

Vergaderjaar 2025–2026

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1330

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 juni 2026

Om de beweging naar passende zorg te laten slagen is het van groot belang dat alle zorgaanbieders een eerlijke bijdrage leveren. Het mag bijvoorbeeld niet zo zijn dat zorgaanbieders zich enkel richten op patiënten/cliënten met een lichte zorgvraag, niet regionaal samenwerken waar nodig en zich op grote schaal onttrekken aan avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten). De patiënt/cliënt ondervindt daar de negatieve gevolgen van vanwege het effect op de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg.

Het kabinet werkt daarom met de partijen van het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord (AZWA)) aan de uitwerking van afspraak E4 *We zorgen dat iedereen een eerlijke bijdrage levert*. Onderdeel 1 van deze afspraak gaat over een eerlijk speelveld voor gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg, met bijzondere aandacht voor de wijkverpleging en de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Onderdeel 2 gaat over een eerlijk speelveld in de medisch-specialistische zorg (msz).

Met deze brief informeert het kabinet de Kamer over:

- De rapporten die recentelijk in het kader van dit traject zijn opgeleverd. Op 3 februari jl. heeft de Kamer reeds het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over prestatiedifferentiatie in de bekostiging van de planbare msz ontvangen.¹ Met deze brief biedt het kabinet aanvullend een feitenbasis van Gupta en een advies van de landsadvocaat aan.
- Het voorgenomen beleid. Daarbij wordt AZWA-afspraken E4 in samenhang gezien met de beleidsinzet van het kabinet zoals beschreven in de beleidsbrief VWS van 24 april jl.² De maatregelen in het kader van een eerlijk speelveld zullen onderdeel zijn van de bredere beweging naar passende zorg. In deze brief zijn de hoofdlijnen van het

¹ Kamerstukken II 2025/2026, 29 689, nr. 1326

² Kamerstukken II 2025/2026, 36 800 XVI, nr. 191

voorgenomen beleid beschreven. Op enkele maatregelen van AZWA-afspraken E4 wordt ingegaan, aan de hand van de opgeleverde rapporten. Wanneer met de AZWA-partijen over het voorgenomen beleid is gesproken, zal het kabinet de Kamer nader informeren over de uitwerking.

- De reactie van het kabinet op de brandbrief van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ): «Noodplan nodig tegen uitholling ziekenhuizen».

Rapporten Gupta, landsadvocaat en NZa

Hieronder wordt per rapport aangegeven wat er is gedaan, wat de belangrijkste bevindingen zijn en welke inzichten het kabinet hieruit haalt. Daarbij baseert het kabinet zich ook op de gesprekken die reeds met de AZWA-partijen zijn gevoerd.

Feitenbasis Gupta

Gupta heeft in opdracht van de NZa onderzoek gedaan naar de feiten over het speelveld in de sectoren wijkverpleging, ggz en msz. Daarbij is gekeken naar de ontwikkeling van het aandeel niet-gecontracteerde zorg (op basis van het aantal zorgaanbieders, patiënten/cliënten en de omzet), en de verschillen in patiënten-/cliëntenpopulaties, geleverde zorg en tarieven. Per sector is naar verschillende typen zorgaanbieders gekeken. Deze zijn onderling vergeleken. Aanvullend zijn vragenlijsten uitgezet bij en verdiepende interviews gehouden met zorgverleners werkzaam in deze sectoren. Het kabinet is Gupta en de NZa erkentelijk voor de opgeleverde feitenbasis. In deze brief gaat het kabinet in op de hoofdlijnen van de feitenbasis. De volledige feitenbasis zal gebruikt worden bij de uitwerking van het voorgenomen beleid.

Op hoofdlijnen blijkt uit het onderzoek:

- Dat er duidelijke verschillen bestaan tussen de verschillende typen zorgaanbieders binnen de sectoren. Zowel op het gebied van dure infrastructuur (bijvoorbeeld voor acute en intensieve zorg), het opleiden van personeel en de invulling van ANW-diensten als de zorgzwaarte en behandelintensiteit per patiënt/cliënt.
- Dat er in deze sectoren een minderheid van grote zorgaanbieders is met een relatief hoge omzet, die vrijwel allemaal gecontracteerd zijn door een of meerdere zorgverzekeraars en over het algemeen de grootste bijdrage leveren op het gebied van bovenstaande punten. Daarnaast is er een grote groep van kleinere zorgaanbieders, met een relatief lage omzet, die in minder mate een contract heeft met een of meerdere zorgverzekeraars en zich op een specifiekere zorgaanbod en/of patiënten-/cliëntenpopulatie richt.
- Dat bovenstaande verschillen tussen de verschillende typen zorgaanbieders in bepaalde mate terugkomen in verschillen in tarieven. Het algemene beeld is dat de kleinere zorgaanbieders lagere tarieven ontvangen dan grote zorgaanbieders, en dat de zorgaanbieders zonder contract lagere tarieven ontvangen dan zorgaanbieders met contract.

Welke inzichten haalt het kabinet hieruit?

De feitenbasis onderschrijft volgens het kabinet dat er meer sturing nodig is op de organisatie van zorg in de regio, om passende zorg te waarborgen en te stimuleren dat iedereen een eerlijke bijdrage levert. Niet omdat uit de feiten evident blijkt of de verschillende typen zorgaanbieders een eerlijke bijdrage leveren, en of de verschillen in tarieven aansluiten bij de verschillen in geleverde zorg en organisatie. Wel is meer sturing nodig omdat er duidelijk sprake is van een grote mate van versnippering van het

zorgaanbod. Versnippering van het zorgaanbod is een probleem omdat het regionale samenwerking tussen zorgaanbieders bemoeilijkt die van essentieel belang is voor het leveren van passende zorg. Het is daarnaast voor zorgverzekeraars lastig om afspraken te maken met een groot aantal zorgaanbieders, waarvan een relatief groot deel slechts met een deel van de zorgverzekeraars of met geen enkele zorgverzekeraar een contract heeft. Wanneer zorgaanbieders en zorgverleners zich kunnen onttrekken aan regionale samenwerking kan dit de onderlinge solidariteit ondermijnen. Belangrijker is dat de patiënt/cliënt de negatieve gevolgen ervan ondervindt. Bijvoorbeeld wanneer bij verwijzing onderzoek onnodig opnieuw uitgevoerd wordt of gegevens niet zijn uitgewisseld. Dat heeft gevolgen voor de kwaliteit van zorg, en brengt ongelijkheid met zich mee voor de zorg aan patiënten/cliënten.

Voorbeeld versnippering zorgaanbod

Uit de feitenbasis blijkt dat in veel regio's honderden verschillende aanbieders van wijkverpleging actief zijn binnen een straal van 20 kilometer. Een relatief groot deel van die zorgaanbieders heeft geen contract met zorgverzekeraars, of met de ene zorgverzekeraar wel en met de andere niet. Van de zorgaanbieders die wel een contract hebben, is dit grotendeels het resultaat van digitale contractering. Dit maakt het uitdagend om met al deze zorgaanbieders (en verschillende zorgverzekeraars) tot een samenhangend regioplan te komen over hoe de onplanbare nachtzorg en andere functies ingevuld kunnen worden.

Advies landsadvocaat

In de AZWA-afspraken zijn per onderdeel verschillende mogelijke maatregelen en toetsingscriteria opgenomen. De juridische haalbaarheid is een van deze criteria. De landsadvocaat is om advies gevraagd over de juridische haalbaarheid van enkele van deze maatregelen. De adviesvraag is beperkt tot die maatregelen waarvoor een concrete vraag te formuleren is. Het gaat om een overeenkomstplicht op basis van artikel 12 van de Zorgverzekeringswet (Zvw), een coulanceverbod en een verbod op reclame-uitingen over coulanceverlening. Het kabinet is de landsadvocaat erkentelijk voor het opgeleverde advies.

Artikel 12 Zvw bevat de mogelijkheid om vormen van zorg aan te wijzen die alleen worden vergoed indien gebruik wordt gemaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder. De landsadvocaat concludeert dat het louter voor bepaalde vormen van zorg (bijvoorbeeld de wijkverpleging en de ggz) opleggen van zo'n overeenkomstenplicht niet zal bijdragen aan de beoogde doelen zolang artikel 13 in zijn huidige vorm ook bestaat. Uit artikel 13 volgt immers dat de verzekerde de mogelijkheid heeft om tegen een gedeeltelijke vergoeding van de rekening toch naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Voor zover de maatregel voor de wijkverpleging en geestelijke gezondheidszorg zou gaan gelden, is ook nog relevant dat sinds 2025 alle zorgverzekeraars deze zorg uitsluitend nog in natura verzekeren, en niet (langer) op restitutiebasis. Daarmee hebben de verzekeraars dus zelf al geregeld dat deze vormen van zorg in principe alleen worden vergoed als gebruik wordt gemaakt van gecontracteerde zorg. Dit maakt het opleggen van een overeenkomstenplicht in deze sectoren op dit moment niet zinvol. In het coalitieakkoord (bijlage bij Kamerstuk 36 848, nr. 31) is opgenomen dat de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg wordt afgeschaft. Dat is waar het kabinet aan werkt. De maatregel van een overeenkomstenplicht op basis van artikel 12 Zvw is daarmee niet meer relevant.

Een coulanceverbod houdt in dat het een niet-gecontracteerde zorgaanbieder niet meer is toegestaan om het deel van de kosten dat voor rekening van de patiënt/cliënt zou komen, kwijt te schelden. Met een dergelijk verbod wordt beoogd verzekeren te stimuleren om naar een gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Omdat een coulanceverbod lastig vorm te geven is en het onduidelijk is hoe een verbod in de praktijk zou moeten worden gehandhaafd, acht de landsadvocaat de juridische haalbaarheid van deze maatregel gering. Ook is de vraag gesteld of een verbod op reclame-uitingen over coulanceverlening mogelijk is. De landsadvocaat acht de invoering van een dergelijk verbod juridisch kwetsbaar. De proportionaliteit van een reclameverbod is lastig te motiveren wanneer het bieden van coulance op zichzelf is toegestaan. Ook voor deze maatregelen geldt dat ze niet meer relevant zijn aangezien het kabinet werkt aan het afschaffen van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg.

Advies NZa

In de AZWA-afspraken is de maatregel opgenomen van het differentiëren van de prestaties (betaaltitels) in de bekostiging van de msz. Dat zou ertoe moeten leiden dat in de contractering tarieven overeengekomen kunnen worden die beter aansluiten bij de verschillen in geleverde zorg en organisatie tussen de verschillende typen zorgaanbieders. Het gaat hierbij enkel om de planbare zorg.

De NZa is om advies gevraagd over de mate waarin prestatiedifferentiatie zou kunnen bijdragen aan een eerlijker speelveld.

In de msz wordt de zorg in rekening gebracht via diagnose behandelcombinaties (dbc's). De huidige bekostiging kent al een vorm van prestatiedifferentiatie, namelijk op basis van de diagnose en zorgactiviteiten (behandeling). Ook zijn er alternatieve financieringsstromen voor het beschikbaar houden van bepaalde vormen van zorg, zoals de beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgopleidingen en acute verloskunde. Algemene en academische ziekenhuizen kunnen hier, onder bepaalde voorwaarden, aanspraak op maken.

De conclusie van de NZa is dat nadere prestatiedifferentiatie voor alleen de planbare zorg geen of een zeer marginaal effect heeft, omdat de verschillen in zorgactiviteiten bij planbare zorg vaak klein zijn en al worden meegenomen in de contractering. De tarieven die zorgaanbieders en zorgverzekeraars overeenkomen zijn verschillend voor de verschillende typen zorgaanbieders. Daarnaast verhoogt nadere prestatiedifferentiatie de complexiteit van de bekostiging en stijgen de administratieve lasten. Bovendien is het onwenselijk om aanpassingen in de bekostiging door te voeren voor alleen de planbare zorg, vanwege de wisselwerking met de bekostiging en financiering van de acute en chronische zorg. Gezamenlijk met de veldpartijen onderzoekt de NZa via het programma Passende bekostiging msz de bekostiging van de msz in zijn geheel, om de systematiek toekomstbestendig te maken.

Welke inzichten haalt het kabinet hieruit?

Het kabinet ontvangt signalen van veldpartijen dat de huidige contractering in de msz onvoldoende recht doet aan de verschillen in geleverde zorg en organisatie van tussen de verschillende typen zorgaanbieders. Hoewel de tarieven verschillen – zo blijkt ook uit de feitenbasis – zijn de signalen dat deze niet goed aansluiten bij de daadwerkelijke kosten van de door deze zorgaanbieders geleverde zorg. Daarbij wordt onder meer gewezen op het feit dat de kosten van dure infrastructuur, zoals spoedeisende hulp en intensive care, deels worden gedekt met inkomsten uit

dbc's voor planbare en chronische zorg. Dit wordt kruissubsidiëring genoemd. Hierdoor is onvoldoende transparant welke kosten precies onder de tarieven vallen. Het kabinet erkent de signalen dat onduidelijkheid over wat wel en niet onder de tarieven valt, en ook dat scheve machtsverhoudingen tussen sommige zorgaanbieders en zorgverzekeraars een evenwichtige contractering kunnen bemoeilijken. Uit de feitenbasis van Gupta volgt weliswaar geen eenduidig beeld over die machtsverhoudingen, maar wel dat de betrokken partijen deze verschillend ervaren. Het kabinet neemt deze signalen serieus en ziet dat er iets moet gebeuren omdat deze situatie niet vanzelf gaat verbeteren. Tegelijkertijd onderschrijft het kabinet de conclusie van de NZa dat nadere prestatiedifferentiatie voor alleen de planbare zorg, daarvoor niet de juiste route is. Het kabinet kiest er daarom niet voor om aparte prestaties voor planbare zorg in te voeren, maar richt zich op verbetering van de transparantie van wat onder welke tarieven valt en op een meer evenwichtige contractering.

Voorbeeld onduidelijkheid over eerlijke tarieven

Een ziekenhuis komt met de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel een meerjarige aanneemsom overeen met bijbehorende inhoudelijke afspraken over acute, planbare en chronische zorg. Deze aanneemsom wordt administratief (pragmatisch) verdeeld over de tarieven en volumes van alle (> 3.000) dbc's. Met de andere zorgverzekeraars zijn de afspraken anders, en pakt de verdeling over tarieven en volumes anders uit. Vervolgens treedt een zelfstandig behandelcentrum (zbc) toe in de regio met een specifiek zorgaanbod, van slechts tientallen dbc's. Tot dan toe werd in de contractering door het ziekenhuis en de zorgverzekeraars niet nadrukkelijk stilgestaan bij de tarieven van de dbc's voor dit specifieke zorgaanbod. Het is op dat moment niet inzichtelijk of de tarieven eerlijk zijn. Als een van de betrokken partijen een sterke machtspositie heeft, dan kan dit de totstandkoming van eerlijke tarieven verder bemoeilijken.

Voorgenomen beleid

Het kabinet betreft de opgedane inzichten bij de uitwerking van het voorgenomen beleid zoals beschreven in de beleidsbrief van VWS, en ziet daarbinnen de trajecten «een zorglandschap dat past» en «zekerheid dat passende zorg er is» als belangrijke basis van het realiseren van een eerlijk speelveld.

Ten eerste gaat het kabinet via wet- en regelgeving actiever sturen op de organisatie van zorg in de regio. Het is nodig dat zorgaanbieders constructief en gedegen deelnemen aan het opstellen en uitvoeren van regionale plannen voor een passend zorglandschap. En dat zorgaanbieders afspraken maken over het gezamenlijk organiseren van zorg waaraan een bepaalde zorgaanbieder zich niet zomaar kan onttrekken, bijvoorbeeld op onderwerpen als ANW-zorg, acute zorg en concentratie van complexe zorg. Dit sluit aan op vergelijkbare doelstellingen en voorgestelde maatregelen van AZWA-afspraken E4.

Het kabinet zet in op het volgende:

- We verscherpen en verduidelijken de landelijke kaders en minimale eisen voor zorgaanbieders. Deze eisen zijn helder, toetsbaar en gelden voor alle zorgaanbieders, ongeacht de regionale context. Denk hierbij aan deelname aan samenwerkingsverbanden en aan cruciale functies zoals de ANW-zorg.
- We leggen wettelijk vast dat zorgaanbieders in samenspraak met zorginkopers verplicht zijn om constructief en gedegen deel te nemen

aan het opstellen en uitvoeren van regionale plannen voor een passend zorglandschap. Wat onder constructieve en gedegen deelname wordt verstaan, werken we uit in procesvoorwaarden.

- We zorgen ervoor dat regionale plannen over het zorglandschap daadwerkelijk richting geven aan alle zorgaanbieders in de regio. En we borgen dat die richting niet vrijblijvend is.

Het streven van het kabinet is om dit wetspakket «een zorglandschap dat past» in het vierde kwartaal van 2027 aan de Kamer aan te bieden.

Ten tweede zet het kabinet erop in zorgverzekeraars meer instrumenten te geven om te waarborgen dat zorg passend is. Het kabinet gaat daartoe onder andere regelen dat zorgverzekeraars de juiste instrumenten hebben om niet-passende zorg niet meer te vergoeden door te stoppen met de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg en de informatiepositie van zorgverzekeraars te verbeteren.

Dit sluit aan op enkele voorgestelde maatregelen van AZWA-afspraken E4.

De huidige verplichting tot de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg slaat zorgverzekeraars hun belangrijkste instrument uit handen om erop te sturen dat de zorg voor hun verzekerden passend is: de contractering. Het mag niet meer zo zijn dat zorgaanbieders die passende zorg aanbieden, andere zorgaanbieders geld zien verdienen aan niet-passende zorg. Zorgverzekeraars moeten daarop kunnen sturen via de contractering, om te kunnen waarborgen dat passende zorg nu en in de toekomst toegankelijk is. Het kabinet doet dit door te stoppen met de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg, waarbij het oog heeft voor de Europese patiëntenrichtlijn. Daarnaast regelt het kabinet dat zorgverzekeraars een betere informatiepositie krijgen, om scherper onderscheid te kunnen maken tussen aanbieders van passende zorg en zorgaanbieders die dat niet of minder leveren. Bijvoorbeeld door zorgverzekeraars de mogelijkheid te geven om bestaande informatie uit declaraties van de verzekerden van alle zorgverzekeraars te benutten, om zorgaanbieders te identificeren die geen of onvoldoende passende zorg bieden en hierover met hen in gesprek te gaan. Hierbij heeft het kabinet oog voor privacy. En bijvoorbeeld door zorgverzekeraars geautomatiseerd inzicht te geven in wachtlijsten, zodat zij beter kunnen contracteren en hun verzekerden desgewenst beter kunnen bemiddelen naar zorgaanbieders met een kortere wachtlijst.

Het streven van het kabinet is om dit wetspakket «zekerheid dat passende zorg er is» ook in het vierde kwartaal van 2027 aan de Kamer aan te bieden.

Ten derde moet de bedrijfsvoering van zorgaanbieders zo zijn ingericht dat deze het leveren van een eerlijke bijdrage door iedereen niet in de weg staat. Dit sluit onder andere aan op de zorgen die de NVZ heeft geuit in haar brandbrief aan de toenmalig Minister van VWS.

Het kabinet werkt aan de invoering van voorwaarden voor verantwoord ondernemerschap. Daaronder valt het tegengaan van de uitwassen van private equity. Deze normen voor verantwoord ondernemerschap zijn opgenomen in het wetsvoorstel Wet integrale bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders (Wibz). Op dit moment bezint het kabinet zich op dit wetsvoorstel, met als doel om het voorstel aan te scherpen. Hierbij wordt ook de uitspraak van de Raad van State omtrent het winstuitkeringsverbod meegenomen.³ Het kabinet stuurt voor de zomer de uitkomsten van deze herbezinning naar de Kamer.

³ ECLI:NL:RVS:2025:5089

Ook de aanpak van zorgfraude is een prioriteit voor het kabinet. Daarbij wordt onder andere ingezet op strengere toetredingsdrempels tot de zorgsector en een betere screening van zorgaanbieders. Het toezicht wordt versterkt, door meer fysieke controles en uitbreiding van de capaciteit bij toezichthouders en opsporingsinstanties. Dit vraagt om een gezamenlijke inzet van alle betrokken partijen: branche- en beroepsverenigingen, zorginkopers, toezichthouders en opsporingsinstanties.⁴

Ten vierde wil het kabinet specifiek voor de sector msz op korte termijn met de NZa en veldpartijen in gesprek over wat er nodig is om tot betere differentiatie van tarieven in de contractering te komen. Hierbij worden de in deze brief beschreven inzichten over onvoldoende transparantie en scheve machtsverhoudingen betrokken. Op basis van dit gesprek wil het kabinet waar nodig afspraken maken om te komen tot duidelijkere kaders voor eerlijke, gedifferentieerde tarieven. Voor zover aanpassing van wet- of regelgeving nodig is, zal het kabinet dit betrekken bij de hierboven beschreven wetstrajecten.

Er worden al belangrijke stappen gezet die bijdragen aan een betere contractering in de msz. De reeds ingezette stapsgewijze invoering van budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp gaat op de eerste plaats zorgen voor een betere borging van de acute zorgfunctie. Daarnaast draagt deze bij aan minder kruissubsidiëring, en eerlijkere tarieven voor de planbare zorg die vervolgens beter te differentiëren zijn tussen de verschillende type zorgaanbieders. Ook het afschaffen van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg en de verbetering van de informatiepositie van zorgverzekeraars gaan bijdragen aan een meer evenwichtige contractering en betere tariefdifferentiatie. Dit alles moet in samenhang worden gezien met de werkagenda van het programma Passende bekostiging msz. Dat heeft tot doel om te werken aan een toekomstbestendige bekostiging van de msz in zijn geheel.

Het kabinet betreft de inzichten voor de lange termijn bij de voorgenomen wetstrajecten uit de beleidsbrief van VWS, met als doel dit zo snel mogelijk wettelijk te regelen. Deze lange termijn maatregelen zijn van toepassing op zowel de wijkverpleging, ggz als msz. Daarnaast wil het kabinet voor de korte termijn met de msz-partijen stappen zetten om tot een betere tariefdifferentiatie in de contractering te komen, waarbij het kabinet kijkt naar wat nu al kan en naar wat betrokken moet worden bij de beschreven wetstrajecten. Voor de wijkverpleging en de ggz wordt in aanvulling hierop reeds ingezet op andere maatregelen die voor de korte en lange termijn ook bijdragen aan een eerlijk speelveld. In de wijkverpleging wordt de bekostiging doorontwikkeld en worden regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden en hechte wijkteams georganiseerd en gefaciliteerd. In de ggz wordt gewerkt aan afspraken over voldoende participatie in ANW- en crisisdiensten, stoppen met het hanteren van exclusiecriteria door zorgaanbieders en een passende bekostiging en contractering van de High & Intensive Care (HIC) en Intensive Home Treatment (IHT).

Reactie op brandbrief NVZ

Op 8 december 2025 heeft de toenmalig Minister van VWS een brief ontvangen van de NVZ waarin zij haar zorgen uit over de ontwikkeling van het msz-zorglandschap. Daarop hebben Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederlands (ZN) en de Stichting handhaving vrije artsenkeuze vervolgens gereageerd. De zorgen van de NVZ hebben betrekking op de omzetgroei van zbc's – in het bijzonder van

⁴ Kamerstukken II 2025/2026, 28 828, nr. 161

niet-gecontracteerde zbc's – waar private equity partijen achter zitten, die gericht zijn op productie en winst. Dit zet volgens de NVZ de reeds kwetsbare financiële positie van ziekenhuizen verder onder druk. Ook zijn ziekenhuizen hierdoor volgens de NVZ niet in staat om vergelijkbare arbeidsvoorwaarden te kunnen aanbieden en hun basisinfrastructuur in stand te houden.

Het kabinet neemt de zorgen van de NVZ serieus. Het msz-landschap is in ontwikkeling. In veel regio's is de ontwikkeling in lijn met de afspraken in het AZWA. Samenwerking in netwerken komt in die regio's in goed overleg tot stand. Op basis van de regioplannen wordt met behulp van de inzet van transformatiemiddelen en duurzame afspraken het zorgaanbod van de toekomst vormgegeven. Zbc's kunnen hieraan een relevante bijdrage leveren. Het kabinet signaleert echter ook bepaalde risico's in de ontwikkeling van het msz-landschap, zoals door de NVZ beschreven. Op basis van de inhoud van deze brief gaat het kabinet op korte termijn met de NZa en veldpartijen in gesprek over de uitwerking van de maatregelen om de zorgen weg te nemen en te werken aan een eerlijk speelveld in de msz.

Tot slot

Het kabinet gaat met de partijen van het AZWA in gesprek over de uitwerking van het voorgenomen beleid, en zal de Kamer vervolgens nader informeren over de maatregelen. Deze maatregelen in het kader van een eerlijk speelveld zullen onderdeel zijn van de bredere beweging naar passende zorg.

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