

---

Vergaderjaar 2024-2025

---

**36 600 XVI** Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2025

**H** **NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG**  
Ontvangen 31 januari 2025

Het wetsvoorstel heeft de commissie aanleiding gegeven tot het maken van de volgende opmerkingen en het stellen van de volgende vragen.

### **Inleiding**

De leden van de fracties van **GroenLinks-PvdA**, de **VVD** en het **CDA gezamenlijk**, **D66**, **SP**, de **PvdD** en **Volt** hebben kennisgenomen van de begrotingsstaten VWS 2025. Naar aanleiding hiervan stellen zij de regering een aantal vragen. De leden van de fracties van de **VVD** en het **CDA gezamenlijk** en **Volt** hebben in dit verband benadrukt dat zij met (grote) zorg van de begrotingsstaten hebben kennisgenomen.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de fractie van GroenLinks-PvdA**

*Vanaf half december 2024 is er als gevolg van de onderhandelingen over de dekking van het gedeeltelijk terugdraaien van bezuinigingen op de begroting van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) veel onduidelijkheid ontstaan over de begroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Voordat in de Eerste Kamer over de begroting van VWS 2025 gesproken/gestemd kan worden, hechten de leden van de fractie van **GroenLinks-PvdA** eraan de feiten goed op een rijtje te hebben. Daarom stellen deze leden de volgende vragen:*

1. *Graag ontvangen deze leden van de regering een overzicht van de omvang en samenstelling van de begroting VWS 2024, 2025 en de indicatieve begroting 2026, op het abstractieniveau zoals opgenomen op pagina 3 van het gewijzigd voorstel van wet.<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Kamerstukken I 2024-25, 36 600 XVI, C.

Hieronder wordt de definitieve begrotingsstaat van de 2<sup>e</sup> suppletoire begroting over het jaar 2024 weergegeven. Dit is de meest recente stand.

**Wijziging begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2024 (Tweede suppletoire begroting) (Bedragen x € 1.000)**

Art. Omschrijving	Vastgestelde begroting (incl. Suppletoire begrotingen, NvW en amendementen)			Mutaties 2e suppletoire begroting		
	Verplichtingen	Uitgaven	Ontvangsten	Verplichtingen	Uitgaven	Ontvangsten
<b>Totaal</b>	<b>17.695.449</b>	<b>37.926.616</b>	<b>282.764</b>	<b>22.313.428</b>	<b>575.730</b>	<b>739.893</b>
<b>Beleidsartikelen</b>						
1 Volksgezondheid	1.960.091	2.407.243	64.737	488.691	44.692	56.000
2 Curatieve zorg	675.193	4.116.593	80.217	3.524.238	- 9.524	- 7.000
3 Langdurige zorg en ondersteuning	5.648.648	21.693.850	23.034	17.440.213	- 56.127	0
4 Zorgbreed beleid	1.316.671	1.471.803	32.869	213.603	- 36.604	11.993
5 Jeugd	232.588	262.971	2.400	- 33.541	- 42.591	0
6 Sport en bewegen	387.699	479.659	55.945	1.490	1.490	0
7 Oorlogsgetroffenen en Herinnering Tweede Wereldoorlog	214.947	217.521	3.339	818	818	- 2.100
8 Tegemoetkoming specifieke kosten	6.570.149	6.570.149	0	681.000	681.000	681.000
<b>Niet-beleidsartikelen</b>						
9 Algemeen	44.571	47.219	8.358	- 344	- 469	0
10 Apparaatsuitgaven	644.892	659.608	11.865	- 2.740	- 6.955	0
11 Nog onverdeeld	0	0	0	0	0	0

Hieronder wordt de begrotingsstaat inclusief amendementen over het jaar 2025 weergegeven.

**Vastgestelde begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) voor het jaar 2025 (bedragen x € 1.000)**

Art. Omschrijving	Vastgestelde begroting		
	Verplichtingen	Uitgaven	Ontvangsten
<b>Totaal</b>	<b>35.529.046</b>	<b>36.498.950</b>	<b>296.247</b>
<b>Beleidsartikelen</b>			
1 Volksgezondheid	1.605.662	2.271.801	102.059
2 Curatieve zorg	5.099.190	4.288.749	78.701
3 Langdurige zorg en ondersteuning	18.961.576	19.852.599	8.376
4 Zorgbreed beleid	1.371.010	1.539.901	31.574
5 Jeugd	203.753	203.753	2.400
6 Sport en bewegen	387.167	429.207	60.627
7 Oorlogsgetroffenen en Herinnering Wereldoorlog II	198.913	199.279	3.339
8 Tegemoetkoming specifieke kosten	7.057.449	7.057.449	0
<b>Niet-beleidsartikelen</b>			
9 Algemeen	52.294	60.662	0
10 Apparaatsuitgaven	607.078	610.596	9.171
11 Nog onverdeeld	-15.046	-15.046	0

De Ontwerpbegroting 2026 wordt opgesteld naar aanleiding van de besluitvorming binnen het kabinet en gepresenteerd op Prinsjesdag 2025. Deze besluitvorming moet nog plaats vinden. In de Ontwerpbegroting 2025 is reeds een doorkijk opgenomen voor de komende jaren. Op basis daarvan kan de volgende staat worden opgesteld. Zoals gezegd zal deze nog wijzigen naar aanleiding van de kabinetsbesluitvorming. Wijzigingen op de begroting worden aangeboden voor parlementaire behandeling.

Indicatieve begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) voor het jaar 2026 (bedragen x € 1.000)

Art. Omschrijving	Vastgestelde begroting		
	Verplichtingen	Uitgaven	Ontvangster
<b>Totaal</b>	<b>36.725.108</b>	<b>38.501.510</b>	<b>296.247</b>
<b>Beleidsartikelen</b>			
1 Volksgezondheid	1.274.201	1.831.430	45.183
2 Curatieve zorg	4.039.551	4.510.914	97.919
3 Langdurige zorg en ondersteuning	21.274.053	21.988.117	8.398
4 Zorgbreed beleid	1.354.393	1.367.600	11.920
5 Jeugd	148.619	148.619	2.400
6 Sport en bewegen	368.993	381.293	23.668
7 Oorlogsgetroffenen en Herinnering Wereldoorlog II	180.315	180.586	3.339
8 Tegemoetkoming specifieke kosten	7.552.549	7.552.549	0
<b>Niet-beleidsartikelen</b>			
9 Algemeen	35.799	42.667	0
10 Apparaatsuitgaven	496.611	497.711	8.338
11 Nog onverdeeld	-15.046	-15.046	0

2. Wat is de verklaring voor de belangrijkste verschillen?

Ten opzichte van de vastgestelde VWS-begroting van 2024 weerspiegelt de ontwerpbegroting 2025 de beleidsprioriteiten van het nieuwe kabinet en het daarbij behorende hoofdlijnenakkoord. In de begroting 2025 zijn de apparaatstaakstelling en subsidietaakstelling verwerkt, wat betekent dat er ombuigingen worden doorgevoerd op zowel de organisatiekosten van VWS als op de subsidies die het ministerie verstrekt. Dit heeft ook een effect op de (nu indicatieve) begrotingsstaat van 2026. Met de ontwerpbegroting 2025 wordt ingezet op RS-vaccinaties om kwetsbare groepen te beschermen en worden middelen vrijgemaakt voor de standaardisatie van gegevensuitwisseling in de zorg. Verder zijn middelen opgenomen in de begroting voor de aangenomen initiatiefwet suïcidepreventie. Ook zijn er middelen gereserveerd voor onder andere de subsidieregeling Opleiden in de Wijkverpleging, de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV), ondersteuning voor Oekraïense ontheemden en de meerkosten Oekraïne in het sociaal domein, evenals de uitvoering van de pneumokokkenvaccinatie voor ouderen. Daarnaast zijn de absolute verschillen te verklaren door onder andere de rijksbijdrage wlz, rijksbijdrage 18- en de zorgtoeslag.

3. Bij amendement heeft de Tweede Kamer, ter dekking van een minder-bezuiniging op de begroting van OCW, besloten tot een bezuiniging van 315 miljoen euro op begroting VWS. Klopt het dat deze bezuiniging neerslaat in het jaar 2026? Hoe is die bezuiniging verwerkt in het overzicht dat de regering de Kamer als antwoord op vraag 1 heeft verstrekt?

4. De bezuinigingen gaan in per 2027 en zijn daarom niet zichtbaar in bovenstaande tabellen. Genoemde bezuiniging moet voor 150 miljoen euro gevonden worden in vermindering van de salarissen van medisch specialisten. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben begrepen dat de achterliggende gedachte is dat de medisch specialisten die nu nog zelfstandig of in maatschappen werken, in loondienst moeten gaan. Die beleidsrichting spreekt de leden van deze fractie aan. Graag worden deze leden geïnformeerd over wat er precies nodig is om de beoogde 150 miljoen in 2026 te halen. Hoeveel artsen moeten daartoe in loondienst gaan? Welk

*percentage is dat van het geheel van medisch specialisten die nu niet in loondienst zijn? Welke sturingsmogelijkheden heeft de regering om deze doelstelling te behalen en daarmee de financiële taakstelling te realiseren? Hoe reëel wordt het geacht dat de benodigde 150 miljoen tijdig wordt gehaald? Kan de Kamer tussentijds geïnformeerd worden over de stappen die hiertoe worden gezet en het resultaat daarvan?*

Zoals de minister van VWS ook in de brief van 17 december jl.<sup>2</sup> heeft laten weten hangt de maatregel samen met het verzoek van de Tweede Kamer om te komen tot een plan om alle medisch specialisten in loondienst te brengen. Daarover heeft de minister van VWS aangegeven dat zij tijdens de overleggen over het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord bij partijen onder de aandacht zal brengen dat een meerderheid in de Tweede Kamer alle medisch specialisten in loondienst wil brengen.<sup>3</sup> De minister van VWS gaat kijken wat er voor de maatregel om € 150 miljoen te bezuinigen binnen de lopende overleggen over een aanvullend zorg- en welzijnsakkoord te realiseren is. De minister van VWS informeert u zodra zij een goed beeld heeft over de wijze waarop de gevraagde maatregel uitgevoerd kan worden.

5. *Mocht bovengenoemde bezuiniging op de honoraria van de medisch specialisten niet, niet tijdig of niet volledig gehaald worden, welke afspraak geldt dan voor het resterende te bezuinigen bedrag? Moet dat gevonden worden in het geheel van de Rijksbegroting, in de begroting van OCW of in de begroting van VWS?*

Indien de ombuiging niet (volledig) gerealiseerd kan worden, dan is het eerst aan de minister van VWS om een oplossing binnen de VWS-begroting te vinden. Dit is onderdeel van de regels voor budgetdiscipline. Het kabinet kan echter ook besluiten dat de oplossing elders op de Rijksbegroting wordt gevonden. Wijzigingen van de begroting worden als wetsvoorstel aangeboden voor parlementaire behandeling.

6. *Volgens het door de Tweede Kamer aangenomen amendement Bontenbal c.s.<sup>4</sup> moet de overige 165 miljoen bezuiniging worden gevonden in vermindering van de kosten voor bij- en nascholing in de medisch specialistische zorg. Hierover is maatschappelijk grote commotie ontstaan. De minister heeft ook aangegeven hier heel ongelukkig mee te zijn. Sprak zij daarbij namens het hele kabinet? Op welke wijze is de minister of zijn andere leden van de regering betrokken geweest bij de onderhandelingen van de vier partijen die geleid hebben tot het opnemen van deze bezuiniging in hun amendement?*

De minister van VWS heeft uitgesproken bezorgd te zijn over de ombuiging op medisch-specialistische zorgopleidingen. Uiteraard geldt dat dit in het bijzonder de zorgen van de minister van VWS zijn, aangezien dit ombuigingen zijn op het beleidsterrein waarop zij verantwoordelijk is.

De politieke onderhandelingen in de Tweede Kamer over de OCW-begroting en de rol van het kabinet daarin laten zien dat er een afstand is tussen het parlement en het extraparlamenteaire kabinet. De door de Kamer gewenste aanpassingen van de OCW-begroting en de gedeeltelijke dekking op de VWS-begroting zijn budgettair forse ingrepen.

7. *Hebben deze leden goed begrepen dat de Tweede Kamer inmiddels een motie van het lid Krul heeft aangenomen, waarin deze 165 miljoen niet langer bij de bij- en nascholing medisch specialistische zorg gevonden hoeft te worden, maar taakstellend ergens in de begroting van VWS? Acht de regering dit realistisch? Zo ja, kan de regering ons aangeven binnen welke termijn en binnen welke posten aan deze nieuwe taakstelling inhoud gegeven gaat worden? Zijn door de regering ook posten hiervan uitgesloten?*

De motie Krul c.s. vraagt een alternatieve invulling binnen het domein van de VWS begroting. Voor een nadere toelichting verwijst de minister van VWS naar de *Kamerbrief Ombuigingen VWS-begroting en positie VNG in het IZA* die parallel aan deze beantwoording aan uw Kamer is gezonden.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2024/25, 36 600 XVI, nr. 155

<sup>3</sup> Handelingen II 2024/25, 36 600 XVI

<sup>4</sup> Kamerstukken II 2024-25, 36 600 VIII, nr. 141.

8. *Het geheel heeft tot zeer veel onrust en onduidelijkheid geleid, niet in de laatste plaats bij partijen waarmee de minister onderhandelt over een nieuw Integraal Zorgakkoord tot 2028. Graag vernemen deze leden van de regering welke partijen hun medewerking aan deze onderhandelingen hebben opgeschort of stopgezet. Wat is de reactie van de regering hierop? De leden van de fractie van GroenLinks-PvdA maken zich grote zorgen over deze stagnatie. Welke gevolgen heeft dit voor de planning van het tot stand komen van het akkoord? Kan de regering aangeven op welke wijze en op welke termijn zij denkt de gesprekken met alle betrokken (en benodigde!) partners te kunnen hervatten? Welke acties onderneemt zij hiertoe? Is de regering bereid de Kamer van de voortgang hiervan op de hoogte te houden?*

In opdracht van hun ALV op 29 november jl. trok de VNG zich vooralsnog terug uit gesprekken over het Integraal Zorgakkoord (IZA), en daarmee ook het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord (AZWA). Deze maand zijn afspraken gemaakt over gelijkwaardigheid tussen de VNG, Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van VWS. Een voorbeeld van een concrete afspraak is dat gemeenten de transformatieplannen waarin het sociaal domein betrokken is of die impact hebben op het sociaal domein, samen met de zorgverzekeraars van richting voorzien en beoordelen. Nu deze gelijkwaardigheid is vastgesteld door het bestuurlijk overleg IZA kunnen inhoudelijke gesprekken vervolgd worden. De VNG hervat deelname aan het IZA en neemt weer deel aan de gesprekken over het AZWA. Zo kunnen we weer samenwerken aan een akkoord met de ambitie om de verbinding in de regio tussen het zorg- en sociaal domein te versterken. Na de voorjaarsbesluitvorming wordt door de Algemene Ledenvergadering (ALV) van VNG definitief besloten over verdere deelname aan het IZA en het aanvullend akkoord. Eind 2024 werd duidelijk dat er een bezuinigingsopgave van € 315 miljoen is neergeslagen op de begroting van VWS als gevolg van een aangenomen amendement in de Tweede Kamer op de OCW-begroting. NVZ, NFU, V&VN, FMS en ZKN hebben als gevolg hiervan de gesprekken over het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord opgeschort. Zij hebben benadrukt dat zij onverkort deel blijven uitmaken van het Integraal Zorgakkoord. De minister van VWS heeft hierover een brief aan de Tweede Kamer gezonden op 17 december 2024<sup>5</sup>. Voor wat betreft de maatregel om afspraken te maken over de beloning van medisch specialisten en het vinden van een alternatieve invulling voor de *ombuiging subsidie bij- en nascholing medisch specialisten* conform motie Krul c.s.<sup>6</sup> verwijst de minister van VWS voor een nadere toelichting naar de *Kamerbrief Ombuiging VWS-begroting en positie VNG in het IZA* die parallel aan deze beantwoording aan uw Kamer is gezonden.

De uitvoering van de gemaakte afspraken in het Integraal Zorgakkoord gaat onverminderd door. Alle betrokken partijen onderkennen daarnaast het belang om aanvullende afspraken te maken om de stijgende zorgvraag in een krappe arbeidsmarkt op te kunnen vangen en te werken aan gelijkwaardigere toegang tot zorg en ondersteuning voor mensen. De bewindslieden van VWS stellen alles in het werk om, n.a.v. de plotse verzwaring van de financiële opgave voor de zorg, het vertrouwen bij partijen te herstellen en naar oplossingen te zoeken. De urgentie blijft onverminderd groot om de komende periode tot een afronding van de aanvullende afspraken te komen t.b.v. het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord. De minister van VWS, de staatssecretaris LMZ en de staatssecretaris JPS houden u op de hoogte van ontwikkelingen.

9. *Graag willen de leden van de fractie van GroenLinks-PvdA een helder beeld krijgen van de middelen op het gebied van arbeidsmarkt, opleiding en scholing in de zorg. Hoeveel middelen stelt de minister de komende vier jaar ter beschikking voor opleiding en begeleiding? Hoe verhoudt zich dat met de budgetten in de afgelopen vier jaar? Wat is de ontwikkeling in de prognose van het arbeidsmarkttekort? Klopt onze informatie dat gekort wordt op het stagefonds en op starters- en stimuleringsregelingen? Of komen deze kortingen te vervallen als voor de genoemde 165 miljoen een andere dekking gezocht wordt? Hoe zijn de ontwikkelingen in het programma Toekomstbestendige Zorg?*

Hieronder volgt een overzicht van de begrote uitgaven ten behoeve van opleiding en begeleiding in zorg en welzijn. Tenzij anders staat aangegeven geeft het getoonde bedrag het beschikbare budget bij de ontwerp-begroting van het betreffende jaar weer. In het overzicht zijn enkel instrumenten opgenomen waarmee kosten voor opleiding en begeleiding worden gefinancierd. Daarnaast zijn er ook instrumenten die randvoorwaardelijk zijn voor opleiden. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de subsidieregeling vaccinatie stageplaatsen zorg,

<sup>5</sup> Kamerstukken II 2024/2025, 36600-XVI-155

<sup>6</sup> Kamerstukken II 2024/2025, 29282-591

die het indirect mogelijk maakt dat studenten stage kunnen lopen in de zorg, de subsidieregeling inrichten opleidingsstructuur wijkverpleging (IOW), waarmee een stimulans wordt gegeven aan vernieuwde opleidingsstructuren in de wijkverpleging, of de subsidie voor het Nationaal Groeifonds-project DUTCH, dat gericht is op onderwijsinnovatie door middel van het ontwikkelen en beschikbaar stellen van simulatiemodules voor zorgopleidingen.

<b>Begrote uitgaven opleiden 2021-2029 - artikel 4.2 en beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgopleidingen (€ x 1 miljoen)</b>								
<i>Regeling / instrument</i>	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
SectorplanPlus*	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			
Strategisch opleiden medisch-specialistische zorg (SO-MSZ) (t/m 2024 'KiPZ')**	206,0	209,0	216,5	227,5	119,2	119,2	73,4	73,4
Werkgeverskosten Opleiden Wijkverpleging					60,0	60,0	60,0	60,0
Stageplaatsen zorg II (Stagefonds)***	112,0	179,5	122,0	122,0	127,8	127,8	127,8	
Leidraad vakmanschap en werkplezier								40,0
Opleiding tot PA en ANP (PA/VS)	38,0	38,0	38,0	38,0	38,0	39,0	42,0	42,5
Opleiden in een jeugd-GGZ instelling	2,6	2,3	2,6	2,6	5,2	5,2	5,2	5,2
Artsen maatschappij en gezondheid	27,0	27,0	27,0	38,0	42,5	42,5	42,5	42,5
<b>Subtotaal begroting</b>	<b>485,6</b>	<b>555,8</b>	<b>506,1</b>	<b>528,1</b>	<b>492,7</b>	<b>393,7</b>	<b>350,9</b>	<b>263,6</b>
Beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgopleidingen****	1.464,9	1.557,4	1.685,7	1.837,8	1.942,1	2.026,8	2.054,0	2.050,7
<b>Subtotaal premiegefinancierd</b>	<b>1.464,9</b>	<b>1.557,4</b>	<b>1.685,7</b>	<b>1.837,8</b>	<b>1.942,1</b>	<b>2.026,8</b>	<b>2.054,0</b>	<b>2.050,7</b>
<b>Totaal</b>	<b>1.950,5</b>	<b>2.113,2</b>	<b>2.191,8</b>	<b>2.365,9</b>	<b>2.434,8</b>	<b>2.420,5</b>	<b>2.404,9</b>	<b>2.314,3</b>

\*De subsidie SectorplanPlus bestond in de periode 2017-2022 uit vier tijdvakken waarvoor in totaal 420 miljoen beschikbaar was. Met ingang van 2022-2023 wordt de subsidie per schooljaar verstrekt. De getoonde bedragen weergeven de gemiddeld beschikbare subsidie.

\*\*50% van middelen voor de jaren 2025 en 2026 zijn overgeheveld naar het premiekader MSZ. Er is een amendement aangenomen op de begroting van het ministerie van OCW dat deels gedekt wordt door vanaf 2027 structureel € 165 miljoen om te buigen op deze middelen. Op 19 december 2024 is een motie van het lid Krul aangenomen die de minister van VWS verzoekt om een alternatieven invulling te vinden voor de ombuiging. De minister verkent momenteel de mogelijkheden hiertoe.

\*\*\*Voor 2022 gold een eenmalige verhoging ter bevordering van innovatieve vormen van stagebegeleiding

\*\*\*\* Voor de beschikbaarheidsbijdrage zijn voor 2021-2022 de door de NZa vastgestelde bedragen weergegeven en voor de periode 2023-2024 de verleende bedragen. Voor 2025 en verder zijn de door VWS geraamde uitgaven opgenomen

Uit het Prognosemodel Zorg en Welzijn blijkt dat het verwachte personeelstekort de komende jaren steeds harder toeneemt. In 2034 wordt een tekort geraamd van bijna 266 duizend werknemers.

Het arbeidsmarktbeleid zal niet langer vorm krijgen door middel van het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en welzijn (TAZ), maar volgens de drie lijnen in het Regeerprogramma, te weten:

- Het halveren van de administratietijd in 2030;
- De juiste inzet van medewerkers;
- Het vergroten van vakmanschap en werkplezier.

10. *Intussen lijkt in de Tweede Kamer als gevolg van deze ontwikkelingen een soort bevroren situatie te ontstaan, ook waar het concrete voorstellen betreft die soms met maar heel weinig geld een impuls aan de zorg kunnen geven. Zo verwierp een Kamermeerderheid op advies van de regering half december een voorstel om 21 miljoen onderzoeksbudget voor post-covid ter beschikking te stellen, hoewel dit voorstel in lijn was met een eerder door deze zelfde Kamer aangenomen motie. Zonder daar hier inhoudelijk op in te kunnen gaan, wekt dit toch alle schijn dat de onzekerheid over de begroting VWS een verlamme werking heeft op de regering en de Kamer. Kan de regering zich deze zorg voorstellen? Wat is daarop de reactie van de regering? Hoe wil de regering bewerkstelligen dat de ontwikkeling van nieuwe initiatieven niet volledig stil valt onder de slagschaduw van voorgenomen bezuinigingen?*

De voorgenomen bezuinigingen op de zorg hebben invloed op de gesprekken die de minister van VWS voert met de partijen van het Integraal Zorgakkoord over een aanvullend zorg- en welzijnsakkoord. Het afsluiten van een aanvullend zorg- en welzijnsakkoord is onderdeel van het Regeerprogramma en van groot belang voor de zorgsector en de toekomst van de zorg. De minister van VWS zet zich daar vol voor in.

11. *Eind januari wordt het advies van de deskundigencommissie onder leiding van Van Ark verwacht over de tekorten in de jeugdzorg bij gemeenten in 2023 en 2024. De gemeenten benadrukken via de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) dat zij gecompenseerd moeten worden voor deze tekorten. Hoe gaat de regering om met het advies van de commissie Van Ark en hoe zal dat leiden tot aanpassingen van de begroting voor 2025 of volgende jaren?*

De deskundigencommissie Hervormingsagenda Jeugd zal een onafhankelijk zwaarwegend advies uitbrengen over de uitvoering van de maatregelen en de gepleegde inspanningen uit de Hervormingsagenda Jeugd, mede in relatie tot de uitgavenontwikkeling. Op basis van het advies zullen zowel Rijk en VNG met elkaar als met cliënten, aanbieders en professionals, hierover in gesprek gaan. In het Overhedenoverleg is afgesproken dat ten aanzien van het advies van de Deskundigencommissie de vraag niet is 'of' maar 'hoe' het worden verwerkt in de Voorjaarsnota.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de fracties van de VVD en het CDA gezamenlijk**

*Eind vorig jaar is op de valreep een akkoord bereikt over de begrotingsstaten van OCW. De voorgenomen bezuiniging werd teruggebracht met zo'n 800 miljoen euro. Van deze 800 miljoen wordt 315 miljoen ten laste van de begroting VWS gebracht. Zoals de minister diverse keren in de media duidelijk maakte, werd zij hierdoor volkomen overvallen. Zij werd niet geïnformeerd en was niet betrokken bij de besluitvorming. Dit bevreemdt de leden van de fracties van de **VVD** en het **CDA**. Kan de regering aangeven hoe dit mogelijk is geweest?*

De door de Kamer gewenste aanpassingen van de OCW-begroting en de gedeeltelijke dekking op de VWS-begroting zijn budgettair forse ingrepen. De politieke onderhandelingen in de Tweede Kamer over de OCW-begroting en de rol van het kabinet daarin laten zien dat er een afstand is tussen het parlement en het extraparlamentaire kabinet.

*Vervolgens bleek dat de 315 miljoen euro moet worden bezuinigd in de medisch specialistische zorg. Hier wordt onder verstaan de medisch specialistische vervolgoopleidingen, de zorgopleidingen en de inkomens van medisch specialisten. Deze leden vragen in hoeverre bezuinigen op de opleidingen van onze professionals, met name ook verpleegkundigen, verantwoord is. Voeg daar ook nog de bezuinigingen op het stagefonds aan toe. Deze leden verwachten dat onze professionals hun kennis up-to-date houden en met plezier hun vak uitoefenen. Echter, dit maakt het werken in de zorg beslist minder aantrekkelijk en is*

*bovendien niet goed voor de kwaliteit van zorg aan de patiënt. Tegelijkertijd is de behoefte aan goed opgeleide medewerkers in de zorg, gezien de stijgende zorgvraag en de nu al grote tekorten aan medewerkers, van essentieel belang.*

Gezien de arbeidsmarkttuitdagingen waar wij voor staan vindt de minister van VWS het belangrijk om te blijven investeren in strategisch opleiden door bij- en nascholing te subsidiëren. Dit is nodig om zorgprofessionals, waaronder verpleegkundigen, op te leiden voor het anders werken in de zorg. Het anders werken in de zorg is nodig om de arbeidsmarktkrapte het hoofd te bieden om zo zorg en welzijn te kunnen blijven bieden aan patiënten conform het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het aankomende Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA). Bij de subsidieregeling strategisch opleiden medisch specialistische zorgsector staan opleiden voor thema's zoals sociale- en technologische innovatie, duurzame inzetbaarheid en domein overstijgend samenwerken, centraal.

Op 19 december jl. is de motie van het lid Krul c.s.<sup>7</sup> aangenomen. Deze motie vraagt de minister een alternatieve invulling te vinden voor de ombuiging subsidie bij- en nascholing voor de medisch specialiste zorg van € 165 miljoen binnen het domein van de begroting van VWS. Voor een nadere toelichting verwijst de minister van VWS naar de *Kamerbrief Ombuigingen VWS-begroting en positie VNG in het IZA* die parallel aan deze beantwoording aan uw Kamer is gezonden.

Ten aanzien van het Stagefonds blijkt uit het verantwoordingsonderzoek van de Algemene Rekenkamer uit 2022 dat 40% van de BOL-studenten en 80% van de BBL-studenten na hun studie bij een van hun stagebedrijven gaat werken. Het onderzoek concludeert dat het stopzetten van de subsidie via het Stagefonds waarschijnlijk geen directe gevolgen zal hebben voor het aantal stageplaatsen in de zorg. Omdat het stopzetten van het Stagefonds naar verwachting geen invloed heeft op het aantal stageplekken, wordt verwacht dat het effect hiervan op het aantal zorgmedewerkers dat uiteindelijk bij zorginstellingen gaat werken eveneens klein zal zijn.

*Na interventie door de Tweede Kamer zegde de minister toe te onderzoeken welke alternatieven beschikbaar zijn, anders dan bezuinigen op zorgopleidingen voor verpleegkundigen en andere zorgprofessionals.<sup>1</sup> Kan de regering inmiddels duidelijkheid geven over welke alternatieven er beschikbaar zijn, zodat er niet wordt bezuinigd op de zo noodzakelijke zorgopleidingen?*

De motie Krul c.s. vraagt de regering in januari uw Kamer te informeren over een alternatieve invulling binnen het domein van de begroting van VWS van de ombuiging van de subsidie bij- en nascholing medisch specialistische zorg. Voor een nadere toelichting verwijst de minister van VWS naar de *Kamerbrief Ombuigingen VWS-begroting en positie VNG in het IZA* die parallel aan deze beantwoording aan uw Kamer is gezonden.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de fractie van D66**

*De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) geeft aan dat de voorgenomen maatregelen rondom de verlaging van het eigen risico en de bezuinigen op preventie leiden tot een nog hogere druk op de curatieve zorg. Daar bovenop wordt, naast een onacceptabele korting op onderzoek en wetenschap, gekort op preventie. Bezuinigingen in de zorg zijn onverantwoord en geven geen blijk van een langetermijnvisie op zorg en de urgentie om de zorg toegankelijk te houden, menen de leden van de fractie van **D66**. Deze leden stellen de volgende vragen:*

1. *Op welke manier willen de ministers van OCW en VWS invulling geven aan de motie van het lid Krul c.s. waarin de regering wordt verzocht een alternatieve invulling te geven voor de 'ombuiging subsidie bij- en nascholing medisch specialisten'<sup>8</sup> Kan de regering toezeggen dat de oplossing voor deze bezuiniging niet opnieuw wordt gezocht in de toch al krappe zorgarbeidsmarkt? Kijkt de regering hierbij ook naar andere begrotingen dan de VWS-begroting?*

De motie Krul c.s. vraagt een alternatieve invulling binnen het domein van de VWS begroting. Voor een nadere toelichting verwijst de minister van VWS naar de *Kamerbrief Ombuigingen*

<sup>7</sup> Kamerstukken II 2023/24, 29282, nr. 519.

<sup>8</sup> Kamerstukken II 2024-25, 29 282, nr. 591.



VWS-begroting en positie VNG in het IZA die parallel aan deze beantwoording aan uw Kamer is gezonden.

2. *Ondanks de woorden van de regering om preventie meer centraal te zetten, wordt er aan de andere kant flink bezuinigd op preventie. Zo wordt er 10% gekort op Specifieke Uitkering-gelden (SPUK) en 230 miljoen euro op incidentele middelen. Daarnaast wordt er olopend tot 300 miljoen euro per jaar op de publieke gezondheid bezuinigd. De kosten in de curatieve zorg zullen hierdoor verder toenemen. Zijn deze extra kosten in kaart gebracht en hoe wil de regering rekening houden met het extra zorgbudget wat nodig zal zijn door de kortingen op het preventiebudget? Op welke wijze gaat deze regering de eigen preventiedoelen halen en het preventieakkoord naleven?*

De ombuigingen betreffen onder meer de rijksbrede 10% korting op SPUK-gelden. De verwachting is dat de overheveling van SPUK-middelen naar het Gemeentefonds gepaard gaat met een vermindering van de administratieve lasten voor gemeenten van 10%. Deze korting zal naar verwachting daarom niet leiden tot een toename van kosten in de curatieve zorg. De verwachte effecten zijn onderwerp van gesprek met gemeenten

De € 230 miljoen incidentele middelen die in de vraag benoemd worden, betreffen de uitgaven aan Covid-19 vaccinaties die tot en met 2025 beschikbaar zijn. Het kabinet heeft een besluit genomen over het uitvoeren van een COVID-19-vaccinatiecampagne in 2025, nog niet voor 2026 en verder. Er ligt wel een advies van de Gezondheidsraad om structureel jaarlijks (re)vaccinaties aan te bieden.

Dit wordt betrokken bij de besluitvorming omtrent de Voorjaarsnota.

De bezuiniging op de intensivering van de publieke gezondheid olopend tot € 300 miljoen ziet in het geheel op het programma Pandemische Paraatheid. De impact van deze bezuiniging is voor 2025 geminimaliseerd door de start van nieuwe beleidsvoornemens 'on hold' te zetten. Oftewel: er start in 2025 geen nieuw beleid, maar het beleid dat al loopt, gaat gewoon door. Het streven is om de maatregelen die zijn gestart in het kader van pandemische paraatheid, voort te zetten. Zoals eerder aangegeven zet de minister van VWS zich in om tot alternatieve dekking te komen in het bredere perspectief van weerbaarheid. Daar is tijd voor nodig. De minister verwacht medio 2025 meer duidelijkheid te kunnen geven over de middelen voor 2026 en verder. Voor deze bezuiniging is niet berekend of dit leidt tot meer kosten in de curatieve zorg.

De komende periode zet de staatssecretaris van Jeugd, Preventie en Sport in op een samenhangende effectieve preventiestrategie, met extra focus op de gezondheid van jongeren en kinderen. De staatssecretaris houdt vast aan de ambitie van een gezonde generatie in 2040 zoals dat onder meer breed is omarmd in het Nationaal Preventieakkoord. Over de samenhangende, effectieve preventiestrategie zal de staatssecretaris uw Kamer in het eerste kwartaal van 2025 informeren. Ook wordt gewerkt aan het investeringsmodel preventie dat moet helpen om gezondheid mee te wegen in de besluitvorming. Het is bedoeld om investeringsbedragen, baten en risico's van gezondheidsmaatregelen te berekenen. Voor de zomer van 2025 ontvangen de Kamers een tijdslijn met daarin een overzicht van acties die VWS onderneemt.

3. *Inmiddels heeft de Tweede Kamer de minister verzocht om een alternatief te zoeken voor de bezuiniging op na- en bijscholing voor zorgprofessionals. Hoe ziet dat alternatief eruit?*

Ik ben momenteel alternatieven aan het onderzoeken. Het zoeken naar een alternatieve maatregel vergt echter bredere afstemming binnen het kabinet.

4. *Voor de gemeenten dreigt een bezuiniging op de gelden voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) met ingang van het Ravijnjaar 2026. Hoe wordt deze bezuiniging bij de Voorjaarsnota 2025 teniet gedaan?*

Het kabinet is zich bewust van de zorgen van gemeenten en provincies. Het werken aan balans tussen ambitie, taken, middelen, en uitvoeringskracht is voor dit kabinet het uitgangspunt. In een brief van de minister van BZK eind november is uw Kamer geïnformeerd dat het gesprek

hierover met de koepels (VNG, IPO en UvW) zorgvuldig en goed moet worden gevoerd.<sup>9</sup> Dit gesprek wordt vervolgd in het overhedenoverleg van 11 maart aanstaande. Ik kan hier niet op vooruitlopen.

Ten aanzien van de Wmo 2015 geldt dat er vanaf 2026 aanvullende middelen zijn gereserveerd, om beter rekening te houden met demografische ontwikkelingen. Dit loopt op tot € 300 miljoen structureel vanaf 2029. Daarnaast werkt het kabinet aan de invoering van de inkomensafhankelijke eigen bijdrage in de Wmo 2015 per 1 januari 2027, hetgeen een bijdrage zal leveren aan de houdbaarheid en beschikbaarheid van zorg en ondersteuning op de korte termijn. Daarnaast brengen het Rijk en de VNG door middel van het houdbaarheidsonderzoek Wmo 2015 de ontwikkelingen in de Wmo 2015 en mogelijkheden om daarin keuzes te maken voor de lange termijn, gezamenlijk in beeld. Dit onderzoek wordt naar verwachting eind 2025 opgeleverd.

5. *Tarieven voor fysiotherapeuten worden nauwelijks geïndexeerd door de verzekeraars. Er dreigt een tekort aan fysiotherapeuten. Hoe kan ervoor worden gezorgd dat de beloning voor fysiotherapeuten op orde komt, waardoor het vak aantrekkelijk blijft om uit te oefenen?*

Ik herken de signalen over problemen binnen de fysiotherapie en onvrede over vergoedingen. Ik heb aan de NZa gevraagd om onderzoek te doen naar het functioneren van de markt. Dit onderzoek zal de huidige knelpunten en mogelijke oplossingen in kaart brengen. De NZa bekijkt momenteel, in overleg met VWS, hoe zij uitvoering kan geven aan het onderzoek en de doorlooptijd om tot een gedegen en zorgvuldig onderbouwd advies te komen. Dit is essentieel om effectieve en gerichte maatregelen te kunnen nemen.

Mijn inzet is erop gericht om de toegankelijkheid van fysiotherapie te borgen en het vak aantrekkelijk te houden, zowel nu als in de toekomst.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de fractie van de SP**

#### *Begroting Zorg 2025*

1. *Welke ideeën heeft de regering als het gaat om de nader in te vullen lastenverlichting van 2,5 miljard euro in 2025 en 2026 en op welke termijn kunnen deze worden verwacht?*

In paragraaf 2.3.2 van de miljoenennota 2025 zijn alle koopkracht- en lastenmaatregelen voor de komende jaren opgenomen. Om lastenverlichting voor burgers te bereiken heeft het kabinet per 2025 een pakket met wijzigingen in box 1 van de inkomstenbelasting ingevoerd, waaronder een verlaging van het tarief in de eerste schijf. De € 2,5 miljard die beschikbaar was vanuit het hoofdlijnenakkoord voor lastenverlichting in 2025 en 2026 is volledig ingezet als dekking van dit pakket.

2. *Klopt het dat met deze 2,5 miljard iets meer dan de helft van de voor 2027 afgesproken verlaging van het eigen risico wordt gecompenseerd?*

Omdat het verlagen van het eigen risico een substantiële verlaging betreft, moet rekening worden gehouden met een wetgevingstermijn van twee jaar. Daardoor is het verlagen van het eigen risico pas mogelijk per 2027. Daarom heeft het kabinet vooruitlopend op de verlaging in 2025 en 2026 ruimte gemaakt voor € 2,5 miljard aan lastenverlichting.

Voor de premiestijging als gevolg van het verlagen van het eigen risico in 2027 worden burgers en bedrijven gecompenseerd via een verlaging van de inkomstenbelasting en de AOF-premie in 2027.

3. *Betekent dit ook dat de andere helft, 1,8 miljard, via een verhoging van de zorgtoeslag wordt gecompenseerd?*

De zorgtoeslag compenseert burgers met een laag (midden)inkomen voor de som van de gemiddelde nominale premie en het gemiddeld eigen risico. Door het verlagen van het eigen risico stijgt de nominale premie per jaar per verzekerde met € 199 in 2027. Hiervan wordt € 64

<sup>9</sup> [Kamerbrief over proces medeoverheden voorjaarsbesluitvorming | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)

vergoed via de zorgtoeslag voor mensen met een laag- of middeninkomen. De rest van de verhoging zien mensen terug in het lagere bedrag aan gemiddeld eigen risico dat ze betalen.

4. *Welke reserveringen zijn hier, voor wat betreft de jaren 2025 en 2026, voor gemaakt?*

In 2025 en 2026 is € 2,5 miljard euro gereserveerd als bijdrage aan de dekking van het pakket met lastenverlichting in de inkomstenbelasting. Er zijn in deze jaren geen extra middelen gereserveerd om de zorgtoeslag beleidsmatig te verhogen.

5. *Wat verandert er ten opzichte van de huidige situatie als het gaat om de behandeling van mensen met de grootste urgentie?*

De minister van VWS wil dat iedereen in Nederland kan rekenen op toegang tot zorg. Daarbij is de inzet erop gericht om afspraken te maken met de veldpartijen in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Via deze afspraken wil de minister zorgen voor meer transparantie van wachtlijsten, daarnaast wordt ingezet op het versterken van de triage door meer afstemming tussen de eerste en tweede lijn in de regio.

6. *Hoe wordt er in de triage rekening gehouden met het risico dat mensen, die als gevolg van het minder urgent zijn van hun klacht(en), jarenlang op de wachtlijst blijven staan?*

De zorgprofessional waar de patiënt zich presenteert met een zorgvraag bepaalt de urgentie en medische vervolgactie op basis van triage. Meestal vindt dat plaats bij de huisarts, de huisartsenspoedpost of in geval van hoge(re) spoed op de spoedeisende hulp.

Als blijkt dat het gaat om niet-acute planbare zorg wordt gekeken waar en wanneer de patiënt het best terecht kan voor passende vervolgzorg. Wanneer een wachtlijst van toepassing is voor bijvoorbeeld planbare medisch specialistische zorg, wordt door de betrokken zorgprofessionals (meestal de medisch specialist) bepaald of de patiënt al dan niet voorrang dient te krijgen. Het is de verantwoordelijkheid van zorgprofessionals en instellingen om goed zicht te houden op de patiënten op hun wachtlijst. Zorgaanbieders hebben de verantwoordelijkheid om hun patiënten te wijzen op de mogelijkheid van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is vervolgens verplicht om na te gaan of de patiënt bij een andere zorgverlener of zorginstelling sneller terecht kan. Het kabinet zet in op toegang die voor iedereen, ongeacht financiële situatie, gelijkwaardiger is. Daarbij is de inzet erop gericht om afspraken te maken met de veldpartijen in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Via deze afspraken wil de minister zorgen voor meer transparantie van wachtlijsten, daarnaast wordt ingezet op het versterken van de triage door meer afstemming tussen de eerste en tweede lijn in de regio.

7. *Hoe verhoudt het wachtlijst- en triagesysteem zich met het recht op goede zorg voor iedereen?*

De minister van VWS wil dat iedereen in Nederland kan rekenen op goede en gelijkwaardige toegang tot zorg. Op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) hebben mensen recht op zorg. Er is sprake van zorgplicht. Op grond van de Zvw heeft een zorgverzekeraar in het geval van een naturapolis de plicht om ervoor te zorgen dat verzekerden tijdige, bereikbare en kwalitatief goede zorg krijgen. Daarnaast is de inzet van de minister ook om afspraken over toegankelijke zorg met veldpartijen te maken in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), onder andere over wachtlijsten en triage. De afspraken moeten zorgen voor meer transparantie van wachtlijsten. Daarnaast wordt ingezet op het versterken van de triage door meer afstemming tussen de eerste en tweede lijn in de regio.

8. *Betekent dit dat we vanaf nu wachtlijsten accepteren als middel om de zorgkosten te spreiden?*

Het kabinet ziet wachtlijsten niet als middel om de zorgkosten te spreiden.

*Zorgverzekeringswet (Zvw)*

9. *Op welke wijze is de nog nader in te vullen lastenverlichting van 2,5 miljard euro, ter compensatie van het hoge eigen risico in het jaar 2025, verwerkt in de te verwachten reële groei van de netto Zvw-uitgaven 2025?*

De lastenverlichting in 2025, vooruitlopend op de halvering van het eigen risico in 2027, heeft geen invloed op de reële groei van de netto zorguitgaven. Deze lastenverlichting is ingezet in box 1 van de inkomstenbelasting.

In 2027 wordt het eigen risico gehalveerd en dit zal naar verwachting tot extra zorgvraag leiden. Dit leidt tot extra reële groei van de Zvw-uitgaven vanaf 2027. Deze extra groei is in 2027 ongeveer € 2 miljard op de ongeveer € 75 miljard bruto Zvw uitgaven. De € 2 miljard extra Zvw-uitgaven staan op dit moment nog verwerkt in de ontwerpbegroting VWS op de post Nominaal en onderverdeeld Zvw.

#### *Geneesmiddelenkortingen*

10. *Wordt bij het zoeken naar alternatieven ook gedacht aan het produceren van geneesmiddelen in eigen land en in eigendom van de overheid?*

Het produceren van geneesmiddelen is de verantwoordelijkheid van de markt en kan het best aan de markt worden gelaten. Dat betekent niet dat de overheid geen rol heeft. Het beleid van de minister van VWS richt zich op het versterken van de hele productieketen, door bijvoorbeeld productie dichtbij huis te stimuleren en subsidies te verlenen voor innovaties in de markt. De minister is ook in gesprek met geneesmiddelenfabrikanten om de knelpunten voor de productie in Nederland en Europa in kaart te brengen. Daarnaast maken veldpartijen onder regie van de minister van VWS in de Werkgroep Gezonde Nederlandse Geneesmiddelenmarkt afspraken over aanpassingen aan het preferentiebeleid van zorgverzekeraars en het inkoopbeleid van alle veldpartijen zodat de aantrekkelijkheid en robuustheid van de Nederlandse markt groter wordt.

De minister kijkt ook naar het prijs- en vergoedingsbeleid vanuit de overheid om de beschikbaarheid van geneesmiddelen op de langere termijn te vergroten. In het bijzonder gaat het dan om de maximumprijzen die gelden voor geneesmiddelen vanuit de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) en de vergoedingslimieten voor extramurale geneesmiddelen vanuit het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). De minister onderzoekt hoe deze systemen er in de toekomst uit moeten zien met het oog op een betere balans tussen betaalbaarheid en beschikbaarheid. De minister informeert de Tweede Kamer in Q1 2025 over de voortgang van dit dossier.

11. *Op welke wijze wil de regering de Nederlandse markt aantrekkelijker maken voor geneesmiddelenfabrikanten en welke gevolgen heeft dit voor onze eigen prijs- en vergoedingsinstrumenten?*

Het produceren van geneesmiddelen is de verantwoordelijkheid van de markt en kan het best aan de markt worden gelaten. Dat betekent niet dat de overheid geen rol heeft. Het beleid van de minister van VWS richt zich op het versterken van de hele productieketen, door bijvoorbeeld productie dichtbij huis te stimuleren en subsidies te verlenen voor innovaties in de markt. De minister is ook in gesprek met geneesmiddelenfabrikanten om de knelpunten voor de productie in Nederland en Europa in kaart te brengen. Daarnaast maken veldpartijen onder regie van de minister van VWS in de Werkgroep Gezonde Nederlandse Geneesmiddelenmarkt afspraken over aanpassingen aan het preferentiebeleid van zorgverzekeraars en het inkoopbeleid van alle veldpartijen zodat de aantrekkelijkheid en robuustheid van de Nederlandse markt groter wordt.

De minister kijkt ook naar het prijs- en vergoedingsbeleid vanuit de overheid om de beschikbaarheid van geneesmiddelen op de langere termijn te vergroten. In het bijzonder gaat het dan om de maximumprijzen die gelden voor geneesmiddelen vanuit de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) en de vergoedingslimieten voor extramurale geneesmiddelen vanuit het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). De minister onderzoekt hoe deze

systemen er in de toekomst uit moeten zien met het oog op een betere balans tussen betaalbaarheid en beschikbaarheid van geneesmiddelen. De minister informeert de Tweede Kamer in Q1 2025 over de voortgang van dit dossier.

*Pandemische paraatheid/strategische onafhankelijkheid*

*Voor de inrichting van de toekomstige Nationale Zorgreserve is in 2025 een bedrag van 5,2 miljoen euro beschikbaar.*

12. *Op welke wijze wordt het bedrag van 5,2 miljoen euro concreet ingezet en welke resultaten worden hiervan verwacht?*

In de brief over de voortgang verdere vormgeving Nationale Zorgreserve (NZR) van 17 april 2023 is uw Kamer geïnformeerd over het voornemen om doormiddel van een Europese aanbesteding een opdracht voor de komende 3 tot 5 jaar te geven. De opdracht is verleend aan stichting Extra ZorgSamen (EZS) voor het beheer van het reservistenbestand voor de NZR, o.a. door activiteiten als werving, registratie, matching en training van reservisten. Hiermee kan in tijden van crisis worden voorzien in de behoefte aan tijdelijk en snel inzetbare zorgcapaciteit.

13. *GGD GHOR Nederland verwacht grote negatieve effecten op de pandemische paraatheid. Wat zal er concreet niet meer gedaan kunnen worden door het lagere budget?*

Voor 2025 zijn er voor de GGD GHOR Nederland geen negatieve effecten voor hun reeds gestarte activiteiten in het kader van pandemische paraatheid omwille van de bezuinigingen. De 50 miljoen die in 2025 moest worden bezuinigd op pandemische paraatheid, is ingevuld door een aantal beleidsvoornemens die in 2025 zouden starten 'on hold' te zetten, waaronder de personele uitbreiding bij de GGD. Het streven is om de maatregelen die zijn gestart in het kader van pandemische paraatheid voort te zetten. Zoals eerder aangegeven zet ik mij ervoor in tot alternatieve dekking te komen. Daar is tijd voor nodig. Ik verwacht medio 2025 meer duidelijkheid te kunnen geven over de middelen voor 2026 en verder.

*Vaccins*

14. *Welke maatregelen stelt de regering voor als – ondanks de doelgroepgerichte voorlichting – de vaccinatiegraad in een bepaald gebied structureel onder de 95% blijft?*

De immuniteit en bescherming van de bevolking is een optelsom van een jarenlange inzet op vaccineren en deze immuniteit verandert niet direct bij een (iets) lagere deelname voor een specifiek geboortjaar. De kans op een landelijke uitbraak doet zich vooral voor als de vaccinatiegraad daalt gedurende een aantal jaar in een groot deel van de bevolking.

Om te vermijden dat bepaalde gebieden structureel met lage vaccinatiegraden te maken hebben, zet de staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport samen met het RIVM en alle betrokken organisaties en professionals in op het verhogen van de vaccinatiegraad. Deze aanpak 'Vol vertrouwen in vaccinaties' richt zich op het bewaken van het vertrouwen, het verstevigen van de informatievoorziening en het vergroten van de toegankelijkheid. De staatssecretaris versterkt deze aanpak met een intensivering van de wijkgerichte aanpak. Hiermee wordt ingezet op het verbeteren van de toegang tot vaccinaties in wijken waar de vaccinatiegraad achterblijft en het beter afstemmen van voorlichting op de behoeften van doelgroepen. Bij de stemming over de VWS-begroting in de Tweede Kamer is een amendement van GroenLinks/PvdA aangenomen om hier dit jaar extra werk van te maken.<sup>10</sup> De resultaten van deze aanpak zullen zich echter niet direct vertalen in hogere vaccinatiegraden. Dit betreft een langdurig proces.

15. *Op welke wijze gaat de regering onjuiste informatie over vaccinaties aanpakken?*

Het is zorgelijk dat er allerlei onjuiste en misleidende informatie over medische onderwerpen rondgaat, bijvoorbeeld op sociale media. Tegelijkertijd is dit een complex probleem waarvan de precieze impact onduidelijk is en waar geen kant-en-klare oplossing voor is. In het kader van de Rijksbrede strategie voor een effectieve aanpak van desinformatie heeft het ministerie van BZK daarom eind vorig jaar een onderzoek uitgezet naar risico's en handelingsopties met betrekking

<sup>10</sup> Kamerstukken II 2024/25, 36600-XVI, nr. 35

tot online desinformatie en volksgezondheid. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door de Nieuwe Utrechtse School.

Naar aanleiding van de resultaten zal de staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport verkennen hoe het ministerie van VWS mede invulling kan geven aan kennisgedreven beleid op dit gebied. Deze worden medio 2025 verwacht. In de tussentijd zet het kabinet in op het nog beter beschikbaar maken van betrouwbare informatie over vaccinaties. Bijvoorbeeld door voorlichting beter te laten aansluiten op de behoeften van doelgroepen die op dit moment minder goed worden bereikt.

#### *Personeelstekorten*

16. *In hoeverre is het reëel te verwachten dat de administratietijd in de komende jaren kan worden gehalveerd tot 20% van de werktijd?*

De halvering van de administratietijd naar 20% is niet alleen de ambitie van de minister van VWS, die ambitie wordt breed gedragen en daar wordt door zorgorganisaties, in regio's en met alle betrokken partijen hard aan gewerkt. Met inzet van de Regiegroep Aanpak Regeldruk en de brede werkagenda liggen er concrete acties om de administratietijd de komende jaren substantieel te verminderen. Wat nieuw is met deze aanpak is dat partijen niet meer alleen naar elkaar wijzen, maar samen het verantwoordingsweb dat in de zorg is ontstaan vergaand willen vereenvoudigen. Een concreet voorbeeld daarvan is de start met de veldbevraging. Deze stelt het vertrouwen in zorgverleners centraal door hen te vragen welke informatie zij minimaal willen vastleggen over de geleverde zorg voor de patiënt en de kwaliteit daarvan, die past binnen maximaal 20 procent administratietijd. Op basis van die uitkomsten zal de Regiegroep voor de zomer een advies geven over de uitvoering en opvolging van die resultaten. Daarnaast werken we met IZA partijen aanvullende afspraken uit om de realisatie verder te ondersteunen.

17. *Hoeveel middelen zijn er het komende jaar nodig voor het invoeren van generatieve kunstmatige intelligentie (AI) die deze 20% mogelijk gaat maken, en hoeveel van deze middelen zijn reeds gereserveerd?*

Generatieve kunstmatige intelligentie (GAI) kan bijdragen aan het verminderen van administratieve lasten. Een bredere set van maatregelen is nodig om de genoemde halvering van de administratietijd naar zo'n 20% van de werktijd te bewerkstelligen. Zo wordt er gewerkt aan het voorkomen van nieuwe regels en het vereenvoudigen en dereguleren van bestaande wet- en regelgeving die zorgt voor onnodige administratieve lasten. Ook wordt er ingezet op ondersteuning van zorgprofessionals en burgers als belangrijke randvoorwaarde voor de opschaling van digitale zorg.

Het halveren van de administratietijd is een gezamenlijke verantwoordelijkheid binnen de zorg. Zorginstellingen hebben echter de vrijheid om, binnen geldende wet- en regelgeving zelf te bepalen hoe zij hun werkprocessen willen aanpassen en welke AI-toepassingen zij daarin zullen gebruiken. Het ministerie van VWS heeft geen specifieke middelen gereserveerd voor het invoeren van generatieve AI. Het Ministerie van VWS werkt samen met het zorgveld aan een aanpak met afspraken voor de veilige, snelle en zorgvuldige inzet van AI in de zorg. Hierbij wordt de mogelijke tijdsbesparing met AI in kaart gebracht en worden validatie en AI-readiness gestimuleerd, zoals aangegeven in de kamerbrief over de inzet van AI in de zorg<sup>11</sup>. Voor deze aanpak wordt gebruik gemaakt van de vele beschikbare middelen binnen VWS. Denk hierbij aan de Stimuleringsregeling Technologie in Ondersteuning en Zorg (STOZ), de CA-middelen voor gegevensuitwisseling en de transformatiemiddelen voor digitale zorg.

18. *Kan de regering aangeven welke instantie met hoeveel personeel de arbitrage tussen de zorgwetten zal uitvoeren? Welke instrumenten en middelen worden hiervoor ingezet?*

---

<sup>11</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2024/2025, 27 529, nr. 329

Dat kan ik nu nog niet. Ik werk op dit moment uit hoe arbitrage het beste vorm kan krijgen. Hierover wil ik afspraken maken met de betrokken partijen in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord en het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg.

19. *Is er voor deze arbitrage een wetswijziging nodig? Zo ja, op welke termijn is deze te verwachten?*

Nee, de verwachting is dat we deze opgave kunnen invullen door middel van bestuurlijke afspraken, en vooralsnog lijkt er dus nog geen wetswijziging nodig.

20. *Op welke wijze investeert de regering concreet in samenwerkingsverbanden, met welke middelen en wat is het te verwachten resultaat?*

Met de transformatiemiddelen in het kader van het IZA investeert het kabinet in totaal € 2,4 miljard in impactvolle transformaties en daarmee in samenwerkingsverbanden. Zorgaanbieders, zorgprofessionals, patiënten-organisaties, zorgverzekeraars en gemeenten ontwikkelen met elkaar plannen voor zorgtransformaties. De groeiende zorgvraag moet worden omgebogen om de zorg nu en in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden. Op basis van regiobeelden hebben regionale samenwerkingsverbanden plannen ontwikkeld. De transformatieplannen moeten in lijn zijn met deze regionale plannen en gericht zijn op het zorggebruik in de Zvw, de inzet van personeel, herverdelings-vraagstukken of de omvang van het zorgvastgoed. Ook kunnen landelijk transformatieplannen ingediend worden. Beide met als doel de benodigde transformatie naar passende zorg te ondersteunen.

Met de subsidie voor de uitvoering van het beleidsprogramma 'Samenwerken en Innoveren in de Regio' investeert VWS in 2025 in de regionale arbeidsmarktinfrastructuur via het samenwerkingsverband RegioPlus. In 2025 zal binnen het programma naast de aanpak van regionale regeldruk en ondersteuning bij de inzet van innovaties ook aandacht zijn voor het regionaal werkgeverschap, zodat medewerkers in loondienst bij meerdere organisaties en op meerdere plekken in de regio kunnen werken. Hiervoor zullen specifiek regionale informatiepunten komen voor werkgevers. Voor deze subsidie is in 2025 € 18 miljoen beschikbaar.

Via de Stimuleringsregeling Technologie in Ondersteuning en Zorg (STOZ) is het ook mogelijk om als samenwerkingsverband van minimaal 5 zorgaanbieders subsidie aan te vragen. De STOZ bevordert de implementatie en opschaling van digitale en hybride zorg en ondersteuning. Een deel van de aanvragen van in totaal € 48 miljoen is in 2024 naar samenwerkingsverbanden gegaan. De aanvragen worden op dit moment beoordeeld. Voor 2025 is het opnieuw mogelijk om bij de STOZ subsidie aan te vragen. Voor subsidieaanvragen in 2025 voor de periode 2025-2029 is hiervoor in totaal € 27 miljoen beschikbaar.

Met het Investeringsakkoord Opleiden Wijkverpleging (IOW) zetten we in op samenwerking rond opleiden binnen de wijkverpleging tussen zorg- en onderwijsinstellingen. Door samen anders op te leiden kunnen er efficiencyvoordelen worden behaald, waardoor meer helpenden, verzorgenden (IG), verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten opgeleid kunnen worden. Voor het stimuleren van samenwerking tussen zorg- en onderwijsinstellingen bij het opleiden voor de wijkverpleging en het extra opleiden van verpleegkundig specialisten voor de wijk is in 2025 € 50 miljoen beschikbaar. Voor het structureel financieren van werkgeverskosten van het opleiden van leerlingen via deze (vernieuwde) opleidingsstructuren is met ingang van 2025 € 60 miljoen beschikbaar. Hiervoor wordt de nieuwe subsidieregeling Werkgeverskosten Opleiden Wijkverpleging (WOW) opgesteld.

*Werkplezier*

21. *Is de leidraad vakmanschap en werkplezier inmiddels aangeleverd?*

Deze leidraad zal, mede gezien de samenhang met daarin te maken afspraken, als bijlage bij het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) worden verzonden. Het is nog niet bekend wanneer dat zal zijn.

*22. Hoe staat het ervoor nu de gemeenten uit het Integraal Zorgakkoord zijn gestapt?*

In opdracht van hun ALV op 29 november jl. trok de VNG zich vooralsnog terug uit gesprekken over het IZA, en daarmee ook uit het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord. Deze maand zijn afspraken gemaakt over gelijkwaardigheid tussen de VNG, Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van VWS. Een voorbeeld van een concrete afspraak is dat gemeenten de transformatieplannen waarin het sociaal domein betrokken is of die impact hebben op het sociaal domein, samen met de zorgverzekeraars van richting voorzien en beoordelen. Nu deze gelijkwaardigheid is vastgesteld door het bestuurlijk overleg IZA kunnen inhoudelijke gesprekken vervolgd worden. De VNG hervat deelname aan het IZA en neemt weer deel aan de gesprekken over het AZWA. Zo kunnen we weer samenwerken aan een akkoord met de ambitie om de verbinding in de regio tussen het zorg- en sociaal domein te versterken. Na de voorjaarsbesluitvorming wordt door de Algemene Ledenvergadering (ALV) van VNG definitief besloten over verdere deelname aan het IZA en het aanvullend akkoord.

*23. Waaruit gaat de verdere concretisering van de huidige beweging om het medisch zorglandschap naar de voorkant te versterken bestaan?*

Met versterken naar de voorkant wordt met name de eerstelijnszorg bedoeld. Zorg dichtbij in de wijk moet voor iedereen toegankelijk zijn. Als dit goed geregeld is kan vaak zwaardere zorg voorkomen worden. In januari 2024 is de visie eerstelijnszorg 2030 vastgesteld<sup>12</sup>. In deze visie staat dat er hechte wijkverbanden komen waar in ieder geval de huisarts, wijkverpleging, apotheker en hulpverleners uit het sociaal domein elkaar makkelijk kunnen vinden. De zorgverleners in de wijk worden daarnaast op regionaal niveau ondersteund door regionale eerstelijnszorgsamenwerkingsverbanden. Deze verbanden gaan professionals ontzorgen en faciliteren maar ook de stem van de eerstelijnszorg versterken bij het maken van regionale samenwerkingsafspraken.

In het aanvullend zorg en welzijnsakkoord zijn we van plan om voort te bouwen op de visie eerstelijnszorg en te werken aan concrete acties om deze visie in 2030 te realiseren.

De verdere beweging naar de voorkant richt zich ook op het sociaal domein, de beweging van zorg naar gezondheid en welzijn. De ambitie is om dit terug te laten komen in het aanvullende zorg en welzijnsakkoord

*Acute zorg, streekziekenhuizen en zorgcoördinatie*

*24. Is de notitie met de visie van de regering op marktwerking in de zorg dit najaar aangeleverd?*

Nee, de brief over marktwerking in de zorg wordt begin 2025 naar de Tweede Kamer gestuurd. Er is meer tijd nodig omdat de minister van VWS heeft besloten de brief langs de Ministerraad te leiden.

*25. Is er voor het einde van 2024 een aanvullend akkoord gesloten over minder marktwerking in de zorg? Zo ja, wat is hiervan de inhoud en op welke wijze wordt de marktwerking verminderd? Zo nee, wanneer verwacht de regering dit akkoord te sluiten?*

Nee, het bestaande Integraal Zorgakkoord (IZA) wordt verbreed, geïntensiveerd en geconcretiseerd in een aanvullend zorg- en welzijnsakkoord tot en met 2028, waarin we het verschil willen maken voor de mensen die zorg nodig hebben. In dit nieuwe akkoord staan de gelijkwaardigere toegang tot zorg en welzijn en het afwenden van het arbeidsmarkttekort centraal. Beide kerndoelen worden ondersteund door de huidige beweging in het IZA om het medisch zorglandschap naar de voorkant te versterken, dit zullen we verder concretiseren. De bewindslieden van VWS hopen de komende periode tot een afronding van de aanvullende afspraken te komen t.b.v. het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord.

<sup>12</sup> Kamerstukken II 2023/24, 33578, nr. 113



In aanvulling daarop werkt dit kabinet aan minder marktwerking in de zorg waar dat nodig is. Begin 2025 stuurt de minister van VWS een brief over marktwerking in de zorg naar de Tweede Kamer. Daarin wordt ook ingegaan op de relatie met het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord.

#### *Medische gegevens*

26. *Hoeveel mensen zijn niet in staat om hun persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) te beheren en van hoeveel mensen denkt de regering de digitale vaardigheden in voldoende mate te verbeteren dat dit voor deze mensen wel mogelijk wordt?*

Hoeveel mensen niet in staat zijn om hun persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) te beheren is niet exact te zeggen. Hierover worden, voor zover bekend, geen cijfers bijgehouden. Uit cijfers van Pharos, het landelijk expertisecentrum voor het terugdringen van gezondheidsverschillen, blijkt dat 18% van de bevolking van 12 jaar en ouder moeite heeft met het gebruiken van internet en computers.

De Patiëntenfederatie Nederland heeft de laatste drie jaar ieder jaar een gebruikersonderzoek gedaan met de gebruikers van een PGO met een MedMij-label. Deze onderzoeken<sup>13</sup> bieden inzicht in de belemmeringen die PGO-gebruikers ervaren. Uit de resultaten van 2024 blijkt dat 90% van de gebruikers in staat is een PGO-account aan te maken en in te loggen. Bij het ophalen van de gegevens bij ziekenhuizen en huisartsen ondervindt een groter deel van de gebruikers belemmeringen, die echter niet altijd zijn terug te voeren op een gebrek aan vaardigheden. Door middel van een aanbesteding en andere maatregelen investeren het ministerie van VWS en Stichting MedMij in de verbetering van de gebruikerservaring van PGO-gebruikers.

Het verbeteren van (digitale) basisvaardigheden bij volwassenen kreeg de afgelopen jaren uitvoering in het interdepartementaal programma *Tel mee met Taal*, waar VWS onderdeel van was. De Kamer is hier in juli '24 over geïnformeerd<sup>14</sup>. Zo zet de Alliantie Digitaal Samenleven zich in op het verbinden van het lokale aanbod voor digitale ondersteuning met zorg en welzijn. En kunnen alle bibliotheken via het programma *DigiVitaler* lesmateriaal gebruiken van het online educatieve trainingsprogramma en krijgen ze ondersteuning van Stichting *Digisterker*. De landelijke hulplijn *Helpdesk Digitale Zorg* ondersteunt mensen bij digitale zorgvragen en maakt knelpunten inzichtelijk. Deze helpdesk beheert ook het PGO-informatiepunt. Stichting *Pharos* zet zich daarnaast, onder andere met het programma *eHealth4All*, in om gezondheidsverschillen met gebruik van digitale zorg hulpmiddelen te verkleinen.

#### *Veelbelovende zorg*

27. *Klopt het dat er voor de veelbelovende zorg in 2025 nog 14 miljoen euro beschikbaar is en vanaf 2026 nog slechts 9 miljoen?*

In 2025 is er een resterend budget van € 27 miljoen beschikbaar, de jaren daarna loopt het budget terug naar circa € 11,5 miljoen in 2029. De subsidieregeling stopt weliswaar per 31 december 2025, maar de betalingsverplichtingen, voortvloeiend uit reeds verleende subsidies, lopen nog door tot en met 2033.

28. *Voor hoeveel miljoen euro werd deze subsidieregeling in de afgelopen jaren aangesproken en met welk resultaat?*

Vanaf 2020 tot en met 2024 ontvingen 29 projecten subsidie via de subsidieregeling *Veelbelovende zorg*. Het gaat om een totaalbedrag van € 150,9 miljoen. Gemiddeld is er jaarlijks ongeveer € 30 miljoen aan subsidie verleend.

Onderzoek naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van (nieuwe) zorg ten opzichte van de huidige behandeling neemt tijd in beslag omdat er voldoende follow-up gegevens moeten worden verzameld. De eerste onderzoeken zijn in 2020 gehonoreerd, met een maximale looptijd

<sup>13</sup> De onderzoeksresultaten vindt u hier: <https://www.pgo.nl/nieuws/gebruikersonderzoek-pgo-toont-stabiele-resultaten-en-noodzaak-tot-doorontwikkeling/>

<sup>14</sup> Kamerstukken II 2023/24, 28760, nr. 115

van zes jaar. In 2025 wordt het eerste onderzoek afgerond. Daarmee worden de eerste resultaten van de subsidieregeling dit jaar verwacht.

29. *Welke gevolgen heeft deze korting op de kosteneffectiviteit?*

Ik begrijp dat u vraagt of de korting op de subsidieregeling Veelbelovende zorg gevolgen heeft voor de kosteneffectiviteit van zorg die verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet.

Met de subsidieregeling Veelbelovende zorg wordt onderzoek gesubsidieerd naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van (nieuwe) zorg ten opzichte van de huidige behandeling. Nu het budget is verlaagd, is er minder subsidie beschikbaar voor onderzoek naar nieuwe mogelijk kosteneffectieve zorg.

De subsidieregeling stopt overigens na 31 december 2025. Alle lopende onderzoeken worden volgens planning afgerond en door het Zorginstituut geduid. De eerste resultaten van de subsidieregeling worden in 2025 verwacht. Na het stoppen van de subsidieregeling zal deze worden geëvalueerd. De geleerde lessen worden meegenomen in vervolgbeleid voor veelbelovende zorg.

Overigens vindt er ook in andere subsidieprogramma's veel onderzoek plaats naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van zorg, zoals het programma ZonMw Doelmatigheidsstudies en het binnenkort startende kaderprogramma Passende Zorg.

*Vrouwspecifieke aandoeningen*

30. *Hoeveel wordt er in Nederland besteed aan onderzoeksprogramma's naar manspecifieke aandoeningen, hoe verhoudt zich dat met de middelen die voor vrouwspecifieke aandoeningen worden ingezet en doet deze verhouding recht aan de gelijke behandeling van mannen en vrouwen?*

Deze gegevens worden niet bijgehouden. Omdat vanuit de historie veel aandoeningen met name op het mannenlichaam zijn onderzocht, is er een kennisachterstand op man/vrouw-verschillen die vooral negatief uitpakt voor vrouwen. Daarnaast zijn aandoeningen die alleen vrouwen treffen - zoals bijvoorbeeld endometriose of PCOS<sup>15</sup> - vaak ondergefinancierd. Door nu meer te investeren in onderzoek naar vrouwspecifieke gezondheid<sup>16</sup>, is de inzet dat die kennisachterstand ingelopen wordt. Tegelijkertijd zijn er ook gezondheidsgebieden waar extra aandacht voor mannen nodig is.

31. *Hoeveel aandoeningen die zowel bij mannen als vrouwen voorkomen, worden nu alleen op het mannelijke lijf onderzocht?*

Dat wordt niet bijgehouden. Wel is er een kennisachterstand over man/vrouw-verschillen in gezondheid ontstaan die vooral negatief uitpakt voor vrouwen. Tegenwoordig worden de meeste aandoeningen die zowel bij mannen als bij vrouwen voorkomen bij beide seksen onderzocht, maar worden de analyses vaak nog niet gescheiden naar sekse gedaan waardoor er geen sekse-specifieke resultaten uit onderzoek naar voren komt.

VWS heeft financiële middelen beschikbaar gesteld in het kader van de Taakopdracht Gender en Gezondheid bij ZonMw<sup>17</sup>. Inzet van dit programma is dat door gerichte actie en afstemming met andere programma's ervoor gezorgd worden dat nieuwe kennis over sekse en gender opgenomen wordt in onderzoek.

*Private equity in de zorg*

32. *Welke rol ziet de regering voor de overheid als het gaat om de bescherming van ons zorgstelsel tegen excessieve winstuitkeringen? Aan welke maatregelen wordt hierbij gedacht?*

<sup>15</sup> [PCOS \(Polycysteus Ovarium Syndroom\) | De Gynaecoloog](#)

<sup>16</sup> [Kennisprogramma Vrouwspecifieke gezondheid: Programmavoorstel | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

<sup>17</sup> [De integratie van sekse en gender in onderzoek | ZonMw](#)

De minister van VWS heeft een hekel aan graaien uit de zorgpot. Er is geen plek in de zorg voor een zorgaanbieder of investeerder die zijn eigen financiële belangen boven het belang van goede zorg stelt. Er lekt hierdoor geld weg uit de zorg en patiënten zijn de dupe. De minister van VWS is verantwoordelijk voor het optimaal functioneren van het gehele zorgsysteem. Tegelijkertijd is de minister van VWS geen voorstander van een algeheel winstuitkeringsverbod in de zorg. Het wegnemen of beperken van de mogelijkheid om winst uit te keren kan tot gevolg hebben dat het aanbod van zorg wordt beperkt doordat de zorgmarkt ook minder aantrekkelijk wordt voor zorgaanbieders zelf met alle gevolgen van dien. Dit komt de patiënt niet ten goede. Om risico's te beperken en excessen te voorkomen, gaat de minister inzetten op het wetsvoorstel Integere bedrijfsvoering Zorg- en jeugdhulpaanbieders (Wibz). Hierin zullen ook voorwaarden voor winstuitkering worden opgenomen, om te zorgen dat de patiënt niet de dupe kan worden. Dit wetsvoorstel zal de minister begin 2025 naar de Tweede Kamer sturen.

33. *Is de regering bereid een overzicht te geven van alle excessieve en reguliere winstuitkeringen in de zorg en door welke partijen?*

In de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is voor zorginstellingen die zorg verlenen waarop aanspraak bestaat uit hoofde van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet Langdurige Zorg (WLZ) een verbod op winstuitkering vastgelegd. Daarbij is middels een Algemene Maatregel van Bestuur voor een aantal categorieën instellingen een uitzondering gemaakt, die categorieën instellingen mogen dus wel winst uitkeren<sup>18</sup>. Er is geen integraal overzicht van uitgekeerde winst. SiRM en Finance Ideas hebben in 2019 in opdracht van VWS onderzoek gedaan naar dividenduitkering door zorgaanbieders met een Wtzi-toelating.<sup>19</sup> In hun rapport zeggen de onderzoekers hier het volgende over: "Het is moeilijk rechtstreeks te achterhalen hoeveel dividend in de zorg is uitgekeerd. Onze ruwe schatting komt op € 275 miljoen voor 2016. Hieronder valt niet eventueel dividend uitgekeerd door besloten vennootschappen aan wie WTZi toegelaten zorgaanbieders zorg hebben uitbesteed. Daarvoor hebben we onvoldoende gegevens. Wel hebben we de medisch-specialistische bedrijven meegenomen in de schatting. Het in de zorg uitgekeerd dividend bestaat grotendeels uit dividend van bedrijven van medisch specialisten, huisartsen, tandartsen, apothekers en paramedici. Een klein deel, ongeveer € 6 miljoen per jaar, wordt uitgekeerd door BV's, werkzaam in de extramurale GGZ en thuiszorg. Of een ondernemer-zorgaanbieder kiest voor een BV of werkt als zelfstandige, is deels een juridische en fiscale optimalisatie. Daarom is ook de vergelijking met winst van zelfstandig gevestigde zorgverleners zonder BV relevant. Dat schatten we voor 2016 op € 0,6 miljard."

34. *Welk percentage zorggeld is op dit moment in relatie te brengen met zorgfraude? Om hoeveel euro per jaar gaat dit?*

Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat de omvang van zorgfraude niet goed te kwantificeren is. Onderzoek van de Nederlandse Arbeidsinspectie (NLa) wijst uit dat er ook geen eenduidig te dupliceren model is voor het meten van de omvang van fraude met zorggelden. Hoewel de omvang ervan onbekend is, is deze vermoedelijk wel groot, moet paal en perk worden gesteld aan zorgfraude. Geld voor de zorg, moet naar de zorg.

*De leden van de fractie van de SP zien uit naar het wetsvoorstel Integere bedrijfsvoering.*

GGZ

<sup>18</sup> De instellingen die winst mogen uitkeren vallen onder de uitzonderingsgrond in de Wtzi, voor zover zij *uitsluitend* de volgende vormen van zorg verlenen: audiologische zorg, behandeling van gedragswetenschappelijke aard in verband met een psychiatrische aandoening; farmaceutische zorg; huisartsenzorg; kraamzorg; medisch specialistische zorg, uitsluitend in verband met een psychiatrische aandoening en niet in combinatie met Zvw-verblijf; mondzorg; paramedische zorg; persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, schoonmaak van de woning of behandeling, anders dan behandeling van gedragswetenschappelijke aard in verband met een psychiatrische aandoening, indien deze vormen van zorg niet worden verleend in combinatie met WLZ-verblijf; trombosezorg; uitleen van verpleegartikelen; verloskundige zorg; verstrekken van hulpmiddelen; vervoer; zorg in een kleinschalige woonvoorziening.

<sup>19</sup> SiRM en Finance Ideas, juni 2019, Uitkering van dividend door zorgaanbieders: praktijkanalyse en effectanalyse, Utrecht.

35. *Welke partijen zijn uit het Integraal Zorgakkoord gestapt en welke gevolgen heeft dit voor de mentale gezondheidszorg en de extra middelen van 30 miljoen euro in 2025 en 2026?*

Enkel de VNG had zich, in opdracht van hun ALV op 29 november jl., teruggetrokken uit gesprekken over het IZA, en daarmee ook over het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord. Deze maand zijn afspraken gemaakt over gelijkwaardigheid tussen de VNG, Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van VWS. Nu deze gelijkwaardigheid is vastgesteld door het bestuurlijk overleg IZA kunnen inhoudelijke gesprekken vervolgd worden. De VNG hervat deelname aan het IZA en neemt weer deel aan gesprekken over het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord.

Wat betreft de middelen, hierbij veronderstellen wij dat u refereert aan de extra impuls voor de aanpak van wachttijden in de ggz. Er is in het kader van het Integraal zorgakkoord eerder voor de jaren 2023 en 2024 al tweemaal 30 miljoen euro toegekend voor de aanpak van wachttijden in de ggz. Ook voor 2025 en 2026 zijn hiervoor extra middelen toegekend. Deze middelen zijn al toegevoegd aan het macrokader ggz en deze toevoeging staat los van deelname van partijen aan het IZA.

36. *In welke richting wordt - samen met andere departementen - gedacht aan de aanpak voor mensen met verward of onbegrepen gedrag? Op welke termijn kunnen voorstellen worden verwacht?*

In de brief die ik samen met de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, de minister van Justitie en Veiligheid en mede namens de staatssecretaris van Participatie en Integratie, de staatssecretaris van Langdurige en Maatschappelijke Zorg en de Minister van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening recent aan de Tweede Kamer heb gestuurd (Tweede Kamer, vergaderjaar 2024-2025, 25 424, nr. 714), hebben we laten weten dat we de reeds lopende samenwerking in de regio's willen versterken. Hierbij zetten wij in op initiatieven rondom vroegsignalering en triage, zoals de meldpunten niet-zorgwekkend gedrag en straattriage. Daarnaast zetten we ons in voor de groep van mensen met een hoog veiligheidsrisico om de aansluiting op reguliere en forensische zorg te verbeteren. Dit doen we binnen de werkagenda verbeteren aansluiting reguliere zorg en forensische zorg (Tweede Kamer, vergaderjaar 2024-2025, 33 628, nr. 106). Tot slot wordt samen met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en het ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening nagedacht over mogelijkheden om de bestaanszekerheid en mogelijkheden tot stimuleren van bijzondere woonvormen kunnen worden verbeterd voor deze doelgroep. Uw Kamer wordt na de zomer nader bericht over de inhoud en voortgang van het interdepartementale programma.

TBS

37. *Waaruit bestaat de beschikbaarheidsfinanciering en op welke manier zouden aanbieders hierdoor gestimuleerd worden te investeren in extra plaatsen?*

De beschikbaarheidsbijdrage is een gemiddeld genomen kostendeckende vergoeding voor het opleiden van (medisch) specialisten, gespecialiseerd verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel. Ook de vervolgopleidingen tot huisarts of specialist ouderengeneeskunde komen in aanmerking voor bekostiging via de beschikbaarheidsbijdrage. Bij deze vervolgopleidingen gaat het om een vergoeding van de kosten die de opleidende zorgaanbieder daadwerkelijk maakt voor het verzorgen van een vervolgopleiding. Het verzorgen van een (medische) vervolgopleiding brengt kosten met zich mee voor zorgaanbieders. De beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgopleidingen neemt de financiële drempel voor zorgaanbieders weg om op te leiden.

38. *Op welke termijn denkt de regering de extra plaatsen te hebben gerealiseerd en hoeveel plaatsen zijn er nodig?*

Er worden geen extra plaatsen gerealiseerd ten opzichte van het jaarlijkse proces van verdelen en toekennen van opleidingsplaatsen. De gebruikelijke procedure is van toepassing. Het

Capaciteitsorgaan raamt de benodigde instroom in de (medische) vervolgoopleidingen die in aanmerking komen voor bekostiging via de beschikbaarheidsbijdrage. Op grond van de adviezen van het Capaciteitsorgaan wordt jaarlijks het totaal aantal plaatsen per vervolgoopleiding vastgesteld dat verdeeld kan worden over de opleidende zorgaanbieders. De adviezen van het Capaciteitsorgaan worden zoveel mogelijk gevolgd, mits dat financieel inpasbaar is en haalbaar voor de sector (voldoende belangstelling en toereikende opleidingscapaciteit).

#### *Jeugdzorg*

39. *Op welke termijn denkt de regering te komen met een wetsvoorstel waarmee sociale netwerken in de wijk worden versterkt en gezinnen worden ondersteund door stevige lokale wijkteams?*

Er is een wetsvoorstel in voorbereiding om de reikwijdte van de jeugdhulpplicht aan te passen. In het wetsvoorstel zal onder meer de verantwoordelijkheid van gemeenten met betrekking tot het versterken van de sociale en pedagogische basis en de inzet op preventie worden benadrukt. Daarnaast worden de taken van stevige lokale teams geborgd. Het wetsvoorstel zal naar verwachting in de zomer van 2025 in consultatie gaan. Indiening bij de Tweede Kamer is voorzien begin 2026.

#### *Ouderenzorg*

40. *De leden van de SP-fractie stellen bij dit thema dezelfde vragen als bij vraag 15 t/m 17.*

*Vraag 15: Op welke wijze gaat de regering onjuiste informatie over vaccinaties aanpakken?*

Het is zorgelijk dat er allerlei onjuiste en misleidende informatie over medische onderwerpen rondgaat, bijvoorbeeld op sociale media. Tegelijkertijd is dit een complex probleem waarvan de precieze impact onduidelijk is en waar geen kant-en-klare oplossing voor is. In het kader van de Rijksbrede strategie voor een effectieve aanpak van desinformatie heeft het ministerie van BZK daarom eind vorig jaar een onderzoek uitgezet naar risico's en handelingsopties met betrekking tot online desinformatie en volksgezondheid. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door de Nieuwe Utrechtse School.

Naar aanleiding van de resultaten zal de staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport verkennen hoe het ministerie van VWS mede invulling kan geven aan kennisgedreven beleid op dit gebied. Deze worden medio 2025 verwacht. In de tussentijd zet het kabinet in op het nog beter beschikbaar maken van betrouwbare informatie over vaccinaties. Bijvoorbeeld door voorlichting beter te laten aansluiten op de behoeften van doelgroepen die op dit moment minder goed worden bereikt.

*Vraag 16: In hoeverre is het reëel te verwachten dat de administratietijd in de komende jaren kan worden gehalveerd tot 20% van de werktijd?*

De halvering van de administratietijd naar 20% is niet alleen de ambitie van de minister van VWS, die ambitie wordt breed gedragen en daar wordt door zorgorganisaties, in regio's en met alle betrokken partijen hard aan gewerkt. Met inzet van de Regiegroep Aanpak Regeldruk, waarin ook de ouderenzorg is vertegenwoordigd, en de brede werkagenda liggen er concrete acties om de administratietijd de komende jaren substantieel te verminderen. Wat nieuw is met deze aanpak is dat partijen niet meer alleen naar elkaar wijzen, maar samen het verantwoordingsweb dat in de zorg is ontstaan vergaand willen vereenvoudigen. Een concreet voorbeeld daarvan is de start met de veldbevraging. Deze stelt het vertrouwen in zorgverleners centraal door hen te vragen welke informatie zij minimaal willen vastleggen over de geleverde zorg voor de patiënt en de kwaliteit daarvan, die past binnen maximaal 20 procent administratietijd. Op basis van die uitkomsten zal de Regiegroep voor de zomer een advies geven over de uitvoering en opvolging van die resultaten. Daarnaast werken we met IZA partijen aanvullende afspraken uit om de realisatie verder te ondersteunen.

*Vraag 17: Hoeveel middelen zijn er het komende jaar nodig voor het invoeren van generatieve kunstmatige intelligentie (AI) die deze 20% mogelijk gaat maken, en hoeveel van deze middelen zijn reeds gereserveerd?*

Generatieve kunstmatige intelligentie (GAI) kan bijdragen aan het verminderen van administratieve lasten. Een bredere set van maatregelen is nodig om de genoemde halvering van de administratietijd naar zo'n 20% van de werktijd te bewerkstelligen. Zo wordt er gewerkt aan het voorkomen van nieuwe regels en het vereenvoudigen en dereguleren van bestaande wet- en regelgeving die zorgt voor onnodige administratieve lasten. Ook wordt er ingezet op ondersteuning van zorgprofessionals en burgers bij het gebruik van digitale zorg als belangrijke randvoorwaarde voor de opschaling van digitale zorg.

Het halveren van de administratietijd is een gezamenlijke verantwoordelijkheid binnen de zorg. Zorginstellingen hebben echter de vrijheid om, binnen geldende wet- en regelgeving zelf te bepalen hoe zij hun werkprocessen willen aanpassen en welke AI-toepassingen zij daarin zullen gebruiken. Het ministerie van VWS heeft geen specifieke middelen gereserveerd voor het invoeren van generatieve AI. Het Ministerie van VWS komt samen met het zorgveld met een aanpak en kaders voor een veilige, snelle en zorgvuldige inzet van AI in de zorg zoals aangegeven in de kamerbrief over de inzet van AI in de zorg<sup>20</sup>. Voor deze aanpak wordt gebruik gemaakt van de huidige beschikbare middelen binnen VWS voor innovatie, het gezondheidsinformatiestelsel en zorgtransformatie.

41. *Op welke termijn gaat deze regering de wetgeving doorlichten en wanneer worden de verbetervoorstellen, bij voorbeeld rond de indicatiestelling en de palliatieve zorg, verwacht?*

Het kabinet zal dit jaar de zorgwetten Zvw en Wlz doorlichten op de verankering van palliatieve zorg daarin. In de brief 'stand van zaken palliatieve zorg' die voor december 2025 is toegezegd, zal het kabinet de Tweede Kamer hierover berichten. Naar aanleiding van de tijdens het debat palliatieve zorg van 27 november 2024 toegezegde gesprekken met zorgverzekeraars en de NZa, zal in februari 2025 de Tweede Kamer worden geïnformeerd over de gevoerde gesprekken met zorgverzekeraars, onder meer over palliatieve zorg en omzetplafonds en het gesprek met de NZa.

Ten aanzien van de voortgang rond indicatiestelling zal de Tweede Kamer in het eerste kwartaal van 2025 worden geïnformeerd.

#### *Huisvesting ouderen*

42. *Wordt in de onderzoeken naar een geschikte woonomgeving voor ouderen ook gekeken naar betaalbare woningen voor ouderen, die – hoewel zij nog geen gezondheidsklachten hebben – nu wonen in een (te) grote woning?*

In de woondeals worden in elke regio afspraken gemaakt over de woningen die nodig zijn voor ouderen. Daarbij worden ook afspraken gemaakt met corporaties en andere ontwikkelaars over de betaalbaarheid van deze woningen. Het is aan de gemeente om bij het aanwijzen van locaties ook te kijken naar de geschiktheid van deze locaties. Door geschikte woningen voor ouderen te bouwen kan ook gezorgd worden voor doorstroming van ouderen die in een relatief grote woning wonen.

#### *Duurzaamheid*

43. *Hoe gaat de regering partijen concreet ondersteunen in de verduurzaming van de gezondheidszorg?*

Deze ondersteuning is reeds gaande, onder meer op de volgende manieren:

Met de subsidieregeling Duurzaam Maatschappelijk Vastgoed van het ministerie van VRO is tot en met 2030 geld beschikbaar om vastgoed in onder andere de (publieke) zorg en welzijn te verduurzamen. Komend voorjaar opent de 4e tranche met een subsidieplafond van € 345 miljoen.

Met de Innovatie- en Opschalingsregeling, onderdeel van Zorg voor Innoveren, zijn in 2024 70 aanvragen voor implementatie van duurzaamheidsinitiatieven gehonoreerd, verspreid over alle

<sup>20</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2024/2025, 27 529, nr. 329

provincies en in vrijwel alle sectoren van de zorg. Het ministerie van VWS is voornemens in 2025 en 2026 opnieuw een ronde open te stellen om implementatie op de werkvloer aan te jagen.

Met projectsubsidies aan diverse brancheorganisaties in de zorg, betrokken in de bestuurlijke regiegroep van de Green Deal Duurzame Zorg, versnelt het ministerie van VWS de verduurzaming van de zorg. Basis hiervoor is het door die partijen opgestelde *Integraal Uitvoeringsplan*<sup>21</sup>. Het gaat zowel om activiteiten die kennis en bewustwording vergroten, als activiteiten die concreet handelingsperspectief bieden aan zorgaanbieders. Alle resultaten komen openbaar beschikbaar via [www.greendealduurzamezorg.nl](http://www.greendealduurzamezorg.nl)

Met het programma Duurzaamheid & Gezondheid ondersteunt VWS partijen met vergroten van kennis over duurzaamheid, met onderzoek naar de milieu-impact van en in de zorg en met communicatie, bijvoorbeeld over goede voorbeelden en ontwikkelingen in (klimaat)beleid en regelgeving. Tevens werkt het ministerie aan het wegnemen van ervaren knelpunten in wet- en regelgeving. Zo is per 1 januari 2025 de wetgeving versoepeld over herverwerking van medische hulpmiddelen voor eenmalig gebruik. Ziekenhuizen mogen sindsdien zelf, onder bepaalde voorwaarden, dergelijke (wegwerp)hulpmiddelen klaarmaken om opnieuw te gebruiken. De inzet van VWS is nader toegelicht in het *VWS Uitvoeringsprogramma Verduurzamen (publieke) zorg en welzijn 2024-2026*<sup>22</sup>. De staatssecretaris voor Jeugd, Preventie en Sport stuurt de Kamer later dit voorjaar een stand van zaken.

#### *Subsidietaakstelling hoofdlijnenakkoord arbeidsmarktbeleid*

*Ten behoeve van de subsidietaakstelling uit het Hoofdlijnenakkoord zijn op arbeidsmarktbeleid verschillende bezuinigingen doorgevoerd. De grootste bezuinigingen worden onder het kopje 'Leren en ontwikkelen' toegelicht. Onder het opdrachtenbudget is een bezuiniging ingeboekt op het werkprogramma Lexces en de bijdrage aan VWS voor ZonMW. Daarnaast is vanaf 2026 5% bezuinigd op de bijdragen aan TNO en het RIVM. In 2025 zijn er geen uitgaven voor de bekostiging van ZonMw. De leden van de SP-fractie stellen daarover de volgende vraag:*

*44. Vanaf 2026 wordt 5% bezuinigd op de bijdrage aan het RIVM. Waarop is dit percentage gebaseerd en welke gevolgen heeft dit voor de taken van het RIVM?*

De ombuigingen bij het RIVM vanaf 2026 bestaan uit het generieke deel van de apparaatstaakstelling en de uitkomst van de subsidietaakstelling. Bij de ontwerpbegroting 2026 wordt uw Kamer via de begroting geïnformeerd over de gemaakte keuzes. Daarnaast is in de begroting pandemische paraatheid teruggedraaid. Wat dit betekent voor de taken van het RIVM wordt op dit moment verder in kaart gebracht. Het streven is om de maatregelen die zijn gestart in het kader van pandemische paraatheid voort te zetten. Zoals eerder aangegeven zet ik mij ervoor in tot alternatieve dekking te komen. Daar is tijd voor nodig. Ik verwacht medio 2025 meer duidelijkheid te kunnen geven over de middelen voor 2026 en verder.

#### *Gevolgen Onderwijsbegroting voor de zorgbegroting*

*De Tweede Kamer heeft op 12 december 2024 ingestemd met de onderwijsbegroting. Onderdeel hiervan is een compromis tussen het kabinet en een deel van de oppositie om te bezuinigen op de VWS-begroting. Dit heeft grote gevolgen voor de bij- en nascholing van vooral verpleegkundigen in ziekenhuizen. Dit is de zoveelste bezuiniging in korte tijd op het personeel in de zorg en de bezuiniging bleek, bij het nemen van het besluit, onbekend voor de minister en ook de uitwerking bleek onbekend. Deze leden hebben hierbij de volgende vragen:*

*45. Welke gevolgen gaat deze bezuiniging hebben voor de zorg?*

Voor het wegvallen van budget van €165 miljoen voor de bij- en nascholing van personeel in de medisch specialistische sector, op grond van de aanpassingen bij de begroting voor OCW, wordt zoals bekend binnen de VWS-begroting alternatieve invulling gezocht. Voor een nadere

<sup>21</sup> Kamerstuk 36200 VXi, nr. 204

<sup>22</sup> Kamerstuk 32813, nr. 1341

toelichting verwijst de minister van VWS naar de *Kamerbrief Ombuigingen VWS-begroting en positie VNG in het IZA* die parallel aan deze beantwoording aan uw Kamer is gezonden.

46. *Wordt er al gedacht aan reparatie van deze bezuiniging?*

Motie Krul c.s. vraagt om een alternatieve invulling binnen het domein van de VWS begroting. Voor een nadere toelichting verwijst de minister van VWS naar de *Kamerbrief Ombuigingen VWS-begroting en positie VNG in het IZA* die parallel aan deze beantwoording aan uw Kamer is gezonden.

47. *Welke implicaties heeft dit voor de nu voorliggende begroting?*

De amendementen van de Tweede Kamer zijn verwerkt in de begroting die Uw Kamer heeft ontvangen, inclusief de ombuiging op de subsidie bij- en nascholing van medisch specialistische zorg. Echter, aangenomen motie Krul c.s. vraagt om een alternatieve invulling binnen het domein van de VWS begroting. Voor een nadere toelichting verwijst de minister van VWS naar de *Kamerbrief Ombuigingen VWS-begroting en positie VNG in het IZA* die parallel aan deze beantwoording aan uw Kamer is gezonden.

**Vragen en opmerkingen van de leden van de fractie van de PvdD**

1. *Uit onderzoek van het Trimbosinstituut blijkt dat steeds meer jongeren verslaafd raken aan vapes.<sup>23</sup> Sinds 1 januari 2024 is de verkoop van vapes met een smaakje aan jongeren verboden. Toch blijken jongeren vaak zonder problemen aan vapes met een smaakje te kunnen komen, bijvoorbeeld op festivals. Wanneer komt de regering met haar actieplan tegen vapes? Hoe verwacht zij dat de NVWA kan handhaven in tijden van personeelstekorten en bezuinigingen?*

Het actieplan wordt in het eerste kwartaal van 2025 met de Tweede Kamer en Eerste Kamer gedeeld. Er is inderdaad extra inzet nodig om de handhaving van het vapes te versterken. Daarom wordt vanaf 2026 structureel 3 miljoen extra beschikbaar gesteld voor de NVWA. In 2025 is er naar aanleiding van het amendement Tielen 2 miljoen extra beschikbaar. Met de (structurele) middelen zal vanaf 2025 en 2026 extra worden ingezet op het versterken van de handhaving. De NVWA heeft deze werkzaamheden opgenomen in het werkprogramma voor 2025. Binnen afzienbare tijd zal dit programma aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

Ook worden de handhavingsbevoegdheden van de NVWA uitgebreid. Zo wordt het bijvoorbeeld makkelijker gemaakt om online aanbieders van vapes aan te pakken door niet alleen de verkoop, maar ook het online aanbieden van vapes te verbieden. Ook worden de boetes voor overtreders van de regels voor vapes verhoogd.

1. *In haar brief van 22 oktober 2024 aan de Tweede Kamer geeft de minister van VWS aan een bezuiniging op de paraatheid van infectieziekten onwenselijk te vinden en daarom te zoeken naar een alternatieve dekking via het kabinetsbrede weerbaarheidsbeleid.<sup>24</sup> Klopt het dat de bezuiniging geen gevolgen zal hebben voor de capaciteit en het functioneren van de Landelijke Functionaliteit Infectieziektenbestrijding (LFI)? De minister "hecht eraan om te benadrukken dat in de tussentijd geen zaken worden afgebouwd die de afgelopen jaren in het kader van de (pandemische) paraatheid zijn opgebouwd."<sup>25</sup> Kan de regering aangeven om welke zaken dat concreet gaat? Welke gevolgen verwacht de regering dat het niet doorvoeren van de personele capaciteitsvergroting bij de GGD'en zal hebben voor de pandemische paraatheid van Nederland?*

<sup>23</sup> Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging (onderdeel van het Trimbos-instituut), *Jongerenmonitor Tabaks- en nicotineproducten*, oktober 2023, zie <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/10/AF2112-Jongerenmonitor-Tabaks-en-nicotineproducten.pdf>.

<sup>24</sup> *Kamerstukken II 2024-25*, 36 600 XVI, nr. 38.

<sup>25</sup> *Ibid.*, p. 2.



De € 50 miljoen die in 2025 moest worden bezuinigd op pandemische paraatheid, is ingevuld door een aantal beleidsvoornemens die in 2025 zouden starten 'on hold' te zetten. Dit betekent onder meer dat een aantal voorgenomen (onderzoeks)trajecten, zoals rond het verbeteren van de modellering van infectieziekte uitbraken, niet van start gaan. Oftewel: er start in 2025 geen nieuw beleid, maar al het beleid dat al loopt, gaat gewoon door. De bezuinigingen raken dus in 2025 niet de capaciteit en het functioneren van de LFI. Ook hebben de bezuinigingen in 2025 nog geen impact op de reeds gerealiseerde personele capaciteitsvergroting bij de GGD'en, de nieuwe capaciteitsuitbreiding (met coördinatoren pandemische paraatheid) is één van de beleidsvoornemens die on hold zijn gezet. Ik verwacht u na de voorjaarsnota, medio 2025, meer duidelijkheid te kunnen geven over de middelen voor 2026 en verder.

2. *In juni 2024 kwam de Gezondheidsraad met het rapport 'Advies Resistentie ondermijnt de behandeling van schimmelinfecties'.<sup>26</sup> In dit rapport schreef de Gezondheidsraad dat steeds meer schimmelinfecties niet meer met medicijnen te behandelen zijn, hetgeen leidt tot "een ernstige bedreiging voor de volksgezondheid".<sup>27</sup> De Raad pleit voor de oprichting van een Kennisplatform Schimmelziekten, een beperking van het gebruik van schimmelbestrijdingsmiddelen in de landbouw en het opstellen van een Nationaal Actieplan Schimmelresistentie. Kan de regering aangeven hoe zij invulling gaat geven aan deze aanbevelingen?*

Op 20 september 2024 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de reactie van de minister van VWS, de staatssecretaris van LNV en de staatssecretaris van OVM op de aanbevelingen uit het bovengenoemde advies van de Gezondheidsraad<sup>28</sup>. In deze reactie is aangegeven dat de minister van VWS en de andere betrokken bewindspersonen de bevinding van de Gezondheidsraad delen en de urgentie van het aanpakken van schimmelresistentie onderschrijven. Daarom is schimmelresistentie een belangrijk onderdeel van het beleid om resistentie tegen te gaan en heeft dit nieuwe thema nadrukkelijk een plek gekregen in het Nederlands Actieplan AMR 2024-2030<sup>29</sup>.

Voor een uitgebreide reactie op de in deze vraag genoemde aanbevelingen van de Gezondheidsraad wordt verwezen naar de brief van 20 september 2024.

1. *De commissie-Van Dijk (2010) adviseerde de regering na de Q-koorts-pandemie om de doorzettingsmacht bij zoönosen in bepaalde gevallen te leggen bij de minister van VWS. Aan deze aanbeveling werd geen opvolging gegeven. De Algemene Rekenkamer vond dat zorgelijk.<sup>30</sup> In de Tweede Kamer werd vervolgens op 26 mei 2020 de motie-Ouwehand aangenomen waarin hetzelfde werd gevraagd.<sup>31</sup> Aan die motie werd geen uitvoering gegeven. Kan de regering hierop reflecteren? Gaat zij uitvoering geven aan de motie en de aanbevelingen van de commissie en de Algemene Rekenkamer? Zo ja, hoe en wanneer? Zo nee, waarom niet?*

In de Kamerbrief van 28 mei 2022 hebben de toenmalige ministers van VWS en LNV gereageerd op de door u genoemde motie-Ouwehand. Zij geven in deze brief aan dat zij deze motie hebben ontraden, maar onverwijld onderschrijven dat volksgezondheid leidend is. Zij gaan daarbij in op de zoönosen crisisstructuur. Het voortouw in deze structuur ligt bij de minister van VWS. De bewindspersonen van VWS en LNV nemen binnen deze structuur gezamenlijk de besluiten waarbij voor beide bewindspersonen het volksgezondheidsbelang leidend is. Deze besluiten kunnen zowel maatregelen ter bescherming van de volksgezondheid als de diergezondheid betreffen. Op deze wijze is de bescherming van de volksgezondheid zowel uitgangspunt als doel

<sup>26</sup> Gezondheidsraad, *Resistentie ondermijnt de behandeling van schimmelinfecties*, nr. 2024/10, Den Haag, 6 juni 2024, zie <https://www.gezondheidsraad.nl/onderwerpen/milieu/documenten/adviezen/2024/06/06/advies-resistentie-ondermijnt-de-behandeling-van-schimmelinfecties>.

<sup>27</sup> Ibid, p. 4.

<sup>28</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2024-2025, kamerstuk 32 793, nr. 781

<sup>29</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2024-2025, kamerstuk 3293, nr. 753

<sup>30</sup> Zie <https://www.rekenkamer.nl/actueel/nieuws/2022/05/18/minister-vws-heeft-geen-doorzettingsmacht-als-dierziekte-overslaat-op-mens>.

<sup>31</sup> *Kamerstukken II* 2019-20, 25 295, nr. 379.

van alle genomen besluiten. Beide bewindspersonen geven tot slot aan dat zij op deze wijze al invulling geven aan de motie.

Ik sluit mij hierbij aan. Daarbij merk ik op dat doorzettingsmacht, waarbij een minister opdrachten geeft aan ambtenaren of instituten van een ander ministerie, niet past binnen de manier waarop ministers met elkaar omgaan. Als ministers er onderling niet uitkomen, kan altijd de hulp worden ingeroepen van de minister-president of kan het probleem in de ministerraad aan de orde komen.

2. *Welke maatregelen neemt de regering om te voorkomen dat vogelgriep in Nederland overspringt van dier op mens, zoals in de VS gebeurd is met melkkoeien? Dringt de regering in internationaal verband aan op maatregelen door de Amerikaanse regering om verspreiding van het virus in te dammen? Bijvoorbeeld door genetische virusdata sneller en vollediger met andere landen te delen, bedrijven in quarantaine te houden en een strikt advies uit te vaardigen tegen het drinken van rauwe koeienmelk, alsmede desinformatie te bestrijden die stelt dat rauwe melk drinken vogelgriep zou voorkomen?*

Samen met mijn collega van LVVN werk ik aan de uitvoering van het Intensiveringsplan preventie vogelgriep. De maatregelen ten behoeve van preventie van het humane risico van een meer zoönotische variant van vogelgriep voor de volksgezondheid in het Intensiveringsplan preventie vogelgriep, gebaseerd op eerdere adviezen van het Deskundigenberaad Zoönosen (DB-Z), zijn vrijwel allemaal opgepakt en geïmplementeerd of lopende.

Naar aanleiding van de ontwikkelingen rondom HPAI onder koeien in de VS, en de daaraan gerelateerde humane ziektegevallen, is een risico-inschatting voor Nederland gemaakt. De H5N1-variant die momenteel in de VS voorkomt, wordt in Europa nog niet gezien. Desondanks is recent de Regeling diergezondheid gewijzigd, waardoor de wettelijke bestrijdingsbevoegdheden kunnen worden toegepast ten aanzien van runderen met vogelgriep en is samen met stakeholders een draaiboek opgesteld voor vogelgriep bij melkkoeien.

We maken ons zorgen over de situatie in Amerika en dringen er in gesprekken met de Europese commissie op aan om in gesprek te gaan met de Amerikaanse regering over maatregelen om het virus in te dammen.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de fractie van Volt**

*De regering is van plan om de intensivering van de publieke gezondheid terug te draaien en te bezuinigen op pandemische paraatheid. De leden van de **Volt**-fractie hebben hier een aantal vragen over:*

1. *Kan de regering aangeven wat de impact hiervan is op de werkzaamheden van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD), gegeven de uitvoerende taak die zij hebben?*

Alle activiteiten die GGD'en in 2023 en 2024, in het kader van pandemische paraatheid, hebben opgestart kunnen in 2025 doorgezet worden. De bezuinigingen raken daarmee in 2025 niet de reeds gerealiseerde capaciteitsvergroting, de versterking van de bovenregionale monitoring en surveillance, de geplande opleidingen, de versterking van de bovenregionale samenwerking en de gestarte academische onderzoeken.

Echter, de vanaf 2025 geplande capaciteitsuitbreiding met coördinatoren pandemische paraatheid maakt onderdeel uit van de beleidsvoornemens die in het kader van de bezuiniging van € 50 miljoen on hold zijn gezet.

Ik verwacht u na de voorjaarsnota, medio 2025, meer duidelijkheid te kunnen geven over de middelen voor 2026 en verder. U kunt ervan op aan dat deze opgave de volle aandacht heeft.

De bezuinigingen hebben overigens, op dit moment, geen impact op de reguliere infectieziektebestrijding bij GGD'en.

2. *Kan de regering aangeven wat de GGD niet meer gaat doen en wat daarvan de consequenties zijn op de volksgezondheid?*

Momenteel heeft deze bezuiniging geen impact op de werkzaamheden van de GGD'en, waaronder de reguliere infectieziektebestrijding. Wel is vanaf 2025 de geplande capaciteitsuitbreiding met coördinatoren pandemische paraatheid on hold gezet omdat zij onderdeel uitmaakt van de beleidsvoornemens in het kader van de bezuiniging van € 50 miljoen.

3. *Kan de regering aangeven wat de consequenties zijn als er in 2025 een pandemie uitbreekt?*

In de afgelopen jaren is hard gewerkt aan het vergroten van onze pandemische paraatheid. Zo zijn er initiatieven om de GGD'en en het RIVM te versterken, zijn er kennis- en onderzoeksprogramma's opgezet en is de Landelijke Functie opschaling Infectieziektebestrijding (LFI) opgezet. We zijn er nog niet, maar we zijn op weg. Mocht er in 2025 een A-infectieziekte uitbreken die om landelijke bestrijding vraagt, dan pakt de LFI – ondanks dat haar implementatiefase tot eind 2026 duurt – de medisch-operationele processen samen met de GGD'en op.

In het hoofdlijnenakkoord zijn bezuinigingen opgenomen. Voor 2025 is de impact daarvan op de pandemische paraatheid geminimaliseerd door de activiteiten die al gestart waren, voort te zetten. Enkel de start van enkele nieuwe activiteiten (zoals een aantal onderzoekstrajecten) zijn on hold gezet. Er wordt dus nog steeds hard gewerkt aan pandemische paraatheid en het streven is om de maatregelen die zijn gestart in het kader van pandemische paraatheid en even noodzakelijk zijn voor basisnoodzorg in het kader van weerbaarheid, voort te zetten.

*Nederland bestaat uit een prachtige diverse samenleving. Helaas ervaren veel mensen in Nederland beperkte toegang tot zorg. Dat beperkt hen in hun genot van het recht op gezondheid en andere mensenrechten, zoals het recht op gelijkheid en non-discriminatie, constateren de leden van de fractie Volt. Ook meerdere onderzoeksrapporten tonen aan dat het huidige zorgstel niet toegankelijk is voor alle Nederlandse zorggebruikers. Deze leden hebben hier een aantal vragen over:*

4. *Hoe gaat de regering ervoor zorgen dat binnen de toegankelijkheidsopgave ook rekening wordt gehouden met de diversiteit van de samenstelling van de Nederlandse samenleving?*

In het regeerprogramma staat duidelijk dat het huidige kabinet daadkrachtig optreedt tegen discriminatie. Dat geldt ook voor discriminatie in de zorg en welzijn. Aan veel van de genoemde thema's wordt al hard gewerkt binnen het ministerie via de VWS-brede aanpak discriminatie en gelijke kansen. Eind 2023 heeft de toenmalig minister VWS de Tweede Kamer geïnformeerd over de voortgang van de aanpak (Kamerstukken II, 2023-24, 36 410 XVI 30950 nr. 19), een nieuwe voortgangsrapportage is in de maak. In deze brief gaat het onder andere over het ZonMw-programma diversiteits sensitief werken, verschillende rondetafelgesprekken met de sector over discriminatie, de borging van de maatregelen uit de beleidsnota diversiteits sensitief werken en de samenwerking met de Nationaal Coördinator tegen Discriminatie en Racisme.

5. *Hoeveel middelen trekt deze regering uit om inclusieve zorg te garanderen?*

Voor 2025 staat € 900.000 gereserveerd voor VWS-brede trajecten rondom discriminatie en gelijke kansen. Hieronder valt zowel het budget voor bemensing als dat voor activiteiten. Voor langdurige zorg is daarnaast € 60.000 gereserveerd voor een Lerend netwerk cultuursensitieve zorg; € 125.000 voor de Roze Loper; en € 125.000 voor het project Zonder Stempel. De laatste gaat over LHBTI+'ers met een verstandelijke beperking.

6. *Asielzoekers, vluchtelingen en dak- en thuislozen ervaren zeer beperkte toegang tot de zorg. Waar is op de begroting te zien dat er middelen worden uitgetrokken om ook deze groep mensen te voorzien in de basale mensenrechten en toegang te bieden tot zorg?*

Zorgaanbieders kennen een zorgplicht. Asielzoekers, vluchtelingen en dak- en thuislozen die medische zorg nodig hebben ontvangen deze zorg als een arts dit noodzakelijk acht. Ook als patiënten niet verzekerd zijn en de zorgkosten niet zelf kunnen betalen. In die gevallen kunnen zorgaanbieders de zorgkosten ten laste laten komen van verschillende financiële regelingen. Voor asielzoekers is dat de Regeling Medische zorg Asielzoekers (RMA). De kosten van de RMA komen ten laste van de begroting van het ministerie van JenV. Voor vluchtelingen uit de Oekraïne geldt de Regeling Medische zorg Ontheemden uit Oekraïne (RMO). Ook de kosten van de RMO komen ten laste van het Ministerie van JenV.

Voor de groep onverzekerden en onverzekerbare vreemdelingen zijn de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV) respectievelijk de regeling onverzekerbare vreemdelingen van toepassing. Zorgaanbieders kunnen vrijwel alle zorg uit het basispakket ten laste van deze regelingen declareren bij het CAK. De kosten van deze regelingen komen ten laste van de begroting van het ministerie van VWS. De kosten van deze regelingen zijn de laatste jaren hard gestegen vanwege meer bekendheid van de regelingen en een toename van het aantal onverzekerde (soms werkloze) arbeidsmigranten uit andere EU-landen. In het kader van de subsidietaakstelling is er op de SOV met ingang van 2027 een structurele taakstelling opgenomen van € 40 miljoen.

De minister van VWS heeft aangekondigd om toe te werken naar één regeling waarin de SOV en OVV worden samengevoegd. Tevens zijn er plannen om de onverzekerde personen, arbeidsmigranten en (ex-)gedetineerden aan te pakken. De genoemde taakstelling wordt hierbij betrokken.

*Het VN-comité Handicap heeft aangegeven dat Nederland nog veel te doen heeft om het VN-verdrag Handicap goed uit te voeren. Uit de begrotingsstaten VWS 2025 blijkt niet dat hier middelen voor gereserveerd zijn in 2025.*

*7. Kan de regering aangeven hoe zij uitvoering zal geven aan het VN-verdrag Handicap? En hoeveel middelen hiervoor beschikbaar zijn gesteld? Kan de regering daarbij duidelijk benadrukken hoeveel middelen beschikbaar zijn voor het uitvoeren van het verdrag in Europees Nederland en in Caribisch Nederland?*

Op dit moment werkt het kabinet aan het vertalen van de nationale strategie VN-verdrag Handicap 2040 in een werkagenda met een goede betrokkenheid van mensen met een beperking, hun vertegenwoordigende organisaties, gemeenten, ondernemers, overige organisaties en alle betrokken ministeries. Met deze werkagenda wil het kabinet vanuit de inzet in de afgelopen jaren nieuwe stappen zetten in de beweging naar een toegankelijke samenleving voor mensen met een beperking. Ingezette inspanningen voor de doelstellingen van de strategie, zoals bijvoorbeeld de Banenspraak of het Bestuursakkoord toegankelijkheid openbaar vervoer, krijgen in deze werkagenda een plek.

Er zijn reeds middelen beschikbaar op diverse onderdelen van de Rijksbegroting voor bestaand beleid dat bijdraagt aan de implementatie van het VN-verdrag Handicap. Zo heeft het Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat bij indicatie sinds 2006 meer dan € 500 miljoen besteed aan het toegankelijk maken van treinstations. Vanuit het ministerie van VWS is verder bijvoorbeeld per 2024 de subsidie voor patiënten- en organisaties voor mensen met een beperking structureel verhoogd met € 25 miljoen per jaar, naar in totaal € 50 miljoen per jaar. Vanuit het vorige coalitieakkoord is bovendien jaarlijks structureel € 5 miljoen beschikbaar gesteld voor de coördinatie van de implementatie van het VN-verdrag Handicap.

Het VN-Verdrag Handicap is niet geratificeerd in Caribisch Nederland. Een belangrijke stap richting medegedeling is het wetgevingstraject voor de integrale invoering van de gelijkebehandelingswetgeving in Caribisch Nederland. De regering start in 2025 tevens met de voorbereidingen van een apart programma gericht op toegankelijkheid en participatie voor inwoners met een beperking in Caribisch Nederland. Onderdeel van het programma is het inventariseren van een passend budget voor de uitvoering ervan. Voor het instellen van het programma is structureel € 100.000 begroot.

*Uit verschillende onderzoeken blijkt dat onder artsen in opleiding tot specialist, mensen met een migratieachtergrond niet evenredig vertegenwoordigd zijn ten opzichte van hun aandeel in de samenleving en in de geneeskundeopleiding. Er worden jaarlijks honderden miljoenen beschikbaar*

*gesteld voor opleidingsplaatsen tot medisch specialist. Bij het verdelen van opleidingsplaatsen zou, in lijn met artikel 1 van de Grondwet, geen sprake mogen zijn van directe of indirecte discriminatie.*

8. *Wat gaat de regering er aan doen om te zorgen dat er geen sprake is van directe of indirecte discriminatie bij het verdelen van de opleidingsplaatsen?*

De verdeling van opleidingsplaatsen die in aanmerking komen voor bekostiging via het instrument beschikbaarheidsbijdrage komt tot stand op basis van meerdere adviezen. Het Capaciteitsorgaan brengt onafhankelijk advies uit over de hoeveelheid (medisch) specialisten en medisch (ondersteunend) personeel dat landelijk moet worden opgeleid om de zorgverlening op peil te houden. Bij de ramingen maakt het Capaciteitsorgaan gebruik van het ramingsmodel dat samen met het Nivel is ontwikkeld. De parameters van het ramingsmodel staan in bijlage 1 van het Capaciteitsplan 2024-2027.<sup>32</sup> Op basis hiervan stelt de minister het totaal aantal instroomplaatsen per vervolgopleiding beschikbaar. Vervolgens adviseren de stichting BOLS en de stichting TOP Opleidingsplaatsen, aan de hand van een toewijzingsprotocol en met inspraak van stakeholders en overige partijen uit het zorgveld, de minister over de verdeling van die instroomplaatsen over de opleidingsinstellingen. Voorafgaand aan de toewijzingsprotocollen stelt de minister een spelregeldocument op voor Stichting Top en BOLS, waarin bijvoorbeeld staat opgenomen dat stichting TOP en stichting BOLS zorg dragen voor een verdeelmechanisme met objectieve en toetsbare criteria en transparante procedures. Dat er in dit proces geen directe of indirecte discriminatie plaatsvindt is belangrijk en ook een verantwoordelijkheid van de toewijzende partijen om mee te nemen in hun adviezen. Het verdeelproces gaat niet over individuen, maar over opleidingsplaatsen. De selectie van kandidaten voor de invulling van die opleidingsplaatsen is aan de opleidende instellingen. Vanzelfsprekend moeten die zich daarbij aan de wet en regelgeving houden.

*De regering gaat veel bezuinigen op zaken die opleiden en het behoud van zorgpersoneel raken.*

9. *Wat zijn de consequenties van alle bezuinigingen die het personeel in de zorg raken voor de personeelstekorten?*

De bezuinigingen waar de vragensteller op doelt zijn waarschijnlijk enerzijds het stoppen van het Stagefonds per 2028 en anderzijds de bezuiniging van € 130 miljoen op arbeidsmarktbeleid per 2026.

Het Stagefonds is bedoeld om meer stageplekken te creëren en hiermee de instroom in de zorg te vergroten. De Algemene Rekenkamer heeft in haar Verantwoordingsonderzoek 2022 echter geconcludeerd dat het stopzetten van de subsidie via het Stagefonds waarschijnlijk geen directe gevolgen zal hebben voor het aantal stageplaatsen in de zorg. Het is daarmee aannemelijk dat het effect van het stoppen van het Stagefonds op het personeelstekort zeer beperkt of nihil zal zijn.

Vanuit de € 130 miljoen voor arbeidsmarktbeleid worden op dit moment verschillende instrumenten/initiatieven gefinancierd die direct gerelateerd zijn aan het zorgpersoneel, waarbij veruit het grootste deel van het budget wordt besteed aan de subsidieregeling Sectorplanplus. Uit de eindevaluatie van Sectorplanplus<sup>33</sup> blijkt dat op basis van arbeidsmarkt cijfers niet concreet vast valt te stellen hoe groot het effect van de regeling is op bijvoorbeeld de instroom en het behoud van personeel. Ook voor de werkgevers is dit vaak niet goed mogelijk. Wel ervaren veel werkgevers duidelijk positieve effecten. Zo hebben velen naar eigen zeggen meer nieuwe mensen kunnen opleiden voor hun organisatie (50%) en hebben ze nieuwe mensen ook beter kunnen opleiden (35%), door hun kennis te verbreden, te verdiepen en beter te laten aansluiten bij de behoeften van de organisatie. Werkgevers hebben door SectorplanPlus zowel nieuwe als zittende praktijk- en werkbegeleiders kunnen opleiden en zodoende het leerklimaat en de begeleiding kwalitatief kunnen verbeteren. Het is daarmee de verwachting dat het stoppen van SectorplanPlus enig effect zal hebben op instroom en het behoud van medewerkers in zorg en welzijn en daarmee het personeelstekort, maar dit effect is niet te kwantificeren.

10. *Hoe gaat deze regering zonder al die middelen ervoor zorgen dat de zorg een aantrekkelijke sector blijft om in te werken?*

<sup>32</sup> [Capaciteitsplan-2024-2027-Integraal-overzicht-DEF.pdf \(capaciteitsorgaan.nl\)](#)

<sup>33</sup> <https://portal2017.sectorplanplus.nl/files/6/files/Overige/SectorplanPlus%202017-2022%20Eindevaluatie.pdf>

De aanpak van de personeelskrapte en daarmee het aantrekkelijk houden van de sector zorg en welzijn, heeft de hoogste prioriteit en krijgt vorm langs de drie lijnen in het Regeerprogramma:

1. het verminderen van de tijd die zorgverleners besteden aan administratieve lasten, onder meer door a) slim gebruik van Artificial Intelligence (AI), digitale werkwijzen en standaardisatie; b) deregulering en vereenvoudiging. Wetgeving wordt doorgelicht en waar nodig verbeterd; c) autonomie en vertrouwen. We stellen het vertrouwen in zorgprofessionals centraal om zo de regeldruk te verminderen.
2. de juiste inzet van medewerkers door een goede samenwerking met mantelzorgers en informele zorg en ondersteuning, het invoeren van arbitrage tussen zorgwetten en het stimuleren van innovaties;
3. het vergroten van vakmanschap en werkplezier door het opstellen van een leidraad. Medewerkers in zorg en welzijn zijn vakmensen, en het is cruciaal om in de toekomst voldoende goed opgeleide medewerkers in de zorg en welzijn te hebben die op een fijne manier hun werk kunnen blijven doen.

*Doordat de Tweede Kamer heeft ingestemd met het amendement van het lid Bontenbal c.s. over het terugdraaien van een aanzienlijk deel van de onderwijsbezuinigingen is veel onduidelijkheid ontstaan over hoe dit amendement uitgevoerd gaat worden.<sup>34</sup> In het amendement is over de dekking onder andere opgenomen: "13a. De subsidieregeling strategisch opleiden medisch specialistische zorg wordt met het oog op de bij- en nascholing verlaagd met 165 miljoen structureel. 13b. Er worden bestuurlijke afspraken gemaakt om uitwassen in beloningen voor medisch specialisten in maatschappen aan te pakken. De Minister van VWS werkt deze afspraak nader uit. Er is sprake van een taakstellende opbrengst van 150 miljoen euro structureel binnen het zorgdomein." Over dit punt hebben de leden van de Volt-fractie de volgende vragen:*

11. *Kan de regering heel precies aangeven welke opleidingen met de subsidieregeling strategisch opleiden medisch specialistische zorg gesubsidieerd worden?*

De subsidieregeling strategisch opleiden medisch specialistische zorgsector heeft als eis dat er alleen opleidingsactiviteiten kunnen worden gesubsidieerd die een stimulerend effect bewerkstelligen. Opleidingsactiviteiten die (wettelijk) verplicht zijn – die worden gegeven om te voldoen aan bindende nationale opleidingsnormen – kunnen daarom niet worden gesubsidieerd.

Er is geen lijst met opleidingen die onder deze subsidieregeling worden gesubsidieerd. Deze subsidieregeling biedt instellingen de ruimte om eigen afwegingen te maken over de manier waarop de subsidiemiddelen ingezet worden. Instellingen zijn zelf verantwoordelijk voor hun personeels- en opleidingsbeleid en hebben het beste zicht op wat zij noodzakelijk achten.

12. *Kan de regering aangeven welke beroepsgroepen in de zorg dankzij deze subsidieregeling gebruik kunnen maken van bij- en nascholing?*

De subsidieregeling strategisch opleiden medisch specialistische zorgsector richt zich op alle beroepsgroepen in de ziekenhuizen, UMC's en zelfstandige klinieken. Uit cijfers van het Pensioenfonds Zorg en Welzijn blijkt dat in potentie de volgende beroepsgroepen van deze subsidieregeling gebruik kunnen maken: binnen de ziekenhuizen gaat het om ongeveer 25% van de werknemers die een verpleegkundige functie heeft. Andere functies van werknemers in de ziekenhuizen zijn medewerker/leidinggevende polikliniek (6%), secretaresse (4%), afdelingsassistent (3%), beeldvormend/radiotherapeutisch laborant (3%), doktersassistent (3%), medisch specialist (3%), operatieassistent/leidinggevende OK-chirurgie (2%), medisch analist (2%). Daarnaast zijn er een groot aantal werknemers met overige functies (49%) (bron: [Functiedata zorg en welzijn - AZW Info](#)).

---

<sup>34</sup> Kamerstukken II 2024-25, 36 600 VIII, nr. 141.

13. *Kan de regering aangeven wat het salaris is van een zorgprofessional voordat hij een opleiding uit deze subsidieregeling heeft gevolgd, en wat zijn salarisperspectief is na het volgen van een opleiding via deze subsidieregeling? En wat het salarisperspectief is tien jaar na afronding van de opleiding?*

Zoals toegelicht bij het antwoord op vraag 12 richt de subsidieregeling zich op een grote diversiteit aan beroepsgroepen. Deze zorgmedewerkers ontvangen een salaris conform de betreffende cao's, namelijk de cao Ziekenhuizen, cao UMC of de cao Zelfstandige Klinieken. Het ministerie van VWS beschikt niet over gegevens over het salaris van de zorgmedewerkers voor het starten met bij- en nascholing en het salarisperspectief na afronding hiervan.

14. *Kan de regering aangeven hoeveel zorgprofessionals gebruik maken van bij- en nascholing via de subsidie?*

Er zijn circa 300.000 werknemers werkzaam in de ziekenhuizen en umc's. Uit de subsidieaanvragen kan worden afgeleid dat in de praktijk een groot deel van de bij- en nascholing bedoeld is voor verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel. Hoeveel zorgprofessionals daadwerkelijk bereikt worden met deze subsidiemiddelen wordt niet bijgehouden door het ministerie van VWS.

15. *Kan de regering aangeven wat de consequenties zijn als deze subsidieregeling wordt afgeschaft?*

Een subsidie is een tijdelijke financiële impuls. De consequentie is dat er geen 165 miljoen beschikbaar meer zal zijn om ziekenhuizen, universitair medische centra en zelfstandige klinieken te ondersteunen in strategisch opleiden door bij- en nascholing te subsidiëren en de zorginstellingen hier zelf middelen beschikbaar voor zullen moeten stellen.

16. *Kan de regering aangeven wat de consequenties zijn voor de kwaliteit van zorg nu de subsidie wordt afgeschaft?*

Voor het borgen van kwaliteit van zorg bestaan kwaliteitswetten zoals de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen in de Zorg (Wkkgz) en de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza). De subsidieregeling strategisch opleiden medisch specialistische zorgsector subsidieert opleidingsactiviteiten die een stimulerend effect bewerkstelligen om zo aan te kunnen sluiten bij de transitie conform het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het aankomende Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA). Dit is nodig om zorgprofessionals te kunnen opleiden voor het anders werken in de zorg. Het anders werken in de zorg is nodig om de arbeidsmarktkrapte het hoofd te bieden om zo zorg en welzijn te kunnen blijven bieden aan patiënten. Dit betekent dat de subsidieregeling voorziet in een opleidingsbehoefte waarmee boven de wettelijke kwaliteitsnorm kan worden opgeleid. Het wegvallen van deze subsidieregeling heeft geen invloed op de minimale wettelijke kwaliteitseisen voor zorg.

Voor het wegvallen van het budget van € 165 miljoen voor de bij- en nascholing van personeel in de medisch specialistische sector, op grond van de aanpassingen bij de begroting voor OCW, wordt zoals bekend binnen de VWS-begroting een alternatieve dekking gezocht. De huidige subsidieregeling loopt tot en met 2026. De huidige subsidie wordt hoe dan ook niet afgeschaft.

17. *Kan de regering aangeven wat de impact is van het afschaffen van de subsidieregeling op het aantrekkelijk houden van het werken in de zorg?*

Zoals gezegd is een subsidie een tijdelijke financiële impuls. De subsidieregeling voorziet in een opleidingsbehoefte waarmee boven de wettelijke kwaliteitsnorm kan worden opgeleid. Waar instellingen de mogelijkheden zien kunnen zij zelf middelen beschikbaar stellen. En zoals eerder gezegd, voor het wegvallen van budget van € 165 miljoen voor de bij- en nascholing van

personeel in de medisch specialistische sector, op grond van de aanpassingen bij de begroting voor OCW, wordt zoals bekend binnen de VWS-begroting een alternatieve dekking gezocht.

*18. Wat gaan patiënten en cliënten merken van de bezuiniging op de subsidieregeling?*

Ondanks dat er minder budget is zal dezelfde kwalitatieve zorg moeten worden geleverd. Zoals bekend wordt, voor het wegvallen van budget van 165 miljoen voor de bij- en nascholing van personeel in de medisch specialistische sector, op grond van de aanpassingen bij de begroting voor OCW, binnen de VWS-begroting een alternatieve dekking gezocht.

*Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) is, vanwege dit amendement, uit het overleg gestapt over een nieuw Integraal Zorgakkoord (IZA). Ook de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Federatie Medisch Specialisten (FMS), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) onderbreken de besprekingen over het IZA-akkoord vanwege de bezuiniging op de opleidingen. Deze leden hebben hier de volgende vragen over:*

*19. Wat betekent dit voor een nieuw IZA-akkoord?*

De uitvoering van de gemaakte afspraken in het Integraal Zorgakkoord (IZA) gaat onverminderd door. De NVZ, V&VN, FMS, NFU en ZKN hebben benadrukt dat zij onverkort deel blijven uitmaken van het IZA. Alle betrokken partijen onderkennen daarnaast het belang om aanvullende afspraken te maken om de stijgende zorgvraag in een krappe arbeidsmarkt op te kunnen vangen en te werken aan gelijkwaardigere toegang tot zorg en ondersteuning voor mensen. De bewindslieden van VWS stellen alles in het werk om, n.a.v. de plotse verzwaring van de financiële opgave voor de zorg, het vertrouwen bij partijen te herstellen en naar oplossingen te zoeken. De urgentie blijft onverminderd groot om de komende periode tot een afronding van de aanvullende afspraken te komen t.b.v. het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord.

*20. Wat gebeurt er als er geen nieuw akkoord gesloten kan worden waarbij de grootste beroepsgroep uit de zorg, namelijk de verzorgenden en verpleegkundigen, niet betrokken is?*

De uitvoering van de gemaakte afspraken in het Integraal Zorgakkoord (IZA) gaat onverminderd door. De NVZ, V&VN, FMS, NFU en ZKN hebben benadrukt dat zij onverkort deel blijven uitmaken van het IZA. Alle betrokken partijen onderkennen daarnaast het belang om aanvullende afspraken te maken om de stijgende zorgvraag in een krappe arbeidsmarkt op te kunnen vangen en te werken aan gelijkwaardigere toegang tot zorg en ondersteuning voor mensen. De bewindslieden van VWS stellen alles in het werk om, n.a.v. de plotse verzwaring van de financiële opgave voor de zorg, het vertrouwen bij partijen te herstellen en naar oplossingen te zoeken. De urgentie blijft onverminderd groot om de komende periode tot een afronding van de aanvullende afspraken te komen t.b.v. het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord.

*21. Wat is de impact hiervan op de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg, voor nu en de komende jaren?*

De uitvoering van de gemaakte afspraken in het Integraal Zorgakkoord (IZA) gaat onverminderd door. De NVZ, V&VN, FMS, NFU en ZKN hebben benadrukt dat zij onverkort deel blijven uitmaken van het IZA. Daarnaast blijft de urgentie groot om de komende periode tot een afronding van de aanvullende afspraken te komen t.b.v. het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord. Juist om de toegankelijk en kwaliteit van zorg voor de toekomst te kunnen borgen.

*22. Wat gaan patiënten en cliënten merken als er geen nieuw IZA-akkoord komt?*

De uitvoering van de gemaakte afspraken in het Integraal Zorgakkoord (IZA) gaat onverminderd door. De NVZ, V&VN, FMS, NFU en ZKN hebben benadrukt dat zij onverkort deel blijven uitmaken van het IZA. Daarnaast blijft de urgentie groot om de komende periode tot een afronding van de aanvullende afspraken te komen t.b.v. het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord. Hierin wil het



kabinet het verschil maken voor mensen die zorg nodig hebben en leveren. Gelijkaardigere toegang tot zorg en welzijn en het afwenden van het arbeidsmarkttekort staan hierbij centraal.

*Er leek het beeld te zijn ontstaan dat de indieners van het amendement<sup>35</sup> van mening waren dat de dekking van het amendement op punt 13 gezocht zou worden in opleidingen voor artsen die medisch specialist zijn. Veel opleidingen van de medisch specialisten worden gesubsidieerd via de beschikbaarheidsbijdrage.*

*23. Kan de regering aangeven welke opleidingen worden gefinancierd via de beschikbaarheidsbijdrage medisch specialistische zorg?*

De onderstaande opleidingen komen in aanmerking voor bekostiging via de beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoopleidingen. Deze opleidingen staan opgenomen in de bijlage van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg:

- A. Vervolgopleidingen tot (medisch) specialist
- De 28 erkende medisch specialismen: anesthesiologie, cardiologie, cardio-thoracale chirurgie, dermatologie en venerologie, heilkunde, interne geneeskunde, keel-neus-oorheelkunde, kindergeneeskunde, klinische genetica, klinische geriatrie, longziekten en tuberculose, maag-darm-leverziekten, medische microbiologie, neurochirurgie, neurologie, obstetrie en gynaecologie, oogheelkunde, orthopedie, pathologie, plastische chirurgie, psychiatrie, radiologie, radiotherapie, reumatologie, revalidatiegeneeskunde, SEH-arts, sportgeneeskunde en urologie;
  - De technische zorg specialismen: klinische chemie, klinische fysica en ziekenhuisfarmacie;
  - De tandheelkundige specialismen: orthodontie en kaakchirurgie;
  - De overige specialismen: arts voor verstandelijk gehandicapten, huisarts, specialist ouderengeneeskunde en verslavingsarts;
  - Gezondheidszorgpsycholoog en psychotherapeut;
  - Klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog;
  - Verpleegkundig specialist in de ggz;
- B. Vervolgopleidingen tot gespecialiseerd verpleegkundige en medisch ondersteunend personeel:
- Deskundige infectiepreventie, gipsverbandmeester en gespecialiseerd verpleegkundigen, te weten: IC-verpleegkundige, IC-neonatologieverpleegkundige, IC-kinderverpleegkundige, kinderverpleegkundige, dialyseverpleegkundige, oncologieverpleegkundige<sup>1</sup>, SEH-verpleegkundige en obstetrie-verpleegkundige;
  - Operatieassistent, anesthesiemedewerker, radiodiagnostisch laborant, radiotherapeutisch laborant en klinisch perfusionist;
  - Cardiaccareverpleegkundige, mediumcareverpleegkundige, recoveryverpleegkundige, highcare-neonatologieverpleegkundige, highcare-kinderverpleegkundige, dialyse assistent, geriatrieverpleegkundige, neuroverpleegkundige, endoscopieverpleegkundige, medewerker operatieve zorg, sedatiepraktijkspecialist, medewerker interventiecardiologie;
  - Entrustable Professional Activities (EPA's) en/of EPA-overstijgende leeractiviteiten van flexibele ziekenhuisopleidingen.<sup>36</sup>

*24. Kan de regering per opleiding die gefinancierd wordt via de beschikbaarheidsbijdrage aangeven wat het salaris is van de professional bij aanvang van de opleiding, bij afronding van de opleiding en tien jaar na afronding van de opleiding?*

Het salaris van iemand in opleiding valt onder de desbetreffende CAO. Afhankelijk van de opleiding en de zorginstelling waar de opleiding wordt genoten, is dat de CAO Ziekenhuizen, de CAO Universitair medische centra, de CAO SBOH (voor de opleiding tot arts voor verstandelijk gehandicapten, huisarts, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts) en de CAO GGZ. Ook na afronding van de opleiding zal een groot deel van de werkzame professionals volgens een van de zorg-CAO's worden gesalarieerd. Dit geldt niet voor vrijgevestigde zorgprofessionals. Het

<sup>35</sup> Kamerstukken II 2024-25, 36 600 VIII, nr. 141.

<sup>36</sup> Een compleet overzicht is opgenomen in art. 1.4 van de Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoopleidingen 2025: [Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage \(medische\) vervolgoopleidingen 2025 - BR/REG-25139 - Nederlandse Zorgautoriteit](#)

CBS houdt wel gegevens bij over de beloning van verschillende zorgprofessionals, zowel in loondienst als vrijevestigd. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt naar aantal werkzame jaren.<sup>37</sup>

25. *Kan de regering aangeven waar de middelen vandaan komen die gebruikt worden voor de beschikbaarheidsbijdrage?*

Beschikbaarheidsbijdragen worden betaald uit het Zorgverzekeringsfonds en het Fonds langdurige zorg. De fondsen worden gefinancierd door middel van inkomensafhankelijke zorgpremies en rijksbijdragen.

26. *Kan de regering bevestigen dat de beschikbaarheidsbijdrage bestaat uit zorgpremiemiddelen en dat daarmee deze 'subsidie' een andere positie heeft op de begroting? En kan de regering aangeven waarom dat zo is?*

Beschikbaarheidsbijdragen worden betaald uit het Zorgverzekeringsfonds en het Fonds langdurige zorg. De fondsen worden rechtstreeks gefinancierd door middel van inkomensafhankelijke zorgpremies en deels via rijksbijdragen. De fondsbeheerder, het Zorginstituut Nederland, is verantwoordelijk voor de uitgaven van de fondsen op basis van de verschillende zorgwetten. De fondsuitgaven zijn onderdeel van de premiegefinancierde zorguitgaven. Zij maken geen onderdeel uit van de begrotingswet omdat VWS deze uitgaven niet zelf doet en hier ook geen directe invloed op heeft. VWS is wel verantwoordelijk voor de randvoorwaarden, de regelgeving en het toezicht op de premiegefinancierde zorguitgaven. De beschikbaarheidsbijdrage heeft hierdoor inderdaad een andere positie binnen de rijksbegroting dan subsidies die door VWS zelf worden verstrekt.

27. *Kan de regering de procedure schetsen die doorlopen moet worden om een opleiding in of uit de beschikbaarheidsbijdrage te halen?*

De beschikbaarheidsbijdrage is een ultimatum remedium. Op grond van artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kan een beschikbaarheidsbijdrage alleen worden toegekend voor vormen van zorg:

- waarvan de kosten niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar, of door middel van tarieven in de zin van deze wet in rekening te brengen zijn aan individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden, of;
- waarvan de bekostiging bij een zodanige toerekening dan wel een zodanige tarifiering marktversturend zou werken, en;
- die niet op andere wijze worden bekostigd.

Het kader uit de nota van toelichting bij het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG wordt aangehouden bij de beoordeling of een vervolgopleiding wel of niet in aanmerking komt voor bekostiging via het instrument beschikbaarheidsbijdrage. Daarnaast wordt van tijd tot tijd de noodzaak van het instrument bezien. Het instrument beschikbaarheidsbijdrage wordt op dit moment geëvalueerd. De uitkomsten van deze evaluatie worden in het tweede kwartaal van 2025 verwacht.

28. *Kan de regering aangeven welk subsidiebedrag er per opleiding naar de zorginstelling gaat die iemand opleidt via de beschikbaarheidsbijdrage?*

---

<sup>37</sup> Zie bijvoorbeeld [Beloning van in zorg werkzame artsen; leeftijd en geslacht | CBS](#).

De beschikbaarheidsbijdrage die een opleidende zorgaanbieder ontvangt is afhankelijk van het soort opleiding en het aantal opleidingsplaatsen dat de zorgaanbieder verzorgt. De berekeningswijze is opgenomen in de Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoopleidingen 2025 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De actuele vergoedingsbedragen per vervolgoopleiding zijn te vinden in de bijlage Vergoedingsbedragen Verlening Beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoopleidingen 2025, bij deze beleidsregel.<sup>38</sup>

29. *Kan de regering aangeven op basis waarvan de hoogte van de opleidingskosten per opleiding wordt bepaald?*

De opleidingskosten per opleiding worden periodiek onderzocht door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Daarbij houdt de NZa rekening met alle kostencomponenten die bij de desbetreffende opleiding een rol spelen. Gedacht kan worden aan patiëntgebonden opleidingskosten zoals extra OK-tijd en extra diagnostiek, niet-patiëntgebonden opleidingskosten zoals salaris en andere personele lasten, kosten van supervisie en productieverlies voor de opleiders. Ook vindt verrekening plaats met de opbrengsten van de zorgverlening door degenen die in opleiding zijn.

30. *Kan de regering aangeven welke juridische grondslag er aangepast zou moeten worden om de subsidie voor de opleidingskosten voor opleidingen uit de beschikbaarheidsbijdrage aan te passen?*

Het is niet de bedoeling om de beschikbaarheidsbijdrage voor (medische) vervolgoopleidingen aan te passen. Na de uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven van 30 januari 2024 (ECLI:NL:CBB:2024:41) is het echter noodzakelijk om de grondslag te wijzigen, zodat de effectieve werkwijze van voor 2024 weer kan worden gebruikt bij de verdeling van de opleidingsplekken.

De beschikbaarheidsbijdrage vindt zijn grondslag in artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De NZa voert de beschikbaarheidsbijdrage uit. Dat doet zij op aanwijzing van de minister op grond van artikel 59 en artikel 7 van de Wmg. In artikel 7, vierde lid, Wmg is bepaald dat een aanwijzing niet ziet op individuele zorgaanbieders. Het is in dit samenstel van regels dat een wijziging moet worden aangebracht.

*Over punt 13.b van de dekking van het amendement luidt "Er worden bestuurlijke afspraken gemaakt om uitwassen in beloningen voor medisch specialisten in maatschappen aan te pakken".<sup>39</sup> De regering werkt deze afspraak nader uit. Er is sprake van een taakstellende opbrengst van 150 miljoen euro structureel binnen het zorgdomein. De leden van de Volt-fractie hebben daar de volgende vragen over:*

31. *Kan de regering aangeven hoe groot het probleem is van uitwassen in beloningen voor medisch specialisten in maatschappen? Valt daar 150 miljoen euro mee te besparen?*

De minister van VWS heeft de Tweede Kamer in de brief van 17 december jl. geïnformeerd<sup>40</sup> zich in te zullen zetten voor deze bezuiniging en dat zij gaat kijken wat er binnen de lopende overleggen over een aanvullend zorg- en welzijnsakkoord te realiseren is. Momenteel worden verschillende mogelijkheden onderzocht. Op dit moment zijn daarom nog geen uitspraken te doen over de toe te passen maatregelen om de bezuiniging te realiseren. De minister van VWS informeert u zodra zij een goed beeld heeft over de wijze waarop de gevraagde maatregel uitgevoerd kan worden.

32. *Kan de regering aangeven welk aandeel van de medisch specialisten wel en niet in loondienst is? Kan daarbij onderscheid worden gemaakt tussen medisch specialisten die zorg leveren in het algemeen belang en medisch specialisten die niet in loondienst zijn en particuliere zorg bieden*

<sup>38</sup> [Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage \(medische\) vervolgoopleidingen 2025 - BR/REG-25139 - Nederlandse Zorgautoriteit.](#)

<sup>39</sup> Ibid.

<sup>40</sup> Kamerstukken II 2024/25, 36 600 XVI, nr. 155

*die niet ten laste komt van de samenleving?*

Volgens de meest recente beschikbare gegevens werken er van de 19.440 werkzame medisch specialisten (exclusief psychiaters) 10.355 (ca. 53%) in loondienst en 8.400 (ca. 43%) in vrij beroep.<sup>41</sup>

Over het algemeen zetten alle medisch specialisten zich in om zorg te leveren die in het belang van de patiënt is en vergoed wordt vanuit de zorgverzekering. Het is mogelijk dat er ook niet verzekerde zorg geleverd wordt die niet vergoed wordt op grond van de basisverzekering, zoals cosmetische behandelingen zonder een medische noodzaak. Beide groepen medisch specialisten kunnen deze zorg leveren, het is niet mogelijk om daar onderscheid in te maken.

33. *Kan de regering aangeven hoe de bezuinigingen van 150 miljoen euro gerealiseerd kan worden per 2027?*

De minister van VWS heeft in de brief<sup>42</sup> aan de Tweede Kamer van 17 december 2024 aangegeven het van het grootste belang te vinden dat maatregelen ook daadwerkelijk haalbaar en uitvoerbaar zijn. Momenteel worden verschillende mogelijkheden onderzocht. Op dit moment zijn daarom nog geen uitspraken te doen over de toe te passen maatregelen om de bezuiniging te realiseren. De minister van VWS informeert u zodra zij een goed beeld heeft over de wijze waarop de gevraagde maatregel uitgevoerd kan worden.

34. *Wat zijn de gevolgen van deze bezuiniging op de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de zorg?*

De minister van VWS heeft in de Kamerbrief<sup>43</sup> van 17 december 2024 aangegeven zich in te zetten voor deze bezuiniging. De opties worden op dit moment onderzocht waardoor nog geen uitspraken te doen zijn over de gevolgen van de bezuinigingen. De minister van VWS informeert u zodra zij een goed beeld heeft over de wijze waarop de gevraagde maatregel uitgevoerd kan worden.

35. *Het amendement stelt ook dat er bestuurlijke afspraken gemaakt kunnen worden. Met wie wil de regering deze bestuurlijke afspraken maken?*

De minister van VWS heeft de Tweede Kamer in de brief van 17 december jl. geïnformeerd<sup>44</sup> zich in te zullen zetten voor deze bezuiniging en dat zij gaat kijken wat er binnen de lopende overleggen over een aanvullend zorg- en welzijnsakkoord te realiseren is.

36. *Hoe realistisch is het dat er op tijd een bestuurlijk akkoord wordt gesloten om de beloningen van medisch specialisten omlaag te brengen, wetende dat FMS, NVZ en NFU gesprekken over het IZA hebben opgeschort?*

De minister van VWS heeft de Tweede Kamer in de brief van 17 december jl. geïnformeerd<sup>45</sup> zich in te zullen zetten voor deze bezuiniging en gaat kijken wat er binnen de lopende overleggen over een aanvullend zorg- en welzijnsakkoord te realiseren is. Momenteel worden verschillende mogelijkheden onderzocht. Op dit moment zijn daarom nog geen uitspraken te doen over de toe te passen maatregelen om de bezuiniging te realiseren. De minister van VWS informeert u zodra zij een goed beeld heeft over de wijze waarop de gevraagde maatregel uitgevoerd kan worden.

*De regering spreekt van een ambitie om technologie in te zetten als oplossing voor de zorgdruk.*

---

<sup>41</sup> [Medisch geschoolden; arbeidspositie, werkring, specialisme, vanaf 1999 | CBS](#)

<sup>42</sup> Kamerstukken II 2024/25, 36 600 XVI, nr. 155

<sup>43</sup> Kamerstukken II 2024/25, 36 600 XVI, nr. 155

<sup>44</sup> Kamerstukken II 2024/25, 36 600 XVI, nr. 155

<sup>45</sup> Kamerstukken II 2024/25, 36 600 XVI, nr. 155

37. Kan de regering aangeven waarom er niet geïnvesteerd wordt in innovatie en technologische ontwikkeling? en 38. Wie zouden volgens de regering moeten investeren om de zorgtechnologie verder te brengen?

Dit kabinet houdt vast aan de doelstelling dat Nederland 3% van het BBP uitgeeft aan publieke en private investeringen in onderzoek en ontwikkeling (R&D). Samen met bedrijven en kennisinstellingen worden kansen gecreëerd voor nieuwe groeimarkten, met aandacht voor het mkb, de regio en jong ondernemerschap. Hierbij staan tien prioritaire technologieën uit de Nationale Technologiestrategie (NTS) centraal. Deze technologieën zullen een grote impact hebben op de aanpak van maatschappelijke opgaven, zoals in de zorg. Daarbij gaat het o.a. om de sleuteltechnologieën Artificial Intelligence, Imaging technologies en Biomolecular and cell technologies.

Het kabinet zet in op het verbeteren van toegang tot kapitaal in elke fase van start- en scale ups bijvoorbeeld door de extra € 900 miljoen voor Invest-NL. Daarnaast stelt de regering middelen beschikbaar voor innovatie. Zo kan Health~Holland voor de zorg in 2025 totaal circa € 60 miljoen toekennen aan projecten voor technologische innovatie middels publiek-private

samenwerking (PPS-toeslag). In 2024 bedroegen de totale R&D-investeringen van VWS circa € 335,1 miljoen. Dit VWS-budget wordt voor verschillende innovatieprogramma's ingezet, bijvoorbeeld via ZonMw, RVO, NWO.

*De regering bezuinigt flink op preventie en dat vinden de leden van de Volt-fractie zeer onverstandig en onwenselijk. Onduidelijk is hoeveel middelen er beschikbaar zijn voor het voorkomen van een ongewenste zwangerschap.*

39. Kan de regering aangeven hoeveel geld er zal gaan naar het voorkomen van een ongewenste zwangerschap? Kan de regering daarbij aangeven hoe dat zich verhoudt tot wat de vorige regering daaraan besteedde?

De huidige Aanpak Onbedoelde en Ongewenste zwangerschap heeft een looptijd van 2023 t/m 2025. Jaarlijks is hiervoor structureel € 6 miljoen beschikbaar. Ongeveer de helft van dat budget (€ 3 miljoen) wordt besteed aan preventieve activiteiten zoals publieksvoorlichting en het stimuleren van de relationele en seksuele vorming binnen het onderwijs. Het resterende budget wordt besteed aan informatie en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschap en aan onderzoek en monitoring.

Er blijft structureel € 6 miljoen per jaar beschikbaar voor het vervolg op de huidige Aanpak Onbedoelde en Ongewenste zwangerschap, die per 2026 in zal gaan.

Organisaties als Fiom en Rutgers leveren vanuit hun instellingssubsidies ook een bijdrage aan het voorkomen van ongewenste zwangerschap. Bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van informatie over anticonceptie. Hun preventieve activiteiten zijn onderdeel van een veel bredere opdracht en financiering.

Het programma Nu Niet Zwanger, onderdeel van Kansrijke Start, ondersteunt mensen bij het nemen en houden van regie op hun kindervens. Het programma wordt landelijk aangestuurd door de GGD-GHOR. Zij ontvangen hiervoor een projectsubsidie van ca. € 2,3 miljoen in 2025. Gemeenten ontvangen in een oplopende reeks middelen via de brede SPUK GALA voor Kansrijke Start. Hiervoor is in 2025 € 16 miljoen beschikbaar. Voor de jaren daarna is circa € 18 miljoen structureel beschikbaar voor Kansrijke Start. Deze middelen kunnen gemeenten inzetten voor het inrichten en door ontwikkelen van lokale coalities en voor het inkopen van interventies zoals NU Niet Zwanger als onderdeel van hun lokale Kansrijke Start aanpak. Er zijn geen landelijke cijfers beschikbaar over hoeveel van deze middelen gemeenten inzetten voor het inkopen van Nu Niet Zwanger.

De staatsecretaris Jeugd, Preventie en Sport bezuinigt in 2025 niet op preventie van onbedoelde zwangerschappen ten opzichte van de inzet van het vorige kabinet. Voor zowel de Aanpak Onbedoelde en Ongewenste zwangerschap als het programma Nu Niet Zwanger (als onderdeel van Kansrijke Start) blijven de budgetten gehandhaafd.

40. *Kan de regering ook aangeven wat zij gaat doen om te voorkomen dat mannen vrouwen ongewenst zwanger maken, en hoeveel budget hiervoor beschikbaar is?*

Momenteel werkt de staatssecretaris JPS aan een vervolg op de huidige Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap. Binnen de huidige aanpak is al veel aandacht voor preventie. Bijvoorbeeld met publieksvoorlichting, zoals de huidige online campagne voor jongeren over beschermde seks. Of door relationele en seksuele vorming binnen het onderwijs te stimuleren. Ook is er extra tijd voor abortusklinieken beschikbaar gesteld om op maat counseling ten aanzien van anticonceptie te bieden. Veel van de huidige preventieve activiteiten blijven binnen de nieuwe aanpak bestaan. Daarnaast zal extra aandacht uitgaan naar het tegengaan van de gevolgen van mis- en desinformatie op het gebied van vruchtbaarheid, (hormonale) anticonceptie en onbedoelde zwangerschap. Jaarlijks is hiervoor structureel € 6 miljoen beschikbaar. Ongeveer de helft van dat budget (€ 3 miljoen) wordt momenteel en in de toekomst besteed aan preventieve activiteiten.

41. *Kan de regering aangeven wat de gevolgen zijn als de Eerste Kamer niet instemt met een of meerdere begrotingsstaten?*

Een ontwerpbegroting wordt op Prinsjesdag ingediend. Er is geen begroting als de ontwerpbegroting 2025 wordt verworpen en er kunnen dan ook geen suppletore begrotingen worden gemaakt. Gedurende het jaar kunnen de regering en het parlement geen wijzigingen in de begroting aanbrenge. Het kabinet blijft gehouden om wet- en regelgeving uit te voeren en om juridische en bestuurlijke verplichtingen (ook financieel) te voldoen. Doordat de uitgaven en verplichtingen niet met een begrotingswet geautoriseerd zijn door het parlement, leidt dit tot forse begrotingsonrechtmatigheden, gelet op de eisen die de comptabiliteitswet stelt.

De minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

De staatssecretaris Langdurige  
en Maatschappelijke Zorg,

Fleur Agema

Vicky Maeijer

De staatssecretaris Jeugd,  
Preventie en Sport,

Vincent Karremans



