

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT

Vastgesteld 17 september 2026

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 1 juli 2026 overleg gevoerd met mevrouw Hermans, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en mevrouw Sterk, minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport, over:

- de brief van de staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg d.d. 20 december 2024 inzake eindrapportage Kwartiermaken voor regionale participatiehubs (Kamerstuk 31765, nr. 896);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 april 2025 inzake beleidsreactie op Algemene Rekenkamerrapport Focus op huisartsenzorg (Kamerstuk 33578, nr. 141);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 april 2025 inzake Nivelonderzoek naar patiëntenstops bij huisartsenpraktijken (Kamerstuk 33578, nr. 140);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 april 2025 inzake voortgang Integraal Zorgakkoord (Kamerstuk 31765, nr. 913);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 april 2025 inzake evaluatie TOVER (Kamerstuk 33278, nr. 13);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 maart 2025 inzake reactie op het verzoek van het lid Paulusma, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 11 februari 2025, over het bericht Minister Agema en zorgorganisaties praten weer over aanvullend zorgakkoord (nos.nl, 7 februari 2025) (Kamerstuk 31765, nr. 904);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 januari 2025 inzake ombuigingen VWS-begroting en positie VNG in het IZA (Kamerstuk 36600-XVI, nr. 163);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 mei 2025 inzake antwoorden op vragen commissie over Nivelonderzoek naar patiëntenstops bij huisartsenpraktijken (Kamerstuk 33578, nr. 140) en over

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

beleidsreactie op Algemene Rekenkamerrapport Focus op huisartsenzorg

(Kamerstuk 33578, nr. 141) (Kamerstuk 33578, nr. 157);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 juli 2025 inzake reactie op de motie van de leden Paulusma en Dijk over het in kaart brengen van de gevolgen van het afschaffen van het stagefonds voor de zorg (Kamerstuk 31765, nr. 933) (Kamerstuk 31765, nr. 939);**
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 september 2025 inzake Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) (Kamerstuk 31765, nr. 943);**
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 september 2025 inzake voortgang Integraal Zorgakkoord: monitor van de beweging (Kamerstuk 31765, nr. 941);**
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 november 2025 inzake antwoorden op vragen commissie over onderhandelaarsakkoord Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en voortgang Integraal Zorgakkoord (IZA), inclusief verscheidene moties (Kamerstuk 31765, nr. 937) (Kamerstuk 31765, nr. 950);**
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juli 2025 inzake onderhandelaarsakkoord Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en voortgang Integraal Zorgakkoord (IZA), inclusief verscheidene moties (Kamerstuk 31765, nr. 937);**
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 oktober 2025 inzake extra middelen voor de aanpak van zorgfraude (Kamerstuk 28828, nr. 161);**
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 oktober 2025 inzake beleidsreactie op evaluatieproject TOVER (TOPzorg VERzilveren) (Kamerstuk 33278, nr. 14);**
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 november 2025 inzake toegankelijkheid van de huisartsenzorg en reacties op de aangenomen moties ingediend tijdens het notaoverleg Stop de commercie, steun de huisarts. Een plan voor toekomstbestendige huisartsenzorg (Kamerstuk 33578, nr. 167);**

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

- de brief van de staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport d.d. 12 december 2025 inzake Landelijke nota gezondheidsbeleid 2025-2028. Samen werken aan gezondheid. (Kamerstuk 32793, nr. 877);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 maart 2026 inzake antwoorden op vragen commissie over de toegankelijkheid van de huisartsenzorg en reacties op de aangenomen moties ingediend tijdens het notaoverleg Stop de commercie, steun de huisarts. Een plan voor toekomstbestendige huisartsenzorg (Kamerstuk 33578, nr. 167) (Kamerstuk 33578, nr. 171);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 maart 2026 inzake CW3.1-kaders voor AZWA-onderdelen (Kamerstuk 31765, nr. 973);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 april 2026 inzake voortgang Integraal Zorgakkoord (IZA) en Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) (Kamerstuk 31765, nr. 976);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 mei 2026 inzake rapport over verbreding Cyclus van Gepast Gebruik (CvGG) (Kamerstuk 31765, nr. 978);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 juni 2026 inzake reactie op verzoek commissie over de brief ontvangen van W. over huisartsentekort (Kamerstuk 33578, nr. 179);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 juni 2026 inzake stand van zaken eerlijk speelveld (Kamerstuk 29689, nr. 1330);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 mei 2026 inzake reactie op het rapport Inzicht in openbare kwaliteitsinformatie in de medisch-specialistische zorg. Nulmeting van de huidige staat van transparantie (Kamerstuk 31765, nr. 980);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juni 2026 inzake antwoorden op vragen commissie over CW3.1-kaders voor AZWA-onderdelen (Kamerstuk 31765, nr. 973) (Kamerstuk 31765, nr. 984);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 juni 2026 inzake stand van zaken Integraal Zorgakkoord (IZA) en Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) (Kamerstuk 31765, nr. 985).

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,

Mohandis

De griffier van de commissie,

Esmeijer

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Voorzitter: Vellinga-Beemsterboer

Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Van Brenk, Bushoff, Coenradie, Maeijer, Tijmstra, Vellinga-Beemsterboer, Vervuurt, Wendel en Wiersma,

en mevrouw Hermans, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en mevrouw Sterk, minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport.

Aanvang 12.01 uur.

De voorzitter:

Dames en heren, welkom allemaal. Aan de orde is het commissiedebat over het Integraal Zorgakkoord, ook wel bekend als het IZA, en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord, oftewel het AZWA.

Ik heet van harte welkom de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw Hermans, en de minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport, mevrouw Sterk, en hun ondersteuning. Welkom uiteraard ook aan de mensen op de publieke tribune en aan iedereen die dit debat digitaal volgt.

Aan de zijde van de Kamercommissie zijn ook een flink aantal leden aanwezig en misschien druppelen er nog wat meer binnen. Ik noem ze even. De heer Vervuurt van D66 en mevrouw Tijmstra van het CDA, die heeft aangegeven om 16.00 weg te moeten vanwege de diploma-uitreiking van haar kind. Gefeliciteerd daarmee. Zij geeft aan de antwoorden uiteraard digitaal te zullen volgen. Mevrouw Van Brenk van 50PLUS, die om 14.00 uur heel even weg moet, maar dan ook weer terugkomt, mevrouw Coenradie van JA21, die ook tot 16.00 uur bij dit debat kan blijven, mevrouw Wiersma van de BBB, de heer Bushoff van PRO en mevrouw Maeijer van de PVV.

De spreektijd vandaag is vastgesteld op vijf minuten per fractie. We hebben veel tijd, tot 18.00 uur vanmiddag, maar we zijn ook met een groot aantal fracties en er komen er misschien nog wel een paar bij. Ik stel voor vier interrupties toe te staan in de eerste termijn. Als altijd uiteraard het verzoek om de interrupties een beetje kort, bondig en in vraagvorm te doen.

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Dan beginnen we met de eerste termijn aan de kant van de Kamer. Ik geef het woord aan de heer Vervuurt van D66. Gaat uw gang.

De heer **Vervuurt** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Als we willen dat iedereen over tien of twintig jaar kan rekenen op toegankelijke en hoogwaardige zorg, moeten we de zorg anders organiseren. We leven namelijk langer, en we zien daarmee de zorgvraag groeien. Het aantal zorgprofessionals groeit alleen niet in hetzelfde tempo mee. Dat vraagt niet om meer van hetzelfde, maar om slimme keuzes en vernieuwing met meer ruimte voor innovatie, samenwerking en passende zorg, zodat zorgverleners kunnen doen waar zij het verschil in maken. Dat is precies de ambitie van het IZA en het AZWA, namelijk zorgen dat we meer patiënten met complexere zorgvragen goed kunnen helpen, zonder dat de druk op de zorgprofessionals toeneemt.

Voorzitter. Er gebeuren heel veel goede dingen. We zien minder administratieve lasten, meer passende zorg en steeds meer slimme toepassingen van technologie. Neem zinvolle registratie op de intensive care. Daar bepalen zorgverleners zelf welke registraties daadwerkelijk bijdragen aan goede zorg. Dat betekent minder administratie en meer tijd voor de patiënt. Of kijk naar de mooie initiatieven van BrabantZorg, dat zijn nieuwe locaties met geschakelde woningen zo heeft ingericht dat ouderen meer vrijheid hebben en er minder personeel nodig is om dezelfde goede zorg te verlenen. Een ander voorbeeld is het IJsselland Ziekenhuis, waar fysieke en digitale zorg slim worden gecombineerd, waardoor patiënten beter worden begeleid en zorgverleners hun tijd efficiënter kunnen inzetten. Dat is precies de beweging die we nodig hebben.

Voorzitter. De kunst is dan ook om dit soort voorbeelden niet lokaal te houden, maar ze landelijk de norm te maken. En juist daar wringt het. We zien dat zorgaanbieders stappen in de juiste richting zetten, maar hoe kunnen we dit versnellen? We zien dat veel succesvolle initiatieven blijven hangen in regionale projecten of dat ze afhankelijk zijn van tijdelijke subsidies. Een voorbeeld zijn de IPSO-huizen. Daar wordt belangrijke psychosociale zorg geboden aan mensen met kanker. Deze huizen zijn nu afhankelijk van incidentele subsidies. Is de minister bereid in gesprek te gaan over structurele bekostiging voor deze initiatieven?

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Eigenlijk vertelde de heer Vervuurt van D66 precies wat ik wilde vragen, namelijk: als we anders gaan organiseren, moeten we ook anders gaan financieren. Is D66 dat met ons eens?

De heer **Vervuurt** (D66):

Dat vind ik een hele goede vraag van mevrouw Van Brenk. Het is echt letterlijk wat ik over twee paragrafen ga zeggen. Ze slaat daarmee wel de spijker op de kop. Op het moment dat we zorg anders gaan organiseren, is het natuurlijk zo dat we ook anders moeten gaan financieren en goed het gesprek moeten voeren over hoe we dat gaan doen en waar het geld vandaan komt.

De **voorzitter**:

Ik zie verder geen interrupties, dus vervolgt u uw betoog.

De heer **Vervuurt** (D66):

Naast die IPSO-huizen zijn er nog vele andere voorbeelden van veelbelovende projecten die mogelijk verdwijnen, terwijl we hier zo veel van kunnen leren om de zorg echt structureel te transformeren. Dat is zonde. Het is zonde van de inzet van al die zorgprofessionals met innovatieve ideeën, het is zonde van de opgedane kennis en het is zonde van het gemeenschapsgeld dat erin zit. Vindt de minister niet dat we ambitieuzer mogen zijn? Vindt de minister niet dat we de vrijblijvendheid eraf moeten halen? We hebben in het coalitieakkoord ook afgesproken dat we daar steviger in gaan sturen. Daarom wil ik graag van de minister weten hoe ze ervoor gaat zorgen dat succesvolle IZA- en AZWA-initiatieven niet afhankelijk blijven van individuele kartrekkers, maar dat zij ook structureel onderdeel worden van de zorg die de Nederlander mag ontvangen. Kan de minister toezeggen met een plan hiervoor te komen?

Voorzitter. Toekomstbestendige zorg betekent wat D66 betreft ook dat mensen moeten kunnen kiezen welke behandeling het beste past. Daarvoor moet je wel weten welke behandeling de beste uitkomsten geeft. Toch is voor ongeveer 88% van de ziektelast -- 88%, ik schrok daarvan -- nog geen openbare informatie beschikbaar over de kwaliteit van de zorg, terwijl het doel al jaren is om voor de helft van de ziektelast die informatie wel beschikbaar te hebben. De vraag aan de minister is: waarom wordt deze afspraak

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

nog steeds niet gehaald? Welke concrete stappen zet dit kabinet dit jaar nog om de beschikbaarheid van uitkomsteninformatie fors te vergroten? Als blijkt dat vrijwillige afspraken opnieuw onvoldoende resultaat opleveren, is de minister dan bereid om maatregelen te nemen om deze beweging te versnellen?

Voorzitter. D66 gelooft in de beweging die met het IZA en het AZWA is ingezet voor fijne zorg, ook in de toekomst, maar de vrijblijvendheid moet er wat ons betreft vanaf. De uitdagingen zijn simpelweg te groot om goede ideeën nog jarenlang in pilots en overlegtafels te laten hangen. Nu is het tijd om succesvolle initiatieven de nieuwe standaard te maken.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik zie dat u een aantal interrupties heeft. Ik begin bij mevrouw Wiersma van de BBB.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Mooi verhaal van de heer Vervuurt. We hebben zojuist gesproken met de huisartsen. Als we kijken waar IZA en AZWA voor staat, spelen zij daarin een cruciale rol. Vindt de heer Vervuurt het dan ook teleurstellend dat in de brief blijkt dat er nog steeds geen kostendekkende tarieven zijn vastgesteld voor de huisartsen? Hoe kijkt hij daarnaar en welke oplossing ziet hij daarvoor?

De heer Vervuurt (D66):

Dank voor de vraag. Ik heb net samen met mevrouw Wiersma uitgebreid gesproken met huisartsen, die zich zorgen maken. Dat hoor en zie ik ook. Wat mij betreft zien we hier een conflict met een systeem dat wij op de lange termijn willen gaan veranderen, juist vanwege de grote uitdagingen waar wij voor staan. Dat betekent dat de huisarts de heel belangrijke rol die hij of zij heeft, goed moet kunnen innemen. Daarvoor is het belangrijk dat de huisarts voldoende betaald krijgt voor het werk dat hij of zij uitvoert, maar ook voor het werk dat binnen de praktijk wordt uitgevoerd.

De voorzitter:

Een aanvullende vraag van mevrouw Wiersma.

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Dat klinkt natuurlijk goed, vanuit een coalitiepartij, zeg ik daar even expliciet bij. Ik en de Kamer vinden de heer Vervuurt dan aan onze zijde om te kijken hoe we wel tot een gedegen kostencompensatie komen. Ik noem maar een concreet voorbeeld: de huisartsen worden voor 36 uur uitbetaald, terwijl zij gemiddeld 54 uur werk leveren. Dat blijkt uit de analyse. Wat ons betreft is dat echt absurd. Dit kabinet kan niet zo met deze huisartsen omgaan en er dan naar verwijzen dat zij daar zelf over moeten gaan onderhandelen. Dat moet natuurlijk gewoon aan de voorkant geregeld worden, want die zorg is daadwerkelijk geleverd. Ik vraag de heer Vervuurt: kunnen we dat met elkaar gaan regelen?

De heer **Vervuurt** (D66):

Ik zei net dat ik het belangrijk vind dat de huisartsen een kostendekkend tarief mogen verwachten om het werk te verlenen dat zij binnen het zorgsysteem uitvoeren. Dat vind ik. De beslissing van de NZa is sinds gisteren bekend. Ik denk dat we die allemaal goed tot ons moeten nemen. Wat ik via deze kans aan de ministers wil vragen, is hoe zij reflecteren op het besluit van de NZa. Zien zij de spanning die bestaat in hoe de huisartsen daarnaar kijken? Uiteindelijk moet het wel in balans zijn, want de huisarts moet zo goed mogelijk in positie worden gebracht.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Nou zag ik daarnet nog meer vingers. Ik zie dat mevrouw Maeijer van de PVV nog een vraag heeft. Gaat uw gang.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ik vroeg me af of de heer Vervuurt zou kunnen reflecteren op wat de invoering van de eigen bijdrage doet ten aanzien van de doelstellingen in de akkoorden: de beweging naar de voorkant, de inzet op preventie en het verminderen van de administratietijd. Op welke manieren draagt de eigen bijdrage in de wijkverpleging daaraan bij?

De heer **Vervuurt** (D66):

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Ik ben mijn verhaal begonnen met de opgave waarvoor we staan, namelijk het toekomstbestendig maken van het zorgsysteem. Dat is een grote opgave, want het zorgsysteem staat onder aanzienlijke druk. Het idee van deze coalitie, dat het kabinet verder aan het uitwerken is, is dat we op sommige vlakken mogelijk meer van mensen gaan vragen die het kunnen betalen. Zij moeten dan zelf gaan betalen, zodat we de zorg en het geld dat we nodig hebben om andere mensen te helpen, beter kunnen inzetten. Dat is het voornemen dat er ligt. Daar sta ik achter.

De **voorzitter**:

Een aanvullende vraag van mevrouw Maeijer.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Dat is wel een hoog-overantwoord op een vraag die ik stel over een hele specifieke maatregel, namelijk de eigen bijdrage in de wijkverpleging. Als we er dan wat dieper op inzoomen, zijn de wijkverpleegkundigen eigenlijk een van de weinige groepen die structureel achter die voordeur komen. Zij kunnen er met hun inzet juist voor zorgen dat de escalatie van problemen voorkomen wordt. De wijkverpleging kent nu geen eigen bijdrage. Ik weet niet precies hoe die eruit komt te zien, maar als je die gaat invoeren, krijg je misschien weer een inkomenstoets, financiële verantwoording of wat dan ook. Mijn vraag is dus eigenlijk heel concreet. Ik hoor de heer Vervuurt een vrij warm pleidooi houden voor beide akkoorden. Hij noemde specifiek de vermindering van de administratietijd en de beweging naar de voorkant. Maar volgens staat deze maatregel, waar de heer Vervuurt net een warm pleidooi voor hield, haaks op die doelstellingen.

De heer **Vervuurt** (D66):

Ik zie dat enigszins anders. Natuurlijk sluit ik mij volledig aan bij het idee dat er zo min mogelijk tijd naar administratie moet en zo veel mogelijk tijd naar de patiënt of de cliënt. Ten aanzien van de wijkverpleging horen we bijvoorbeeld dat als we wijkverpleging op een andere manier gaan inrichten, bijvoorbeeld als wij mensen leren om met een hulpmiddel zelf hun steunkousen aan te trekken als zij dat zelf kunnen, dat niet alleen heel veel capaciteit scheelt voor een zorgverlener, die dan ook meer tijd aan iemand anders kan besteden, maar dat het ook autonomie teruggeeft aan mensen. Hun agenda wordt dan niet bepaald door de wijkverpleegkundige die pas vanaf 11.00 uur of 12.00

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

uur aanwezig kan zijn. Dat soort vormen van reablement, zoals dat volgens mij in het jargon heet, zijn voorbeelden die prima passen bij het IZA/AZWA, die laten zien dat we de zorg ook op een andere manier kunnen organiseren, en die het leven van mensen daarmee ook beter maken. Daarbij vragen we dan soms van mensen die het zelf kunnen betalen -- daar refereerde ik net aan -- dat ze daar zelf ook een bijdrage aan leveren.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Dat is gewoon op geen enkele manier een antwoord op de concrete vraag die ik stelde. De heer Vervuurt noemt nu een aantal voorbeelden van reablement. Het helpen of ondersteunen van mensen bij het aantrekken van hun steunkousen is natuurlijk mooi. In de stand-van-zakenbrief van het AZWA worden ook voorbeelden genoemd van vermindering van administratietijd die bereikt is in de wijkverpleging. Er komt straks echter administratietijd bij. Dat is toch juist niet het doel van deze akkoorden? Mijn simpele vraag is gewoon: hoe verhoudt dat zich tot elkaar? Volgens mij verhoudt het zich níét tot elkaar en gaat de invoering van de eigen bijdrage juist weer bijdragen aan vermeerdering van de administratietijd. Misschien kan de heer Vervuurt daar dan gewoon eerlijk over zijn. Ik zou niet weten hoe je dat op een andere manier zou moeten inrichten. Er moet dan toch een soort toets of financiële verantwoording komen?

De heer **Vervuurt** (D66):

Het hele idee van deze beweging, die binnen het IZA en het AZWA is ingezet, is onder andere dat er minder administratietijd is en dat er meer tijd is voor de patiënt en de cliënt. Het kabinet is nu bezig met het uitwerken van dit soort plannen en ik verwacht van het kabinet dat ze daarin ook de juiste balans zoeken. Wij als fracties zullen het kabinet daar goed op controleren, want het doel is, zoals u zelf zegt, zo min mogelijk administratietijd bij de dingen die we willen gaan doen. Daar schaar ik mij achter.

De heer **Bushoff** (PRO):

Toch een korte vervolgvraag daarop. Stel nou dat de balans waar de heer Vervuurt naar op zoek is, niet goed uitpakt. Betekent dat dan ook dat hij kan afwijken van de financiële kaders die bij de besparing zijn ingeboekt?

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

De heer **Vervuurt** (D66):

Dat is een wat-alsvraag. Ik heb net neergelegd hoe ik hierin sta en hoe mijn fractie daarin staat. Als die uitwerking er ligt, zullen wij samen met de rest van de Kamer kritisch kijken naar hoe die verhouding ligt en gaan we graag in gesprek over wat wij daar dan allemaal van vinden.

De **voorzitter**:

Nog een aanvullende interruptie van de heer Bushoff.

De heer **Bushoff** (PRO):

Niet om flauw te zijn, maar dat antwoord geeft natuurlijk eigenlijk al heel veel weg, namelijk: we zeggen wel dat we het belangrijk vinden om te zien hoe het in de uitwerking uitpakt, maar pakt het slecht uit, dan nog houden we ons aan de financiële afspraken die we gemaakt hebben en is er weinig ruimte om daarvan af te wijken. Als die ruimte er wel is, kan de heer Vervuurt nu ook gewoon heel hard en duidelijk zeggen: er is ruimte om af te wijken van de financiële kaders die we hebben afgesproken als blijkt dat de uitwerking van de maatregelen die zijn voorgesteld, niet goed uitpakt voor bijvoorbeeld mensen die het moeilijk hebben of niet goed uitpakt in het kader van vermeerdering van de administratieve lasten. Ik wil daar een klip-en-klaar antwoord op van de heer Vervuurt, maar nu praat hij er eigenlijk een beetje omheen en schudt hij wel heel moeilijk met zijn hoofd als ik zeg dat hij dus eigenlijk gebonden is aan die financiële afspraken. Zeg dan ook duidelijk: nee, daar zijn we niet aan gebonden als inderdaad blijkt dat de uitkomsten niet wenselijk zijn.

De heer **Vervuurt** (D66):

Deze coalitie heeft afspraken gemaakt en daar zit een financieel plaatje achter. Daar houdt deze coalitie zich aan. Uiteindelijk hebben wij ons in een minderheidscoalitie te verhouden tot de meerderheid die we in de Kamer moeten vinden. Op het moment dat er op welk dossier ook spanning komt te staan, moeten we met de rest van de Kamer, als gehele Kamer in gesprek om daar een oplossing voor te vinden. Op dit moment is voor de coalitie het plaatje zoals het er ligt leidend. Dat betekent echter niet dat we altijd daarop uitkomen; dat klopt. Dat hebben we de afgelopen weken en maanden ook al meerdere keren gezien.

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Even hierop doorgaand en even kauwend: we vragen van het veld eigenlijk nieuwe dingen, namelijk dat men meer gaat samenwerken, dat er meer zorgzame wijken en ontmoetingsruimten komen en dat mensen van onderop meer zelf moeten gaan organiseren. Maar het gewone werk gaat ook nog gewoon door. Die zorg loopt door. Je wilt dus iets naar de voorkant helpen, maar die achterkant blijft gewoon doorlopen. In onze beleving -- dat zal in mijn betoog ook echt terugkomen -- ben je dus toch eigenlijk bezig met in eerste instantie dubbele kosten. Erkent D66 dat?

De heer **Vervuurt** (D66):

Dat is een goeie vraag van mevrouw Van Brenk. Ik zou hem iets anders willen formuleren, als ik dat mag. Ik zie, ook in mijn gesprekken met partijen in het veld en als je kijkt naar hoe goeie initiatieven zijn opgebouwd, wel dat die initiatieven niet zozeer in plaats komen van iets anders, maar dat ze ernaast komen of dat het een pilot blijft, maar dat het wel betekent dat we het oude nog deden. Het hele idee, denk ik, van de transformatie die we met het IZA en het AZWA willen realiseren, van de stappen die we willen zetten naar die toekomstbestendige zorg, is wel dat als wij nieuwe dingen gaan doen die beter zijn dan de dingen die we deden, er dan ook een punt komt dat we die oude dingen niet meer doen en dat er daarmee dus ruimte komt, niet alleen voor wat betreft capaciteit of minder administratie maar ook voor minder kosten, om dan alleen nog die nieuwe dingen te gaan doen. Dat kost tijd en daar heb je ook draagvlak bij nodig -- dat zie ik wel bij partijen terug -- maar ik zie wel dat dat langzaam gaat. Vandaar ook mijn vraag aan de minister: hoe kunnen we dat proces nou versnellen en die beweging, die goede beweging die is ingezet, nou een of twee duwtjes in de rug geven om door te gaan op dit pad?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik zie dat er verder geen vragen meer zijn. Dan gaan we naar de bijdrage van mevrouw Tijmstra. Gaat uw gang.

Mevrouw **Tijmstra** (CDA):

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Dank u wel, voorzitter. Ik begin mijn inbreng met de mooie woorden van speciaal gezant Jan Kremer. "De koers is goed, we zijn van wal, maar de impact blijft achter. De urgentie is groot, de zorgvraag groeit, terwijl het aantal professionals afneemt. Passende zorg gaat niet over verschraling of rantsoenering, maar over warme en eerlijke antwoorden op de tragiek van het leven. Geen somber verhaal van een 8 naar een 6, maar een hoopvol verhaal van een 8 naar een nieuwe 8."

Voorzitter. Dat brengt me meteen bij de kracht van het verhaal. In het land zie ik enorm veel energie, creativiteit, vernieuwingskracht en transformatie die ontstaat vanuit de praktijk. Hoe anders is dan de taal in de voortgangsstukken en rapportages. Dan beland ik meteen weer in vakjargon, systemen, processen en de enorme complexiteit van de zorg. Rapporteren op projecten van A1 tot en met E6 heeft een functie -- dat snap ik, want helemaal zonder kan je ook niet -- maar het maakt niets zichtbaar en voelbaar van al het mooie wat op dit moment gaande is.

Voorzitter. Het eerste punt waar ik bij stil wil staan, is de kracht van het verhaal en het zichtbaar maken van passende zorg. Hier kan het Zorginstituut een grote rol in spelen, om de transitie zichtbaar en voelbaar te maken, niet alleen met KPI's en dashboards, maar ook met praktijkvoorbeelden, verhalen en inzicht in processen die laten zien hoe passende zorg in de praktijk tot stand komt. Dat is de kracht van transparantie en het sluit aan bij de aanbevelingen van de Rekenkamer om sterker te sturen op transformatie. Heeft het Zorginstituut de opdracht om passende zorg zichtbaar te maken? Als die opdracht er nog niet ligt, is de minister dan bereid om die alsnog aan het Zorginstituut te geven?

De doelen van het IZA en het AZWA zijn heel concreet: het terugdringen van het arbeidsmarkttekort en het verkorten van de wachttijden. Ik heb de volgende vraag aan de minister. Het is nu 2026. Het doel is om het oplopende arbeidsmarkttekort in 2028 met 100.000 mensen te verminderen. Hoe liggen we op koers? Is het personeelstekort al afgenomen? Hoe monitort de minister de voortgang op deze transitiedoelen?

Dan het ondersteunen van de voorlopers. De transitie naar passende zorg vraagt ook om passende contractering. Voorlopers die werken aan passende zorg, preventie en samenwerking lopen vroeg of laat vast. Zij proberen de zorg van morgen te organiseren in een systeem dat nog steeds is ingericht op productievolume en efficiëntie in plaats van op passende zorg. In de praktijk wordt nog te vaak gewerkt met de klassieke PxQ-systematiek. Dat stimuleert niet altijd de gewenste verandering. Mijn vragen aan de

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

minister zijn als volgt. Is er een beeld over welke vormen van contractering de transitie juist ondersteunen en welke deze belemmeren? En zo niet, is de minister bereid om aan de NZa te vragen om dit in beeld te brengen? Daarnaast kunnen ook regels voorlopers in de weg zitten. Inventariseert u belemmeringen systematisch en wat leert u ervan zodat ook de rest kan volgen?

Dan kom ik bij de innovatiegelden. Die zijn verbonden aan akkoorden en kunnen transformatie en voorlopers helpen. Hierover heb ik de volgende vragen. Gaan de doorbraakmiddelen echt naar de voorlopers? Is er sprake van competitie op kwaliteit tussen aanbieders, regio's en zorgverzekeraars of is het geld zo verdeeld dat iedereen een beetje krijgt? De doorbraakmiddelen in het sociaal domein, die via een SPUK naar gemeenten gaan, roepen dezelfde vragen op. Verdelen we ze over iedereen of kiezen we er echt voor om de beste initiatieven de wind in de zeilen te geven?

Dan kom ik bij het opschalen van goede voorbeelden. We hebben kunnen lezen dat het opschalen van impactvolle initiatieven nog te langzaam gaat, terwijl het wel belangrijk is dat we tempo maken. Een voorbeeld hiervan is het investeringsmodel voor preventie, waarmee we proberen te laten zien dat je de positieve effecten van preventie wel kunt bewijzen en dat je die dus ook mee kan nemen in modellen en ramingen. Voor het CDA is welzijn een essentieel onderdeel van preventie. Welzijnswerk en sociale initiatieven maken een sterke en gezonde samenleving. Het CDA zou dan ook graag zien dat welzijn een expliciet onderdeel wordt en prioriteit krijgt in deze nieuwe aanpak. Wil de minister dit toezeggen, bijvoorbeeld door een vierde voorbeeldcasus uit te werken die specifiek gaat over het welzijnswerk?

Voorzitter. Tot slot wil ik nog iets zeggen over de burgerinitiatieven. Die passen lang niet altijd binnen bestaande bekostigings- en verantwoordingssystemen. Ik ben benieuwd hoe de ministers hiernaar kijken. Zijn er ook mogelijkheden om daar meer ruimte voor te creëren, voor letterlijk meer ruimte voor de samenleving?

Voorzitter. De richting is goed. Nu is het zaak om ruimte te maken voor wat werkt en dat sneller op te schalen. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik zie dat dat geen vragen oproept. Dan gaan wij naar de inbreng van mevrouw Van Brenk van 50PLUS. Gaat uw gang.

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Dank, voorzitter. Je mag wel zeggen dat het een onoverzichtelijke chaos is. De afgelopen jaren is er een reeks aan zorgakkoorden gesloten, met alle daaruit voortvloeiende plannen, werkgroepen, regionale overleggen, overlegtafels, onderzoeksrapporten, voortgangsrapportages en debatten. Er wordt veel gepraat, maar hoe zit het met het resultaat? Let wel, 50PLUS onderschrijft uiteraard de intentie om de zorg passender, efficiënter, gezonder en betaalbaarder te maken, maar ook de Algemene Rekenkamer heeft al gesteld dat het overzicht zoekraakt. Het goede van een akkoord is dat de neuzen dezelfde kant op worden gezet, maar hoe en wanneer weet je dat het goed is? Wie heeft er finaal overzicht? Dat kan menselijkerwijs haast niet, zou je zeggen. De huidige zorg loopt altijd door en tegelijkertijd moet je samen iets nieuws gaan opzetten.

Voor 50PLUS is het belangrijk dat initiatieven van onderaf komen, dat het lokale initiatieven zijn en dat ze dus niet van bovenaf worden opgelegd. Zoals ik al een paar keer heb gezegd, gaat dat niet vanzelf. Het is geen zelfrijzend bakmeel. Daarvoor heb je het welzijnswerk of een wijkverpleging nodig. Wijkverpleging is van cruciaal belang in het stelsel. Het is de poortwachter, maar deze coalitie vindt het nodig om een eigen bijdrage te gaan heffen op die poortwachter. Het is pijnlijk dat niemand van de coalitie lijkt te beseffen hoezeer dat elkaar tegenspreekt. Men wil de zorg naar de voorkant laten bewegen, maar werpt meteen een drempel op. Ziet de minister hoe tegenstrijdig dit is?

Voorzitter. Ik heb de afgelopen twee jaar in vier provincies gewerkt voor het SeniorenNetwerkNL om gesprekken te voeren met senioren over de tijd dat zij minder vitaal worden. Praat vandaag over morgen. Dat heet daar Senioren zelf aan zet, want senioren moeten echt zelf die regie pakken. Mag ik een lans breken voor dit initiatief? Mijn functie is inmiddels overgenomen door een gewaardeerde voormalige collega van ons, Bart van Kent. Zou de minister een bijeenkomst willen bijwonen? Deelt zij de mening dat het belangrijk is om aan te sluiten bij lokale initiatieven, of dat nu vanuit welzijn, seniorenbonden of anderszins is? Na het praten is er nu echt een handelingsperspectief nodig. Graag een reactie hierop.

50PLUS wil graag meewerken aan alle initiatieven voor passende zorg, zorgzame buurten, de buurt als ecosysteem, Buurtwonen en een zorgbuurthuis, maar echt investeren aan de voorkant betaalt zich structureel uit aan de achterkant. Ik begrijp dat dat in het begin dubbel is, maar op termijn plukken we hier de vruchten van. Hoe zien de

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

ministers dat? Graag een uitgebreide reactie. Kan de minister al meer zeggen over welke richting ze op wil met de vereenvoudigde vorm van Wlz-zorg zonder verblijf, zoals afgesproken in het coalitieakkoord? Wat betekent dat nou?

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Ik denk dat mevrouw Van Brenk en ik het redelijk met elkaar eens zijn. Volgens mij staat waar de transitie van de zorg naartoe moet niet ter discussie. Volgens mij is daarvoor heel breed draagvlak. Het vereist nu juist aan de voorkant veel meer investeringen, in plaats van de bezuinigingen die we nu zien. Nu is aan de minister de vraag gesteld of zij dit ook herkent. Ik wil aan mevrouw Van Brenk vragen: wat gebeurt er op het moment dat je het doet zoals het nu is ingezet, dus dat je de investering aan de voorkant eigenlijk onvoldoende kunt waarmaken? Wat zijn daar volgens mevrouw Van Brenk straks praktisch gezien de consequenties van?

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Laat ik het als volgt zeggen. Ik maak me hele grote zorgen over wat dit gaat betekenen voor een hele grote groep mensen met een beperking of ouderen, zeker als je begint met het weghalen van de huishoudelijke hulp. Dat is volgens mij de goedkoopste vorm van zorg waardoor mensen langer thuis kunnen blijven. Zoals ik al zei vind ik het opwerpen van een drempel voor de wijkverpleging ook een groot zorgpunt. Als wij willen dat we aan zorgzame wijken werken, waar een huisarts met wijkverpleging, welzijnswerkers en vrijwilligers zorgt dat de mensen in de buurt naar elkaar omkijken, dan hebben we daarvoor best heel veel te doen. Dan vergt dat eigenlijk gewoon eerst meer geld, om daar later de vruchten van te plukken. Het verhaal van D66 is: we zijn iets moois aan het ontwikkelen en dan laten we op een gegeven moment het ene los. Ik ben bang dat sommige dingen nooit losgelaten kunnen worden en dat die best lang doorlopen. Mensen met een handicap kan je niet zomaar even in de zorgzame buurt gooien. We hebben discussies over hoeveel mantelzorgers we hebben en wat we allemaal op hun bordje kunnen leggen. Kortom, ik denk dat wij dezelfde zorgen hebben. Ik denk dat het nu wel meer kost, maar dat we op termijn ... Ik kan niet goed overzien hoeveel tijd dat kost, maar dat zal best wel veel tijd vergen.

De heer **Vervuurt** (D66):

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Ik heb een vervolgvraag aan mevrouw Van Brenk. Ze zegt: ik kan me voorstellen dat het tijd kost en dat het ook veel tijd kost. We hebben natuurlijk een beweging ingezet om daar te komen. Vindt mevrouw Van Brenk dat we het op het huidige tempo gaan halen?

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Ik sluit aan bij mijn buurvrouw van het CDA: er zijn fantastische voorbeelden. Ik zie heel veel mooie dingen. Maar mijn grote zorg is dat als er subsidiegeld is, mensen en organisaties daarop afkomen. Ik geef een heel simpel voorbeeld. Seniorenverenigingen hielden vitaliteitsdagen voor valpreventie enzovoort, met vrijwilligers. Er waren gepensioneerde wijkverpleegkundigen die daar bloed afnamen. Er werd geprikt op diabetes. Er was een diëtiste. Kortom, er was van alles en nog wat. Het was even een gezondheidscheck. Er kwamen SPUK-gelden. Toen zei de GGD: wij kunnen ook wel valpreventie gaan geven. Ja, maar alleen omdat er subsidie is! Ik zie dus heel veel mooie initiatieven waarvan ik denk: laten we daarbij aansluiten en het niet van bovenaf overnemen als organisatie. Ik zie dus zeker kansen, maar dan moeten we wel durven om dingen los te laten, ook bij burgerinitiatieven.

De **voorzitter**:

Roept dat nog aanvullende vragen op? Op dit moment is dat niet het geval. Vervolgt u uw betoog, mevrouw Van Brenk.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Dank u wel. Wij mochten net de huisartsen spreken die naar de rechter gaan voor een eerlijk tarief. Ze zitten hier. Wat vindt de minister hier nu van? Welke rol wil zij pakken? Een huisarts is een hele belangrijke partner in de zorgzame buurt. Dat ziet de minister toch ook?

Dan kom ik bij, in mijn ogen, een ondergeschoven kindje: welzijn. Mijn collega zei het al: het is te belangrijk om er maar bij te hangen. Welzijnswerkers spelen de hoofdrol bij de ontmoetingsruimte in de wijk, het activeren van mensen en het opzetten van voorzorgcirkels, het begin van zorgzame wijken. Ik noemde al eerder het voorbeeld in Land van Cuijk, waar inmiddels meer dan 80 voorzorgcirkels zijn en waar Sociom, de welzijnsorganisatie, structureel welzijnswerkers inzet om dit te blijven ondersteunen. Het

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

wordt betaald vanuit de Wmo, wat het bij voorbaat al zorgelijk maakt, gezien de problemen die gemeenten ervaren met hun budgetten. Zien de ministers dit ook? Dan het bewegen van ouderen. Dat kan zo veel gezondheidswinst opleveren. Daar zouden we toch veel meer aandacht aan kunnen en moeten besteden? Ik zou haast zeggen: haal de vrijblijvendheid daarvan af.

Als we het toch over preventie hebben: kortgeleden werd mijn motie aangenomen die verzocht om te kijken of verpleeghuisbewoners met hun Wlz-indicatie aanspraak mochten maken op de gordelroosvaccinatie. Kan de minister ingaan op hoe zij deze motie denkt te gaan uitvoeren? Overigens is 50PLUS van mening dat iedereen boven de 60 jaar een gordelroosvaccinatie zou moeten krijgen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van Brenk. Er zijn verder geen vragen. Dan gaan we door naar de inbreng van mevrouw Coenradie van JA21.

Mevrouw **Coenradie** (JA21):

Voorzitter. Vandaag bespreken we de containerakkoorden IZA en AZWA. Hoe gaan we van mooie woorden op papier naar concrete verbeteringen in de praktijk? Iedereen steunt de beweging om meer in te zetten op het voorveld: meer preventie, eerder signaleren en minder dure, zware zorg. Dit vereist laagdrempelige ondersteuning dicht bij de burger. Huisartsen vervullen hier een belangrijke rol in, maar de lokale netwerken eromheen zeker ook.

Dat is precies waar het vaak misgaat. Veel huisartsen, maar ook wijkteammedewerkers en burgers zelf, hebben geen compleet beeld van het gehele voorveld. Het welzijnswerk en de informele ondersteuning in de wijken zijn enorm versnipperd. Patiënten komen tevens in een oerwoud van loketten terecht. Voordat dit een daadwerkelijk alternatief kan bieden voor zwaardere zorg, moet het voorveld dus eerst meer bij elkaar komen. Hoe kijkt de minister hiernaar? Welke concrete stappen gaat zij hierin zetten om meer naar die eenloketgedachte te gaan? En vooral: hoe zorgen we ervoor dat patiënten niet enkel meer denken aan de huisarts, maar ook aan het sociaal domein?

Voorzitter. Dan over de exclusiecriteria bij de ggz. Deze worden afgeschaft. In de brief geeft de minister aan dat zorgverzekeraars dit hebben opgenomen in hun aankomende

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

inkoopbeleid. Hoe gaat dit nu? Wij horen namelijk nog steeds alleen maar over mensen die van het kastje naar de muur worden gestuurd. Het schokkende onderzoek van MIND onderschrijft dit. Er is sprake van hoge afwijzingspercentages en van mensen die niet geholpen worden bij het vinden van een passende behandelplek. Patiënten belanden in een doorverwijzingscarrousel. Hoe kijkt de minister aan tegen het uitsluiten en vastlopen van patiënten? Hoe regelen we dit nu al, vóór die contracten wijzigen?

Via het IZA en AZWA is er een oerwoud aan overheidssubsidies, geld dat in projecten wordt gestopt, maar waarvan vaak compleet onduidelijk is wat de effectiviteit van de bestede middelen is. Ook ontvangen wij signalen dat deze overheidssubsidies concurreren met markttoepassingen. Dat lijkt ons niet de bedoeling. Kan de minister hierop reageren? Is zij bereid om te verkennen of er alternatieve financieringsconstructies opgezet kunnen worden? Daarbij stelt ook de VNG dat gemeenten terughoudend zijn in het aangaan van meerjarige investeringen in preventie, juist vanwege de onzekerheid over structurele financiële middelen. Hoe kan de minister borgen dat er financieel meerjarige zekerheid komt voor gemeenten? Anders achten we de kans klein dat zij ook daadwerkelijk durven en gaan investeren in preventie, terwijl zij wel die verantwoordelijkheden op zich afgeschoven hebben gekregen. We zien daarbij ook praktijkvoorbeelden van projecten die jarenlang met succes lopen, maar nu dreigen te verdwijnen omdat er geen structurele financiering is. Een voorbeeld hiervan is NVVC Connect van de Vereniging voor Cardiologie, waar partijen in het gehele netwerk samenwerken en ook daadwerkelijk kosten besparen. Is de minister bereid om hiernaar te kijken?

Tegelijkertijd voorzien we ook problemen in de algemene financieringssystematiek bij de ziekenhuizen om mee te gaan in de doelen van IZA en AZWA. Zo wijst de Federatie Medisch Specialisten erop dat ziekenhuizen financieel afhankelijk zijn van het aantal behandelingen, en dat zij dus logischerwijs minder financieel stabiel zijn als zij afzien van operaties en behandelingen en doorverwijzen naar andere zorgverleners. Hoe kijkt de minister hiernaar? Maakt zij hier afspraken over met de ziekenhuizen, om wel die beweging richting passende zorg te maken?

Daarbij zijn er nog steeds veel verschillende overlegtafels voor de uitvoering van de regioplannen -- dat is bureaucratie ten top -- met hoge administratieve lasten voor de partijen. Dit zijn allemaal uren die niet ingezet kunnen worden voor directe hulpverlening

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

en de zorg aan de patiënt. Wil de minister nogmaals kritisch kijken welke overlegtafels zonder aantoonbare meerwaarde we kunnen schrappen?

Tegelijkertijd horen wij ook juist weer dat partijen niet aan tafel zitten, maar wel degelijk van meerwaarde kunnen zijn, zoals de PPN, die de paramedische beroepen vertegenwoordigt. Deze partijen kunnen juist zwaardere zorg voorkomen, doordat zij in de eerstelijnszorg werken. Ook apothekers hebben geen gelijk speelveld aan tafel.

Welke exclusiecriteria zijn er voor partijen om hier geen deel aan te mogen nemen en waarom? Erkent de minister dat ongelijke speelveld en grote regionale verschillen?

Voorzitter. Dan nog een concrete vraag over de 445 afgesproken IZA-acties. 287 zijn volledig afgerond en 146 zijn in gang gezet, maar wat is er gebeurd met die overige 12 acties? Hier wordt geen expliciete informatie over gegeven. Waarom niet?

Voorzitter. Tot slot de hamvraag van vandaag: hoe zorgen we ervoor dat de twee akkoorden nu ook echt uitvoerbaar zijn, zowel voor alle zorgpartijen en zorgverzekeraars als alle gemeentelijke overheden? Van de papieren tijger naar spijkers met koppen slaan.

Dank, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dat roept geen vragen op. Dan gaan we naar de inbreng van mevrouw Wiersma van de BBB.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Dank u wel, voorzitter. Een akkoord op papier is natuurlijk mooi, maar mensen merken er pas iets van als de zorg dichtbij beschikbaar blijft en als de mensen die iedere dag voor onze patiënten klaarstaan ook de waardering en de ondersteuning krijgen die zij verdienen. Ik kijk dan ook even naar de tribune, naar al die huisartsen en andere zorgverleners die er nu zijn. Dank dat jullie hier zijn; dat is goed.

Dat is juist de reden dat ik me zorgen maak over de beweging van spreiding en tegelijkertijd concentratie van zorg. Natuurlijk is het logisch dat complexe zorg soms op minder locaties wordt georganiseerd, want dat komt de kwaliteit en het aanbod ten goede, maar concentratie mag nooit een doel op zichzelf worden. Steeds vaker verdwijnt er namelijk een stukje zorg uit een regionaal ziekenhuis: eerst een afdeling, daarna een behandeling, vervolgens een heel specialisme. Voor patiënten betekent dat

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

langere reistijden, voor familie meer belasting en voor regionale ziekenhuizen een steeds kwetsbaardere positie en een smallere basis. Op papier gaat het over spreiding en concentratie tegelijk, maar hoe voorkomt de minister dat het in de praktijk vooral concentratie wordt? Hoe zorgt ze er ook voor dat de regio niet stap voor stap verder wordt uitgekleeft? Bereikbare zorg is geen luxe, maar een basisvoorziening. De regie daarop mag niet uitsluitend bij zorgverzekeraars en grote ziekenhuizen liggen. Die ligt hier, bij deze minister. Welke harde randvoorwaarden stelt de minister om de bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg in alle regio's te beschermen? Is ze bereid om daar zelf nadrukkelijker veel meer regie op te voeren?

Voorzitter. Uiteindelijk draait de zorg om mensen, om verpleegkundigen, verzorgenden en alle andere zorgprofessionals die iedere dag klaarstaan voor patiënten. Zij verdienen meer dan mooie woorden. De reactie van NU'91 laat zien dat er nog veel te weinig aandacht is voor de mensen achter de zorg. Technologie kan daarbij ondersteunen, maar AI vervangt geen verpleegkundige. Een monitor voorkomt geen burn-out. Wat gaat de minister concreet doen om daarnaast ook de mentale belasting te verminderen? Welke maatregelen neemt zij tegen agressie op de werkvloer? Hoe zorgt ze voor een veilige werkomgeving, goede loopbaanontwikkeling en betere stagevoorwaarden, zodat mensen niet afhaken, maar juist voor de zorg behouden blijven?

Ook mensen die leven met of na kanker verdienen goede ondersteuning, juist wanneer zij het ziekenhuis verlaten. IPSO-centra bieden laagdrempelige psychosociale begeleiding zonder verwijzing of wachtlijst. Daarmee voorkomen ze vaak zwaardere zorg. Dat is menselijk en verstandig. Ze werden net ook al aangehaald. Ik sluit dus aan bij de eerdere vraag. Is de minister bereid IPSO-zorg onder te brengen binnen AZWA? Is zij ook bereid om de structurele financieringsroute in kaart te brengen? Welke route ziet zij daarvoor als onder AZWA onderbrengen niet mogelijk is? Wil zij op korte termijn met IPSO en de betrokken partijen om tafel gaan om uiteindelijk tot een duurzame oplossing te komen?

Voorzitter, tot slot. Ze zijn net ook al genoemd en zitten hier ook: de huisartsen. Zij vormen de ruggengraat van ons zorgstelsel. Zonder sterke huisartsenzorg loopt de rest van de zorg vast. De rechter is daar ook duidelijk over geweest, want de NZa moet opnieuw naar de tarieven kijken. Gisteren is het NZa-besluit gepubliceerd en het is verschrikkelijk. Er is vooral nieuwe uitleg gekomen, in plaats van dat er een eerlijke oplossing op tafel ligt. Daarom gaan de huisartsen uiteraard opnieuw naar de rechter,

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

want ze moeten wel. Hoe kijkt de minister daarnaar? Vooral: hoe gaat ze ervoor zorgen dat de huisartsen uiteindelijk kunnen rekenen op toekomstbestendige, maar ook kostendekkende tarieven? Alleen dan kunnen ze investeren in hun personeel, in voldoende personeel, goede huisvesting, veilige ICT en de zorg die hun patiënten vandaag en morgen nodig hebben. Een akkoord is dus mooi, maar het moet in de praktijk gebeuren. De randvoorwaarden moeten daar ook voor worden ingevuld. Dank.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan gaan wij over naar de heer Bushoff van PRO. Ga uw gang.

De heer **Bushoff** (PRO):

Dank u wel, voorzitter. Ik begin even met een vraag over de verhoging van het eigen risico. Die moest in eerste instantie voor de zomer door beide Kamers zijn. Nu hoeft dat niet meer en zingt 1 oktober rond als datum. Ik zou de minister willen vragen of zij in de schorsing even met de zorgverzekeraars om tafel wil gaan, of daar in ieder geval contact mee wil opnemen, om echt een finaal antwoord te kunnen geven aan de Kamer op de vraag wanneer de verhoging van het eigen risico nou echt door beide Kamers moet zijn, want daar blijft toch wat onduidelijkheid over bestaan. Ik hoor daar graag een heel duidelijk en helder antwoord op dat er niet toe leidt dat er weer op wordt teruggekomen. Dat gezegd hebbende ben ik ook wel benieuwd welke konijnen deze minister nog uit welke hoge hoed gaat toveren om dit voorstel aan een meerderheid te helpen. Ik kijk namelijk even naar rechts, en als mijn buurvrouw van de BBB hierop niet draait en PRO ook niet draait, wat we niet gaan doen, dan zie ik hier nog steeds geen meerderheid voor. Ik ben dus benieuwd hoe de minister dit ziet, omdat dat nogal wat financiële consequenties zou kunnen hebben, ook voor de rest van de zorg.

Voorzitter. Dat gezegd hebbende ga ik verder met de huisartsen. Die zitten hier ook op de tribune. De huisarts vormt het fundament van ons zorgstelsel. Een vaste arts-patiëntrelatie is cruciaal, want die zorgt voor veel minder doorverwijzingen naar de tweede lijn. Dat is in de eerste plaats goed voor de patiënt en ook nog eens ontzettend goed voor ons allemaal, want minder doorverwijzen betekent minder druk op de zorg en brengt minder kosten met zich mee. Die vaste arts-patiëntrelatie is dus superbelangrijk. Eerder heb ik ook een initiatiefnota gepubliceerd, Stop de commercie, steun de huisarts,

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

met heel veel concrete voorstellen om ervoor te zorgen dat er veel meer praktijkhoudend huisartsen komen. De minister heeft al toegezegd om jaarlijks te rapporteren over de uitvoering van alle concrete maatregelen die in die initiatiefnota staan; daar kijk ik ook heel erg naar uit.

Waar ik ook heel erg naar uitkeek, maar nu niet zo blij mee ben, is de vaststelling van de tarieven. Een van de punten die ook in die nota stond, was namelijk: zorg voor realistische tarieven. In dat licht ben ik eigenlijk heel erg teleurgesteld in de uitkomst van de tariefvaststelling door de NZa, omdat de tarieven zoals ze nu opnieuw zijn vastgesteld, eigenlijk helemaal niet toereikend zijn. Dat is een heel groot struikelblok bij het zorgen voor voldoende praktijkhoudend huisartsen en met name bij het zorgen dat jonge of startende huisartsen daadwerkelijk van start kunnen gaan. Hoe kijkt de minister hiernaar? Dat zou ik willen vragen.

Dan een punt over passende zorg. Ik heb het eerder ook aangehaald en nagevraagd: waarom is de druppelbril, wat mij betreft een mooi voorbeeld van passende zorg, nou eigenlijk nog steeds geen onderdeel van het basispakket, terwijl hij wel bewezen ontlastend werkt voor medewerkers en bijdraagt aan de autonomie van patiënten? Toen was het antwoord van de minister: ja, dat is niet nodig, want in de praktijk zien we al dat hij heel veel wordt toegepast. Wij horen juist andere signalen. We weten ook dat bijvoorbeeld Zilveren Kruis nu wel zelf deze druppelbril vergoedt, via een constructie die eigenlijk niet houdbaar is. Wij vragen deze minister of het niet zinvol zou zijn om te verkennen of de vraag of hulpmiddelen die bijdragen aan passende zorg en transformatie en doelen als arbeidsbesparing en zelfredzaamheid bevorderen, onderdeel zou moeten worden van de toetsingscriteria van het Zorginstituut, waarmee het toetst of hulpmiddelen onderdeel zouden moeten worden van het basispakket, ja of nee. Als dat geen goede route zou zijn, zou het dan een betere route zijn om zorgverzekeraars meer mogelijkheden te geven om dit soort hulpmiddelen, die echt bijdragen aan passende zorg, nog buiten het pakketbeheer te vergoeden?

Voorzitter. In de brief van 24 april, die ook over passende zorg gaat, blijft wat mij betreft nog wel een beetje vaag hoe de minister nou gaat kijken naar de randvoorwaarden en de bekostiging van het concreet vormgeven van die beweging naar passende zorg. Een voorbeeldje dat ik zelf laatst tegenkwam, was Bernhoven, een ziekenhuis dat heel erg inzet op de transitie naar passende zorg, maar dat daar financieel niet de vruchten van plukt en daardoor eigenlijk in de knel komt. Dat werkt averechts en is enorm zonde, dus

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

ik zou de minister willen vragen: hoe gaan we hier nou mee om? Als we echt die beweging naar passende zorg willen maken, zullen we namelijk ook iets moeten doen in de bekostiging daarvan.

Voorzitter. Tot slot zorgfraude. Ik roep de minister op om de Wibz zo snel mogelijk naar de Kamer te sturen. Ik geef ook alvast vijf voorwaarden of voorstellen van PRO mee: een koppeling met de Wet op de economische delicten, het winstuitkeringsverbod verbreden naar onderaannemers, de eerste paar jaar geen winstuitkering doen, een vergunningsplicht voor declareren bij zorgverzekeraars, en het moet mogelijk worden om geld terug te vorderen dat frauduleus aan winsten wordt uitgekeerd. Dat zijn vijf concrete voorwaarden, waarvan ik hoop dat ze in de herziene Wibz staan, en anders zullen we zelf de amendementen daarop indienen; ze liggen al klaar.

Voorzitter. Dan nog één vraag daarover. Deze minister schreef recentelijk in een brief aan de Kamer over de aanpak van zorgfraude dat zij wil inzetten op multidisciplinaire teams die sneller ingrijpen bij fraudesignalen. Tegelijkertijd lazen we ook het bericht dat een team dat bij de inspectie zorgfraude onderzoekt, wordt opgeheven. Hoe moeten we dat met elkaar rijmen? Dat zou ik de minister willen vragen.

Helemaal tot slot. De laatste zin gaat over gordelroos. Daarbij sluit ik eigenlijk bijna aan bij de vragen van mijn collega Van Brenk en bij onze inderdaad aangenomen motie om ook kwetsbare ouderen met een Wlz-indicatie te vaccineren tegen gordelroos. Mijn vraag is eigenlijk of de later gereserveerde middelen voor de inhaalcampagne er ook niet deels geschikt voor zouden zijn om die motie uit te voeren. Ik ben benieuwd wat de minister daarvan vindt.

De voorzitter:

Dank u wel. Dat was iets over de tijd heen, maar we vergeven het u voor deze keer. Maak het in de tweede termijn maar goed. Dat roept voor dit moment geen vragen op, zie ik, dus dan gaan we naar mevrouw Maeijer van de PVV.

Mevrouw Maeijer (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik zal mijn best doen binnen de tijd te blijven. Vandaag spreken we over het Integraal Zorgakkoord en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord. Dat zijn bestuurlijke akkoorden die door VWS zijn gesloten met vele zorgpartijen, maar uiteindelijk gaan zij over mensen, namelijk over mensen die zorg nodig hebben en

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

mensen die in de zorg werken. Met het AZWA gaat het ook over welzijn, over hoe bij sommige mensen die zorgvraag kan worden voorkomen, omdat problemen niet altijd opgelost kunnen worden door zorg, maar soms door in te zetten op welzijn. De plannen zijn er en de goede voorbeelden ook, maar de belangrijkste vraag om te beantwoorden is hoe we zo snel mogelijk voor zo veel mogelijk mensen resultaat krijgen. Papier is namelijk geduldig, maar de oplossingen voor de grote knelpunten in de zorg kunnen niet wachten. In het jaarverslag van 2025 lezen we dat voor vrijwel het totale beschikbare budget van 2,8 miljard inmiddels plannen zijn goedgekeurd door zorgverzekeraars. Op de VWS-begroting staat dat er nog geld is. Is het gehele budget nu vergeven of hoeveel rest er nog? Is er in het coalitieakkoord nog extra geld vrijgemaakt?

Voorzitter. Er is een grote mate van vrijheid om middelen te besteden aan zorg en welzijn door gemeenten. Hoe zorgt de minister ervoor dat ze worden uitgegeven voor het doel waarvoor ze bedoeld zijn? De minister geeft aan dit jaar met een monitor te komen. Graag horen we van de minister wanneer we dit kunnen verwachten en wat daarin exact zal worden opgenomen. Er is een hoop geld beschikbaar binnen deze akkoorden en de vraag is niet alleen of dat volgens de regels wordt uitgegeven, maar ook of het het gewenste effect heeft voor de patiënten en de zorg.

Voorzitter. Dan de doelen van het IZA en het AZWA, zoals het toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar houden van de zorg, het laten dalen van het personeelstekort met 100.000 mensen in 2028 en het realiseren van meer gelijkwaardige toegang. Dit zou onder andere bereikt moeten worden door maximaal 20% administratietijd in 2030, betere inzet van personeel en technologie, meer gelijkwaardige toegang en passende zorg. Graag horen we van de minister waar we precies staan per doel en of dat volgens de minister op schema ligt en het gewenste effect heeft. De Patiëntenfederatie constateert dat er nog te weinig concrete voortgang is op resultaatafspraken die voor patiënten belangrijk zijn. Deelt de minister deze mening? De Patiëntenfederatie vraagt bijvoorbeeld om meer concrete en versnelde inzet op transparantie van de kwaliteit van zorg, de aanpak van wachttijden en het verminderen van medicijntekorten.

Voorzitter. Dan ga ik in op een van de doelen: maximaal 20% administratietijd in 2030. In een eerder debat moest de minister toegeven dat de eerste tussenstap van 5% minder administratietijd eind 2025 is blijven steken op slechts 1%. Zo gaan we er natuurlijk niet komen. Zij gaf toen aan dat zij hier in het najaar weer met de partijen over zou komen te spreken, maar wat gaat de minister nu precies doen om op koers te

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

komen? De KNMP vraagt bijvoorbeeld aandacht voor het verminderen van administratieve lasten bij tekorten en het verminderen van de regeldruk rondom recepten, machtigingen en declaraties. ActiZ schrijft dat het nog steeds ziet dat wetgeving niet aansluit op de praktijk en vraagt om keuzes. De eerstelijnscoalitie vraagt om een zwaardere rol van het ATR. Ik ga ervan uit dat de minister deze ideeën ook allemaal ontvangt. Hoe kijkt ze ernaar?

Voorzitter. Dan de plannen van het kabinet zelf. Ik had het er daarnet al even over met de heer Vervuurt. Hoe dragen die nu eigenlijk bij aan het bereiken van maximaal 20% administratietijd in 2030? De wijkverpleging werkt nu zonder eigen bijdrage en zonder toets op inkomen, eenvoudig en laagdrempelig. Kan de minister eens schetsen hoe de administratieve procedure er straks dan uit komt te zien? Krijgt elke cliënt dan een inkomenstoets? Krijgen zorgaanbieders weer nieuwe financiële rompslomp? De invoering hiervan werkt toch averechts op het doel dat bereikt moet worden? Erkent de minister dat? Kan de minister dan ook meten in hoeverre het nou eigenlijk tijd toevoegt in plaats van dat het zorgt dat er administratietijd af gaat?

Voorzitter. De akkoorden sturen op het verminderen van de verwachte personeelstekorten met 100.000 zorgmedewerkers in 2028, maar tegelijkertijd lezen we berichten dat de personeelscrisis in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg verergert. Hoe stuurt de minister daarop en wat is nu de stand van zaken?

Dan passende zorg. Iedereen wil natuurlijk zorg die past. Voor de PVV moet leidend zijn of een behandeling werkt voor de patiënt en medische meerwaarde heeft, niet dat het een bezuiniging oplevert. Enige tijd terug spraken we als commissie met de speciaal gezant Passende zorg. Hij gaf onder andere aan dat voorlopers het hierin moeilijk hebben. Ze werken aan de zorg van morgen in een systeem van gisteren, zei hij. Hij signaleerde een viertal knelpunten: patiënten ervaren onvoldoende ondersteuning en ruimte voor het samen beslissen, professionals werken met richtlijnen en volumenormen die niet altijd werken, zorgorganisaties vrezen voor hun rendement en zorgverzekeraars zien onzekerheid. Heeft het kabinet die voorlopers in beeld gebracht? Heeft het kabinet daarbij ook de belemmeringen in het systeem in beeld gebracht om goede voorbeelden verder uit te rollen?

Voorzitter. De minister schrijft dat er gewerkt wordt aan de basisfunctionaliteiten. Hoe komt zo'n basisfunctionaliteit dementie er nou eigenlijk precies uit te zien? Is er daarin plek voor DemenTalent? We ontvingen ook verschillende e-mails -- een aantal collega's

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

refereerde er al aan -- van IPSO, een initiatief voor laagdrempelige informele psychosociale ondersteuning voor mensen die leven met en na kanker, voor hun naasten en voor nabestaanden. Kan de minister iets vertellen over de huidige financiering? Is dit nou een initiatief dat volgens de minister een plek zou kunnen hebben binnen een van deze akkoorden?

Voorzitter. De druk op de huisartsenzorg loopt verder op, de wachttijden lopen op en het aantal verzekerden dat niet is ingeschreven bij een praktijk stijgt ook sterk. Heel veel collega's hebben daar al vragen over gesteld, dus kortheidshalve vraag ik de minister om een reactie op de berichtgeving van gisteren. Die ging over het bericht dat de huisartsen weer naar de rechter stappen, omdat de nieuwe tarieven te laag zouden zijn. Voorzitter, tot slot. Er wordt in de akkoorden veel gesproken over de beweging naar de voorkant, zodat zorgvragen kunnen worden voorkomen of kunnen worden uitgesteld. Het verlicht de druk op de zorg en kan ervoor zorgen dat mensen de juiste hulp krijgen. Het kabinet zegt deze beweging te steunen, maar neemt maatregelen die daar haaks op staan. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het invoeren van de eigen bijdrage in de wijkverpleging, waardoor problemen later zullen worden gezien, met alle gevolgen van dien. De wijkverpleging komt achter de voordeur. De huishoudelijke hulp komt achter de voordeur. Wat wil dit kabinet nu eigenlijk? Waarom verdedigt de minister maatregelen die niet alleen slecht zijn voor kwetsbare groepen, maar die ook nog eens haaks staan op de beweging die de minister zegt te steunen? Ik begrijp hier niks van. Ik maak mij er ook grote zorgen over.

Voorzitter. In het AZWA staat ook dat iedereen ...

De voorzitter:

Komt u tot een afronding, mevrouw Maeijer?

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Zeker, ik heb nog paar zinnen. In het AZWA staat ook dat iedereen toegang moet hebben tot de juiste zorg in de stervensfase. De eigen bijdrage in de wijkverpleging staat hier haaks op. Het werpt een drempel op voor mensen om thuis te kunnen sterven of om thuis de palliatieve zorg te krijgen die zij nodig hebben. Ik begrijp niet hoe de minister dit met elkaar kan rijmen. Ik zou daar heel graag een reactie op willen.

Dank u wel.

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan gaan wij tot slot naar mevrouw Wendel van de VVD. Gaat uw gang.

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Voorzitter. In Nederland hebben we fantastische zorgverleners die zich dag in, dag uit met hart en ziel inzetten om voor mensen te zorgen, of het nu heel vroeg in de ochtend of diep in de nacht is. Als wij zorg nodig hebben, dan zijn ze er voor ons. Dat is niet vanzelfsprekend. Daar moeten we ons bewust van zijn.

Voorzitter. We staan met elkaar voor een grote uitdaging, want de werkdruk in de zorg is heel hoog. Als we niets doen, dan zal die in de toekomst alleen nog maar hoger worden, omdat het personeelstekort steeds groter wordt. We moeten onze zorgverleners ontlasten, ook wanneer de vraag naar zorg toeneemt door de dubbele vergrijzing. De VVD is daarom ook blij met de zorgakkoorden die de afgelopen jaren zijn gesloten, want in deze akkoorden worden de handen ineengeslagen. De overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en partijen uit het sociaal domein staan samen aan de lat om de zorg te hervormen. De zorgakkoorden zijn een noodzakelijke stap om de zorg ook in de toekomst toegankelijk en van hoge kwaliteit te houden. Als we niets doen, komt het moment dichterbij waarop we niet iedereen meer de kwalitatief goede zorg kunnen bieden die hij of zij nodig heeft. Dat kunnen en mogen we niet accepteren. Een akkoord op papier is nog geen verandering in de praktijk. Daarom wil ik de minister vragen hoe we nu de stap maken van afspraken naar uitvoering. Hoe zorgt zij ervoor dat ook de lastige keuzes die hiervoor nodig zijn daadwerkelijk worden gemaakt?

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Mevrouw Wendel vraagt hoe we de kwalitatief goede zorg overeind en beschikbaar houden, maar dat begint natuurlijk bijvoorbeeld ook bij het overeind houden van de huisartsenpraktijken. Is mevrouw Wendel van mening dat die huisartsen eigenlijk gewoon kostendekkend gecompenseerd zouden moeten worden?

Mevrouw **Wendel** (VVD):

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

De NZa gaat natuurlijk over de tarieven. Die doet ook kostenonderzoek. Die gaat daarover. Ik ben het zeker met mevrouw Wiersma eens dat huisartsen heel belangrijk zijn, juist in onze beweging naar de eerste lijn.

De **voorzitter**:

U zat al aan uw vier interrupties, mevrouw Wiersma. We zitten goed in de tijd, dus ik sta een hele korte vervolgvraag toe. Heel kort.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Ja, het kan zo zijn dat de NZa daar formeel over gaat, maar tegelijkertijd ligt hier ook gewoon een verantwoordelijkheid van dit kabinet, van deze minister en van ons als Kamer. Ik vraag dus of mevrouw Wendel, of haar partij, vindt dat die huisartsen gewoon kostendekkend gecompenseerd moeten worden. Het overeind houden van die zorg betekent ook dat je die praktijken overeind moet houden.

De **voorzitter**:

Mevrouw Wiersma, de vraag is duidelijk.

Mevrouw **Wendel** (VVD):

De vraag is eerlijk gezegd ook exact dezelfde als de vorige vraag.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Geef dan ook antwoord!

De **voorzitter**:

Mevrouw Wiersma, we voeren hier het debat via de microfoon, en via de voorzitter. Mevrouw Wendel, kunt u nog een kort en beknopt antwoord geven?

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Het antwoord op de vraag is heel helder: de NZa doet kostprijsonderzoeken en bepaalt de tarieven. Ik ben het met mevrouw Wiersma eens dat huisartsen heel belangrijk zijn en daarom zetten we ons daar ook voor in. Denk bijvoorbeeld aan meer tijd voor de patiënt. Dat vind ik heel belangrijk.

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

De **voorzitter**:

Vervolgt u uw betoog. Nee, ik zie dat u ook nog een interruptie hebt van de heer Bushoff.

De heer **Bushoff** (PRO):

Ik ga nog op dit punt door. Wat mevrouw Wendel zegt, klopt: de NZa gaat over de tarieven. Maar we zien ook dat de tarieven die berekend worden, niet toereikend zijn. We vinden die huisartsen wel heel cruciaal, zoals ook mevrouw Wendel net aangaf. Is dat dan een gegeven waar we ons bij moeten neerleggen, of vindt mevrouw Wendel dan ook dat er actie moet worden ondernomen om iets voor de huisartsen te doen?

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Ik zeg niet dat we ons zomaar ergens bij moeten neerleggen, maar ik denk ik ook niet dat we zomaar direct moeten zeggen dat we de tarieven moeten ophogen. Volgens mij is het belangrijk dat wij naar het totale plaatje kijken. De NZa heeft nu een kostprijsonderzoek gedaan. Als we daaraan twijfelen, kunnen we natuurlijk aan de minister vragen wat zij daarvan vindt, maar voordat wij daar een antwoord op hebben, zal ik hier niet pleiten voor iets anders.

De **voorzitter**:

Er zijn verder geen vragen, dus vervolgt u uw betoog, mevrouw Wendel.

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Nee, alleen een vraag buiten de microfoon, maar dat mag blijkbaar. Goed.

De **voorzitter**:

Daar hoeft u niet op in te gaan. Dus gaat u verder.

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Hoe zorgt de minister ervoor dat partijen over hun eigen schaduw heen stappen in het belang van iedereen die zorg nodig heeft? De Algemene Rekenkamer is kritisch op het IZA, omdat er te veel wordt gestuurd op acties en te weinig op het behalen van de

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

daadwerkelijke doelen. Het blijft onduidelijk of alle inspanningen ook echt leiden tot betere, toekomstbestendige zorg. De minister heeft aangekondigd dat in er in 2026 een geïntegreerde IZA/AZWA-monitor komt. Kan zij aangeven per wanneer deze monitor operationeel zal zijn? Hoe gaat deze geïntegreerde monitor eruitzien? Op welke manier worden daarin resultaten en maatschappelijke effecten inzichtelijk gemaakt in plaats van alleen activiteiten? Hoe gaat zij binnen het AZWA uitvoering geven aan de motie-Tielen over betere monitoring en sturing op de beoogde uitkomsten?

Ik wil er inhoudelijk drie onderwerpen uitlichten. Allereerst de arbeidsmarkt. In de zorgakkoorden zijn goede afspraken gemaakt om de werkdruk te verlagen en de professionals meer ruimte te geven. Dat is essentieel voor de goede zorg en om werken in de zorg aantrekkelijk te houden. Tegelijkertijd weten we dat Nederland kampioen deeltijdwerken is, juist ook in de zorg. Daarom vraag ik de minister: wat wordt er concreet gedaan om zorgprofessionals te stimuleren meer uren te werken? Wordt medewerkers actief gevraagd of zij hun contract willen uitbreiden? Recentelijk bleek opnieuw dat veel mensen vastzitten in kleine contracten. Hoe kijkt de minister aan tegen een meerurenbonus, waarbij medewerkers worden beloond wanneer zij structureel meer uren gaan werken? Hoe zorgt zij ervoor dat werkgevers gestimuleerd worden om medewerkers die mogelijkheid ook daadwerkelijk aan te bieden?

Dan de gegevensuitwisseling en de kwaliteit van zorg. Uit de monitor blijkt dat voor slechts 11,5% van de ziektelast ten minste één uitkomstindicator transparant beschikbaar is voor patiënten. Dat is simpelweg te weinig. Patiënten moeten kunnen zien waar goede zorg wordt geleverd en zorgprofessionals moeten van elkaar kunnen leren. Recentelijk heeft de Kamer de Wet kwaliteitsregistraties zorg aangenomen. Welke aanvullende stappen gaat de minister de komende periode zetten om kwaliteitsinformatie beter beschikbaar te krijgen? Verwacht zij dat deze wet voldoende zal zijn? Uit ervaringen in Denemarken blijkt immers dat transparantie over kwaliteit geen negatieve gevolgen hoeft te hebben voor de bedrijfsvoering van de ziekenhuizen. Is de minister bereid die lessen mee te nemen?

Tot slot de spreiding en concentratie van zorg. Vrijwel alle betrokken partijen onderschrijven dat hoogcomplexiteit zorg geconcentreerd moet worden om de kwaliteit hoog te houden. De realiteit is echter dat dit in de praktijk weerbarstiger is. Daarom vraag ik de minister of de huidige wet- en regelgeving, met name de Wet op de bijzondere medische verrichtingen, nog voldoende aansluit bij de ambitie om

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

hoogcomplexere zorg waar nodig te concentreren. Is dit onderdeel van de wettelijke aanpassingen die nodig zijn om passende zorg daadwerkelijk mogelijk te maken? Ziet de minister binnen de huidige kaders nog ruimte om concrete stappen te zetten? In de brief van 22 juni schrijft het kabinet dat individuele belangen de noodzakelijke transitie niet in de weg mogen staan. De VVD onderschrijft dit uitgangspunt volledig, maar daar horen ook duidelijke keuzes, heldere regie en concrete acties bij. Juist daarop zullen wij de minister blijven aanspreken.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Ik zie een aantal interrupties. Ik begin bij mevrouw Van Brenk van 50PLUS. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

De VVD praat over werkdruk in de zorg en meer uren werken in de zorg. Afgelopen maandag hadden we bij een andere commissie, de commissie Sociale Zaken, een rondetafel over uitval door mentale, psychische problemen, voornamelijk van jonge vrouwen in het onderwijs en de zorg. Als we meer op het bordje leggen van de mensen in de zorg, hoe gaan we dat dan doen? Wat ziet de VVD voor zich?

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Dit is een zeer terecht punt. Ik heb hier vanochtend ook zeer uitgebreid over gesproken met mevrouw Michon, die de rondetafel had aangevraagd. We maken ons daar echt zorgen om. Het is des te meer een reden om keuzes te maken in de zorg. Als we dat niet doen, blijven we zorgverleners steeds meer overbelasten, terwijl we als we keuzes maken, ervoor zorgen dat de zorgverleners ook weer tijd en ruimte hebben voor de patiënt. Zij kunnen dan vragen hoe het echt met iemand gaat en ook echt het antwoord afwachten, in plaats van al doorgerend te moeten zijn naar de volgende patiënt.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van Brenk, dit is uw laatste interruptie.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Ik heb 'm speciaal bewaard. Laat ik stellen dat de volgende zorg leeft bij 50PLUS. Stel dat wij minder in de zorg doen, dat we meer bij de gemeenschap en de mantelzorgers leggen en dat we meer verwachten van burens, kinderen, noem maar op. Dat zijn ook allemaal mensen die heel vaak werk hebben en een eigen gezin enzovoort. We hebben nog een aantal SER-rapporten over de werkdruk bij mantelzorgers en de overbelasting van mantelzorgers te bespreken. Hoe gaan we dit nu met elkaar doen zodat iedereen het vol kan houden en het draagbaar is voor zowel de vrijwilligers als de mantelzorgers als de professionals?

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Ik durf het bijna niet te zeggen, maar het is wederom een zeer terechte vraag van mevrouw Van Brenk. De VVD kijkt er als volgt naar. Het eerlijke verhaal is dat we niet meer alles van de zorg kunnen vragen. Dat is precies om de reden die mevrouw Van Brenk geeft: zorgprofessionals kunnen het niet meer aan en de vraag is zo hoog, waardoor er zo veel mensen in de zorg moeten werken. Dat is gewoon niet haalbaar. We moeten het dus samen doen. Dat betekent ook dat we meer van mensen zelf moeten vragen. Daarbij deel ik de zorg die mevrouw Van Brenk heeft, namelijk: hoe zorgen we ervoor dat we er voor de mantelzorgers zijn, die ook volle bak werken, die ook vaak nog vrijwilligerswerk doen en die zo veel ballen hoog te houden hebben? Precies daarom ben ik ook heel blij met het rapport dat de SER daar laatst over geschreven heeft. Ik wil heel graag samen met mevrouw Van Brenk, en uiteraard de anderen hier, dat rapport straks uitgebreid bespreken. Ik denk niet dat het antwoord op één interruptie voldoende zou zijn om deze mensen te helpen.

De **voorzitter**:

Ik zag dat de heer Bushoff ook nog een vraag had. Gaat uw gang. Dat is ook uw laatste interruptie.

De heer **Bushoff** (PRO):

Zeker. PRO en de VVD verschillen weleens van mening over een heel aantal onderwerpen. Tegelijkertijd hoort bij verantwoorde politiek ook dat je zoekt naar punten waarop je elkaar kunt vinden. Ik denk dat dat gelukkig op best wat onderwerpen gaat, bijvoorbeeld wat betreft ervoor zorgen dat geld bedoeld voor de zorg ook echt naar de

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

zorg gaat en niet naar fraude of exorbitante winstuitkeringen. In dat licht ben ik benieuwd of de VVD er iets voor voelt om ervoor te zorgen dat we in de Wibz -- we weten nog niet hoe die er uiteindelijk precies uit gaat zien -- een koppeling maken met de Wet op de economische delicten en om het winstuitkeringsverbod, dat nu al geldt, uit te breiden naar onderaannemers.

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Ik waardeer de verbindende houding van de heer Bushoff. Na zijn betoog van zojuist is dat verfrissend, zal ik maar zeggen. Ik heb natuurlijk ook zijn pleidooi in de krant gelezen met allerlei voorwaarden om deze wet te steunen, maar ik wil niet vooruitlopen op de behandeling van deze wet. In het kader van de verbinding denk ik dat we er samen heel veel waarde aan hechten dat we zorgfraude aanpakken en dat zorggeld in de zorg terecht komt, om ervoor te zorgen dat we er kunnen zijn voor de mensen die dat het hardste nodig hebben. Ik hoop dus dat we elkaar gaan zien.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik zie verder geen vragen meer. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn van de kant van de Kamer. Ik heb van de ministers het verzoek gekregen om drie kwartier te schorsen. Dat geeft ons ook even de tijd om wat te eten. Dat betekent dat wij om 13.55 uur weer verdergaan. Ik schors tot 13.55 uur.

De vergadering wordt van 13.08 uur tot 13.58 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Dames en heren, welkom terug allemaal. Wij gaan verder met het tweede deel van het commissiedebat over het Integraal Zorgakkoord, het IZA, en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord, het AZWA. We zijn toegekomen aan de eerste termijn van de beantwoording. Ik begrijp dat minister Hermans daarbij zal aftrappen. Wilt u ons misschien eerst even meenemen in de opbouw van uw antwoorden, voor ik u definitief het woord geef?

Minister **Hermans**:

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Dank, voorzitter. Ik zal allereerst ingaan op de vragen die gesteld zijn over hoe we ervoor gaan zorgen dat de dingen die gebeuren, worden opgeschaald en ook echt worden geïmplementeerd. Daarna komen de vragen die zijn gesteld over de monitor, hoe we de effecten en de resultaten goed in beeld krijgen. Dan zijn er vragen gesteld over de kwaliteitsinformatie en de transparantie daarover. Daarna komt het blokje zorglandschap in de regio; daarin zal ik ook de vragen beantwoorden die over de huisartsen gesteld zijn. Daarna kom ik bij een blokje overig.

De **voorzitter**:

Prima. Dan stel ik aan de commissie voor het aantal interrupties weer op vier te zetten. We zitten op zich goed in de tijd, dus mocht dat nou zo blijven, dan kunnen we altijd kijken of er gedurende het proces wat meer ruimte is. Wil de heer Bushoff daar een opmerking over maken?

De heer **Bushoff** (PRO):

Ik heb eigenlijk een hele praktische vraag: waar valt passende zorg onder in deze blokjes? Die kan namelijk onder de eerste drie vallen.

Minister **Hermans**:

Excuus. Die zit in mijn eerste blokje, bij het opschalen en het echt voor elkaar krijgen van de passende zorg.

De **voorzitter**:

Prima. Dank u wel. U heeft een wat in elkaar doorlopend verhaal. Laten we met elkaar vooral ook even de logische momenten voor de interrupties opzoeken. Als iedereen het daarmee eens is, kan u van start gaan, minister. Aan u het woord.

Minister **Hermans**:

Voorzitter, dank. Laat ik beginnen met te zeggen dat ik in de afgelopen net iets meer dan drie maanden op heel veel plekken in ons land op werkbezoek ben geweest en dat ik ons zorgstelsel, ons zorgsysteem, maar vooral de mensen die daar werken van heel dichtbij gezien en gesproken heb. Natuurlijk is er een heleboel om te bespreken wat beter kan, en misschien ook wat anders moet, omdat er andere behoeften en andere

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

wensen zijn, maar laat ik beginnen met te zeggen dat onze zorg echt een van de allergrootste verworvenheden in ons land is. Het is een solidair stelsel, waar we met z'n allen echt ontzettend trots op mogen zijn. Als je iets hebt wat zo mooi en goed is en je dat ook zo wilt houden voor de toekomst, dan moeten we ook bereid zijn om daar nu stappen voor te zetten, om daar nu voor te vechten en keuzes te maken. Mevrouw Tijmstra zei dat wel mooi: de 8 die het is, moet naar een mooie, nieuwe 8. Ik vond dat mooi verwoord. We moeten onze zorg namelijk sterk, toegankelijk en betaalbaar houden.

De realiteit dwingt ons om daar keuzes in te maken. We worden steeds ouder met elkaar. Dat is mooi en het is een groot goed, maar het betekent ook dat de vraag naar zorg hand over hand toeneemt. Er zijn simpelweg niet voldoende zorgmedewerkers en zorgprofessionals beschikbaar. Dat dwingt ons -- ik zeg het nogmaals -- tot het maken van slimme en scherpe keuzes. Dus komen we samen in beweging. Ik zeg bewust "komen we samen in beweging", want er gebeurt ook echt al een heleboel. Daar zal ik zo nader op ingaan. We zorgen er ook voor dat mensen, ook in de toekomst, op tijd de zorg, hulp en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben en dat we de zorgpremies voor iedereen betaalbaar houden.

Daarom werken we aan die vernieuwing en verandering. Dat doen we met afspraken uit het Integraal Zorgakkoord en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord, het IZA en het AZWA. Mevrouw Coenradie, mevrouw Van Brenk en mevrouw Wiersma zeiden het volgende. Iedereen zei het met eigen woorden, maar het kwam op hetzelfde neer: het zijn woorden op papier, en die moeten nu effect gaan sorteren in de praktijk. Met die afspraken hebben we ook twee transitiedoelen met elkaar afgesproken. Aan de ene kant is het doel om de zorg toekomstbestendig te maken, waardoor we het groeiende personeelstekort op kunnen vangen door het werk slimmer te organiseren, door keuzes te maken over welke zorg nou echt nodig is en door de kansen van digitalisering en AI echt te gaan benutten, niet voor nog meer administratie, maar juist door de computer het werk te laten doen, zodat de zorgverlener weer tijd heeft voor de patiënt. Ik geloof dat mevrouw Wiersma was die ook een oproep deed om digitalisering vooral op die manier in te zetten. Dat is dus een van de twee transitiedoelen. Het tweede doel dat we met de akkoorden hebben, is zorgen voor een gelijkwaardige toegang tot passende zorg. Iedereen moet binnen de geldende normen de juiste zorg kunnen krijgen.

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Dit zijn de twee doelen als ik ze omschrijf in bestuurlijke termen, maar als ik ze in mijn eigen woorden samenvat, zeg ik dat we erop inzetten dat iedereen een gezond leven kan leiden in Nederland en dat we voorkomen dat je ziek wordt. Als dat dan toch gebeurt, voor kortere of langere tijd, soms je hele leven, moeten we zorgen voor de goede zorg die je nodig hebt. Er moet een dokter voor je klaarstaan als je die nodig hebt, ongeacht waar je woont, hoeveel je verdient of wat je aandoening is. Ik wil ook dat mensen die in de zorg werken dat met plezier kunnen blijven doen en gaan doen in de toekomst. Het moet aantrekkelijk blijven om in de zorg te gaan werken.

Voorzitter. Om dit voor elkaar te krijgen, moet de optelsom van al die afspraken in de beide akkoorden -- ik kom zo nog op de rekensom van mevrouw Coenradie -- leiden tot de juiste zorg op de juiste plek, geleverd door de juiste persoon. Dat is dus lang niet altijd alleen maar medische zorg. Vaak ligt het antwoord ook in ondersteuning binnen het sociale domein. Die verbinding tussen het medische en sociale domein hebben we ook zo hard nodig om de beweging naar gezondheid te kunnen maken. In mijn woorden gezegd: van pillen en operaties naar een gezonde leefstijl en een gezonde omgeving. Voor patiënten betekent dit uiteindelijk dat de zorg goed blijft, maar ook wel dat er dingen anders worden, bijvoorbeeld omdat we meer digitaal gaan doen.

Voorzitter. Het mooie is dat die beweging, die verandering, is begonnen. De heer Vervuurt noemde een aantal voorbeelden uit de praktijk. Dat zijn eigenlijk allemaal voorbeelden die alle afspraken uit het IZA en het AZWA in de praktijk brengen en die letters met cijfers D1, D3, C4 et cetera concreet handen en voeten geven in de praktijk. Ik noem er zelf ook nog een paar. Ik ga straks echt in op die onderwerpen waar nog meer aandacht en focus op moet komen te liggen, maar ik wil ook niet voorbijgaan aan al dat werk dat al verricht en verzet wordt in de zorg.

Om te beginnen is er het voorbeeld van de proactieve zorgbemiddeling. Daar hebben we jarenlang over gesproken, maar sinds april gebeurt het, voor de medisch-specialistische zorg en voor de ggz-zorg. Als jij lang op de wachtlijst staat en toestemming hebt gegeven aan je zorgverzekeraar, word je gebeld om te kijken waar je wél snel terechtkunt. Met die service hopen we mensen sneller en gerichter te kunnen helpen. Er gaat structureel geld naar de regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden, waarin huisartsen, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en apothekers intensief samenwerken. Ik vergeet nu ongetwijfeld een groep en doe geen recht aan iedereen die daar aan tafel zit. In plaats van de eilandjes waar we het in debatten in het verleden

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

weleens over gehad hebben, zitten daar echt alle partijen aan tafel. Zij zijn het aanspreekpunt voor ziekenhuizen, ggz, zorgverzekeraars, maar ook voor het sociale domein via de sterke sociale teams.

Dan was er afgelopen week het voorbeeld van de cardiologen, die met elkaar afspraken hebben gemaakt over welke behandelingen eigenlijk niet nodig zijn, geen bewezen waarde toevoegen aan de kwaliteit van zorg en waar we mee gaan stoppen. Ik ga straks nog wel wat langer in op de maatwerkvoorziening voor huisartsen en de voorbeelden van samen beslissen, waarin patiënt en dokter samen afspraken maken. Dat komt ook steeds meer van de grond.

Voorzitter. Ik vind de vragen die gesteld zijn terecht. Wat betreft het opschalen en de goede voorbeelden die ik en de heer Vervuurt noemden: we moeten er met z'n allen keihard aan werken om die initiatieven voor iedereen door het hele land beschikbaar en toegankelijk te maken. Iedereen moet erop kunnen rekenen, niet alleen omdat jouw zorgverlener toevallig een koploper is. De heer Vervuurt stelde mij de vraag hoe ik ervoor ga zorgen dat die initiatieven niet afhankelijk blijven van incidentele financiering of individuele kartrekkers, maar echt onderdeel worden van de reguliere zorg. Dit is het doel van het IZA en het AZWA. Tegelijkertijd hebben wij in het coalitieakkoord met elkaar afgesproken dat we naast de energie die uitgaat van die akkoorden en de afspraken die we hebben gemaakt, ook duidelijkheid moeten scheppen met wet- en regelgeving, zodat de vrijblijvendheid ervan afgaat en we voorlopers een duwtje in de rug geven. Achterlopers moeten we ook een duwtje in de rug geven, misschien af en toe een net iets harder duwtje in de goede richting. Ik wilde het anders formuleren, maar weet niet of dat helemaal parlementaire taal is, dus vandaar.

Voorzitter. Het is belangrijk om die initiatieven, die effectieve innovaties, goed geïmplementeerd te krijgen. Daarom ben ik het helemaal met de heer Vervuurt eens: we moeten geen incidentele subsidies geven of individuele kartrekkers als succesvoorwaarde stellen, maar een aantal randvoorwaarden op orde brengen in de contractering en de bekostiging en zorgen dat regelgeving en implementatie beter aansluiten. Dat doen we ook door passende zorg de norm te maken en dat ook in wet- en regelgeving vast te leggen.

Voorzitter. Dan vroeg mevrouw Tijmstra mij over de doorbraakmiddelen: gaan die nou naar de koplopers, en is er sprake van competitie op kwaliteit of is het geld zo verdeeld dat iedereen een beetje krijgt? Ik denk dat het belangrijk is om eerst te zeggen dat de

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

doorbraakmiddelen echt naar de bewezen effectieve interventies gaan: projectaanpakken waarvan we zeker weten dat die de beweging die wij willen, bijvoorbeeld op het gebied van arbeidsbesparingen, daadwerkelijk in gang zetten. Iedereen die dat wil implementeren, kan daar in principe aanspraak op maken. Ze gaan dus naar de koplopers van de bewezen effectieve interventies. We hebben een aantal impactvolle toepassingsgebieden gekozen en daarover ook gezegd: daarbij willen we landelijk gaan opschalen. Ik benoemde al dat die echt zien op de arbeidsbesparingen. Dan moet u denken aan spraakgestuurd rapporteren en capaciteitsplanning die echt via modelplannen gaat gebeuren. Er is dus geen sprake van competitie, maar de aanvraag moet wel passen binnen een modelplan dat wij gemaakt hebben voor deze projecten, en achter die modelplannen zit weer de gedachte dat we de regeldruk zo veel mogelijk beperken.

Dan vroeg mevrouw Tijmstra ook nog naar de doorbraakmiddelen voor het sociaal domein, naar hoe de verdeling daarvan is gekozen. Een deel van de 800 miljoen aan doorbraakmiddelen die in het AZWA zit, 200 miljoen, gaat naar basisfunctionaliteiten op het snijvlak van zorg en sociaal domein. Daarmee versnellen we in de gemeenten in 2027 en 2028 op die projecten. De doorbraakmiddelen worden regionaal verstrekt en de regio's bepalen met de inzichten uit de regioscan waar extra inzet nodig is om te komen tot landelijk dekkende basisfunctionaliteit in 2030. Zo borgen we dus dat die doorbraakmiddelen echt op een impactvolle manier worden ingezet.

Voorzitter. Mevrouw Maeijer zei: het AZWA gaat ook over welzijn. Dat klopt als een bus; dat weet mevrouw Maeijer nog beter dan ik, want zij heeft natuurlijk de totstandkoming van dat akkoord van dichtbij meegemaakt. Ik vind dat ook een heel belangrijke toevoeging aan de afspraken die er liggen. De vraag van mevrouw Maeijer was: is het hele budget nou vergeven of is er nog budget beschikbaar? Het is goed om te zeggen dat er uit het IZA 2 miljard aan transformatiemiddelen beschikbaar was om die transformaties te ondersteunen. Dat budget is inmiddels toegekend. Er waren 180 plannen ingediend. In hoeverre dat bedrag ook daadwerkelijk wordt uitgegeven, is weer afhankelijk van in hoeverre de plannen daadwerkelijk gerealiseerd worden; dat houden de verzekeraars nauwlettend in de gaten. Als er middelen vrijvallen, worden die ingezet voor plannen die al zijn goedgekeurd maar in de wachtrij staan.

Daarnaast is er dus de 800 miljoen waar ik net in mijn antwoord op de vraag van mevrouw Tijmstra op inging. Daarvan loopt 600 miljoen via de doorbraakprojecten en

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

gaat 200 miljoen via een SPUK naar de gemeenten. Die zijn ook echt gericht op de verbinding met het sociaal domein, dus daar komt die koppeling van welzijn aan de akkoorden echt in tot uitdrukking.

Voorzitter. Mevrouw Coenradie en mevrouw Tijmstra zeiden: in de transitie naar passende zorg zien we eigenlijk dat je in contracteringen en vaak ook in bekostiging nog wel tegen knelpunten kunt aanlopen. Ze noemden beiden de PxQ. Hoe gaan we daar nou mee om? Het is zo dat in sommige gevallen de financiering, of die manier van bekostigen, kan knellen bij het leveren van passende zorg. Dat heb ik zelf ook gezien en gehoord bij een aantal bezoeken in de afgelopen periode. De NZa bekijkt daarom op dit moment samen met partijen welke verbeteringen er nodig zijn in de financiering of de bekostiging. Ook wordt gekeken hoe de huidige bekostiging van de medisch-specialistische zorg de beweging naar passende zorg beter kan ondersteunen. Tegelijkertijd biedt de huidige vorm van contracteren ook al ruimte om afspraken te maken over passende zorg, bijvoorbeeld door meerjarige afspraken te maken waarbij die productie niet langer leidend is. Ik hecht er wel waarde aan om dat te benadrukken. Die afspraken over het op die manier inkopen van zorg kunnen dus ook al binnen de huidige manier van bekostigen worden toegepast.

Mevrouw **Tijmstra** (CDA):

Als het gaat om het opschalen van goede initiatieven krijg ik het punt van het type bekostiging echt wel heel veel terug uit het veld. Mijn vraag is eigenlijk of de NZa in beeld heeft of in beeld kan brengen welk type bekostiging helpt om zo'n transformatie te versnellen en welk type bekostiging dat tegenhoudt, zeg maar. Ik heb namelijk zelf gewoon het gevoel dat we iets proberen bij te sturen in een systeem dat niet past omdat we de zorg op een andere manier willen organiseren. Ik zoek het dus echt hoog over: gaan we het redden met een beetje draaien aan de knoppen in het huidige systeem of moeten we gewoon nadenken over de vraag of we het misschien anders moeten inrichten?

Minister **Hermans**:

Daarom begon ik ook met zeggen -- misschien moet dat nog explicieter -- dat de NZa op dit moment samen met de veldpartijen ook echt onderzoekt welke verbeteringen er nodig zijn in de financiering of de bekostiging. Misschien dat het woord "verbeteringen"

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

voor mevrouw Tijmstra te weinig fundamenteel klinkt, maar dat zal uiteindelijk wel tot een aantal fundamentele vragen leiden, die we dan natuurlijk, als de NZa dit onderzoek heeft afgerond, met elkaar weer op een goeie manier moeten bespreken. We hebben die akkoorden afgesloten om een beweging die al gaande was kracht bij te zetten. Die beweging gaat ook niet meer stoppen. Die gaat door. Wat doen we nu dus? We helpen nu met transformatie-, transitie middelen om die beweging van de grond te krijgen, maar je wil ook dat als die middelen stoppen, die transformatie -- die is dan nog niet klaar, want wij weten allemaal dat transformaties echt wel meerdere jaren duren -- wel doorgaat en dat die duurzaam is ingebed in hoe onze zorg georganiseerd en ook bekostigd is. Daar ziet dit onderzoek ook op. De heer Bushoff refereerde aan het voorbeeld bij Bernhoven. Ik denk dat de antwoorden net naar de Kamer zijn gegaan en anders, wilde ik zeggen, komen ze er snel aan. Dat is een voorbeeld van een ziekenhuis dat al vroeg met passende zorg bezig was: daar ontstaan toch problemen. Dan moeten we twee dingen doen. Een. Waar komen die problemen precies door? Heeft dat hiermee te maken of is er misschien iets anders aan de hand? Ik wil niet zeggen dat we dat dan niet op moeten lossen, maar de vraag is dan wel of daar misschien een ander vraagstuk speelt. Daar waar de bekostiging eigenlijk niet de beweging in de hand werkt en niet helpt om dat duurzaam voor elkaar te krijgen, moeten we daar natuurlijk met elkaar iets aan doen. Dan wil ik dus wel precies weten waar dat knelt. Dat onderzoekt de NZa op dit moment, samen met veldpartijen.

De voorzitter:

Nog een aanvullende vraag van mevrouw Tijmstra.

Mevrouw Tijmstra (CDA):

Ik vind het goed dat daar oog voor is, want het is echt een punt dat ik heel vaak terughoor en dat een belemmerende werking heeft op alle energie die er in de samenleving is om zorg op een andere manier te bieden. Mijn vraag is eigenlijk tweeledig. Gaan we dan snel genoeg? Ik zou het echt zo zonde vinden als we vanuit de overheid op het gebied van contractering of van toezicht achter de wagen blijven hangen voor de mensen die zo graag willen. Wat betreft het opschalen van goede initiatieven is de vraag hoe we het voor elkaar krijgen dat zij de ruimte voelen om die goeie stappen naar voren te zetten. Daar is het ziekenhuis Bernhoven een heel goed voorbeeld van.

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Ze doen echt de goede dingen en vervolgens lopen ze vast op de regels die wij hier met z'n allen bedenken. De vraag is dus of we snel genoeg gaan en of we erover geïnformeerd kunnen worden wanneer dat onderzoek er dan ligt.

Minister **Hermans**:

Ik begrijp het, ook dit ongeduld. Dat ventileer ik zelf ook weleens aan tafel op het ministerie. Ik wil daar twee dingen over zeggen. Een. Ik zie en erken echt dat dit knelt en dat dit met elkaar op gespannen voet staat. Tegelijkertijd vind ik ook dat we goed moeten nadenken over hoe je dit oplost, want dit vraagt wel even een zorgvuldige analyse van wat er aan de hand is, zodat het geen symptoombestrijding wordt maar we het probleem echt oplossen. Specifiek over Bernhoven wil ik het volgende zeggen. Ik schreef ook in de beantwoording van de Kamervragen dat daar allerlei overleggen over lopen met de zorgverzekeraars. Laat ik even niet op de individuele, specifieke casus ingaan, want daarbij spelen mogelijk ook andere vraagstukken die losstaan van dit specifieke punt, maar er wordt dus aan gewerkt. Nogmaals, dat onderzoek van de NZa is dus echt gericht op het wegnemen van de belemmeringen in een bekostiging die wat wij willen in de weg staan.

Ik heb nog één ding, voorzitter. Dat schiet mij nu te binnen. We hebben natuurlijk in de beleidsbrief opgeschreven dat we nu de randvoorwaarde gaan creëren dat zorgverzekeraars hier in de contractering ook rekening mee gaan houden, dat zij gelijkgericht gaan handelen en dat ze niet meeliften op de transformatie-investeringen van andere zorgverzekeraars. Dat is natuurlijk allemaal onderdeel van datzelfde vraagstuk.

De **voorzitter**:

Dan zijn er ook nog vragen van mevrouw Coenradie en de heer Bushoff. Ik wil eerst even iets checken: kunnen we de toezegging noteren dat de Kamer het onderzoek van de NZa van u ontvangt?

Minister **Hermans**:

Dan gaat u mij nu ook vragen wanneer, maar dat zoek ik nog even uit. U krijgt die informatie sowieso.

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Mevrouw **Coenradie** (JA21):

Misschien komt het nog terug in de beantwoording, maar er werd net iets gezegd over dat er al wel ruimte is om meerjarige contracten aan te gaan. Dat was ook een van de punten die ik heb, omdat we in de gesprekken met de VNG merken dat gemeenten juist terughoudend zijn in het aangaan van die meerjarige investeringen, bijvoorbeeld als het gaat om preventie, juist vanwege die onzekerheid van de financiële structurele middelen. Ik ben dus wel heel erg benieuwd hoe de minister kijkt naar het borgen daarvan, want men is op zoek naar die financiële zekerheid. Mijn andere vraag raakt aan wat de minister hiervoor aangaf. Die gaat over de financieringssystematiek van ziekenhuizen. Ik begrijp van de minister dat er al wel het een en ander mogelijk is, maar toch geeft de Federatie Medisch Specialisten bij ons aan dat specialisten op dit moment wel financieel afhankelijk zijn van het aantal behandelingen. Zij zijn daardoor logischerwijs dus ook minder financieel stabiel als zij bijvoorbeeld afzien van operaties en behandelingen en ze mensen doorverwijzen naar de zorgverleners. Ik ben dus ook wel benieuwd hoe de minister naar dit specifieke punt kijkt, want er is wel behoefte aan de continuïteit in die financiering.

Minister **Hermans**:

Er zitten een paar elementen in de vraag van mevrouw Coenradie. Ik begin even met het eerste punt, over de afspraken met gemeenten. Zeker in het hele preventievraagstuk spelen hetzelfde typen vragen. Ik kom zo nog terug op het investeringsmodel voor preventie, waar ook nog vragen over zijn gesteld. Ik had het net over de contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In dat geval zit dus al ruimte om het gesprek aan te gaan over meerjarige afspraken tussen zorgaanbieders en de zorgverzekeraar. Dat geeft ruimte om van die PxQ-systematiek af te wijken of daarvan los te komen.

Dan kom ik op het specifieke punt over de medisch specialisten. Dat raakt, denk ik, aan wat ik net heb proberen te zeggen ten aanzien van de casus Bernhoven. Het past natuurlijk bij de beweging die we met elkaar willen maken om dingen minder te doen of niet meer in een ziekenhuis te doen, maar de vraag is wel wat dat betekent voor de bedrijfsvoering van je ziekenhuis. Hoe houd je die gezond? Ook daar zit de ruimte en de mogelijkheid om afspraken te maken om die transitie vorm te geven. Ergens in die transitie maken de verzekeraar en de aanbieder dan natuurlijk dus ook nieuwe en

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

andere keuzes in de bedrijfsvoering. Ik snap dat er in de systematiek zoals we die nu hebben, bijvoorbeeld in de PxQ-systematiek, ingewikkeldheden kunnen optreden. De reden dat we dat onderzoek met de NZa doen is dus ook om dat heel precies in beeld te krijgen en dus ook heel precies met oplossingen te kunnen komen.

De heer **Bushoff** (PRO):

Wat betreft de passende zorg geeft de minister een aantal dingen aan. Eén. Het een en ander is al mogelijk binnen de contractering, zegt de minister. Twee. Wellicht lopen we dan toch nog steeds tegen problemen aan wat betreft de bekostiging. Daar doet de NZa nu onderzoek naar. Drie. Naast deze twee dingen die de minister al noemt, schrijft de minister in de beantwoording van de schriftelijke vragen over het ziekenhuis Bernhoven als antwoord op vraag vier, om heel precies te zijn: dit kabinet gaat voorlopers op passende zorg verder ondersteunen. Wat is de verdere ondersteuning dan nog? Of bestaat de verdere ondersteuning uit het onderzoek dat nu gedaan wordt?

Minister **Hermans**:

Dat is eigenlijk wat ik net onderschreef. Je wil de voorlopers dus ondersteunen in de transformatie. Dat kan met kennis of als vraagbaak zijn, maar dat kan ook met budgetten of in de meerjarige contractering. Het gaat daarnaast over ondersteuning bij de vraag: hoe richt je nou je bedrijfsvoering in als je de transitiefase door bent en dat echt de nieuwe manier van werken is? Maar daar hebben we het NZa-onderzoek dus weer bij nodig, omdat ik mij kan voorstellen dat er dan een aantal barrières of belemmeringen in de bekostiging overeind blijft.

De **voorzitter**:

Er is een aanvullende vraag van de heer Bushoff.

De heer **Bushoff** (PRO):

Ik heb nog een vraag om het even iets scherper te krijgen. Eigenlijk zegt de minister dus: we hebben het NZa-onderzoek nodig; aan de hand van de uitkomsten kijken we hoe we de voorlopers van passende zorg verder kunnen ondersteunen. Dat bedoelt de minister ook als ze in beantwoording op de schriftelijke vragen schrijft: die voorlopers ondersteunen wij in hun transitie naar passende zorg. Dat kan dus eigenlijk pas nadat

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

we het onderzoek hebben en weten wat we moeten doen. Het lijkt mij namelijk heel erg vaag wat de acties vanuit het ministerie precies zijn om de voorlopers daarin op dit moment extra te ondersteunen.

Minister Hermans:

Nee, dat is niet zo. Alleen legde ik net de nadruk op het onderzoek vanwege de vraag van mevrouw Tijmstra. Er is ook ongeduld. We willen allemaal graag snelheid bij een aantal van dit soort wat fundamenteelere vragen in het systeem. Daar heb ik echt het NZa-onderzoek voor nodig. In de tussentijd doen we natuurlijk een heleboel. We hebben doorbraakmiddelen. We werken aan wetgeving. Dus het is en-en-en. Ik denk ook niet dat het bij zo'n grote beweging, die op zo veel vlakken, schaakborden of panelen iets van ons allemaal vraagt, met één maatregel of één oplossing geregeld of opgelost is. In de contractering is er nu al ruimte om meerjarige afspraken te maken. Nogmaals, we hebben doorbraakmiddelen en we werken aan wetgeving, waar dus ook voorwaarden voor verzekeraars in zitten richting de contractering. Ik denk dat het dit alles bij elkaar is. Mevrouw Coenradie stelde mij nog wat vragen over overlegtafels. Ik ben niet voor overlegtafels als doel op zich, maar het Bestuurlijk Overleg IZA-AZWA, waarin de partijen die het akkoord getekend hebben aan tafel zitten, gaat ook over: waar loop je tegenaan in de uitvoering? Ik kom zo op een paar onderwerpen waarop ik zelf meer aandacht en focus wil leggen in de komende periode. Maar het zit 'm er in elk geval in dat we dit echt gaan doen en dat we het al doende in de praktijk gaan oplossen als we tegen een knelpunt aanlopen. Daar ziet ook de zin op die de heer Bushoff citeerde uit de Kamervragen over Bernhoven. Het gaat om vraag vier van de set van de heer Bushoff. Ik had namelijk ook nog een set van mevrouw Dobbe.

De voorzitter:

Vervolgt u uw verhaal, minister.

Minister Hermans:

Voorzitter. Ik denk dat de interrupties en de inbrengen in de eerste termijn laten zien dat er van alles gebeurt. Op onderdelen van het akkoord moeten we echt extra tempo gaan maken, omdat we die beweging vooruit moeten blijven duwen. Ik zei al dat ik dat doe vanuit de energie die loskomt vanuit de akkoorden. Die energie is ook voelbaar en

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

merkbaar. Dat doen wij, de minister van Langdurige Zorg en ik, door duidelijkheid te bieden met wet- en regelgeving. Je zou het ook "een stok achter de deur" kunnen noemen. De vrijblijvendheid moet ervanaf. Ondertussen gaan we het doen, zijn we bezig, en voeren we maatregelen uit. Mijn mantra is: er zijn altijd argumenten of redenen om nog even te wachten of iets nog even uit te zoeken, maar we gaan het nu gewoon doen. Als we in de uitvoering tegen iets aan lopen, dan lossen we het op. Of, zoals mevrouw Coenradie zei: spijkers met koppen slaan. We moeten gewoon aan het werk. Voorzitter. Vandaaruit geredeneerd wil ik me op grond van mijn ervaring in deze eerste drie maanden op drie punten focussen. Ik zeg er direct bij: daarmee zeg ik niet dat ik al die andere punten niet belangrijk vind of laat zitten. Maar er zijn drie elementen waarvan ik denk: als het ons echt lukt om daar beweging in te krijgen, dan krijgt die beweging vleugels, hoop ik.

Voorzitter. Ik begin met het eerste punt. Dat is transparantie. Daar hebben we in het debat over het zorgverzekeringsstelsel ook al veel over gesproken. Ook vandaag zijn daar weer vragen over. Transparantie, inzicht in kwaliteit, in wat er werkt en wat er niet werkt, is echt de brandstof of de motor van deze transitie, want zonder een glashelder inzicht in wat wel en niet werkt, blijft "passende zorg" een abstract begrip. We hebben die data, die inzichten, nodig om samen te kunnen beslissen, maar ook om te weten waar overbehandeling plaatsvindt en waar we zorg leveren die eigenlijk niks meer toevoegt, waarover we dus ook conclusies moeten durven trekken ten aanzien van de consequenties voor de bekostiging of de financiering daarvan.

Voorzitter. Als ik dan naar het punt van transparantie ga, begin ik even met de vraag van de heer Vervuurt en mevrouw Wendel. Die zeggen eigenlijk allebei: uit de monitor zoals die er nu ligt, blijkt dat de doelstelling van 50% van de ziektelast nog niet behaald is. Of zoals de heer Vervuurt zei: het is nog geen 12%, dus van 88% van de ziektelast weten we het nog niet. Wat doen wij nu om dit wel in beeld te krijgen? Nogmaals, het belang deel ik echt enorm. Ik vind het dus ook teleurstellend dat we staan waar we staan. De heer Vervuurt vroeg naar de oorzaken. Die zijn divers. Je hoort soms als redenen dat het administratief belastend is om dit te registreren of inzichtelijk te maken, dat er verschillen zijn in informatiebehoefte van betrokken partijen, en dat er een gebrek is aan registratie aan de bron, waardoor je verder in de procedure of in het proces die informatie "kwijt" bent. Hoe kun je die informatie hergebruiken voor de kwaliteitsdoelen die we hebben? Ik ga en ik wil hier meer regie op nemen, zeg ik zowel tegen mevrouw

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Wendel als de heer Vervuurt. Ik verwacht na het zomerreces een advies van het Zorginstituut over het herijken van kwaliteitstaken. We hebben het Zorginstituut gevraagd om ons ook te adviseren over wat zij nodig hebben aan meetinstrumenten en hoe we de openbaarmaking verder kunnen bevorderen. Ik dacht dat ik het twee weken geleden ook al een keer zei, maar ik herhaal het hier graag: ik ben echt bereid om de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, de Wkkgz, te herzien om hier ook langs de lijn van wet- en regelgeving meer druk op te zetten.

Voorzitter. Mevrouw Tijmstra vroeg mij nog of het Zorginstituut de opdracht heeft om passende zorg zichtbaar te maken en, als dat nog niet zo is, of ik dan bereid ben om die vraag aan het Zorginstituut te stellen. Het Zorginstituut heeft hier een belangrijke rol. Zoals ik net al schetste, deel ik het belang maar ook de noodzaak voor de beweging waar we in zitten van het zichtbaar maken van passende zorgvoorbeelden, niet alleen met KPI's of met dashboards, maar ook met praktijkvoorbeelden en ervaringen van patiënten en zorgverleners, precies zoals mevrouw Tijmstra zei. Ik zei al dat we een advies hebben gevraagd aan het Zorginstituut. Dat verwacht ik na de zomer. Dan zal ik aan de Kamer laten weten hoe ik hier verdere stappen in ga zetten.

Voorzitter. Mevrouw Maeijer zei: de Patiëntenfederatie constateert dat er nog te weinig concrete voortgang is op resultaatafspraken die voor patiënten belangrijk zijn. Zij vroeg of ik die mening deel. Ja, dat deel ik. Ik denk dat ik dat wel duidelijk heb gemaakt met de inleidende woorden die ik net sprak. Ik vind het ook echt teleurstellend dat er niet al meer openbare keuze-informatie beschikbaar is. We hebben die nodig voor al die redenen die ik net noemde. Dat is ook de reden dat ik het advies van het Zorginstituut met grote belangstelling tegemoetzie en dan zelf de stappen zal nemen die nodig zijn om dit voor elkaar te krijgen. Als patiënt heb je deze informatie namelijk nodig om een goede keuze te kunnen maken en samen met je arts te kunnen beslissen.

Voorzitter. Ik realiseer mij dat ik het mapje monitoring vergeten ben. Ik weet niet of u mijn administratie volgde, maar er ging even iets mis.

De voorzitter:

De griffier en ik zaten het ons al af te vragen.

Minister Hermans:

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Als u mij toestaat, wil ik nog even mijn twee andere prioriteiten nu doorlopen. De eerste is dus de transparantie. De tweede, zeg ik vast, is samenwerking in de regio, waaronder huisartsenzorg. De derde is de ggz. Daarna ga ik in op de monitoring.

Voorzitter. Samenwerking in de regio. We willen dat zorg en ondersteuning in elke regio beschikbaar is. Ook weten we dat elke regio anders is. We moeten ruimte geven aan die verschillen en aan de verschillende zorg- en ondersteuningsbehoeften die er zijn. Dat vraagt om samenwerking, geen eilandjes, zoals ik net al zei. Ook al gaat het op een aantal plekken goed en worden er belangrijke stappen gezet, we zien ook dat het nog niet overal even goed van de grond komt. We werken aan wet- en regelgeving om de vrijblijvendheid ook hiervan af te halen, maar ik wil niet alleen maar wachten op die wetgeving. We gaan en zijn intussen heel praktisch aan de slag. Als het in regio's voor bepaalde onderwerpen soms kan werken om dingen uit te proberen met pilots of projecten, zal ik dat zeker gaan doen. In de komende periode wil ik hierover met alle regiovoorzitters in gesprek om, in samenwerking met de acutezorgregio's, echt te zien wat er nodig is om de volgende stap te kunnen zetten.

Voorzitter. In dat kader was er een vraag van mevrouw Wiersma over de concentratie en spreiding. Ze vroeg hoe ik voorkom dat het in de praktijk vooral concentratie wordt. Ik denk dat het belangrijk is om te werken aan concentratie en spreiding. Het doel is niet concentreren. Het doel is de best mogelijke zorg voor patiënten te organiseren in de regio. We zijn bezig om met die concentratie en spreiding netwerkgzorg te organiseren. Bepaalde onderdelen van hoogcomplexe behandelingen vinden plaats in gespecialiseerde ziekenhuizen, maar veel voor- en nazorg gebeurt lokaal. Dat netwerk van zorg willen we goed organiseren in regio's. Daar helpen concentratie en spreiding bij. We hebben in het AZWA afgesproken dat alle zorgaanbieders een eerlijke bijdrage leveren aan die gewenste ontwikkeling naar een passend zorglandschap, zodat die zorg nu en in de toekomst beschikbaar is. Het kabinet wil in het proces meer kunnen sturen op de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders. Dat werken we nu uit in wetstrajecten.

Voorzitter. Dan heb ik nog een vraag van mevrouw Wendel over de concentratie van hoogcomplexe zorg. Zij noemde als voorbeeld de kinderhartchirurgie. Dat dacht ik tenminste, maar ik zie haar nu moeilijk kijken. In dat geval vermoedde ik dat ze daarover zou beginnen. De vraag is in ieder geval of hoogcomplexe zorg onderdeel is van de wet- en regelgeving die moet bijdragen aan meer passende zorg. Ja, dat is het. In de beleidsbrief hebben we geschetst langs welke lijnen wij wet- en regelgeving willen

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

ontwikkelen om die vrijblijvendheid ervan af te halen. Eén daarvan ziet op het passende zorglandschap. Dat gaat over regionale samenwerking. Ik wil voorkomen dat zorgaanbieders zich daaraan en bijvoorbeeld aan avond-, nacht- en weekenddiensten kunnen onttrekken.

Voorzitter. Dan kom ik bij de vragen over de huisartsenzorg. Huisartsen spelen in de regionale zorg en in de regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden een ongelofelijk belangrijke en cruciale rol. Dat geldt eigenlijk ook voor de laag onder de regionale laag, want het gaat natuurlijk om dorpen, wijken en buurten waar wij allemaal wonen. Het doel van het kabinet is dat elke inwoner zich kan inschrijven bij een huisarts in de buurt. Ik vind poortwachter altijd zo'n afstandelijk woord, maar je huisarts is de vertrouwenspersoon bij wie je terecht kan met allerlei vragen. Het is degene die je doorverwijst, als dat nodig is natuurlijk, naar het ziekenhuis en de tweedelijnszorg, maar ook degene die je de weg kan wijzen naar een ander type ondersteuning in de eerste lijn, of naar het sociale domein. Veel vragen hebben namelijk niet per se een medisch antwoord, maar vaak een antwoord in het sociale domein. Ik zie de cruciale rol die huisartsen op dit moment al spelen in ons zorgsysteem, maar als je de beweging wilt maken waar we het net over hadden, de beweging naar gezondheid, de beweging naar zorg zo dichtbij mogelijk organiseren, kan dat alleen maar met een goede en sterke sector, als ik dat zo mag noemen, van huisartsen.

Voorzitter. Ik begin met de vraag naar aanleiding van het besluit van de NZa van gisteren. Ik denk dat het volgende belangrijk is. De bekostiging van de huisartsenzorg moet het mogelijk maken dat praktijkhouders een gezonde praktijk kunnen voeren. De NZa speelt een belangrijke rol in het proces om dat voor elkaar te krijgen, omdat zij een groot deel van de tarieven in de huisartsenzorg vaststelt. Zij stelt kostendekkende tarieven vast voor huisartsenpraktijken, en daarbij houdt zij oog voor het belang en het perspectief van de patiënt en de premiebetaler. Dat is de collectieve verantwoordelijkheid die de NZa heeft vanuit het domein waarin de NZa werkt en tarieven vaststelt, niet alleen voor de huisartsenzorg, maar natuurlijk ook breder. Die collectieve verantwoordelijkheid draagt de NZa.

Het vaststellen van de tarieven en ook het doen van onderzoeken doet de NZa in overleg met de sector, die daarbij altijd de mogelijkheid heeft om bezwaar of beroep aan te tekenen. Dat is vorig jaar gebeurd en de NZa heeft de rechter opgedragen ... Nee, de NZa heeft het niet de rechter opgedragen; de rechter heeft het de NZa opgedragen. Ik

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

moet hier niet het huis van Thorbecke en de trias politica gaan herschrijven. De rechter heeft de NZa opgedragen om de tarieven voor de huisartsenzorg beter te onderbouwen. Gisteren heeft de NZa haar besluit naar buiten gebracht, en de uitkomst is dat dit leidt tot een herstel in de tarieven voor de huisvestingscomponent. De NZa heeft de zelfstandige bevoegdheid om tarieven vast te stellen, binnen de kaders die VWS geeft. De NZa gaat over de hoogte en de onderbouwing van de tarieven; daar heb ik als minister geen rol in. Ik bied wel de ruimte om de financiële gevolgen van het besluit dat er gisteren gekomen is, in het budgettair kader huisartsenzorg een plek te geven. Ik heb in de reactie van de huisartsen gelezen dat er teleurstelling is over dat besluit; daar heb ik ook voorafgaand aan het debat met een aantal huisartsen over gesproken. Dat begrijp ik ook, vanuit de positie van de huisartsen en vanuit de vraag die door de huisartsen bij de rechter is neergelegd. Tegelijk heb ik ook vertrouwen in de zorgvuldigheid waarmee de NZa tot het besluit is gekomen en waarmee de NZa haar werk doet. Ik vind het belangrijk om ieders rol en ieders verantwoordelijkheid in hoe we dit met elkaar georganiseerd hebben, te respecteren. Het staat partijen vrij om opnieuw naar de rechter te gaan of om opnieuw in beroep te gaan. Nogmaals: iedereen heeft dat recht en dat recht respecteer ik, dat meen ik echt oprecht. Daar heb ik geen oordeel over. In het gesprek hier in de hal kwam net ook naar voren dat er in de uitvoerbaarheid van het besluit van de NZa van gisteren iets ingewikkelds zit. Ik heb begrepen dat de NZa en de huisartsen samen kijken naar hoe dat zo goed mogelijk kan worden vormgegeven. Ik denk wel dat dat goed is. Los van het beroep, het bezwaar, waar huisartsen opnieuw mee naar de rechter gaan, denk ik dat we altijd oog moeten hebben voor de uitvoerbaarheid.

De heer **Bushoff** (PRO):

Eigenlijk ... Nee, laat ik eerst de vraag stellen aan de minister. Stel dat de tarieven die zijn vastgesteld door de NZa in de praktijk toch niet toereikend blijven om het werk van huisartsen fatsoenlijk te kunnen doen, wat dan?

Minister **Hermans**:

Daarom onderscheid ik twee dingen. Een is het besluit van de NZa van gisteren en het feit dat de huisartsen daarvan hebben gezegd: wij zijn teleurgesteld en we gaan opnieuw naar de rechter. Dat respecteer ik en ik wacht af wat daaruit komt. Twee is dat

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

wij in het IZA/AZWA afspraken hebben gemaakt over hoe het bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg er in de toekomst uit moet zien. Dáár wil ik heel graag een gesprek over voeren, en dat ga ik ook doen. Dit is voor mij namelijk onderdeel van zorgen dat het zorglandschap in de regio op een goede manier gaat werken. Ik wil met de huisartsen, de NZa en het ministerie van VWS om de tafel om dat gesprek over het bekostigingsmodel naar de toekomst te kunnen voeren.

De **voorzitter**:

Een aanvullende vraag van de heer Bushoff?

De heer **Bushoff** (PRO):

Ja, ik heb dan één aanvullende vraag op dit punt. De NZa stelt inderdaad de tarieven vast, en niet de minister zelf, maar de minister heeft wel de bevoegdheid om bijvoorbeeld een aanwijzing aan de NZa te geven of de beleidsmatige kaders vast te stellen op basis waarvan de tarieven voor huisartsen worden bekostigd. Als de minister zegt daarover in gesprek te willen met de NZa en de huisartsen ben ik heel benieuwd op wat voor termijn we daarvan dan een uitkomst kunnen verwachten. Ondertussen zien we namelijk dat de huisartsenzorg enorm onder druk staat en dat jonge, startende huisartsen steeds moeilijker aan de bak kunnen komen en een eigen praktijk kunnen starten. Het is dus echt cruciaal dat dit punt zo snel mogelijk wordt opgelost, want het speelt al veel te lang.

Minister **Hermans**:

Twee dingen daarover. Een. Dat gesprek over dat bekostigingsmodel, dat in het IZA en het AZWA staat en dat volgens mij ook uit de initiatiefnota van de heer Bushoff volgt, ga ik voortvarend aan. Ik durf nu niet te zeggen wanneer dat exact tot een uitkomst leidt. Ik wil wél toezeggen dat ik aan het eind van de zomer de Kamer laat weten hoe dat proces van die gesprekken die ik hierover ga voeren eruit ziet, en dat ik dan ook een schatting geef van de tijdlijn die daarbij zit. Dat is één. Twee. In het IZA en het AZWA is ook die ruimte voor dat regionale maatwerk afgesproken. Daar wordt op plekken gelukkig ook al gebruik van gemaakt. Dat kan mogelijk ook nog beter. Sterker nog, de NZa heeft ook al gezegd te gaan verduidelijken waar je dat regionale maatwerk allemaal voor in kan

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

zetten. Ik hoop dat dat er ook aan bijdraagt om huisartsen in de huidige situatie de ondersteuning te bieden die nodig is.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Als de minister met de huisartsen gesproken heeft, weet zij ook dat er best wel manco's zitten in de manier waarop er bekostigd wordt. Men gaat uit van 36 uur, terwijl er veel meer uren gemaakt worden. De huisvestingskosten zijn dan op één onderdeel aangepast, maar als je hoort dat het tarieven zijn van 2022 met een indexatie, voelt dat alsof -- laat ik het zo zeggen -- schraalhans keukenmeester is. De vraag is dus wat de minister nou kan betekenen voor deze, in onze ogen zeer cruciale, doelgroep.

Minister **Hermans**:

Laat ik beginnen die laatste woorden te onderschrijven, want ik herken, erken en vind ook echt dat de huisartsen onmisbaar zijn in onze zorg, om de redenen die ik net genoemd heb. Daarom vind ik die afspraken over dat toekomstige bekostigingsmodel die we in het IZA en het AZWA gemaakt hebben belangrijk, ook over dat regionale maatwerk, juist ook om heel precies in die maatwerkconstructie te kijken wat er op plekken nodig is om een steuntje in de rug te geven, bijvoorbeeld als huisvesting een drempel is om een praktijk te starten of te openen. Mevrouw Van Brenk noemt nog wat technische aspecten in de manier waarop de tarieven nu berekend worden of berekend zijn. Daar kunnen we een hele verhandeling over voeren. Ik vind het echt belangrijk om even het onderscheid te maken tussen wat hier de verantwoordelijkheid van de NZa is, wat mijn verantwoordelijk is en wat het recht van huisartsen is om bezwaar en beroep aan te tekenen; we hebben uiteindelijk te respecteren wat de rechter daarover zegt. Daarin vormen deze elementen ook allemaal een discussie. Ik wil dat dus even daar zijn plek laten krijgen, maar ik realiseer me ook dat dit ongetwijfeld onderwerpen zijn die in de gesprekken die wij over dat toekomstige model gaan voeren opnieuw aan de orde zullen kunnen komen. Die ga ik dan ook zeker niet uit de weg. Daar zit wel onder ... Daarom vind ik het ook belangrijk om zelf aan te sluiten bij die gesprekken. Ik had het eerder vandaag al een keer over symptoombestrijding. Ik wil wel heel goed weten wat er nou aan de hand is. Waar zit nou precies de belemmering? Waarom is het lastig om bij pensionering je praktijk over te kunnen dragen? Waarom zijn er minder praktijkhoudende huisartsen? Hoe krijgen we de spreiding in het land op een goeie

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

manier voor elkaar? Dat zijn vragen die mevrouw Wiersma mij eerder heeft gesteld. Hoe zorgen we dat de huisartsen die hun werk op zo'n manier willen invullen dat ze -- nu ga ik even, hopelijk met toestemming, een van de huisartsen quoten -- "persoonsgerichte zorg" kunnen leveren, wat volgens mij de kern is van de passende zorg die wij met elkaar vorm willen geven, dat ook kunnen doen? Volgens mij moet het gesprek daar beginnen. Dan zoeken we daar een bekostigingsmodel, een inschuifmodel of weet ik wat voor een model bij. Dat zijn uiteindelijk instrumenten om de goede zorg voor elkaar te krijgen en om een fijne werkomgeving voor de huisartsen te organiseren.

De voorzitter:

Vervolgt u uw betoog, minister.

Minister Hermans:

Mevrouw Coenradie had nog een vraag over hoe we ervoor zorgen dat patiënten niet alleen aan de huisarts denken, maar ook aan het sociaal domein. Juist de huisartsen zijn ongelooflijk belangrijk om heel goed te luisteren naar wat de vraag eigenlijk is en om te bepalen of het een zorgvraag is of dat het eigenlijk een vraag is die in het sociaal domein thuishoort. Je ziet de verwijzing en de beweging dus ook al veel die kant op gaan. Ik was zelf op bezoek in Almere. Daar sloot ik aan bij zo'n samenwerkingsverband in de eerste lijn, waar ook mensen van het sterke sociale team aan tafel zaten. Daar zat dus ook het welzijnswerk bij. Zij vertelden mij een reeks van voorbeelden waarin iemand bij de huisarts was gekomen met een medische vraag, maar uiteindelijk eigenlijk veel beter geholpen was met welzijn op recept.

Mevrouw Coenradie (JA21):

Ik was van de week bij Rijnmond Dokters. Dat is een regionaal initiatief dat veel opkomt voor huisartsen en dat kijkt naar waar het een en ander beter kan. Zij zien dat de huisarts wel het een en ander kan doorverwijzen naar, bijvoorbeeld, het sociaal domein, maar je wil eigenlijk dat de patiënt natuurlijk zelf al, voordat die bij de huisarts komt, de beweging maakt en zich afvraagt waar die eigenlijk terecht kan. Mijn vraag is tweeledig. Een. Hoe gaan we die beweging in gang zetten? Mijn andere vraag is als volgt. In een heel mooi spel dat zij hadden georganiseerd, kwam ik er vervolgens achter dat er een enorm speelveld is van al die loketten die we in het sociaal domein hebben gestopt,

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

waar de huisartsen heden ten dage dus ook mee te maken hebben. Het is een wirwar van loketten, waarvan zelfs huisartsen niet eens weten waar ze mensen eigenlijk naar moeten doorverwijzen. Als een huisarts dat eigenlijk al niet weet en het wel drie keer moet nagaan, dan is de vraag in hoeverre patiënten die beweging dan kunnen maken. Ik ben dus op zoek naar hoe we die maatschappelijke verandering teweeg gaan brengen en hoe we de maatschappij hierin gaan laten meebewegen. Hoe gaan we al die loketten, die wirwar van ontzettend veel plekken, vereenvoudigen?

Minister **Hermans**:

Ik begrijp de vraag. Al die loketten uit het sociale domein, als ik dat zo mag noemen, moeten eigenlijk bij elkaar komen in die sterke sociale teams, waar ik het ook al over had. Daarom is de samenwerking tussen die eerstelijnsamenwerkingsverbanden en die sterke sociale teams zo belangrijk, zodat je allebei één aanspreekpunt hebt en heel snel kunt schakelen als er een zorg- of ondersteuningsvraag is die misschien beter op een andere plek past. Naast de samenwerking tussen die teams werken we natuurlijk ook vanuit het IZA en het AZWA aan de implementatie van een aantal van die -- sorry dat ik soms dit soort woorden gebruik -- basisfunctionaliteiten. Die basisfunctionaliteiten zijn wel echt van cruciale waarde, juist ook om voor mensen laagdrempelige voorzieningen, bijvoorbeeld op het gebied van mentale gezondheid, te organiseren dicht bij de plek waar ze wonen. We hebben natuurlijk met thuisarts.nl, door daar geld voor te reserveren in de akkoorden, een plek gevonden waar mensen online kunnen kijken of hun vraag thuishoort bij de huisarts of dat ze eigenlijk veel beter ergens anders terecht kunnen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Coenradie heeft daar een aanvullende vraag over.

Mevrouw **Coenradie** (JA21):

Als ik dan denk aan de stad waar ik zelf woon en waar ik met heel veel trots vaak aan refereer omdat daar heel veel mooie pilots aan de gang zijn of omdat mensen het daar gewoon hartstikke goed doen en organiseren, dan denk ik bijvoorbeeld ook aan Huis van de Wijk. Dat heb je op meerdere locaties in Rotterdam. Het is een plek waar mensen inderdaad laagdrempelig, als je het daar dan over hebt, naartoe kunnen. Daarvan zeggen we dat het goed werkt. Mensen kunnen vanuit daar uiteindelijk bij de

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

huisarts terechtkomen, de zorg ingaan of misschien wel meer het sociaal domein, of wat dan ook, ingaan. Die huizen zijn eigenlijk bedoeld als een soort eerste ogen en oren. Ik zou dat toch wel wat meer willen zien in het land. Als we een beweging maken, dan vind ik ook dat we daar als overheid een faciliterende rol in kunnen hebben. Hoe kijkt de minister daartegen aan? Wat is daar dan eventueel voor nodig?

Minister **Hermans**:

Dit is volgens mij precies wat we graag willen en waarvan je hoopt dat het op meer plekken gebeurt. Dat is ook zo. Ik erken ook dat er in Rotterdam heel veel mooie dingen gebeuren. Ik zeg dit als iemand die twintig jaar in Amsterdam heeft gewoond, maar het is zo. Ik weet ook dat mevrouw Coenradie nog een aantal andere Rotterdamse voorbeelden een warm hart toedraagt. Dit is ook zo'n goed voorbeeld. Ik denk dat het de kunst is om te zorgen dat we uit zo'n voorbeeld een aantal succesvoorwaarden of kritische succesfactoren halen, waarmee je ook op andere plekken in het land kunt laten zien: als je dit doet en dit organiseert, dan heb je een ... Ik neem als voorbeeld het Huis van de Wijk. Ik denk dat we ervoor moeten oppassen dat als we één goed voorbeeld hebben, dat dan overal in het land moet. Mevrouw Coenradie zegt dat niet, maar dit kan nog weleens onze neiging zijn. Maar Rotterdam is anders dan de provincie Friesland of Drenthe; wat betreft Friesland zal mevrouw Wiersma dat direct bevestigen. Ik denk dat de intrinsieke behoefte die mensen hebben aan laagdrempelige ondersteuning dichtbij, in het land niet verschilt, maar hoe je daar in het land invulling aan geeft en wat daarvoor nodig is, kan wel verschillen. Maar we kunnen natuurlijk goed met elkaar delen wat de succesvoorwaarden zijn. Volgens mij gebeurt dat ook. Ik kijk ook even naar de minister van Langdurige Zorg. Ook in ons werk en in de uitvoering van de akkoorden is het erop gericht om dat soort kennis met elkaar te delen.

De **voorzitter**:

Vervolgt u uw verhaal.

Minister **Hermans**:

Voorzitter. Ik heb nog een laatste vraag over het zorglandschap. Daarna kom ik bij mijn derde aandachtsgebied: de ggz. Maar ik heb nog één vraag hierover. Dat is ook een vraag van mevrouw Coenradie, over de grote regionale verschillen: is er sprake van een

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

ongelijk speelveld? Ik heb daarover kortgeleden een brief aan de Kamer gestuurd, ook met een aantal onderzoeken en analyses daarbij. Even kort samengevat is de conclusie dat het niet zozeer een ongelijk speelveld is als wel een enorm versnipperd speelveld, met als gevolg dat patiënten niet, te laat of heel lastig de zorg en ondersteuning kunnen vinden of krijgen die zij nodig hebben. Daarin hebben wij dus werk te doen. Daarom liggen mijn aandacht en prioriteit bij de vraag hoe we het zorglandschap organiseren. Gupta heeft een zogenaamde feitenbasis voor ons gemaakt, die ook echt onderschrijft dat er meer sturing nodig is op de organisatie van zorg in de regio. Die nemen wij ook ter harte. Dat komt dus ook tot uitdrukking in een van de wetsvoorstellen waar we aan werken.

De voorzitter:

Daar heeft mevrouw Coenradie nog een vraag over. Dat is uw laatste interruptie, mevrouw Coenradie. Gaat uw gang.

Mevrouw **Coenradie** (JA21):

Ik ben toch wel eventjes benieuwd naar het volgende. Er zijn partijen, waaronder de apothekers, maar ook de groep van paramedische beroepen, die zich daarin toch nog niet goed vertegenwoordigd vinden. Ik noemde ze ook in mijn bijdrage. De vraag is wat het antwoord van de minister hierop is aan deze beroepsgroepen. Ik ben toch nog niet helemaal content met het antwoord dat ik nu krijg.

Minister Hermans:

Dat antwoord wilde ik geven als ik bij de overlegtafels kwam, maar ik pak het er gewoon even bij. Ik denk dat we hierbij twee dingen even uit elkaar moeten houden. Eén. We hebben de hoofdtafel, waar de bestuurders van de IZA- en de AZWA-partijen zitten, die het akkoord ook daadwerkelijk ondertekend hebben. Dat was een hele groep partijen die het IZA had ondertekend. Met het AZWA zijn daar nog drie nieuwe partijen bij gekomen: Sociaal Werk Nederland, GGD GHOR en MIND. Vervolgens zie je dat heel veel van die afspraken uitgewerkt worden aan zogenaamde deeltafels. Per deeltafel wordt, afhankelijk van het onderwerp, steeds bekeken welke aanvullende partijen je nodig hebt om goed invulling of uitwerking aan die afspraak te kunnen geven. Dan worden dus ook niet-IZA-partijen en niet-AZWA-partijen uitgenodigd, dus niet-tekenende partijen, als hun

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

expertise van toegevoegde waarde is, bijvoorbeeld de KNMP. Volgens mij noemde mevrouw Coenradie die ook in haar termijn. Die neemt deel aan de deeltafels over geneesmiddelen en de eerste lijn.

Voorzitter. Dan kom ik bij het derde onderwerp waar ik extra aandacht en focus op leg. Dat is de ggz. Dat onderwerp is al op heel veel momenten en in verschillende debatten aan de orde geweest. We zullen daar echt een doorbraak moeten forceren in de wachtlijstproblematiek, waar we het al heel lang met elkaar over hebben. Die is frustrerend voor iedereen die werkt in de ggz, maar vooral natuurlijk voor al die mensen die wachten op ggz-zorg. Er zitten in het hele IZA/AZWA-akkoord heel wat afspraken die daarop gericht zijn. Een daarvan, de proactieve zorgbemiddeling, die ik al noemde, is natuurlijk een hele belangrijke, maar ik realiseer me ook dat we er daarmee zeker niet zijn. Het gaat ook om de budgetbekostiging HIC/IHT. We werken aan een agenda, samen met de zorgverzekeraars en de ggz-aanbieders, om te zien hoe we door in regio's op andere manieren te gaan samenwerken en te contracteren -- daar speelt ook de discussie over de omzetplafonds -- ervoor kunnen zorgen dat complexe ggz-zorg veel sneller terechtkomt bij de patiënten die die zorg heel hard nodig hebben.

Over de ggz stelde mevrouw Coenradie mij nog een vraag in het kader van de exclusiecriteria. Ze vroeg hoe dat nou precies gaat. Het is precies zoals mevrouw Coenradie zegt. Ze zijn afgeschaft en worden dus niet meer meegenomen in de contractering voor 2027.

Ik hoor haar heel hard haar neus snuiten; we houden ook oog voor de gezondheid van de minister van Langdurige Zorg!

(Hilariteit)

De voorzitter:

Als er nou een debat is waar de minister een beetje verkouden bij kan zijn, dan is het hier. Er is genoeg zorg aanwezig! Gaat u verder.

Minister Hermans:

Het wordt meegenomen in het inkoopbeleid voor volgend jaar. We stoppen dus vanaf dit jaar in principe met het hanteren van die exclusiecriteria, tenzij dat echt zorginhoudelijk te onderbouwen is. Maar het uitgangspunt is: nee, die zijn er niet meer. Nou begreep ik

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

uit de vragen van mevrouw Coenradie dat zij toch nog veel hoort dat het niet goed loopt. Het afschaffen zit natuurlijk in de contractering voor volgend jaar, maar mijn vraag zou eigenlijk als volgt zijn. Ik hoor graag een paar van die voorbeelden, want ik denk dat het belangrijk is dat we daar gewoon heel gericht op ingaan. Anders ga ik nu een algemeen antwoord geven over de gesprekken die we voeren, en daar is de vraag van mevrouw Coenradie niet mee beantwoord.

Voorzitter. Dan de monitor, waar een aantal vragen over gesteld is. Mevrouw Wendel en mevrouw Maeijer vroegen daar wat over. Er is natuurlijk ook de vraag van mevrouw Coenradie over de twaalf verdwenen afspraken, maar ik begin met de vragen die gesteld zijn over de geïntegreerde monitor die er dit jaar aan komt. Dat klopt. We werken aan een integrale monitor op de IZA- en AZWA-afspraken. Het moet een soort dashboard worden, zodat je de voortgang op die verschillende afspraken kan zien. Dat is niet om bureaucratie te organiseren, maar omdat we willen zien: wat is nou de voortgang? Waar gaat het goed en waar gaat het minder goed? In de tweede helft van 2026 komt dat naar de Kamer. Maar dat komt niet sec als een lijstje met vinkjes of rode kruisjes, want dat doet geen recht aan waarom we al die afspraken gemaakt hebben en wat we voor elkaar willen krijgen.

De monitor bevat de voortgang op de acties met een duiding daarbij. Daarbij krijgt u van ons ook het beeld van de maatschappelijke opbrengst van de akkoorden. Dat doen we via een aantal specifieke onderzoeken, bijvoorbeeld naar meer inzet van digitalisering, de verbinding tussen het medisch en sociaal domein en de versterking van de eerste lijn. Dat zijn namelijk de bewegingen die betrekking hebben op de transitiedoelen zoals ik die eerder schetste: arbeidsbesparing, het arbeidstekort beheersbaar houden en een gelijkwaardige toegang tot zorg voor iedereen. Daar zullen we ook echt een link mee maken, want uiteindelijk is dat waarom we het doen. Daar moeten mensen, patiënten, iedereen die zorg en ondersteuning nodig heeft, uiteindelijk het verschil gaan merken. Door er op deze manier mee om te gaan, doen we recht aan de motie-Tielen, is mijn indruk.

Mevrouw **Wendel** (VVD):

De motie-Tielen roept specifiek op om niet meer dan vijf kernindicatoren aan te wijzen, zodat we niet een enorm dashboard hebben met allemaal cijfers waarin we uiteindelijk

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

gaan verdwalen en waardoor we geen idee meer hebben waar we naartoe werken. Betekent dat dan ook dat die integrale monitor maximaal vijf kernindicatoren heeft?

Minister Hermans:

We brengen in beeld hoe het met alle afspraken uit IZA en AZWA gaat. Daar komt een duiding bij. We hebben de onderzoeken naar een aantal van die grotere maatschappelijke bewegingen en leggen de link met de transitiedoelen. Daar waar je de maatschappelijke opbrengst in beeld wilt brengen -- mevrouw Maeijer vroeg daarnaar -- gaan we echt met een select aantal indicatoren werken, want anders worden we gek met z'n allen en kunnen we ook niet strak sturen. Ik had al gezegd dat die duiding er in de tweede helft van het jaar komt. Die is trouwens nu begonnen, dus u kunt mij dat preciezer vragen. Dat wordt in het najaar van 2026.

Voorzitter. Dan ga ik naar dé vraag van mevrouw Coenradie, die ons allen heeft beziggehouden, maar ook mijn collega's op het ministerie. Er zijn 445 afspraken in het IZA, waarvan er 287 volledig zijn afgerond en 146 in gang zijn gezet. Dan blijven er 12 over. Ik kan niet anders zeggen dan dat dit scherp rekenwerk is van mevrouw Coenradie. Ik moet hier gewoon echt even in duiken. In de bredere brief over de monitoring, die ik net noemde, gaan we daarop in. Ik kom apart terug op de 12 afspraken, die dus losstaan van het beperkte aantal indicatoren. We kunnen de verloren afspraken niet uit het oog verliezen.

Voorzitter. Dat wat betreft de monitor. Dan kom ik bij het blokje overig. Ik begin met een vraag van mevrouw Tijmstra over het investeringsmodel preventie. Zij vroeg of ik wil toezeggen dat er een vierde voorbeeldcasus wordt uitgewerkt die specifiek het welzijnswerk betreft. Het korte antwoord is: ja, die suggestie neem ik graag over. In deze fase kijken we voor de casussen naar een goede spreiding met verschillende typen preventie en naar welke casussen methodologisch het meest bijdragen aan de doorontwikkeling van het model. Eén van die casussen is een maatregel in het sociaal domein. Wij zullen de Kamer in december informeren over de stand van zaken.

Voorzitter. Dan een vraag van mevrouw Coenradie over de overheidssubsidie en de onduidelijkheid over de effectiviteit van de bestede middelen.

De voorzitter:

U heeft eerst nog een interruptie van mevrouw Tijmstra. Gaat uw gang.

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Mevrouw **Tijmstra** (CDA):

Ik heb nog even gekeken naar dat investeringsmodel preventie. Onze vraag gaat eigenlijk over het volgende. Er worden nu een aantal casussen uitgewerkt, maar we missen echte welzijnsactiviteiten daarin. Ik weet niet of de minister dan doelt op het programma voor scholieren om sociaal-emotionele vaardigheden te verbeteren. Die schaar ik nog het meest richting welzijnswerk. Volgens mij hoort zelfcontrole voor verdachte huidplekjes daar namelijk niet bij. Ik ben dus een beetje op zoek naar ... Ik zal heel kort toelichten waarom. De effecten van welzijnswerk zijn gewoon heel moeilijk in spreadsheets en KPI's te vatten, terwijl ze ongelooflijk belangrijk zijn voor die sterke samenleving, de totstandkoming van burgerinitiatieven en de hele beweging van onderop die we willen. Ik ben dus eigenlijk op zoek of we toch nog iets kunnen doen om dat hele specifieke deel, ook rondom ouderenzorg of ggz, mee te nemen.

Minister **Hermans**:

Dat zeg ik graag toe. Het zijn ook niet de casussen die mevrouw Tijmstra nu voorleest. Die gaan niet puur over welzijnsactiviteiten, laat ik het zo zeggen. Ik denk dat er mogelijk welzijnselementen in zitten. We kijken nu naar welke casussen we er dan uit pakken. Daar wil ik graag op terugkomen. We hebben nu nog niet een keus gemaakt, maar mijn toezegging is: we nemen ook een casus uit het sociaal domein en het welzijnswerk mee. Welke dat dan precies gaat worden ... Ik hoor een lobby in mijn rechteroor van de minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport. We doen dit, en we komen terug op wat het precies wordt, zodat u kunt afwegen of dat voldoende is voor het welzijnsaspect dat u voor ogen heeft.

Ik was bij de vraag van mevrouw Coenradie over de effectiviteit van de bestede middelen, van de overheidssubsidies. Zij krijgt signalen dat er geconcentreerd wordt met markttoepassingen en vroeg of ik daarop kan reageren en of ik wil kijken of er alternatieve financieringsconstructies mogelijk zijn. Ook hier geldt: als mevrouw Coenradie concrete signalen heeft over die marktverstoring, hoor ik dat echt heel graag. Specifiek over de doorbraakmiddelen: die zetten we niet als overheidssubsidie in, maar die worden ingekocht via de zorgverzekeraars. Dat gebeurt op een select aantal impactvolle toepassingsgebieden; dat is ook het antwoord dat ik eerder gaf op mevrouw Tijmstra's vraag. Dat gaat via modelplannen en in die modelplannen wordt rekening

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

gehouden met eventuele lock-ineffecten. Nogmaals, als mevrouw Coenradie signalen heeft, ontvang ik die heel graag.

Voorzitter. Dan ligt er nog een vraag over de verschillende overlegtafels. Ik heb net al iets gezegd over wie er aan welke tafel zitten, maar mevrouw Coenradie vroeg mij ook of ik kritisch wil kijken of we niet wat tafels kunnen of moeten schrappen. Ik ben het helemaal met mevrouw Coenradie eens dat samenwerking in de regio effectief moet zijn en je onnodige bestuurlijke drukte of tafels moet voorkomen. De tafels zijn er niet voor de tafels; laat ik het zo maar zeggen. We stimuleren dus wel echt dat de verschillende regionale overlegorganen of tafels beter met elkaar verbonden worden, of natuurlijk samengaan waar het kan. Dat mag ook; er zit vanuit ons geen restrictie op waardoor dat niet zou kunnen. Ik wil alleen voorkomen dat ik ga zeggen hoeveel tafels je maximaal per regio zou mogen hebben, al is dat niet wat mevrouw Coenradie suggereerde. Je hebt gewoon een aantal van die structuren nodig om het overleg en de samenwerking goed vorm te kunnen geven, maar het moeten er niet meer zijn dan nodig. Daar hebben regio's ook alle vrijheid in.

Voorzitter. Dan nog een vraag van de heer Bushoff over de druppelbril. Die vraag heb ik eigenlijk geïnterpreteerd als een voorbeeld bij de vraag of het niet zinvol is om te onderzoeken of je de mate waarin hulpmiddelen bijdragen aan passende zorg, onderdeel kunt maken van de toetsingscriteria voor het basispakket, of dat zorgverzekeraars de ruimte moeten krijgen om dit soort hulpmiddelen te vergoeden buiten het pakketbeheer. Ja, dat is zinvol; dat deel ik met de heer Bushoff. Dat geldt overigens niet alleen voor hulpmiddelen, maar voor alle zorgvormen. Ik neem dit dus ook expliciet mee als onderdeel van de uitwerking van het pakket aan wet- en regelgeving passende zorg dat we hebben aangekondigd in onze beleidsbrief. We kijken daarbij dus niet alleen naar de toetsingscriteria van het Zorginstituut, maar ook naar de rol die alle zorgpartijen, waaronder de zorgverzekeraars, hebben.

Voorzitter. Dan stelde de heer Bushoff mij nog een vraag over het eigen risico.

Zorgverzekeraars moeten uiterlijk op 12 november van het voorgaande jaar hun premie bekendmaken, dus op 12 november dit jaar moeten ze hun nominale premie voor 2027 bekendmaken. Om die premie goed te kunnen bepalen, moeten ze weten hoeveel geld ze volgend jaar krijgen uit de risicovereeniging. Daarvoor is het Zorginstituut aan zet: dat moet dat totale bedrag aan de risicovereenigingsbijdrage, dat verdeeld gaat worden, vaststellen en dat totaalbedrag moet volgens de Zorgverzekeringswet uiterlijk 1 oktober

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

bij ministeriële regeling zijn vastgesteld. Dat hele proces doorloop ik altijd, ook nu, in nauw overleg met alle betrokkenen, ook de zorgverzekeraars.

Voorzitter. Dan tot slot de vraag van mevrouw Van Brenk over de uitvoering van haar onlangs aangenomen motie over gordelroos, om te kijken of verpleeghuisbewoners met hun Wlz-indicatie aanspraak kunnen maken op die gordelroosvaccinatie. Voorzitter, we lachen er een beetje om, maar ik ben het helemaal eens met mevrouw Van Brenk dat als je dit krijgt of hebt, dat echt ongeloofelijk pijnlijk en heel erg vervelend is. Ik snap dus heel goed waar de vragen van mevrouw Van Brenk vandaan komen. Mevrouw Van Brenk weet ook waar de keuzes vandaan komen die ik heb gemaakt binnen het mij beschikbare budget, maar specifiek over haar vraag hoe ik de motie ga uitvoeren het volgende. Het eerlijke antwoord is dat ik echt nog even aan het onderzoeken en bekijken ben, ook samen met de minister van Langdurige Zorg, hoe we omgaan met en uitvoering geven aan deze motie. Daarvoor heb ik onder andere het gordelroosvaccinatieprogramma van het RIVM nodig. Dat is het implementatieplan; dat zei ik al. Dat zal eind september klaar zijn. Als ik dat heb, kan ik ook goed kijken hoe ik hierbinnen invulling of uitvoering geef aan de motie van mevrouw Van Brenk.

De voorzitter:

Daar wil mevrouw Van Brenk graag een vraag over stellen. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Als de minister toch bezig is met het RIVM om duidelijkheid te krijgen: zij heeft ook antwoord gegeven op mijn vragen over de vernieuwde griepvaccins en het onderzoek daarnaar waar het RIVM nog mee bezig is enzovoort. Kan zij aangeven wanneer dat onderzoek is afgerond en wat de tijdslijnen rondom die besluitvorming dan zijn? Moet ik het zo zien dat het één geheel is of zijn de vernieuwde griepvaccins weer wat anders?

Minister Hermans:

Het is wat anders, maar het zou best kunnen dat het in de tijd tegelijkertijd komt. Dat ga ik even na, want dit weet ik gewoon niet uit mijn hoofd. Er lopen zo ongelooflijk veel onderzoeken, ook bij het RIVM, dat ik dit gewoon even moet nagaan en ik er in de tweede termijn op terug zal komen.

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Dan beantwoord ik wel gelijk vast één vraag die ik nog beloofd had. Dat is naar aanleiding van de vraag van mevrouw Tijmstra en de heer Bushoff wanneer dat NZa-advies komt over de bekostiging naar aanleiding van het onderzoek dat nu loopt. Dat advies zal in delen komen. De eerste inzichten verwachten we aan het eind van het jaar. Ik zal de Kamer dan begin volgend jaar informeren. Ik blijf zeggen wat ik ook eerder in mijn beantwoording zei: ik blijf gewoon oefenen en blijf in gesprek om te kijken waar we met oplossingen binnen de huidige mogelijkheden de ruimte kunnen bieden.

De **voorzitter**:

Ik zag als het goed is nog een vraag van de heer Vervuurt.

De heer **Vervuurt** (D66):

Ik wilde even wachten om te zien of de minister klaar was met de volledige beantwoording. In dat geval heb ik nog één concrete onbeantwoorde vraag en één wat algemenere vraag. Ik begin even met de concrete. Ik had het over de IPSO-huizen en over de succesvolle initiatieven. Je kunt dat, denk ik, een beetje zien als eenzelfde initiatief als dat van de heer Bushoff met de druppelbril. Ik pak er maar een voorbeeld uit, maar het is er eentje die ik persoonlijk wel een beetje belangrijk vind. We zien dat zij nu best moeite hebben om op basis van de incidentele ...

Minister **Hermans**:

Sorry dat ik de heer Vervuurt in de rede val, maar de minister van Langdurige Zorg gaat die vraag beantwoorden.

De heer **Vervuurt** (D66):

Ik heb al heel veel gezegd, maar dan wacht ik, voordat ik reflecteer, verder op die beantwoording.

De **voorzitter**:

Was de minister aan het einde gekomen van haar beantwoording? Ja. Dan kijk ik nog even of de commissie nog openstaande vragen heeft aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dat is zo te zien niet het geval. Dan gaan wij dus verder met de beantwoording van de minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport,

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

mevrouw Sterk. Misschien kunt u ons eerst even meenemen in de opbouw van uw beantwoording.

Minister **Sterk**:

Ja, absoluut, voorzitter. Ik heb iets minder blokjes dan de andere minister. Ik heb een blokje over vragen die gaan over de beweging naar de voorkant, een blokje over arbeidsmarkt en een blokje dat hier staat als "overige afspraken", maar daarvan denk ik dat vooral bedoeld wordt dat de vragen die nog niet beantwoord zijn in dat mapje zitten.

De **voorzitter**:

Gaat uw gang.

Minister **Sterk**:

Voorzitter. Ik begin bij het eerste blokje. Dat gaat over de beweging naar de voorkant. Daar heeft mijn collega natuurlijk net ook al het nodige over gezegd. Inwoners hebben vragen, die wij soms in een hokje proberen te stoppen van "zorg", van "ondersteuning" of van "hulp", maar die liggen natuurlijk vaak op heel veel verschillende levensdomeinen, dus wij moeten ze ook op die manier aanvliegen. Daarom is het, denk ik, ook zo mooi dat er in die afspraken in het IZA en het AZWA zo nadrukkelijk op wordt gestuurd en naartoe wordt gewerkt dat je die beide domeinen met elkaar verbindt, en dat dat ook zo vroeg mogelijk gebeurt, om te voorkomen dat je inderdaad uiteindelijk wel een zorgvraag krijgt. Daarom hebben we ook met elkaar die plannen gemaakt. Het is overigens dezelfde beweging, zeg ik dan maar even als minister van ouderenzorg, als de beweging die ook in het HLO wordt gemaakt en die ook in de Visie eerstelijnszorg zit, namelijk zorg en ondersteuning waar passend en zo dichtbij mogelijk. Daar hebben we het afgelopen maandag in een vrij verhit Slotervaartziekenhuis met elkaar ook over gehad, dus die beweging proberen we met elkaar te gaan maken. Daar in het ziekenhuis deed de airconditioning het niet. Ik weet niet of er hier nog mensen in de zaal zijn die daarbij waren? Er zit iemand te knikken.

Daar zijn een aantal vragen over gesteld. Of daar is een aantal vragen over gesteld, moet ik volgens mij zeggen. Als eerste was er een vraag vanuit het CDA en 50PLUS over de burgerinitiatieven. Die lijken niet te passen binnen bestaande bekostigings- of verantwoordingssystemen; dat is de stelling van de vraagstellers. Mijn indruk is dat ze

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

daar wel binnen passen. Het is nou juist inderdaad heel erg belangrijk dat dat soort initiatieven in dat sociale netwerk een plek gaan krijgen. Dat is volgens mij ook de beweging die we willen maken. Ik heb het daar ook vaker met mevrouw Van Brenk over gehad, die ook een aantal van die initiatieven kent. Gemeenten kunnen die dus ook gewoon financieren vanuit de Wmo-middelen. Daarmee kunnen ze ook een onderdeel worden van die sociale basis. Wij zien die burgerinitiatieven ook als een belangrijke factor en een belangrijke speler in de beweging van zorg naar gezondheid en welzijn. Om die beweging verder te ondersteunen en te stimuleren, ontvangen gemeenten daar als onderdeel van de AZWA middelen voor. Mij werd ingefluisterd dat dat ook vanuit het HLO komt. Daar gaat het vandaag eigenlijk niet over, maar er zijn dus ook vanuit de ouderenzorgakkoorden extra middelen om bijvoorbeeld afspraken te maken over de basisinfrastructuur van het sociaal domein. Ik denk dat veel van dit soort burgerinitiatieven juist in het sociaal domein een plek verdienen, en die soms ook al hebben. In de uitwerking van de Wmo 2.0. willen we gaan onderzoeken hoe we deze beweging verder kunnen versterken, door ook de rol van de gemeenten hierin meer te concretiseren. Mevrouw Van Brenk sprak ook over de seniorenbonden en de initiatieven die daaruit komen. We willen dit daar inderdaad ook in gaan versterken.

Mevrouw Maeijer had een vraag over hoe de basisfunctionaliteit dementie eruit komt te zien. Dat kan ik nu nog niet helemaal precies zeggen. We zitten daar op dit moment nog mee in de ontwikkelfase. De basisfunctionaliteit staat wel op de ontwikkelagenda van het AZWA. We zijn die dus nu aan het uitwerken. De kernelementen van de aanpak worden half juli vastgesteld. Eind van dit jaar wordt het startdocument vastgesteld voor de ontwikkelaanpakken, waaronder ook die van dementie. Dat klopt toch? Ja. Ik hoorde een geluid van achter mij komen, dus ik dacht dat ik misschien iets zei wat niet klopte. Oké.

Voorzitter. Mevrouw Van Brenk en mevrouw Maeijer hebben vragen gesteld over hoe de eigen bijdrage in de wijkverpleging past bij de beweging naar de voorkant en of dat niet tegenstrijdig is. Laat ik beginnen met zeggen dat het werk dat wijkverpleegkundigen doen natuurlijk echt superbelangrijk is. Als we naar de cijfers kijken, zien we dat zij eigenlijk ook al heel goed die beweging aan het maken zijn. Daar verdienen ze ook echt een dik compliment voor. We zien inderdaad dat er een onderbesteding is op dit moment. Dat komt doordat zij beter dan sommige andere sectoren snappen wat passende zorg zou moeten zijn. Daar zeggen we verder ook niks over. Dat staat als een

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

paal boven water. De eigen bijdrage in de wijkverpleging is natuurlijk onderdeel van een groter pakket en een grotere beweging, namelijk de beweging naar een toekomstbestendig zorglandschap.

In dat toekomstbestendige zorglandschap constateren we dat we tegen een aantal zaken aan lopen. Enerzijds is dat een tekort aan zorgmedewerkers. Dat tekort gaat de komende jaren alleen maar groter worden. Een aantal van u heeft daar ook vragen over gesteld. Tegelijkertijd zien we de oplopende kosten van het zorgstelsel. Dat gaat op een gegeven moment ook een steeds groter onderdeel uitmaken van het geld dat we aan heel veel dingen moeten besteden. Dat noopt er gewoon toe dat wij goed moeten kijken naar hoe we dat zorgstelsel financieren. We vertrekken dan vanuit het principe van solidariteit. Dat betekent dat mensen die gezond zijn, betalen voor mensen die ziek zijn. Het betekent dat mensen met een hoger inkomen betalen voor mensen die een lager inkomen hebben. Het betekent ook dat als je zorg gebruikt, daar ook een prijskaartje aan zit en je daar dus ook voor moet betalen. We kijken in die uitwerking natuurlijk ook naar mensen die kwetsbaar zijn. Er ligt ook een motie vanuit de Kamer over de stapeling. Dit gesprek betrekken we daar ook bij. Daar wordt echt nadrukkelijk naar gekeken. Ik denk dus eigenlijk juist dat deze beweging daar ook bij past -- dat klinkt misschien een beetje wrang -- omdat je wil dat er in de toekomst uiteindelijk ook een toekomstbestendig zorglandschap is.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Ik denk gewoon dat het helemaal niet past, maar daarover verschillen we echt fundamenteel van mening. Ik heb nog één ding over de kosten. Daarover ging een van de discussies die we hadden bij het debat over het jaarverslag, waarin ik ook een motie heb ingediend over het onderscheid maken tussen de kosten in en aan de zorg. Die is tot mijn blijde verrassing aangenomen. Daarmee zou je natuurlijk ook kunnen kijken naar wat we in de zorg besteden. Dat zou een heel stuk kunnen schelen in de betaalbaarheid van de zorg en hoe we het betaalbaar houden, omdat er ook heel veel mensen geld verdienen aan de zorg. Deze hou ik voor eigen rekening, maar volgens ons verdienen soms iets te veel mensen aan de zorg.

Minister **Sterk**:

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Ik hoor geen concrete vraag. Ik vind het nogal een metavraag als het over de wijkverpleging gaat. Dus ik zit even te zoeken wat u precies bedoelt in relatie tot de vraag die ik hier net heb beantwoord.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Ik heb het over de kosten en de betaalbaarheid. Als die uitsplitsing gemaakt wordt, zou de eigen bijdrage weleens kunnen komen te vervallen. Is de minister in ieder geval bereid om daar zeker naar te kijken?

Minister **Sterk**:

Als er een motie is aangenomen, dan moeten wij daar natuurlijk heel goed naar kijken, dus daar gaan we mee aan de slag. Ik kan verder niet vooruitlopen op de uitkomst. Alleen heb ik eerder in een debat met u allen over de wijkverpleging aangegeven dat je die nog op verschillende manieren kunt uitwerken. Daar gaan we dus ook naar kijken, juist ook in relatie tot de uitkomst van de stapeling. Je wil natuurlijk niet dat mensen die het niet kunnen betalen, vervolgens wijkverpleging gaan mijden. Dan zijn we verder van huis. Maar er zijn natuurlijk ook heel veel mensen in dit land die het prima kunnen betalen. Als we die zorg betaalbaar willen houden, dan zullen we dat ook met elkaar moeten blijven opbrengen. Daar zijn we naar op zoek. Dat is de beweging die we maken. Daar hoort ook de beweging naar passende zorg bij, om ook in de toekomst voor ons en onze kinderen gewoon goede zorg te houden.

De **voorzitter**:

Vervolgt u uw verhaal.

Minister **Sterk**:

Voorzitter. Mevrouw Maeijer had de vraag of ik kan schetsen hoe de administratieve procedure er straks uit gaat zien. Nu vraagt u wel heel veel. Ik heb net al aangegeven dat we dat nog aan het bekijken zijn in relatie tot de stapelingsdiscussie en de uitwerking daarvan. Natuurlijk probeer je zo min mogelijk administratieve lasten daarin mee te laten komen. We moeten de voorstellen die we hier als kabinet doen, altijd laten toetsen. Volgens mij houdt u ons daar scherp op. Volgens mij is het op zich dus een terechte

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

vraag, maar ik zou willen voorstellen om die met elkaar te beantwoorden als er echt een concrete regeling ligt.

De voorzitter:

Mevrouw Maeijer wil daar graag een vraag over stellen.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ik zit er een beetje over te puzzelen. We voeren natuurlijk vaker het debat over de eigen bijdrage. Ik weet dat ik waarschijnlijk ongetwijfeld hetzelfde antwoord zal krijgen, maar ik heb er toch wel moeite mee. De minister zegt net eigenlijk dat de eigen bijdrage een beweging is die past bij wat we nu aan het doen zijn. Volgens mij is door heel veel wijkverpleegkundigen en andere betrokkenen juist geschetst dat het niet past bij de beweging die men wil maken, omdat het gewoon zal leiden tot financiële drempels, uitgestelde zorg en een escalatie van problemen. Mensen met een veel grotere ziektelast zullen uiteindelijk bij een huisarts of iemand anders terecht komen. Dat is natuurlijk vervelend voor de persoon zelf, maar dit zal uiteindelijk ook duurder zijn. Volgens mij past dat al niet, maar daarnaast zegt de minister nu ook dat ze eigenlijk niet weet wat het betekent voor de administratie, terwijl we in het akkoord een doelstelling hebben van 20% administratietijd in 2030. Daarvan moeten we nu al concluderen dat de eerste doelstelling niet is gehaald. Daarvan schetsen wijkverpleegkundigen ook dat het alleen maar lasten zal toevoegen. Dan is het toch eigenlijk om meerdere redenen gewoon een heel slecht idee om dit te doen?

Minister Sterk:

Ik denk dat we heel goed moeten luisteren naar de zorgen die er zijn. Ik heb ook gesproken met de wijkverpleegkundigen. Natuurlijk kan het nooit de bedoeling zijn dat de drempels zo hoog worden dat mensen die juist met de wijkverpleging geholpen zijn -- dat is ook de beweging die we willen maken -- er geen gebruik meer van zullen maken. Dat is dus ook helemaal niet de intentie van deze maatregel. Deze maatregel heeft te maken met: hoe kunnen we in de toekomst de zorg betaalbaar houden? Daarbij moeten we er dus op letten dat dat er niet toe gaat leiden dat mensen deze zorg gaan mijden, omdat ze het gewoon echt niet kunnen betalen. Dat gesprek hoort thuis in de discussie over de stapeling. Ik wil dat gesprek dus graag daar voeren. Nogmaals, u loopt nu

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

vooruit op een vraag die ik op dit moment nog niet kan beantwoorden, omdat ik gewoon nog geen concrete invulling van deze maatregel heb. Ik heb u eerder aangegeven dat daar best nog verschillende mogelijkheden zijn. Maar ik hoor u ook goed, want u zegt "let nou op dat het geen grote administratieve lastendruk meebrengt" en dat de wijkverpleegkundigen daar ook voor waarschuwen. Daar moeten we dus heel goed naar kijken. Ik zal dat absoluut meenemen.

De **voorzitter**:

Er is geen aanvullende vraag, dus gaat u verder.

Minister **Sterk**:

Voorzitter. Dan naar een onderwerp dat volgens mij een favoriet van mevrouw Van Brenk is, namelijk de voorzorgcirkels. Ik snap dat heel goed, want zij doen hartstikke goed werk en zijn hartstikke belangrijk. Ik denk dat ze inderdaad een heel belangrijk onderdeel zijn van die zorgzame buurten. Ik heb ze van de week nog bij een groot congres, Waardigheid en trots, staan verdedigen. Volgens mij is de beweging die we moeten maken dat mensen veel eerder moeten gaan nadenken over wat het voor hen betekent als ze op een gegeven moment zorg nodig hebben. Hoe ziet dat er dan uit? Wat hebben ze daarvoor nodig en wat moeten ze daarvoor regelen? Dat doen die voorzorgcirkels. Het goede daarvan is dat ze niet alleen vanuit de Wmo worden ondersteund, maar nu ook worden gefinancierd door de zorgverzekeraars. Volgens mij is die financiering in principe goed geregeld. Wel ben ik aan het kijken hoe ik met de gemeenten en de zorgverzekeraars nog verdere stappen kan zetten in het bouwen aan die zorgzame wijken en buurten. Volgens mij trekken we daar namelijk aan dezelfde kant van het touw, mevrouw Van Brenk. Ook ben ik aan het kijken met de minister van BZK. Hij is namelijk bezig met een plan voor het gemeenschapsfonds. Ook daarin probeer ik dus de verbinding te maken. We hebben het er net al verschillende keren over gehad, maar daarnaast zijn er ook gewoon middelen vanuit het AZWA beschikbaar gesteld om de basisinfrastructuur in die wijken te versterken. Daar horen bijvoorbeeld die inloopvoorzieningen bij. Dat op dit punt.

Dan had de heer Vervuurt nog een vraag. Dat was trouwens niet alleen de heer Vervuurt, maar ook mevrouw Wiersma en mevrouw Maeijer hadden vragen gesteld over de IPSO-huizen en of we die binnen het AZWA kunnen brengen of structurele

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

financiering kunnen geven. Allereerst wil ik benadrukken dat de zorg die daar geleverd wordt aan mensen die leven na en met kanker natuurlijk heel belangrijk is. Als je met kanker te maken krijgt, heeft dat een enorme impact op je leven, ook voor je naasten. Het is ontzettend belangrijk dat er dan ook goede ondersteuning is, zowel fysiek als mentaal, want dat doet natuurlijk iets met mensen. Daarom zetten wij als VWS in de volle breedte in op zorg voor mensen met kanker. We investeren in preventie, screening, diagnostiek, behandeling, nazorg, onderzoek, gegevensuitwisseling en passende ondersteuning. De inzet op die psychosociale ondersteuning moet ook in samenhang met die bredere aanpak gezien worden.

U hoort, denk ik, al een beetje waar ik naartoe ga praten, want ik zie u zo kijken. Het uitgangspunt van het kabinet is dat deze ondersteuning zo veel mogelijk onderdeel is van het reguliere zorg- en ondersteuningsstelsel. Er zijn meer ziektes die een flinke impact hebben en ook veel zorg vragen. Dan is het juist belangrijk dat we het in het reguliere zorg- en ondersteuningsstelsel goed regelen. Het is de stelling van het kabinet dat er voldoende mogelijkheden zijn om die passende, informele en psychosociale ondersteuning te organiseren en te financieren. Daarom zijn we dus niet van plan om specifiek voor IPSO-zorg financieringsstromen in te richten of om IPSO-zorg onder het AZWA te brengen. Wel zou je kunnen zeggen dat er middelen in het AZWA zitten die hier deels aan tegemoetkomen, namelijk de middelen voor de inloopvoorzieningen. Ik denk dat er een plek moet zijn waar mensen terecht kunnen met hun vragen en zorgen over dit soort impactvolle ziektes. Dat kan dan juist bij die inloopvoorzieningen. Daar wordt op verschillende manieren en op verschillende plekken op ingezet.

De voorzitter:

Dat roept vragen op bij mevrouw Wiersma. Gaat uw gang.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

De minister geeft net in haar beantwoording aan dat er ruimte is en mogelijkheden zijn om dat zo te organiseren. Misschien bedoelt ze dat niet helemaal letterlijk zo. Natuurlijk is het georganiseerd, maar dan binnen deze organisatie. Ik had ook de concrete vraag gesteld of zij eventueel met deze partijen om tafel zou willen gaan, om toch te kijken of er linksom of rechtsom een duurzame oplossing mogelijk is. Wij krijgen terug dat het wel echt een heel belangrijk onderdeel is voor de mensen die hiermee te kampen hebben en

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

dat het wel degelijk ook iets biedt waarvoor de deur in het reguliere zorgaanbod op dit moment niet wagenwijd openstaat. Het zou zonde zijn als dat verloren gaat. Is de minister bereid om daarover in gesprek te gaan?

Minister **Sterk**:

Ja ... Excuus, voorzitter, het gaat weer net als gisteravond. Ik zal op mijn beurt wachten. Ik snap op zich heel goed dat we natuurlijk willen zorgen dat die mensen de goede zorg krijgen, maar ik wil ook een beetje aan verwachttingsmanagement doen. Ik vind dat wij hier soms te vaak toezeggen dat we wel willen gaan praten. Dat creëert ook verwachtingen aan de andere kant van de tafel. We hebben al gesproken met deze organisatie. Er is wel een mogelijkheid voor IPSO en voor het werk dat ze doen, maar die ligt nu echt bij de gemeentes. Die worden namelijk verantwoordelijk voor de inloopcentra en daar kan deze zorg ook een plek krijgen. Er zijn, zag ik net, een heleboel IPSO-centra in heel Nederland. Volgens mij is het vooral belangrijk dat er gekeken kan worden of gemeentes die op kunnen nemen in die extra middelen die zijn vrijgemaakt voor gemeentes om die inloopvoorzieningen te organiseren in de wijken. Wat ik wel kan toezeggen -- dat is ook een soort van verwachttingsmanagement -- is dat ik ze wel in contact kan brengen met de VNG om hierover door te praten, omdat ik denk dat het juist op die plek georganiseerd moet gaan worden.

De heer **Vervuurt** (D66):

Wat ik in mijn inbreng aan probeerde te geven, was niet direct een pleidooi voor structurele financiering. Iedereen zoekt natuurlijk ook binnen het kader van het IZA en het AZWA de voorbeelden om de grotere beweging aan te geven. Ik heb dit onder andere gekozen omdat ik het persoonlijk belangrijk vind, maar ook omdat het voor mij een voorbeeld is van een heleboel verschillende initiatieven die eigenlijk een beetje de pilotfase zijn ontstegen en die ook hun effect in de transformatie laten zien, maar die vervolgens dan een beetje tussen wal en schip vallen, tussen het oude systeem waar we vandaan komen en het nieuwe systeem waar we naartoe gaan. Dat was de reden dat ik het aandroeg, en ik ben heel blij met wat de minister zojuist heeft aangegeven. Ik hoor wel vaker dat de Kamer vraagt "hoe zit het met dat" en "hoe zit het met dit" en dat het kabinet dan zegt, even in mijn eigen woorden: er is ruimte en het veld zoekt het maar uit. Dat is iets waar ik een beetje mee worstel en wat ik met de minister wil delen.

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Wat ik daar ingewikkeld aan vind, is de positie waarin wij zitten. De partijen die wij spreken, zeggen dan: ja, maar dat lukt niet. Ik vraag om een reflectie van het kabinet op hoe we daarmee moeten omgaan. Het voelt een beetje alsof het kabinet wel zegt dat er ruimte is, maar iets vervolgens niet rondkomt. Daar worstel ik als parlementariër mee, want ik weet dan ook niet precies waar de waarheid ligt.

Minister **Sterk**:

Stiekem hoop ik ook weleens dat als wij hier iets beslissen, het gewoon gebeurt in de rest van Nederland, maar de werkelijkheid is dat dat helaas niet zo is en dat onze macht niet zover reikt; dat is soms maar goed ook. We hebben gelukkig ook nog een heleboel decentrale overheden, waar ook volksvertegenwoordigers zitten die ook heel goed meekijken voor hun inwoners. Dat is ergens maar goed ook. Ik snap ook wel uw dilemma. Wat ik in elk geval toe wil zeggen, is dat ik me even op de hoogte laat stellen van wat er nou precies uit dat gesprek met de VNG komt. Ik denk wel dat het daar moet gebeuren; dat past ook bij de AZWA-afspraken. Volgens mij is iedereen het erover eens dat er gewoon goed werk wordt verricht, maar dat is wel waar de financiering volgens mij vandaan moet komen en waar het ook georganiseerd moet gaan worden. Ik stel dus voor dat wij in dat gesprek in ieder geval vragen aan de VNG -- ik kan ze daar niet toe verplichten -- of ze dit gesprek aan kunnen gaan, en dat ik me daarover laat informeren. Eind dit jaar komt er weer een brief, geloof ik. Daarin zal ik hierover aan u terugmelden.

De **voorzitter**:

Die noteren we en dan gaat u verder met uw verhaal, want ik zie op dit moment geen aanvullende vragen.

Minister **Sterk**:

Dan ga ik naar het volgende blokje. Dat is het blokje arbeidsmarkt. Met het AZWA hebben wij ons, samen met alle partijen daarin, gecommitteerd aan het terugbrengen van het arbeidsmarkttekort met ongeveer 100.000 personen in 2035. Als we dat niet doen, hebben we, zoals ik eerder heb gezegd, een stad groter dan Eindhoven nodig voor alleen al de mensen in de zorg om goede zorg te kunnen bieden. Daar doen we een aantal dingen aan. We komen met de administratieve tijdsnorm, zal ik maar zeggen, dus dat maar 20% van de tijd besteed mag worden aan administratie. We zetten in op

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

digitale en hybride innovaties, die ook arbeidsbesparend werken. Daar gebruiken we onder andere die doorbraakmiddelen voor, waar mijn collega ook al eerder over heeft gesproken. Het is ook heel erg van belang dat gegevens beter beschikbaar en uitwisselbaar zijn, want ik hoor heel vaak verpleegkundigen en artsen die daar ontzettend veel tijd aan kwijt zijn. Als we dat zouden kunnen wegnemen, scheelt dat enorm, denk ik. Tot slot zetten wij samen met het onderwijsveld en die AZWA-partijen in op het opleiden en ontwikkelen van professionals, vooral ook buiten het ziekenhuis, zodat zij ook in de toekomst aan het werk kunnen in de zorg.

Voorzitter. Dan kom ik toe aan de vragen die zijn gesteld.

Ik begin bij de vraag van mevrouw Wiersma hoe we zorgen voor een veilige werkomgeving, een goede loopbaanontwikkeling en betere stagevoorwaarden, zodat mensen niet afhaken. Het is een beetje flauw, maar toch: het begint natuurlijk wel bij werkgevers in zorg en welzijn. Zij zijn verantwoordelijk voor een veilige werkomgeving in hun organisatie, ook voor hun medewerkers. Zij weten ook veel beter wat er nodig is qua type medewerker. We moeten daar ook voor gaan opleiden. Ook voor die stagevoorwaarden zijn zij natuurlijk een belangrijke partner.

U had het in een andere vraag ook over agressie op de werkvloer. Daar maak ik me eerlijk gezegd ook zorgen over. Ik hoor dat ook regelmatig terug vanuit cliënten maar soms ook van naasten. Het kan een kwestie van onmacht zijn, maar ook iets anders. Dat mogen we natuurlijk nooit accepteren, want dat is gewoon niet de manier van omgaan met elkaar, zeg ik dan maar even. Werkgevers zijn daar natuurlijk ook wel voor verantwoordelijk, maar wij proberen daarbij wel te ondersteunen. Daarom heeft de KNMG subsidie gekregen om samen met andere beroepsverenigingen een handelingskader te ontwikkelen voor zorgprofessionals en werkgevers om duidelijk te maken wat ze precies kunnen doen als ze te maken krijgen met agressie. Het helpt namelijk ook als je beter weet hoe je daarmee moet omgaan en je daar weerbaar tegen wordt. In het handelingskader wordt onder andere informatie gegeven over onlineveiligheid en over melding en aangifte doen. Er wordt ook informatie gegeven over het beroepsgeheim, want ook dat zit natuurlijk soms in de weg; mensen denken daardoor namelijk dat ze iets niet kunnen, terwijl er soms best wel meer ruimte is. Het handelingskader is vorige week, denk ik, op 23 juni, gelanceerd. Ik ga me er in ieder geval voor inzetten om dat handelingskader zo breed mogelijk in de sector te verspreiden. Ik help ook waar nodig om relevante informatie over het aangifteproces

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

verder te verspreiden in de sector, want het is natuurlijk ook belangrijk dat mensen melding doen -- daarmee krijgen we namelijk een goed beeld van hoe vaak het voorkomt -- en dat de melding opgevolgd wordt als dat ook echt nodig is.

U had nog een vraag over de loopbaanontwikkeling. Ook daar hebben we afspraken over gemaakt met de AZWA-partijen. Ik ben daar ook met Sociale Zaken en OCW mee aan de slag. In het najaar lanceer ik een loopbaanplatform, waarbij mensen kunnen kijken welk type zorg precies bij ze past als ze een zorgprofessional willen worden. Van de stages in de zorg weet ik dat ze een knelpunt vormen. Dat is niet zozeer een financieel knelpunt, maar het heeft er vaak mee te maken dat er onvoldoende begeleiding in de zorg is. We zijn dus ook met mijn collega van OCW, de werkgevers en de SBB -- dat is voor de beroepsopleidingen -- aan het kijken wat we op korte termijn nog meer kunnen doen om toch te zorgen dat er voldoende mensen opgeleid kunnen worden. Dat begint namelijk met je stage.

Mevrouw Maeijer vroeg hoe ik kijk naar de signalen en ideeën over de specifieke onderdelen waarop ontregeld kan worden. Ik ben heel blij met signalen, want volgens mij kunnen we het daarmee ook beter gaan maken. Die hebben we gehad van de KNMP, van de huisartsen en van ActiZ. We werken ook binnen de Regiegroep Aanpak Regeldruk met alle ondertekenaars aan de doelstelling om die 20% administratietijd in de zorg te halen. Deze partijen kunnen ook die concrete actiepunten toevoegen aan hun eigen werkagenda. Het is natuurlijk de bedoeling dat dat waarvan we ontdekken dat het werkt, in hun eigen organisaties opgeschaald wordt. Daar sta ik dus positief tegenover. Mevrouw Wendel vroeg wat er wordt gedaan om mensen meer uren te gaan laten werken en of ik denk dat een meerurenbonus daarbij zou kunnen helpen. Wat betreft die meerurenbonus: mijn collega van Sociale Zaken verkent de komende tijd de voltijdsbonus, de arbeidskorting per uur en het meerurenvoordeel, zodat meer werken gaat lonen, maar zoals ik al vaker heb gezegd, ook afgelopen maandag bij het congres Waardigheid en trots, helpt het, denk ik, als wij zelf ook positief blijven praten over de zorg. Ik merk namelijk dat wij best wel in een soort probleemnarratief terecht zijn gekomen over hoe zwaar het allemaal is. Het is soms ook zwaar -- daar wil ik niet voor weglopen -- maar ik spreek ongelooflijk veel mensen, ook maandag weer, die met heel veel passie, plezier en overtuiging in die zorg werken. Dat verhaal moeten we ook met elkaar blijven vertellen, want het betekent ook dat mensen daardoor aangetrokken worden om in deze mooie sector aan het werk te kunnen. Er is zo veel keuze tussen de

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

soorten zorg die je daarin kunt verlenen. Ik denk dat wij dat hier ook met elkaar moeten blijven vertellen. Dat helpt, denk ik, ook. We doen daarnaast van alles om ervoor te zorgen dat het aantrekkelijk wordt en blijft voor mensen om daarin te gaan werken. Ten slotte heb ik nog een voorbeeld, dat ik maandag ook al aanhaalde. Je ziet dat werkgevers zelf soms ook al met oplossingen komen. In het Gooi werken een aantal organisaties nu ook samen om regionaal te kijken of je mensen meer uren kunt laten werken op verschillende plekken. Met name jonge mensen schijnen dat heel interessant te vinden. Het geeft een bepaalde vorm van flexibiliteit. Het is daardoor dus ook aantrekkelijk voor jonge mensen om in de zorg te gaan werken.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ik had een vraag over de administratietijd. Ik weet niet of de minister ...

Minister **Sterk**:

Ja, dat was de volgende vraag. Het is alsof mevrouw Maeijer mijn antwoorden kan zien. Daar kom ik inderdaad nu op. De vraag was wat ik eraan ga doen om op koers te komen. Ik wil toch heel nadrukkelijk zeggen dat niet alleen ik daar iets aan ga doen, maar dat we dat met alle partijen gaan doen. Ik heb al vaker gezegd dat de meeste regels vaak vanuit de organisatie zelf komen, omdat men denkt dat de directie dat misschien wel wil en omdat de directie denkt dat het hoofdbestuur dat misschien wel wil. Zo ontstaat er een heel woud aan regels die soms helemaal niet nodig zijn. We hebben daarom ook die regiegroep opgericht. We zien ook gewoon hele mooie voorbeelden, zoals de ouderenzorgorganisatie Aafje. Naar voorbeeld van Carintreggeland heeft die organisatie 25 minuten tijdswinst per zorgprofessional per dienst vrijgespeeld met het afschaffen van de dubbele medicatiecontrole. Dat zijn gewoon zaken die helpen en die je met elkaar kunt delen. Dat doen we ook binnen het AZWA. In september hebben we weer een bestuurlijk overleg, waarbij we dit onderwerp ook specifiek op de agenda zetten om te kijken hoe we dat nog verder kunnen gaan brengen.

Dan had mevrouw Maeijer ...

De **voorzitter**:

Minister, excuus. Mevrouw Maeijer wil daar graag nog even een vraag over stellen.

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Dank voor het antwoord. Dit is natuurlijk een beetje hetzelfde antwoord dat ik in het vorige debat heb gekregen, namelijk dat er in september verder over gepraat wordt. Ik hoop dat de minister ... Ik snap dat de minister daar niet alleen in staat, maar dat dat voor alle partijen geldt. Worden er dan nog concrete afspraken of tussendoelstellingen toegevoegd? De conclusie uit het vorige debat was dat we die eerste doelstelling van die -5% eind vorig jaar niet halen en dat we nu op -1% staan. Mijn vraag is dus hoe we die achterstand inlopen en hoe we op koers blijven om die doelstelling in 2030 te halen. Is wat daar nu voor staat dan genoeg of moet er meer gedaan worden? Zo ja, wat gaat de minister dan doen?

Minister **Sterk**:

We moeten ook niet doen alsof wij er nu hier over praten, maar er buiten verder niets gebeurt. We hebben twee speciaal gezanten die daar met volle passie mee bezig zijn, die juist ook proberen om die organisaties daarop aan te spreken en die ook die voorbeelden ophalen waardoor je, zoals in het voorbeeld dat ik net noemde, snel wel een verandering teweeg kunt brengen. Volgens mij is het vooral nodig dat meer organisaties dit gaan doen. Daar wordt op dit moment hard aan gewerkt. We gaan het daar in september natuurlijk ook over hebben. Mijn inzet zou ook wel zijn om te kijken of we nu nog dingen laten liggen en of er nog dingen zijn die we kunnen doen. We zullen toch ook vooral de organisaties aan moeten spreken, want dat is de andere kant. Dit is echt noodzakelijk voor je eigen organisatie om uiteindelijk in de toekomst voldoende mensen te houden om het werk te kunnen doen. Ik denk dat ook daarop soms nog wel een been kan worden bijgezet.

Mevrouw Maeijer vroeg ook hoe ik nu precies stuur op het verminderen van het personeelstekort. Ik doe dat door deze akkoorden te sluiten, waarin we dus ook zorgen dat die passende zorg de norm wordt. Dat betekent dat we geen zorg bieden die mensen niet willen en die soms ook niet de zorg is die nodig is. Dat doen we door de beweging naar die voorkant te maken. Dat doen we dus ook door de groeiende vraag naar arbeid te dempen. We zetten in op het verminderen van regeldruk, het inzetten van medische technologie en het opleiden van mensen voor plekken waar de tekorten het grootst zijn. Ik heb u op 2 juni uitgebreid geïnformeerd in de brief over het arbeidsmarktbeleid. We hebben daar ook recent een debat over gevoerd. Collega

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Hermans heeft net ook al aangegeven dat we in het najaar via de monitor gaan laten zien wat de resultaten zijn van alles wat we op dit moment ondernemen.

Mevrouw Tijmstra had ook een vraag over het arbeidsmarkttekort en of we op koers liggen. In de prognose van afgelopen december is gekeken wat het tekort in de zorg zou betekenen als de ambities op het terrein van arbeidsbesparing uit het AZWA en het HLO worden gerealiseerd. Dat zou er inderdaad toe leiden dat we 100.000 mensen minder nodig hebben. We zetten ons vol in om die ambities te halen. Het is gewoon nog te vroeg om te zeggen of dat gaat lukken, want de akkoorden zijn nog geen jaar geleden gesloten. Het zou fantastisch zijn als we al enorme aantallen zagen, maar mijn ervaring is dat de processen toch een beetje op gang moeten komen voordat het echt resultaat gaat bieden. We zien wel dat er al mooie voorbeelden zijn, zoals de capaciteitsplanning met AI. Die levert echt veel op. Ik werk ook heel hard aan de gegevensuitwisseling. Dat is ook een belangrijk dossier dat helpt. In de tweede helft van dit jaar zal de Kamer nader worden geïnformeerd over de opzet van de geïntegreerde monitor. Daarin komen ook de transitiedoelen aan bod. Daarin zullen we dan ook inzicht krijgen.

Mevrouw Wiersma had ten slotte nog de vraag wat ik concreet ga doen om de mentale belasting te verminderen. Ik neem aan dat u de mentale belasting van zorgmedewerkers bedoelde. Ik denk dat het heel erg belangrijk is om daar oog voor te hebben. Ik denk namelijk dat de zorg een positief narratief verdient, maar ik denk dat het ook eerlijk is om te zeggen dat het werk soms best wel mentaal zwaar kan zijn. Maar ook daarvoor geldt, denk ik, dat de werkgever daar in eerste instantie zorg voor moet dragen. Die moet zorgen dat er gewoon een veilige, prettige en gezonde werkomgeving is. Wij ondersteunen daarbij door het Preventieplan arbeidsmarkt zorg en welzijn te subsidiëren. Ik denk dat het verminderen van mentale belasting ook past bij goed leiderschap. Dat zit niet alleen bij de directie, maar dat zit ook in de manier waarop teams worden aangestuurd en soms ook hoe de medewerker zelf zijn werk in mag richten. Het gaat over zeggenschap. Ik denk dat dat een hele belangrijke factor is. Hoe meer zeggenschap mensen krijgen in hun werk, hoe meer plezier het met zich meebrengt en hoe minder mentale belasting er wordt ervaren.

Dat was het voor dit blokje, voorzitter.

De voorzitter:

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Ik kijk even of er aan het eind van dit blokje nog vragen openstaan. Dat is niet het geval, zo te zien. Gaat u dus verder met het volgende blokje.

Minister **Sterk**:

Voorzitter, ik ben mijn laatste blokje. Dat is het blokje overig.

Ik begin bij de vraag van mevrouw Van Brenk of ik een keer mee wil naar een bijeenkomst van de campagne Praat vandaag over morgen. Volgens mij hadden we nog een date staan die uitgesteld is, maar ik ga graag nog een keer met u op date. Dus ja, dat wil ik graag bijwonen.

Mevrouw Van Brenk had de vraag of ik al iets kan zeggen over de richting rond de vereenvoudigde vorm van Wlz-zorg zonder verblijf. Daar werk ik op dit moment aan met het veld. Ik verwacht de uitwerking van de leveringsvorm aan het eind van dit jaar af te kunnen ronden.

Dan had u ook vragen over het bewegen van ouderen. U zei dat dat zo goed is en u vroeg hoe we daar meer aandacht aan kunnen besteden. Het goede nieuws is dat de sterkst stijgende groep die actief wordt, de ouderen zijn. Ik heb dit gisteren ook bij het commissiedebat Sport en bewegen genoemd. Ik vind dat dus toch wel mooi om te kunnen zeggen. In 2025 voldoet ruim 40% aan de richtlijn voor bewegen. Voor ouderen blijft bewegen natuurlijk een eigen keuze. Het is aan de sport- en beweegsector om dat zo aantrekkelijk en toegankelijk mogelijk te maken. Daarom stond het gister ook daar op de agenda. We blijven dan ook inzetten op bewegen bij deze groep. Dat doen we op een aantal manieren: het Actieplan Nederland Beweegt, de Brede Regeling Combinatiefuncties en de Beweegalliantie om ouderen in beweging te brengen. Ook NOC*NSF zet in op deze groepen, omdat ouderen naast bewegen ook nog kunnen sporten ... Dit is trouwens niet mijn tekst. Natuurlijk kunnen ouderen sporten, maar dat moet je soms wel op een aangepaste manier aanbieden. Dat was volgens mij het punt dat ik moest maken.

Voorzitter. Mevrouw Maeijer had nog een vraag over de vrijheid die de gemeentes hebben om middelen te besteden. Hoe kunnen we zorgen dat die ook aan het doel worden besteed waar ze aan uitgegeven moeten worden? Er is nu een SPUK. Dat is de manier waarop de gemeentes die middelen ontvangen. De randvoorwaarde om in aanmerking te komen voor die SPUK is de werkagenda. Daarin moeten de gemeentes concreet uitwerken hoe ze regionaal dekkend aanbod van die basisfunctionaliteit in 2030

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

gaan organiseren. Daarmee spits je eigenlijk al toe op waar je die middelen aan moet gaan besteden. Zo'n SPUK moet je ook verantwoorden. Ik weet wel dat gemeentes er wel een beetje van balen. Dat deden wij als provincie soms ook. Het vraagt namelijk best wat werk, maar het is wel een manier om vanuit de Rijksoverheid zo veel mogelijk focus aan te brengen in de besteding van de middelen.

Voorzitter. Mevrouw Coenradie zegt dat de VNG stelt dat de gemeentes terughoudend zijn in het aangaan van meerjarige investeringen in preventie, vanwege onzekerheid over de financiële structurele middelen. Ze vroeg of ik ervoor kan zorgen dat er structurele middelen komen voor meerdere jaren. In het AZWA zijn meerjarige afspraken gemaakt met de gemeentes. Voor de komende jaren wordt ook een SPUK AZWA voorbereid. Ik sprak daar net ook al even over. De planning is dat deze in juli wordt gepubliceerd. Voor de structurele bekostigingswijziging vanaf 2030 ben ik met de VNG en BZK in gesprek. Tot en met 2029 komt er dus geld. We zijn nu aan het kijken hoe we het daarna gaan doen. Dat heeft ermee te maken dat het ministerie van BZK op dit moment werkt aan een nieuwe uitkeringsvorm voor gemeentes. We willen dus gaan stoppen met de SPUK's en er komt een nieuwe vorm voor. Daarom kan ik het nu nog maar tot 2029 doen, maar daarna komt dus een andere manier van financiering.

Dan de vraag van de heer Bushoff over de Wibz. Ik vind dat altijd zo'n grappige afkorting. Die komt zeer spoedig naar de Kamer, hopelijk al op vrijdag. U vroeg mij of ik een aantal zaken daarin mee kan nemen. Ik herken een heleboel zaken die u daar stelt, zeg ik dan maar even. Eind september staat een debat gepland over goed bestuur en fraude. Dan ga ik ook graag verder in gesprek over onder meer uw opmerkingen.

Voorzitter. Ten slotte had ik nog een andere vraag van de heer Bushoff. Ik moet eerlijk zeggen dat mevrouw Van Brenk hem eigenlijk voor was. Zij heeft hier namelijk eerder deze week, of vorige week, ook al vragen over gesteld bij een plenair debat met mij. Het was een van de vijf tweeminutendebatten. Ik weet niet meer precies bij welk debat het was, maar het ging over de multidisciplinaire teams en het team zorgfraude binnen de IGJ. Er ligt een motie van mevrouw Van Brenk die nog een appreciatie krijgt. Daar wordt nu aan gewerkt. Wij verschillen niet van mening dat zorgfraude superbelangrijk is. Deze minister vindt dat ook echt een van haar prioriteiten. Daarom heb ik al eerder een brief over zorgfraude gestuurd. Binnenkort komt er via de Wibz nog een soort tweede stap daarbinnen. Ik vind ook de manier waarop dit naar buiten is gekomen niet handig. Het heeft ontzettend veel verwarring veroorzaakt. Daarom is er vandaag nog een keer

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

contact gezocht met de inspectie. Dat heeft ertoe geleid dat er, as we speak, een uitleg staat op de site, ook van de IGJ, waarin wordt gecommuniceerd wat er nu precies speelt. Ik denk dat het belangrijk is om te zeggen dat de inhoud van het team niet verandert. Het is dus nog steeds een prioriteit. We hebben trouwens ook de opdracht aan de IGJ gegeven dat zorgfraude heel erg belangrijk is. Het gaat vooral over de manier waarop ze dat anders willen organiseren. Voor die informatie wijs ik ook graag naar de site van de IGJ. Voor de duidelijkheid: het is niet een besluit van mij geweest. In de communicatie leek dat zo. Ik heb daar verder geen hand in gehad. De IGJ is onafhankelijk, maar het is wel goed dat ze toelichten waarom ze deze keuze hebben gemaakt. Ik zorg in ieder geval dat de appreciatie van die motie in schriftelijke vorm uw kant uitkomt.

De voorzitter:

Daar wil mevrouw Van Brenk graag nog wat over weten. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

In tweede instantie kom ik nog op andere punten terug waar ik nog vragen over had. In de tussentijd heb ik inderdaad kunnen kijken wat er op de site staat. Daar zegt de inspectie dat het programma wordt afgerond. Dan is het dus klaar. Sorry, maar zo lees ik het wel. Als je de expertise hebt en een team bij mekaar hebt dat dit gelukkig goed doet en waar ook de Arbeidsinspectie van zegt "dit is een waardevol team; hou dat nou in stand", vind ik dat echt ... Ik vind het verdrietig voor de minister dat zij overvallen wordt door de inspectie, terwijl het een topprioriteit is van het ministerie. Ik kan niet anders zeggen dan dat ik de motie donderdag in ieder geval in stemming breng.

Minister Sterk:

Het ingewikkelde hieraan is dat het van de IGJ is, maar toch even het volgende. Het programma, dat overigens een tijdelijk programma was, wordt misschien wel stopgezet, maar dat gebeurt juist met als doel om het in de reguliere werkwijze op te nemen. De kennis van deze mensen moet in de hele organisatie zitten; die moet niet in een soort hoek van de organisatie zitten. Volgens mij is de gedachte van de IGJ hierbij dat zij dit op een andere manier gaan organiseren. De mensen zijn er echter nog allemaal, de kennis bevindt zich in de organisatie en zorgfraude is een topprioriteit. Dat is het doel

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

geweest van deze reorganisatie. Er worden dus geen mensen ontslagen en het is niet zo dat het thema van de agenda verdwijnt. De reorganisatie is juist bedoeld om te zorgen dat dat breder zijn werking gaat krijgen dan alleen apart in één hoek van de inspectie.

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Wat mij echt zorgen baart, is dat de kern van het artikel dat naar buiten kwam, is dat er een richtingenstrijd is binnen de IGJ. Dit gespecialiseerde team is nou juist bij uitstek het team dat daadwerkelijk zorgfraude aanpakt. Ik heb het stukje op de website van de IGJ ook gelezen; er wordt daarin eigenlijk natuurlijk heel weinig gezegd. De vraag die ik concreet aan de minister wil stellen, is: is er nou op enige manier iets mogelijk binnen de bevoegdheden van de minister? Kan zij de IGJ vragen, vriendelijk verzoeken of adviseren -- ik zeg maar iets -- om toch verder te gaan met dit team?

Minister **Sterk**:

Dat is natuurlijk altijd een beetje ingewikkeld, in de zin dat de IGJ een onafhankelijk orgaan is. Dat is ook belangrijk, want ze zien toe, ze houden toezicht. Het moet niet zo zijn dat ik dat kan beïnvloeden, want dat zou geen goed toezicht opleveren. Tegelijkertijd hebben we wel afspraken over welke onderwerpen belangrijk zijn om toezicht op te houden, en een daarvan is zorgfraude. Daar ga ik de IGJ natuurlijk ook op aanspreken. Ik heb ook regelmatig overleg met de inspecteur-generaal hierover. Het blijft dus gewoon een prioriteit dat de IGJ haar toezicht moet toespitsen op zorgfraude. Daar heb ik heel grote belangen bij, want wij willen die zorgfraude aanpakken. Hoe zij dat daarachter dan organiseren, is in principe niet aan mij, maar ik zal de IGJ wel houden aan de afspraken die we met haar gemaakt hebben.

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Zou de minister in het gesprek met de IGJ dan kunnen adviseren, vragen, erover sparren, subtiel de kant op wijzen of iets in die richting, dat er in ieder geval in de Kamer vrij breed leeft dat er een verschil is tussen toezicht houden op de zorg -- dan kijk je naar hoe het beter kan en waar de verbeterplannen zitten -- en toezicht houden op organisaties waarvan je gewoon weet dat ze met kwade intenties de zorg binnen zijn gekomen en dat er serieuze signalen over zijn, en waar je echt met een andere bril naar

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

moet kijken? Zou de minister die specifieke vraag eens mee willen nemen als zij een toevallig gesprek voert met de IGJ?

Minister **Sterk**:

Ik voer geen toevallige gesprekken met de inspecteur-generaal, want dat doen we op reguliere basis. Ik zal dat absoluut meenemen, maar toch nog even het volgende. Ik wil me niet bemoeien met de manier waarop de IGJ zichzelf organiseert. Dat is niet aan mij. Ik mag haar echter wel erop aanspreken dat er gewoon toezicht wordt gehouden op zorgfraude, want daar hebben we allemaal belang bij. Ik hoor dat ook elke keer heel duidelijk; volgens mij is dat een Kamerbrede wens van de Kamer. Daar zal ik de inspectie dus ook aan houden en daar moet zij ook aan bijdragen. Hoe ze dat organiseert, is niet aan mij, maar ik denk wel dat het belangrijk is om in de gesprekken die ik met haar heb, goed te volgen hoe dit nu gaat en of de manier die zij nu heeft gekozen inderdaad leidt tot goed toezicht op de zorgfraude. Dat is namelijk wel het gesprek dat ik met haar kan voeren en ik zal uw vraag daarin meenemen.

De **voorzitter**:

Tot slot nog, mevrouw Wendel.

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Tot slot. Ik denk dat het helder is hoe ik ernaar kijk en hoeveel waarde ik hecht aan dat team. Ik geloof dat mevrouw Van Brenk dat in elk geval met mij deelt. Mijn vraag is specifiek als volgt. De minister geeft aan dat zij niet de bevoegdheid heeft om echt iets te vinden van de manier waarop ze dat inrichten; dat begrijp ik. Hebben wij daar als Kamer dan iets over te zeggen? Mevrouw Van Brenk heeft natuurlijk een motie liggen. Gezien wat ik nu zeg, heeft u vast door dat ik daar enthousiast over ben. Valt die dan echter wel binnen de redelijke bevoegdheid die wij hebben als Kamer? Kunnen wij er iets mee als deze motie wordt aangenomen? Of zegt de minister: ik kan daar dan in ieder geval mee op pad, met een heel helder signaal?

Minister **Sterk**:

Ik heb gezegd dat ik nog met een appreciatie van de motie zou komen. Maar het is, denk ik, ook niet goed als wij als Kamer zouden kunnen besluiten hoe de IGJ dat precies

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

moet gaan vormgeven. Dat past volgens mij niet bij de manier waarop we dit toezicht willen organiseren. Dat moet onafhankelijk zijn -- daar hebben we volgens mij allemaal belang bij -- maar wat we natuurlijk wel mogen uitspreken, is dat het van belang is dat we zorgfraude blijven opsporen en dat we toezicht houden op malafide organisaties die misbruik maken van de mogelijkheden die er soms zijn. Dat is wel het gesprek dat we kunnen voeren. Dat is ook een beetje de ingewikkeldheid van de motie van mevrouw Van Brenk, namelijk dat ik denk dat wij allemaal, zoals ik het dan altijd maar zeg, aan dezelfde kant van het touw trekken. We vinden allemaal dat zorgfraude harder moet worden aangepakt. Er verdwijnt veel te veel geld over de ruggen van kwetsbare mensen in de verkeerde zakken. Dat willen we niet en daar moeten we op toezien, maar ik vind het niet aan mij om iets te vinden van hoe de inspectie dat organiseert, en volgens mij is dat ook niet aan de Kamer.

De **voorzitter**:

Gaat u verder. Of was u daarmee aan het einde gekomen van uw verhaal? Ja, zie ik. Prima. Dan kijk ik nog even richting de commissie of er nog openstaande vragen zijn. Als dat niet het geval is, gaan wij door met de tweede termijn van de kant van de commissie.

We kunnen naar de tweede termijn, zie ik. Ik geef eerst de heer Vervuurt het woord. U heeft daar 1 minuut en 30 seconden voor.

De heer **Vervuurt** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Allereerst natuurlijk dank aan beide ministers voor de beantwoording. Het is duidelijk. Ik heb in de beantwoording teruggehoord wat ik eigenlijk ook best wel breed vanuit de Kamer heb gehoord, namelijk dat we met het IZA en het AZWA belangrijke stappen zetten richting die toekomstbestendige zorg. Ik heb er in mijn bijdrage ook aan gerefereerd dat ik het heel belangrijk vind dat wij op enig moment de dingen die in de week zijn gelegd goed in het IZA en het AZWA kunnen opschalen en kunnen inbedden in ons zorglandschap. Ik moet zeggen -- ik probeer het nog een keer, want ik vond het antwoord net een beetje mager -- dat ik echt op zoek ben naar de rol van beide ministers die daarbij aan tafel zitten, misschien niet fysiek maar dan wel zodanig dat de geest van de ministers boven de tafel hangt, in het doorpakken en in het helpen maken van keuzes voor het zorglandschap. Ik begrijp nu van heel veel partijen

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

die aan die tafel zitten dat het ook één grote Poolse landdag kan zijn en dat het heel erg moeilijk is om, naarmate er meer partijen aan tafel zitten, daar samen uit te komen. Ik denk dat de overheid daarin ambitieuzer mag zijn. Ik denk dat beide ministers ook meer mogen sturen in die beweging. Die stip op de horizon is nu gezet, om met de woorden van mevrouw Van Brenk te spreken, maar laten we daar nou ook zo snel mogelijk naartoe gaan. Ik zou graag aan de ministers willen vragen hoe ze daar hun eigen rol in zien en hoe zij daar invulling aan willen geven.

Dat is het.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Vervuurt. Dat was volgens mij keurig binnen de tijd. Dan gaan we naar mevrouw Tijmstra. Gaat uw gang.

Mevrouw **Tijmstra** (CDA):

Dank u wel, voorzitter. De richting is goed. Nu is het vooral zaak om ruimte te maken voor dat wat werkt en om dat sneller op te schalen. Ik wil toch nog een paar woorden van speciaal gezant Jan Kremer herhalen. Die zei namelijk, heel pakkend: we leveren de zorg van morgen in het systeem van gister. Dat appel wil ik toch graag nog een keer doen. Het systeem van contractering, bekostiging, toezicht en wet- en regelgeving is onze verantwoordelijkheid. Mensen in het veld werken enorm hard om die passende zorg te leveren. Daar gebeuren heel veel mooie dingen, maar laten wij er dan ook voor zorgen dat zij die ruimte ervaren. Ik begrijp dat onderzoeken nodig zijn, maar, terugkomend op die eerste termijn, dan schrik ik er dus toch nog best wel van dat, als het gaat over contractering, pas aan het einde van dit jaar slechts het eerste deelonderzoek opgeleverd wordt en we begin volgend jaar een kabinetsreactie verwachten. Soms kan het niet sneller, maar laten we er dan in die tussenruimte voor proberen te zorgen dat die koplopers de wind in de zeilen houden en de energie erin houden om de mensen in een organisatie die achterblijven ook mee te laten komen. Daarnaast vind ik het belangrijk dat we blijven sturen op transformatie. In heel veel inhoudelijke debatten, waaronder het ggz-debat, wordt steeds verwezen naar afspraken uit het IZA. Dat snap ik, maar laten we dan niet opsommen wat we doen, maar ook kijken of het effect heeft in de samenleving.

Dank u wel.

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Tijmstra. Dan gaan we naar mevrouw Van Brenk. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Voorzitter. Het is fijn dat de minister meegaat naar Praat vandaag over morgen, maar ik had daar eigenlijk wel nog iets aan toegevoegd over het vervolg. Ik weet dat het programma doorloopt, maar ik had gevraagd of de minister het er nu mee eens is dat het lokaal verankerd zou moeten zijn en dat we mensen een handelingsperspectief moeten bieden. Ik denk dat dat ontzettend belangrijk is.

Voorzitter. Ik blijf kauwen op die integere bedrijfsvoering en de zorgverwaarlozing. We hebben bij EenVandaag gezien dat de reguliere teams van de inspectie zeiden dat het goed geregeld was, dat de zorg daar prima was en dat de organisatie voor elkaar was, maar dat door de inzet van dat IBZ-team bleek dat het daar een grote puinhoop was en dat het eigenlijk zorgcriminelen waren. Dat verschil gaat er bij mij niet in. We hebben vanochtend in de procedurevergadering afgesproken dat we, voordat we de Wibz gaan behandelen, met twee betrokken mensen gaan spreken. Ik ben er blij mee dat de collega's me daarin bijvielen. Alles wat wij kunnen doen om zorgfraude aan te pakken, vind ik echt van groot belang. Ik blijf het maar zeggen: ik handhaaf mijn motie.

Er is één punt dat we hier onvoldoende terug hebben laten komen. Daarover wil ik eigenlijk nog een vraag stellen aan beide ministers. Ik ben in het Zorghuis van de Toekomst geweest. Het is meer dan fantastisch wat er met domotica kan, waardoor mensen langer thuis kunnen blijven wonen enzovoort. Dat vergt wel de nodige investeringen. Dat kan heel klein zijn, zoals een iPad die vertelt dat je je medicijn nu moet nemen, dat je even wat moet drinken of wat dan ook ...

De **voorzitter**:

Mevrouw Van Brenk, u bent al ruim over de tijd.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

O. Mijn vraag is: blijft het investeren in domotica een belangrijk speerpunt, ook voor de toekomst?

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

De heer **Vervuurt** (D66):

Ik heb een vraag voor mijn eigen begrip. Het bestrijden van zorgfraude gaat mevrouw Van Brenk nauw aan het hart. We hebben net ook kunnen luisteren naar de beantwoording van de minister. Ik moet zeggen dat ik het dilemma dat zij schetste heel duidelijk vond, juist ook vanuit de zelfstandige positie die de IGJ heeft binnen ons bestel. Dat geldt niet alleen voor de IGJ, maar ook voor de NZa en het Zorginstituut. Vindt u ook niet dat het een beetje een rare figuur zou zijn als de Kamer gaat sturen op hoe de IGJ, de NZa of het Zorginstituut hun organisatie intern moeten gaan vormgeven? Ik snap dat u dit belangrijk vindt, maar is dit nou echt de manier?

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

Alle manieren die helpen, moeten we doen. Sorry. Het gaat om 10 miljard aan zorggeld dat gewoon weggaat. Ik snap zeker dat de inspectie haar eigen afwegingen maakt. Er is net een nieuwe voorzitter, dg, hoofdinspecteur of hoe het daar ook heet, aangesteld. Ik vind dat daar fundamenteel verkeerde fouten gemaakt worden. Ja, alle middelen die ik aan kan pakken, pak ik aan. Ik koester me geen enkele illusie dat de coalitiepartijen het zullen steunen, maar, sorry, het is echt een verkeerde keuze die daar gemaakt wordt. Kennis moet je juist bij elkaar houden. Het is leuk dat je denkt dat de rest van de teams van een organisatie dan ook zo gaan werken, maar zo zit het leven niet in elkaar.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan zijn we toe aan de tweede termijn van mevrouw Wiersma. Gaat uw gang.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Dank, voorzitter. Het is een uitgebreid debat. Ik zie dat er hier twee ministers zitten die ook echt wel vooruit willen. Ik snap en ken de beperkingen waar zij binnen hun eigen begroting, of wat dan ook, tegenaan lopen. Dat soort grenzen kennen we natuurlijk allemaal. Desalniettemin maak ik me wel zorgen.

Ik heb overigens nog één vraag openstaan waarop ik het antwoord volgens mij niet heb gehoord. Die vraag wil ik dus nogmaals stellen. De regio is voor BBB natuurlijk heel belangrijk. Ik had nog gevraagd of er ook harde randvoorwaarden gesteld kunnen worden om de beschikbaarheid daar te waarborgen. We hebben natuurlijk geholpen met

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

een motie als het gaat om huisartsen en opleidingen, maar die vraag zou ik graag nog beantwoord willen zien.

Dan IPSO. Het is mooi om twee partijen met elkaar in contact te brengen. Ik denk overigens dat ze elkaars telefoonnummer wel hebben, maar ik zie tegemoet wat eruit de gesprekken voortvloeit. Volgens mij moet daar ook een oplossing voor komen.

Tot slot. Dit is wel echt het belangrijkste punt, denk ik. Tegelijkertijd is er ook een stikstofdebat gaande. Ik weet dat dit kabinet niet altijd denkt vanuit een bedrijfseconomisch perspectief. Ik heb bijvoorbeeld voor een landbouwbedrijf liquiditeitsbegrotingen gemaakt. In het andere debat, in de plenaire zaal, werd daar echt geen rekening mee gehouden, als je ziet wat daar voorligt. Als we hier nu met elkaar tot de conclusie komen dat huisartsen eigenlijk de backbone van onze zorg zijn, dan vind ik toch dat daarvoor echt op de korte termijn een oplossing moet komen. Ik zoek of daar toch nog ergens ruimte voor is. Er komt een tweeminutendebat, toch? Is dat al aangevraagd?

De **voorzitter**:

Nee.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Dan is dat bij dezen aangevraagd, zou ik zeggen. Daarin zouden we nog enigszins kunnen helpen, want het kan gewoon niet dat je een bedrijf moet exploiteren dat min of meer niet kostendekkend is, als dat de ruggengraat is van je zorg.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan is het woord in tweede termijn aan de heer Bushoff.

De heer **Bushoff** (PRO):

Dank u wel, voorzitter. Ik begin even bij het punt van de huisartsen. Ik heb het nog even teruggezocht: motie 33578, nr. 126, nota bene van 27 november 2024. Die motie is aangenomen en gaf de opdracht aan het kabinet om in gesprek te gaan met de NZa om te komen tot de toekomstbestendige tarieven en daarin ook toekomstscenario's mee te nemen, zoals demografische ontwikkelingen, huisvestingskosten, stijgende

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

personeelskosten et cetera. Nu hoorde ik de minister zeggen: in de zomer kom ik met een tijdspad voor de gesprekken die we daarover gaan voeren. Ik zou de minister dan willen meegeven dat dat tijdspad heel krap gaat zijn, omdat ik vind dat het nogal lang duurt. Dat gezegd hebbende hoop ik dat de minister daaraan kan voldoen.

Het tweede punt gaat toch nog heel eventjes over gordelroos. De minister zei: ik kom nog terug op de invulling van de aangenomen motie van ook mevrouw Van Brenk. Ik vroeg me nog af of bijvoorbeeld het naar voren halen van de gereserveerde middelen uit het AZWA voor de inhaalcampagne eventueel een logische suggestie zou kunnen zijn of dat daar andere nadelen aan zitten.

Tot slot, voorzitter. We hebben tijdens het commissiedebat Arbeidsmarktbeleid in de zorg ook al gedebatteerd over een aantal opleidingsplaatsen van gz-psychologen. Ik moet zeggen dat ik de redentie van het ministerie en de minister om niet het Capaciteitsorgaan te volgen en zelfs minder plekken beschikbaar te stellen dan er nu beschikbaar zijn, heel moeilijk te volgen vond. Gelukkig heeft de Kamer daarop bijgestuurd met een aangenomen motie. Ik vroeg mij af of de minister al iets kan zeggen over hoe ze die motie gaat uitvoeren en of ze die ook netjes gaat uitvoeren.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we naar mevrouw Maeijer voor de tweede termijn. Gaat uw gang.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Dank u, voorzitter. Dank ook aan beide ministers voor de beantwoording. Papier is geduldig. Ik heb dat in eerste termijn ook al gezegd. De mensen die zorg nodig hebben en zorgprofessionals hebben die luxe niet. Ik denk dat het heel belangrijk is om te weten of de gemaakte afspraken ook hun doel bereiken. De monitor is daarom belangrijk. De minister heeft er het een en ander over gezegd, bijvoorbeeld dat daarin de maatschappelijke opbrengst wordt meegenomen. Het is mij nog niet helemaal duidelijk hoe concreet dat zou worden. Ik hoop dat de minister daar in tweede termijn nog nader op in kan gaan.

Een van de doelen is maximaal 20% administratietijd. Ik zou de minister toch echt willen vragen en op willen roepen de hand in eigen boezem te steken en anderen aan te sporen, te helpen of wat dan ook, om te zorgen dat we op koers blijven. Volgens mij is

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

de gemaakte afspraak namelijk echt ongelofelijk belangrijk en fundamenteel voor de toekomst.

Voorzitter. Daarnaast heb ik nog één vraag waarvoor ik in eerste termijn geen tijd meer voor had. Ik vroeg me af of de minister het beeld herkent dat de specialisten in ouderengeneeskunde nog niet bij al de regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden aan tafel zitten.

Helemaal tot slot kom ik op de eigen bijdrage in de wijkverpleging. Ik heb het vaker gezegd in dit debat: ik vind het nog steeds een onbegrijpelijk slecht idee. Ik eindigde mijn eerste termijn met wat er in het AZWA staat over het punt dat iedereen toegang moet hebben tot de juiste zorg in de stervensfase. Mijn zorg is dat de eigen bijdrage in de wijk hierbij een drempel op kan gaan werpen. Een motie die ik hier vorige week over heb ingediend, waar gister over is gestemd, is verworpen. Een aantal partijen hier aan tafel hebben die niet gesteund. Ik vroeg de minister in eerste termijn om een reactie op die zorgen. Ik zou die heel graag nog krijgen.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik zie dat mevrouw Wendel geen behoefte heeft aan een tweede termijn. Prima. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de tweede termijn van de kant van de Kamer. Ik kijk de ministers even aan. We schorsen tien minuutjes. Even voor 16.30 uur gaan we verder.

De vergadering wordt van 16.18 uur tot 16.29 uur geschorst.

De voorzitter:

We beginnen toch maar weer gewoon. Als leden dat willen, druppelen ze vast wel weer binnen. Ik zie dat de ministers weer terug zijn, dus wij gaan door met de tweede beantwoording. Ik geef eerst het woord aan minister Hermans. Gaat uw gang.

Minister Hermans:

Dank u wel, voorzitter. Ik begin met de vraag van de heer Vervuurt over het maken van keuzes in het zorglandschap en de sturing daarop vanuit mijzelf en de minister van Langdurige Zorg. Ik denk dat daar twee dingen belangrijk zijn. Eén is het wetgevingspakket waar wij aan werken. Dat is er echt op gericht om meer te kunnen

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

sturen en te zorgen dat partijen zich niet kunnen onttrekken aan bijvoorbeeld de avond-, nacht- en weekenddiensten. Het tweede is, zoals ik in het debat al toezei, dat ik zelf in gesprek met de verschillende regiovoorzitters, waar ik ook de acutezorgregio's bij wil betrekken, wil kijken hoe het loopt, hoe het gaat en wat er op verschillende plekken nodig is. Daar wil ik ook echt aandacht hebben voor het feit dat elke regio anders is. Zeeland vraagt namelijk wat anders dan Noord-Holland of Overijssel. Die gesprekken ga ik voeren. Als daar dingen uit komen, laat ik dat de Kamer vanzelfsprekend weten. Die sturing komt dus via de wetgeving die volgend jaar uw kant op komt.

Dan een vraag van mevrouw Tijmstra: zijn we niet de zorg van morgen in het systeem van gisteren aan het organiseren? Ook vroeg ze of we daarmee de beweging naar de zorg van morgen niet onnodig ophouden of vertragen. Ik snap die zorg en de geluiden die mevrouw Tijmstra verwoordde. Zelf hoor ik die ook. Ik wil echt nogmaals benadrukken dat we in het hier en nu al maximaal de ruimte opzoeken. Waar we die nog meer kunnen creëren, zal ik dat ook absoluut niet nalaten. Ik ga dus ook niet wachten op waar de NZa mee komt als we in de tussentijd stappen kunnen zetten. Dat onderzoek van de NZa is wel heel relevant om ook voor de langere termijn stappen te kunnen zetten. Nogmaals, ik snap deze verzuchting. We zoeken die ruimte waar we kunnen. Voorzitter. Dan had mevrouw Van Brenk nog een antwoord van mij tegood op de vraag over de vernieuwde griepvaccins en wanneer dat onderzoek is afgerond. De Gezondheidsraad heeft geadviseerd over nieuwe griepvaccins en gaf daarbij aan dat er goed moet worden gekeken naar de kosteneffectiviteit en de uitvoerbaarheid. Daar is het RIVM nu mee bezig. Die resultaten worden eind '26 verwacht. Dan kan er besluitvorming plaatsvinden over eventuele inzet van nieuwe griepvaccins. Er is niet een hoger budget voor het griepvaccinatieprogramma. We zullen dan dus ook moeten bezien of het eventueel gebruikmaken van die nieuwe vaccins ook budgettair inpasbaar is. Ze zullen dus niet al in het komende griepseizoen ingezet kunnen worden.

Het implementatieplan gordelroosvaccinatie komt eind september. Dat heb ik nodig voor de uitvoering van de motie waarnaar verwezen werd. Misschien kan ik gelijk de vraag van de heer Bushoff beantwoorden over of geld dat later in de tijd gereserveerd staat naar voren gehaald kan worden. Dan doe ik een kasschuif en haal ik dus geld uit de toekomst naar voren, maar daarmee heb ik niet ineens meer geld beschikbaar. In latere jaren lopen we dan tegen een probleem aan. Ik zie de heer Bushoff glimlachen, dus ik denk dat hij dit antwoord mogelijk wel vermoedde. Dat lijkt mij niet de weg om te gaan,

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

want dan creëer ik een probleem voor de toekomst. Ik kom terug op hoe ik de motie ga uitvoeren.

Voorzitter. Dan vroeg mevrouw Wiersma mij naar de regio. Ik dacht dat ik daarop was ingegaan in mijn antwoord over concentratie en spreiding, maar ik ga daar graag nog een keer op in. Het wetsvoorstel waar ik het net in de richting van de heer Vervuurt over had, waar we nog mee komen, is natuurlijk ook relevant voor de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg in de regio. Dat komt er dus. Dat is één. Twee is dat we vastleggen in de wetgeving dat, zeker wanneer er dingen veranderen in de acute zorg, de omgeving goed betrokken wordt. Daar wordt nu aan gewerkt. We hebben bijvoorbeeld bij de casus in Limburg, in het Zuyderlandziekenhuis, gezien hoe belangrijk het is dat we dat goed vormgeven. Ook dat gaan we nu vastleggen. Die beschikbaarheid, die toegankelijkheid, is uiteindelijk het vertrekpunt vanwaaruit ik werk. Ik wil de afspraken en het zorglandschap zo vormgeven dat dat in alle regio's geregeld is.

De voorzitter:

Als ik het goed heb gezien, roept dat een interruptie op van mevrouw Wiersma.

Mevrouw Wiersma (BBB):

Excuus, ik vraag me af of ik het antwoord helemaal goed interpreteer. Maar goed, daarvoor is een verhelderende vraag, denk ik. Zij heeft het over de betrokkenheid in Zeeland, maar ik vroeg natuurlijk of er ook harde randvoorwaarden in zitten om juist ook de continuïteit in de regio's meer te waarborgen. Dat is natuurlijk niet mededelen: o ja, jammer, het ziekenhuis gaat dicht en jullie mogen daar wat van vinden. Dat is wel een andere insteek. Ik vroeg specifiek om randvoorwaarden.

Minister Hermans:

Ik had het niet over Zeeland, maar over Zuyderland. Dat was een aanleiding om in de wet vast te leggen dat als er bijvoorbeeld in de acute zorg iets verandert, dat wel in goede afstemming en overleg met de omgeving moet gaan, juist omdat dat een vorm van zorg is die je wel op een goede manier georganiseerd en geregeld wilt hebben in de regio. Ik kijk naar beschikbaarheid en toegankelijkheid van de verschillende vormen van zorg in de regio. Daarom ben ik een beetje terughoudend met het zomaar toezeggen

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

van harde randvoorwaarden. Uit eerdere debatten weet ik namelijk dat mevrouw Wiersma het uitgangspunt heeft dat in elk ziekenhuis al die vormen van zorg beschikbaar moeten zijn en blijven. Dat kan en ga ik op die manier niet garanderen, omdat we voor de kwaliteit en juist ook voor de toegankelijkheid van zorg goed moeten kijken naar de concentratie en spreiding. Daarmee organiseer je een netwerk van zorg, van alle vormen en soorten van zorg, die voor mensen in de regio die zorg en ondersteuning nodig hebben, beschikbaar is.

De **voorzitter**:

Mevrouw Wiersma heeft daar nog een aanvullende vraag over. Ga uw gang.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Het is niet zozeer een aanvullende vraag. Ik heb nooit gezegd dat elke vorm van zorg in elk ziekenhuis overeind moet blijven. Ik ben er zelf bij betrokken geweest toen er een mogelijke fusie van ziekenhuizen in Friesland plaats zou vinden, dus ik snap de uitdagingen waar de ziekenhuizen mee geconfronteerd worden. Het gaat echter wel om de basistoegang tot een aantal cruciale punten. Dat er concentratie van specialistische zorg plaatsvindt, daarover bestaat geen discussie.

Minister **Hermans**:

Dank voor deze verheldering, want ik denk dat wij elkaar dan goed vinden op de toegang tot vormen van zorg in de regio. Dat betekent inderdaad niet dat dat allemaal in elk ziekenhuis georganiseerd is.

Voorzitter. Dan de huisartsen. Mevrouw Wiersma en de heer Bushoff stelden mij daar vragen over. Mevrouw Wiersma vroeg om een oplossing voor de huisartsen. Ik zei het al in mijn eerste termijn: de nieuwe gang naar de rechter van de huisartsen naar aanleiding van het besluit van de NZa laat ik echt waar die hoort. Dat ligt nu bij de rechter. Ik neem mijn verantwoordelijkheid in het uitwerken van de afspraken uit het AZWA over het toekomstbestendige bekostigingsmodel.

De heer Bushoff wees mij erop dat dat een motie uit 2024 is die in 2025 in het AZWA is vastgelegd. Ik kan inderdaad ook iets ambitieuzer zijn dan ik in mijn eerste termijn zei, want de gesprekken lopen al. Ik zal als ik in september met een brief kom -- dat zal dan eind september zijn -- niet alleen een proces schetsen, maar ook echt de eerste lijnen

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

waaraan gedacht wordt, of hoe we aan het werk zijn. Misschien wil mevrouw Wiersma nu ik dit gezegd heb, overwegen of een motie dan nu al nodig is of dat zij daar nog even mee wacht tot ik eind september die brief heb gestuurd. Dit is echter slechts een suggestie, en als er een tweeminutendebat komt, zal ik die motie verder natuurlijk gewoon op dat moment appreciëren.

Voorzitter. Mevrouw Maeijer stelde nog een vraag over hoe concreet de monitor wordt. Ik hoop dat ik die vraag goed begrepen heb. Ik zal in de brief die we daarover in het najaar sturen, niet alleen cijfers leveren, maar ook een duiding, geïllustreerd met een aantal concrete praktijkvoorbeelden, zodat we de effecten in het land ook inzichtelijk maken en tot leven wekken.

Mevrouw Maeijer vroeg mij nog naar de specialist ouderengeneeskunde. Laat ik beginnen te zeggen dat we zo'n landelijke zijtafel eerstelijnszorg hebben. Daar zitten ze aan tafel. Mevrouw Maeijer vroeg mij specifiek naar die regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden. Ik verwees al even naar het samenwerkingsverband in Almere. Daar zitten ze aan tafel. Het gebeurt dus op een aantal plekken al, maar ik weet ook dat het nog niet overal zo is. Het is echt een beweging die in ontwikkeling is. We hebben afgesproken dat in 2030 alle beroepsgroepen zijn aangesloten bij die samenwerkingsverbanden.

Voorzitter, tot slot nog een belangrijke mededeling: de twaalf verdwenen afspraken, waar mevrouw Coenradie mij zo scherp op wees, zijn terecht. Het zijn afspraken die eind vorig jaar nog niet gestart waren. Zij hadden voornamelijk betrekking op de tweede tranche van de volumenormen. Dat proces loopt inmiddels weer en mijn toezegging om daar in de monitorbrief op terug te komen staat nog steeds, maar ik dacht: het is toch belangrijk om even te melden dat de afspraken gevonden zijn.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Daarmee is de minister aan het einde gekomen, zie ik. We schakelen over naar minister Sterk. Gaat uw gang.

Minister **Sterk**:

Dank u wel, voorzitter. Ik had ook nog een aantal vragen. Ik kom opnieuw toch nog even terug op de stelling van mevrouw Van Brenk over de IGJ en specifiek daarbinnen het

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

IBZ. Morgenochtend krijgt u de appreciatie van de motie. Het is, denk ik, goed voor u om te weten dat de inzet wel gewoon doorgaat; dat zeg ik er dan ook eerlijk bij. Het is, denk ik, ook goed om te zeggen dat de IGJ natuurlijk niet in zijn eentje de zorgfraude aanpakt; dat doet ze juist ook in samenwerking met de NLA en met de NZa. Daar krijgt ze ook extra middelen voor vanuit het AZWA. Verder heb ik, zoals ik aangaf, begin juni al een fraudebrief gestuurd; er komt er binnenkort nog een. Ik verheug me echt op het debat met de Kamer over de zorgfraude, om te kijken hoe we dat met elkaar goed kunnen gaan aanpakken.

Voorzitter. Mevrouw Van Brenk had ook nog een vraag over het Zorghuis van de Toekomst en over de investeringen in domotica. Het is, denk ik, een prachtig voorbeeld. Zo kennen we heel veel voorbeelden van organisaties of projecten waarin hele mooie, innovatieve vormen worden ontwikkeld die kunnen helpen bij de zorg. Daarom hebben we ook die doorbraakmiddelen, die juist ook toegespitst zijn op die vormen van innovatie waarvan wij denken dat daar nu wel de grootste winst te halen is, omdat die gaan over de onderwerpen waar we het meest in vastlopen. Uiteindelijk is natuurlijk de bedoeling dat we dit soort innovaties niet blijven subsidiëren maar dat het ook onderdeel gaat uitmaken van de reguliere bekostiging van wat organisaties uitgeven. Daar wil je uiteindelijk naartoe. Dat is dus wel de transformatie waar we aan werken.

Mevrouw Maeijer had een oproep voor de aanpak van de regeldruk. Ik ben het helemaal eens met wat u mij daar vroeg te doen. Het heeft ook onze volle aandacht. In september gaan we het daar met alle partijen van het AZWA ook over hebben.

Ten slotte vroeg de heer Bushoff hoever ik ben met de uitwerking van de motie. Volgens mij is die vorige week aangenomen, dus u snapt dat ik die nog niet helemaal heb uitgewerkt. We zijn nu bezig om een aantal scenario's te maken over wat een en ander betekent.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dat roept nog een paar vragen op. Ik begin bij mevrouw Van Brenk van 50PLUS. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van Brenk** (50PLUS):

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Ik had specifiek een vraag gesteld over de voortgang van Praat vandaag over morgen. Herkent de minister dat het belangrijk is om dat lokaal te verankeren maar ook om dat handelingsperspectief voor senioren te bieden?

Minister **Sterk**:

De vraag die u stelt, over Praat vandaag over morgen, is heel specifiek. Heel eerlijk: ook daar zou ik graag een keer met u op bezoek willen gaan om eens te kijken wat het is, voordat ik er allerlei uitspraken over doe. Er wordt mij iets ingefluisterd. Ik had het zelf ook wel een beetje kunnen verzinnen. Ik denk dat het ook een beetje samenhangt met wat u ook al eerder zei over die senioreninitiatieven: initiatieven die vooral lokaal georganiseerd zijn, moet je volgens mij lokaal blijven organiseren. Daar zijn middelen voor en daarbij is er ook een rol voor de gemeenten vanuit de Wmo. Ik denk dat het dus ook belangrijk is dat de VNG dat op die manier blijft vormgeven. Dat past natuurlijk heel erg bij die sociale basisinfrastructuur waar ik het ook over had. Dit soort initiatieven hoort daar natuurlijk ook gewoon een plek in te krijgen.

De heer **Bushoff** (PRO):

Ik wil nog even terugkomen op het punt over de aangenomen motie over de opleidingsplekken voor gz-psychologen. Aangezien die vorige week is aangenomen, kan ik mij natuurlijk goed voorstellen dat de minister nog geen pasklaar antwoord heeft dat ze dat heeft geregeld. Tegelijkertijd klinkt "een aantal scenario's uitwerken van wat het een en ander betekent" ook wel heel vrijblijvend als ik het dictum van de aangenomen motie lees. Ik neem dus aan dat de minister dan ook wel de intentie heeft om in ieder geval nog te handelen naar de opdracht van de motie als die scenario's zijn uitgewerkt.

Minister **Sterk**:

Natuurlijk, maar het was wel een ongedekte motie, zeg ik er dan maar even bij. Dat is natuurlijk het grote probleem, want wij hebben niet zomaar middelen om dit te regelen. Daar moet ik nu natuurlijk naar op zoek. Dat is ook gewoon de eerlijke waarheid, denk ik.

De heer **Bushoff** (PRO):

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

De minister zegt nu dat ze er zelf naar op zoek moet, maar als dit een uitnodiging is dat de motie wel uitgevoerd wordt als er een dekking bij komt, dan zijn we natuurlijk van harte bereid om even mee te denken als dat nodig is. Ik ga ervan uit dat die motie gewoon wordt uitgevoerd en wordt meegenomen in de augustusbesluitvorming, maar anders denken we natuurlijk van harte mee als dat nodig is. Zo staan wij natuurlijk ook in de wedstrijd.

De **voorzitter**:

Is het wellicht een goed idee om op te schrijven dat de minister binnen een bepaalde termijn een terugkoppeling geeft over de uitvoering van de motie?

Minister **Sterk**:

Ja, voorzitter. Ik zou willen toezeggen dat ik voor de begroting even terugkom op de uitwerking van deze motie.

De **voorzitter**:

Dan noteren we dat. U was daarmee aan het einde gekomen van ... O, mevrouw Maeijer, dat dacht ik al. Ik was het bijna vergeten, dus het is goed dat u nog even zwaait.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

De minister is mij misschien ook vergeten. Ik heb in de eerste termijn een vraag gesteld en net in de tweede termijn nog een keer. Ik wil toch graag nog een reflectie van de minister op de afspraak die in het AZWA is gemaakt over het ongehinderd leveren van palliatieve zorg, de toegang tot palliatieve zorg en hoe dat zich nu verhoudt tot de eigen bijdrage in de wijkverpleging, die gewoon een financiële drempel kan opleveren voor mensen om thuis palliatieve zorg of palliatief terminale zorg in de stervensfase te kunnen krijgen.

Minister **Sterk**:

In zijn algemeenheid heb ik, denk ik, ook al aangegeven dat een eigen bijdrage in de wijkverpleging er niet toe zou moeten leiden dat mensen er geen gebruik meer van kunnen maken. Daar moeten we goed naar kijken. Dat geldt hier natuurlijk ook voor.

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

Verder wil ik er vooral naar verwijzen dat ik dit nog niet heb uitgewerkt en dat ik uw punt daar ook in mee zal nemen.

De voorzitter:

Helemaal goed. Ik kijk nog één keer naar links. Ik zie geen vingers meer. Dat betekent dat wij hiermee aan het einde zijn gekomen van de beantwoording.

Ik constateer dat er een tweeminutendebat is aangevraagd door het lid Wiersma. Dat zal worden doorgegeven aan de Griffie plenair, zodat het na het zomerreces kan worden ingepland.

Dan gaan wij tot slot nog heel even de administratie langslopen van alle toezeggingen die gedaan zijn. We hebben elf stuks genoteerd, dus ik loop ze even langs om te checken of de bewoording goed is en of de leden nog toezeggingen missen.

- De eerste toezegging, gedaan door minister Hermans. De Kamer ontvangt eind van het jaar of begin 2027 de uitkomsten van het NZa-onderzoek naar verbeteringen in de bekostiging, zodat de transformatiebeweging vooruit wordt verbeterd.

Minister Hermans:

Ja, het eerste deel van het onderzoek.

De voorzitter:

Het eerste deel van het onderzoek, prima. Dan staat die genoteerd.

- De tweede toezegging, gedaan door minister Hermans. Na het zomerreces ontvangt de Kamer nadere informatie rondom het advies van het Zorginstituut inzake herijking van de kwaliteitstaken.

- De derde toezegging, gedaan door minister Hermans. Eind september ontvangt de Kamer een brief met daarin het proces en de tijdlijn rondom het toekomstige bekostigingsmodel voor huisartsen en de uitkomst van het gesprek tussen de NZa, de huisartsen en het ministerie.

Minister Hermans:

Zoals ik net tegen de heer Bushoff zei, zal ik dat iets ambitieuzer maken. Naast de planning zal ik ook al de eerste lijnen van de uitkomst of de richting van de gesprekken meenemen, zoals we die nu aan het voeren zijn.

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

De **voorzitter**:

Dan noteren we dat erbij.

- De vierde toezegging. In het najaar ontvangt de Kamer een brief over de integrale monitor IZA en AZWA, inclusief een dashboard, een duiding en een link naar maatschappelijke doelen, inclusief praktijkvoorbeelden. In die brief zit ook informatie over de zogenoemde verloren twaalf afspraken, die wij intussen weer gevonden hebben.

Minister **Hermans**:

Ja, en dat indachtig de motie-Tielen.

De **voorzitter**:

Indachtig de motie-Tielen, prima.

- De vijfde toezegging. In december ontvangt de Kamer een stand van zaken rondom de toegevoegde voorbeeldcasus van het sociaal domein en welzijnswerk.

- De zesde toezegging. De Kamer wordt medio september nader bericht over de uitvoering van de motie-Van Brenk inzake een gordelroosvaccinatie.

Minister **Hermans**:

Ik krijg eind september het implementatieplan. Dan heb ik even nodig. Dus het wordt zo snel mogelijk daarna.

De **voorzitter**:

Het wordt zo snel mogelijk na het ontvangen van het plan eind september, prima.

- Minister Sterk heeft de toezegging gedaan dat de Kamer aan het eind van het jaar een terugkoppeling ontvangt van het gesprek tussen de VNG en de IPSO-huizen.

Minister **Sterk**:

Ik heb daarbij volgens mij geen termijn genoemd. De VNG gaat natuurlijk over haar eigen afspraken. Zodra er een overleg is geweest, dan zal ik u daarover berichten.

De **voorzitter**:

Prima.

b94eb7bdf56af788f83993de175229aa5e72a9.doc

- De achtste toezegging is dat de Kamer op zeer korte termijn nadere informatie ontvangt over de Wet integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders, oftewel de Wibz.
- De negende toezegging, gedaan door minister Hermans, is dat de Kamer zo nodig geïnformeerd wordt over de uitkomst van de gesprekken over zorglandschap en de regio's.
- De tiende toezegging, gedaan door minister Sterk, is dat de Kamer donderdagochtend een appreciatie ontvangt van de motie-Van Brenk over de IGJ en de fraudeteams.
- De laatste toezegging is dat de Kamer een terugkoppeling ontvangt rondom de uitwerking van de aangenomen motie-Bushoff over opleidingsplekken voor ggz-psychologen.

Ik kijk naar links en zie dat er nog wat wordt gemist door mevrouw Wiersma.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Er wordt niks gemist, maar ik wilde zeggen dat ik goed luisterde naar de woorden van de minister over het al dan niet doorzetten van het tweeminutendebat. We kwamen eigenlijk tot de conclusie dat er toch pas in september een tweeminutendebat ingepland gaat worden. Ik zou dus zeggen: als er in de brief die voor september is toegezegd, zulke verstandige dingen staan dat het niet meer nodig is, dan zullen we dat te zijner tijd laten weten. Ik zeg alvast dat dat heel fijn zou zijn.

De **voorzitter**:

Dat is een mooie extra aanmoediging. Ik zie verder geen vingers meer
Hiermee zijn we aan het einde gekomen van dit debat. Heel erg dank aan de ministers en hun ondersteuning voor alle beantwoording, aan alle mensen hier of thuis, die met aandacht het debat hebben gevolgd, en uiteraard aan de leden voor hun inbreng. Wel thuis.

Sluiting 16.51 uur.