

Vergaderjaar 2025–2026

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 985

**BRIEF VAN DE MINISTERS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN
EN SPORT EN VAN LANGDURIGE ZORG, JEUGD EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 juni 2026

De beweging van zorg naar gezondheid en naar méér passende zorg staat centraal in de zorg- en welzijnsakkoorden: het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), in deze brief verkort tot «zorgakkoorden». Het kabinet heeft er waardering voor dat alle akkoordpartijen¹ in goede samenwerking met elkaar werken aan het toegankelijk en betaalbaar houden van zorg en ondersteuning, nu en in de toekomst. Dit is van belang om de uitdagingen van de vergrijzing, stijgende zorgkosten en groeiende personeelstekorten het hoofd te bieden. Zonder deze beweging zou de kwaliteit en beschikbaarheid van zorg voor mensen in het gedrang komen. De zorgakkoorden zijn dan ook nadrukkelijk een brede beweging die wordt gedragen door zorg- en welzijnspartijen zelf, iets dat ook internationaal gezien uniek is. Ook in het hoofdlijnenakkoord ouderzorg (HLO) staat deze beweging centraal.

In de praktijk zijn er de afgelopen jaren veel mooie stappen gezet in betere samenwerking tussen verschillende sectoren in welzijn en zorg, zoals bijvoorbeeld tussen het sociaal domein en de eerstelijnszorg. Door het hele land wordt hard gewerkt aan het opschalen van goede voorbeelden, zoals het verkennend gesprek, waarbij mensen met psychische klachten die ook andere problemen hebben als schulden of eenzaamheid, samen met hulpverleners uit het sociaal domein en de geestelijke gezondheidszorg (ggz) bepalen wat hen het beste helpt. Of denk aan een ingreep als de tweezijdige staaroperatie, waardoor patiënten minder vaak naar het ziekenhuis hoeven en sneller herstellen. Een ander voorbeeld is de structurele borging van Thuisarts, het platform waar mensen laagdrems-

¹ ActiZ, De Nederlandse GGZ, Federatie Medisch Specialisten, InEen, Universitair Medische Centra Nederland, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verzorgenden en Verpleegkundigen Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgthuisnl, Zorgverzekeraars Nederland, Landelijke Huisartsenvereniging en het Ministerie van VWS, GGD GHOR Nederland, MIND en Sociaal Werk Nederland.

pelig advies krijgen over hun klachten. Daarnaast is substantieel geïnvesteerd in transformatieplannen rond belangrijke thema's als digitalisering en gegevensuitwisseling, betere regionale samenwerking en de opschaling van mentale gezondheidsnetwerken door het hele land.

Het kabinet ziet ook dat professionals energie krijgen van deze nieuwe manieren van werken. Het recente Congres «Samen voor Gezondheid, Zorg en Welzijn», dat in het teken stond van de zorgakkoorden, is daar een goede illustratie van: ruim 2.300 professionals bezochten het programma, waar talloze mooie praktijkvoorbeelden voor het voetlicht werden gebracht. Ook zijn sinds het afsluiten van het IZA tientallen buurtgesprekken en lokale talkshows georganiseerd, waar zorgverleners en inwoners met elkaar in gesprek gaan over de veranderende zorg.

IZA & AZWA: de beweging



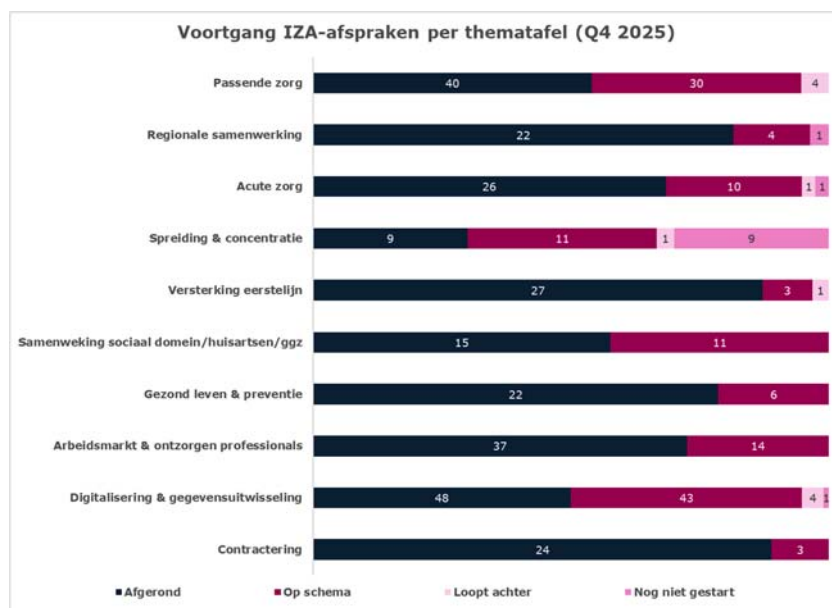
De voorbeelden in de praktijk tonen de waarde van de zorgakkoorden. Tegelijkertijd constateert het kabinet dat meer nodig is, als we willen dat deze voorbeelden overal de standaard worden. In de beleidsbrief VWS² van 24 april jl. kondigt het kabinet aan om in aanvulling op de uitvoering van de zorgakkoorden met overheidspartijen de stap te zetten naar de volgende fase. Het kabinet wil de voorlopers en volgers in de beweging naar passende zorg en ondersteuning bevestigen en steunen in hun handelen en bijsturen waar dat nog niet zover is. Het kabinet gaat daarvoor de ruimte verkleinen die er op dit moment is om niet mee te doen in de beweging; er komt een samenhangend pakket aan wet- en regelgeving dat passende zorg altijd en overal de norm maakt, zodat mensen ook op deze zorg kunnen rekenen en de ongewenste praktijkvariatie vermindert. Ook investeert het kabinet in zorgzame buurten en wijken en gemeenschapsvorming. Niet alle vragen van patiënten zijn immers medisch van aard. Soms biedt maatschappelijke ondersteuning juist een beter antwoord.

Met deze nu voorliggende brief geeft het kabinet een eerlijke reflectie op de gezette stappen bij de zorgakkoorden: waar gaat het goed, en waar gaat het nog niet snel genoeg? Deze brief is daarmee een aanvulling op de op 9 april jl. door de Kamer ontvangen voortgangsbrief IZA/AZWA. Met die brief heeft de Kamer de laatste IZA-voortgangsrapportage over het vierde kwartaal 2025 ontvangen, waarin onder andere de voortgang van de tien «thematafels» van het IZA was opgenomen (zie ook onderstaande figuur).³ Daarbij is aangegeven dat de komende periode wordt benut om tot een geïntegreerde IZA/AZWA-monitor te komen en dat de Kamer in de

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

³ Integraal Zorgakkoord - Voortgangsrapportage | Rijksoverheid.nl

tweede helft van 2026 wordt geïnformeerd over de opzet van de geïntegreerde monitor. Voor de zomer worden ook de monitors van de 2-meting van de «beweging van het IZA» door de kennisinstituten (RIVM, Nivel en het Zorginstituut) online gepubliceerd. Na de zomer ontvangt de Kamer de kabinetsreactie op deze rapportage.



De beweging van het IZA en het AZWA kan grofweg worden geschetst langs vijf lijnen:

1) passende zorg, 2) zorglandschap, 3) toegankelijkheid, 4) beweging naar de voorkant en 5) arbeidsmarkt. In deze brief treft de Kamer de belangrijkste resultaten en ontwikkelingen bij de zorgakkoorden langs deze vijf lijnen, aangevuld met voorbeelden uit de praktijk.

1 Passende zorg



De beweging naar passende zorg staat centraal in de zorgakkoorden. Het principe van passende zorg draait erom dat niet de kwaal maar de mens centraal staat en dat mensen zorg krijgen die daadwerkelijk bijdraagt aan de kwaliteit van hun leven. Niet elk probleem in het leven van mensen kan opgelost worden met zorg of medicalisering. Passende zorg betekent ook dat zorgprofessionals samen met de patiënt kijken wat nodig en wenselijk is in zijn situatie, in het proces van samen beslissen. Zo blijkt uit onderzoek van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)⁴ dat patiënten in de palliatieve fase andere afwegingen maken dan de medisch specialist, en laat onderzoek van de Patiëntenfederatie⁵ zien dat veel patiënten onnodige zorg ervaren.

⁴ Rapport: Patiëntperspectief op passende zorg voor mensen met kanker - NFK

⁵ Patiëntenfederatie Nederland | Onderzoek naar onnodige zorg: 41%...

In de praktijk zijn er talloze mooie voorbeelden van de beweging naar passende zorg en het is nu zaak initiatieven op te schalen, zoals is afgesproken in de zorgakkoorden. Dit heeft bovendien een groot effect op de houdbaarheid van de zorg: als we passende zorg gaan belonen in plaats van de hoeveelheid geleverde zorg, neemt de druk op personeel en middelen vanzelf af. Alle initiatieven van voorlopers in de beweging naar passende zorg laten dit zien. Conform het AZWA moet de opschaling en contractering van impactvolle passende zorg-initiatieven aanzienlijk bijdragen aan het gezamenlijke AZWA- en HLO-transitiedoel om het arbeidsmarkttekort met 100.000 personen lager uit te laten komen in 2028.

Praktijkvoorbeeld: Passend behandelplan is een initiatief van chirurg Barbara van Leeuwen van het Universitair Medisch Centrum Groningen. Samen met verpleegkundige Hanneke van der Wal vroeg zij zich af of opereren bij ouderen met kanker wel altijd de beste keuze is. Zij veranderden de intake in een kennismakingsgesprek over wat gezondheid in deze levensfase betekent voor de betrokkene en wat zorg daar wel of niet aan kan bijdragen. Het resultaat: patiënten voelden zich gehoord, meer werkplezier én minder onnodige operaties. Passend behandelplan is in 2023 door het Zorginstituut betiteld als passende zorgpraktijk.

Praktijkvoorbeeld: Troponinetest op de ambulance, een initiatief van cardioloog Cyril Camara van het Radboud UMC. In plaats van patiënten met pijn op de borst direct met de ambulance naar de Eerste Hart Hulp te verwijzen, worden pre-hospitaal de laag risico-patiënten geïdentificeerd met een triage-algoritme en point of care troponinetest. Als de pijn op de borst niet veroorzaakt wordt door een hartinfarct kan de patiënt direct gerustgesteld worden. Een voor de patiënt vaak ingrijpend ziekenhuisbezoek wordt dan voorkomen. Daarnaast is er minder ziekteverzuim. Dit initiatief is winnaar van de wetenschaps- en innovatieprijs 2025 van de Federatie Medisch Specialisten.

Helaas moet worden geconstateerd dat opschaling en contractering van goede voorbeelden langzamer gaat dan gewenst. Waar we in de praktijk veel goede voorbeelden zien, blijkt het proces van partijen om tot een gedragen werkwijze te komen voor het selecteren van de opschaalbare initiatieven moeizaam te verlopen. In de afgelopen periode zijn partijen tot consensus gekomen en zijn afspraken gemaakt en vastgelegd over hoe zij samen impactvolle initiatieven kunnen identificeren, beoordelen en opschalen. De sectoren zijn gestart met de beoordeling van de eerste initiatieven. In het najaar wordt de lijst met beoordeelde impactvolle passende zorginitiatieven verwacht. Wanneer initiatieven al eerder positief worden beoordeeld, wordt ook eerder gestart met opschaling, om zo geen tijd te verliezen. Het kabinet spreekt waardering uit voor de inzet van alle betrokken partijen. Het kabinet roept partijen op zich onverminderd te blijven inzetten voor het opschalen van passende zorg, zodat patiënten kunnen rekenen op de goede en passende zorg, in alle domeinen en bij alle zorgaanbieders.

Transparantie over kwaliteit en uitkomsten van zorg

De beweging naar meer passende zorg is gebaat bij inzicht in de kwaliteit en de uitkomsten van zorg. Dit helpt zorgprofessionals om van elkaar te kunnen leren en zo verschillen tussen zorgaanbieders te verkleinen en bevordert dat patiënten hun weg kunnen vinden naar de best passende zorg. Helaas is er nog te weinig gedeelde en vergelijkbare informatie over

kwaliteit van zorg beschikbaar. Het kabinet heeft de Kamer onlangs geïnformeerd over de «nulmeting transparantie msz»⁶ van de Patiëntenfederatie en het Zorginstituut, waaruit bleek dat in de msz voor slechts 11,5% van de ziektelast ten minste één uitkomstindicator transparant is voor patiënten.⁷ Ook in de ggz is er op landelijk niveau niet voldoende kwaliteitsinformatie transparant om het gesprek over passende zorg te ondersteunen, zo constateren ggz-partijen zelf in hun rapport over het «Programma versterking kwaliteitstransparantie ggz»⁸.

Alle partijen onderschrijven het belang van transparante kwaliteitsinformatie. Partijen in de msz hebben bijvoorbeeld de bestuurlijke afspraak gemaakt om transparantie verder te brengen door al geregistreerde data bij bestaande kwaliteitsregistraties openbaar te maken via het Openbare Databestand van het Zorginstituut. Daarnaast is per 1 januari 2026 de wet Kwaliteitsregistraties zorg in werking getreden. Deze verplicht zorgaanbieders om informatie aan te leveren voor registraties opgenomen in het register van het Zorginstituut. Ook is de verkenning naar een systeem voor kwaliteitsregistraties in de ggz afgerond (zie bijlage). Deze verkenning is een uitwerking van de IZA-afpraak over het toewerken naar een beheersbaar en efficiënt kwaliteitsregistratielandschap in de ggz. Komende periode wordt toegewerkt naar de vertaling hiervan in wet- en regelgeving. Toch ziet het kabinet dat het realiseren van meer inzicht in kwaliteit en uitkomsten van zorg in de praktijk een taai proces is. Daarom bekijkt het kabinet hoe het Zorginstituut haar kwaliteitstaken nog beter in kan zetten om onder andere het doel van transparantie te bereiken. Dat wordt gedaan binnen het project Herijken kwaliteitsstaken. Mocht uit advies van het Zorginstituut blijken dat het bevoegdheden mist, dan is het kabinet bereid de wet kwaliteit, klachten en geschillen (Wkkgz) te herzien. Het kabinet informeert de Kamer dit najaar over het advies van het Zorginstituut en haar reactie erop.

Passende zorg in richtlijnen

Ten slotte werken partijen aan het beter aansluiten van professionele richtlijnen op het ondersteunen van de beweging naar passende zorg en de bredere transitie in de zorg. De nadruk ligt op preventie, leefstijl en samen beslissen. Daarbij wordt het patiëntperspectief structureel meegenomen en wordt explicieter gemaakt wanneer zorg niet, minder of anders passend is. Er zijn al veel lopende initiatieven met betrekking tot professionele richtlijnen. Deze worden voortgezet en aangevuld met gerichte acties om tot versnelling te komen. Zoals het versterken van gezamenlijke besluitvorming en het beter verankeren van passende zorg in alle fasen van richtlijnontwikkeling. Het definitieve plan om richtlijnen beter op passende zorg te laten aansluiten wordt voor de zomer van 2026 verwacht. Het kabinet roept partijen op om onverminderd aan de slag te gaan met de uitwerking en implementatie van dit plan. Parallel wordt wetgeving ontwikkeld om passende zorg de norm te maken en de ruimte voor niet-passende zorg te verkleinen. Het kabinet wil met wet- en regelgeving strengere eisen stellen aan de voorwaarden, kwaliteit en totstandkoming van beroepsrichtlijnen. Het Zorginstituut krijgt hierbij een stevigere rol. Eind dit jaar zal naar verwachting meer duidelijk worden over de concrete uitwerking, planning en wijze waarop deze wet- en regelgeving richtlijnen passende zorg ondersteunen.

⁶ rapport-inzicht-in-openbare-kwaliteitsinformatie-in-de-medisch-specialistische-zorg-nulmeting-transparantie.pdf

⁷ Kamerstukken II, 2025–2026, 31 765, nr. 980.

⁸ Rapport - Programma Versterken kwaliteitstransparantie ggz | Zorginstituut Nederland

2 Zorglandschap



Om tot passende zorg voor mensen te kunnen komen, is het noodzakelijk dat zorg- en welzijnspartijen over de domeinen heen met elkaar samenwerken. Concreet is met de zorgakkoorden een sterkere regionale samenwerking ontstaan. Er zijn inmiddels landelijk dekkende regionale samenwerkingsverbanden, de zogeheten 38 IZA-regio's, opgezet waarin patiënten, inwoners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, GGD'en en het sociaal domein intensiever samenwerken. Over de voortgang met betrekking tot de regiobeelden en -plannen en de ROAZ-beelden en -plannen heeft het kabinet de Kamer reeds in april geïnformeerd.⁹

Praktijkvoorbeeld: De regionale netwerkzorg voor alvleesklierkanker (pancreaskanker). Hierbij worden complexe operaties geconcentreerd in gespecialiseerde centra om de overlevingskansen te vergroten. Regionale ziekenhuizen werken samen met deze expertisecentra in een zogeheten shared-care model. Alvleesklierkanker is een zeldzame en zeer complexe aandoening. Door de operaties te centraliseren voeren chirurgen en oncologische teams veel meer dezelfde complexe ingrepen uit per jaar. Uit onderzoek blijkt dat dit leidt tot minder complicaties en een hogere overlevingskans. Patiënten hoeven niet voor elke controle of polikliniekbezoek naar het expertisecentrum te reizen. Via regionale oncologienetwerken worden taken slim verdeeld.

Praktijkvoorbeeld: Sinds ruim een jaar komt voor kwetsbare ouderen van ZorgSpectrum, een zorgorganisatie in onder meer Nieuwegein, bij een mogelijke heupbreuk een anesthesioloog vanuit het nabijgelegen St. Antonius Ziekenhuis snel langs. Die kan de diagnose bevestigen en neemt dan de pijn grotendeels weg met een speciale langdurige verdoving die maandenlang effectief is. Daarmee is de pijnlijke rit in de ambulance niet nodig en blijft het overhevelen van brancard naar bed de patiënt bespaard. Vaak leven kwetsbare ouderen na een heupbreuk nog enkele weken tot maanden. Doordat ze nauwelijks pijn hebben en helder zijn, ervaren zij een veel betere kwaliteit van leven.

Versterking eerstelijnszorg

Om in de wijk goede samenhangende zorg te geven aan de patiënt versterken we de eerstelijnszorg. Daarbij werken onder andere huisartsen, wijkverpleegkundigen, apothekers, paramedici en het sociaal domein steeds beter samen, met en voor de patiënt. Om dit te faciliteren komen er regionale eerstelijnszorgsamenwerkingsverbanden (RESV's). Een belangrijke mijlpaal is dat per 1 april jl. alle zorgverzekeraars hun inkoopbeleid RESV's hebben gepubliceerd. De komende tijd worden inkoopgesprekken gevoerd tussen RESV's en de zorgverzekeraars. Vanuit de landelijke tafels proberen we de regio's en wijken met o.a. formats en plannen hierin zo goed mogelijk te ondersteunen.

Praktijkvoorbeeld: Een voorbeeld van een regionaal eerstelijnszorgsamenwerkingsverband (RESV) is het samenwerkingsverband in Noord-Kennemerland. Hierin werken huisartsen (HONK), apothekers

⁹ Kamerstukken II, 2025–2026, 31 765, nr. 976.

(APCON), wijkverpleging (Evean, De Zorgcirkel) en paramedici (BNW) samen om elke inwoner tijdig, laagdrempelig en passend te ondersteunen. Het RESV richt zich daarom op regionale vertegenwoordiging (zodat gemakkelijk multidisciplinaire afspraken gemaakt kunnen worden met zorgverleners, zorgverzekeraars en gemeenten), hechte wijkverbanden (om mensen met meervoudige problemen beter te kunnen helpen) en een gezamenlijke werkagenda (om samen knelpunten in de zorgverlening te signaleren).

Stevige basis voor regionale en landelijke zorgcoördinatie

Met de zorgakkoorden is een stevige basis gelegd voor regionale en landelijke zorgcoördinatie. Het belangrijkste doel is om patiënten met een acute zorgvraag direct op de juiste plek te krijgen, verspilling van schaars personeel tegen te gaan, en de huisartsenposten en spoedeisende hulpen (SEH) te ontlasten. Partijen zijn hard bezig om dit in alle regio's te implementeren.

Praktijkvoorbeeld: Wanneer een oudere patiënt in de avond plotseling door zijn benen zakt en niet meer aanspreekbaar is, belt de mantelzorger de huisartsenpost.

- Zonder zorgcoördinatie: De huisartsenpost moet een ambulance sturen of de patiënt naar de SEH laten gaan. Dit leidt vaak tot lange wachttijden of onnodige spoedritten.*
- Met zorgcoördinatie: Via het regionale Zorgcoördinatiecentrum (ZCC) bundelen huisartsenpost, ambulance, acute GGZ en wijkverpleging hun krachten. Een triagist beoordeelt de situatie en kan direct een wijkverpleegkundige of een eerstelijnsverblijf (ELV) inschakelen om de patiënt tijdelijk op te vangen. Dit ontlast de SEH en garandeert dat de patiënt de juiste zorg krijgt van de juiste zorgverlener.*

Kwaliteitskader Spoedzorgketen 2.0

Voor patiënten is het van belang dat zij bij een acute zorgvraag snel op de juiste plek terechtkomen, met passende, veilige en goed toegeruste zorg. Daarom wordt door de betrokken veldpartijen de laatste hand gelegd aan het Kwaliteitskader Spoedzorgketen 2.0. Hierdoor wordt duidelijker welke patiënten op de SEH behandeld moeten worden en wanneer zorg ook op een poliklinische spoedzorglocatie kan plaatsvinden. Voor laatstgenoemde categorie waren voorheen nog geen expliciete kwaliteitseisen. Het is de bedoeling dat er heldere afspraken komen over tijdige opschaling van een poliklinische spoedzorglocatie naar SEH-niveau wanneer de situatie van een patiënt daarom vraagt. Het nieuwe kwaliteitskader moet patiënten en zorgverleners meer inzicht bieden in wat zij van de kwaliteit van spoedzorg mogen verwachten. Tegelijk bieden de nieuwe afspraken ook meer ruimte om spoedzorg in de regio toekomstbestendiger te organiseren. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen 2.0 zal naar verwachting na de zomer gereed komen en door het Zorginstituut in het register worden opgenomen. Het kabinet vindt de nieuwe normen een goede stap vooruit, maar wil nog wel bezien hoe nog meer richting kan worden gegeven aan de toekomstbestendige inrichting van het regionale aanbod van acute zorg, en welke doorontwikkeling hiervoor nodig is. Het kabinet zal zich inzetten om hierover, indien noodzakelijk, bestuurlijke afspraken te maken met betrokken partijen.

Spreiding en concentratie

In het IZA hebben partijen afgesproken om via regionale samenwerking te komen tot een toekomstbestendig zorglandschap. Met deze afspraken wordt ingezet op een beweging naar meer samenwerking in netwerken via spreiding en concentratie. Uitgangspunt daarbij is dat we de zorg zo dichtbij mogelijk om de patiënt heen organiseren en dat als het moet, we de complexe zorg op bepaalde locaties organiseren. Concentratie van complexe zorg heeft als doel de kwaliteit van de zorg te verhogen en de toegang voor patiënten tot de zorg te garanderen door optimale inzet van schaars personeel en dure infrastructuur. Het Zorginstituut heeft voor de uitwerking van deze beweging Ronde Tafels ingericht. In 2025 is een eerste tranche (volume)normen vastgesteld voor geselecteerde oncologische en vaatchirurgische aandoeningen. Vervolgens zijn in de regio's afspraken gemaakt over de herverdeling van zorg en wordt gewerkt aan afspraken over spreiding van zorg. Deze afspraken zijn opgenomen in de transformatieplannen van de regio's. Vanaf 1 januari 2026 dan wel 1 januari 2027 krijgen de nieuwe normen een plek in de contracten met zorgverzekeraars. Met enige vertraging zijn inmiddels ook de gesprekken gestart over een tweede tranche. Na de zomer volgt besluitvorming over de invulling van de tweede tranche.

Verbetering continuïteit acute ggz

Er wordt hard gewerkt aan het aantrekkelijker maken en beter organiseren van avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW) en crisisdiensten in de ggz, met als doel de continuïteit van acute ggz voor patiënten verbeteren. Om dit te bereiken is een probleemanalyse en vervolgaanpak voor de 24/7-bezetting van ANW- en crisisdiensten ggz opgesteld. Betrokken partijen¹⁰ werken hierin landelijk én regionaal aan oplossingen. Er zijn namelijk regio's waar de bezetting van deze diensten op orde is waarvan geleerd kan worden in de aanpak. Goede voorbeelden uit regio's zijn compensatie van rusturen, herindeling van dienststructuren en betere onboarding van psychiaters. Ook wordt telepsychiatrie verkend om capaciteit slimmer in te zetten.

Inzet kabinet

Om echte doorbraken te realiseren gaat het kabinet actiever sturen op de organisatie van zorg in de regio. Dit gaat bijvoorbeeld om het verscherpen en verduidelijken van de landelijke kaders en minimale eisen voor zorgaanbieders. Ook gaat het om het wettelijk vastleggen 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.

3 Toegankelijkheid



Met de zorgakkoorden willen partijen van wachtlijsten naar een laagdrempelige toegang. Met name mensen met een cruciale of hoog complexe zorgvraag moeten nu vaak nog te lang wachten op een behandeling. Dit speelt vooral in de ggz en de msz en is onwenselijk.

¹⁰ DeNLggz en NVvP, NZa, het Zorginstituut, ZN, MIND, V&VN, NIP.

In het AZWA is afgesproken dat zorgverzekeraars patiënten die lang op een wachtlijst staan, proactief gaan bemiddelen naar zorgaanbieders waar de wachttijd korter is. Tot voor kort konden verzekeraars alleen bemiddelen als een patiënt zelf contact opnam met de verzekeraar. Bij proactieve zorgbemiddeling kunnen verzekeraars zelf patiënten benaderen die langer dan de Treeknorm wachten op passende zorg, indien de patiënt toestemming heeft gegeven voor het delen van gegevens voor deze bemiddeling. Patiënten die een verwijzing krijgen voor een eerste consult of afspraak, ontvangen de vraag of zij toestemming geven voor eventuele bemiddeling door de zorgverzekeraar. Dit wordt sinds 20 april jl. gefaseerd uitgerold. Tussen 20 april en 10 juni hebben al 4817 patiënten toestemming gegeven voor proactieve zorgbemiddeling in de verwijzingsdienst. Dit gaat om patiënten die verwezen zijn voor een poliklinisch consult binnen de ggz of msz. Vanaf de zomer is deze optie voor alle patiënten die verwezen worden voor een poliklinische afspraak beschikbaar.

Praktijkvoorbeeld: Hoe werkt proactieve bemiddeling?

Een patiënt kan toestemming geven voor «proactieve zorgbemiddeling». Dat betekent dat de zorgverzekeraar de patiënt actief helpt om sneller een afspraak te krijgen. Dit werkt in vijf stappen:

- 1. De verwijzing. De huisarts stuurt de patiënt naar het ziekenhuis of een kliniek. De verwijzingsdienst stuurt deze informatie door naar de zorgverlener.*
- 2. Toestemming geven. De patiënt kan op de website van de verwijzingsdienst aangeven dat de verzekeraar mag helpen. De patiënt geeft dan toestemming om gegevens te delen met de zorgverzekeraar.*
- 3. Contact met de verzekeraar. De verzekeraar mag de patiënt alleen bellen als de wachttijd te lang is. Er zijn landelijke afspraken over hoe lang een wachttijd mag duren. Is de wachttijd langer dan deze afspraak? Dan mag de verzekeraar contact opnemen met de patiënt.*
- 4. De hulp van de verzekeraar. De verzekeraar zoekt of de patiënt ergens anders sneller terecht kan. Bijvoorbeeld in een ander ziekenhuis of een andere kliniek. Als de patiënt dit wilt, stuurt de verzekeraar de verwijzing door naar deze zorgverlener.*
- 5. De afspraak. De patiënt kan daarna bij deze nieuw gekozen zorgverlener terecht voor de afspraak.*

Actualisatie aanvaardbare wachttijden

In het AZWA is afgesproken om de Treeknormen voor de msz en de ggz te actualiseren. De Treeknormen geven aan wat een aanvaardbare wachttijd in de zorg is, maar deze set aan normen dateert van begin jaren 2000. Het actualiseren van deze normen is belangrijk, omdat patiënten nog te vaak te lang moeten wachten en de huidige normen niet altijd meer goed aansluiten bij de praktijk van vandaag. Voor verzekerden en patiënten moet dit zorgen voor meer duidelijkheid over wachttijden en betere toegang tot tijdige en passende zorg. Het kabinet vindt het belangrijk dat er breed draagvlak is voor de nieuwe normen en dat er duidelijke afspraken komen over de handhaving ervan. Daarom worden de normen opgesteld in samenwerking met zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiëntvertegenwoordigers, toezichthouders en VWS.

De eerste analyses van de knelpunten rond de huidige Treeknormen worden binnenkort opgeleverd en besproken met de AZWA-partijen. Ook vinden expertsessies plaats om de actualisatie van de normen verder vorm te geven. De verwachting is dat eind 2026 een nieuwe set normen kan worden opgeleverd.

Toegankelijkheid ggz

In het AZWA is een aantal afspraken gemaakt die moeten leiden tot meer behandelcapaciteit voor mensen met een complexe hulpvraag. Hierop is de volgende voortgang te melden.

- Herijken behandelduur, -vorm en -doelstelling: het Zorginstituut onderzoekt in hoeverre het herijken van de behandelduur bijdraagt aan passende zorg en het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz. De gevonden resultaten dragen bij aan het bepalen van een passende behandelduur in richtlijnen en zorgstandaarden.
- Hybride en groepsaanbod is voorliggend (tenzij): zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken in de zorginkoop en bijbehorende contracten over 2027 duidelijke afspraken over meer inzet op groepsbehandelingen en hybride zorg.
- Laagdrempelig contact tussen huisartsen, ggz en sociaal domein: om de samenwerking tussen huisartsen, de ggz en het sociaal domein te versterken, zijn consultatiefuncties ingericht. Via deze consultatiefuncties kunnen professionals laagdrempelig specialistisch advies inwinnen bij andere zorgdomeinen. Dit moet bevorderen dat mensen met psychische problematiek sneller de juiste zorg en ondersteuning ontvangen en minder vaak tussen wal en schip vallen. De Nederlandse ggz is een onderzoek gestart naar de inzet van deze consultatiefuncties. Dit onderzoek moet inzicht geven in knelpunten en mogelijkheden voor opschaling hiervan. De oplevering wordt verwacht vóór het einde van het derde kwartaal van 2026.
- Passend vervolg: mensen met chronische psychische aandoeningen, en in het bijzonder mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, moeten na stabilisatie en afronding van hun ggz-behandeling tijdig kunnen doorstromen naar passende ondersteuning. Betrokken partijen hebben een probleemanalyse uitgevoerd en goed lopende regionale voorbeelden verzameld. De werkbare elementen van deze goede voorbeelden worden verwerkt tot landelijke afspraken. De resultaten worden naar verwachting in de zomer van 2026 gepubliceerd.
- Aanspraken en pakketbeheer: het Zorginstituut inventariseert samen met de sector wat er mogelijk is qua verscherping van de aanspraak van de ggz om de ggz toekomstbestendig te houden. Op dit moment wordt de impact en haalbaarheid van verschillende maatregelen in beeld gebracht en wordt conform de AZWA-afspraken toegewerkt naar besluitvorming eind 2026. Dit moet zorgen voor meer duidelijkheid, het voorkomen van willekeur en helpen tegen zorgfraude.
- Exclusiecriteria bij ggz-aanbieders schrappen: het afschaffen van exclusiecriteria moet bijdragen aan een betere doorstroom en toegang tot ggz. Zorgverzekeraars hebben het afschaffen van exclusiecriteria opgenomen in hun aankomende inkoopbeleid, zodat zij daarop kunnen sturen binnen de contractering van zorgaanbieders.

Praktijkvoorbeeld: Een groepsbehandeling in de ggz bestaat doorgaans uit 6 tot 10 deelnemers en 1 of 2 behandelaars. Het is een volwaardige en vaak even effectieve vorm van therapie als individuele behandeling. Een veelvoorkomend voorbeeld in de ggz is een kortdurende schematherapiegroep. Dit is erg geschikt voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek of complexe, terugkerende klachten. Deelnemers leren hun eigen (destructieve) gedragspatronen (schema's en modi) herkennen, begrijpen en veranderen.

Lotgenotencontact vermindert gevoelens van schaamte en eenzaamheid. Mensen leren bij een groepsbehandeling in een veilige omgeving sociale vaardigheden toe te passen en direct feedback te ontvangen. Inzichten komen niet alleen van de behandelaar, maar ook van groepsleden.

Continue verbetering contracteerproces

Voor de toegankelijkheid van zorg is het van belang dat er goede contractafspraken zijn tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In het IZA is afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich inzetten voor een continue verbetering van het contracteerproces. Op 29 mei jl. is de Kamer geïnformeerd over het contracteerseizoen 2025/2026, dat in het algemeen goed is verlopen.¹¹ De contractering is voor zorgverzekeraars een belangrijk sturingsinstrument. Zij kunnen bijvoorbeeld inkoop Eisen stellen gericht op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Er zijn echter zorgaanbieders die bewust geen contract willen afsluiten. Zorgaanbieders richten zich bijvoorbeeld in onevenredige mate op patiënten met een lichte zorgvraag, onttrekken zich aan ANW-diensten, werken onvoldoende mee aan regionale samenwerkingsafspraken of leveren relatief veel niet-passende of ondoelmatige zorg. Terwijl het voor de beweging naar passende zorg van belang is dat alle zorgaanbieders een eerlijke bijdrage leveren. Als ze dat niet doen, is het uiteindelijk de patiënt of cliënt die hier de negatieve gevolgen van ondervindt vanwege het effect op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. In het AZWA is daarom afgesproken dat VWS in overleg met partijen een samenhangend pakket van maatregelen neemt om te zorgen dat iedereen daadwerkelijk een eerlijke bijdrage levert en dat patiënten kunnen rekenen op passende en tijdige zorg die op dat moment nodig is. De Kamer is op 1 juni jl. geïnformeerd over het voorgenomen beleid dat samenhangt met de beleidsinzet van het kabinet zoals beschreven in de beleidsbrief VWS.¹² In de beleidsbrief is ook aangegeven dat het kabinet van zorgverzekeraars verwacht dat zij zorgaanbieders contracteren – ook aanbieders van passende zorg die nu niet gecontracteerd zijn of die met nieuwe, passendere vormen van zorg bijdragen aan de opgave – als de toegankelijkheid van passende zorg voor hun verzekerden daarom vraagt.

Ook is in het AZWA afgesproken dat palliatieve zorg en stervensbegeleiding ongehinderd kunnen worden geleverd. Deze afspraak is gemaakt omdat het van groot belang is dat mensen in de stervensfase de palliatieve terminale zorg en ondersteuning kunnen ontvangen die zij nodig hebben. Er zijn tot op heden geen knelpunten gemeld in de contractering voor 2026. Alle betrokkenen zijn het eens dat de huidige werkafspraken voldoende zijn. Er is specifiek ook geen behoefte (op dit moment) aan de in het AZWA genoemde leidraad. Betrokken partijen zullen met enige regelmaat in overleg blijven of er toch behoefte gaat ontstaan aan vervolgacties. Ook wordt er gewerkt aan de Toekomstagenda palliatieve zorg en ondersteuning 2027–2031. Het kabinet zal deze agenda voor het zomerreces naar de Kamer sturen.

Inzet kabinet

In de beleidsbrief VWS geeft het kabinet aan dat het kabinet van zorgverzekeraars verwacht dat ze sterker gaan sturen op de beschikbaarheid van passende zorg. Daarvoor gaat het kabinet de zorgplicht van de zorgverzekeraars (inclusief hun rol bij transformaties in de regio) verduidelijken, zodat duidelijk is dat die niet alleen ziet op vandaag maar ook gaat over de

¹¹ Kamerstukken II, 2025–2026, 29 689, nr. 1329.

¹² Kamerstukken II, 2025–2026, 29 689, nr. 1330.

toekomst. Ook gaat het kabinet regelen dat zorgverzekeraars de juiste instrumenten hebben om niet-passende zorg niet meer te hoeven vergoeden en dat zorgverzekeraars een betere informatiepositie krijgen om scherper onderscheid te maken tussen aanbieders van passende zorg en aanbieders die dat niet of minder leveren.

4 Beweging naar de voorkant



Met de zorgakkoorden, het HLO en het eerdere Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), hebben partijen de «beweging naar de voorkant» en de samenwerking over de domeinen heen ingezet. Het doel daarvan is dat mensen langer de regie kunnen houden over hun eigen leven, gezondheid en zelfredzaamheid. De akkoorden gaan hierbij uit van de vraag van persoon zelf, wat kan hij zelf, waarin kan hij digitaal worden geholpen en waar is het zorgaanbod relevant. Een goede samenwerking tussen partijen in de zorg, het sociaal domein en de publieke gezondheidszorg voorkomt druk op dure, specialistische zorg. Dit is de transformatie waar we als Nederland voor staan. Het belang van investeren in een goede samenwerking en preventie wordt onder meer benadrukt door recent onderzoek van het RIVM (zie bijlage). Uit dit onderzoek blijkt dat kinderen die geboren worden en opgroeien in een meervoudig kwetsbare situatie in de eerste zes levensjaren meer zorg gebruiken en hogere zorguitgaven hebben.

Praktijkvoorbeeld: Als onderdeel van de zorgakkoorden is nu in iedere IZA-regio een mentaal gezondheidsnetwerk ingericht. Een van de functies van zo'n netwerk is het verkennend gesprek, dat sinds 2025 in het basispakket zit. In een verkennend gesprek bepalen mensen met psychische klachten die ook andere problemen hebben als schulden of eenzaamheid samen met hulpverleners uit het sociaal domein en de ggz wat hen het beste helpt. Binnen het netwerk Mentaal Gezond Zuid-Limburg vonden in 2025 573 verkennende gesprekken plaats, met als positief resultaat dat meer dan de helft van de deelnemers hun leven weer op de rit heeft gekregen zonder dat behandeling in de ggz noodzakelijk was.

Het kabinet onderstreept het belang dat inwoners, ongeacht de gemeente waar zij wonen, als gevolg van de zorgakkoorden kunnen rekenen op bepaalde «basisfunctionaliteiten». Onder regie van gemeenten en zorgverzekeraars werken partijen toe naar een landelijk dekkend aanbod van deze functionaliteiten voor alle inwoners in 2030. Het gaat om laagdrempelige steunpunten (zie onderstaand kader), sociaal verwijzen, valpreventie, ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen en kansrijke start: de brede ketenaanpak en de onderdelen integrale gezinspoli en nu niet zwanger. Ook het onderwerp mantelzorgondersteuning, dat in het HLO extra aandacht krijgt, maakt hier onderdeel van uit. Hiermee is zorg en ondersteuning laagdrempelig beschikbaar. Dit geeft mensen meer regie over hun eigen leven.

Praktijkvoorbeeld: De laagdrempelige steunpunten (LSP's) bieden een toegankelijke, stigmavrije omgeving waar mensen zonder verwijzing of indicatie terecht kunnen voor directe steun, ontmoeting en herstelleraanbod. Ze bevorderen zelfregie en voorkomen dat psychische of sociale problemen verergeren. Het aantal LSP's stijgt en deze zijn steeds zichtbaarder in de regio. Met 318 in kaart gebrachte steunpunten in 2025 is het aantal gestegen ten opzichte

van het verkennende onderzoek in 2024, toen er 278 steunpunten in beeld waren. De ambitie is om in elke gemeente minimaal één LSP te realiseren, waarbij de keuze voor het type en aantal LSP's wordt bepaald door de lokale context.

Om een landelijk dekkend aanbod mogelijk te maken, zijn de afgelopen periode handreikingen¹³ en een regioscan opgeleverd. De regioscan bracht in kaart hoe ver regio's al zijn met de uitvoering van de basisfunctionaliteiten. Met elke regio is gesproken over deze stand van zaken, welke regionale opgaven er nog zijn, en over aandachtspunten en succesfactoren in de uitvoering. Op basis hiervan is door Berenschot een rodedradenanalyse opgesteld, om inzicht te krijgen in de aandachtspunten die in meerdere regio's spelen (zie bijlage). Deze worden vervolgens besproken met de regio en in de bestuurlijke overleggen van de zorgakkoorden om de verdere implementatie te ondersteunen.

Naast de hiervoor genoemde basisfunctionaliteiten, is er een ontwikkelagenda afgesproken met aanpakken die kansrijk zijn om doorontwikkeld te worden tot een basisfunctionaliteit. Ook zijn voor deze aanpakken afspraken gemaakt over het onderbouwen van de besparing van zorgkosten. Voor de ontwikkelagenda zijn de komende jaren tijdelijke middelen beschikbaar. Met regio's en landelijke partijen worden afspraken gemaakt over het doorontwikkelen van de aanpakken tot basisfunctionaliteit en het verzamelen van bewijs. Dat gaat om de al langer lopende aanpakken kinderen met overgewicht en obesitas en de mentale gezondheidsnetwerken. En de nieuwe aanpakken dementie, nicotinevrij, rookvrije start en multiproblematiek (in de NPLV gebieden¹⁴). Dit past bij de inzet van het kabinet om te werken aan de gezondste generatie in 2040. Zo maken we Nederland gezonder en houden we de zorg toegankelijk voor iedereen die het nodig heeft.

Praktijkvoorbeeld: De regio Waardenland richt de kinder-GLI (Gecombineerde Leefstijl Interventie, onderdeel van de aanpak overgewicht kinderen) niet in als geïsoleerd zorgproduct, maar biedt dit in een bredere ketenaanpak met een regionale coalitie waarin gemeenten, Jeugdgezondheidszorg, zorgverzekeraar en een coördinator samenwerken, met gezamenlijke verantwoordelijkheid. Voor de aanpak overgewicht volwassenen verloopt toeleiding via medisch-sociale netwerken in de wijk en niet uitsluitend via de huisarts. Het combineren van de GLI met laagdrempelige leefstijlinterventies en wijkgerichte beweegnetwerken leidt tot bereik van een grotere doelgroep én een lager uitvalpercentage. Mensen komen zo eerder en makkelijk in aanraking met de interventies en aanpakken en voelen zich veel meer gemotiveerd om door te zetten.

De komende periode stellen gemeenten en zorgverzekeraars met andere partijen in de regio een werkagenda samenwerking zorg en sociaal domein op.¹⁵ Daarin beschrijven zij hoe zij de basisfunctionaliteiten de komende jaren uitvoeren en de samenwerking tussen zorg- en sociaal domein bestendigen.

¹³ De handreikingen voor de basisfunctionaliteiten zijn te vinden op zorgakkoorden.nl.

¹⁴ NPLV-gebieden zijn 20 stedelijke gebieden in Nederland waar leefbaarheid en veiligheid structureel worden verbeterd door het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid. Zie leefbaarvenilig.nl.

¹⁵ Het Ministerie van VWS, de VNG en Zorgverzekeraars Nederland hebben deze opdracht in afstemming met betrokken AZWA-partijen opgesteld.

In het AZWA zijn ook afspraken gemaakt over een aantal specifieke maatregelen dat geïmplementeerd zal worden op het terrein van medische preventie. Hiermee wordt de kwaliteit van leven verbeterd én de instroom in de zorg beperkt. De vaccinatie tegen het RS-virus voor kinderen in hun eerste levensjaar is inmiddels opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma. Over de implementatie van de vaccinatie tegen gordelroos¹⁶ (met ingang van volgend jaar) en de MRI-screening voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel in het bevolkingsonderzoek borstkanker¹⁷ (per 2030) is de Kamer onlangs geïnformeerd.

5 Arbeidsmarkt



In de zorgakkoorden en het HLO hebben partijen concrete afspraken gemaakt om ervoor te zorgen dat professionals minder werkdruk en meer ruimte ervaren. Dit is van cruciaal belang om de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg te waarborgen en het aantrekkelijker te maken om in de zorg te werken. Over het brede arbeidsmarktbeleid in zorg en welzijn heeft de Kamer op 2 juni jl. een brief ontvangen.¹⁸ Daarin is ook de voortgang op de AZWA-afpraak over opleiden en ontwikkelen van professionals opgenomen.

In het AZWA zijn afspraken gemaakt over de financiering en bekostiging van impactvolle transformaties, die worden ondersteund vanuit de zogenoemde doorbraakmiddelen. Deze middelen zijn bedoeld om transformaties te financieren die de zorg en ondersteuning anders en slimmer organiseren, zodat met hetzelfde aantal medewerkers meer mensen kunnen worden geholpen en de patiënt de zorg krijgt die passend is. Deze doorbraakmiddelen worden ingezet om een select aantal impactvolle toepassingsgebieden gericht en landelijk op te schalen. Voor 2027, 2028 en 2029 is in totaal € 800 miljoen beschikbaar, waarvan € 600 miljoen via zorgverzekeraars wordt ingezet (macrokader voor de zorginkoop) en € 200 miljoen (€ 100 mln in 2027 en in 2028) via gemeenten worden ingezet om de basisfunctionaliteiten versneld op te schalen. De Kamer is op 28 mei jl. geïnformeerd over de geselecteerde toepassingen en het verdere proces.¹⁹

Naar maximaal 20 procent administratietijd in 2030

Met de zorgakkoorden en het HLO is een duidelijke stip op de horizon gezet ter vermindering van de administratieve tijd die zorgverleners kwijt zijn: naar maximaal 20 procent administratietijd in 2030. Begin 2026 zijn de relevante HLO partijen aangesloten bij de Regiegroep Aanpak Regeldruk. Met deze uitbreiding wordt er op één tafel gewerkt aan het uitvoeren van de afspraken die over regeldrukvermindering gaan vanuit zowel IZA/AZWA als HLO. Het eerste project uit de AZWA-afpraak is in april 2026 goedgekeurd en van start gegaan. Hiermee moet het landelijk opschalen van de werkende principes van het project Zinnvolle Registratie (ZIRE) eind 2027 gerealiseerd zijn. Met ZIRE wordt alleen nog een kernset van kwaliteitsindicatoren geregistreerd op de intensive care afdelingen

¹⁶ Kamerstukken II, 2025–2026, 32 793, nr. 882.

¹⁷ Kamerstukken II, 2025–2026, 31 765, nr. 951.

¹⁸ Kamerstukken II, 2025–2026, 29 282, nr. 633.

¹⁹ Kamerstukken II, 2025–2026, 31 765, nr. 981.

(IC) van ziekenhuizen. In het RadboudUMC, de grondlegger van ZIRE, is door dit project de administratietijd op de IC gehalveerd met gelijkblijvende kwaliteit van zorg. Dat biedt veel potentie voor andere ziekenhuizen en de start van dit project is dus goed nieuws voor zorgprofessionals die werkzaam zijn op de IC's. Ook is de tweede ronde van de veldbevraging van start gegaan. Met de veldbevraging wordt zorgprofessionals gevraagd welke administratie zij zinnig en noodzakelijk vinden om te blijven registreren voor zinvolle verantwoording over de geleverde zorg en de kwaliteit ervan, passend binnen de doelstelling uit het AZWA van maximaal 20 procent administratietijd. De Kamer wordt voor het einde van het jaar geïnformeerd over de resultaten van de veldbevraging.

Het kabinet ziet helaas ook dat de subsidieaanvragen voor een aantal projecten achterblijven ten opzichte van de gemaakte afspraken. Sommige projecten vinden al doorgang zonder subsidie, maar er zijn ook projecten die momenteel niet worden uitgevoerd. Tijdens het bestuurlijk overleg IZA/AZWA van september zal er specifieke aandacht worden besteed aan zowel de successen in de opschaling binnen verschillende sectoren als het gebrek aan voortgang op andere onderdelen. Opschalen van projecten moet namelijk een belangrijke bijdrage leveren aan het behalen van maximaal 20% administratietijd in 2030.

Ten aanzien van de overige AZWA-afspraken over regeldruk zijn de eerste successen te melden vanuit de wijkverpleging. Zo is afgesproken dat zowel voor de wijkverpleging als voor de kortdurende zorg de «natte handtekening» onder het eerste zorgplan voor gecontracteerde aanbieders met ingang van 1-1-2027 niet meer nodig is. Dit scheelt administratieve lasten doordat zorgprofessionals niet langer de zorgovereenkomst hoeven te printen, een handtekening van de cliënt hoeven te verzamelen en de getekende overeenkomst moeten inscannen. Ook hebben zorgverzekeraars afgesproken dat per 2026 de termijn waarbij verplicht een multidisciplinair overleg noodzakelijk is in de ouderenzorg wordt teruggeschoefd van eens per 3 maanden naar eens per 6 maanden, mits dat passend is voor de cliënt. Verder wordt er een machtiging afgeschaft voor de patiëntengroep GZSP²⁰, waarmee er geen machtiging meer nodig is voor zorg in een groep.

Verder zijn er ook vanuit de werkagenda's van de leden van de Regiegroep Aanpak Regeldruk successen geboekt, waarvan hierna een aantal voorbeelden wordt uitgelicht. Zo maakt de medisch specialistische zorg met het project «Grip op richtlijnen en modules» werk van het opschonen van richtlijnen en het verlichten van de registratielast die hiermee gepaard gaat. Momenteel zijn er 600 richtlijnen en 10 tot 15 duizend modules, die dus worden opgeschoond. Ook worden er in overleg tussen branche- en beroepsorganisaties en overheidspartijen zoals VWS en toezichthouders oplossingen gevonden voor knelpunten in de praktijk. Zo hebben VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit het kader voor de administratie en declaratie van huisartsenzorg rond het overlijden van een patiënt verduidelijkt. Tot slot heeft de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) een ontregelcampagne gelanceerd gericht op bestuurders. De NVZ organiseert verschillende activiteiten gericht op activeren en motiveren van bestuurders, omdat de bestuurder onmisbaar is bij het lokaal ontregelen.

²⁰ Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntengroepen die thuis wonen zonder Wlz-indicatie.

Om gegevens in de zorg beter beschikbaar en uitwisselbaar te maken, neemt het kabinet de regie. Samen met zorgorganisaties en ICT-partijen wordt gewerkt aan een toekomstbestendig gezondheidsinformatiestelsel dat zorg, welzijn en preventie ondersteunt. Dit stelsel moet zorgverleners en burgers voorzien van betrouwbare, veilige en bruikbare informatie, zodat passende zorg kan worden geleverd. Om dit mogelijk te maken en ervoor te zorgen dat de zorg ook in de toekomst van goede kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar blijft, zijn in het IZA afspraken gemaakt over het veilig delen van gegevens tussen zorgprofessionals en patiënten of cliënten. Op 20 januari jl. is de Kamer hierover geïnformeerd via de Kamerbrief Voortgang op Databeschikbaarheid in de Zorg.²¹ In deze brief worden verschillende belangrijke bouwstenen beschreven die nodig zijn om volledige databeschikbaarheid in de zorg te realiseren. Het kabinet neemt verantwoordelijkheid voor de verdere samenhang tussen deze bouwstenen en legt met gerichte sturing, duidelijke prioriteiten en intensieve samenwerking een stevige basis voor een goed werkend stelsel van databeschikbaarheid. Ook de afspraken uit het HLO over databeschikbaarheid dragen daaraan bij.

Om de doelstellingen uit het IZA sneller en breder te realiseren, zijn aanvullende afspraken gemaakt binnen het AZWA. Voor het thema databeschikbaarheid ligt de nadruk daarbij op twee onderwerpen: de implementatie van digitale gegevensuitwisseling en de toepassing van kunstmatige intelligentie (AI).

Elektronische gegevensuitwisseling zorgt ervoor dat zorgverleners direct toegang hebben tot complete en actuele medische dossiers. Dit verbetert de kwaliteit van de zorg, versnelt het behandelproces, verkleint de kans op medische fouten (zoals verkeerde medicatie) en geeft patiënten meer regie over hun eigen gezondheid. Om elektronische gegevensuitwisseling in de zorg sneller in de praktijk te brengen, is een implementatiestrategie ontwikkeld en vastgesteld. Deze strategie beschrijft hoe digitale oplossingen kunnen worden ingevoerd en opgeschaald, met speciale aandacht voor netwerkzorg en regionale samenwerking tussen zorgaanbieders. Daarnaast is een communicatiestrategie opgesteld om het belang en de urgentie van digitalisering, gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid beter onder de aandacht te brengen.

Praktijkvoorbeeld: Het programma Medicatieoverdracht heeft onlangs zijn eerste livegang gerealiseerd. Binnen de regio Rijnmond heeft trombosedienst inzage in de medicatiegegevens die apotheken, met toestemming van hun patiënten, hebben opgeslagen. De medicatiegegevens worden op een gestandaardiseerde manier uitgewisseld. Meer gestandaardiseerde medicatiegegevens dragen bij aan een verdere verbetering van medicatieveiligheid. Naast de uitwisseling van medicatiegegevens wordt ook gewerkt aan verbeteringen in de beschikbaarheid van andere medische informatie, zoals beeldbeschikbaarheid.

Praktijkvoorbeeld: In samenspraak met het zorgveld is in 2025 ervoor gekozen om een tijdelijke oplossing voor beeldbeschikbaarheid voor radiologische beelden te ontwikkelen en gebruiken. De landelijke uitrol van deze oplossing start medio 2026. Op deze manier kunnen radiologische beelden al op korte termijn worden opgevraagd en uitgewisseld. Deze tijdelijke oplossing zal in samenspraak met de

²¹ Kamerstukken II, 2025–2026, 27 529, nr. 355.

Op 18 mei jl. heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd over de voortgang van het Landelijk Dekkend Netwerk²² en over de stand van zaken rond de implementatie van de European Health Data Space (EHDS)-verordening²³. Daarnaast is de Kamer op 6 oktober jl. geïnformeerd over de inzet op de toepassing van AI in de zorg.²⁴ Daarbij is aangegeven dat het kabinet is gestart met het Programma Realisatie AI in de Zorg, waarmee de inzet en opschaling van AI-toepassingen in de zorg wordt ondersteund.

Structurele inbedding Thuisarts

Het kabinet is verheugd dat de bekostiging van Thuisarts per 1 januari 2027 structureel is geborgd, door nauwe samenwerking tussen beroepsgroepen, zorgverzekeraars, Patiëntenfederatie en overheid. Door de structurele inbedding wordt betrouwbare gezondheidsinformatie beter gedeeld. Hierdoor wordt de samenwerking met apotheken en andere zorgverleners versterkt, wat zorgt voor betere zelfzorgondersteuning en een lagere werkdruk in de praktijk.

Werkagenda Betere Beschikbaarheid Geneesmiddelen

Een andere belangrijke mijlpaal is de Werkagenda Betere Beschikbaarheid Geneesmiddelen die het kabinet nog voor het zomerreces naar de Kamer wil sturen. De werkagenda is gericht op het beschikbaar maken en houden van bestaande medicijnen, zodat patiënten sneller en makkelijker de juiste behandeling krijgen. Dat helpt ook bij het vrijspelen van zorgpersoneel voor zorgtaken en het voorkomen van vervangende, vaak zwaardere, zorg. Op dit moment leggen de partijen van het BO Farmacie²⁵ de laatste hand aan het werkplan.

Actieplannen ggz

Tot slot is het goed te melden dat in het kader van de afspraken die in het IZA zijn gemaakt over het gelijkmatig verdelen van werkdruk en optimaal inzetten van personeel in de ggz, onder regie van de Nederlandse ggz worden per knelpuntregio actieplannen opgesteld met betrokken ggz aanbieders, ziekenhuizen, vrijgevestigden en verzekeraars. Ook wordt landelijk gewerkt aan een toolkit met bewezen oplossingen, ondersteuning bij werkplezier en behoud van ggz-medewerkers en afspraken over passende bekostiging.

Verzoeken, toezeggingen, motie en rectificatie

Verzoek reactie op artikel Zorgvisie over transitie in zorg en welzijn²⁶

De Kamer heeft verzocht om een reactie op het artikel van Martin van Rijn en Edwin Velzel in Zorgvisie van 16 maart jl. over de transitie in zorg en welzijn. Het kabinet deelt de ambitie om de beweging naar passende zorg, preventie en een sterke sociale basis verder te versnellen en concreter te maken. Tegelijkertijd herkent het kabinet zich niet in het beeld dat met de zorgakkoorden geen sprake zou zijn van echte zorgtransities, maar dat deze slechts het huidige systeem zouden blijven optimaliseren. Juist met

²² Kamerstukken II, 2025–2026, 27 529, nr. 361.

²³ Kamerstukken II, 2025–2026, 27 529, nr. 360.

²⁴ Kamerstukken II, 2025–2026, 27 529, nr. 350.

²⁵ Patiëntenfederatie, NHG, KNMP, ASKA, NApCo, Optima Farma, FMS, NVZA, VIG, Bogin, GLN, BG Pharma, LHV, VWS, NVZ, UMCNL en ZN.

²⁶ 2026Z06105.

deze akkoorden zetten zorgpartijen, gemeenten en welzijnsorganisaties gezamenlijk belangrijke stappen om de zorg en ondersteuning toegankelijk, houdbaar en mensgericht te organiseren. Wel is duidelijk dat verdere versnelling en meer zichtbare impact nodig zijn. Dat geeft het kabinet ook aan in de beleidsbrief VWS²⁷, waarin wordt beschreven hoe via wet- en regelgeving passende zorg steeds meer de norm wordt, waaronder ook de beweging naar het sociaal domein, het versterken van de sociale basis en het voorkomen van onnodige medicalisering.

Verzoek reactie op brandbrief NVZ en brieven Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN)²⁸

Op 1 juni jl. is de Kamer geïnformeerd over de stand van zaken van het traject eerlijk speelveld. In deze brief is een reactie opgenomen van het kabinet op de brandbrief van de NVZ: «Noodplan nodig tegen uitholling ziekenhuizen». Zowel ZKN als ZN heeft in december 2025 per brief gereageerd op de brandbrief van de NVZ. De inhoud van de Kamerbrief van 1 juni is tevens een reactie op de brieven van ZKN en ZN.

Toezegging voortgang AZWA-afspraken ggz²⁹

Tijdens het commissiedebat Suïcidepreventie/ggz van 26 maart jl. is toegezegd de Kamer te informeren over de voortgang op de ggz AZWA-afspraken voorafgaand aan het IZA/AZWA-debat van 1 juli. Met deze brief voldoet het kabinet aan deze toezegging.

Toezegging vindbaarheid laagdrempelige steunpunten³⁰

Tijdens het commissiedebat ggz en suïcidepreventie van 26 maart jl. heeft de Minister van VWS toegezegd in te gaan op hoe LSP's in het sociaal domein daadwerkelijk gevonden worden. In de handreiking laagdrempelige steunpunten is dit meegenomen. In de werkagenda moeten partijen duidelijk maken hoe de laagdrempeligheid en nabijheid geborgd wordt. Aspecten die daarbij moeten terugkomen zijn: hoe en waar zijn de LSP's online vindbaar, hoe wordt ervoor gezorgd dat LSP's bij huisartsen, ggz-aanbieders, welzijn, en het MGN (in ieder geval bij de gespreksvoerders verkennend gesprek) bekend zijn, en de fysieke nabijheid (hoe ver moet men reizen om een LSP te bereiken). Op deze manier wordt de vindbaarheid van LSP's voor inwoners geborgd. Daarnaast zijn er monitoringsrapportages beschikbaar, waarin een landelijk en regionaal beeld van LSP's is opgenomen. Hiermee beschouwt het kabinet de toezegging als afgedaan.

Motie vroegsignalering mentale problemen³¹

Voor inloopvoorzieningen sociaal en gezond (inclusief de daaraan verbonden inzet van professionals, ondersteuning van burgerinitiatieven en netwerksamenwerking) wordt een handreiking opgesteld. De handreiking geeft gemeenten en maatschappelijke partners richting bij het versterken van bestaande- of inrichten van nieuwe inloopvoorzieningen die de basisfunctionaliteiten borgen. Naar verwachting wordt de handreiking begin Q3 2026 opgeleverd.

²⁷ Kamerstukken II, 2025–2026, 36 800 XVI, nr. 191.

²⁸ 2025Z22413 en 2025Z22414

²⁹ TZ202603-200

³⁰ Ook onderdeel van TZ202603-200

³¹ Kamerstukken II, 2024–2025, 25 424, nr. 737.

In de handreiking voor de inloopvoorzieningen ligt de focus op de waarde van (collectieve) plekken, voorzieningen en de publieke ruimte in buurten; op de «infrastructuur» die inwoners in staat stelt elkaar te ontmoeten. Ontmoeting die niet alleen bijdraagt aan sociale cohesie en welzijn, maar ook in het vroegtijdig signaleren van behoeften, het versterken van netwerken en lokale kracht en voorkomen van zwaardere zorg. Er wordt daarnaast o.a. ingezet op deskundigheidsbevordering in- en rondom inloopvoorzieningen op de leefgebieden mentale gezondheid, vitaal ouder worden, gezonde leefstijl, kansrijk opgroeien en gezondheidsachterstanden. Meer kennis en expertise draagt bij aan gerichte inzet van preventie en (vroeg)signalering in de directe omgeving van hen die dat nodig hebben. Daarmee geeft het kabinet uitvoering aan de motie van het lid Rijkers-Oosterkamp, waarin de Minister is opgeroepen om een vaste plek in het sociaal domein te creëren voor vroegsignalering van mentale problemen. Hiermee beschouwt het kabinet de motie als afgedaan.

Toezegging mondzorg³²

In het commissiedebat eerstelijnszorg van 1 april jl. heeft de Minister van VWS toegezegd om in de voortgangsbrief AZWA in te gaan op instrumenten zoals het noodfonds om, voor mensen die om financiële redenen afzien van mondzorg, financiële drempels voor mondzorg te verlagen en specifiek de mogelijkheden vanuit de middelen op de ontwikkelagenda AZWA. Voor de jaren 2027 en 2028 is 2 maal € 45 mln. beschikbaar voor deze gehele ontwikkelagenda. In de 1^e suppletoire VWS-begroting 2026 is aangegeven dat het kabinet van plan is om van deze middelen zowel in 2027 als in 2028 € 5,5 mln. in te zetten voor een pilot mondzorg voor minima. Op dit moment wordt uitwerking gegeven aan hoe deze pilot kan worden vormgegeven daarom is het nu nog te vroeg om de Kamer te informeren over de exacte invulling daarvan. Gezien het tijdelijke karakter en de beperkte omvang van de pilot zou het een optie kunnen zijn om in te zetten op noodbehandelingen bij de meest kwetsbare doelgroep. Dit idealiter in combinatie met voorlichting over bijvoorbeeld het belang van een goede mondgezondheid en mogelijkheden voor reguliere mondzorg. Uitgangspunt van de AZWA ontwikkelagenda is namelijk het voorkomen van verdere zorgvraag. Hierover zal nog gesprek worden gevoerd met betrokken partijen. Hiermee beschouwt het kabinet de toezegging als afgedaan.

Toezegging eerste concrete resultaten regeldruk³³

In het notaoverleg Arbeidsmarktbeleid in de zorg van 8 juni jl. heeft de Minister van LJS toegezegd de Kamer in juni te informeren over de (eerste) concrete resultaten voor het verminderen van de administratieve lasten. Met deze brief voldoet het kabinet aan deze toezegging.

Rectificatie NIVEL-rapport IZA-monitor Beweging naar een sterkere eerste lijn 2024–2026

Op 9 september jl. heeft de Kamer het NIVEL-rapport «Beweging naar een sterkere eerste lijn 2024–2026 ontvangen», als bijlage bij de Kamerbrief «Voortgang Integraal Zorgakkoord: monitor van de beweging»³⁴. Inmiddels heeft NIVEL dit rapport herzien. De eerste publicatie van het rapport bevatte een berekening van de omvang van het aandeel patiënten dat contact heeft gehad met de spoedeisende hulp (SEH) en de huisartsenspoedpost (HAP) (Hoofdstuk 4.3.1) die afweek van de beoogde

³² TZ202604-007

³³ TZ202606-144

³⁴ Kamerstukken II, 2025–2026, 31 765, nr. 941.

methode zoals beschreven in Hoofdstuk 4.2. De herziening (d.d. 19 mei 2026) betreft de cijfers over het aandeel patiënten dat minimaal één contact heeft gehad bij de SEH of de HAP, in Hoofdstuk 4.3.1. Deze bleken voor de SEH hoger te liggen dan gerapporteerd. De cijfers voor de HAP bleken voor het jaar 2019 hoger te liggen dan gerapporteerd. Op basis van deze herziening is ook de conclusie over deze cijfers in dit rapport aangepast. Voor de volledigheid ontvangt de Kamer de herziene versie van het rapport (zie bijlage).

Ten slotte

Het kabinet ziet dat partijen hard werken aan de afspraken in de zorgakkoorden en dat er veel successen zijn te benoemen. Daarbij heeft het kabinet er waardering voor dat partijen elkaar door de zorgakkoorden goed weten te vinden. Niettemin is de urgentie hoog om de zorg en ondersteuning toegankelijk en betaalbaar te houden voor mensen nu en in de toekomst. Daarbij ziet het kabinet dat de voortgang op sommige afspraken achterblijft en dat de afgesproken deadlines niet altijd worden gehaald. Het is van belang dat partijen over hun eigen schaduw heen stappen: individuele belangen mogen de benodigde transitie niet in de weg staan. Het is mooi dat partijen samenwerken om de beweging voort te zetten en zoeken naar oplossingen. Tegelijkertijd gaat het nog niet overal goed of snel genoeg. Daarom heeft het kabinet in de beleidsbrief VWS maatregelen aangekondigd om meters te maken op de opgaven die ons verbinden: we werken aan de gezondste generatie ooit, we brengen de beweging van zorg naar gezondheid in de praktijk en we organiseren het zo dat zorgverleners zich kunnen richten op de zorg die past bij wat mensen echt nodig hebben.

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

De Minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport,
W.R.C. Sterk