2027 belegd met onderzoek naar interventies die rechtstreeks op verouderingsmechanismen aangrijpen, nu de eerste van deze behandelingen internationaal de kliniek in gaan, en bij welk programma is dat ondergebracht? Indien dit nog niet belegd is, kunt u

Antwoor

Er wordt door VWS geen rechtstreeks bedrag beschikbaar gesteld voor onderzoek naar interventies die rechtstreeks ingrijpen op verouderingsmechanismen. Uiteraard is het wel mogelijk dat vanuit de middelen die VWS beschikbaar stelt voor onderzoek aan UMC's indirect een bijdrage wordt geleverd aan klinische

VRAAG

Welk deel van de beschikbare middelen voor post-COVID en PAIS wordt via ZonMw verstrekt en welk deel via andere organisaties? Kunt u dit uitsplitsen naar bedrag, ontvangende organisatie en

Antwoor

Voor 2027 is met het amendement Bushoff c.s.[99] € 3 miljoen beschikbaar gesteld voor een hulplijn voor PAIS patiënten en bedgebonden patiënten en € 3 miljoen voor een ketenbrede aanpak van postinfectieuze aandoe-ningen. Verder is incidenteel € 2,5 miljoen beschikbaar voor de verbetering van de kwaliteit van leven van Q-koorts patiënten. Daarnaast is structureel € 2,44 miljoen beschikbaar voor PAIS. In de PAIS brief die de Tweede Kamer voor de behandeling van de VWS-begroting ontvangt wordt ingegaan op de besteding van deze middelen.
Daarnaast lopen twee meerjarige ZonMw programma's voor post-covid en ME/CVS waar in 2027 ook

VRAAG

Kunt u voor de circa €11 miljoen die in 2027 beschikbaar is voor PAIS aangeven wat de herkomst van de middelen is, welk bedrag beschikbaar is voor welke regeling of post, hoe dit verdeeld is over onderzoek, zorg en ondersteuning, voor welke specifieke aandoeningen welk budget beschikbaar is en in

Antwoor

---

98 https://www.zonmw.nl/nl/programma/psider

Voor 2027 is € 3 miljoen beschikbaar voor een hulplijn voor PAIS bedgebonden patiënten en € 3 miljoen beschikbaar voor een ketenbrede aanpak. Beide bedragen zijn afkomstig uit amendement Bushoff[100]. Verder is incidenteel
€ 2,5 miljoen beschikbaar voor de verbetering van de kwaliteit van het leven van Q-koorts patiënten. Daarnaast is nog structureel € 2,44 miljoen beschikbaar voor PAIS. Een deel hiervan gaat naar Nederlands Expertisecentrum voor Lymeziekte (NLe). Het kabinet zal de Tweede Kamer voor de VWS-begrotingsbehandeling informeren over de inzet ten aanzien van PAIS, waaronder de bestuding van

VRAAG

Welk toezicht geldt voor commercieel aangeboden genetische, epigenetische en biologische-leeftijdstesten buiten de reguliere zorg, hoeveel aanbieders zijn in Nederland actief, en hoeveel meldingen hierover ontving de IGJ in 2024, 2025 en 2026?

Antwoor

Dit hangt af van het doel en de inhoud van de testen. Als de test onderdeel is van zorgverlening, geldt de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). De Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) kan van toepassing zijn als de test is gericht op bevolkingsonderzoek waarvoor op grond van artikel 2 van de WBO een vergunning is vereist, bijvoorbeeld onderzoek naar kanker. Voor gebruikte diagnostische hulpmiddelen kan daarnaast de Europese In-vitrodiagnostiekverordening (IVDR) gelden.

Het veld van commercieel aangeboden genetische, epigenetische en biologische-leeftijdstesten is divers. Aanbieders verschillen onder meer in het type test, het doel waarvoor deze wordt aangeboden en de wijze waarop de dienstverlening is ingericht, waarvan soms een deel in het buitenland plaatsvindt. Daarom kan geen exact aantal actieve aanbieders worden gegeven.

Ook meldingen bij de IGJ worden niet zodanig geregistreerd dat hieruit exact kan worden vastgesteld hoeveel meldingen in 2024, 2025 en 2026 specifiek betrekking hadden op deze categorie testen. Om die reden kunnen hiervoor geen exacte aantallen worden genoemd.

VRAAG

Welke kosten ontstaan in de curatieve zorg door vervolgdiagnostiek na commerciële zelftests, total-bodyscans en biologische-leeftijdstesten? Is dat bedrag gekwantificeerd, en is het verwerkt in de raming van de medisch-specia-listische zorg?

Antwoor

Panteia heeft in 2014 onderzoek gedaan naar de effecten van preventief gezondheidsonderzoek op de zorgkosten (Effecten van Preventief zelfonderzoek op de zorgkosten, Panteia 2014). De onderzoekers combineerden enquêtes onder consumenten, huisartsen en specialisten met kostengegevens van de NZa en DBC Onderhoud. Het was dus geen onderzoek waarbij individuele verzekerden/health-checkgebruikers aan hun daadwerkelijke zorgdeclaraties werden gekoppeld. In het Panteia-onderzoek zijn zowel de kosten als de besparingen geschat. Dat leverde een netto resultaat op van € 25 miljoen aan extra kosten. Het betreft dus een modelmatige schatting, geen gemeten bedrag aan extra Zvw-uitgaven. Er is geen recentere studie gedaan die daarna de Panteia-kostenraming opnieuw heeft uitgevoerd op basis van actuele gegevens.

VRAAG

Waarom wordt bij de bevolkingsonderzoeken, waarvoor in 2027 €285,8 miljoen beschikbaar is, uitgenodigd op kalenderleeftijd en niet op risicoprofiel (waaronder biologische leeftijd in plaats van kalenderleeftijd), terwijl de deelname aan het borstkankeronderzoek daalde van 76,9 naar 65,3 procent en aan het darmkankeronderzoek van 73,0 naar 67,1 procent?

[100] Vergaderjaar 2025-2026 36915,

Antwoor

In de monitorbrief[101] van vorig jaar is gedeeld dat de deelname van het bevolkingsonderzoek darmkanker is gestegen van 66,5% in 2023 naar 67,1% in 2024. De deelname van het bevolkingsonderzoek borstkanker is van 66,7% heel licht gedaald naar 65,3%. Dit najaar verschijnen

Bij de invulling van het bevolkingsonderzoek wordt altijd advies gevraagd aan de Gezondheidsraad. Bij het opstellen van het advies kijkt de Gezondheidsraad naar de laatste stand van de wetenschap en weegt deze aan de hand van internationale criteria voor verantwoorde screening. Ook worden de bevolkingsonderzoeken periodiek geëvalueerd. Indien nieuwe wetenschappelijke inzichten aanleiding geven om iets te wijzigen, bijvoor-beeld de leeftijdsgrenzen, en de Gezondheidsraad oordeelt positief, dan kan dat

Daarnaast heeft de Gezondheidsraad op verzoek van het kabinet in kaart gebracht of en onder welke voorwaarden risicostratificatie op termijn kan worden ingezet binnen de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Dit gezondheids-raadadvies is op 18 september 2026 aan de Kamer aangeboden[102]. Zoals toegezegd ontvangt de Kamer binnen drie maanden een beleidsreactie op dit advies.

VRAAG

Is het aanbod van multikankertesten op basis van bloed beoordeeld, waarover in 2026 de eerste gerandomiseerde uitkomsten uit het Britse bevolkingsonderzoek beschikbaar kwamen? Welk advies ligt daarover, en welke ruimte biedt de Wet op het bevolkingsonderzoek voor zulke

Antwoor

In de brief van 30 juni 2026[103] is de Kamer geïnformeerd over een aantal relevante lopende onderzoeken naar de inzet van bloedtesten voor de vroege opsporing van borstkanker. Het gaat bij dergelijke testen om het vinden van bepaalde biomarkers in het bloed van mensen die kunnen wijzen op kanker. Eén van de studies die in deze brief is benoemd is de NHS-Galleri-Studie. Zoals ook genoemd in de Kamerbrief zijn bloedtesten op dit moment nog geen goede vervanging van de bestaande testen in de screening, met name omdat ze niet goed zijn in het opsporen van voorlopers en vroege stadia van kankers. Het kunnen opsporen van de voorlopers en vroege stadia is een

De Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) is relevant als bijvoorbeeld onderzoekers willen onderzoeken of deze test geschikt is om kanker op te sporen. In dat geval hebben de onderzoekers daarvoor een vergunning nodig op grond van de WBO. Alvorens de minister beslist op een vergunningaanvraag zal de Gezondheidsraad om advies worden gevraagd. Daarbij toetst de Gezondheidsraad aan de criteria uit de WBO, waarbij wordt gekeken naar onder andere de wetenschappelijke deugdelijkheid van het onderzoek en de nut-risicoverhouding. Indien de Gezondheidsraad positief oordeelt dan kan een vergunning worden verleend. Als een commerciële organisatie de test wil aanbieden is ook een WBO-vergunning nodig. In dit geval kan de nut-risicoverhouding anders zijn omdat er geen sprake is van een wetenschappelijk nut, zoals dat wel bij onderzoek het geval is. Pas als het wetenschappelijk vaststaat dat de test inderdaad geschikt is om kanker op te sporen, dan zal de Gezondheidsraad positief oordelen over een dergelijke vergunningaanvraag en kan de vergunning worden verleend. Een volgende stap zou kunnen zijn om te overwegen een dergelijke test van overheidswege aan te bieden. Ook in dat geval wordt advies gevraagd aan de Gezondheidsraad, waarbij de Gezondheidsraad dan toetst aan de criteria voor verantwoorde

VRAAG

Klopt het dat de middelen voor de post-COVID-expertisecentra in 2027 geheel of gedeeltelijk afkomstig zijn uit doorgeschoven, niet-bestede middelen uit 2025 en 2026? Zo ja, om welk bedrag gaat het en wat waren de oorzaken van deze onderuitputting?

[101] Kamerstukken II, 2025/26, 32793, nr. 873
[102] Kamerstukken II, 2026/27, 19204

Antwoor

Dat klopt. Van de oorspronkelijke € 27 miljoen uit amendement Bushoff c.s. voor voor de expertisecentra voor 2025 en 2026 resteert naar verwachting een bedrag van circa € 9 miljoen. De reden voor deze onderuitputting is tweeledig. Ten eerste hebben de expertisecentra in 2025 en 2026 minder patiënten gezien dan vooraf ingeschat. Ten tweede is het tarief gedurende de looptijd enkele keren naar beneden bijgesteld, door tussentijdse herijkingen van het zorgpad.

VRAAG

Is met de structurele €1 miljoen vanaf 2028 het voortbestaan van de post-COVID-expertisecentra in hun huidige vorm en omvang financieel geborgd? Zo nee, welke onderdelen of activiteiten kunnen vanaf 2028 niet worden voortgezet?

Antwoor

Het kabinet heeft per 2028 voor 10 jaar een bedrag van € 1 miljoen per jaar vrijgemaakt voor de post-COVID expertisecentra. Het kabinet werkt daarvoor aan een bestuurlijke opdracht aan betrokken partijen om het komende jaar een voorstel uit te werken voor de duurzame inbedding van opgebouwde expertise en zorg voor deze groep patiënten. De precieze invulling van dit bedrag

VRAAG

Welke maatregelen worden genomen om te voorkomen dat na 2027 bij de post COVID-expertise-
centra opgebouwde kennis, onderzoeksgegevens, samenwerkingsverbanden en

Antwoor

Zoals vermeld in de laatste Kamerbrief over PAIS[104], werkt het kabinet aan een bestuurlijke opdracht aan betrokken partijen om het komende jaar een voorstel uit te werken voor de duurzame inbedding van de opgebouwde expertise en zorg voor deze groep patiënten. Met het vrijmaken van een bedrag van € 1 miljoen per jaar vanaf 2028 t/m 2037, draagt het kabinet hieraan bij.

VRAAG

Welk bedrag is in 2027 beschikbaar voor abortuszorg via de huisarts en hoeveel huisartsen kunnen daarmee worden opgeleid of ondersteund?

Antwoor

Abortuszorg via de huisarts wordt gefinancierd vanuit het totale budget voor abortusklinieken. Dat is € 30,4 miljoen. Net als abortuszorg in klinieken, wordt ook abortuszorg via huisartsen gefinancierd met een zogenaamde p*q regeling met een open einde. Dat betekent dat alle behandelingen die worden verricht worden gesubsidieerd, zonder maximum.

De opleiding die huisartsen moeten volgen om abortuszorg te mogen aanbieden is in 2023 en 2024 ontwikkeld vanuit een projectsubsidie. Huisartsen kunnen deze scholing gratis volgen.

VRAAG

Hoeveel abortusartsen zijn momenteel werkzaam, hoeveel artsen volgen in 2027 een opleiding en welke capaciteits-behoefte wordt voor de komende vijf jaar geraamd?

[104] Kamerstuk 25295, nr.

Antwoor

Er zijn momenteel 44 abortusartsen werkzaam in Nederland. Het is nog niet bekend hoeveel artsen in 2027 zullen starten met de opleiding tot abortusarts. Er wordt geen capaciteitsbehoefte geraamd. Abortusklinieken kunnen gedurende het hele jaar subsidie aanvragen voor het opleiden van een abortusarts. De afgelopen jaren werden er jaarlijks zo'n 3-5 abortusartsen opgeleid. Het totale budget voor de abortusklinieken houdt rekening met de kosten voor de opleidingen van

VRAAG

Welke aanvullende stappen neemt u in 2027 tegen de afhankelijkheid van internationale productieketens, welk bedrag is daarvoor geraamd, en voor hoeveel kritieke geneesmiddelen bestaat een Nederlandse of Europese productielijn?

Antwoor

Het kabinet heeft in 2027 € 86,5 miljoen beschikbaar voor (pandemische) paraatheid. Het gaat onder meer over het maken van afspraken met (Nederlandse) producenten over het opschalen van productie in geval van diverse crisis-scenario's en het stimuleren van productie dichtbij huis (€ 19,0 miljoen). De Verordening Kritieke Geneesmiddelen (in het Engels: *Critical Medicines Act*) is het Europese instrument om de productie en leveringszekerheid van kritieke geneesmiddelen te produceren. Recent is een voorlopig politiek akkoord bereikt.[105] Daarnaast wordt er onderzoek gedaan naar benodigde medische producten (€ 1,5 miljoen) voor het aanleggen van een weerbaarheidsvoorraad van medische

Het is niet bekend voor hoeveel geneesmiddelen een Nederlandse of Europese productielijn bestaat. Een recent onderzoek[106] naar de tien meest gebruikte werkzame stoffen in Nederland geeft inzicht in de locatie van productie. Het onderzoek laat zien dat productielocaties voor de onderzochte geneesmiddelen en werkzame stoffen nog grotendeels in Europa gevestigd zijn. Tegelijkertijd zijn er voor specifieke geneesmiddelen of geneesmiddelgroepen grote

VRAAG

Kunt u aangeven wanneer de beschikbaarheid en leveringszekerheid van de geneesmiddelen volgens u voldoende op orde is?

Antwoor

Geneesmiddelentekorten zijn doorgaans niet aan één nationale of internationale oorzaak toe te schrijven, maar komen voort uit een complexe, sterk internationaal verweven productie- en toeleveringsketen. Ondanks alle ingezette maatregelen zullen daarom overmachtssituaties blijven bestaan die kunnen leiden tot tekorten voor patiënten. Daarom blijft het kabinet zich samen met alle partijen in de geneesmiddelenketen inzetten om de beschikbaarheid van geneesmiddelen te verbeteren. In het voorjaar van 2027 zal het kabinet de Kamer informeren over de voortgang van de ingezette maatregelen en de plannen om de beschikbaarheid van

VRAAG

Hoeveel medische hulpmiddelen zijn sinds 2021 van de Nederlandse markt gehaald wegens de kosten van hercertificering onder de Europese verordening voor medische hulpmiddelen (MDR)? Om welke toepassingen gaat het, en welke nationale maatregelen neemt u om verlies van

Antwoor

---

[105] Kamerstuk II, 2025-2026, 29477, nr. 981

[106] Postma DJ, De Smet PAGM, Mantel-Teeuwisse AK, et al. Upstream pharmaceutical supply chains of 10 high-use pharmaceuticals in the Netherlands: a cohort study. BMJ Open 2025;15:e099697. doi: 10.1136/bmjopen-2025-099697

[107] https://hcss.nl/news/dynamics-of-de-risking-towards-resilient-supply-chains-for-antibiotics-drones-and-the-electricity-grid-in-the-

Er is geen landelijk overzicht van het aantal medische hulpmiddelen dat sinds 2021 specifiek vanwege de kosten van certificering onder de MDR van de Nederlandse markt is gehaald. Fabrikanten kunnen om verschillende redenen besluiten een hulpmiddel niet langer op de Europese markt aan te bieden en zijn niet altijd transparant over de beweegredenen. Hierdoor is ook niet vast te

Nederland zet zich bij de huidige herziening van de MDR en IVDR breed in voor een betere balans tussen veiligheid, beschikbaarheid en innovatie. Daarbij zet Nederland onder meer in op vereenvoudiging van regelgeving, vermindering van onnodige administratieve lasten en een beter werkbaar certificeringsproces, met behoud
van een hoog niveau van patiëntveiligheid. Specifieke aandacht gaat daarbij ook uit naar

VRAAG

Hoeveel van de in de zorg gebruikte AI-toepassingen kwalificeren als hoogrisicosysteem onder de AI-verordening die per 2 augustus 2027 in werking treedt? Hoeveel fte zet de IGJ in voor dat toezicht en wat gebeurt er met toepassingen die op die datum niet conform zijn?

Antwoor

Op 27 juli jl. is de AI-omnibus in werking getreden, waarmee de tijdlijn voor o.a. hoog-risico AI-systemen die ingebed zijn in medische hulpmiddelen met een jaar is opgeschoven. De regels uit de AI-verordening voor deze AI-systemen zijn van toepassing vanaf 2 augustus 2028[108]. VWS heeft de IGJ middelen toegezegd voor het vormgeven van het toezicht op de AI-verordening in de zorgsector. Op dit moment is de IGJ nog bezig met die voorbereiding, zodat op 2 augustus 2028

Het Ministerie van VWS houdt geen overzicht bij van het aantal AI-toepassingen die op dit moment in gebruik zijn in de Nederlandse zorg. Een aanbieder die een product in de handel brengt of in gebruik stelt is zelf verantwoordelijk voor het uitvoeren van een conformiteitsbeoordeling. AI-systemen die niet conform zijn mogen niet in de handel gebracht worden. Waarbij reeds in de handel gebrachte hoog-risico AI-systemen slechts onder bepaalde omstandigheden een nieuwe conformiteitsbeoordeling hoeven te doorlopen[109]. De wijze waarop toezicht vorm wordt gegeven en welke maatregelen genomen worden wanneer toepassingen niet

VRAAG

Welk bedrag binnen de beleidsagenda medische technologie gaat naar robotica voor beeldgestuurde therapieën en naar arbeidsbesparende medische technologie, en hoe verhoudt €5 miljoen per jaar van 2028 tot en met 2036 zich tot de ambitie dat Nederland in 2035 het sterkste MedTech-ecosysteem

Antwoor

Samen met de minister van Economische Zaken en Klimaat stuur ik voor de begrotingsbehandeling VWS de beleidsagenda medische technologie naar de Tweede Kamer. Met deze beleidsagenda informeren wij u hoe het kabinet de ambitie gaat verwezenlijken en welke

VRAAG

Hoe beoordeelt u dat een Nederlands bedrijf in augustus 2026 als eerste ter wereld toelating kreeg van de Amerikaanse toezichthouder voor een autonome bloedafnamerobot, terwijl automatisering van bloedafname in deze begroting niet voorkomt en welke belemmeringen

Antwoor

[108] Zie ook de communicatie van de Europese Commissie op https://digital-strategy.ec.europa.eu/nl/news/ai-omnibus-enters-force
[109] Zie ook p. 24 uit het Interplay-document van de Artificial Intelligence Board (AIB) and the Medical Device Coordination Group

De Nederlandse ziekenhuizen gaan over hun eigen inkoopbeleid van medische technologie, vandaar dat dit niet opgenomen is in de begroting van VWS. Het kabinet is wel voorstander van technologieën die bij kunnen dragen aan het oplossen van het arbeidstekort in de zorg. Daarom zijn er afspraken gemaakt met het veld en wordt
in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) onder andere gewerkt aan de randvoorwaarden voor het implementeren en opschalen van effectieve medische technologie. Bij implementatie en opschaling van medische technologie kunnen meerdere belemmeringen spelen

VRAAG

Hoe wordt de €22,895 miljoen aan subsidies voor de curatieve ggz in 2027 verdeeld over vertrouwenswerk, cruciale ggz, complexe casuïstiek, samenwerking met het sociaal domein en

Antwoor

Het ministerie van VWS stelt in 2027 € 22,9 miljoen beschikbaar voor het verstrekken van subsidies ter bevordering van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de curatieve geestelijke

Voor de uitvoering van de Wvggz, en voor de implementatie van het wetsvoorstel Evaluatiewet Wvggz en Wzd (Wet zorg en dwang), is in 2027 circa € 11 miljoen beschikbaar. Voor het vertrouwenswerk van de pvp is € 7,9 miljoen beschikbaar en voor die van de fvp € 1,7 miljoen. Het overige bedrag van € 1,4 miljoen is gereserveerd voor activiteiten met betrekking tot Evaluatie Wvggz en Wzd

Voor de aanpak van verwarde personen is in 2027 € 4,9 miljoen beschikbaar. Er is € 3,8 miljoen gereserveerd voor continuering van het Actieprogramma Grip op Onbegrip. Een bedrag van circa € 1 miljoen is bestemd voor het landelijk bureau Zorg- en Veiligheidshuizen en het coördinatiepunt

Van het beschikbare budget gaat verder € 3,7 miljoen naar de afspraken die voortvloeien uit het AZWA ter versterking van de samenwerking tussen het sociaal domein, de huisartsen en de ggz. Een bedrag van ca.
€ 1,6 miljoen is gereserveerd voor de totstandkoming van (een netwerk van) goed vindbare,

Ook is een bedrag van ca. € 2 miljoen beschikbaar voor kwaliteitstransparantie en uitkomstgerichte zorg met als doel het verbeteren van passende zorg door het structureel beschikbaar maken en benutten van kwaliteitsinformatie ten behoeve van samen beslissen, leren en verbeteren in de praktijk, en het

Een bedrag van € 1,5 miljoen is gereserveerd voor de opstelling van regionale plannen van aanpak en implemen-tatie van de gespreksleidraad cruciale ggz. Er is € 1,3 miljoen beschikbaar voor Nemesis 3. Dit is de derde uitvoering van een meerjarige studie gericht op het verkrijgen van actuele informatie over de prevalentie, incidentie en het beloop van psychische aandoeningen van personen tussen 18-75 jaar en om aan te tonen wat investeren in de psychische gezondheid

VRAAG

Welk bedrag is in 2026 en 2027 gemoeid met de inzet van professionele tolken in de huisartsenzorg, de ggz, de MSZ en de acute zorg? Uit welk kader wordt dat betaald, en gelden er grenzen aan de

Antwoor

In de Kamerbrief van 27 november 2023 is uw Kamer geïnformeerd over onder andere de bekostiging van de inzet van tolken in de Zorgverzekeringswet.[110] Voor de huisartsenzorg, de ggz en de msz is de bekostiging van de inzet van professionele tolken verschillend vormgegeven. De ggz kent sinds 2022 een prestatiebeschrijving «toeslag inzet tolk» in het zorgprestatiemodel. Deze prestatie kan als toeslag op consulten en groepsconsulten voor de inzet van een professionele tolk worden

[110] Tweede Kamer, Vergaderjaar 2023-2024, 36 410 XVI,

prestatiebeschrijving. Voor 2026 is nog geen inzicht in de kosten voor de inzet van professionele tolken in de ggz en de eerstelijns kraam- en verloskundige zorg via de toeslagprestatie, gezien 2026 nog loopt en nog niet alle declaraties zijn gedaan.

Voor de andere sectoren is er geen separate betaaltitel en is er dus ook geen inzicht in de precieze kosten van de inzet van tolken in deze sectoren.

De kosten van de inzet van tolken vallen binnen de respectievelijke kaders van de desbetreffende

Daarnaast wordt vanuit VWS een subsidie verleend aan Pharos van 7 ton tot en met 2029 om zorgprofessionals te ondersteunen bij het implementeren van de richtlijn "Omgaan met taalbarrières in de zorg en het sociaal domein».[111] Deze richtlijn helpt zorgverleners een professionele tolk in te zetten

Eventuele grenzen aan de inzet per patiënt of per jaar kunnen onderwerp van gesprek zijn tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder.

VRAAG

Welke reeds aangegane verplichtingen maken het OVV-budget van €81,7 miljoen voor 100 procent juridisch verplicht, terwijl de zorg nog geleverd moet worden, en welk deel kan de

Antwoor

Het OVV-budget is een raming van de zorgkosten. Zorgaanbieders bieden medisch noodzakelijke zorg aan en zullen de zorgkosten proberen te verhalen op de onverzekerde patiënt. Als dit niet lukt en de zorgaanbieder met een onbetaalde factuur blijft zitten, dan kan de zorgaanbieder een beroep doen op de SOV of OVV. Het CAK moet in dat geval deze declaratie uitbetalen (mits voldaan is aan de door het CAK uitgevoerde controles). De SOV en OVV zijn dus open-einde-regelingen dat

VRAAG

Welke middelen zijn in 2027 beschikbaar voor onderzoek naar sekse- en genderspecifieke verschillen bij aandoe-ningen die niet uitsluitend bij vrouwen voorkomen?

Antwoor

Voor het Kennisprogramma Vrouwspecifieke Gezondheid, dat ZonMw in opdracht van VWS uitvoert, is in totaal
€ 15 miljoen beschikbaar. Dat loopt van 2024 tot 2030. Binnen ZonMw wordt het budget niet zozeer over jaren verdeeld, maar over programmalijnen en subsidierondes. Op basis van de huidige planning worden er binnen het Kennisprogramma Vrouwspecifieke Gezondheid in 2027 geen nieuwe subsidierondes opengesteld voor onderzoek naar aandoeningen die niet uitsluitend bij vrouwen voorkomen. Wel gaan in 2027 de onderzoeksprojecten van start die later dit jaar worden

Daarnaast is het ook in andere ZonMw-programma's mogelijk om aanvragen in te dienen rondom sekse- en genderverschillen en/of vrouwspecifieke aspecten van gezondheid en zorg. Sommige programma's openen bovendien rondes expliciet gericht op vrouwengezondheid. In 2027 zal bijvoorbeeld een ronde rondom mentale gezondheid van vrouwen en meisjes geopend worden binnen het nieuwe Onderzoeksprogramma GGZ, en zal binnen het Goed Gebruik Geneesmiddelen programma in de eerste helft van 2027 een ronde openen rondom

[111] Richtlijn «Omgaan met taalbarrières in de zorg en het sociaal

VRAAG

Op welke wijze wordt in de opdrachten en subsidies aan IKNL, de Nederlandse Kankerregistratie en andere kwaliteitsregistraties geborgd dat gegevens naar sekse en

Antwoor

In de Nederlandse Kankerregistratie (NKR) en andere kwaliteitsregistraties wordt geslacht bij geboorte (sekse) routi-nematig vastgelegd als onderdeel van de registratie van patiëntkenmerken. Hierdoor kunnen analyses, rapportages en wetenschappelijke onderzoeken standaard worden uitgesplitst naar sekse wanneer dit relevant is voor de onderzoeksvraag of kwaliteitsmonitoring. Bij de uitvoering van onderzoek en rapportages wordt beoordeeld of uitsplitsing naar sekse noodzakelijk en zinvol is voor de interpretatie van resultaten en het identificeren van verschillen

Voor gender geldt dat deze informatie momenteel niet structureel wordt vastgelegd binnen de NKR en de meeste kwaliteitsregistraties. Hierdoor zijn analyses naar gender slechts beperkt mogelijk. Waar relevant en haalbaar wordt in onderzoeksprojecten aandacht besteed aan sekse- en gendergerelateerde verschillen, bijvoorbeeld door aanvullende dataverzameling, koppeling met andere databronnen of het expliciet meenemen van deze aspecten in de onderzoeksopzet.

VRAAG

Welk deel van de circa €11 miljoen voor de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Evaluatiewet Wvggz en Wzd gaat naar patiëntvertrouwenspersonen en welk deel naar

Antwoor

In 2027 is voor de patiëntenvertrouwenspersonen € 7,9 miljoen beschikbaar en voor de familievertrouwenspersonen

VRAAG

Hoeveel patiënten en naasten kunnen in 2027 gebruikmaken van deze vertrouwenspersonen en hoe verhoudt dit zich tot het gebruik in 2025 en 2026?

Antwoor

De cijfers over de patiëntenvertrouwenspersonen (pvp) en familievertrouwenspersonen (fvp) worden jaarlijks gepubliceerd in de Ketenmonitor Wvggz[112]en in de jaarverslagen van de Stichting PVP en Landelijke Stichting Familievertrouwenspersonen. De volgende aantallen zijn gepubliceerd:

- 2025 12.987 (pvp) en 2.401 (fvp)
- 2024 13.474 (pvp) en 2.326 (fvp)
- 2023 13.442 (pvp) en 2.359 (fvp)

De cijfers over het jaar 2026 zijn nog niet volledig en openbaar gemaakt, nu het jaar nog loopt. De verwachting is dat deze cijfers in lijn zullen zijn met de cijfers over de jaren ervoor. Er is geen maximum gesteld aan het aantal patiënten en naasten dat gebruik kan maken van deze diensten. Tot nu toe zijn de cijfers tamelijk constant en er zijn geen signalen dat dit in 2027 anders zal zijn.

[112] Ketenmonitor Wvggz | Informatiepunt dwang in

VRAAG

Hoe wordt de €3,7 miljoen uit het AZWA voor samenwerking tussen sociaal domein, huisartsen en ggz verdeeld over regio's en activiteiten?

Antwoor

Dit betreft middelen die op de VWS-begroting zijn gereserveerd voor maatregelen die samenhangen met het AZWA, w.o. een reservering voor betrouwbare eCommunities voor volwassenen met mentale problemen of psychische stoornissen en middelen voor kwaliteitstransparantie en uitkomstgerichte zorg (met als doel het verbeteren van passende zorg door het structureel beschikbaar maken en benutten van kwaliteitsinformatie ten behoeve van samen beslissen). Het is niet mogelijk om bovengenoemde activiteiten te verdelen over de

VRAAG

Hoeveel van de in totaal €15 miljoen voor het onderzoeksprogramma vrouwspecifieke aandoeningen is in 2027 beschikbaar?

Antwoor

Binnen ZonMw wordt het budget niet zozeer over jaren verdeeld, maar over programmalijnen en subsidier-ondes. Dat maakt het lastig om de middelen per jaar op te splitsen. In 2027 wordt naar verwachting een
nieuwe subsidieronde binnen het Kennisprogramma Vrouwspecifieke Gezondheid opengesteld voor onderzoek naar gynaecologische aandoeningen. Binnen deze ronde is € 3 miljoen beschikbaar voor kennisontwikkeling rondom bekenbodemproblemen, cyclusstoornissen en cyclusgerelateerde buikpijn, en hormoongerelateerde aandoeningen. De tweede programmalijn van het Kennisprogramma Vrouwspecifieke Gezondheid gaat over auto-immuunziektes en migraine. In 2027 gaan projecten van start binnen de tweede programmalijn die eind 2026 gehonoreerd worden. In deze ronde is € 2,25 miljoen beschikbaar voor onderzoek naar auto-immuunziektes en migraine. Ook is er een bedrag van € 2 miljoen beschikbaar gesteld voor programmalijn 3 over netwerkvorming, infrastructuur, implementatie en bewustwording. Dit

VRAAG

Kan het voor 2027 beschikbare bedrag voor vrouwspecifieke aandoeningen worden uitgesplitst naar aandoening, onderzoeksprogramma, subsidieontvanger en type onderzoek?

Antwoor

Het Kennisprogramma Vrouwspecifieke Gezondheid, dat ZonMw uitvoert in opdracht van VWS, is verdeeld in drie programmalijnen. Binnen ZonMw wordt het budget niet zozeer over jaren verdeeld, maar over programmalijnen en subsidierondes. Dat maakt het lastig om de middelen per jaar op te

1. De eerste lijn gaat specifiek over gynaecologische aandoeningen. In deze programmalijn wordt in 2027 een tweede ronde opengesteld waar projectgroepen zich voor kunnen inschrijven. In deze subsidieoproep is
   € 3 miljoen beschikbaar voor nieuwe kennisontwikkeling rondom drie aandoeningen: bekkenbodemproblemen, cyclusstoornissen en cyclusgerelateerde buikpijn, hormoongerelateerde aandoeningen. Bij de eerste ronde van deze programmalijn diende de projectgroep minimaal te bestaan uit onderzoekers verbonden aan onder-zoeksorganisaties of
2. een universitair medisch centrum en relevante vertegenwoordigers van maatschappelijke organisaties. In de eerste ronde van deze programmalijn lag de focus op klinisch en translationeel onderzoek. De tweede programmalijn van het Kennisprogramma Vrouwspecifieke Gezondheid gaat over auto-immuun-ziektes en migraine. In 2027 gaan projecten van start binnen de tweede programmalijn die eind 2026 gehonoreerd worden. Voor deze ronde is € 2,25 miljoen beschikbaar voor onderzoek naar auto-immuunziektes en migraine. Het thema auto-immuunziektes gaat specifiek over reumatoïde artritis, MS, schildklieraandoe-

uit onderzoekers verbonden aan onderzoeksorganisaties of een universitair medisch centrum en relevante vertegenwoordigers van maatschappelijke organisaties. Deze programmalijn richt zich specifiek op innovaties klinisch onderzoek.

3. De laatste programmalijn binnen het Kennisprogramma Vrouwspecifieke Gezondheid richt zich op de vorming van een landelijk multidisciplinair samenwerkingsverband rondom vrouwengezondheid. Deze subsidieoproep is in 2026 opengesteld en dat project gaat begin 2027 van start met een looptijd van drie jaar. Daar is € 2 miljoen beschikbaar voor gesteld.

VRAAG

Welke vrouwspecifieke aandoeningen vallen binnen het programma en op grond van welke criteria zijn deze geselecteerd?

Antwoor

De prioritaire aandoeningen uit programmalijn 1 van het Kennisprogramma Vrouwspecifieke Gezondheid zijn aangewezen op basis van een urgentie- en wittevlekkenanalyse uit het rapport 'Maatschappelijk acceptatie vrouwspecifieke aandoeningen[113]'. Uit deze analyse bleek dat voor bekkenbodemproblemen, cyclusstoornissen, en hormoongerelateerde aandoeningen nieuwe kennisontwikkeling het meest urgent is. Voor deze drie thema's bleek zowel de incidentie als prevalentie hoog. Vrijwel elke vrouw in haar leven krijgt te maken met één of meer aandoeningen die vallen binnen een van die thema's. Daarnaast krijgen en vragen vrouwen en meisjes niet altijd de benodigde hulp door onvoldoende kennis en is de impact op de kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie groot.

De gynaecologie is niet het enige somatisch specialisme waar vrouwspecifieke problematiek speelt. Programmalijn 2 richt zich daarom op nieuwe kennisontwikkeling op het gebied van vrouwspecifieke problematiek bij niet-gynae-cologische somatische specialismen. Hierbij wordt bovendien de focus gelegd op aandoeningen die voornamelijk bij vrouwen voorkomen en tot nu toe in onderzoek onderbelicht zijn en/of voor vrouwen tot lange zoektochten
tot diagnose kunnen leiden in de zorg, omdat ze gepaard gaan met vaak langdurig onverklaarde of onbegrepen klachten. Deze programmalijn richt zich op migraine en auto-immuunziektes. Voor deze aandoeningen geldt namelijk dat ze voornamelijk bij vrouwen voorkomen en dat er een belangrijke rol weggelegd lijkt te zijn voor de vrouwelijke hormonen en hormonale cyclus in het

VRAAG

Wat is het meest recente aantal wachtenden in de ggz buiten de Treeknorm, uitgesplitst naar diagnosegroep en regio?

Antwoor

Het meest recente landelijke beeld van het aantal wachtplekken stamt uit oktober 2024. Toen viel 67,0% van de wachtplekken voor een aanmeldgesprek en 38,7% voor behandeling buiten de Treeknorm. In totaal waren er 62.598 wachtplekken buiten de Treeknorm, tegenover 46.280 binnen de Treeknorm. Dit betrof wachtplekken en geen unieke wachtenden, omdat iemand op meerdere

In 2025 is de NZA gestopt met het uitvragen van de wachtplekken. Wel geeft het dashboard Zicht op zorgaan-bieders[114] inzicht in de instroom bij de ggz en wachttijden (hoe lang mensen die een behandeling binnen de ggz hebben gehad daadwerkelijk hebben gewacht hierop), uitgesplitst naar regio en diagnosegroep. Met ingang van 2026 zijn de wachttijden voor aanbieders met één vestiging gebaseerd op een nieuwe systematiek, waarbij deze wachttijdgegevens (instroomaantallen en wachttijden) automatisch worden afgeleid uit declaratiedata. Wachttijden voor aanbieders met meerdere vestigingen worden in 2026 nog gebaseerd op aanlevering bij het Zorgbeeldportaal en vanaf 2027 gaat de nieuwe systematiek ook voor hen in.

[113] NVOG (2023). *Maatschappelijke acceptatie van vrouwspecifieke aandoeningen*. NVOG. NVOG-rapport-maatschappelijke-acceptatie-van-vrouwspe-cifieke-aandoeningen.pdf
[114] https://www.zichtopzorgaanbieders.nl/

Nu er wordt overgestapt op een nieuwe systematiek wordt verkend hoe op basis van deze retrospectieve gegevens ook inzicht kan worden verkregen in het actuele aantal wachtenden.

VRAAG

Waarom bevat tabel 25 uitsluitend oudere wachtlijstgegevens en waarom zijn in de begroting geen actuele realisatie- en streefwaarden voor 2027 opgenomen?

Antwoor

Zoals uiteengezet in de beantwoording van vraag 406, wordt sinds 2026 gefaseerd overgestapt op een nieuwe manier van dataverzameling en wordt - met het oog hierop- al sinds 2025 geen actueel aantal wachtenden meer uitgevraagd. Tabel l 25 bevat daarom oudere wachtlijstgegeven, namelijk uit 2024. Omdat bij de overgang naar de nieuwe meetmethode eerst een voldoende complete en stabiele nieuwe gegevensreeks moet worden opgebouwd, zijn voor 2027 zijn geen actuele realisatie- en streefwaarden opgenomen. Een streefwaarde op basis van de oude wachtlijstregistratie zou niet één-op-één aansluiten op de retrospectief gemeten wachttijden en zou daardoor een onzuivere vergelijking opleveren.

VRAAG

Welk deel van de middelen voor leveringszekerheid en productiecapaciteit wordt in 2027 besteed aan productie van geneesmiddelen in Nederland en welk deel aan productie elders in Europa?

Antwoor

Alle middelen voor productiecapaciteit die in 2027 besteed worden, worden besteed aan (het behoud van) productiecapaciteit in Nederland. Het kabinet heeft op dit moment geen middelen op de begroting staan die direct besteed worden aan productiecapaciteit elders in Europa. Het stimuleren van productie in Europa doet het kabinet, samen de andere EU-lidstaten, bijvoorbeeld via de Verordening Kritieke Geneesmiddelen (Critical Medicines Act). Recent is een voorlopig politiek akkoord bereikt.[115] Financiële middelen om productie in Europa te stimuleren via deze verordening maken onderdeel uit van het Meerjarig Financieel Kader van de Europese Unie. De onderhandelingen hierover zijn momenteel gaande.

VRAAG

Voor hoeveel verschillende geneesmiddelen wordt met de €8,7 miljoen die beschikbaar is voor het aanhouden van een voorraad kritieke geneesmiddelen een aanvullende voorraad gefinancierd en hoe is dit verdeeld over de verschillende categorieën kritieke geneesmiddelen?

Antwoor

De extra voorraad van kritieke geneesmiddelen beslaat in totaal ongeveer 1800 geneesmiddelen.[116] Van deze geneesmiddelen komt ongeveer 70% uit de oranje categorie van de Nederlandse lijst kritieke geneesmiddelen, 20% uit de rode categorie, en 10% zijn essentiële

VRAAG

Zijn er programma's vanuit het ministerie om overmedicatie, verspilling van medische hulp- en geneesmiddelen en producten tegen te gaan en hergebruik ervan te bevorderen?

Antwoor

---

[115] Kamerstuk II, 2025-2026, 29477, nr. 981
[116] Dit aantal is op basis van Z-Index nummers van geneesmiddelen. Een ZI-nummer is een uniek identificatienummer voor een artikel, toegekend door Z-Index B.V. Iedere werkzame stof, dosering, toedieningsvorm, maar ook bijvoorbeeld verpakkingsgrootte van een medicijn heeft een ander ZI-nummer.
[117] https://lcg.nl/lijst-kritieke-geneesmiddelen/

Ja, het voorkomen van verspilling van medicijnen en medische hulpmiddelen is onderdeel van verschil-lende beleidsvraagstukken waar VWS aan werkt, waaronder beschikbaarheid en goede farmaceutische en hulpmiddelenzorg.

Verspilling voorkomen begint, aan de voorkant, met het gepast voorschrijven en verstrekken van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen aan patiënten en hen ondersteunen bij het juist gebruiken. Voor geneesmiddelen is het daarom belangrijk dat we ruimte maken voor de zorgverlenende rol van apothekers. Dat doet het kabinet in de uitvoering van de Visie Eerstelijnszorg en verschillende andere trajecten met het apotheekzorgveld. Ook is VWS in gesprek met de betrokken veldpartijen over de optimale inzet van zorgverlening die bijdraagt aan

Daarnaast werkt VWS aan het wettelijk mogelijk maken van heruitgifte van ongeopende geneesmiddelen. Voor medische hulpmiddelen is dit al mogelijk.

Ook in de praktijk zijn er naar aanleiding van de Green Deal Duurzame Zorg allerlei impactvolle en schaalbare initia-tieven die zorgprofessionals invoeren om verspilling van genees- en hulpmiddelen te voorkomen. Bijvoorbeeld slim voorraadbeheer of kritisch kijken naar herhaalrecepten. Daarnaast zien we bij medische hulpmiddelen dat zorgverleners waar mogelijk steeds vaker wegwerp door herbruikbaar vervangen. Ik juich deze initiatieven toe en ondersteun

VRAAG

Welk arbeidsbesparend effect is geraamd van automatisering en robotisering in diagnostiek, laboratoria en logistiek? Is dat effect verwerkt in de arbeidsmarktramingen voor 2027 tot en met

Antwoor

Binnen het AZWA en het HLO zijn afspraken gemaakt over de inzet van arbeidsbesparende kunstmatige intelligentie (AI) en technologische innovaties. Automatisering en robotisering maken daar onderdeel vanuit. In het kader
van de Arbeidsmarktprognose zorg en welzijn 2025 is een scenario Beleid doorgerekend waarin boven op het Referentiescenario (scenario waarin alleen demografische ontwikkelingen plus trends die zichtbaar zijn in de realisatiecijfers, zijn verwerkt) ook de verwachte effecten van een aantal relevante beleidsmaatregelen en akkoorden zijn meegenomen. Dit ging ook om de ambities die partijen binnen het AZWA en HLO gezamenlijk
hebben afgesproken op het terrein van arbeidsbesparing. Voor arbeidsbesparende kunstmatige intelligentie (AI) en technologische innovaties is daarbij op basis van de afgesproken ambities in

VRAAG

Hoeveel expertisecentra voor zeldzame aandoeningen zijn inmiddels erkend, welk bedrag is in 2027 beschikbaar voor de beoordeling van die erkenningen, en welk deel van de beschikbaarheidbijdrage academische zorg gaat naar deze centra?

Antwoor

Op dit moment zijn in Nederland 364 expertisecentra voor zeldzame aandoeningen erkend. In 2027 is € 1,5 miljoen beschikbaar voor het beoordelen van erkenningen van expertisecentra voor zeldzame aandoeningen. Met deze erkenningen wordt beoogd een landelijk netwerk van

Binnen de beschikbaarheidbijdrage academische zorg (BBAZ) is geen afzonderlijk bedrag opgenomen voor erkende expertisecentra voor zeldzame aandoeningen. Naast eventuele financiering via de BBAZ verkrijgen expertisecentra ook inkomsten via de vergoede zorg die zij verlenen.

VRAAG

Welk bedrag is in 2027 belegd met registers voor zeldzame en aangeboren aandoeningen, waaronder het Eurocat-register, en met deelname aan de Europese referentienetwerken?

Antwoor

In 2027 is € 708.000 beschikbaar voor het Eurocat-register bij het UMCG, waarin aangeboren aandoeningen worden geregistreerd.

Daarnaast kunnen aandoeningsgerichte registers worden ondersteund via projectsubsidies van ZonMw. Zo is binnen het programma Goed Gebruik Geneesmiddelen € 2,5 miljoen beschikbaar voor de subsidieronde Onderzoek met Bestaande Data. Een deel van de middelen binnen toegekende projecten moet worden besteed aan het verbeteren van de kwaliteit en herbruikbaarheid van het gebruikte register. Dit bedrag is niet specifiek bestemd voor registers voor zeldzame en aangeboren aandoeningen. Welk deel hiervan in 2027 aan dergelijke registers ten goede komt, is daarom niet vast te stellen.

Voor de deelname aan de Europese referentienetwerken (ERN's) is op de VWS-begroting geen afzonderlijk bedrag opgenomen. De Europese Commissie financiert de werking en coördinatie van de 24 ERN's rechtstreeks. Voor de periode 2023–2027 is hiervoor in totaal € 77,4 miljoen beschikbaar vanuit het EU4Health-

VRAAG

Welke resultaten heeft PharmaNL, waarvoor in 2027 €22,4 miljoen beschikbaar is en dat door ZonMw wordt gecoördineerd, tot nu toe opgeleverd en wanneer loopt het af?

Antwoor

PharmaNL is een nationaal groeifondsproject waarbij VWS het coördinerende departement is. Het project loopt tot en met 2030 en heeft als doel in gedeelde infrastructuur en in passend opleidingsaanbod te investeren. Vanuit VWS en het Nationaal Groeifonds wordt PharmaNL gemonitord, waarbij onder andere gekeken wordt naar indicatoren als het aantal verkregen octrooien en het aantal spin-off en spin-out bedrijven. PharmaNL heeft tot nu toe subsidie toegekend aan 7 infrastructuurprojecten en 9 opleidingen. De resultaten van deze projecten zullen de komende jaren inzichtelijk worden.

VRAAG

Wat is het tijdpad voor de nieuwe regeling zorgkosten onverzekerden waarin de SOV en de OVV opgaan? Blijven beide doelgroepen in begroting en jaarverslag afzonderlijk zichtbaar en krijgen het CAK en de NZa de bevoegdheid declaraties inhoudelijk te toetsen?

Antwoor

Het ministerie van VWS voert op dit moment gesprekken met alle deelsectoren waarin wordt teruggekeken op het gebruik van de SOV en OVV en vooruit wordt gekeken naar de nieuwe regeling zorgkosten onverzekerden. Eind dit jaar zal het wetgevingstraject worden opgestart. De wijze waarop de zorgkosten van de nieuwe regeling worden opgenomen in de begroting en jaarverslag worden

De mogelijkheid om materiële controles uit te voeren (om declaraties inhoudelijk te toetsen), zoals zorgverzekeraars dat doen, is onderdeel van de uitwerking van de nieuwe regeling. Deze bevoegdheid past inhoudelijk niet bij het CAK en de NZa. Om die reden wordt verkend of andere samenwerkingen kunnen worden opgezet om waar nodig materiële controles uit te voeren.

VRAAG

Welke gegevens registreert het CAK bij OVV-declaraties, zoals verblijfstitel, nationaliteit en verblijfsduur, welke verificatie vindt plaats met de vreemdelingenketen, en welk bedrag is achteraf verhaald op patiënten die wel verzekerd bleken?

Antwoor

Het CAK vraagt van de zorgaanbieder om bij een declaratie de volgende gegevens aan te leveren: initialen, geslacht, geboortejaar en nationaliteit. Het gaat bij de regeling onverzekerbare vreemdelingen veelal om ongedocumen-teerde personen die vaak anoniem en dakloos in Nederland verblijven en zich niet in Nederland mogen verzekeren voor de Zorgverzekeringswet. De zorgkosten kunnen alleen op de patiënt worden verhaald als betrokkene dit zelf kan betalen.

VRAAG

Om hoeveel personen gaat het bij de €2,3 miljoen voor ontheemden uit Oekraïne in de SOV-raming? Hoe verhoudt die post zich tot de afzonderlijke regeling SOV Oekraïne in het subsidieoverzicht, en

Antwoor

De raming van € 2,3 miljoen voor ontheemden uit Oekraïne in de SOV-raming is niet gebaseerd op het te verwachte aantal personen, maar op basis van zorgkostenontwikkelingen in de afgelopen jaren en beleidsontwikkelingen. Het gaat vaak om ontheemden die nog niet onder de regeling medische zorg ontheemden uit Oekraïne (RMO) van het ministerie van AenM vallen, omdat zij nog niet zijn geregistreerd in de BRP. Deze zorgkosten komen daarom ten laste van de SOV (er is geen speciale regeling SOV

Om deze zorgkosten zichtbaar te maken levert het CAK een aparte begroting en verantwoording voor deze zorgkosten en worden deze zorgkosten ook herkenbaar opgenomen in de begroting en

VRAAG

Welk instrument vervangt de per 1 januari 2026 gestopte subsidieregeling Veelbelovende Zorg, waarvan de betalingsverplichtingen doorlopen tot en met 2033, en hoe wordt omgegaan met de beperktere bewijslast bij kleine patiëntgroepen?

Antwoor

De subsidieregeling veelbelovende zorg (VeZo) is per 1 januari 2026 beëindigd. Er is geen een-op-een vervangend instrument dat dezelfde functie heeft. Er zijn wel enkele instrumenten die delen van de functie van de subsidiere-geling veelbelovende zorg overnemen, zoals de Doelmatigheidsonderzoeken, het Kaderprogramma Passende zorg, de voorwaardelijke toelating (VT) en het nieuweinstrument ‘Vergoeding in Onderzoek’ (ViO). Dit laatste instrument maakt het mogelijk om bestaande zorg waarbij onduidelijkheid over de effectiviteit is, tijdelijk te blijven vergoeden onder voorwaarde van onderzoek.

Zorg moet voor vergoeding uit het basispakket voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut heeft hiervoor een beoordelingskader opgesteld. Daarbij hanteert het Zorginstituut als uitgangspunt het best beschikbare bewijs. Dat wil zeggen dat rekening wordt gehouden met wat redelijkerwijs aan bewijs kan worden verkregen. Het onderzoeksdesign hoeft niet altijd een Randomised Controlled Trial (RCT, dubbelblind onderzoek) te zijn, ook een

VRAAG

Welke gevolgen heeft de Europese joint clinical assessment onder de HTA-verordening, die sinds 2025 geldt voor oncologische middelen en geavanceerde therapieën en vanaf 2028 voor weesgeneesmiddelen, voor de nationale pakketbeoordeling, en hoeveel capaciteit is daarvoor bij

Antwoor

Het Zorginstituut heeft vier fte gereserveerd voor het uitvoeren van de Joint Clinical Assessments (JCA). De
JCA-rapporten zijn geen nationale beoordeling, maar geven input voor de nationale beoordeling. De verwachting en bedoeling is dat wanneer een JCA beschikbaar is, voor de nationale farmacotherapeutische beoordeling minder capaciteit nodig is. Maar hiervoor is eerst een investering nodig (aanpassen procedures en templates).
De exacte tijdsbesparing wordt pas duidelijk wanneer hiermee ervaring is opgedaan. Zo ver is het nog niet. De farmaco-economische beoordeling staat hier los van en de JCA's hebben dus

VRAAG

Welke criteria hanteert het Zorginstituut voor opname van genoombrede diagnostiek in het basispakket, hoeveel aanvragen zijn sinds 2023 beoordeeld, en hoeveel daarvan zijn afgewezen wegens onvoldoende bewijs van meerwaarde?

Antwoor

Voor de beoordeling of genoombrede diagnostiek voor vergoeding vanuit het basispakket van de Zorgverzeke-ringswet in aanmerking komt, hanteert het Zorginstituut dezelfde systematiek en werkwijze als voor de beoordeling van andere diagnostiek. Het Zorginstituut heeft in 2025 een specifieke module gepubliceerd voor hoe zij predictieve moleculaire diagnostiek beoordelen. Deze module geeft meer inzicht op welke manier het beoordelingskader flexibiliteit biedt bij het

Het Zorginstituut heeft twee beoordelingen gedaan. De eerste betreft de vergoeding van uitgebreide moleculaire diagnostiek voor uitbehandelde kankerpatiënten in goede conditie, als uitwerking van motie Den Haan en Kuiken.[118] De tweede betreft de beoordeling van Whole Genome

De beoordeling van de uitwerking van motie Den Haan en Kuiken resulteerde in een negatief standpunt vanwege onvoldoende onderbouwing. De beoordeling van WGS resulteerde in een positief standpunt, het Zorginstituut concludeerde dat WGS voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Deze zorg wordt vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering.

VRAAG

Welk bedrag is in 2027 specifiek beschikbaar voor de uitvoering van het VN-verdrag

Antwoor

Voor de uitvoering van de werkagenda VN-verdrag 2025-2030 is er in 2027 € 145 miljoen beschikbaar vanuit
de verschillende begrotingen van onder andere VWS, OCW, SZW, VRO, BZK IenW en FIN. Met de voortgangsrap-portage Werkagenda VN-Verdrag Handicap 2025-2030 die eind dit jaar aan uw Kamer wordt verstuurd, geeft het kabinet een laatste stand van zaken over de uitvoering van de Werkagenda en het financiële beeld. Tegelijkertijd geldt dat ook beleid dat niet in de Werkagenda staat kan bijdragen aan de verdere uitvoering van het VN-Verdrag Handicap, zoals bijvoorbeeld inzet van medeoverheden en het gebied van ondersteuning, het toegankelijker maken van het OV en

VRAAG

Welke middelen zijn in 2027 beschikbaar voor de implementatie van de European Disability Card en hoe worden deze verdeeld over ontwikkeling, uitvoering, communicatie en toezicht?

Antwoor

[118] Kamerstukken II, 2020-21, 29 477,

In 2027 is € 3,3 miljoen beschikbaar voor de implementatie van de European Disability Card (EDC). De definitieve verdeling van deze middelen wordt nog vastgesteld. De beoogde uitvoeringsorganisatie werkt hiervoor een voorstel uit voor de definitiefase. Op basis van dit voorstel wordt de verdeling van de beschikbare middelen bepaald.

VRAAG

Hoeveel aanvragen voor de European Disability Card worden in 2028 verwacht en welke uitvoeringskosten zijn daarmee gemoeid?

Antwoor

In 2028 is € 8,5 miljoen beschikbaar voor alle te maken kosten voor de invoering van de EDC. Voor 2028 wordt uitgegaan van naar verwachting tussen de 60.000 en 80.000 kaarten. De specifieke uitvoeringskosten die met de aanvragen in 2028 gemoeid zijn, worden meegenomen in de verdere uitwerking van de uitvoeringsplanning door de beoogde uitvoeringsorganisatie.

VRAAG

Welke organisaties worden betrokken bij het vaststellen van de voorwaarden en voordelen die in Nederland aan de European Disability Card worden gekoppeld?

Antwoor

De EDC is voornamelijk een communicatiemiddel. Het is aan overheden en dienstverleners om te bepalen welke bijzondere voorwaarden en voorzieningen zij aan de EDC koppelen. Er wordt daarom niet één landelijk overzicht met voorwaarden en voordelen vastgesteld. Samen met verschillende partijen, waaronder ervaringsdeskundigen en hun vertegenwoordigende organisaties, (branche)organisaties van verschillende sectoren die de EDC mogelijk vrijwillig zullen

VRAAG

Hoe is de daling van het subsidiebudget voor ‘Inclusieve samenleving’ van €37,625 miljoen in 2026 naar

Antwoor

De daling van het subsidiebudget voor ‘Inclusieve samenleving’ van € 37,7 miljoen in 2026 naar € 26,6 miljoen in 2027 hangt vooral samen met de Stimuleringsregelingen Technologie in Ondersteuning en Zorg en E-Health Thuis. Voor deze regelingen geldt een meerjarig subsidieplafond, waarbij in 2026 meer kasuitgaven worden verwacht dan in 2027.

VRAAG

Hoeveel pashouders en gereden kilometers worden in 2027 geraamd voor het bovenregionaal gehandicapten-vervoer en welk gemiddeld tarief per kilometer ligt aan het budget van €71,8

Antwoor

Jaarlijks wordt de hoogte van het PKB en het HoogPKB door VWS vastgesteld op basis van de (verwachte) ontwikkeling van het aantal pashouders, het (verwachte) verbruik van de kilometerbudgetten en het beschikbare budget. Het aantal pashouders en de afgenomen kilometers is de afgelopen jaren redelijk stabiel. Voor 2027 is het aantal pashouders en gereden kilometers geraamd op de aantallen uit 2025. In 2025 waren er ruim 140.000 actieve pashouders. Het aantal gereden kilometers in 2025 was ruim 46,5 miljoen. De tarieven van de opdrachtnemer zijn

VRAAG

Waarom daalt het budget voor de doventolkvoorzieningen van €22,8 miljoen in 2026 naar €20,672

Antwoor

In het voorjaar 2026 is op basis van een raming van het UWV het budget voor de doventolkvoorziening bijgesteld. Het budget 2026 is eenmalig verhoogd van € 18,7 miljoen naar € 22,8 miljoen. Voor 2027 en latere jaren is het budget verhoogd naar € 20,7 miljoen. Met het UWV vindt in het vierde kwartaal 2026 nadere afstemming plaats over het budget voor 2027.

VRAAG

Kunt u aangeven waaraan de stijging van het budget voor palliatieve zorg en ondersteuning van €80,343 miljoen in 2026 naar €81,604 miljoen in 2027 precies wordt besteed, uitgesplitst naar

Antwoor

De stijging van het budget wordt veroorzaakt door een hoger budget in 2027 ten opzichte van 2026 voor de Subsidieregeling Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis.

VRAAG

Hoe wordt de €26,6 miljoen voor de inclusieve samenleving verdeeld over toegankelijke speeltuinen, regionale netwerken, eenzaamheid, wonen en zorg en overige onderdelen?

Antwoor

De € 26,6 miljoen voor de inclusieve samenleving is te verdelen in een aantal budgetten, zoals HLO Reablement (€ 4 miljoen), Stimuleringsregeling Technologie in Ondersteuning en Zorg (€ 17 miljoen), Inclusiepact (€ 1 miljoen) en Actieonderzoek verbetering toegang zorg (€ 1 miljoen).

VRAAG

Hoe wordt de jaarlijkse €2 miljoen voor de Centra Seksueel Geweld in de periode 2027–2029 verdeeld over de verschillende centra?

Antwoor

Momenteel wordt de inzet van de extra middelen besproken met betrokken partijen als de landelijke stichting van het CSG (LCSG) en de VNG. Bij het kiezen van bestedingsdoelen zal rekening gehouden worden met de tijdelijkheid van de beschikbare middelen.

Over de definitieve inzet van de middelen zal de Kamer geïnformeerd worden via de voortgangsbrief huiselijk geweld in december 2026.

VRAAG

Hoeveel extra slachtoffers kunnen door deze investering van €2 miljoen jaarlijks worden geholpen en welke ontwikkeling van de wachttijden wordt verwacht?

Antwoor

Er zijn geen gegevens bekend over de kosten per slachtoffer die door het Centrum Seksueel Geweld (CSG) wordt geholpen. Er zijn ook geen signalen van wachttijden bij het CSG zelf. Het is wel mogelijk dat een slachtoffer
bij vervolgzorg op een wachtlijst komt. Voor GGZ-hulp hebben de regionale CSG's afspraken met

VRAAG

Kan de totale inzet van €80 miljoen voor het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg in 2027 worden uitgesplitst naar begrotingsartikel, instrument, maatregel en uitvoerende organisatie?

Antwoor

In het onderstaande is een uitsplitsing van de HLO-budgetten 2027

Tabel 96 Uitsplitsing HLO-budgetten 2027

Onderwe	Bedrag (in	Begrotingsartikel		Uitvoerende
Beweging naar de voorkant	50 20	Art. 3	Subsidie/SPUK/Onderzoek	Zie nadere uitsplitsing in onderstaande tabel.
Uitvoering en monitoring	1	Art.	Subsidi	Subsidie voor 'Strategisch opleiden in zorg en welzijn'. De focus ligt op nieuwe instroom en doorstroom voor sectoren buiten het ziekenhuis.
Tota	**8**			

Nadere uitsplitsing 'beweging naar de voorkant'

Tabel 97 Nadere uitsplitsing 'beweging naar de voorkant' voor 2027.

Onderwe	Bedrag (in €	Toelichting en
Gelijkgericht aanbod mantelzorgers en	25	In het AZWA en HLO is aandacht voor het versterken van de mantelzorgondersteuning. Het ministerie van VWS, VNG, Sociaal Werk Nederland, Patiëntenfederatie Nederland en de Seniorencoalitie hebben hiertoe een handreiking opgesteld voor het inrichten van een 'gelijkgericht' ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers. Het ministerie van VWS heeft samen met de VNG en ZN een handreiking opgesteld om te komen tot logeerzorg. Deze handreikingen zijn gepubliceerd op www.zorgakkoorden.nl. Voor dit extra aanbod aan respijtzorg en mantelzorgondersteuning is 25 miljoen euro per jaar beschikbaar via de SPUK AZWA.
Reablement	4	Vervolg op het ZonMw programma Reablement. Dit is een programma voor het ophalen, bundelen, ontwikkelen en delen van kennis en ervaringen over reablement.
Maatschappelijke	3	Betreft een publiekscampagne om mensen voor te bereiden op het ouder worden.
Nationale	7	De uitvoering van de geactualiseerde Nationale Dementiestrategie (NDS) gericht op onderzoek naar dementie, een dementievriendelijke samenleving en passende zorg en ondersteuning. Als onderdeel daarvan gaan in het kader van zorg en ondersteuning middelen naar de (door)ontwikkeling van de basisfunctionaliteit dementie, de implementatie van de geactualiseerde Zorgstandaard Dementie en Dementie in Kaart. Voor de begrotingsbehandeling zal uw Kamer worden geïnformeerd via een voortgangsrapportage NDS.
Richtlijnontwikkeli	2	Voor de ontwikkeling van richtlijnen in het programma Richtlijnen artsen langdurige zorg (RAILZ).
Implementatie	7	
Kennisverspreiding en	1	
burgerinitiatieven	1	Het beter benutten van technologie in zorg en ondersteuning. Betreft onder andere subsidie een voorgenomen subsidieverstrekking aan ActiZ
Totaal beweging naar de	**5**	

VRAAG

Hoe wordt de €7 miljoen voor het beter benutten van technologie in zorg en ondersteuning verdeeld over projecten en zorgaanbieders?

Antwoor

Op dit moment werken de samenwerkende partijen (Actiz, ZN, ZorgThuis NL, Patiëntenfederatie Nederland en Verenso) binnen het cluster technologie van het HLO aan voorstellen om de implementatie en het gebruik van technologie in de praktijk te verbeteren. Deze voorstellen richten zich vooral op het verbeteren van de randvoorwaarden voor de inzet van technologie. In de voortgangsbrief over de uitvoering van het HLO

VRAAG

Hoe wordt de €6,5 miljoen voor de geactualiseerde Nationale Dementiestrategie verdeeld over onderzoek, een dementievriendelijke samenleving, de basisfunctionaliteit dementie, de Zorgstandaard Dementie en Dementie in Kaart?

Antwoor

De € 6,5 miljoen wordt ingezet voor thema 2 (dementievriendelijke samenleving) en thema 3 (leven met dementie) van de Nationale Dementiestrategie. Van dit bedrag is € 2,4 miljoen beschikbaar voor thema 2. Voor thema 3 is
€ 4,1 miljoen beschikbaar, onder andere voor Dementie in Kaart, de implementatie van de

VRAAG

Hoeveel zorggeschikte woningen worden naar verwachting gerealiseerd met de €126,7 miljoen die in 2027 voor de Stimuleringsregeling zorggeschikte woningen beschikbaar is?

Antwoor

Met de middelen die in 2027 op de begroting beschikbaar zijn voor de Stimuleringsregeling zorggeschikte woningen (SZGW), worden betalingen gedaan voor gehonoreerde aanvragen van september 2023 t/m 18 december 2026 (de sluitingsdatum van de ronde 2026). Bij het definitief worden van de omgevingsvergunning wordt 90% van
de subsidie betaald en 10% na realisatie. Bij een gemiddeld gehonoreerd bedrag van eerdere aanvragen van
€ 14.690 per woning (stand 1 juni 2026), kan met € 126,7 miljoen worden bijgedragen aan het realiseren van ruim 8.600 zorggeschikte woningen. Of deze bedragen daadwerkelijk worden

VRAAG

Welk gemiddeld subsidiebedrag per woning ligt aan het budget van €126,7 miljoen ten

Antwoor

Het gemiddeld gehonoreerd bedrag van eerdere aanvragen bedraagt € 14.690 per woning (stand 1 juni 2026). Daarmee kan met € 126,7 miljoen worden bijgedragen aan het realiseren van ruim

VRAAG

Welke middelen zijn in 2027 beschikbaar voor het programma Waardigheid en Trots en welke concrete resultaten moeten met de €19,8 miljoen worden behaald?

Antwoor

In 2027 is € 19,8 miljoen beschikbaar voor het programma Waardigheid

Waardigheid en Trots helpt aanbieders van ouderenzorg met de transitie zoals eerder bedoeld in het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en nu is opgenomen in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO).

De lopende periode van Waardigheid en Trots is gestart in 2023. Sinds de start van dat programma hebben 140 VVT zorgorganisaties een beroep gedaan op maatwerkondersteuning. Deze trajecten worden in 2027 afgerond. De verwachting is dat er daarnaast nog ca. 20 zorgaanbieders deelnemen aan een ondersteuningstraject. Ook hebben 54 VVT zorgorganisaties met behulp van Waardigheid en Trots een lichter verbetertraject gedaan. In totaal zullen eind 2027 ruim 200 VVT

Deze transitieondersteuning heeft veelal betrekking op het realiseren van meer ruimte voor informele zorg,
het maken van de omslag van intramurale zorg naar extramurale zorg, kwaliteitsverbetering, arbeidsmarktvraag-stukken en de inzet van technologie. Zodra het programma is afgerond wordt een

VRAAG

Hoeveel extra verpleeghuisplekken worden in 2027 gerealiseerd en hoeveel daarvan zijn daadwerkelijk nieuwe plekken ten opzichte van 2026?

Antwoor

Er worden in 2027 geen extra verpleeghuisplekken gerealiseerd. Wel zullen er in het kader van vervanging van verouderde locaties nieuwbouwprojecten worden afgerond.

VRAAG

Hoeveel woningen kunnen naar verwachting worden gerealiseerd met de €126,7 miljoen die in 2027 beschikbaar is voor de Stimuleringsregeling zorggeschikte woningen en hoeveel daarvan

Antwoor

Bij een gemiddeld gehonoreerd bedrag van eerdere aanvragen van € 14.690 per woning (stand 1 juni 2026), kan met € 126,7 miljoen worden bijgedragen aan het realiseren van ruim 8.600 zorggeschikte woningen. Dit betreft projecten waarvoor een aanvraag is gehonoreerd of kan worden gehonoreerd in de periode t/m 18 december 2026 (de sluitingsdatum van de ronde 2026).

VRAAG

Kunt u een volledige uitsplitsing geven van de besteding in 2027 van de in totaal €80 miljoen die beschikbaar is voor het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg?

Antwoor

In het onderstaande vindt u een uitsplitsing van de HLO-

Tabel 98 Uitsplitsing HLO-budgetten 2027

Onderwer	Bedrag (in	Begrotingsartikel		Uitvoerende
Beweging naar de voorkant	50 20	Art. 3	Subsidie/SPUK/Onderzoek	Zie nadere uitsplitsing in onderstaande tabel.
Uitvoering en monitoring	1	Art.	Subsidi	Subsidie voor Strategisch opleiden in zorg en welzijn. De focus ligt op nieuwe instroom en doorstroom voor sectoren buiten het ziekenhuis.
Tota	**8**			

Nadere uitsplitsing beweging naar de

Tabel 99 Nadere uitsplitsing ‘beweging naar de voorkant’ voor 2027.

Onderwe	Bedrag (in €	Toelichting en
Gelijkgericht aanbod mantelzorgers en	25	In het AZWA en HLO is aandacht voor het versterken van de mantelzorgondersteuning. Het ministerie van VWS, VNG, Sociaal Werk Nederland, Patiëntenfederatie Nederland en de Seniorencoalitie hebben hiertoe een handreiking opgesteld voor het inrichten van een ‘gelijkgericht’ ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers. Het ministerie van VWS heeft samen met de VNG en ZN een handreiking opgesteld om te komen tot logeerzorg. Deze handreikingen zijn gepubliceerd op www.zorgakkoorden.nl. Voor dit extra aanbod aan respijtzorg en mantelzorgondersteuning is 25 miljoen euro per jaar beschikbaar via de SPUK AZWA.
Reablement	4	Vervolg op het ZonMw programma Reablement. Dit is een programma voor het ophalen, bundelen, ontwikkelen en delen van kennis en ervaringen over reablement.
Maatschappelijke	3	Betreft een publiekscampagne om mensen voor te bereiden op het ouder worden.
Nationale	7	De uitvoering van de geactualiseerde Nationale Dementiestrategie (NDS) gericht op onderzoek naar dementie, een dementievriendelijke samenleving en passende zorg en ondersteuning. Als onderdeel daarvan gaan in het kader van zorg en ondersteuning middelen naar de (door)ontwikkeling van de basisfunctionaliteit dementie, de implementatie van de geactualiseerde Zorgstandaard Dementie en Dementie in Kaart. Voor de begrotingsbehandeling zal uw Kamer worden geïnformeerd via een voortgangsrapportage NDS.
Richtlijnontwikkeli	2	Voor de ontwikkeling van richtlijnen in het programma Richtlijnen artsen langdurige zorg (RAILZ).
Implementatie	7	Het beter benutten van technologie in zorg en ondersteuning. Betreft onder andere subsidie een voorgenomen subsidieverstrekking aan ActiZ
Kennisverspreiding en	1	
burgerinitiatieven	1	
Totaal beweging naar de	**5**	

VRAAG

Hoe wordt de € 55,4 miljoen voor palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis verdeeld over vrijwil-ligers, hospices, geestelijke verzorging, rouw- en verliesbegeleiding en

Antwoor

De € 55,4 miljoen voor palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis wordt als
- Voor de inzet van deskundige vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg, bij mensen thuis of in ongeveer € 40 miljoen.
- Voor de inzet van geestelijke verzorging en rouw- en verliesbegeleiding in de thuissituatie voor mensen in de palliatieve fase en hun naasten én voor mensen van 50 jaar of ouder met een
- levensvraag: ongeveer € 8 miljoen. Voor de coördinatie van netwerken voor palliatieve zorg en netwerken integrale kindzorg, zodat een samen-hangend aanbod van palliatieve zorg en

VRAAG

Kunt u het bedrag van €26,2 miljoen voor de Toekomstagenda palliatieve zorg en ondersteuning en de lopende instellingssubsidies uitsplitsen per onderdeel van de Toekomstagenda en per organisatie die uit deze middelen wordt gefinancierd?

Antwoor

Voor de uitvoering van de Toekomstagenda palliatieve zorg en ondersteuning is € 13,4 miljoen

Voor de instellingssubsidies is beschikbaar:
- Stichting Palliatieve Zorg Nederland (PZNL)/Agora: € 9,8 miljoen
- Vrijwilligers Palliatieve Zorg Nederland (VPTZ): € 2,1

VRAAG

Kunt u aangeven welk bedrag in 2027 specifiek beschikbaar is voor hospicezorg, waaraan deze middelen worden besteed en hoeveel hospices of hospiceplaatsen hiermee worden

Antwoor

Voor de inzet van deskundige vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg, in een hospice of bij mensen thuis, is in 2027 € 40 miljoen beschikbaar. De verdeling van het budget is als volgt:
- Bijna-thuis-huizen: bijna € 27 miljoen verdeeld over 106 aanvragers (een aanvrager kan meerdere locaties hebben, per locatie gemiddeld 3 tot 5 bedden) voor de werving, scholing en
- coördinatie van vrijwilligers. High care hospices: bijna € 6 miljoen verdeeld over 20 aanvragers (een aanvrager kan meerdere locaties hebben, per locatie gemiddeld 7 tot 9 bedden) voor de werving,
- scholing en coördinatie van vrijwilligers.
  Ondersteuning thuis of in een palliatieve unit: bijna € 7 miljoen voor de werving, scholing en

In 2025 ontvingen in totaal 18.757 cliënten hospicezorg (gemiddelde verblijfsduur van 20 dagen), verleend door 14.737 vrijwilligers.[119]

VRAAG

Welke mijlpalen moeten in 2027 worden bereikt met de €33,1 miljoen voor beheer en doorontwikkeling van PGB 2.0?

Antwoor

Er wordt onderscheid gemaakt in enerzijds beheeractiviteiten en anderzijds activiteiten voor noodzakelijke (door)ontwikkeling. De eerste categorie is om het systeem stabiel, veilig en beschikbaar te houden. Bijbehorende activiteiten zijn gericht op het verbeteren van het scan- en herkenproces en BIO en NEN-compliancy. De tweede categorie richt zich in 2027 vooral op

VRAAG

Hoeveel gemeenten, zorgkantoren en budgethouders zullen eind 2027 naar verwachting op PGB 2.0 zijn aangesloten?

Antwoor

In 2027 verwachten we ongeveer 120 gemeenten aan te sluiten. Het aantal budgethouders fluctueert door het jaar heen, maar de inschatting is dat er eind volgend jaar door het PGB2.0-systeem ongeveer 78.000 budgethouders, 31 zorgkantoren en (ongeveer) 165 gemeenten in het PGB2.0-

VRAAG

Hoe is de €62 miljoen aan uitvoeringskosten voor de SVB opgebouwd en welk deel daarvan heeft betrekking op PGB 2.0?

Antwoor

[119] Registratierapportage-2025-VPTZ-AHzN-aug-

De € 62 miljoen betreft de uitvoeringskosten voor de SVB. Daarvan is € 43 miljoen bestemd voor de uitvoeringkosten trekkingsrecht vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning, Jeugdwet en Zorgverzekeringswet. Er is € 11 miljoen beschikbaar voor beheer en ontwikkeling van het PGB 2.0 systeem (het F-domein van de SVB). Tot slot is voor specifieke projecten, waaronder het

VRAAG

Hoeveel extra instroom in de ouderenzorg, eerstelijnszorg en het sociaal domein verwacht u in 2027 als gevolg van de €85,8 miljoen voor het versterken van de lerende omgeving, uitgesplitst per

Antwoor

Werkgevers kunnen vanuit VWS een tegemoetkoming krijgen in de opleidingskosten via de subsidie Strategisch opleiden zorg en welzijn (SO-Z&W), die een vervolg krijgt in 2027. De subsidie is beschikbaar voor nieuwe instroom, maar ook voor doorstroom binnen de sector. Het is op voorhand niet te zeggen hoeveel extra instroom er precies wordt verwacht per sector als gevolg van de subsidie voor 2027. Om een inschatting te kunnen maken van het verbruik van de subsidie naar sector kan gekeken worden naar de voorlopige realisatie van de subsidie in 2026. Voor dat jaar hebben meer dan 1800 zorg- en welzijnsorganisaties een aanvraag gedaan voor deze subsidie. Van alle opleidingsactiviteiten die in de eerste helft van 2026 zijn verantwoord door zorgorganisaties bij uitvoerder RegioPlus was 64% ingediend door organisatie die actief zijn in de VVT-sector, gevolgd door de gehandicaptenzorg met 24%. Overige sectoren, waaronder het sociaal domein en overige sectoren binnen de eerstelijnszorg zoals huisartsenzorg vertegenwoordigen op basis van deze voorlopige prognose ieder minder dan 5% van de voor 2026 verantwoorde subsidie

VRAAG

Kunt u bevestigen dat vanaf 2028 €60 miljoen aan opleidingsmiddelen in het kader van de wijkverpleging is opgenomen? Onder welke voorwaarden komen deze middelen

Antwoor

Ja, dat klopt. Aangezien opleiden en begeleiden een kerntaak is van werkgevers en het nauw verweven is met het zorgverleningsproces, is met partijen afgesproken om deze middelen per 2028 over te hevelen naar het
Zvw-premiekader voor de wijkverpleging. Dit is verwerkt in de ontwerpbegroting 2027. Het kabinet is momenteel met de betrokken veldpartijen en Zorgverzekeraars Nederland in gesprek over de

VRAAG

Hoeveel stageplaatsen worden in 2027 nog ondersteund vanuit het Stagefonds, met welk instrument en welk budget wordt deze ondersteuning vanaf 2028 vervangen en hoeveel stageplaatsen kunnen daarmee naar verwachting worden ondersteund?

Antwoor

De subsidieaanvraag voor het Stagefonds vindt met terugwerkende kracht plaats. Daarbij is de hoogte van het subsidiebedrag afhankelijk van het aantal aanvragen. Daarom kan nog niets over de aanvragen in 2026 en 2027 worden gezegd. Aangezien het aantal aanvragen over de afgelopen jaren een vergelijkbare orde van grootte kent, kan wel worden gekeken naar het voorgaande schooljaar 2024-2025. Voor dat schooljaar ging het in totaal om ongeveer 143.000 stageplekken. Er is geen instrument of budget dat het Stagefonds direct vervangt. Met werkgevers in de zorg en welzijn, onderwijs, de Samenwerkingsorganisatie Beroepsonderwijs Bedrijfsleven en het ministerie van OCW is de minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport in gesprek over het duiden van waar
de stage- en leerbanentekorten het grootst zijn, en wat werkende principes zijn om deze op te lossen. Voldoende financiële middelen zijn hierbij ook belangrijk. Werkgevers kunnen vanuit VWS

Momenteel ben ik met partijen aan het kijken naar hoe beschikbare AZWA-middelen per 2028 het beste besteed kunnen worden. De focus ligt daarbij op tekortsectoren buiten het ziekenhuis. Oplopend naar 2029 tot en met 2035 gaat het om ca. € 185 miljoen per jaar.

VRAAG

Hoe wordt geborgd dat de €247,3 miljoen voor bij- en nascholing in de MSZ, die per 1 januari 2027 naar het premiekader gaat, daadwerkelijk aan opleiden en bijscholen wordt besteed, en welke consequentie verbindt u aan het uitblijven daarvan?

Antwoor

Met de overheveling van de middelen voor bij- en nascholing in de MSZ, geef ik opvolging aan de aanbeveling uit de periodieke rapportage 'Arbeidsmarkt en opleidingen zorg en welzijn' van VWS[120] om alternatieve instrumenten te overwegen naast subsidies, om de verantwoordelijkheid van het opleiden en goed werkgeverschap (deels) bij het veld zelf neer te leggen. Met deze overheveling kunnen de MSZ-instellingen de bij- en nascholing van het personeel betrekken in de reguliere contractonderhandelingen met de zorgverzekeraars. Hierdoor wordt reguliere bij- en nascholing, zoals het hoort, weer een cruciaal onderdeel van de te leveren zorg, in plaats van een aparte losstaande activiteit. Een andere doelstelling van de overheveling is de vermindering van de administratieve last. Als gevolg hiervan, is het voor het ministerie van VWS niet meer mogelijk om deze middelen te blijven volgen. Bij-en nascholing zal door de individuele ziekenhuizen en klinieken worden gemonitord onder verantwoordelijkheid van de koepels NVZ, UMCNL en ZKN.

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verplicht zorgaanbieders om 'goede zorg' te bieden waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid die voortvloeit uit professionele standaarden, zoals de kwaliteitsstandaarden. Dit impliceert onder meer dat de zorgaanbieder moet beschikken over voldoende personeel, dat goed is opgeleid om de taken adequaat te kunnen uitvoeren. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de naleving van de Wkkgz.

VRAAG

Hoe wordt de structurele korting van €2 miljoen op patiëntenparticipatie verdeeld over de verschillende patiënten-en gehandicaptenorganisaties?

Antwoor

Het beschikbare budget voor patiëntenparticipatie bestaat uit meerdere onderdelen, te weten de subsidie aan patiënten- en gehandicaptenorganisaties (hierna: pg-organisaties), middelen voor ondersteunende programma's en middelen om zorgorganisaties te stimuleren meer rekening te houden met mensen met beperkte gezondheids-vaardigheden. Voor 2027 is de subsidieregeling voor pg-organisaties al vastgesteld: de individuele pg-organisaties die subsidie zullen ontvangen, worden niet geraakt door deze korting. De structurele korting van € 2 miljoen wordt ingevuld door het scherper ramen van de kosten rondom de subsidie aan pg-organisaties, en programma's die de patiëntenbeweging ondersteunen.

VRAAG

Welke gevolgen heeft deze korting op patiëntenparticipatie voor informatievoorziening, lotgenotencontact, ervaringsdeskundigheid en onafhankelijke belangenbehartiging?

Antwoor

Het kabinet wil passende zorg en ondersteuning de norm maken. Dat vraagt ook iets van zorggebruikers zelf. Directe betrokkenheid van de mensen die zorg daadwerkelijk ontvangen is bij keuzes hierover van groot belang. Om die betrokkenheid te realiseren is een sterke positie van patiënten en

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

voor patiëntenparticipatie bestaat uit meerdere onderdelen. Met de invulling van de korting wordt getracht de infor-matievoorziening, lotgenotencontact en belangenbehartiging via de ervaringsdeskundigheid die pg-organisaties brengen, zoveel mogelijk te sparen.

VRAAG

Waarom wordt €60 miljoen voor de regeling Werkgeverskosten Opleiden Wijkverpleging van 2027 naar 2028 geschoven terwijl de begroting vermeldt dat de regeling juist moet worden verlengd om in 2027 geen financie-ringsgat te laten ontstaan?

Antwoor

De subsidie op basis van deze regeling wordt uitgekeerd na afloop van het kalenderjaar waarin de opleidingsacti-viteiten plaatsvinden. Concreet betekent dit dat de opleidingsactiviteiten van het jaar 2025 worden uitgekeerd in 2026 en de opleidingsactiviteiten van het jaar 2026 in 2027. In de begroting van VWS was rekening gehouden met het uitgangspunt dat er vanaf 2027 een nieuw instrument zou zijn waarbij de middelen in het hetzelfde jaar worden uitgekeerd als waarin in de activiteiten plaatsvinden. Nu de middelen niet per 1 januari 2027, maar per 2028 worden overgeheveld naar het premiekader wijkverpleging zal de subsidieregeling met een jaar verlengd worden en zal er in 2028 conform de hiervoor beschreven systematiek subsidie worden uitgekeerd voor activiteiten in 2027. Om deze reden worden er middelen naar 2028 geschoven.

VRAAG

Klopt het dat het ziekteverzuim in zorg en welzijn het hoogste niveau heeft bereikt in tien jaar? Zijn er oorzaken bekend van deze stijging van het ziekteverzuim?

Antwoor

Ja dat klopt. Dat geldt ook voor de economie als totaal. TNO geeft daarover aan dat (economiebreed) psychosociale arbeidsomstandigheden een grote rol lijken te spelen.[121]

VRAAG

Hoeveel zorgaanbieders zijn eind 2026 aangesloten op het landelijk dekkend netwerk, waarvoor in 2027

Antwoor

De meeste zorgaanbieders in Nederland zijn reeds aangesloten op een (sector)specifieke infrastructuur. Deze bestaande infrastructuren kunnen echter nog niet, of in zeer beperkte mate, gegevens tussen elkaar of verschillende sectoren uitwisselen. In 2026 wordt daarom binnen het landelijk dekkend netwerk gewerkt aan technische specifi-caties die het mogelijk maken dat, op basis van landelijk gestandaardiseerde afspraken, deze infrastructuren wel met elkaar kunnen communiceren. Hiermee wordt de basis gelegd voor het landelijk dekkend netwerk.

Deze technische afspraken voor veilige uitwisseling worden in 2027 beproefd door middel van pilots. Daarmee worden de eerste zorgaanbieders aangesloten. Deze aansluitingen doen we voor verschillende gegevensuitwisse-lingen, zoals eOverdracht en Medicatieoverdracht.

Voor de gegevensuitwisseling is in 2027 in totaal € 133,2 miljoen beschikbaar, daarvan is € 64,2 miljoen beschikbaar gesteld voor het Landelijk dekkend netwerk wat besteed zal worden aan een veilig communicatienetwerk en een data- en integratielaag. De resterende middelen op het instrument subsidie zijn onder andere beschikbaar voor Nictiz, Medmij en VZVZ.

[121] Arbobalans TNO,

VRAAG

Hoeveel Nederlanders gebruiken daadwerkelijk een persoonlijke gezondheidsomgeving, wat heeft dat traject tot en met 2026 in totaal gekost, en welk gebruiksdoel rechtvaardigt de tijdelijke impuls

Antwoor

Het aantal gebruikers van persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's), zoals bekend bij MedMij, is met 11.000 unieke gebruikers in 2021 tot rond de 400.000 gebruikers gegroeid in 2025. In 2025 is er in totaal 1,7 miljoen keer data opgehaald uit PGO's.

Het financieren van gegevensuitwisseling en het ontsluiten van gezondheidsgegevens naar PGO's gebeurt op verschillende manieren. Over de periode 2016-2024 heb ik uw kamer eerder een brief gestuurd met daarin een specificering de totale kosten waren aan PGO-leveranciers, Stichting MedMij en de Versnelling Informatie-uitwis-seling Patiënt Professional (VIPP) programma's. In 2025 is er aan alle werkzaamheden rondom de data ontsluiting aan burgers € 32,9 miljoen uitgegeven. Dit betreft onder andere de subsidie aan Stichting MedMij, projecten met het zorgveld

De coalitieakkoord middelen uit coalitieakkoord Rutte IV zijn als een impuls bedoeld om samen met de zorgsec-toren te werken aan een nog betere en grotere beschikbaarheid van gezondheidsgegevens voor burgers. Uit verschillende maatschappelijke kosten-batenanalyses blijkt dat de baten van het investeren in online inzage van gezondheidsgegevens en het

VRAAG

Welk deel van de €6,3 miljoen die in 2027 beschikbaar is voor onder andere NEN-normen, informatiebeveiligings-normen en het opschalen van passende AI-toepassingen betreft AI, en hoeveel AI-toepassingen zijn op dit moment in de Nederlandse zorg in gebruik?

Antwoor

Voor de werkgroep AI in de zorg levert VWS een bijdrage aan de NEN van € 210 duizend in 2027. Waarbij overigens ook andere NEN-normen en informatiebeveiligings-normen ook van toepassing kunnen zijn op AI-toepassingen. Het Ministerie van VWS houdt geen overzicht bij van het aantal AI-toepassingen die op dit moment in gebruik zijn in de Nederlandse zorg. Het veilig en verantwoord inzetten van AI-toepassingen is de verantwoordelijkheid van de zorginstelling en zorgverlener zelf.

VRAAG

Kunt u van de €9,8 miljoen aangeven waaraan de resterende €3,8 miljoen voor de zorg op de BES-eilanden concreet wordt besteed en welk bedrag per afzonderlijke activiteit of onderzoek is

Antwoor

Op het opdrachtenbudget is € 3,8 miljoen gereserveerd voor onderzoek en beleidsontwikkeling op de BES-eilanden. De middelen worden onder andere benut voor onderzoek dat is gerelateerd aan de brede opgaven van zorg, zoals voor nader onderzoek naar digitalisering in de zorg. Daarnaast ligt er voor beleidsontwikkeling een relatie tot het commissiedebat van 9 september jl. en ben ik voornemens om deze middelen in te zetten voor: de huisartsenzorg te Sint Eustatius, oogheelkunde op Saba en Sint Eustatius wetenschappelijk onderzoek door Mental Health Caribbean (MHC) het gelijktrekken van de eindejaarsuitkering voor zorgpersoneel op Saba en Sint Eustatius in relatie

Voor de inzet van deze middelen op dit moment nog geen nadere specificatie worden gegeven, omdat de inzet pas in de loop van 2027 scherp wordt. In de voortgangsbrief over de zorg op Caribisch Nederland wordt u nader geïnformeerd over de uitputting van deze begrotingspost en de noodzakelijke keuzes die nog moeten worden gemaakt om de kwaliteit van de zorg op

VRAAG

Hoeveel plekken in de gesloten jeugdhulp waren er op 1 januari 2026, hoeveel zijn er naar verwachting op 1 januari 2027 en hoeveel op 1 januari 2028?

Antwoor

De NZa monitort elk kwartaal de capaciteit en bezetting binnen de gesloten jeugdhulp. De capaciteit gesloten jeugdhulp op 1 januari 2026 bedroeg 473 plaatsen.

De afgelopen jaren daalt het aantal gesloten plaatsingen gestaag. Gelet op de landelijke ambitie om in 2030 te stoppen met gesloten jeugdhulp verwacht ik ook de komende jaren een lager

VRAAG

Hoeveel kinderen verblijven momenteel in de gesloten jeugdhulp terwijl een passende open of kleinschalige voorziening ontbreekt?

Antwoor

Op 1 april 2026 verbleven in totaal 350 jeugdigen in de gesloten jeugdhulp. Op 1 april 2025 waren dit

Er is géén eenduidig verband tussen de beschikbaarheid van (kleinschalige) open zorg en het aantal jeugdigen dat gesloten geplaatst wordt. Een machtiging tot gesloten jeugdhulp wordt via de rechter aangevraagd. Dit gebeurt wanneer het gedrag van een jeugdige een gevaar vormt voor

VRAAG

Hoeveel kinderen zijn in 2025 en 2026 buiten hun eigen regio geplaatst vanwege het ontbreken van passende jeugdhulp?

Antwoor

Gemeenten kunnen uit hun informatiesystemen niet achterhalen wat de feitelijke locatie is waar een jeugdige hulp ontvangt. Dit geldt zowel voor ambulante jeugdhulp, als voor jeugdhulp met verblijf. Daardoor is er ook geen (doorlopend) zicht op het aantal jeugdigen dat hulp ontvangt buiten hun eigen jeugdregio. Ook wordt niet geregistreerd wat de reden is voor de inzet van

Onlangs hebben gemeenten in beeld gebracht hoeveel jeugdigen op peildatum 1 mei 2026 residentiële jeugdhulp ontvangen buiten de eigen regio, bij een aanbieder waar de gemeente oorspronkelijk geen contract mee had afgesloten. Daaruit bleek dat op dat moment 1.557 jeugdigen in een zogenoemd buitencontractueel, buitenre-gionaal aanbod verbleef.

Samen met de VNG en gemeenten bekijk ik ook wat er nodig is om structureel beter inzicht te krijgen in buitencontractueel, buitenregionaal aanbod.

VRAAG

Hoeveel van de €180 miljoen voor de transformatie van de gesloten jeugdhulp is tot en met 2026 juridisch verplicht, beschikt, uitgekeerd en daadwerkelijk besteed?

Antwoor

Van de beschikbare middelen is reeds circa € 159 miljoen verplicht of uitgekeerd. Dit betreft de volgende onderdelen: de middelen die op basis van de regeling aan alle coördinerende gemeenten ambtshalve zijn uitgekeerd, de afdracht aan het btw-compensatiefonds, de verhoging

en de ondersteuningsmiddelen aan OZJ en ketenbureau. De resterende middelen zijn beschikbaar t.b.v. eventuele herzieningsverzoeken die worden ingediend en zullen, indien deze niet volledig worden aangevraagd en/of toegekend, naar rato worden verdeeld over de coördinerende

Er is géén zicht op juridische verplichtingen en beschikkingen vanuit gemeenten richting zorgaanbieders, of daadwerkelijke uitgaven door zorgaanbieders. Gemeenten verantwoorden uitgaven van Specifieke Uitkeringen conform de Single Information, Single Audit (SiSa)-methodiek aan de Rijksoverheid. Hiermee is in het opvolgende jaar zicht op de totale besteding van gemeenten. Uit de SiSa-verantwoording tot en met 2025 blijkt dat gemeenten

VRAAG

Hoe verhoudt het genoemde totaal van circa €180 miljoen zich tot de €67,7 miljoen aan investeringen uit de Hervormingsagenda en de €58,5 miljoen die onder bijdragen aan

Antwoor

De € 180 miljoen is het totaal beschikbaar budget op artikel 5 Jeugd. Onderdeel van deze middelen zijn incidentele middelen ten behoeve van de uitvoering van de Hervormingsagenda. In 2027 gaat dit om € 9 miljoen algemeen uitvoeringsbudget en € 67,7 miljoen uitvoeringsbudget dat gekoppeld is aan specifieke maatregelen, zoals de transformatie van de residentiële jeugdhulp.

De € 67,7 miljoen die beschikbaar is voor de uitvoering van de Hervormingsagenda is geboekt op verschillende instrumenten, waarvan € 58,5 miljoen op het instrument bijdrage aan

VRAAG

Kunt u de circa €180 miljoen voor de transformatie van de gesloten jeugdhulp uitsplitsen naar frictiekosten, het landelijke ondersteuningsprogramma en overige ondersteuning, en aangeven welk deel daadwerkelijk in 2027 tot besteding komt?

Antwoor

Via het financiële kader van de Hervormingsagenda is € 181,7 miljoen ter beschikking gekomen voor de transfor-matie van gesloten jeugdhulp.

- € 175,7 miljoen is ter beschikking via een Specifieke Uitkering aan zeven coördinerende gemeenten ten behoeve van een de transformatie van het zorglandschap in het landsdeel. Deze zijn bestemd voor de afbouw van gesloten jeugdhulp, ombouw naar kleinschalig gesloten jeugdhulp en in sommige gevallen de opbouw van alternatieven. Gemeenten kunnen de middelen inzetten tot en met eind 2028. Het merendeel van deze middelen is reeds toegekend aan de coördinerende gemeenten. Daarnaast is nog een deel van deze middelen beschikbaar voor herzieningsverzoeken op basis van de regeling. Indien middelen niet worden aangevraagd en/of
- toegekend worden deze naar rato verdeeld over de coördinerende gemeenten.
  Daarnaast is er € 6 miljoen beschikbaar gesteld voor de ondersteuning van landsdelen, coördinerende gemeenten en aanbieders. Deze middelen zijn verstrekt via een subsidie aan

Buiten deze middelen heeft er een afdracht ten behoeve van de regeling plaatsgevonden aan het BTW-compensatiefonds.

Er is géén zich op de verwachtte bestedingen vanuit gemeenten in 2027; dat is afhankelijk van de bovenregionale plannen en de uitvoering daarvan.

VRAAG

Kunt u de daling van de uitgaven op artikel 5 Jeugd van €183,375 miljoen in 2027 naar €138,494 miljoen in 2028 en

Antwoor

De daling van de uitgaven op artikel 5 jeugd van € 183,4 miljoen in 2027 naar € 138,5 miljoen in 2028 en
€ 113,8 miljoen in 2029 is te verklaren door de volgende mutaties:

Voor de uitvoering van de transformatie van de residentiële jeugdhulp zijn met de Hervormingsagenda Jeugd middelen ter beschikking gekomen voor de jaren 2024 t/m 2028. In 2027 is in totaal € 67,7 miljoen beschikbaar. In 2028 gaat het om de laatste tranche van deze middelen, namelijk € 25,2 miljoen. Dit leidt tot een verschil in beschikbare middelen van € 42,5

Deze middelen worden ingezet voor de doelen van de transformatie van de residentiële jeugdhulp. Conform de afspraken in de Hervormingsagenda Jeugd en de bestuurlijke afspraken over de transformatie van de gesloten en de open jeugdhulp. Dat betekent dat deze middelen grotendeels ter beschikking worden gesteld aan verschillende gemeenten via de regeling specifieke uitkering gesloten jeugdhulp en de decentralisatie uitkering voor jeugdregio's om overig residentieel verblijf te voorkomen én verkorten.

De Hervormingsagenda Jeugd loopt van 2023 tot en met 2028. Vanaf 2029 staan er dus geen uitvoeringsmiddelen ad € 9 miljoen meer op de begroting.

– **Investering kwaliteit**

Het budget vanuit de Hervormingsagenda voor verbetering van kwaliteit is in 2028 € 13 miljoen en neemt vanaf 2029 structureel toe met € 9 miljoen.

Het resterende verschil betreft diverse kleinere overboekingen/mutaties van per saldo € 2,4 miljoen in 2028 t.o.v. 2027 en € 0,6 t.o.v. in 2029 t.o.v. 2028.

VRAAG

Welke activiteiten worden als gevolg van deze daling op artikel 5 Jeugd vanaf 2028 beëindigd, afgeschaald of uit een andere financieringsbron betaald?

Antwoor

Als gevolg van deze daling op artikel 5 Jeugd worden vanaf 2028 de volgende activiteiten beëindigd of afgeschaald:

Voor de uitvoering van de transformatie van de residentiële jeugdhulp zijn met de Hervormingsagenda Jeugd middelen ter beschikking gekomen voor de jaren 2024 t/m 2028. In 2027 is in totaal € 67,7 miljoen beschikbaar. In 2028 gaat het om de laatste tranche van deze middelen, namelijk € 25,2 miljoen. Dit leidt tot een verschil in beschikbare middelen van € 42,5

Deze middelen worden ingezet voor de doelen van de transformatie van de residentiële jeugdhulp. Conform de afspraken in de Hervormingsagenda Jeugd en de bestuurlijke afspraken over de transformatie van de gesloten en de open jeugdhulp. Dat betekent dat deze middelen grotendeels ter beschikking worden gesteld aan verschillende gemeenten via de regeling specifieke uitkering gesloten jeugdhulp en de decentralisatie uitkering voor jeugdregio's om overig residentieel verblijf te voorkomen én verkorten.

De Hervormingsagenda Jeugd loop van 2023 tot en met 2028. Vanaf 2029 staan er dus geen uitvoeringsmiddelen ad € 9 miljoen meer op de begroting.

VRAAG

Kan het budget van €86,508 miljoen voor subsidies op artikel 5 worden uitgesplitst naar subsidieontvanger, doel, looptijd en bedrag?

Antwoor

Tabel 100 Overzicht subsidies artikel 5		
Subsidieontvan	**Omschrijving en**	**Bedra**
De Driemaster Stichting	*Instellingssubsidie Opvang Kinderen 2027	€ 9.455.099,60
MEANDER	*Instellingssubsidie Opvang Kinderen 2027	€ 4.647.727,83
Stichting Defence for Children	*Instellingssubsidie 2027	€ 526.282,00
Nationale Jeugdraad (NJR)	*Instellingssubsidie 2027	€
Stichting Nederlands Jeugdinstituut/NJi	*Instellingssubsidie 2027	2.784.140,62
Stichting Projectenbureau Publieke Gezondheid en	*Instellingssubsidie	€
Nederlandse Vereniging voor Pleeggezinnen		1.581.905,08
Stichting LOC Waardevolle zorg	*Instellingssubsidie 2027	€ 563.157,84
Jeugdstem - vertrouwenspersonen	*Instellingssubsidie 2027	€ 388.731,03
AKJ Stichting De Kindertelefoon	*Instellingssubsidie 2027	€
Stichting Nederlands	*Uitvoering Programma's Erasmus+ Jeugd en Sport, European Solidarity Corps en Eurodesk 2024-2027	13.026.991,97 €
Stichting Amsterdam UMC | VU medisch	*Leren en ontwikkelen van kleinschaligheid 2022-2028	€
	*Beheerkosten TLS, Centrale plaatsingscoördinatie en businesscase verbreding TLS 2023-2027	329.634,60
MIND Landelijk Platform	*Inzet ervaringskennis van MIND t.b.v. Hervormings 2024-	€ 67.019,00
Psychische Ieder-In	2028 Inzet ervaringskennis t.b.v. Hervormingsagenda Jeugd	€ 59.433,38
Vereniging van Nederlandse	2024-2028	€ 717.741,00
Gemeenten Vereniging van	*Vormgeving Hervormingsagenda Jeugd 2024-2028	€
Nederlandse Gemeenten Vereniging	*Ondersteuningsnetwerk Jeugd en Gezin (OJG) 2024-2027	4.196.502,00
van Nederlandse Gemeenten	*Doorontwikkeling netwerk met andere ogen 2025-2027	€ 601.932,00
	*Inzet van veiligheidsbevorderende maatregelen op specialistische open jeugdhulpgroepen 2023 – 2027	€
Nederlands Instituut van	*Samen voor kind en maatschappij 2023 - 2028; Vertegenwoordiging van beroepsverenigingen tbv Hervormingsagenda en ondersteunen van de brede implementatie van de Hervormingsagenda.	€
Associatie	*Associatie Wijkteams 2025-2028 - Bijdrage leveren aan de realisatie van de transformatiedoelen zoals die in de landelijke programma's van het rijk zijn benoemd.	€
Stichting	*Versterking jongerenparticipatie ombouw kleinschalige residentiële jeugdhulp 2026-2028	€
Stichting MIND Us	*Projectsubsidies rondom de thema's kindermishandelingen huiselijk geweld, gepaste zorg, zorg voor de jeugd, jeugdzorg plus, pleegzorg, professionalisering en de hervormingsagenda	€ 13.387.431,68
Nog te verlenen subsidie (bestuurlijk gebonden/		
Tota		

VRAAG

Welk deel van het subsidiebudget voor 2027 is structureel en welk deel

Tabel 101 Overzicht subsidiebudget	
Subsid	**Bedra**
Instellingssubsidie (Structureel)	€ 64.177.860,83
Projectsubsidie/ Incidenteel	€ 22.330.139,17

VRAAG

Waardoor dalen de middelen voor kennis- en informatiebeleid van €23,839 miljoen in 2026 naar €13,431 miljoen in 2027?

Antwoor

Het betreft hier geen daling van middelen, maar een verschuiving. Het verschil tussen 2026 en 2027 betreft de middelen voor Kwaliteit en Blijvend Leren (KBL) voor 2027. Deze middelen staan samen met de resterende Hervormingsagenda-middelen onder de subsidie Jeugdbeleid en worden in 2027 overgeboekt naar kennis-en informatiebeleid.

VRAAG

Welke concrete resultaten moeten in 2027 met deze €8,1 miljoen voor de aanpak van kindermishandeling worden bereikt en aan de hand van welke indicatoren wordt dit gevolgd?

Antwoor

Voor de aanpak van kindermishandeling en het beschermen van kinderen en gezinnen is circa € 8,1 miljoen beschikbaar. Dit budget wordt breed voor verschillende onderdelen ingezet om onveiligheid zoveel mogelijk te voorkomen, te signaleren en te verhelpen door passende ondersteuning en bescherming te bieden aan kinderen en gezinnen.

VRAAG

Welk bedrag ontvangt het academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie in 2027 en welke capaciteit of functies worden daarmee gefinancierd?

Antwoor

De middelen voor vier academische centra voor kinder- en jeugdpsychiatrie worden verdeeld over vier coördine-rende gemeenten die het doorzetten naar de academische centra. In 2027 krijgen de vier coördinerende gemeenten zo'n € 4,9 miljoen. Dit bedrag wordt gebruikt om de benodigde infrastructuur te faciliteren om wetenschappelijk onderzoek binnen een academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie uit te voeren, toe te passen en ook om kennis uit wetenschappelijk onderzoek te verspreiden, te delen en de implementatie van wetenschappelijk onderbouwde

VRAAG

Welk bedrag is in 2027 beschikbaar voor de plaatsingscoördinatie gesloten jeugdhulp en hoeveel plaatsingsver-zoeken worden verwacht?

Antwoor

Voor 2027 is ongeveer € 559 duizend beschikbaar voor de plaatsingscoördinatie gesloten

De afgelopen jaren daalt het aantal gesloten plaatsingen gestaag. In 2026 waren er 711 plaatsingen. In 2026 waren dit er 656. Gelet op de landelijke ambitie om in 2030 te stoppen met gesloten jeugdhulp verwacht ik ook het komend jaar een lager aantal plaatsingen.

VRAAG

Wat is de oorzaak van de daling in het subsidiebedrag beschikbaar voor jeugdbeleid in tabel 37 en wat zijn de te verwachten effecten?

Antwoor

Van de middelen voor de transformatie van de residentiële jeugdhulp is een deel bestemd voor de transformatie van de overig residentiële voorzieningen, om het gebruik van deze zorg te voorkomen en te verkorten. Deze middelen zijn in 2025 niet tot besteding gekomen en via een kasschuif in 2026 en 2027 beschikbaar gesteld. In 2027 gaat dit om een incidenteel bedrag van € 9,2 miljoen. Daarmee

Het resterende verschil betreft diverse overboekingen/ mutaties van per saldo € 2,1 miljoen in

VRAAG

Wat is de oorzaak van de daling in het opdrachtbedrag beschikbaar voor jeugdstelsel in tabel 37 en wat zijn de te verwachten effecten?

Antwoor

De daling in het voor jeugdbeleid beschikbare opdrachtenbudget is het gevolg van een ingeboekte korting als gevolg van eerdere bezuinigingen. Dit vraagt om meer prioritering van de opdrachten die in de toekomst moeten worden uitgezet. Het heeft geen gevolgen voor lopende

VRAAG

Wat is de oorzaak van de daling in de bijdrage aan medeoverheden in tabel 37 en wat zijn de te

Antwoor

Met de Hervormingsagenda Jeugd zijn incidentele investeringsmiddelen beschikbaar gekomen ten behoeve van de uitvoering van de agenda. In de bijdrage aan medeoverheden is specifiek het verschil tussen 2027 en 2028 te zien voor de middelen die beschikbaar zijn voor de transformatie van de residentiële jeugdhulp. Dit is een reeks die oploopt en vanaf 2028 weer afloopt. Ten opzichte van 2027 is circa € 33 miljoen minder budget beschikbaar in 2028. Naast deze middelen zijn er onder het instrument subsidie ook middelen beschikbaar voor de transformatie residentiele

VRAAG

Hoe is de €48,2 miljoen voor jeugdbeleid verdeeld over kindermishandeling, pleegzorg, residentiële jeugdhulp, professionalisering, kinderrechten en overige activiteiten?

Antwoor

Er is geen exacte verdeling per beleidsthema of dossier. Op het hoofdbudget Kindermishandeling staat € 8,1 miljoen en op het hoofdbudget Zorg voor de jeugd staan alle overige beleidsthema's

VRAAG

Kan de €8,1 miljoen voor de aanpak van kindermishandeling en het beschermen van kinderen en gezinnen worden uitgesplitst naar afzonderlijke maatregel en uitvoerende organisatie?

Antwoor

Dit bedrag is verdeeld over verschillende posten, variërend in

- Bijvoorbeeld voor de ondersteuning van de regionale projectleiders Toekomstscenario kind-scherming om de lokale wijkteams te versterken in het werken aan veiligheid.
- Een ander voorbeeld is de inzet op een nieuwe Cohortstudie huiselijk geweld en kindermishandeling door het Verwey-Jonker Instituut. Deze studie geeft zowel landelijk als regionaal meer inzicht geven in hoe de ondersteuning aan gezinnen en huishoudens waarin sprake is van huiselijk geweld en/of kindermishandeling beter kan worden vormgegeven.
- Verder is een bijdrage gereserveerd voor de staatscommissie 'overheidsingrijpen in gezinnen'. Het doel hiervan is het opstellen van een advies over de rol en legitimiteit van overheidsingrijpen bij kindermishandeling en ontwikkelingsdreiging van kinderen.
- Daarnaast zijn diverse bedragen gereserveerd voor onder meer de versterking van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, voor de beschikbaarheid van expertise en brede voorlichting over het onderwerp kindermishandeling.

VRAAG

Hoe wordt de structurele €22,5 miljoen voor de acht bovenregionale expertisenetwerken jeugdhulp over de coördinerende gemeenten verdeeld?

Antwoor

Voor het in stand houden van de Bovenregionale Expertisenetwerken (BENs) worden de middelen toegekend aan acht coördinerende gemeenten. 25% van de middelen die bedoeld zijn voor de BENs worden evenredig verdeeld en aan de acht coördinerende gemeenten toegekend, de overige 75% van het bedrag wordt over de acht bovenregionale gebieden verdeeld op basis van het

VRAAG

Hoeveel jongeren zijn in 2025 en 2026 bij de bovenregionale expertisenetwerken aangemeld en voor hoeveel van hen is inmiddels passende hulp gerealiseerd?

Antwoor

Er wordt niet landelijk gemonitord hoeveel kinderen geholpen worden dankzij de expertisecentra of hoeveel nieuwe plekken gerealiseerd zijn door nieuwe zorginitiatieven. Vanuit de beschikbare gelden stellen de 8 coördinerende gemeenten via de expertisecentra onder andere middelen beschikbaar om individueel maatwerk of nieuwe zorgini-tiatieven te realiseren, zoals kleinschalige woonvoorzieningen voor kinderen met autisme en gedragsproblematiek. De expertisecentra zijn versterkend en aanvullend op bestaande structuren en nemen de verantwoordelijkheden van partijen niet over. In de voortgangsrapportage die ik in 2024 naar uw Kamer heb gestuurd[122] staat een bijlage met zorginitiatieven die mede dankzij de financiering van de BENs gerealiseerd zijn. Dit varieert van het realiseren van kleinschalige woonvoorzieningen tot het inzetten van meer en eerdere ambulante hulp aan jongeren en gezinnen, juist om zwaardere zorg te voorkomen. Dat laat zien hoe wisselend de hulpvragen zijn waarvoor de hulp van de BENs kan worden ingeroepen

VRAAG

Hoeveel jongeren wachten na betrokkenheid van een regionaal expertteam of bovenregionaal expertisenetwerk nog steeds op passende hulp en wat is hun gemiddelde wachttijd?

Antwoor

Op dit moment is er geen landelijk beeld van wachttijden jeugdzorg in gemeenten en daardoor ook niet van jongeren die zij of waren aangemeld bij een regionaal expertteam of

VRAAG

Hoe wordt de €82,7 miljoen aan specifieke investeringen voor de Hervormingsagenda Jeugd verdeeld over 2027 en latere jaren?

Antwoor

Het betreft de middelen die voor 2027 beschikbaar zijn vanuit de Hervormingsagenda Jeugd op de begroting van VWS. Deze middelen zijn gekoppeld aan een aantal specifieke maatregelen en afspraken. De in de begroting van 2027 opgenomen € 82,7 miljoen wordt als volgt besteed:
- € 13 miljoen voor Kwaliteit en Blijvend Leren
- € 2 miljoen voor de uitvoering van maatregelen op het terrein van standaardisatie

[122] Zie de Bijlagen bij de voortgangsrapportage Bovenregionale Expertisenetwerken Jeugd bij de Voortgangsbrief Jeugd Kamerstuk

– € 67,7 miljoen voor de transformatie van residentiële jeugdhulp voor 2027. Hierbij gaat het om middelen voor de regeling specifieke uitkering *Transformatie gesloten* en middelen voor de decentralisatie uitkering *die zich richt op het voorkomen en verkorten van open residentiële jeugdhulp*. Daarnaast is er in lijn met bestuurlijke afspraken in 2027 circa € 5 miljoen beschikbaar op de VWS-begroting voor ondersteunende activiteiten ten behoeve van de voorkomen en verkorten van open residentieel, en wordt er een afdracht gedaan aan het btw-compensatiefonds als gevolg van de verwachtte bestedingen van de decentrale

Voor 2028 zijn cf. de Hervormingsagenda apart middelen beschikbaar voor de

VRAAG

Kan de €67,7 miljoen voor de transformatie van residentiële jeugdhulp, inclusief gesloten jeugdhulp, worden uitgesplitst naar landsdeel, gemeente, aanbieder en bestedingsdoel?

Antwoor

Naar verwachting wordt circa € 40 miljoen ter beschikking gesteld via een decentralisatie uitkering (DU) als bijdrage aan medeoverheden voor het voorkomen en verkorten van residentiële plaatsingen (zoals aangekondigd in brief 25 september jl)[123]. Deze beschikbare middelen worden verdeeld op basis van de verdeelsleutel voor de algemene uitkering. De middelen worden uitgekeerd aan de grootste gemeente in de jeugdregio. Naast de middelen die ter beschikking worden gesteld aan medeoverheden wordt in 2027 ook € 5,2 miljoen gereserveerd op de begroting van VWS om landelijke randvoorwaarden te organiseren voor deze opgave. Indien deze middelen niet nodig blijken worden deze in 2027 alsnog gealloceerd richting de DU. Zie ook de bestuurlijke uitgangspunten die hierover zijn afgesproken tussen het Rijk en de VNG[124].

De rest van het bedrag is beschikbaar voor de transformatie van de gesloten jeugdhulp. In de regeling specifieke uitkering transformatie gesloten jeugdhulp is de mogelijkheid tot een herzieningsverzoek opgenomen voor gemeenten die aanvullende middelen nodig hebben voor de afbouw of ombouw van gesloten jeugdhulp. Deze middelen zijn onderdeel van de € 176 miljoen die in totaal ter beschikking is voor de specifieke uitkering.
De verdeelsleutel voor de middelen die reeds ambtshalve zijn uitgekeerd aan coördinerende gemeenten zijn gebaseerd op het aantal capaciteitsplaatsen per gesloten jeugdhulplocatie, met peildatum 1 juli 2020. Dit is conform de bestuurlijke afspraken gesloten jeugdhulp die hierover

VRAAG

Hoeveel van de €67,7 miljoen wordt besteed aan de afbouw van bestaand aanbod, hoeveel aan frictiekosten en hoeveel aan het ontwikkelen van alternatieven voor gesloten jeugdhulp?

Antwoor

De € 67,7 miljoen is beschikbaar voor de transformatie van de residentiële jeugdhulp, specifiek verdeeld over 2 regelingen:
– Een decentralisatie uitkering (DU) t.b.v. het voorkomen en verkorten van open residentiële jeugdhulp
– Een specifieke uitkering (SPUK) t.b.v. de transformatie van de gesloten jeugdhulp

Voor deze opgaven wordt in totaal respectievelijk € 77 miljoen en € 176 miljoen ter beschikking gesteld aan gemeenten. Voor de opgave voorkomen en verkorten open residentiële jeugdhulp ontvangen 41 gemeenten een DU t.b.v. hun jeugdhulpregio. Voor de transformatie van de gesloten jeugdhulp hebben zeven coördinerende gemeenten een SPUK ontvangen.

[123] Kamerstukken II, 2026-2027, 2026Z20121
[124] Nazending bijlagen Kamerbrief passende zorg voor kinderen en jongeren met complexe problematiek | Tweede Kamer der Staten-Generaal
[125]

Voor beide opgaven geldt dat er een bepaalde mate van beleidsvrijheid is om de middelen in te zetten op specifieke activiteiten die passen bij de stand van zaken en context in de jeugdregio of landsdeel. Het is aan gemeenten om hierin keuzes te maken, in lijn met de bestuurlijke afspraken die hierover zijn gemaakt. Er is géén landelijk zicht op hoeveel er besteed wordt aan afbouw van bestaand zorgaanbod

VRAAG

Welke concrete capaciteit aan alternatieve, kleinschalige en open voorzieningen wordt in 2027 met deze

Antwoor

Deze middelen worden deels uitgekeerd (€ 41 miljoen) via decentralisatie uitkering aan de gemeenten voor de opgave voorkomen en verkorten open residentiële zorg in de jeugdregio. Hiertoe ontvangen zij in 2026, 2027 en 2028 in totaal € 77 miljoen. Het resterende deel is voor de transformatie van de gesloten jeugdhulp.
Namelijk de afbouw, de ombouw naar kleinschalig gesloten jeugdhulp waar deze nog nodig blijft én en in sommige gevallen de opbouw van alternatieven. Gemeenten kunnen deze middelen inzetten op een manier die passend is bij de stand van zaken in hun landsdeel en/of

VRAAG

Aan welke organisatie of organisaties wordt de jaarlijkse €5 miljoen voor de pilot Crisisteam Kindvei-ligheid verstrekt?

Antwoor

Dit is nog niet bekend. Het is belangrijk dat bij acute en/of ernstige gevallen van kindermishandeling snel en goed gehandeld wordt door alle relevante betrokken partijen. Hoe de middelen hiervoor besteed worden moet nog worden uitgewerkt. Zodra hierover meer duidelijkheid is, zal de minister de Tweede Kamer informeren in de aankomende

VRAAG

In welke regio’s wordt de pilot Crisisteam Kindveiligheid uitgevoerd, hoeveel kinderen en gezinnen kunnen jaarlijks worden geholpen en welke selectiecriteria gelden?

Antwoor

Dit is nog niet bekend. Het is belangrijk dat bij acute en/of ernstige gevallen van kindermishandeling snel en goed gehandeld wordt door alle relevante betrokken partijen. Hoe de middelen hiervoor besteed worden moet nog worden uitgewerkt. Zodra hierover meer duidelijkheid is, zal de minister de Tweede Kamer informeren in de aankomende

VRAAG

Hoe wordt de €5 miljoen voor de pilot Crisisteam verdeeld over personele inzet, beschikbaarheid, specialistische expertise, onderzoek en overige uitvoeringskosten?

Antwoor

Dit is nog niet bekend. Het is belangrijk dat bij acute en/of ernstige gevallen van kindermishandeling snel en goed gehandeld wordt door alle relevante betrokken partijen. Hoe de middelen hiervoor besteed worden moet nog worden uitgewerkt. Zodra hierover meer duidelijkheid is, zal de minister de Tweede Kamer informeren in de aankomende

VRAAG

Aan de hand van welke criteria wordt bepaald of het crisisteam sneller en effectiever handelt dan de bestaande werkwijze bij acute kindermishandeling?

Antwoor

Dit is nog niet bekend. Het is belangrijk dat bij acute en/of ernstige gevallen van kindermishandeling snel en goed gehandeld wordt door alle relevante betrokken partijen. Hoe de middelen hiervoor besteed worden moet nog worden uitgewerkt. Zodra hierover meer duidelijkheid is, zal de minister de Tweede Kamer informeren in de aankomende

VRAAG

Wanneer wordt de pilot Crisisteam Kindveiligheid geëvalueerd en op welk moment wordt besloten over voort-zetting of landelijke invoering na 2029?

Antwoor

Dit is nog niet bekend. Het is belangrijk dat bij acute en/of ernstige gevallen van kindermishandeling snel en goed gehandeld wordt door alle relevante betrokken partijen. Hoe de middelen hiervoor besteed worden moet nog worden uitgewerkt, inclusief de evaluatie. Zodra hierover meer duidelijkheid is, zal de minister de Tweede Kamer informeren in de aankomende

VRAAG

Kunt u exact aangeven waardoor het budget voor duurzame en toegankelijke sportaccommodaties binnen de subsidies een tijdelijke stijging in 2027 laat zien en welk deel

Antwoor

Het huidige kabinet heeft het voornemen om met ingang van 2027 aanvullend budget voor sportaccommodaties uit de middelen van het coalitieakkoord beschikbaar te stellen. Dit is de reden dat het budget in 2027 hoger is dan in 2026.

Door het vorige kabinet is een structurele subsidietaakstelling van € 28 miljoen in 2026 oplopend naar € 53 miljoen vanaf 2028 op het budget voor duurzame en toegankelijke sportaccommodaties doorgevoerd. Dit is de reden dat het budget voor de jaren 2028 en daarna lager is dan in 2027.

Het gehele budget voor sportaccommodaties binnen de subsidies heeft betrekking

VRAAG

Welk bedrag is gereserveerd voor de middelen voor renovatie van Kamp Westerbork en is dit voldoende om die renovatie te laten plaatsvinden?

Antwoor

Voor de renovatie van Kamp Westerbork is in de Voorjaarsnota 2025 een bedrag van € 15 miljoen gereserveerd, waarvan € 7,5 miljoen in 2026 en € 7,5 miljoen in 2027. Met deze bijdrages kan de eerste fase van de vernieuwing van Kamp Westerbork worden gerealiseerd. Over de realisatie van de tweede fase van de vernieuwing ben ik nog in contact met Kamp Westerbork en medeoverheden. In aanloop naar de begrotingsbehandeling VWS wordt uw Kamer geïnformeerd

VRAAG

Kunt u aangeven welk deel bestemd is voor daadwerkelijke uitkeringen aan weduwen en weduwnaars in 2027 en welk deel voor uitvoeringskosten? En op hoeveel rechthebbenden is de

Antwoor

Op 2 juli 2026 zijn de concept «Beleidsregel backpay-uitkering weduwen en weduwnaars» en de daarbij behorende uitvoeringstoets naar de Tweede Kamer gestuurd[126].

Uit de uitvoeringstoets blijkt dat de totale kosten voor de uitvoering van de beleidsregel worden geraamd op ongeveer € 8 miljoen. Vanwege lagere uitvoeringskosten ligt deze raming lager dan de eerdere raming van
€ 11,5 miljoen. De kosten bestaan uit uitvoeringskosten van € 1,7 miljoen euro en programmakosten (uitkeringen en afdracht belastingdienst) van € 6,25 miljoen. Daarbij wordt

De raming van 200 rechthebbenden is gebaseerd op een demografische inschatting. De Indische belangenorgani-saties die hebben gepleit voor de totstandkoming van een backpay-uitkering voor weduwen hebben aangegeven in contact te staan met ongeveer 10-15 weduwen. Het is derhalve niet uitgesloten dat het daadwerkelijk aantal rechthebbenden significant lager uitkomt dan 200

VRAAG

Waar is op gebaseerd dat de uitgaven voor het kerndepartement VWS snel dalen? Hoe, concreet wordt dit gerealiseerd? Welke (beleids)functies en afdelingen binnen het departement worden de komende jaren met hoeveel fte teruggeschroefd?

Antwoor

De begroting van VWS reflecteert de beschikbare middelen. De taakstellingen zijn reeds in de begroting verwerkt. Het is aan het departement om daadwerkelijk uitvoering te geven aan de taken in relatie tot de beschikbare middelen. Als het gaat om de taakstellingen vanuit het kabinet-Jetten (vanuit het coalitieakkoord en de aanvullende taakstelling) geldt dat momenteel nog wordt bezien hoe de taakstelling concreet wordt ingevuld. Op dit moment is niet aan te geven welke (beleids)functies en afdelingen binnen het departement de komende jaren worden

VRAAG

Kan de Kamer een grafiek ontvangen met daarin, sinds 2020 enerzijds de daadwerkelijke uitgaven per jaar voor het ‘Kerndepartement’ en anderzijds de voorspelling die is gegeven in de VWS begrotingen voor 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026 en nu dus 2027 voor het verloop van deze kosten in de aankomende vijf jaar (dus voor de begroting van 2020 is dat de periode 2020-2024, voor de huidige begroting 2027 is dat de periode 2027-2031, uiteraard voor zover deze cijfers al in de begrotingen staan, deze grafiek heeft dus in totaal negen lijnen, één met de daadwerkelijke uitgaven sinds 2020 voor het kerndepartement en acht lijnen die de voorspellingen aangeven in de begrotingen van 2020 tot en met 2027 voor de

Antwoor

Onderstaande tabel toont de begrote dan wel gerealiseerde uitgaven aan het kerndepartement, dit betreft het totaal van zowel de personele als materiële uitgaven in de periode van 2020 t/m 2031.

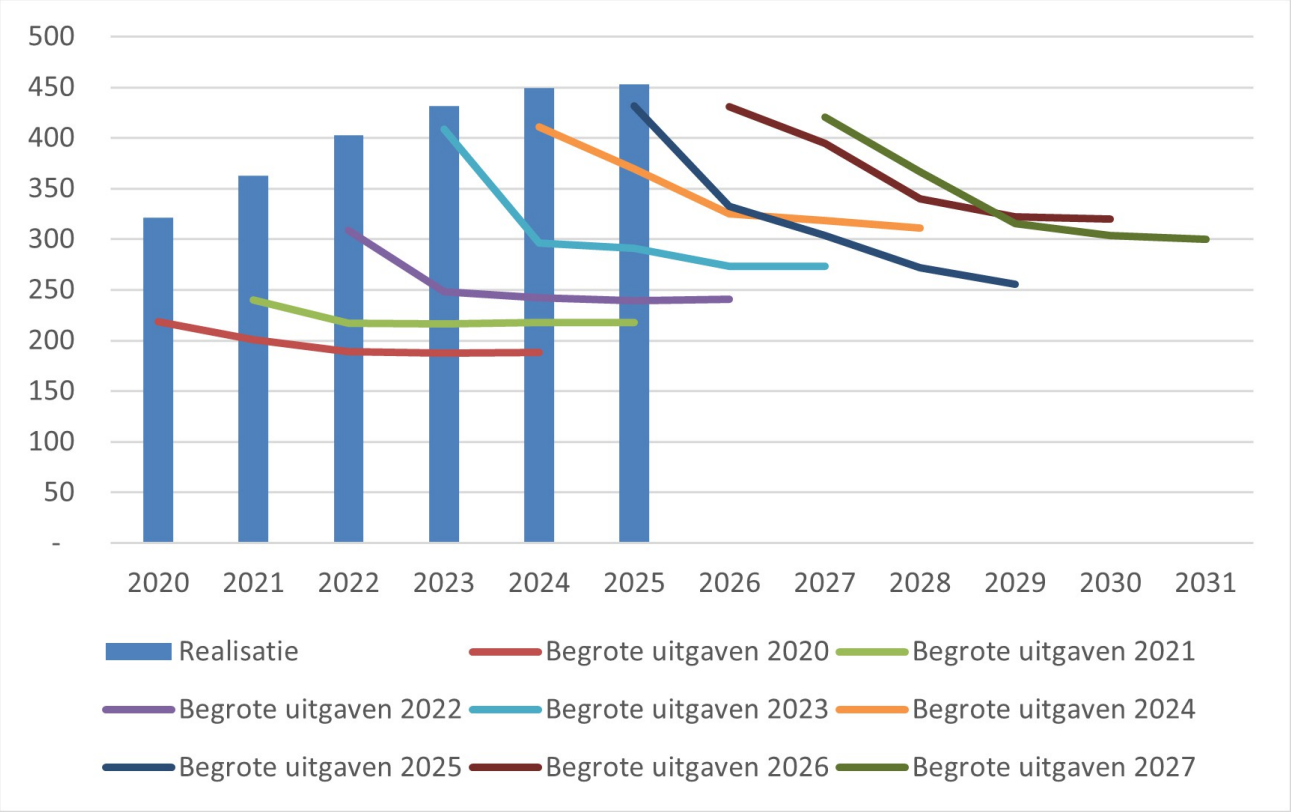
Leeswijzer: de reeks die wordt getoond achter de omschrijving ‘Begrote uitgaven 2020’ betreft de in de begroting van 2020 opgenomen voorgenomen uitgaven voor de jaren 2020 t/m 2024. De reeks achter de omschrijving ‘Begrote uitgaven 2021’betreft de in de begroting van 2021 opgenomen uitgaven voor

[126] (Kamerstukken II, 2025/2026, 20 454, nr.

Tabel 102 Bedragen x € 1 miljoen												
	202	202	202	202	202	202	202	202	202	202	203	203
Realisatie	321	363	403	431	449	45-						
Begrote uitgaven 2020		201	189	187	188	218						
Begrote uitgaven 2021			21-	216	218	240	241					
Begrote uitgaven 2022					24-	291	273	273	311			
Begrote uitgaven 2023							325	318	272	255		
Begrote uitgaven 2024								304	34-	322	320	300

Dit resulteert in onderstaande

Figuur



VRAAG

Is het correct dat al sinds het begin van dit decennium tijdens Prinsjesdag steevast wordt voorspeld dat de kosten voor het kerndepartement de komende jaren zullen dalen terwijl de kosten in werkelijkheid alleen maar blijven stijgen? Hoe kan dit? En wordt hiermee aan het parlement niet, jaar in jaar uit, een te rooskleurig beeld voorgeschoteld met betrekking tot de

Antwoor

De begrotingen voor het apparaat laten inderdaad een dalend beeld zien, op het moment van publicatie is dat ook het realistische beeld. Gedurende het jaar vinden er bijstellingen plaats op de begroting (zowel in het

van nieuwe taken (hierbij kan worden gedacht aan onderwerpen als gegevensuitwisseling, openbaarmaking of weerbaarheid) waarvoor (vanuit de aanvullende post) structurele en incidentele middelen worden toegevoegd aan de begroting. Als gevolg hiervan zijn de daadwerkelijke

VRAAG

Kunt u aangeven hoe de geraamde opbrengst van €25 miljoen in 2027 en structureel €50 miljoen vanaf 2028 voor de aanpak van zorgfraude tot stand is gekomen, welke aannames hieraan ten grondslag liggen en hoe deze taakstelling zich verhoudt tot de afspraken en middelen voor de aanpak van zorgfraude

Antwoor

De geraamde opbrengst van € 25 miljoen in 2027 en structureel € 50 miljoen vanaf 2028 betreft een budgettaire taakstelling. Aan deze bedragen ligt geen berekening ten grondslag waaruit volgt dat met de aanpak van zorgfraude in deze jaren daadwerkelijk € 25 miljoen en € 50 miljoen bespaard kan worden. De precieze invulling van deze taakstelling moet nog worden uitgewerkt. De taakstelling is aanvullend op de ambities uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord om fraude te

VRAAG

Hoe is de vanaf 2029 ingeboekte opbrengst van €225 miljoen voor de eigen bijdrage in de wijkverpleging berekend? Welke aannames over zorggebruik en gedragseffecten liggen hieraan ten

Antwoor

In het coalitieakkoord is een eigen bijdrage voor de wijkverpleging opgenomen met een taakstellende besparing van € 225 miljoen vanaf 2029. De vormgeving van de maatregel is nog niet vastgesteld. Deze wordt de komende periode verder uitgewerkt.

VRAAG

Welke uitvoeringskosten en administratieve lasten zijn gemoeid met de invoering en uitvoering van de eigen bijdrage voor de wijkverpleging? Kunnen deze afgezet worden tegen de geraamde opbrengst van de maatregel en kan aangegeven worden welk bedrag per saldo resteert?

Antwoor

In het coalitieakkoord is een eigen bijdrage voor de wijkverpleging opgenomen met een taakstellende besparing van € 225 miljoen vanaf 2029. De besparing door de maatregel zelf bedraagt € 250 miljoen vanaf 2029. Hierop zijn de verwachte uitvoeringskosten in mindering gebracht. Deze bedragen € 15 miljoen per jaar in 2027 en 2028 en
€ 25 miljoen per jaar vanaf 2029. De taakstellende besparing van € 225 miljoen vanaf 2029 is

Tabel 103 Bedragen x € 1 miljoen

	202	202	202	203	Stru
Totaal	15	15	– 225	– 225	– 225
Besparing door eigen bijdrage Verwachte	15	15	– 250	– 250	– 250

VRAAG

Kunt u bevestigen dat vanaf 2027 structureel €352 miljoen is gereserveerd voor de uitkomsten van kostenonder-zoeken van de NZa?

Antwoor

Ja, het klopt dat er in de eerste suppletoire begroting 2026 van VWS een reservering is opgenomen ter hoogte van

VRAAG

Hoe is de vanaf 2029 ingeboekte opbrengst van €1,01 miljard voor het schrappen van de huishoudelijke hulp uit de Wmo berekend? Welke aannames over zorggebruik en gedragseffecten

Antwoor

De ingeboekte besparing van € 1,010 miljard betreft het
- een bedrag van € 1,440 miljard, dit
  - de gemeentelijke uitgaven aan de maatwerkvoorziening huishoudelijke hulp (gecorrigeerd voor invoering van de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage Wmo 2015)
  - minus de inkomsten uit eigen bijdragen die wegvallen door het schrappen van huishoudelijke hulp als maatwerkvoorziening (eveneens gecorrigeerd voor invoering van de eigen bijdrage Wmo 2015).
- een bedrag van € 430 miljoen, dit
  - de veronderstelde kosten van het vangnet dat gelijktijdig wordt ingevoerd voor mensen huishoudelijke hulp kunnen regelen (€ 430 miljoen is van 30% € 1,440

VRAAG

Welke effecten verwacht u van de voorgenomen maatregel om de hulp bij het huishouden uit de Wmo te schrappen op het zorggebruik binnen de Zvw en de Wlz? Kunnen deze effecten per

Antwoor

De effecten worden in onderstaande tabel

Tabel 104

	Voorjaarsnota	Onderliggende	Toelichting op
Gemeentefon	– €1.010	– €1.440 miljoen huishoudelijke hulp + €430 miljoen vangnet	Bedrag vangnet dekt circa 30% uitgaven huishoudelijke hulp van gemeenten
Effecten Wlz en	+ € 575	+ € 660 miljoen Wlz – € 85 miljoen Zvw	Deel cliënten stroomt uit naar Wlz. Besparing op wijkverpleging
Taakstellin	– € 435		

Het CPB heeft in haar 'Analyse Coaltieakkoord 2026-2030' aangegeven dat, afhankelijk van de concrete invulling/ uitwerking van de maatregel, de schuiven tussen de Zvw, Wmo 2015 en Wlz

VRAAG

Welke effecten verwacht u van de voorgenomen inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor de Wmo op het zorggebruik binnen de Zvw, Wmo en Wlz? Kan dit per zorgdomein

Antwoor

In de memorie van toelichting en in de nota naar aanleiding van het verslag bij het voorstel van Wet vervanging abonnementstarief Wmo 2015[127] is ingegaan op de verwachte effecten van de invoering van een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (ivb) ter vervanging van het abonnementstarief in de Wmo 2015. Hierin is vermeld dat als gevolg van de ivb:

- een structurele (netto) kostendaling bij gemeenten wordt verwacht van € 390 miljoen en dat daarmee de zogenoemde aanzuigende werking van het abonnementstarief (€ 440 miljoen) grotendeels – op € 50 miljoen na – ongedaan wordt gemaakt.
- een uitname uit het Gemeentefonds plaatsvindt van structureel € 225 miljoen. Dit betreft de middelen die het Rijk in het verleden aan het Gemeentefonds heeft toegevoegd i.v.m. de invoering van het abonnementstarief minus de bovengenoemde € 50 miljoen.

Zoals toegelicht in de nota naar aanleiding van het verslag bij het wetsvoorstel, worden geen effecten verwacht op zorggebruik in de Zvw en Wlz.

VRAAG

Welke uitvoeringskosten en administratieve lasten zijn gemoeid met de invoering en uitvoering van de inkomens-afhankelijke eigen bijdrage voor de Wmo? Kunnen deze afgezet worden tegen de geraamde opbrengst van de maatregel en kan aangegeven worden welk bedrag per saldo

Antwoor

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de implementatiekosten en (extra) structurele (beheers)kosten die samenhangen met de invoering en uitvoering van de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage Wmo 2015 (ivb); de bedragen luiden in miljoenen euro's. Dit betreft voornamelijk kosten van het CAK, maar ook van andere partijen, zoals bijvoorbeeld de VNG

[127] Kamerstukken II 2024/25, 36713, nrs 3

Tabel 105				
202	**202**	**202**	**202**	**203**
7,	11,	11,	8,7	8,5

In verband met de invoering van de ivb is ook een uitname uit het Gemeentefonds ingeboekt van structureel

Voor een meer uitvoerige beschouwing over de implementatie- en uitvoeringskosten, de regeldruk die samenhangt met de maatregel en de verwachte (netto) besparingen die naar verwachting worden gerealiseerd door invoering van de ivb, wordt u verwezen naar de memorie van toelichting bij het voorstel van Wet vervanging abonnements-tarief Wmo 2015, de nota van toelichting bij het bijbehorende ontwerp-besluit, alsmede de nota naar aanleiding van het verslag bij genoemd

VRAAG

Hoe is het structureel schrappen van de eerder voorgenomen tariefmaatregelen uit het HLO verwerkt in de taakstelling voor het bestuurlijk akkoord Wlz vanaf 2028?

Antwoor

De tariefmaatregel uit het HLO was reeds verwerkt in het basispad van het coalitieakkoord. Er is derhalve geen samenloop met de maatregel 'bestuurlijk akkoord Wlz' vanaf 2027 vanuit het

VRAAG

Welke middelen zijn in de begroting voor 2027 en de meerjarenraming beschikbaar voor maatregelen die bijdragen aan het voorkomen of uitstellen van een beroep op zwaardere zorg, waaronder preventie, reablement en zorgzame gemeenschappen?

Antwoor

De begroting van VWS kent niet een specifiek label 'preventie'. Het is een zeer breed begrip dat zowel in de Zvw, Wlz, Wmo als de Rijksbegroting voor komt. Gezien de diversiteit is het uitsplitsen van preventie binnen de stelsels als de rijksbegroting niet mogelijk. Wel kunnen enkele thema's (niet uitputtend) worden onderscheiden op de VWS-begroting die een beeld geven bij de middelen die onder dit begrip kunnen vallen. De bedragen die voor deze thema's beschikbaar zijn in 2027

Tabel 106	
Them	**Bedrag (x**
Bevolkingsonderzoeken	347.703
Vaccinaties	
Preventie van schadelijk middelengebruik	324.288
	22.428

Voor reablement bedraagt dit in 2027, € 4 miljoen en in het totaal tot en met 2030, € 18 miljoen. Vanuit het coalitieakkoord is voor versterking wijken en buurten € 40 miljoen per jaar beschikbaar over de periode 2027 t/m 2029. Hiervan is € 40 miljoen in 2027 en € 20 miljoen per jaar in 2028 en 2029 overgeheveld naar de VWS-begroting. Verder wordt onderzocht of financiering van gemeenschapsvorming in woonvormen onderdeel kan worden van de aanvullende HLO-afspraken.

[128] zie Kamerstukken II 2024/25, 36 713, nrs. 3,

VRAAG

Welke financiële ruimte is binnen de Wlz beschikbaar voor domeinoverstijgende maatregelen die kunnen bijdragen aan het voorkomen of uitstellen van Wlz-zorg en hoe ontwikkelt deze ruimte zich

Antwoor

Binnen het deelkader voor overige uitvoeringskosten Wlz is voor de jaren 2026-2028 een bedrag van € 47 miljoen per jaar beschikbaar voor preventieve (domeinoverstijgende) maatregelen. Op grond van de evaluatie van de effectiviteit van de ingezette preventieve maatregelen wordt in het voorjaar van 2027 bezien of en welk bedrag vanaf 2029 beschikbaar wordt gesteld voor preventieve

VRAAG

Wanneer verwacht het departement de wetten rondom de eigen bijdrage in de wijkverpleging en het verwijderen van de huishoudelijke hulp uit de Wmo naar de Tweede Kamer te sturen?

Antwoor

De planning is erop gericht om het wetsvoorstel voor het schrappen van de huishoudelijke hulp uit de Wmo 2015 in het derde kwartaal van 2027 aan de Tweede Kamer te kunnen aanbieden.

De beoogde ingangsdatum van de eigen bijdrage in de wijkverpleging is 1 januari 2029. De vormgeving van de eigen bijdrage voor de wijkverpleging wordt nog uitgewerkt. Daarmee is het ook nog niet bekend welke wet- en regelgeving daarvoor nodig is en – indien een wetswijziging vereist is - wanneer dat naar de Tweede Kamer kan worden gestuurd.

VRAAG

Is binnen de reservering voor de uitkomsten van kostenonderzoeken van de NZa ook dekking opgenomen voor de vergoeding van de kosten van het aanhouden van eigen vermogen (VGREV)? Zo ja, welk bedrag is hiervoor gereserveerd?

Antwoor

Ja, onder meer vanwege het onderzoek naar een vergoeding voor het aanhouden van eigen vermogen is een bedrag gereserveerd van € 352 miljoen vanaf 2028 vanwege mogelijke hogere uitgaven op grond van lopende kostenonderzoeken van de NZa.

VRAAG

Is de reservering van €352 miljoen, naast de eventuele dekking voor VGREV, ook bedoeld om financiële gevolgen van andere kostenonderzoeken van de NZa op te vangen? Zo ja, hoeveel

Antwoor

Onder meer vanwege het onderzoek naar een vergoeding voor het aanhouden van eigen vermogen is een bedrag gereserveerd van € 352 miljoen vanaf 2028. Er dient nog nader overleg plaats te vinden met de NZa en zorgkantoren om te bezien of, en zo ja hoe, de uitkomsten van dit onderzoek op een doelmatige wijze kunnen worden verwerkt in het zorginkoopbeleid en het beschikbare kader vanaf 2028. Welke ruimte overblijft kan daarmee niet beantwoord worden.

VRAAG

Kunt u aangeven welk deel van de stijging van de gemiddelde nominale zorgpremie, die voor 2027 wordt geraamd op €2.029 per jaar, samenhangt met het uitstel van de verhoging van het eigen risico en welk effect dit heeft op de zorgtoeslag en de inkomensafhankelijke bijdrage?

Antwoor

De verwachte stijging van de nominale premie in 2027 is € 150 op jaarbasis. In deze verwachting is geen rekening gehouden met het verhogen van het verplicht eigen risico met € 60 per 2027, omdat deze maatregel met één jaar is uitgesteld. Wanneer het verplicht eigen risico wel met € 60 was verhoogd per 2027 dan was de premiestijging naar verwachting € 48 lager geweest op jaarbasis. De zorgtoeslag was dan € 19 minder gestegen op jaarbasis. Het percentage voor de IAB was dan 0,05

VRAAG

Hoe hoog was de nominale premie in 2027 geweest als de halvering van het eigen risico zoals afgesproken in het kabinet-Schoof was doorgegaan? Als dit niet te kwantificeren is, kan er een

Antwoor

In het wetsvoorstel voor het halveren van het eigen risico was opgenomen dat het halveren van het eigen risico in 2027 zou leiden tot € 199 hogere nominale premie dan zonder de halvering van het eigen risico. De nominale premie 2027 zou dan naar verwachting uitkomen op € 2.228 op jaarbasis (dit is gelijk aan de huidige verwachting van € 2.029 plus de aanvullende premiestijging van € 199).

VRAAG

Welk effect heeft de indexatie van het eigen risico op de hoogte van de nominale

Antwoor

De indexatie van het verplicht eigen risico leidt tot hogere opbrengsten uit het eigen risico voor verzekeraars waardoor zij hun nominale premie lager kunnen vaststellen. Hierdoor hoeft de nominale premie in 2027 met circa € 7,50 minder te stijgen. Het indexeren van het verplicht eigen risico leidt naar verwachting ook tot minder zorggebruik dan wanneer het verplicht eigen risico gelijk was gebleven (het remgeldeffect). Dit dempt de premie verder. In totaal drukt de indexatie van het verplicht eigen risico de stijging van de nominale premie naar verwachting met € 13.

VRAAG

Welke uitkomstindicatoren hanteert u om te beoordelen of de transformatiemiddelen uit het IZA, €460 miljoen in 2027, tot minder zorggebruik hebben geleid, en wat gebeurt er met die middelen

Antwoor

Op het niveau van ieder individueel plan wordt de impact concreet vastgesteld op basis van het behalen van de vooraf, per plan afgesproken Kritieke Prestatie-indicator (KPI's). Vermindering van zorggebruik kan daar onderdeel van zijn, maar is niet de enige indicator. In het beoordelingskader 'Impactvolle zorgtransformaties en inzet transformatiemiddelen' is opgenomen dat de transformatie een substantiële positieve impact moet hebben op passende zorg en daarmee op de toegankelijkheid (beschikbaarheid) en/of kwaliteit van de zorg op lange termijn en het behouden,

De gekozen KPI's per plan sluiten aan bij de beoogde effecten van de betreffende transformatie. De uitbetaling van de middelen is aan het behalen van deze KPI's gekoppeld. Worden de KPI's niet gehaald, dan kunnen middelen bij tijdige signalering worden ingezet voor andere plannen. Er is immers nog sprake van een wachtrij. Middelen die uiteindelijk niet benut worden, komen te vervallen 'use it or lose it'. Op macroniveau moet de optelsom van de transformaties leiden tot minder zorggebruik, zichtbaar in een afremming van het zorggebruik en de uitgaven per sector. Het afzonderlijke effect van de transformatiemiddelen is daarbij niet volledig te isoleren, omdat ook

VRAAG

Kunt u het voor 2027 geraamde bedrag van €1,054 miljard voor tandheelkundige zorg uitsplitsen naar mondzorg voor verzekerden tot 18 jaar, bijzondere tandheelkundige zorg voor volwassenen, prothetische zorg en overige vanuit de Zvw vergoede tandheelkundige zorg?

Antwoor

Het kabinet beschikt voor 2027 nog niet over deze data. Voor 2026 is wel een verdeling beschikbaar. In de onderstaande tabel vindt u een uitsplitsing van de verwachte uitgaven 2026 naar mondzorg voor verzekerden tot 18 jaar, mondzorg voor volwassenen binnen het basispakket en prothetische zorg. Ervaring leert dat de verhoudingen tussen deze drie verschillende zorgvormen over de jaren redelijk stabiel zijn en mogelijk ook toepasbaar zijn

Tabel 107 Uitsplitsing verwachte uitgaven 2026 naar mondzorg voor verzekerden tot 18 jaar, mondzorg voor volwassenen binnen het basispakket en prothetische zorg (bedragen x € 1 miljoen)

Zorgvorm tandheelkundige zorg binnen het	Uitgavenraming 2026 (stand
Mondzorg volwassen	92,9
verzekerden Mondzorg	679,6
jeugdige verzekerden	275,4
Gebitsprothesen	**1.047**

VRAAG

Welke maatregelen vormen de besparing Doelmatige inkoop geneesmiddelen, om welk bedrag per sector is de groeiruimte 2027 voor apotheekzorg en hulpmiddelen verlaagd, en hoe wordt voorkomen dat verdere prijsdruk de beschikbaarheid aantast?

Antwoor

Aan de besparing als gevolg van doelmatige inkoop genees- en hulpmiddelen is voor wat betreft de intramurale geneesmiddelen inhoud gegeven met de verlaging van de sluiscriteria in 2023. De sluis voor dure geneesmiddelen is een maatregel om uitgaven aan nieuwe dure geneesmiddelen te verlagen. Sinds 2023 is de sluis van toepassing op nieuwe geneesmiddelen met een jaarlijkse verwachte uitgaven voor één of meer nieuwe indicaties van € 20 miljoen of meer. Daarvoor lag die grens op € 40 miljoen.[129] Daarnaast zijn de toetsingscriteria voor extramurale geneesmiddelen (bekostigd uit het kader apotheekzorg) strenger geworden door ze in lijn te brengen met die van intramurale geneesmiddelen. De oploop van deze besparing in 2027, die in mindering is gebracht en de groeiruimte bedraagt voor beide sectoren € 5 miljoen (zie ook het

Deze maatregelen hebben vooral gevolgen voor de bovenkant van de markt. De beschikbaarheidsproblematiek doet zich voornamelijk voor aan de onderkant, dus bij de goedkope, generieke geneesmiddelen. Om die reden is het kabinet ervan overtuigd dat deze

VRAAG

Kunt u bevestigen dat de eerder geraamde onderuitputting van €386,4 miljoen voor 2026 structureel in mindering is gebracht op het kader voor de wijkverpleging?

Antwoor

Voor 2026 was er sprake van een onderuitputting van € 386,9 miljoen. In de eerste suppletoire begroting op de VWS-begroting 2026 zijn, op basis van de toen beschikbare informatie van het Zorginstituut, de kaders voor de wijkverpleging structureel naar beneden bijgesteld met dit

[129] Kamerstukken II, 2023-24, 29 477, nr. 798 (24 januari

Conform de afspraken van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) kunnen vanaf de eerste suppletoire begroting 2026 bij onderschrijdingen de budgettaire kaders van de IZA-sectoren meerjarig worden bijgesteld in de begroting van VWS.

Daarbij moet benoemd worden dat bijstellingen in de VWS-begroting op basis van de actualisatiecijfers in principe géén effect hebben op de bestuurlijk afgesproken kaders. In het AZWA is afgesproken dat wanneer onderschrijdingen structureel worden verwerkt in de VWS-begroting, het hogere AZWA-kader het maximale toegestane kader blijft.

VRAAG

Klopt het dat op basis van de realisatiecijfers tot en met Q2 2026 voor 2026 inmiddels een onderuitputting van
€723 miljoen wordt verwacht? Zo ja, hoe wordt deze onderuitputting verklaard, gelet op de

Antwoor

Ja, dat klopt. Het betreft dan een onderuitputting op het kader dat in de ontwerpbegroting VWS 2026 is gepubli-ceerd. Zoals aangegeven in een eerdere Kamerbrief (Kamerstukken II 2024/25, 23235, nr. 244), zijn voor de onderschrijdingen op dit kader verschillende oorzaken aan te wijzen. Het betreft een combinatie van factoren, waaronder de toegenomen doelmatigheid, de focus op zelfredzaamheid van cliënten en uitstroom van cliënten richting de Wet langdurige zorg (Wlz).

VRAAG

Klopt het dat de nieuwe raming van €723 miljoen onderuitputting voor de wijkverpleging ook volledig uit het kader voor de wijkverpleging wordt gehaald?

Antwoor

De € 723 miljoen bestaat uit de in de Voorjaarsnota structureel verwerkte onderbesteding van € 386,9 miljoen en de, op basis van de Q2-cijfers, geraamde toename van de onderbesteding met € 336,3 miljoen. Deze laatste bijstelling is enkel incidenteel voor 2026 in de VWS-begroting verwerkt en leidt daarmee vooralsnog niet tot een structurele aanpassing van het kader. In overeenstemming met de afspraken in het AZWA wordt, op basis van de Q4-cijfers, in het voorjaar van 2027 besloten over de

VRAAG

Hoeveel mensen krijgen naar verwachting met deze eigen bijdrage te maken en hoeveel zullen zij gemiddeld per jaar zelf moeten betalen?

Antwoor

De precieze vormgeving van de eigen bijdrage voor de wijkverpleging is nog niet uitgewerkt. Hierdoor is het nog niet bekend hoeveel mensen met deze eigen bijdrage te maken krijgen en hoeveel zij gemiddeld per jaar zelf moeten betalen.

VRAAG

Met welke afname van het gebruik van wijkverpleging houdt u rekening als gevolg van de eigen bijdrage en hoe wordt gevolgd of mensen hierdoor noodzakelijke zorg mijden?

Antwoor

De precieze vormgeving van de eigen bijdrage voor de wijkverpleging is nog niet uitgewerkt. Hierdoor is het nog niet bekend welke mogelijke afname van het zorggebruik als gevolg van de eigen bijdrage er wordt voorzien. Bij de nadere uitwerking van de maatregel is mogelijke mijding van

VRAAG

Welke besparing verwacht u van het aanscherpen van het pakketbeheer voor dure geneesmiddelen, uitgesplitst per jaar vanaf 2027?

Antwoor

De maatregel Selectie geneesmiddelen uit basispakket en strakker pakketbeheer (CA 41) kent de

Tabel 108 Bedragen x € 1 miljoen				
	202	**202**	**203**	**Stru**
CA 41 Selectie geneesmiddelen uit basispakket en strakker	–	–	–	–

Voor 2027 wordt hier nog geen besparing van verwacht. Over welk deel vanaf 2028 wordt ingevuld door het aanscherpen van het pakketbeheer voor dure geneesmiddelen en welk deel op andere manieren is nog niet bekend. Hierover wordt uw Kamer op een later moment geïnformeerd.

VRAAG

Waaruit bestaat het aangescherpte pakketbeheer voor dure geneesmiddelen in de apotheekzorg en de MSZ, welke besparing is daarvoor ingeboekt, en bij welke middelen of indicaties wordt de

Antwoor

Het aangescherpte pakketbeheer is onderdeel van de maatregel 'Selectie geneesmiddelen uit het basispakket en strakker pakketbeheer' uit het coalitieakkoord. Deze maatregel beoogt in totaal een besparing van € 150 mln. structureel. Naar verwachting wordt een groot deel van deze taakstelling ingevuld met het Toekomstbestendige Stelsel Geneesmiddelen (TSG). Daarvan is de beoogde inwerkingtreding per 1 januari 2028. Op dit moment werkt het Zorginstituut aan de uitvoeringstoets, waarin zij onder andere uitwerken op hoeveel geneesmiddelen TSG een impact gaat hebben. De verwachting is dat de resultaten van deze uitvoeringstoets in Q1 2027 met uw

Afhankelijk van de verwachte besparing van TSG, wordt bezien of aanvullende maatregelen nodig zijn om de taakstelling verder in te vullen.

VRAAG

Welke alternatieve bewijsstandaard hanteert het Zorginstituut bij behandelingen waarvan het bewijs door de zeldzaamheid van de aandoening nooit aan de gebruikelijke eisen kan voldoen, en hoe voorkomt het aangescherpte pakketbeheer dat deze groep buiten de boot valt?

Antwoor

Zorg wordt alleen vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering wanneer deze aantoonbaar effectief is en dus voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Voor het aantonen van de effectiviteit van zorg zijn verschillende onderzoeksdesigns mogelijk. In algemene zin wordt ingezet op het onderzoeksdesign dat het meest passend is, en daarmee uitvoerbaar is en de hoogste zekerheid of kwaliteit van het bewijs oplevert. Daarbij is niet voor elke situatie of aandoening hetzelfde onderzoeksdesign mogelijk of geschikt. Indien het niet mogelijk is om een vergelijkend of experimenteel onderzoek te doen (bijvoorbeeld in het geval van zeldzame aandoeningen), dan kan gebruik worden gemaakt van een observationele studie. Het Zorginstituut hanteert hiervoor het kader 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk'. Het Zorginstituut heeft in 2023 dit kader geactualiseerd. Bij de plannen van dit kabinet over het aangescherpte pakketbeheer, dient

VRAAG

Wanneer verwacht u de Kamer te informeren over de verdere uitwerking van de eigen bijdrage in de wijkverpleging en het schrappen van huishoudelijke hulp als Wmo-maatwerkvoorziening?

Antwoor

VWS verwacht de Tweede Kamer in het eerste kwartaal van 2027 nader te kunnen informeren over de stand van zaken van de uitwerking van de maatregel om de huishoudelijke hulp uit de Wmo

In het najaar van 2026 ontvangt de Kamer een brief met de stand van zaken omtrent de uitwerking van de eigen bijdrage voor de wijkverpleging.

VRAAG

Kunt u de ontwikkeling van het budget voor Wlz-pgb's, dat €4,083 miljard bedraagt in 2027 en daarna licht daalt, uitsplitsen naar prijsontwikkeling, volumeontwikkeling, aantal budgethouders

Antwoor

Nee, deze uitsplitsing heb ik niet beschikbaar. De bedragen waarnaar in de vraag wordt verwezen betreffen de uitgaven aan persoonsgebonden budgetten volgens tabel 73 van de VWS-begroting. Daarbij geldt dat de
bedragen op de regel persoonsgebonden budgetten nog exclusief de groeiruimte voor de jaren 2028-2031 zijn. De ontwikkeling van deze reeks toont het effect van beleidsmaatregelen van vorige kabinetten. Het betreft dus uitgaven bij een ongewijzigd volume, terwijl er sprake is van een stijgend volume. Deze

Onderstaande tabel geeft het integrale beeld van de uitgaven aan persoonsgebonden budgetten binnen de Wlz. Inclusief de gereserveerde groeiruimte nemen de uitgaven toe van € 4.083 miljoen in 2027 tot € 4.446 miljoen in 2031. De cijfers in de tabel zijn allemaal in loon- en prijspeil 2026. De jaarlijkse loon- en prijsbijstelling komt hier dus vanaf 2027 nog bovenop.

Tabel 109

		202	202	202	203	203
1	Persoonsgebonden budgetten	4.08	4.07	4.07	4.06	406
2	(pgb) Aandeel in groeiruimte		1	2	9	5
3	2028-2031	4.08	80	172	277	38

VRAAG

Kunt u aangeven waardoor de uitgaven aan zorg in natura voor ouderenzorg afnemen van €22,489 miljard in 2027 naar €21,794 miljard in 2031 en dit uitsplitsen naar volume, tarieven en

Antwoor

De bedragen waar in de vraag naar wordt verwezen betreffen de uitgaven aan zorg in natura volgens tabel 105 van de VWS-begroting. In deze tabel is helaas een fout geslopen, waardoor het bedrag bij zorg in natura inclusief het bedrag voor de persoonsgebonden budgetten is. De juiste bedragen voor zorg in natura zijn opgenomen ook in tabel 73 van de begroting.

Onderstaande tabel bevat de correcte bedragen van

Tabel 110 Gecorrigeerde tabel 105 Totaal Wlz (Bedragen x € 1 miljoen)							
	202	202	202	202	202	203	203
Uitgave	**38.61**	**41.20**	**43.98**	**46.53**	**49.69**	**52.46**	**55.49**
Zorg in Natura	**33.72**	**36.06**	**36.97**	**36.78**	**36.54**	**36.35**	**36.30**
Ouderenzorg	8	0	9	6	8	7	2
Gehandicaptenzorg	19.77	21.03	21.52	21.32	21.09	20.89	20.84
Langdurige geestelijke	4	4	0	7	0	8	3
gezondheidszorg	11.53	12.44	12.78	12.78	12.78	12.78	12.78
Persoonsgebonden budgetten	9	7	3	3	3	3	3
Ouderenzorg	2.41	2.57	2.67	2.67	2.67	2.67	2.67
Gehandicaptenzorg	5	9	6	6	6	6	6
Langdurige geestelijke	**3.832**	**3.952**	**4.08**	**4.07**	**4.072**	**4.06**	**4.06**
gezondheidszorg	915	923	3	1	958	9	5
Overige Wlz-uitgaven	2.592	2.667	969	957	2.739	955	951
Beheerskosten	325	362	2.739	2.739	375	2.739	2.739
Uitgaven buiten contracteerruimte	**1.060**	**1.196**	375	375	**1.185**	375	375
			1.23	**1.23**		**1.18**	**1.18**
Ontvangsten eigen	**2.57**	**2.77**	**2.89**	**3.02**	**3.15**	**3.25**	**3.37**
Netto Wlz-	**36.04**	**38.43**	**41.09**	**43.50**	**46.54**	**49.20**	**52.12**

Daarbij geldt dat de bedragen op de regel ouderenzorg nog exclusief de groeiruimte voor de jaren 2028-2031 zijn. De ontwikkeling van deze reeks toont het effect van beleidsmaatregelen van vorige kabinetten. Het betreft dus uitgaven bij een ongewijzigd volume, terwijl er sprake is van een stijgend volume. Deze groeiruimte staat nog gereserveerd op het subartikel ‘Nominaal en onverdeeld’.

Onderstaande tabel geeft het integrale beeld van de uitgaven aan Wlz-ouderenzorg in natura binnen de contracteer-ruimte. Inclusief de gereserveerde groeiruimte voor zorg in natura nemen de uitgaven toe van ruim € 21,0 miljard in 2026 tot ruim € 23,6 miljard in 2031. De cijfers in de tabel zijn allemaal in loon- en prijspeil 2026. De jaarlijkse loon-en prijsbijstelling komt hier dus vanaf 2027 nog bovenop.

Tabel 111 Bedragen x € 1 miljoen						
		202	**202**	**202**	**203**	**203**
1	Zorg in natura binnen contracteerruimte	21.52	21.32	21.09	20.89	20.84
2	(zin) Aandeel in groeiruimte 2028-2031		7	0	8	3
3	Totaal uitgaven zorg in natura Wlz	21.52	486	1.19	2.01	2.81
				5	2	0

VRAAG

Hoe loopt het bedrag voor het schrappen van deze tariefmaatregelen op van €171 miljoen in 2027 naar €261 miljoen structureel, uitgesplitst naar afzonderlijke maatregel en sector?

Antwoor

Onderstaande tabel presenteert de ontwikkeling van de oorspronkelijke maatregelen voor de periode 2027-2031. Vanaf 2031 betreffen het structurele bedragen.

Tabel 112 Bedragen x € 1 miljoen					
	202	202	202	203	203
Oorspronkelijke tariefmaatregelen					
1 Meerjarig contracteren	–	–	–	–	–
2 gehandicaptenzorg Taakstelling Wlz-	52	52	52	52	52
3 behandeling	–	–	–	–	–
4 Opschaling digitale zorg	88	88	88	88	88
Oorspronkelijke tariefmaatregel	–	–	–	–	–
5 Meerjarig contracten langdurige ggz	–	–	–	–	–
6 Totaal geschrapte tariefmaatregelen (post	13	13	13	13	13

VRAAG

Hoeveel mensen zullen naar verwachting vanaf 2029 geen huishoudelijke hulp meer krijgen als Wmo-maatwerk-voorziening en wat zijn voor hen naar verwachting de gemiddelde kosten als zij

Antwoor

Dit hangt af van de uitwerking van de maatregel. In het 'technisch rapport effecten stapeling van maatregelen in zorg en sociale zekerheid uit het coalitieakkoord' – dat op 15 september naar uw Kamer is gestuurd[130]– is ervan uitgegaan dat 70% van de mensen die momenteel huishoudelijke hulp ontvangen niet onder het vangnet zullen vallen. De meest recente cijfers van het CBS laten zien dat in 2025 ruim 565.000 unieke cliënten mensen gebruik maakten van huishoudelijke hulp via de Wmo 2015. Op basis van deze cijfers uit 2025 zouden dus ongeveer 400.000 unieke cliënten (70% van 565.000) geen huishoudelijke hulp meer krijgen via de Wmo 2015.

In de technische analyse is verder de aanname gedaan dat huishoudens wekelijks 2 uur huishoudelijke hulp privaat inkopen op basis van de Regeling dienstverlening aan huis (Rdah) voor in totaal € 151,67 per maand. Hierbij is een uurtarief verondersteld van € 17,50 per uur. Dit is bij benadering gelijk aan het uurloon in het midden van de salarisschaal voor huishoudelijke hulpen (vanaf 1 juli 2025) zoals opgenomen in de CAO Verpleeg-, Verzorgingshuizen, Thuiszorg en

VRAAG

Kunt u de effecten op de Zvw en de Wlz, waarmee u rekening houdt bij het schrappen van huishoudelijke hulp als Wmo-maatwerkvoorziening, uitsplitsen naar aantallen cliënten, zorgvorm

Antwoor

Bij de raming van de effecten op de uitgaven in de Zvw en Wlz is verondersteld dat van de cliënten voor wie huishoudelijke hulp wegvalt, 8,9% zal uitstromen naar wijkverpleging en 3,8% naar de Wlz (zorg thuis). Deze percentages zijn overeenkomstig aan de veronderstellingen zoals toegelicht in het Houdbaarheidsonderzoek Wmo 2015[131], blz. 126. Verondersteld is dat de cliënten die uitstromen naar de Wlz een modulair pakket thuis ontvangen met zorgprofiel VV4 (verpleging & verzorging 4) tegen het betreffende maximumtarief. Omdat de cliënten die uitstromen naar de Wlz geen beroep meer doen op wijkverpleging in de Zvw, is er bij wijkverpleging per saldo sprake

VRAAG

Wat betekent het voorliggend maken van zorg in natura op het pgb precies voor mensen die een Wlz-pgb aanvragen?

Antwoor

[130] Kamerstukken II 2025/26, 2026D43542

In de brief van de minister van langdurige zorg, jeugd en sport van 16 juni jl. over de stand van zaken persoons-gebonden budget (pgb) is de term ‘voorliggend maken’ van zorg in natura op het pgb geduid. In deze brief
is aangegeven dat het pgb beschikbaar blijft voor mensen die bewust kiezen voor het pgb. Dit

VRAAG

Kan een Wlz-pgb straks worden geweigerd uitsluitend omdat passende zorg in natura beschikbaar is en kunt u, indien dit het geval is, aangeven op welke grondslag dit gebeurt en, indien dit niet het geval is, wat het voorliggend maken van zorg in natura dan concreet betekent bij de

Antwoor

Zoals aangegeven in de brief van 16 juni jl. en tijdens het commissiedebat pgb op 23 juni jl. moet de keuze voor het pgb een bewuste en positieve keuze worden en blijven. Dit vraagt nog verdere

VRAAG

Kunt u de financiële taakstelling van het bestuurlijk akkoord Wlz voor 2027 tot en met 2031 uitsplitsen naar ouderenzorg, gehandicaptenzorg en ggz-wonen en aangeven hoe deze reeks

Antwoor

De budgettaire opgave voor de maatregel ‘Bestuurlijk akkoord Wlz / Scheiden wonen en zorg’ is in het coalitieak-koord niet verdeeld over de sectoren. De minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport heeft ervoor gekozen de totaal beschikbare groeiruimte voor de Wlz op grond van de afspraken in het coalitieakkoord[132] te verdelen over de sectoren. Deze verdeling is met uw Kamer gedeeld via de brief

VRAAG

Welk deel van het totale subsidiebedrag 2027 is in de afgelopen vijf jaar geëvalueerd op doeltreffendheid en doelmatigheid, welk deel is doeltreffend bevonden, en hoeveel subsidies

Antwoor

In bijlage 3 van de ontwerpbegroting is het overzicht van subsidies, het subsidiebedrag per jaar en in totaal, en de laatste en eerstvolgende evaluatie opgenomen. Van het totale subsidiebedrag 2027 zijn acht subsidieregelingen geëvalueerd met een totale omvang van € 220,2 miljoen. Voor de doeltreffendheid van deze subsidieregelingen verwijzen we naar de individuele rapporten. Voor alle subsidies die door het Rijk worden verstrekt, geldt een einddatum. Deze wordt voorafgaand

VRAAG

Waarom is bij de Longitudinal Aging Study Amsterdam in het subsidieoverzicht geen bedrag opgenomen, welk bedrag is daarvoor in 2027 en verder beschikbaar, loopt de Lifelines-biobank na 2028 door nu de reeks daalt van €3,6 miljoen in 2027 naar €3,5 miljoen in 2028, en worden deze cohorten benut voor onderzoek naar verouderingstempo en biologische leeftijd?

Antwoor

Voor het project Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) 2025-2029 is in totaal € 3,9 miljoen beschikbaar. Voor de jaren 2027-2029 wordt er jaarlijks € 756.000 beschikbaar gesteld. Dit staat ook vermeld in de ontwerpbegroting, onder LASA (p. 284). Voor Lifelines geldt dat de huidige projectsubsidie

[132] De voormalige tariefmaatregelen voor de gehandicaptenzorg en langdurige ggz zijn eveneens geschrapt.

besloten over deze subsidie na 2028. Er is geen overzicht bij het ministerie van VWS welke onderzoeken precies gedaan worden met Lifelines-gegevens. Op de website van Lifelines wordt wel inzicht gegeven in de meest recente wetenschappelijke inzichten.[134]

VRAAG

Is er een niet-budgettaire reden voor het niet verlengen van de subsidie op

Antwoor

Recent heeft het kabinet het pakketadvies kinderbrillen ontvangen van het Zorginstituut[135]. Hierin adviseert het Zorginstituut om kinderbrillen niet op te nemen in het basispakket. Het kabinet werkt nog aan een reactie op dit advies. In de tussentijd wordt de huidige subsidieregeling met een jaar

VRAAG

Op welke wijze is het advies van Zorginstituut over kinderbrillen verwerkt in de begroting voor 2027 en welke middelen zijn in 2027 gereserveerd voor de opvolging van dit advies? Indien in de begroting voor 2027 nog geen middelen zijn gereserveerd voor een structurele oplossing voor kinderbrillen voor gezinnen met onvoldoende financiële middelen, wanneer verwacht u hierover een besluit te nemen en op welke wijze worden eventuele budgettaire gevolgen daarvan

Antwoor

Recent heeft het Zorginstituut in het pakketadvies kinderbrillen geadviseerd om kinderbrillen niet op te nemen in het basispakket.[135] Het kabinet werkt nog aan een reactie op dit advies. Voor 2027 wordt het pakket op dit punt in ieder geval niet gewijzigd, waardoor er geen middelen gereserveerd zijn voor de pakketopname in de begroting van 2027. De huidige subsidieregeling is met een jaar verlengd

VRAAG

Hoe wil u bij een toekomstige regeling voor kinderbrillen waarborgen dat voor kinderen in heel Nederland dezelfde voorwaarden en vergoedingen gelden, ongeacht de gemeente waarin zij

Antwoor

Recent heeft het kabinet het advies van het Zorginstituut ontvangen om kinderbrillen niet op te nemen in het basispakket.[135] Het kabinet werkt nog aan een reactie op dit advies. Op dit moment is er een tijdelijke subsidiere-geling voor ouders of verzorgers die de kinderbril niet kunnen betalen. Deze subsidieregeling wordt met een jaar verlengd voor 2027.

VRAAG

Waarom komen de begrippen uitkomstbekostiging en populatiebekostiging in de gehele toelichting niet voor, terwijl het programma Uitkomstgerichte zorg fase II wel wordt gesubsidieerd, en welk bekostigingsmodel staat u voor 2027 en verder voor ogen?

Antwoor

Het programma Uitkomstgerichte zorg (UZ) richt zich op het implementeren van uitkomstgericht werken in de medisch specialistische zorg. Het gaat primair over het meten van zorginhoudelijke uitkomsten die leiden tot een kwaliteitsverbetering van zorg, transparantie, leren en verbeteren

---

134 https://www.lifelines.nl/
135 Advies - Kinderbrilarmoede oplossen, maar niet via het basispakket van de zorgverzekering |

basis van deze uitkomsten. Uitkomstbekostiging en populatiebekostiging houden een verandering in van het bekostigingsmodel, dit is echter niet opgenomen in de doelstellingen van het programma UZ-fase II en zijn daarom niet opgenomen in de toelichting.

Verder is in algemene zin geen antwoord te geven op de vraag hoe de bekostiging er per 2027 uitziet. Voor de diverse sectoren hanteren we namelijk uiteenlopende bekostigingsmodellen. De keuze voor een bepaalde bekostigingssystematiek hangt af van meerdere factoren. Hierbij kan het dan onder meer gaan om de onderlinge marktverhoudingen binnen de betreffende zorgsector. Ook het type zorg (acuut, chronisch, electief) speelt een rol bij de bekostigingswijze. Voor de medisch specialistische zorg is gekozen voor een dbc-bekostigingssystematiek. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) werkt momenteel aan de doorontwikkeling van de passende bekostiging van de medisch specialistische

VRAAG

Welke resultaten heeft het programma Uitkomstgerichte zorg opgeleverd, welk bedrag is er sinds de start in totaal aan besteed, en bij hoeveel aandoeningen wordt inmiddels daadwerkelijk op

Antwoor

Gedurende de looptijd van het programma Uitkomstgerichte Zorg (UZ) is veel kennis opgedaan en zijn diverse producten, instrumenten en praktische handreikingen voor met name samen beslissen ontwikkeld. Samen dragen deze opbrengsten bij aan het versterken van UZ in de praktijk en het ondersteunen van zorgprofessionals en instellingen bij samen beslissen en het gebruik van uitkomstinformatie in de spreekkamer. In totaal is er voor fase I en fase II van het programma tussen 2018 en 2026 ongeveer € 73 miljoen besteed. Dit geld is onder andere besteed aan het ontwikkelen van diverse praktische hulpmiddelen zoals toolkits, e-learings en andere ondersteunende materialen voor zowel zorgverleners als patiënten. In fase II is de focus van het programma gelegd op de implementatie van het programma, onder andere de Wensenscan die is uitgezet onder alle instellingen, waaruit bleek dat samen beslissen in de instelling is

In de eerste fase van het programma zijn 33 uitkomstensets ontwikkeld die met name voor patiënten relevante uitkomsten, zoals kwaliteit van leven en functioneren, inzichtelijk maken. Tijdens de implementatiefase bleek echter dat brede toepassing in de praktijk complexer was dan voorzien en er ook nog niet afgerekend kan worden op basis van deze uitkomstensets. Verschillen in gegevensregistratie en in de toepassing van informatiestandaarden maakten het lastig om de benodigde gegevens op een uniforme wijze uit zorgvoorzieningen te ontsluiten

VRAAG

Hoeveel zorg is op grond van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik daadwerkelijk gede-implementeerd, om welke behandelingen gaat het, en welke besparing is daarmee gerealiseerd?

Antwoor

Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) is een samenwerkingsverband van partijen in de medisch-specialistische zorg, gericht op het verbeteren en structureel inbedden van een kenniscyclus waarmee zorgevaluatie onderdeel wordt gemaakt van het reguliere zorgproces.

Sinds de start van ZE&GG zijn meer dan 170 onderwerpen landelijk geïmplementeerd, terug te vinden op de Landelijke MSZ-implementatieagenda. Deze onderwerpen betreffen zowel het stoppen of aanpassen van zorg zonder bewezen meerwaarde (deïmplementatie) als betere inzet van bewezen effectieve zorg. Het gaat om een brede variatie van zorg, zoals onnodige

Het vaststellen van de totale besparing van deze onderwerpen is complex. Dit vereist te veel aannames, en daarnaast ontbreken voor veel onderwerpen de gegevens om alle effecten

De kenniscyclus kan in bepaalde gevallen ook tot meer zorg leiden, door ervoor te zorgen dat bewezen effectieve zorg juist vaker wordt ingezet. Het doel is dat er via een gezamenlijke werkwijze impactvol onderzoek wordt gedaan en dat resultaten sneller worden

zorg ontvangt en publieke middelen doelmatig worden ingezet. Eventuele besparingen die optreden als gevolg van het programma ZE&GG zijn in de begroting onderdeel van de bredere besparingsopgave van € 1,2 miljard voor passende zorg uit het coalitieakkoord Rutte IV, die met

VRAAG

Welk bedrag is in 2027 beschikbaar voor de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) en voor het versnellen van medisch-ethische toetsing? Hoe lang duurt een toetsing gemiddeld en hoe verhoudt die doorlooptijd zich tot die in Duitsland, Denemarken en het Verenigd

Antwoor

Het kabinet stelt in 2027 € 14,2 miljoen[136] ter beschikking aan de CCMO (Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek). Van de € 14,2 miljoen is € 13,1 miljoen een vaste bijdrage en € 1,1 miljoen komt uit het programma Werk aan Uitvoering. Dit geld is bedoeld om de organisatie de wettelijke taken te laten uitvoeren en daarnaast om de organisatie te verbeteren en sterker te maken. Er is geen specifiek budget gealloceerd voor het versnellen van medisch-ethische

De gemiddelde doorlooptijd van een toetsing van een onderzoek bedraagt in Nederland 114 dagen. Dit betreft al het onderzoek dat valt onder de Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek met Mensen (WMO), de Embryowet en de verordeningen voor medische hulpmiddelen (MDR) en in vitro diagnostiek (IVDR). Van de 114 dagen zijn 57 dagen beoordelingstijd. De resterende tijd gaat naar de beantwoording van vragen door de indiener. De cijfers van andere Europese lidstaten zijn niet bekend vanwege

De doorlooptijd voor nationale studies met geneesmiddelen bedraagt gemiddeld 80 dagen. In Denemarken is dat 83 dagen en in Duitsland 73 dagen. Er zijn geen gegevens bekend van het Verenigd Koninkrijk. Voor internationale studies met geneesmiddelen is de beoordelingstijd in alle landen van

In Europa worden met het Commissievoorstel voor een Handeling op de Biotechnologie (de Biotech Act) de maximale termijnen voor de beoordeling verkort. De CCMO doet mee aan de Fast-EU-pilot, waarbij beoordelingen binnen deze termijnen moeten plaatsvinden. Ook zoekt de CCMO naar manieren om het beoordelingsproces efficiënter in te richten, mede in het licht van het

[136] In tabel 52 op pagina 142 is per abuis €13,7 miljoen