2026D51430 Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 oktober 2026

Hierbij ontvangt u de schriftelijke antwoorden op de vragen die gesteld zijn tijdens de eerste termijn van het debat over de ontwerpbegroting VWS 2027 op 14 oktober 2026. Voor zover de vragen niet schriftelijk zijn beantwoord, zullen wij daar mondeling op in gaan in onze eerste termijn op 15 oktober 2026.

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

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

Vragen van het lid Bushoff (PRO)

Vraag: Is de minister het met PRO eens dat marktwerking geen plek heeft in de intensieve gehandicaptenzorg? En wat gaat de minister daar dan echt aan doen?

Antwoord:

Het kabinet vindt het een te vergaande conclusie om de uitdagingen in de intensieve gehandicaptenzorg enkel en alleen te wijten aan marktwerking. Het gaat om een complexe doelgroep die zorg uit verschillende wetten ontvangt: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet Langdurige Zorg (Wlz) en de Jeugdwet. We hebben te maken met verschillende stelsels met een eigen bekostigingssystematiek. Waar het voor dit kabinet om gaat, is dat de verantwoordelijkheden voor de continuïteit van zorg aan patiënten goed belegd zijn en dat financiële prikkels nooit ten koste mogen gaan van goede en toegankelijke zorg. Het kabinet constateert echter ook dat de casus Villa ExpertCare (VEC) en de signalen uit de sector kwetsbaarheden laten zien in het zorglandschap van medische kindzorg, waarvan het goed is dat daar zorgvuldig naar gekeken wordt. Daarom werkt het kabinet samen met relevante partijen aan een toekomstvisie voor de medische kindzorg. Daarbij kijkt het kabinet onder meer naar hoe voldoende passend zorgaanbod tot stand kan komen, welke bekostiging daarbij past en hoe het stelsel functioneert. De casus VEC geeft ook aanleiding om te kijken naar de rol van financiers. In algemene zin zet het kabinet met het Wetsvoorstel integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders (Wibz) in op het voorkomen van hoge winstuitkering en zelfverrijking in de zorg en jeugdhulp.

Vraag: Staan de doelstellingen van het Nationaal Actieplan Dakloosheid nog? Hoe gaat het kabinet de doelen halen? Waarom staan er geen aanvullende maatregelen in de begroting?

Antwoord:
Ja, de doelstellingen uit het Nationaal Actieplan Dakloosheid blijven staan. Met de lancering van het Nationaal Actieplan Dakloosheid: Eerst een Thuis (2023-2030) heeft het kabinet samen met gemeenten, zorgpartijen, corporaties en ervaringskenners afgesproken dat dakloosheid in Nederland opgelost moet worden door middel van preventie en Wonen Eerst. Tegelijkertijd herkent het kabinet dat veel mensen op dit moment nog geen thuis hebben of woononzekerheid ervaren. In de voortgangsbrief die uw Kamer begin november ontvangt zal de minister van LJS verder ingaan op de voortgang van het Nationaal Actieplan Dakloosheid en in welke mate het realistisch is dat de doelen daadwerkelijk worden behaald in 2030.

Gemeenten krijgen vanaf 2023 structureel €55 miljoen euro extra om de beweging naar preventie en Wonen Eerst te maken. Binnen de bestaande financiële middelen zet het kabinet in op versnelling op twee gebieden. Ten eerste zorgt het kabinet vanaf 2027 voor een nieuwe ondersteuningsstructuur om gemeenten en hun partners te ondersteunen bij Wonen Eerst. Ten tweede verbindt het kabinet de aanpak van dakloosheid nadrukkelijker aan het woningbouwbeleid. Daarmee verwacht de minister van LJS samen met haar collega's van VRO en SZW de komende periode het verschil te kunnen maken.

Vragen van het lid Vliegenthart (PRO)

Vraag: Hoe gaat de minister zorgen dat de problemen in de kraamzorg bij de oorzaak worden aangepast? Zijn hier nog aanvullende onderzoeken, voorbeelden en rapporten voor nodig? En welke concrete doelen en tijdlijn stelt het kabinet om de geboorte-uitkomsten in die wijken te verbeteren? En kan de minister zorgen voor een effectievere organisatie van wachtdiensten in de kraamzorg, met behoud van kleine organisaties?

Antwoord:

Het kabinet vindt het belangrijk dat kraamzorg terechtkomt bij gezinnen die deze zorg nodig hebben. Ieder kind heeft recht op een kansrijke start. Bij gezinnen in een kwetsbare situatie is kraamzorg extra belangrijk. We weten uit onderzoek dat gezinnen in een kwetsbare situatie vaak minder uren kraamzorg ontvangen, maar we weten nog niet waarom. We moeten beter begrijpen hoe dit komt om vervolgens gerichter actie te kunnen ondernemen. Daarom is aan Zorginstituut Nederland en het RIVM gevraagd om hier vervolgonderzoek naar te doen. Hierbij wordt er onder andere gekeken naar wat gezinnen daadwerkelijk nodig hebben en tegen welke drempels zij aanlopen bij het krijgen van kraamzorg. Met deze inzichten kunnen we beter sturen op passende zorg en het eerlijker en beter verdelen van de beschikbare capaciteit binnen de kraamzorg. Naar verwachting zijn de eerste resultaten begin volgend jaar beschikbaar. In aanvulling daarop zet het kabinet in op het versnellen van de implementatie van de Kraamzorg Landelijke Indicatie Methodiek (KLIM) en meer instroom door te kijken hoe we de opleidingsstructuur in de kraamzorg kunnen verbeteren. Begin volgend jaar informeer ik de Kamer over de voortgang van deze maatregelen.

Daarnaast is het optimaal inzetten van schaarse capaciteit een belangrijk onderdeel van het transformatieplan Kraamzorg, waar €9,8 miljoen aan transformatiemiddelen voor toegekend is. Een van de hoofdlijnen uit dit transformatieplan is het uitbreiden van regionale partuspools, waardoor wachtdiensten op regionaal niveau verdeeld worden. Op deze manier wordt de beschikbare capaciteit beter benut en worden wachtdiensten effectiever georganiseerd. Dit draagt bij aan het verlagen van de werkdruk onder kraamverzorgenden en verbeteren van de werk-privé balans.

Vraag: En daarom is PRO voorstander van een breed toegankelijke wijkgerichte aanpak kraamzorg dat het voor gemeenten mogelijk maakt om de toegang tot kraamzorg in kwetsbare wijken te verbeteren en toe te spitsen op specifieke noden. En is de minister bereid om binnen kansrijke start in te zetten op het voortzetten uitbreiden van een dergelijke pilot?

Antwoord:
Het kabinet is bekend met een aantal gemeenten die vanuit hun aanpak Kansrijke Start ook inzetten op het toegankelijk maken van kraamzorg voor gezinnen in kwetsbare omstandigheden. Een onderdeel van dergelijke initiatieven bestaat in voorkomende gevallen ook uit wegnemen van financiële drempels kraamzorg voor gezinnen in kwetsbare omstandigheden. De pilots zoals die in Amsterdam en Zuid-Limburg lopen of hebben gelopen, zijn mooie voorbeelden van gemeentes die gebruik maken van hun instrumentarium om kwetsbare gezinnen te ondersteunen. Omdat dit om lokaal beleid gaat die past binnen de beleidsvrijheid van gemeenten, vindt het kabinet het echter niet passend om vanuit het Rijk hierop te sturen. Het kabinet stimuleert en faciliteert wel kennisuitwisseling over dergelijke pilots tussen gemeenten via de leerinfrastructuur Kansrijke Start, zodat gemeentes van elkaar kunnen leren en zo zelf kunnen inschatten of dergelijke pilots ook in hun eigen gemeentes van meerwaarde kunnen zijn.

Vraag: Een Kansrijke Start begint al voor de zwangerschap. Willen we naar de gezondste generatie ooit, dan speelt programma gezond zwanger worden een essentiële rol. Daarin is continuïteit, tijd voor opbouw en landelijke implementatie nodig. Is minister bereid deze financiering voort te zetten en uit te breiden?

Antwoord:
Ja, het kabinet is voornemens ook na afloop van het huidige project te blijven investeren in Gezond Zwanger Worden als onderdeel van de aanpak Kansrijke Start. Een Kansrijke Start begint immers al vóór de zwangerschap. Met het huidige project ‘Gezond Zwanger Worden’ bij GGD GHOR Nederland financiert het kabinet landelijke coördinatie en ondersteuning, en de ontwikkeling van een aanpak Gezond Zwanger Worden in drie GGD-ontwikkelregio’s. Het kabinet heeft de intentie om de huidige

subsidie een vervolg te geven. De exacte invulling wordt momenteel vormgegeven, in gesprek met onder andere GGD GHOR Nederland.

Vraag: Wat is er nodig om de minister te laten investeren in vrouwengezondheid? En hoe gaat de minister waarborgen dat, vrouwen structureel betrokken worden bij de strategie vrouwen gezondheid? Dit in lijn met eerder ingediende motie Vliegenthart (Kamerstuk 31 765, nr. 964).

Antwoord:

Het ministerie van VWS heeft 15 miljoen beschikbaar gesteld voor het Kennisprogramma Vrouwspecifieke Gezondheid, dat ZonMw uitvoert.

Met de brief van 12 oktober jl.[1] heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd over de resultaten van een brede uitvraag die heeft plaatsgevonden onder vrouwen en meisjes naar hun ervaringen op het gebied van gezondheid en zorg.

De resultaten van beide onderzoeken bieden waardevolle aanknopingspunten voor de verdere uitvoering van de Nationale Strategie Vrouwengezondheid en de Nationale Werkagenda Vrouwengezondheid. Tegelijkertijd maken de resultaten concreter waar in de uitvoering aandacht nodig is en ook hoe we de inbreng van vrouwen en meisjes structureel mee kunnen nemen. De resultaten van de uitvraag zijn breed gedeeld, het is nu ook aan partijen om hiermee aan de slag te gaan. De resultaten geven ook aanbevelingen voor SZW (Arbeid en werk) en OCW (Onderwijs). Het kabinet heeft de resultaten van de uitvraag dan ook met de desbetreffende departementen gedeeld. Zo betrekken we de stem van vrouwen en meisjes structureel bij ons beleid.

Vraag: Hoe gaat de minister ook andere toezeggingen waarmaken zoals de toezegging dat ze patiënten met Ehler's Danlos syndroom gaat helpen die ons nu massaal mailen en zich afvragen of ze nog bestaansrecht hebben?

Antwoord:
Het kabinet brengt, zoals ook gemeld in de Kamerbrief van 6 september[2], de betrokken veldpartijen aan tafel om duidelijkheid te scheppen over passende zorg voor patiënten met Ehlers-Danlos. De veldpartijen zijn daarbij verantwoordelijk voor het maken en vastleggen van de inhoudelijke zorgafspraken. Deze gesprekken kunnen effectief van start gaan zodra de internationale aanbevelingen over diagnosecriteria en het zorgpad voor deze patiëntgroep beschikbaar zijn, naar verwachting begin 2027. Het kabinet zal de Kamer informeren over de uitkomsten.

Vraag: Is de minister het met mij eens dat juist vrouwen in kwetsbare situaties neem bijvoorbeeld het groeiende aantal zwangere dakloze vrouwen baat hebben bij een aanpak zoals deze (beschermde wieg) omdat zij nu tussen wal en schip vallen.

Antwoord:
Het kabinet is het met lid Vliegenthart eens dat (toekomstige) ouders in een kwetsbare situatie, als zij dat willen, ondersteuning moeten kunnen krijgen om zich voor te bereiden op het ouderschap. Dat geldt ook voor mensen die de route naar hulp en ondersteuning niet zo makkelijk vinden, of waarbij grote zorgen zijn zoals dakloosheid.

---

[1] Resultaten consultatie van de stem van vrouwen en meisjes | Tweede Kamer der Staten-Generaal Kamerstuk 31 765, nr. 1023.
[2] Kamerstuk 29 689, nr. 1360.

Daarom zet het kabinet met de aanpak Kansrijke Start in op het ondersteunen van (toekomstige) ouders in een kwetsbare situatie en investeert daar structureel extra in.

In het AZWA hebben we met gemeenten afgesproken waar deze aanpak minimaal aan moet voldoen. Daarbij is er ruimte voor maatwerk. Het is aan gemeenten om te bepalen met welke partijen zij daarin samenwerken.

Vraag**:** Hoe waarborgt de minister dat vrouwen bij onbedoelde zwangerschappen tijdelijk en onafhankelijke informatie en passende zorg krijgen ongeacht een financiële of persoonlijke situatie?

Antwoord:
Met de aanpak onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap[3] investeert het kabinet in het verbeteren van de regie op kinderwens en in goede informatie en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschap.
Het is heel voorstelbaar dat mensen twijfels en vragen hebben op het moment dat een zwangerschap hen overvalt. Daarom zorgt het kabinet voor betrouwbare informatie en ondersteuning op dit terrein. De activiteiten zijn gericht op een brede doelgroep en de vragen en zorgen variëren. Voorbeelden van de activiteiten binnen de aanpak zijn: het Landelijk Informatiepunt Onbedoelde Zwangerschap van Fiom; keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap; psychosociale hulp na abortus en publiekscommunicatie via expertisecentra Rutgers en Fiom.

Vraag**:** Wat gaat de minister doen met de grote hoeveelheid misinformatie rondom anticonceptie zwangerschap en abortus?

Antwoord:
Het kabinet maakt zich zorgen over de negatieve gevolgen van mis- en desinformatie op het terrein van onbedoelde zwangerschap, anticonceptie en abortus. Kenniscentra Fiom en Rutgers zorgen al voor betrouwbare informatie over deze onderwerpen: offline en online. Op verzoek van het ministerie van VWS startte deze organisaties vorig jaar met extra inzet op dit terrein als onderdeel van de Aanpak onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap.[4]
Rutgers en Fiom voeren in opdracht van het ministerie van VWS een project uit waarin wordt onderzocht hoe de negatieve gevolgen van mis- en desinformatie over anticonceptie, onbedoelde zwangerschap en abortus kunnen worden beperkt. Het project bevindt zich in de afrondende fase en in de aanstaande brief over seksuele gezondheid en onbedoelde zwangerschap (voorzien voor medio november) zal de Kamer over de voortgang worden geïnformeerd.

De definitieve resultaten van het project zijn begin december gereed en de resultaten verschijnen via de websites van Rutgers en Fiom.

Volksgezondheid is tevens een aandachtsgebied binnen de rijksbrede strategie tegen mis- en desinformatie. De nadruk ligt hierbij op het vergroten van de weerbaarheid tegen onjuiste gezondheidsinformatie.

Vragen van het lid Westerveld (PRO)

Vraag: Welke concrete verbetering moeten mensen die wachten op ggz-hulp in 2027 merken?

Antwoord:
De wachtlijsten in de ggz zijn inderdaad al jaren te lang. Dat mensen met ernstige psychische

[3] De gehele aanpak met alle activiteiten is te raadplegen op: https://open.overheid.nl/documenten/51919618-e43e-40b1-b8c8-b9705a4c1733/file
[4] De gehele aanpak met alle activiteiten is te raadplegen op: https://open.overheid.nl/documenten/51919618-e43e-40b1-b8c8-b9705a4c1733/file

problematiek zo lang moeten wachten op passende hulp is een urgent probleem. Ondanks goede bedoelingen en hard werk hebben eerdere plannen nog onvoldoende voor verbetering gezorgd. Dat betekent dat er meer nodig is dan doorgaan op dezelfde weg.

Het kabinet heeft in de toekomstbrief over mentale gezondheid en ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 820) aanvullende maatregelen aangekondigd bovenop de uitvoering van bestaande afspraken. De problemen zijn dusdanig urgent dat mogelijke hervormingen van het stelsel nodig zijn, bijvoorbeeld in de manier waarop ggz wordt ingekocht en gefinancierd. Deze mogelijke hervormingen wil het kabinet eerst zorgvuldig toetsen in de praktijk, omdat aan iedere hervorming voor- en nadelen kleven die ook gevolgen hebben voor mensen die op een wachtlijst staan.

Die zorgvuldigheid vraagt tijd, terwijl mensen die nu op een wachtlijst staan op korte termijn verbetering nodig hebben. Het kabinet gaat daarom ook door met maatregelen op de korte termijn om de beschikbaarheid van zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek te verbeteren. Denk aan het niet meer hanteren van exclusiecriteria en het tijdelijk verruimen van de hogekostencompensatie in de risicoverevening met ingang van 2027. Het kabinet zet ook in op proactieve wachtlijstbemiddeling. In de periode van april 2021 tot september 2021 hebben 6134 mensen toestemming gegeven voor bemiddeling in de ggz. De resultaten hiervan worden vanaf eind 2026 geëvalueerd.

Vraag: Hoe gaat de minister ook andere toezeggingen waarmaken zoals de toezegging dat ze patiënten met Ehler's Danlos syndroom gaat helpen die ons nu massaal mailen en zich afvragen of ze nog bestaansrecht hebben?

Antwoord:
Het kabinet brengt, zoals ook gemeld in de Kamerbrief van 6 september[5], de betrokken veldpartijen aan tafel om duidelijkheid te scheppen over passende zorg voor patiënten met Ehlers-Danlos. De veldpartijen zijn daarbij verantwoordelijk voor het maken en vastleggen van de inhoudelijke zorgafspraken. Deze gesprekken kunnen effectief van start gaan zodra de internationale aanbevelingen over diagnosecriteria en het zorgpad voor deze patiëntgroep beschikbaar zijn, naar verwachting begin 2027. Het kabinet zal de Kamer informeren over de uitkomsten.

Vragen van het lid Synhaeve (D66)

Vraag:

Als we het hebben over die 635 miljoen; kan de minister van LZ dan ook met de minister van VRO in gesprek over hoe we ervoor kunnen zorgen dat deze subsidieregelingen niet alleen leiden tot meer ouderenwoningen, maar ook tot juist die plekken waar ontmoeting sociale cohesie en zorg dichtbij goed geregeld zijn.

Antwoord**:**

Ik trek samen op met Minister VRO op de thema's waar onze dossiers elkaar raken. De doelstelling van 290.000 ouderenwoningen bestaat uit nultredenwoningen, geclusterde woningen en zorggeschikte woningen. Het kabinet heeft hiervoor voldoende middelen gereserveerd om deze tot realisatie te laten komen.

[5] Kamerstuk 29 689, nr. 1360.

Tot en met 2030 is een bedrag van € 758 mln. beschikbaar voor het creëren van extra geclusterde woningen. Dit bedrag is opgebouwd uit bedragen voor extra zorggeschikte woningen (€ 294,6 mln.) en ontmoetingsruimten in geclusterde woonvormen (€ 43,8 mln.). Deze subsidies zijn gericht op ouderen. Daarnaast is er een bedrag van € 420 mln. voor extra geclusterde woningen voor alle aandachtsgroepen, waarvan ouderen de grootste doelgroep is. Ook na 2030 zijn er middelen gereserveerd voor het realiseren van geclusterde woonvormen.

Als het gaat om het creëren van plekken voor ontmoeting is het ministerie van VWS in gesprek met VRO, Aedes, VNG, ActiZ, cliëntenvertegenwoordigers en Zorgverzekeraars Nederland over de mogelijkheden om gemeenschapsvorming in wooncomplexen voor ouderen te stimuleren. Zoals de minister LJS eerder in uw Kamer heeft aangegeven onderzoeken de betrokken partijen momenteel de mogelijkheden om hierover afspraken te maken als onderdeel van de aanvullende afspraken op het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg (HLO).

Vraag: zolang die middelen vooral bereikbaar zijn voor mensen die maandelijks 150 tot 200 euro kunnen missen vergroten ze gezondheidsverschillen in plaats van dat ze verkleinen. Erkent de minister dat hier in wezen als we niet opletten een groot kansenongelijkheidsvraagstuk onder zou kunnen zitten?

Antwoord:
De inzet van obesitasmedicatie wordt conform de behandelrichtlijnen onder voorwaarden en voor een specifieke groep patiënten vergoed. Het is zo dat het gebruik van de nieuwe generatie obesitasmedicatie onder mensen voor wie dit buiten de vergoede zorg valt, afhankelijk is van hun eigen financiële draagkracht.

Op dit moment worden twee nieuwe obesitasmiddelen beoordeeld door het Zorginstituut. Het kabinet verwacht het advies van het Zorginstituut in Q1 2027. Op basis van dat advies neemt het kabinet hierover een besluit. Daar loopt het kabinet als vanzelfsprekend niet op vooruit.

Vraag: We beschermen kinderen met succes al decennialang via het Rijksvaccinatieprogramma tegen ernstige ziektes. Maar waarom zouden we daar ineens mee stoppen als mensen ouder worden? Ook voor ouderen kunnen infectieziekten hele grote gevolgen hebben. Dat moeten we serieus nemen. En de grote inzet van 50PLUS voor de Gordelroos vaccinatie is daar een heel mooi voorbeeld van. D66 wil hier dan ook op doorpakken en daarom dienen wij samen met 50PLUS tijdens de algemene politieke beschouwingen al een motie in om een rijksvaccinatieprogramma voor ouderen te verkennen (Kamerstuk 37 020, nr. 45). Deze motie werd positief ontvangen en we kijken dan ook uit naar de opvolging. Kan de minister daar misschien al iets over delen?

Antwoord:

Aan deze motie wordt momenteel opvolging gegeven. Het kabinet werkt aan een toegankelijke, vanzelfsprekende en toekomstbestendige inrichting van de uitvoering van de programmatische vaccinatieprogramma's voor volwassenen, dit kan het Rijksvaccinatieprogramma voor volwassenen of ouderen gaan heten. In de Kamerbrief van 20 mei 2026 (Kamerstuk 32 793, nr. 888) schetst het kabinet de wenselijke situatie waarin de GGD'en de rol van gecommitteerde uitvoerder op zich nemen voor alle huidige en toekomstige volwassenenvaccinaties. Over de eerste resultaten van het traject zal de Kamer in het voorjaar van 2027 worden. Op basis daarvan wordt bezien hoe en wanneer implementatie kan plaatsvinden.

Vraag: De Europese Commissie is daarnaast bezig met het SAFE hearts plan een programma waar gezondheidschecks een deel van uitmaken en waarvoor ook geld op de plank ligt in Brussel. Voor D66 is het dan ook de vraag hoe we gezondheidschecks op een zorgvuldige manier kunnen inzetten om mensen meer gezonde levensjaren te gunnen. Daarom vraag ik aan de minister of zij heil ziet in het aanbieden van laagdrempelige gezondheidschecks bijvoorbeeld gericht op hart- en vaatziekten.

Antwoord**:**

In Nederland neemt de Hartstichting het initiatief tot laagdrempelige gezondheidschecks. Dat is mooi, gezond leven en alert zijn op symptomen is namelijk iets van ons allemaal. Het voorstel vanuit de Europese Commissie waaraan wordt gerefereerd kan daaraan bijdragen, want het kan leiden tot betere verspreiding van ervaringen en inzichten van laagdrempelige gezondheidschecks.

Gezondheidschecks op hart- en vaatziekten zijn vooral effectief onder mensen met een hoog risicoprofiel. Daarvoor hebben huisartsen en medisch specialisten een medische richtlijn voor "Cardiovasculair risicomanagement" opgesteld. De gezondheidswinst op populatieniveau die je met aanvullende brede gezondheidschecks kan realiseren, is daardoor beperkt. De focus van het kabinet ligt op het voorkomen van hart- en vaatziekten, onder andere door tabaksontmoediging en gezonde voeding. Dit is tevens onderdeel van het bredere Safe Hearts Plan van de Europese Commissie.

Vraag:

Het is belangrijk dat er duidelijkheid is over de beschikbare middelen voor het bouwen van ouderenwoningen in de komende jaren: Het gaat daarbij om de vraag voor welke doelgroepen de gelden bedoeld zijn en of met de middelen voldoende geclusterde en zorggeschikte woningen kunnen worden gerealiseerd? Kan de minister van LJS dat nader toelichten?

Antwoord:

Ik trek samen op met minister VRO op de thema's waar onze dossiers elkaar raken. De doelstelling van 290.000 ouderenwoningen bestaat uit nultredenwoningen, geclusterde woningen en zorggeschikte woningen. Het kabinet heeft hiervoor voldoende middelen gereserveerd om deze tot realisatie te laten komen.

Tot en met 2030 is een bedrag van € 758 mln. beschikbaar voor het realiseren van extra geclusterde woningen. Dit is een bedrag voor zorggeschikte woningen (€ 294,6 mln.) en ontmoetingsruimten in geclusterde woonvormen (€ 43,8 mln.). Deze subsidies zijn gericht op de doelgroep ouderen. Daarnaast is er een bedrag van € 420 mln. voor extra geclusterde woningen voor alle aandachtsgroepen, waarvan ouderen de grootste doelgroep is.

Ook na 2030 zijn er in de begroting van de minister van VRO middelen gereserveerd voor het realiseren van geclusterde woonvormen. In het coalitieakkoord van kabinet Jetten is in de periode van 2029 tot en met 2035 € 7 miljard beschikbaar gesteld voor de woningbouwopgave in Nederland. Hiervan zal vanaf 2032 een bedrag van € 635 mln. worden gereserveerd voor de bouw van extra geclusterde woningen voor alle aandachtsgroepen, waaronder ouderen.

Vragen van het lid Vervuurt (D66)

Vraag: De Europese Commissie is daarnaast bezig met het SAFE hearts plan een programma waar gezondheidschecks een deel van uitmaken en waarvoor ook geld op de plank ligt in Brussel. Voor D66 is het dan ook de vraag hoe we gezondheidschecks op een zorgvuldige manier kunnen inzetten om mensen meer gezonde levensjaren te gunnen. Daarom vraag ik aan de minister of zij heil ziet in het aanbieden van laagdrempelige gezondheidschecks bijvoorbeeld gericht op hart- en vaatziekten.

Antwoord:
In Nederland neemt de Hartstichting het initiatief tot laagdrempelige gezondheidschecks. Dat is mooi, gezond leven en alert zijn op symptomen is namelijk iets van ons allemaal. Het voorstel vanuit de Europese Commissie waaraan wordt gerefereerd kan daaraan bijdragen, want het kan leiden tot betere verspreiding van ervaringen en inzichten van laagdrempelige gezondheidschecks.

Gezondheidschecks op hart- en vaatziekten zijn vooral effectief onder mensen met een hoog risicoprofiel. Daarvoor hebben huisartsen en medisch specialisten een medische richtlijn voor "Cardiovasculair risicomanagement" opgesteld. De gezondheidswinst op populatieniveau die je met aanvullende brede gezondheidschecks kan realiseren, is daardoor beperkt. De focus van het kabinet ligt op het voorkomen van hart- en vaatziekten, onder andere door tabaksontmoediging en gezonde voeding. Dit is tevens onderdeel van het bredere Safe Hearts Plan van de Europese Commissie.

Vragen van het lid Maeijer (PVV)

Vraag: Ouderen in samenleving gezien als last/kostenpost. Ook uit het recente onderzoek van het nationaal Ouderenfonds onder ouderen blijkt dat 73 procent vindt dat ouderen in de samenleving vaak als een last worden gezien. Herkent de minister deze gevoelens van de ouderen en zo ja wat gaat zij hiertegen doen?

Antwoord:

De minister van LJS vindt het heel verdrietig en pijnlijk dat zoveel ouderen in het onderzoek van het nationaal Ouderenfonds aangeven dat ouderen in de samenleving het gevoel hebben vaak als een last te worden gezien. Ouderen zijn geen last, maar een waardevol onderdeel van onze samenleving. Ze brengen veel kennis en levenservaring mee. Zo is vrijwilligerswerk onder ouderen juist ook heel hoog. En het is van belang dat ouderen zich goed voorbereiden op ouder worden. Daarom benadrukt de publiekscampagne Praat vandaag over morgen juist deze positieve benadering die laat zien dat je zelf kan bijdragen aan prettig ouder worden. We laten zien dat ouderen er niet alleen voor staan, dat ouderen ertoe doen en dat we samen verantwoordelijkheid dragen voor de toekomst. Het kabinet zet in op een zorgzame samenleving waarin mensen naar elkaar omkijken. Ouderen zijn in deze gemeenschappen ook van betekenis. Daarbij zijn ontmoetingsplekken belangrijk voor de versterking van gemeenschapskracht. Daarom richt de minister van BZK een Gemeenschapsfonds op waarbij de komende jaren in totaal 200 miljoen euro beschikbaar is om ontmoetingsplekken te realiseren en bestendigen en maatschappelijk initiatief te ondersteunen.

Vraag: Te goed voor het verpleeghuis, te slecht voor zorggeschikte woningen. Wat is uw boodschap aan hen vraag ik de minister?

Antwoord:

De minister van LJS werkt samen met de minister van VRO aan passende huisvesting voor ouderen, waaronder geclusterde woonvormen. Deze geclusterde woonvormen, waar ouderen met - en zonder Wlz indicatie samenwonen, bieden de mogelijkheid om met elkaar een gemeenschap te vormen. Hier helpen mensen elkaar en wordt de zorg en ondersteuning in samenhang georganiseerd. Zo is voor steeds meer ouderen een alternatief aan het ontstaan voor het verpleeghuis.

Vraag: Een op de vijf mensen krijgt dementie, naar verwachting 500.000 mensen. Een geneesmiddel is er nog niet. Toch bezuinigt het kabinet op onderzoek naar dementie. Wat is de logica daarachter?

Antwoord:
De korting is het gevolg van herprioritering binnen de VWS-begroting ten behoeve van andere beleidsintensiveringen in die begroting.

Met het budget dat nog beschikbaar is in het ZonMw Onderzoeksprogramma en de investeringen van de afgelopen periode in onder andere multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, praktijkgericht onderzoek en internationaal partnerschap, blijft er een solide fundament waarvan we de waardevolle resultaten de komende jaren zullen zien.

Vraag: De eigen bijdrage in de wijkverpleging werpt niet alleen een drempel op voor laagdrempelige zorg in de wijk, maar maakt ook de keuze om thuis of in een hospice te kunnen sterven; afhankelijk van je portemonnee. Is dat wat u voor ogen heeft?

Antwoord:

- Het kabinet is niet van mening dat de eigen bijdrage wijkverpleging ertoe leidt dat mensen niet meer kunnen kiezen om thuis of in een hospice te sterven.
- Wijkverpleging omvat overigens veel meer dan palliatieve zorg.
- Het kabinet zet in op een toekomstbestendig zorgstelsel en ziet daarom aanleiding om, meer dan nu het geval is, mensen die zorg gebruiken iets extra's mee te laten betalen.
- Dat doet het kabinet onder meer door een eigen bijdrage in de wijkverpleging in te voeren.

Vraag: Mantelzorgers en beter benutten bestaand personeel: Wat gebeurt er denkt de minister als er straks niemand meer over de vloer komt omdat ze het niet kunnen betalen? Wie ziet het straks als iemand niet meer eet, medicijnen laat liggen, vervuild of steeds verwarden wordt. Mantelzorgers zijn voor de minister het symbool van haar zogenaamde hervormingen in de zorg. 600.000 mantelzorgers zijn nu al overbelast. Hoe kijkt de minister hiernaar?

Antwoord:
Hulp bieden aan een naaste, het zorgen voor kind, ouder of partner, mantelzorg is voor veel mensen een heel normale zaak. Iets wat simpelweg bij het leven hoort. Maar het verlenen van mantelzorg kan ook zwaar zijn. Omdat de druk op de formele zorg toeneemt, wordt de rol van mantelzorgers steeds groter. Het kabinet herkent dat er grenzen zijn aan wat er van mantelzorgers kan worden verwacht. Met de Mantelzorgagenda 2027-2030 (bijlage bij Kamerstuk 30 169, nr. 80, 9 oktober) presenteert het kabinet een brede aanpak met verschillende maatregelen. Hiermee werkt het kabinet de komende jaren aan betere ondersteuning van mantelzorgers en het voorkomen van overbelasting, betere samenwerking tussen professionele en informele zorg en meer passende ondersteuning en respijtzorg. Juist ook om mantelzorg in combinatie met werk, studie en andere bezigheden vol te kunnen houden.

Vraag: Uit onderzoek van Iederin blijkt dat geen huishoudelijke hulp niet alleen betekent meer vervuiling en overbelaste mantelzorgers. Voor sommigen betekent ook het moeten stoppen met werk en het niet meer zelfstandig kunnen wonen. Dat is de wereld op zijn kop en staat totaal haaks op het idee van meedoen en zo lang als mogelijk zelfredzaam blijven. Graag een reactie voorzitter.

Antwoord:

Voor mensen die zelf huishoudelijke hulp kunnen organiseren en betalen zal vanaf 2029 de

huishoudelijke hulp niet meer beschikbaar zijn via de gemeente. Dit is één van de maatregelen uit het coalitieakkoord. Het is de bedoeling dat deze mensen dit zelf gaan regelen, zodat hulp voor kwetsbare mensen die daar via de gemeente op aangewezen zijn, beschikbaar en betaalbaar blijft. Daarnaast blijft dit kabinet zich – via de acties uit de mantelzorgagenda die uw Kamer deze week heeft ontvangen - inzetten voor de ondersteuning van mantelzorgers, opdat zij hun belangrijke rol in onze samenleving kunnen blijven vervullen. Voor mensen die niet zelf huishoudelijke hulp kunnen regelen, moet het gemeentelijk vangnet in hulp voorzien. De vormgeving van dit vangnet moet nog nader worden uitgewerkt.

Vraag: De minister heeft de Kamer eerder beloofd dat de deuren pas zouden sluiten als er voor alle kinderen een passende plek is gevonden. Gaat zij ervoor zorgen dat deze belofte linksom of rechtsom stand zal houden?

Antwoord:

VEC heeft zelf toegezegd de zorg voort te zetten totdat voor ieder kind een passende vervolgplek is gevonden. Zij verbreken nu deze belofte door het besluit om de zorg per 1 januari 2027 te beëindigen. Op 23 september jl. heeft de minister van LJS in een gesprek B. Braun hier nadrukkelijk op aangesproken en opgeroepen de zorg voort te zetten. Zij houden echter vast aan hun besluit, omdat zij naar eigen zeggen de kwaliteit en veiligheid van de zorg niet veel langer kunnen waarborgen.

Het kabinet kan VEC en B. Braun niet verplichten de zorg voort te zetten. Wel heeft het kabinet met VEC afgesproken dat VEC Project Herberg, dat de zorgbemiddeling coördineert, financieel en met de benodigde personele inzet in stand houdt totdat voor ieder kind een passende vervolgplek is gevonden, ook als dat na 1 januari 2027 nodig is.

Voor de 25 kinderen voor wie nog geen passende plek is gevonden, wordt via regionale doorbraaktafels met zorgaanbieders van medische kindzorg en gehandicaptenzorg, de NZa, zorgverzekeraars, zorgkantoren en de onafhankelijk intermediair hard gewerkt aan het creëren van aanvullende zorgplekken en het wegnemen van knelpunten om deze plekken te creëren. De inzet van het kabinet blijft erop gericht voor ieder kind passende vervolgzorg te realiseren.

Vraag: Voorzitter kinderhospice Binnenveld en jongeren hospice Xenia luiden de noodklok. De tarieven zijn niet op orde en onlangs alle steun vanuit hun gemeenschap redden ze het niet meer. Ze staan op omvallen en ook het kenniscentrum kind variatie zorg trekt aan de bel. Voorzitter. Dat mag de minister niet laten gebeuren. Mijn fractie verwacht van haar dat zij met spoed een tijdelijke overgangsregeling maakt die ervoor zorgt dat dit soort organisaties niet omvallen totdat er een toekomstbestendige structuur is uitgewerkt. Graag een reactie.

Antwoord:

De problemen die u schetst, hebben onze aandacht. Daarom worden voor de middellange termijn worden onder aanvoering van de NZa gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars, zorgkantoren en (brancheorganisaties van) zorgaanbieders om tot oplossingen te komen voor de medische kindzorg inclusief hospice zorg waar het kinderen betreft. Deze gesprekken zijn vooral gericht om voldoende aanbod te houden danwel te creëren. Zodra meer bekend is over deze oplossingsrichting, zal het kabinet de Kamer daarover informeren.

Vraag: Opnieuw wil ik vandaag ook aandacht vragen voor Voxzogo, het middel tegen dwerggroei. De fabrikant heeft het bizarre besluit genomen om helemaal geen dossier in te dienen bij het zorginstituut. Tot onderhandelingen komt men dus niet. Ondertussen wordt het middel in tal van landen om ons heen, zoals sinds kort ook in België wel vergoed. Maar blijven hier kinderen verstoken van het middel wat hen kan laten groeien en wat aan meer kwaliteit van leven biedt. Ouders besluiten zelfs om te verhuizen of om mee te doen aan klinische trials met alle gevolgen van dien. En ik wil de minister daarom opnieuw vragen wat gaat zij voor deze patiënten doen wat gaat zij zorgen?

Antwoord:

Zoals aan de Kamer bericht, meest recent op 16 juli jongstleden in antwoord op Kamervragen van het lid Maeijer over deze casus[6], stelt het kabinet vast dat de leverancier helaas bij zijn standpunt blijft en niet verder inzicht biedt in zijn beweegredenen om geen dossier in te dienen. Deze situatie is uitermate teleurstellend, met name voor patiënten met achondroplasie (en hun naasten), die nu geen behandelmogelijkheid hebben in Nederland. Het kabinet heeft zoals ook eerder toegelicht verder geen mogelijkheden om hier wat aan te doen. Het kabinet heeft aangegeven te hopen dat andere geneesmiddelen voor de behandeling van achondroplasie snel kunnen worden toegelaten tot de markt en dat de leveranciers van deze middelen snel, dat kan ook al in een zogeheten parallelle procedure[7], een vergoedingsdossier indienen bij het Zorginstituut.

Vraag: Villa Expertcare: De minister heeft de Kamer eerder beloofd dat de deuren pas zouden sluiten als er voor alle kinderen een passende plek is gevonden. En ik zou de minister vandaag willen vragen of zij ervoor gaat zorgen dat deze belofte linksom of rechtsom stand zal houden?

Antwoord:

VEC heeft zelf toegezegd de zorg voort te zetten totdat voor ieder kind een passende vervolgplek is gevonden. Zij verbreken nu deze belofte door het besluit om de zorg per 1 januari 2027 te beëindigen. Op 23 september jl. heeft het kabinet VEC en B. Braun hier nadrukkelijk op aangesproken en opgeroepen de zorg voort te zetten. Zij houden echter vast aan hun besluit, omdat zij naar eigen zeggen de kwaliteit en veiligheid van de zorg niet veel langer kunnen waarborgen.

Het kabinet kan VEC en B. Braun niet verplichten de zorg voort te zetten. Wel heeft het kabinet met VEC afgesproken dat VEC Project Herberg, dat de zorgbemiddeling coördineert, financieel en met de benodigde personele inzet in stand houdt totdat voor ieder kind een passende vervolgplek is gevonden, ook als dat na 1 januari 2027 nodig is.

Voor de 25 kinderen voor wie nog geen passende plek is gevonden, wordt via regionale doorbraaktafels met zorgaanbieders van medische kindzorg en gehandicaptenzorg, de NZa, zorgverzekeraars, zorgkantoren en de onafhankelijk intermediair hard gewerkt aan het creëren van aanvullende zorgplekken en het wegnemen van knelpunten om deze plekken te creëren. De inzet van het kabinet blijft erop gericht voor ieder kind passende vervolgzorg te realiseren.

Vraag: Is de minister bereid om serieus te kijken naar het verleiden van parttimers om meer te gaan werken, bijvoorbeeld met een meerurenbonus?

Antwoord:

---

[6] Kamerstuk 29 689, nr. 1357.

[7] https://www.zorginstituutnederland.nl/wat-wij-doen/werkwijzen-en-procedures/adviseren-over-en-verduidelijken-van-het-basispakket-aan-zorg/beoordeling-van-geneesmiddelen/parallelle-procedure.

Ja, het kabinet verkent instrumenten zoals de voltijdsbonus, arbeidskorting per uur en meerurenvoordeel, om meer werken meer te laten lonen. De minister van SZW zal de Kamer voor de begrotingsbehandeling van SZW daar nader over informeren.

Voorts loopt in het kader van het Nationaal Groeifonds een pilot waarbij verschillende interventies op de werkvloer worden onderzocht in de praktijk. Zo ook binnen zorg en welzijn. De minister van LJS zal de resultaten van deze pilot te zijner tijd delen met werkgevers en werknemers binnen de sector.

Vraag: We willen meer regie en zeggenschap voor verpleegkundigen en verzorgenden en ik wil graag van de minister weten hoe zij dit beter gaat borgen zodat dit geen vrijblijvendheid is of een papieren tijger.

Antwoord:
In het kader van behoud en werkplezier is het essentieel dat professionals zeggenschap ervaren over de inhoud en de randvoorwaarden van het werk. Het versterken van zeggenschap en dit structureel borgen is primair de verantwoordelijkheid van werkgevers in de sector zorg en welzijn. Zoals in de brief van 26 januari 2026 (Kamerstuk 29 282, nr. 621) aan de Kamer gemeld, heeft het Kabinet afgelopen jaren de transitie naar meer zeggenschap ondersteund. Bijvoorbeeld via de subsidieregeling Zeggenschap en subsidie voor het Landelijk Actieplan Zeggenschap. Ook is per 1 juli 2023 de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) gewijzigd, waarmee zeggenschap wettelijk is verankerd. Sinds begin 2025 betrekt ook de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) zeggenschap explicieter in haar toezicht. Daarnaast is in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) afgesproken dat partijen samen blijven werken zodat zeggenschap verder wordt geborgd in de cultuur van organisaties.

Vraag: De regeldruk blijft een doorn in het oog. Daarom vraag ik de minister opnieuw welke concrete extra afspraken zij gaat maken in plaats van naar zorgaanbieders te verwijzen die op hun beurt weer naar de minister verwijzen en hoe natuurlijk de voortgang wordt gemeten.

Antwoord:

De vraag van het lid Maeijer (PVV) sluit aan op de motie die zij hierover heeft ingediend tijdens het tweeminutendebat over het Integraal Zorgakkoord (IZA) en Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) op 23 september jl.[8] In reactie op die motie heeft de Minister van Langdurige Zorg en Jeugd toegelicht dat de aanpak van regeldruk in de zorg stond geagendeerd voor het Bestuurlijk Overleg IZA/AZWA van 28 september. Dat overleg heeft geleid tot nadere afspraken en de motie is daarmee uitgevoerd. Partijen hebben gezamenlijk erkend dat de inzet op regeldrukvermindering meer prioriteit moet krijgen. Zo is afgesproken tot tempoversnelling van de uitvoering van het gezamenlijke plan van aanpak van de Regiegroep Aanpak Regeldruk en van de individuele werkagenda's van de Regiegroepleden, die op 3 februari 2026 naar de Kamer zijn gestuurd.[9] Partijen hebben de afspraken gemaakt met het oog op de afgesproken doelstelling in het AZWA om ervoor te zorgen dat zorgverleners per 2030 gemiddeld niet meer dan 20% van hun werktijd aan administratie besteden. De voortgang van de aanpak van regeldruk wordt landelijk gemonitord via onder meer de cijfers die het Centraal Bureau van de Statistiek (CBS) in kaart brengt over administratie in de zorg. Ook wordt binnen de Regiegroep Aanpak Regeldruk per werkagenda en in het kader van het AZWA per afgesproken maatregel bijgehouden wat de stand van zaken en de resultaten zijn.

[8] Kamerstuk 31 765, nr. 996.
[9] Kamerstuk 29 515, nr. 499.

Vraag: Villa expertcare staat symbool voor de problemen in de medische kindzorg. Maar de minister treuzelt met een plan van aanpak. Hoe langer zij wacht, des te groter de kans dat er nog meer organisaties zullen omvallen. Waar blijft de actie?

Antwoord:

Er zijn drie sporen die momenteel separaat aan elkaar zijn ingezet. Te weten de korte-, middellange- en lange termijn aanpak. Voor de korte termijn wordt voor de 25 kinderen voor wie nog geen passende plek is gevonden gewerkt aan een oplossing. Voor de middellange termijn worden onder aanvoering van de NZa gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars, zorgkantoren en (brancheorganisaties van) zorgaanbieders om tot oplossingen te komen voor de middellange termijn.

Voor de lange termijn wordt zorgvuldig onderzoek gedaan om een volledig beeld te krijgen van de knelpunten en oplossingsrichtingen. Op basis van deze inzichten zullen maatregelen worden genomen om de specialistische zorg in het zorgstelsel voor de lange termijn te borgen. Op deze wijze kan tot een toekomstvisie voor de medische kindzorg gekomen worden in samenwerking met alle betrokken partijen.

De Kamer zal in december geïnformeerd worden over de voortgang van deze gesprekken.

Vragen van het lid Van Meetelen (PVV)

Vraag: De minister schrijft dat ze niet op de stoel van de arts gaat zitten. Maar dat is een vreemde geruststelling. Zij wil via wettelijke eisen bepalen wat in diens behandelrichtlijnen komt. Zo dringt toch dit kabinet de spreekkamer binnen en dreigt de patiënt zorg mis te lopen om redenen niets zeggen over wat hen medisch helpt. Dat noemt de minister passende zorg. Maar passend voor wie? Voor de zieke Nederlander of voor een kabinet dat hem te duur vindt? Welke medische zinvolle zorg gaat u mensen ontzeggen, minister?

Antwoord:
Beroepsgroepen zullen verantwoordelijk blijven voor de zorginhoud en zorgverleners houden samen met de patiënt de ruimte voor een persoonlijke afweging wat het best passend is voor die patiënt. Het kabinet gaat niet op de stoel zitten van de zorgverlener en niet de inhoud van de behandelrichtlijn bepalen. Wel wil het kabinet randvoorwaarden kunnen stellen aan de totstandkoming en kwaliteit van richtlijnen om op die manier te sturen op passende zorg.

Vraag: Ook huishoudelijke hulp wil dit kabinet vanaf 2029 als WMO-maatwerkvoorziening schrappen. Wie krijgt straks werkelijk hulp? Wie moet zelf bepalen? Wie blijft afhankelijk van zijn naasten? De minister moet daar antwoord op geven, want mensen moeten weten waarop ze kunnen rekenen.

Antwoord:
Voor mensen die zelf huishoudelijke hulp kunnen organiseren en betalen zal vanaf 2029 de huishoudelijke hulp niet meer beschikbaar zijn via de gemeente. Het is de bedoeling dat zij dit zelf gaan regelen, bijvoorbeeld met hulp van hun sociale netwerk of met behulp van particuliere hulp. Voor mensen die niet zelf huishoudelijke hulp kunnen regelen, moet het gemeentelijke vangnet in hulp voorzien. De vormgeving van dit vangnet moet nog nader worden uitgewerkt. In navolging van de motie van Dijk onderzoekt de minister van LJS ook alternatieven voor de maatregel om de huishoudelijke hulp te schrappen (Kamerstuk 29 389, nr. 173).

Vraag: Suikerbelasting: In 2027 wil het kabinet hiervoor wetgeving indienen. En de bedoeling is duidelijk: maak bepaalde boodschappen duurder, laat de Nederlander betalen voor een keuze die de overheid niet bevalt. Waarom denkt de minister dat zij volwassenen zo moet behandelen? Wie heeft haar het recht gegeven hun dagelijks leven steeds verder te sturen?

Antwoord:

Het is een taak van de overheid om de volksgezondheid te bevorderen.

Het kabinet wil dat mensen in goede gezondheid mee kunnen doen en zet zich daarom in voor de gezondste generatie ooit. Om dit te bereiken wil het kabinet zo vroeg mogelijk voorkomen dat ziektes of problemen ontstaan. De gezonde keuze makkelijker maken, en de ongezonde keuze ontmoedigen, moet hieraan bijdragen. Dat vraagt een breed pakket aan maatregelen. De voorgenomen suikerbelasting is hier onderdeel van en beoogt de ongezonde keuze onaantrekkelijker te maken, de maatregel beoogt niet de beschikbaarheid van producten te verkleinen.

Vraag: Kan de minister garanderen dat geen enkel kind noodzakelijke jeugdzorg misloopt door deze eigen bijdrage?

Antwoord:
Nee, u vraagt het kabinet iets te garanderen wat niemand zou kunnen garanderen, ook niet zonder eigen bijdrage. Het kabinet is momenteel bezig met het uitwerken van de eigen bijdrage en heeft daarbij specifiek oog voor kwetsbare gezinnen en kinderen.

Vraag: Wanneer gaat de minister zorgfraude eindelijk met prioriteit aanpakken? De precieze omvang blijft nog steeds onbekend. Hoe lang en waarom accepteert de minister dit nog? Waar blijven de harde resultaten tegen fraudeurs?

Antwoord:
Het kabinet deelt de zorgen van de Kamer over zorgfraude. Iedere euro die door fraude weglekt, komt niet ten goede aan de zorg voor patiënten en cliënten. Het bedrag van € 10 miljard dat regelmatig wordt genoemd, betreft een grove schatting van het Openbaar Ministerie die niet nader is onderbouwd. Ondanks diverse onderzoeken blijft de werkelijke omvang van zorgfraude onbekend. Dat neemt niet weg dat de urgentie om zorgfraude en ondermijning in de zorg stevig aan te pakken groot is. Het kabinet heeft daarom in de brief van 8 juni 2026 (Kamerstuk 28 828, nr. 163) een samenhangend pakket aan maatregelen aangekondigd om malafide zorgaanbieders beter te weren, fraude eerder te signaleren en fraudeurs effectiever aan te pakken. Hiervoor stelt het kabinet vanuit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) extra middelen beschikbaar. Daarnaast heeft het kabinet de Kamer op 10 september 2026 (Kamerstuk 28 828, nr. 167) geïnformeerd over vijf aanvullende opdrachten die de ministeriële taskforce Ondermijning heeft gegeven om ondermijning in de zorg aan te pakken. Het kabinet onderschrijft het belang van aantoonbare resultaten. Daarom werkt het kabinet met de betrokken partijen aan indicatoren om de effecten van de versterkte aanpak inzichtelijk te maken. Het kabinet zal de Kamer halfjaarlijks informeren over de voortgang en de bereikte resultaten.

Vraag:
Vervolg op vraag 47 over Jeugdzorg: En als ze dat niet kan, waarom houdt zij dan vast aan dit voornemen?

Antwoord:
De eigen bijdrage is onderdeel van een breder pakket van maatregelen, die de kwaliteit en (financiële) houdbaarheid van de jeugdzorg moeten verbeteren. De eigen bijdrage kan daarbij ook

juist ondersteunend zijn aan de beweging van de Hervormingsagenda. Een eigen bijdrage belemmert niet per definitie de toegankelijkheid van de zorg. Het doel is juist om de beschikbaarheid van noodzakelijke hulp te borgen door bewuster te kijken naar welke hulp passend en effectief is.

Vraag: Het gaat om mensen, om hun gezondheid. Hoe kunt u de behandeling voor patiënten ondergeschikt maken aan uw politieke en ideologische wensen?

Antwoord:
Het kabinet heeft de ambitie om de gezondste generatie ooit te realiseren en de beweging van zorg naar gezondheid te versnellen. Dat vraagt om bewuste afwegingen over welke zorg waarde toevoegt, voor wie en met welke inzet van mensen en middelen. Naast medisch-inhoudelijke effectiviteit moeten ook maatschappelijke aspecten, zoals kosten, schaars personeel en duurzaamheid, worden meegewogen. Dat vraagt soms lastige afwegingen. Zo blijft passende zorg ook in de toekomst voor iedereen toegankelijk. We kunnen niet van individuele zorgverleners en patiënten verwachten dat zij deze maatschappelijke afweging in de behandelkamer of aan de balie maken. Daarom gaat het kabinet hiervoor via wet- en regelgeving strengere eisen stellen aan de voorwaarden, kwaliteit en snelheid van totstandkoming van kwaliteitsstandaarden, zoals richtlijnen.

Vragen van het lid Wendel (VVD)

Vraag: De VVD hoopt dat onder andere de opt-out voor de gegevensdeling zo spoedig mogelijk naar de Kamer komt. Ik wil de minister vragen of het echt niet sneller kan en of zij ervan op de hoogte is dat de VVD het liever vandaag dan morgen regelt.

Antwoord:

De minister van LJS onderschrijft het belang van goede gegevensuitwisseling in de zorg. De opt-out is essentieel voor het vertrouwen dat er zorgvuldig met medische gegevens in de zorg wordt omgegaan. Momenteel wordt hard gewerkt aan de uitwerking van de opt-out voorziening uit de EHDS in nationale wetgeving. De introductie van de opt-out vergt een zorgvuldige juridische, technische, betrouwbare en gebruiksvriendelijke uitwerking. Naast wet- en regelgeving moet ook de voorziening worden gerealiseerd waarmee de burger haar zeggenschap kan uitvoeren. Zowel het realiseren als de implementatie van deze voorziening alsmede de benodigde wetgeving vraagt helaas ook doorlooptijd. De minister van LJS deelt de urgentie om dit zo snel als mogelijk te realiseren. Waar versnelling mogelijk is zal ze zich daarvoor inspannen.

Vraag: Werken moet lonen, met of zonder beperking. Ik wil de minister vragen hoe zij dit ziet in relatie tot een aantal inkomens- en vermogensafhankelijke bijdragen zoals in de Wlz? Ons bereiken signalen dat mensen minder gaan werken of op papier scheiden. Hoe zorgt de minister dat werken ook voor mensen met een zorgvraag loont? Kan de minister toezeggen het uitgangspunt dat werken moet lonen mee te nemen in de uitwerking van verschillende eigen bijdragen?

Antwoord:

In Nederland hebben we een zeer solidair zorgstelsel en we betalen dus veel samen. Maar als je zorg nodig hebt, dan hoort daar ook een eigen financiële bijdrage bij.

In de plannen van het kabinet staan een aantal eigen bijdragen. Hierbij wordt rekening gehouden met financiële draagkracht, waarbij huishoudens met een hoger inkomen meer betalen dan huishoudens

met een lager inkomen. Huishoudens, want het kabinet vindt het redelijk om te verwachten dat partners wederzijds voor elkaar zorgen. Voor de eigen bijdrage Wlz geldt dat door een aftrekpost voor inkomsten uit werk, er rekening mee wordt gehouden dat werken financieel lonend is.

Voor de uiteindelijke vraag in hoeverre werk lonend is, is het belangrijk om naar het integrale kabinetsbeleid te kijken, want het inkomensbeleid is het aangewezen beleidsinstrument hiervoor.

Vraag: Vorige begrotingsbehandeling diende ik verschillende moties in om zorgfraude aan te pakken, onder andere over fraude in de WLZ, mondzorg en over informatiedeling tussen het IKZ/gemeente/politie/OM. De minister zei dat ik wat betreft de motie over informatiedeling echt geduld moest hebben, maar dat het in 2026 geregeld zou worden (Kamerstuk 36 800 XVI, nr. 115) . Wat is de stand van zaken hiervan?

Antwoord:

In de brief van 8 juni (Kamerstuk 28 828, nr. 163) heeft het kabinet op de aangehaalde moties gereageerd. Het verbeteren van de gegevensuitwisseling is een belangrijk onderdeel van de versterkte aanpak van zorgfraude. Sinds de inwerkingtreding van de Wet bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg (Wbsrz) op 1 januari 2025 is een wettelijke basis gerealiseerd voor gegevensuitwisseling tussen de stichting Informatieknooppunt zorgfraude (IKZ) en de aangesloten partners, waaronder gemeenten en het Openbaar Ministerie (OM). Daarnaast werkt het ministerie van Justitie en Veiligheid aan een machtigingsbesluit. Dit geeft tijdelijke grondslagen en stelt de politie in staat om relevante signalen door te geleiden naar de toezichthouders en uitvoerders binnen de zorgsector. Het streven is om de tijdelijke machtigingsgrondslag uiterlijk eind 2026 te realiseren. Ook werkt het ministerie van Justitie en Veiligheid aan duurzame verstrekkingsgrondslagen met partners in de zorgsector via een wijziging van het Besluit politiegegevens. In het kader van de evaluatie van de Wbsrz in 2027 beziet het kabinet eventuele uitbreiding van het aantal IKZ-partners, zoals de politie.

Vraag: Om te voorkomen dat malafide zorgaanbieders zich vestigen willen zorgkantoren Bibob-toetsen uitvoeren. Kan de minister van langdurige zorg, jeugd en sport toezeggen dat de wettelijke basis nog dit jaar wordt geregeld?

Antwoord:

Dit kabinet vindt het belangrijk dat ook in de Wlz gebruik gemaakt kan worden van de wet Bibob om te voorkomen dat criminelen zich vestigen in de zorgsector. Hiervoor is een wetswijziging nodig waar het kabinet aan gaat werken. Dat vergt tijd. Vooruitlopend op de wetswijziging onderzoekt het kabinet wat we ook nu al kunnen doen om te voorkomen dat mensen met een crimineel verleden zich kunnen vestigen in de zorgsector.

Vraag: Wat gaat de minister doen om gemeenten aan te zetten om Bibob consequent toe te passen bij de inkoopprocedures in de zorg?

Antwoord:

Het kabinet vindt het belangrijk dat gemeenten de mogelijkheden van de Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur (Bibob) de inkoop van zorg en ondersteuning beter benutten. De proeftuinen Aanpak Zorgfraude in Twente en Hart van Brabant hebben hiervoor een beproefde werkwijze opgeleverd. Het kabinet heeft met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) afspraken gemaakt om het Bibob-onderzoek vanaf 2027 onder alle gemeenten uit te rollen. Om deze uitrol te versnellen stelt het ministerie van VWS middelen uit het Aanvullend Zorg-

en Welzijnsakkoord (AZWA) beschikbaar aan de VNG. Hiermee worden gemeenten actief ondersteund bij de invoering en toepassing van Bibob-onderzoeken, zodat malafide zorgaanbieders beter kunnen worden geweerd.

Vragen van het lid Verkuijlen (VVD)

Vraag: Hoe kijkt de minister er naar om werkgevers aan de hand van een eenduidige norm altijd aangifte te laten doen namens werknemers in geval van agressie, wordt deze werkwijze al gevolgd en zo ja waar, en ziet zij mogelijkheden om deze werkwijze voor werkgevers in de zorg breed in te laten voeren?

Antwoord:
De minister van LJS is hier groot voorstander van. Er zijn werkgevers die op deze wijze werken, maar dit hangt van de individuele werkgever af. Er is daarom ook geen specifieke branche of regio te noemen waar op deze manier gewerkt wordt. Het is de verantwoordelijkheid van werkgevers om dit op te pakken en de minister van LJS ziet daarom geen mogelijkheden om dit zorgbreed in te voeren. Wel is zij voornemens om werkgevers hierbij blijvend te faciliteren en stimuleren door informatie te (blijven) verstrekken over het doen van aangifte en te (blijven) wijzen op het belang daarvan.

Vraag: Ik wil graag van de minister weten welke toekomstige rol zij ziet voor die pre-diabetesmedicatie in Nederland en of zij kan toezeggen dat zij de kennis uit dat kennisnetwerk, die haar kan helpen bij het beantwoorden van de vraag, bereid is te borgen.

Antwoord:
De focus van beleid op overgewicht en obesitas richt zich op het 1) voorkomen en terugdringen, 2) het gezonder inrichten van de leefomgeving en 3) het bieden van passende zorg en ondersteuning aan mensen die al overgewicht of obesitas hebben. De inzet van obesitasmedicatie past binnen deze passende zorg en ondersteuning, uiteraard cf. de behandelrichtlijnen.

Op dit moment is het Zorginstituut bezig met het beoordelen van twee nieuwe obesitasmiddelen. Naar verwachting adviseert het Zorginstituut het kabinet over pakketopname in Q1 2027. Op basis van dat advies neemt het kabinet een besluit over eventuele pakketopname van deze geneesmiddelen.

De kennis van het kennisnetwerk overgewicht en obesitas wordt geborgd. In de jaren 2023-2026 heeft het Kabinet subsidie verleend voor het opzetten en borgen van het kennisnetwerk overgewicht en obesitas door Care for Obesity (VU), Partnerschap Overgewicht Nederland en JOGG. Het uitgangspunt van deze tijdelijke subsidie was dat bij afloop het kennisnetwerk geborgd dient te zijn door deze organisaties, binnen hun reguliere werkzaamheden. Daar zijn met partijen afspraken over gemaakt waarmee de samenwerking structureel is belegd.

Vraag: Hoe zorgt de minister voor bewustwording van de effecten van het gebruik van verdovende middelen?

Antwoord:
Het kabinet vindt het belangrijk om drugsgebruikers bewust te maken van de negatieve gevolgen van hun gebruik. Daarom is door het ministerie van VWS samen met het ministerie van JenV vorig jaar een op de doelgroep afgestemde campagne gestart om dit doel te bereiken. Dit was bewust geen brede en massamediale, maar op de doelgroep afgestemde campagne, om te voorkomen dat het initiatief een normaliserende werking zou hebben. Die campagne is dit jaar herhaald en zal ook volgend jaar worden voortgezet.

Vraag: Ten slotte wil ik de minister vragen om hogere eisen aan festivals te stellen om de normalisatie van drugsgebruik tegen te gaan.

Antwoord:

Het kabinet werkt momenteel de in het coalitieakkoord aangekondigde maatregelen ten aanzien van drugspreventieplannen voor grote festivals uit. Begin volgend jaar informeert het kabinet de Kamer hier verder over.

Vragen van het lid Coenradie (JA21)

Vraag: Zou het kunnen dat we een zorgprobleem hebben laten uitgroeien tot een veiligheidsprobleem? Herkent het kabinet deze ontwikkeling en richting?

Antwoord:

Dit is niet de richting die het kabinet uit wil. Het kabinet zet juist in op preventie, de beweging van zorg naar gezondheid en welzijn en het bieden van passende zorg en ondersteuning van mensen met een mentaal probleem.

Het kabinet spant zich in om te voorkomen dat een zorgprobleem een veiligheidsprobleem wordt. Zo geeft het kabinet met de brede aanpak verward en onbegrepen gedrag onder regie van de minister van BZK prioriteit aan voldoende woon-zorgplekken, heldere kaders en minder handelingsverlegenheid bij gegevensdeling, landelijke regie met lokale uitwerking en betrouwbare en voorspelbare financiering. Daarnaast wordt met de werkagenda aansluiting forensische en reguliere zorg ingezet op bijvoorbeeld het ondersteunen van zorgverleners om mogelijke veiligheidsrisico te herkennen en hier tijdig naar te handelen en het beter organiseren van capaciteit en voorzieningen. Voorts verkent het kabinet op het terrein van beveiligde bedden in de praktijk wat werkt en zet hier in 2027 stevig op in met een praktijktoets.

Voor mensen met psychische problematiek en een langdurige, intensieve zorgvraag zet het kabinet in op passende ondersteuning en zorg vanuit de Wlz. De minister van Langdurige zorg, Jeugd en Sport is in gesprek met partijen in de langdurige ggz over een akkoord voor de ggz in de Wlz. In die gesprekken is nadrukkelijk aandacht voor de zorg voor mensen die zich in complexe situaties bevinden.

Vraag: Hoe zorgt de minister dat richtlijnen helpend en ondersteunend zijn voor artsen en het vertrouwen in zorgprofessionals en vernieuwing niet verstikken?

Antwoord:

Het doel van de beoogde wettelijke voorwaarden aan richtlijnen is juist om bestaande structuren te versterken en zo de kwaliteit van de richtlijnen te verbeteren en beter te borgen. Zo wordt er bijvoorbeeld gekeken naar voorwaarden ten aanzien van de totstandkoming en onderbouwing van richtlijnen. Daarbij wordt zoveel mogelijk aangesloten bij gangbare methoden waar beroepsgroepen al mee werken. Het kabinet gaat nadrukkelijk niet op de stoel zitten van de zorgverlener en het zorgveld blijft primair verantwoordelijk voor wat goede zorg is.

Vraag: En kan de minister garanderen dat een arts die in het belang van zijn patiënt gemotiveerd afwijkt van een richtlijn, daar niet door de inspectie op wordt afgerekend?

Antwoord:

Het stellen van wettelijke voorwaarden aan de totstandkoming van richtlijnen doet niets af aan de toepassing van richtlijnen en de toetsing door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Het pas toe of leg uit principe als wordt afgeweken van richtlijnen blijft van toepassing.

Vraag: Verhoging zorgpremie: Kan de minister inzichtelijk maken hoeveel de gemiddelde Nederlander vanaf 2028 daadwerkelijk meer gaat betalen inclusief alle nieuwe eigen bijdragen?

Antwoord:

In figuur 7 van de financieringsparagraaf van de begroting VWS is te zien dat de gemiddelde stijging van de lasten per verzekerde tussen 2026 en 2027 € 609 op jaarbasis bedraagt. Hierin zijn alle verzekerde kosten van de Zvw en Wlz opgenomen, inclusief zorgtoeslag, eigen risico en eigen bijdrage Wlz. De verwachting is dat deze stijging tussen 2027 en 2028 € 308 op jaarbasis bedraagt. De invoering van de eigen bijdrage Jeugd en de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (IVB) in de Wmo 2015, zoals die in het basispad staan, zijn hier echter niet in meegenomen, omdat deze niet onder de Zvw en Wlz vallen. Het kabinet heeft in reactie op de motie Stoffer c.s. (Kamerstuk 36 848, nr. 79) de stapelingsanalyse[10] gemaakt. Deze analyse laat zien wat de invloed is van de zorgmaatregelen uit het coalitieakkoord en zorgmaatregelen waartoe eerder al was besloten op het besteedbaar inkomen van mensen.

Vragen van het lid Poortman (CDA)

Vraag: Kan de minister de verbinding leggen tussen de aansluiting van de aanpak Kansrijke Start en voor- en vroegschoolse educatie?

Antwoord:
Het kabinet ziet het belang en ook de kansen om de samenwerking tussen Kansrijke Start en voor- en vroegschoolse educatie te versterken.

Het kabinet zet hierop in via de interdepartementale aanpak gezinnen in kwetsbare positie. Onderdeel van deze aanpak is het inrichten van een praktijklab ‘sterke pedagogische basis’. Hierin gaan gemeenten met hun partners aan de slag om zo’n pedagogische basis concreet vorm te geven.

De uitkomsten van het praktijklab gebruikt het kabinet om te bezien wat er vanuit de landelijke aanpak Kansrijke Start nodig is, zodat er een doorlopende ondersteuningsroute is voor (toekomstige) ouders en het jonge kind, vanaf de zwangerschap tot de start op de basisschool.

Vraag**:**

Is de minister bereid het wetsvoorstel om de leeftijd om sigaretten te kopen te verhogen van 18 naar 21 jaar in 2027 al naar de Kamer te sturen?

Antwoord:

Ja, in de beleidsbrief van 24 april 2026 (Kamerstuk 36 800 XVI, nr. 191) heeft de minister van VWS

[10] Kamerstuk 37 020, nr. 67.

aangegeven erop aan te sturen het wetsvoorstel, afhankelijk van diverse processtappen, in het derde kwartaal van 2027 bij de Tweede Kamer aanhangig te maken.

Vraag:

Blijven de onderzoeken naar het middelengebruik onder jongeren, de MBO-middelenmonitor en het peilstationsonderzoek de komende jaren gewoon door lopen?

Antwoord:

Deze onderzoeken blijven komende jaren gewoon doorlopen. Het peilstationsonderzoek kent een ritme van vier jaar. De mbo-monitor verschijnt iedere twee jaar. Uw kamer kan beide rapporten in 2028 weer tegemoetzien.

Vragen van het lid Tijmstra (CDA)

Vraag: Het realiseren van één leveringsvorm voor zorg zonder verblijf in de Wlz zou in 2028 ingaan, maar is volgens het Zorginstituut uitgesteld tot 2029. Klopt dat? En wat is de oorzaak?

Antwoord:
Het is juist dat de nieuwe invoeringsdatum 1 januari 2029 is. Dit komt doordat de nieuwe leveringsvorm wettelijk moet worden verankerd. Dit proces inclusief verplichte uitvoeringstoetsen, internetconsultatie en behandeling in het parlement vergt circa 2 jaar.

Vraag: De nieuwe leveringsvorm voor zorg thuis in de Wlz wordt uitgesteld tot 2029. Hoe wordt het MPT tot die tijd voorliggend gemaakt op VPT?

Antwoord:
Vanaf 2027 krijgt de voorliggendheid van het MPT op het ongeclusterd VPT vorm via de inkoop van de zorgkantoren. Dit is onderdeel van het vastgestelde zorginkoopbeleid van de zorgkantoren voor 2027. Hierbij worden ook maatregelen geïntroduceerd om het proces van verantwoording van het MPT te vereenvoudigen.

Vraag: Hoever staat het met de akkoorden voor de gehandicaptenzorg en de langdurige ggz?

Antwoord:

De minister van LJS is constructief in gesprek met cliëntorganisaties vertegenwoordigd door Ieder(in), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de samenwerkende beroepsorganisaties in de gehandicaptenzorg, de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en de Verenging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Die gesprekken hebben geleid tot gezamenlijke uitgangspunten over de toekomst van de sector. Naar verwachting kan in Q1 van 2027 een akkoord worden gesloten.

De minister van LJS is met de brancheverenigingen van zorgaanbieders in de ggz en beschermd wonen, ZN, de VNG en cliëntenorganisaties in gesprek over een akkoord voor de langdurige ggz. De inzet is het akkoord in Q1 van 2027 af te ronden. De Kamer wordt in de brief over de langdurige ggz eind dit jaar geïnformeerd over de voortgang van de gesprekken.

Vraag: Zien we de beweging naar samen leven en samen zorgen in de akkoorden voor de gehandicaptenzorg en langdurige ggz terugkomen?

Antwoord:

Ja, samen met partijen uit de gehandicaptensector is de minister van LJS bezig te komen tot gezamenlijke uitgangspunten over de toekomst van de sector. De beweging naar voren, bijvoorbeeld om zorg en ondersteuning meer in en met de samenleving te organiseren, is daar een onderdeel van. De komende maanden zal de minister van LJS dit verder uitwerken met de betrokken partijen van het bestuurlijk akkoord in de gehandicaptenzorg. Ook met de partijen in de langdurige ggz voert de minister van LJS gesprekken over een akkoord. Het maken van de beweging naar de voorkant in de langdurige ggz is hier onderdeel van.

Vraag: Er is vanuit het HLO 10 miljoen extra beschikbaar voor logeerzorg. Hoe monitort het kabinet of dit voldoende plekken oplevert en is het kabinet bereid om extra stappen te zetten als blijkt dat er meer nodig is?

Antwoord:

Met het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) (Kamerstuk 29 389, nr. 157) zet het kabinet in op het versterken van mantelzorgondersteuning en als onderdeel hiervan het beter organiseren van respijt- en logeerzorg. In juli 2026 is de handreiking logeerzorg gepubliceerd. In deze handreiking zijn de afspraken over logeerzorg nader uitgewerkt. Onderdeel van deze afspraken tussen VWS, de VNG en ZN is, dat wordt gemonitord of de toegang voor klanten en mantelzorgers tot logeerzorg verbetert. Daarnaast is afgesproken dat gemonitord wordt of logeerzorg binnen de Wmo en de WLZ zich in de regio's volgens de gemaakte afspraken ontwikkelt en waar nodig wordt bijgestuurd. Het in de Mantelzorgagenda 2027 – 2030 (bijlage bij Kamerstuk 30 169, nr. 80, 9 oktober) aangekondigde ondersteuningsteam krijgt een rol in de monitoring. Over de voortgang wordt de Tweede Kamer met de voortgangsbrief over de Mantelzorgagenda periodiek geïnformeerd.

Vraag: Laatste levensfase: Kabinet trekt € 18 miljoen extra voor palliatieve zorg. Kan de minister inzicht geven in hoe dit bedrag besteed wordt?

Antwoord:
Een deel van deze middelen kan worden besteed aan de uitvoering van de toekomstagenda palliatieve zorg en ondersteuning 2027 – 2031, die in juni 2026 naar de Kamer is gestuurd. De kwartiermakersfase hiervoor is onlangs gestart en loopt tot 1 juli 2027. Samen met betrokken partijen bij palliatieve zorg en ondersteuning kan worden bepaald welke besteding het meest bijdraagt aan de gestelde doelen. Daarnaast kan een deel van de middelen worden besteed aan ophoging van bestaande instellingssubsidies en de subsidieregeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis. Daarbij vindt het kabinet het essentieel dat de inzet van deze middelen daadwerkelijk bijdraagt aan het bereiken van de in de toekomstagenda gestelde doelen. Na afronding van de kwartiermakersfase wordt de Kamer geïnformeerd over de precieze besteding van de extra middelen.

Vraag: Hoe waarborgt het kabinet dat ook voor mensen met een beperking voldoende woningen worden gerealiseerd? (Context: De kracht van het samenleven betekent ook dat mensen met en zonder beperking elkaar vanzelfsprekend tegenkomen. In de huidige plannen lijkt de aandacht echter vooral uit te gaan naar ouderenhuisvesting.)

Antwoord:

In het Actieplan Taskforce Versnelling Woningbouw is afgesproken om de huisvestingsopgave voor aandachtsgroepen beter te verbinden met de bredere woningbouwopgave. Mensen met een beperking worden hier expliciet in meegenomen.

Verder brengen gemeenten en regio's met de wet Versterking Regie Volkshuisvesting de woonbehoefte van specifieke groepen in beeld, waaronder mensen met een beperking. Gemeenten en regio's vertalen die naar hun volkshuisvestingsprogramma's en woningbouwprogrammering. Daarbij gaat het zowel om nieuwbouw als om het beter benutten en aanpassen van bestaande woningen.

Vraag: Een woning is ook de sleutel om het vastgelopen systeem in de langdurige GGZ weer vlot te trekken. Door het woningtekort verblijven mensen onnodig lang in beschermde woonvoorzieningen, terwijl anderen niet kunnen instromen. Hoe helpt de extra € 25 miljoen voor speciale groepen hierbij?

Antwoord:

Vanuit de begroting van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening (VRO) is 25 miljoen euro beschikbaar voor de Regeling Huisvesting Aandachtsgroepen.

Deze regeling betreft het realiseren van woningen voor alle aandachtsgroepen die in het programma 'Een thuis voor iedereen' zijn geïdentificeerd, waaronder mensen die uitstromen uit de langdurige GGZ. De middelen kunnen worden ingezet voor het realiseren van huisvesting voor deze aandachtsgroepen. De prognose is dat voor 25 miljoen in 2027 circa 2.700 betaalbare woningen worden gerealiseerd. De RVO is uitvoerder van de regeling en houdt bij hoeveel projecten en woningen worden gerealiseerd. Na sluiting van de tranche zal uw Kamer (door de minister van BZK/VRO) worden geïnformeerd over de realisatie.

Vraag: Het kabinet gaat aan de slag met praktijktoetsen voor de ggz. Wat is het proces en het tijdspad van deze toetsen? En hoe ziet de minister het vervolg, als die pilots succesvol zijn?

Antwoord: Het streven is om de vormgeving van de praktijktoetsen voorjaar 2027 gereed te hebben en alle praktijktoetsen in de loop van 2027 te starten. Omdat het gaat om verschillende praktijktoetsen, kunnen het startmoment en de looptijd per praktijktoets verschillen. De planning per praktijktoets is duidelijk zodra de vormgeving van de praktijktoetsen in het voorjaar van 2027 gereed is.

Het kabinet geeft een onafhankelijke partij opdracht om de praktijktoetsen te evalueren. Deze start naar verwachting begin 2027. Samen met deze partij en met betrokken partijen stelt het kabinet evaluatiecriteria op. Hiermee worden de praktijktoetsen zowel individueel als in samenhang tijdens de uitvoering gevolgd en kunnen de resultaten na afloop van de looptijd worden beoordeeld.

Op basis van de uitkomsten van de praktijktoetsen vindt politieke besluitvorming plaats over mogelijke structurele wijzigingen van het stelsel. Het kabinet kijkt daarvoor welke maatregelen effectief zijn gebleken voor onder andere een betere beschikbaarheid van zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek. Het kabinet houdt daarbij rekening met de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van het stelsel.

De minister van VWS zal de Kamer voorafgaand aan het commissiedebat over ggz en suïcidepreventie een brief met de stand van zaken sturen.

Vraag: Kan de minister aangeven hoe de beleidsmaatregelen (de 'toolkit') op het gebied van het voorkomen van mentale klachten het individu ondersteunen? Moet de relatie en naar elkaar omzien hier niet meer een rol spelen?

Antwoord:

Het kabinet deelt deze insteek. In de recente Kabinetsbrief 'Toekomst mentale gezondheid en geestelijke gezondheid'[11] is daarom opgenomen dat door eerder zeggen dat het niet goed gaat, eerder iemand naast je vinden en eerder een beetje hulp krijgen, kan voorkomen dat problemen groter worden. De inzet van de minister van VWS is bedoeld om de mens centraal te stellen. De relatie met jezelf en de relatie met anderen hebben invloed op je mentale gezondheid. Dat hebben ook de leefomgevingen waarin mensen elkaar ontmoeten, naar elkaar omzien en over mentale gezondheid kunnen praten. De instrumenten, zoals genoemd in de hierboven genoemde kabinetsbrief, zijn bedoeld om de beweging naar een breder perspectief op mentale gezondheid te ondersteunen.

Vragen van het lid Van Houwelingen (FVD)

Vraag: Zou het geen goed idee zijn om bijvoorbeeld in de Governance Code zorg op te nemen dat van nieuwe zorgbestuurders verwacht wordt dat ze bijvoorbeeld de eerste paar weken na hun aanstelling in hun zorgorganisatie stagelopen op de werkvloer? En zou een standaard zogenaamde 180 graden beoordeling ook geen onderdeel van deze governance code moeten zijn?

Antwoord:
Het idee om in de Governancecode Zorg op te nemen dat nieuwe zorgbestuurders de eerste weken na hun aanstelling meelopen op de werkvloer, vind ik interessant. Dat geldt ook voor de suggestie om een 180-gradenbeoordeling onderdeel te laten zijn van de Governancecode Zorg. Tegelijkertijd is de code een instrument van zelfregulering dat is opgesteld door de Brancheorganisaties in de Zorg (BoZ) zelf. Het is dus aan de BoZ en de sector zelf om te bepalen welke specifieke maatregelen in de code moeten worden genomen en hoe zij invulling geven aan de code en daarmee niet aan het kabinet. Het kabinet zal deze suggesties onder de aandacht brengen van de BoZ.

Vraag:

Wat doet de minister om de professionele autonomie en zeggenschap van zorgverleners te vergroten?

Antwoord:

Het Kabinet steunt de beweging naar meer zeggenschap. Zoals in de brief van 26 januari 2026 (Kamerstuk 29 282, nr. 621) aan de Kamer is gemeld. Dat doet de minister van LJS bijvoorbeeld via de subsidieregeling Zeggenschap en subsidie voor het Landelijk Actieplan Zeggenschap. Ook is per 1 juli 2023 de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) gewijzigd, waarmee zeggenschap wettelijk is verankerd. Sinds begin 2025 betrekt ook de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) zeggenschap explicieter in haar toezicht. Daarnaast is in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) afgesproken dat partijen samen blijven werken zodat zeggenschap verder wordt geborgd in de cultuur van organisaties. Het versterken van zeggenschap en dit structureel borgen is primair de

[11] 2026Z20938

verantwoordelijkheid van werkgevers in de sector zorg en welzijn.

Vraag: De komende jaren wordt verwacht dat het tekort aan zorgpersoneel verder zal groeien, tot 300 duizend personen in 2035. In hoeverre wordt dit tekort veroorzaakt of zelfs verder vergroot als defensie straks, met goede arbeidsvoorwaarden, gaat concurreren onder dezelfde populatie (MBO) studenten? Maakt de minister zich hier zorgen over?

Antwoord:
Naar aanleiding van de begrotingsbehandeling Defensie is door de Kamer een motie aangenomen waarin het kabinet verzocht wordt om in beeld te brengen of en, zo ja, hoe de actieve werving voor defensiepersoneel leidt tot personeelstekorten in de zorg en in het onderwijs (Kamerstuk 37 020 x, nr. 26). Naar aanleiding van deze motie is het kabinet voornemens om te onderzoeken in hoeverre sprake is van een dergelijke concurrentie en informeert uw Kamer hier op een later moment over.

Vraag: In de begroting lijken de kosten voor het persoonsgebonden budget (pgb) vanaf 2026 min of meer gelijk te blijven (en niet gecorrigeerd voor inflatie) terwijl de zorgkosten mogelijk kunnen stijgen. Kan dit worden toegelicht?

Antwoord:

In de begroting van VWS wordt wel degelijk rekening gehouden met de verwachte stijging van de zorgvraag en de stijgende kosten door inflatie. Er is geen sprake van een gelijkblijvend budget. De middelen voor beide effecten zijn gereserveerd in de begroting op het subartikel “Nominaal & onverdeeld Wlz” en zijn nog niet verwerkt in de meerjarenreeks voor het persoonsgebonden budget waar de vraag over gaat. De middelen worden jaarlijks toegevoegd aan het budget bij de ontwerpbegroting (de groeiruimte voor het komende jaar) en bij de eerste suppletoire begroting (de loon- en prijsbijstelling voor het lopende jaar).

Vraag: Is er al enig zicht op hoe de taakstelling voor het departement zal worden ingevuld? En hoe kan het dat de Kamer elk jaar een beeld voorgeschoteld krijgt dat vanaf het volgend begrotingsjaar de apparaatskosten sterk zullen dalen, maar dat dat vervolgens nooit gebeurt.

Antwoord:
De invulling van de taakstelling vindt gefaseerd plaats. Over de taakstelling Schoof heeft in 2025 besluitvorming plaatsgevonden. Hierbij moeten de concernorganisaties van VWS in 2029 gezamenlijk een besparing van 2,5% op hun apparaatskosten hebben gerealiseerd. Voor het kerndepartement geldt een grotere opgave: een besparing van 11% op de apparaatskosten. Dit gebeurt door efficiënter te werken, het afbouwen van inzet op beleidsdossiers en door versobering van de bedrijfsvoering. Voor de taakstellingen uit het huidige Coalitieakkoord en de aanvullende taakstelling Jetten wordt nog uitgewerkt hoe deze concreet wordt ingevuld. Voor de uitwerking van Slagvaardige Overheid (onderdeel van zowel het Coalitieakkoord als de aanvullende taakstelling Jetten) geldt dat VWS in afwachting van de uitkomsten van de Taskforce Slagvaardige Overheid onder regie van BZK, een plan zal opstellen.

De begrotingen voor het apparaat laten inderdaad een dalend beeld zien, op het moment van publicatie is dat ook het realistische beeld. Gedurende het jaar vinden er bijstellingen plaats op de begroting, zowel in het uitvoeringsjaar als meerjarig. Dit gebeurt onder meer vanwege de loon- en prijsbijstelling, die wordt toegekend als gevolg van de inflatie, alsook vanwege nieuwe taken waarvoor structurele en incidentele middelen worden toegevoegd aan de begroting. Als gevolg hiervan zijn de daadwerkelijke uitgaven vaak hoger dan de oorspronkelijke begroting.

Vraag: Klopt het dat de taakstelling voor het ministerie niet wordt ingevuld met als gevolg dat de voorgenomen reductie in apparaatskosten, zich niet voordoet?

Antwoord:
Nee, er wordt wel degelijk invulling gegeven aan de apparaatstaakstellingen waarmee VWS sinds 2025 is geconfronteerd. Dit sluit echter niet uit dat het apparaatsartikel in omvang kan toenemen. Gedurende het jaar vinden er bijstellingen plaats op de begroting, zowel in het uitvoeringsjaar als meerjarig. Dit gebeurt niet alleen vanwege de loon- en prijsbijstelling, die wordt toegekend als gevolg van de inflatie maar ook omwille van nieuwe taken, waarvoor structurele en incidentele middelen worden toegevoegd aan de begroting.

Vraag: Waarom zou, als al sinds 2020 in de begroting wordt voorspeld dat de apparaatskosten zullen gaan dalen en dit zich nog nooit heeft voorgedaan, deze daling zich straks met deze begroting wel gaan voordoen?

Antwoord: De begroting van VWS reflecteert de beschikbare middelen. De taakstellingen zijn reeds in de begroting verwerkt. Het is aan het departement om uitvoering te geven aan de taken in relatie tot de beschikbare middelen.

In de begrotingssystematiek worden taakstellingen direct als een neerwaartse mutatie in de meerjarencijfers verwerkt. Dat in het verleden de apparaatskosten per saldo toch stegen, komt door latere, niet-voorziene autonome tegenvallers, loon- en prijsbijstellingen, of nieuwe politieke opdrachten die gedurende het jaar zijn toegevoegd aan de begroting. Dat neemt niet weg dat de opgelegde taakstellingen onverkort ingevuld worden.

Vraag: Wat vindt de minister van het grijze gebied waar ouders zich gedwongen voelen om vrijwillig mee te werken met jeugdbescherming? Hoe vaak stemt de kinderrechter in met het advies voor een gedwongen uithuisplaatsing van de jeugdbescherming? En hoeveel procent van alle uithuisplaatsingen zijn onvrijwillig?

Antwoord:

Wanneer een kinderbeschermingsmaatregel geldt, is sprake van het gedwongen kader en onafhankelijke rechterlijke toetsing. In deze context is het begrijpelijk dat ouders druk ervaren om mee te werken. Er zijn geen gegevens beschikbaar over hoe vaak de kinderrechter een verzoek tot uithuisplaatsing van de Raad voor de Kinderbescherming of Gecertificeerde Instelling afwijst. In 2025 kregen ruim 39.000 kinderen jeugdhulp met verblijf (voorlopige cijfers Centraal Bureau voor Statistiek). Minder dan de helft had tevens een kinderbeschermingsmaatregel en was dus na tussenkomst van een kinderrechter uit huis geplaatst.

Vraag: Moeder is niet blij met de pleegouders en dat is een reden om moeder uit het ouderlijk gezag te zetten. Hoe kan dit? Wat vindt de minister hiervan?

Antwoord:

Het kabinet kan niet ingaan op oordelen van kinderrechters in een individuele beschikking. Maatstaf van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens is dat alleen sprake mag zijn van beëindiging van

het ouderlijk gezag als voortzetting van het gezag door de ouder schadelijk is voor het kind. In het wetsvoorstel 'versterking rechtsbescherming in de jeugdbescherming', waaraan de staatssecretaris van Justitie en Veiligheid werkt, is expliciet gemaakt dat de noodzaak tot gezagsbeëindiging steeds moet vaststaan.

Vraag: Zou niet uitsluitend en alleen tot een gedwongen uithuisplaatsing moeten kunnen worden overgegaan als ouders door de strafrechter veroordeeld zijn voor mishandeling, misbruik of verwaarlozing?

Antwoord:

Dit gaat over de vraag wanneer de overheid mag ingrijpen in gezinnen. Een uithuisplaatsing geldt als een uiterste redmiddel. Dit betekent dat een minderjarige pas tijdelijk ergens anders mag gaan wonen als alle minder ingrijpende oplossingen zijn geprobeerd of niet toereikend zijn. De staatscommissie overheidsingrijpen buigt zich over de vraag over het ingrijpen in gezinnen waar sprake is van kindermishandeling en/of ontwikkelingsbedreiging. De staatscommissie zal het kabinet adviseren over de vraag wanneer de overheid moet ingrijpen en betrokken moet zijn, wanneer de overheid mag ingrijpen, maar ook wanneer de overheid niet mag ingrijpen en welke voorwaarden en (rechts)bescherming van toepassing zijn voor deze gezinnen. Daarnaast kijkt de commissie of er alternatieve vormen van betrokkenheid of ingrijpen door de overheid mogelijk zijn. Het kabinet wacht dat advies af om daar vervolgens met de Kamer over te kunnen spreken.

Vraag: Hoe kijkt minister ertegenaan dat Kamerleden zogezegd stelselmatig door de jeugdbescherming worden verboden om aan te sluiten bij de gesprekken die met ouders worden gevoerd?

Antwoord:

Het is aan de Gecertificeerde Instelling (GI) om uiteindelijk te bepalen wie aanwezig mag zijn bij gesprekken tussen ouder, jeugdige en jeugdbeschermer. De GI weegt daarin altijd het belang van het kind.

Vragen van het lid El Abassi (DENK)

Vraag: Eigen bijdrage kraamzorg: Hoe zorgt de minister voor dat gezinnen de kraamzorg krijgen die zij nodig hebben, en is zij bereid de eigen bijdrage te verminderen of zelfs af te schaffen?

Antwoord:
Het kabinet vindt het belangrijk dat kraamzorg terechtkomt bij gezinnen die deze zorg nodig hebben en zet daarom in op drie sporen:

1. Versnelling in de implementatie van de Kraamzorg Landelijke Indicatie Methodiek, zodat de kraamzorguren terechtkomen bij gezinnen die ze het hardst nodig hebben;
2. Het verkrijgen van een preciezer inzicht in de zorgbehoefte bij gezinnen en de ervaren drempels, zodat er vanuit het veld beter gestuurd kan worden op passende kraamzorg;
3. Meer instroom door te kijken hoe we de opleidingsstructuur in de kraamzorg kunnen verbeteren, zodat meer mensen voor het vak kiezen.

Het kabinet is geen voorstander van het verminderen of afschaffen van de eigen bijdrage. Kraamzorg is al uitgezonderd van het eigen risico. Daarnaast kunnen gezinnen zich aanvullend verzekeren voor de eigen bijdrage. Ook wordt deze in veel gemeentepolissen (gedeeltelijk) vergoed.

Het afschaffen van de eigen bijdrage verhoogt de collectieve zorguitgaven en zal naar verwachting leiden tot een hogere premie

Vraag: Waarom wordt er niet voorzien in een aanvullende gezondheidscontrole tot zes maanden na de bevalling met aandacht voor lichamelijk herstel de bekkenbodem en de mentale gezondheid? Is de minister bereid te onderzoeken of zo'n controle kan worden ingevoerd?

Antwoord:
De verloskundige is tot 6 weken na de bevalling verantwoordelijk voor de zorg na de bevalling. Daarna wordt de zorg overgedragen aan de huisarts. Als de vrouw na haar bevalling lichamelijke en/of mentale klachten heeft kan ze hiermee terecht bij haar huisarts. Ook kan ze bij klachten aan de bekkenbodem direct terecht bij een fysiotherapeut. Het kabinet ziet geen noodzaak voor het invoeren van een extra controle zes maanden na de bevalling.

Vraag: Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat kinderen die aangeven dat ze onveilig zijn daadwerkelijk worden gehoord en tijdig worden beschermd?

Antwoord:
Veilig Thuis geeft aan dat elke melding direct wordt gescreend op acute onveiligheid en dat er bij directe onveiligheid altijd meteen wordt gehandeld. Dat geldt dus ook wanneer kinderen aangeven acuut onveilig te zijn. Tegelijkertijd zijn de zorgen over de druk op de Veilig Thuis organisaties bij de minister van LJS bekend. In de brief van 14 oktober jl. aan uw Kamer (Kamerstuk 28 345, nr. 345) is daar een uitgebreidere reactie op gegeven. Het is van belang voor het kabinet om goed inzicht te krijgen in waar het knelt en wat beter georganiseerd moet worden. Ik ga daarom op zeer korte termijn in gesprek met wethouders, de VNG en bestuurders van de 25 Veilig Thuis organisaties. Over de uitkomsten en acties van de gesprekken zal de minister van LJS u informeren.

Vraag: Voor de toekomstagenda palliatieve zorg is in 2027 €12 miljoen extra beschikbaar, oplopend tot €18 miljoen structureel. En daarnaast is €55,4 miljoen opgenomen voor palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis. Hoe worden deze middelen verdeeld? Is de minister bereid hierover met betrokken organisaties in gesprek te gaan?

Antwoord:

Een deel van de extra middelen kan worden besteed aan de uitvoering van de toekomstagenda palliatieve zorg en ondersteuning 2027 – 2031, die in juni 2026 naar de Kamer is gestuurd. De kwartiermakersfase hiervoor is onlangs gestart en loopt tot 1 juli 2027. Samen met betrokken partijen bij palliatieve zorg en ondersteuning kan worden bepaald welke besteding het meest bijdraagt aan de gestelde doelen. Daarnaast kan een deel van de middelen worden besteed aan ophoging van bestaande instellingssubsidies en de subsidieregeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis. Daarbij vindt het kabinet het essentieel dat de inzet van deze middelen daadwerkelijk bijdraagt aan het bereiken van de in de toekomstagenda gestelde doelen. Na afronding van de kwartiermakersfase wordt de Kamer geïnformeerd over de precieze besteding van de extra middelen.

Vraag: Vanaf 35 jaar moet er een bijdrage worden betaald om stamceldonor te worden. Wat vindt de minister van een financiële drempel voor stamceldonoren?

Antwoord:

Bij een stamceltransplantatie is er een grote voorkeur voor een donor die jong is. Dit komt omdat de slagingskans bij een transplantaat van een jonge donor vele malen groter is. De overgrote meerderheid van de geselecteerde donoren voor transplantatie zijn dan ook jonger dan 35 jaar. Dat is een wereldwijde trend.

Stichting Matchis focust daarom op het werven van jonge donoren en dekt voor die doelgroep (onder de 35 jaar) de kosten die de stichting maakt bij het werven van de donor.

Vraag: Volgens stichting Matchis zou 40 procent van de jongeren stamceldonatie overwegen na een persoonlijke brief. Wil de minister met matchis bekijken hoe jongeren structureel persoonlijk geïnformeerd kunnen worden?

Antwoord:
Het werven van stamceldonoren is zeker van belang voor de gezondheidszorg. Echter, de werving van donoren is primair aan de instellingen zelf. Dat geldt voor stichting Matchis, net als voor stichting Sanquin Bloedvoorziening en andere organisaties. Hoewel het voorstel natuurlijk sympathiek is, wil het kabinet benadrukken dat er terughoudend moet worden omgegaan met een zwaar instrument zoals een formele brief over donatie.

Het kabinet zegt wel toe met Matchis in gesprek te gaan om uit te zoeken welke andere mogelijkheden Matchis heeft om jonge donoren te werven.

Vraag: Hoe gaat de minister cultuursensitieve dementiezorg toegankelijker maken en mantelzorgers ondersteunen?

Antwoord:

Cultuursensitieve dementiezorg is een doorsnijdend thema binnen de Nationale Dementiestrategie. Op dit thema wordt ingezet via ontmoetingsplekken, zoals Alzheimercafés en reizende theehuizen. Daarnaast is in de Zorgstandaard Dementie opgenomen dat zorg en ondersteuning (cultuur)divers moet zijn. In vier onderzoeksconsortia binnen het Onderzoeksprogamma Dementie zijn mensen met een migratieachtergrond een doelgroep. Mantelzorgondersteuning krijgt onder meer vorm door lotgenotenbijeenkomsten in de wijk. We verspreiden goede voorbeelden onder meer via het Nationaal Dementiecongres.

Vraag: Hoe voorkomt de minister dat de mensen die hun zorgpremie al niet kunnen betalen verder in financiële problemen raken?

Antwoord:

De maandelijkse nominale premie stijgt naar verwachting met € 12,50 in 2027. Voor de lagere en lagere middeninkomens wordt deze stijging van de nominale premie deels gecompenseerd via een hogere zorgtoeslag. Deze stijgt naar verwachting met € 11 op maandbasis. Daarnaast bieden gemeenten verschillende regelingen aan, zoals de gemeentepolis, om financieel kwetsbare inwoners te helpen.

Met betrekking tot de 182.000 verzekerden met een betalingsachterstand van meer dan zes maanden

kan worden opgemerkt dat dit aantal de laatste 10 jaar fors is gedaald. In 2014 was dit aantal nog 325.000. De verzekerden die nu in de BAZ (betalingsachterstand zorgpremie)-regeling zitten hebben vaker te maken met problematische schulden. Het kabinet heeft er mede daarom voor gekozen om voor hen de bestuursrechtelijke premie per 2029 te verlagen door de opslag van 10% af te schaffen. Het kabinet werkt op dit moment aan de benodigde wetgeving hiervoor.

Vragen van het lid Van Dijk (SGP)

Vraag:

De SGP maakt zich zorgen over de gehandicaptenzorg, met name voor mensen die intensieve 24 uurszorg nodig hebben. Erkent de minister dat kortingen op de Wlz nooit mogelijk zijn op noodzakelijke zorg? Hoe waarborgt zij dat?

Antwoord:

De beschikbare groeiruimte voor de gehandicaptenzorg (zoals opgenomen in de definitieve kaderbrief 2027) voor de periode t/m 2031 is in lijn met de gemiddelde groei van de afgelopen jaren. Hiermee kunnen ook de zorg en ondersteuning voor mensen met een intensieve zorgvraag worden bekostigd.

Het is de overtuiging van de minister van LJS dat zorg en ondersteuning beschikbaar moeten zijn voor mensen die intensieve 24 uurszorg nodig hebben. Onder de vlag van de Toekomstagenda “zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking” werkt de minister van LJS van in de periode 2023 tot 2026 aan kwalitatief goede en passende complexe zorg. In het kader van de toekomst na 2026 is de minister van LJS in gesprek met de betrokken partijen bij een te sluiten bestuurlijk akkoord, onder meer over passende zorg in de regio.

Vragen van het lid Kostić (PvdD)

Vraag: Wanneer volgt een uitgebreide reactie van het kabinet op de rapporten en bijbehorende aanbevelingen van het RIVM, de Wereldgezondheidsorganisatie en de Gezondheidsraad met betrekking tot milieuvervuiling en klimaatverandering?

Antwoord:
Er komt geen integrale kabinetsreactie op alle genoemde rapporten en aanbevelingen. Het kabinet heeft al afzonderlijk gereageerd op diverse adviezen en binnenkort stuurt het kabinet de Kamer de reactie op het rapport van de Gezondheidsraad en de Wetenschappelijke Klimaatraad ‘Klimaat en gezondheid: richtingen voor beleid’. Het kabinet ziet en erkent de gevolgen van klimaatverandering voor de volksgezondheid. De bevindingen van adviesrapporten worden waar mogelijk betrokken bij bestaand en toekomstig beleid op het gebied van klimaat, milieu en gezondheid. Zo wordt in de Nationale Klimaatadaptatiestrategie (NAS’26) expliciet aandacht besteed aan gezondheid.

Vraag: Een structurele gecoördineerde aanpak over verschillende beleidsterreinen ontbreekt nu. Wanneer en hoe pakt het ministerie dit op?

Antwoord:
Het kabinet ziet het belang van een integrale benadering van gezondheid in alle beleidsdomeinen. De Kamer ontving hier op 13 december 2024 een beleidsagenda over (Kamerstuk 32 793 nr. 794). Op 5 februari 2026 ontving de Kamer een brief over de voortgang hiervan (Kamerstuk 32 793 nr. 880). Daarbij geldt wel dat veel beleid, waaronder rond de inrichting van de fysieke leefomgeving, in belangrijke mate door andere overheden wordt vastgesteld. De pilots die het Rijk uitvoert onder de vlag van de actieagenda industrie en omwonenden en de kennis die het Programma Gezonde

Leefomgeving heeft ontwikkeld hebben tot doel te bevorderen dat andere overheden gezondheid goed meenemen bij de inrichting van de fysieke leefomgeving.

Vraag: Is de minister ook bereid om een gezondheidseffectrapportage standaard in te voeren bij elk nieuw beleid?

Antwoord:
Op dit moment is bij veel beleidsbeslissingen een milieueffectrapportage verplicht. Deze bevat ook gezondheidsaspecten, die met name toezien op bescherming tegen gezondheidsschade. Daarnaast staat het bevoegde gezag vrij om dit breder te trekken en ook bijvoorbeeld kansen voor gezondheidsbevordering mee te nemen. Dit gebeurt steeds vaker, veelal in de vorm van een omgevingseffectrapportage. In het kader van de maatwerkafspraak met Tata Steel Nederland wordt een gezondheidseffectrapportage gemaakt. Op basis van de ervaringen uit dit en andere lopende trajecten blijven we verkennen hoe we gezondheid structureel kunnen borgen bij besluitvorming.

Vraag: Hoe kan het kabinet spreken over de gezondste generatie ooit als kinderen al voor hun geboorte PFAS in hun bloed hebben?

Antwoord:
De minister van VWS begrijpt heel goed dat Nederlanders zich zorgen maken over de aanwezigheid van PFAS in het bloed en in de leefomgeving. Dit sterkt het kabinet, zoals ook benoemd in het coalitieakkoord, in een stevige totaalaanpak van PFAS. Die ziet er als volgt uit:

- Een zo breed mogelijk Europees PFAS-verbod;
- Het stimuleren van PFAS-vrije alternatieven;
- Het beperken van de verspreiding van PFAS in de leefomgeving, onder meer door een streng vergunningenregime;
- Het verminderen van blootstelling aan PFAS via de aanpak van de meest vervuilde locaties.

Hiermee zetten we alle zeilen bij en tegelijkertijd moeten we ook accepteren dat deze stoffen niet snel zullen verdwijnen uit onze omgeving.

Mensen kunnen bovendien ook zelf inname en ophoping van PFAS beperken, bijv. door gevarieerd te eten of eieren uit de supermarkt, markt of speciaalzaak te kiezen in plaats van eieren van hobbykippen.

Vraag: Wat investeert de minister als het gaat om transgenderzorg?

Antwoord:
Transgenderzorg is net als andere reguliere zorg verzekerd en deze zorg wordt vergoed door verzekeraars. Daarnaast heeft VWS een subsidieregeling voor borstprotheses voor transgenderpersonen. Hiervoor is € 800.000 in 2027 beschikbaar en € 1.500.000 in 2028. Ten slotte ontvangt het Landelijk Platform Transgenderzorg een subsidie van € 150.000 in 2027 en € 15 .000 in 2028.

Vraag: Wat gaat de minister doen aan de wachttijden voor transgenderzorg? Wachttijden kunnen oplopen tot wel vijf jaar. Wat gaat de Minister voor maatregelen nemen?

Antwoord:
De Kamer heeft eerder een motie aangenomen, ingediend door het lid Kostic c.s. over de wachtlijsten

in de transgenderzorg[12]. De motie verzoekt de regering in gesprek te gaan met de zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties om te verkennen welke pragmatische oplossingen er mogelijk zijn om de wachtlijsten op korte termijn te verkorten. Dit gesprek gaat dit najaar plaatsvinden. Naar aanleiding van de door de Kamer aangenomen motie heeft het Landelijk Platform Transgenderzorg (LPT) samen met diverse partijen verschillende perspectieven samengebracht met als doel te komen tot uitvoerbare en realistische maatregelen die op korte termijn kunnen bijdragen aan het verkorten van de wachttijden. Het kabinet zal de Kamer daar nog dit jaar over informeren.

Vraag: Groen in de buurt bij zorginstellingen en schoolpleinen maakt het dagelijks leven gezonder en prettiger voor jong en oud. De Gezondheidsraad en het RIVM adviseren ook hier meer op in te zetten. Kunnen de bewindspersonen aangeven op welke manier zij bereid zijn om hieraan bij te dragen?

Antwoord:
Gemeenten hebben een belangrijke rol waar het gaat om vergroening van buurten. Onder andere via het Programma Gezonde Leefomgeving hebben ZonMw en het RIVM kennis ontwikkeld om gemeenten te helpen meer ruimte te maken voor groen. Dit ziet zowel op vuistregels voor de hoeveelheid groen als handvatten om over de domeinen samen te werken bij het realiseren van groen. Bij vergroening van zorgterreinen en schoolpleinen gaat het vooral om particulier bezit, waarbij de terreineigenaar verantwoordelijk is voor de inrichting. Het ministerie van VWS heeft € 1,8 mln. beschikbaar gesteld voor het programma “Groen voor Gezondheid” dat gericht is op vergroenen van zorglocaties en zorgterreinen en inzet van natuur voor zorgmedewerkers, cliënten en buurten.

Vraag: Voor ouderen kan een vertrouwde hond of kat eenzaamheid verminderen en troost bieden juist wanneer zij hun eigen huis moeten verlaten. Het sluit aan op de ambities van het kabinet om ouderen betere kwaliteit van het leven te bieden. Is de minister bereid het amendement van 50PLUS en PvdD te omarmen?

Antwoord:

Veel mensen genieten van het hebben van een gezelschapsdier. De minister van LJS kan zich voorstellen dat een huisdier kan bijdragen aan de kwaliteit van leven. Er zijn geen wettelijke bepalingen die verbieden om huisdieren toe te laten tot instellingen voor langdurige zorg. Het is vooral aan de instellingen zelf om te bepalen of dit is toegestaan waarbij zorgaspecten en belemmeringen voor andere bewoners een rol kunnen spelen. Daarbij zijn ook de partijen uit de ouderenzorg, die het Generiek Kompas hebben opgesteld, aan zet om te bepalen of het bezit van huisdieren kan bijdragen aan de kwaliteit van het bestaan van ouderen.

Het laten uitvoeren van een landelijke verkenning sluit niet aan bij de verantwoordelijkheidsverdeling.

Wel is de minister van LJS bereid om de academische werkplaatsen ouderenzorg te vragen welke mogelijkheden zij zien om tot een kennissynthese te komen over de bijdrage die het meenemen van een huisdier kan leveren aan de kwaliteit van leven van mensen die verhuizen naar een verpleeghuis.

Vragen van het lid Bikker (ChristenUnie)

Vraag: Eerlijk gezegd ben ik nog steeds niet bekomen van alle stress rond expertcare en wat ouders daar meemaken. Er is incidenteel geld nodig om instellingen zoals kinderhospice binnenveld in Barneveld overeind te houden. Want ik gun de ouders van deze kinderen de rust van goede zorg en

[12] Kamerstuk 36 800 XVI, nr. 137.

niet een nieuw debacle. Ik overweeg een amendement om dit beschikbaar te stellen. Maar graag hoor ik ook de minister dan voorzitter.

Antwoord**:**

Het is ontzettend belangrijk dat ouders de rust hebben van goede zorg voor hun kinderen. Dat moet goed geregeld zijn. Om dit te bewerkstelligen worden op dit moment onder aanvoering van de NZa gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars, zorgkantoren en (brancheorganisaties van) zorgaanbieders.

Dit moet binnen enkele weken tot duidelijkheid leiden. Ik zal de Kamer informeren als dat is gelukt.

De omvang van de financiële kaders is voor de medische kinderzorg en daarmee ook in het geval van kinderhospice Binnenveld niet het probleem. Het is in eerste instantie aan zorgverzekeraars en zorgkantoren om zich maximaal in te spannen om met het bekostigingsinstrumentarium dat ze tot hun beschikking hebben de bestaande plekken voor medische kindzorg beschikbaar te houden en waar nodig nieuw aanbod te creëren.

En voor de lange termijn wordt zorgvuldig onderzoek gedaan om een volledig beeld te krijgen van de knelpunten en oplossingsrichtingen. Op basis van deze inzichten zullen maatregelen worden genomen om de specialistische zorg in het zorgstelsel voor de lange termijn te borgen. Op deze wijze kan tot een toekomstvisie voor de medische kindzorg gekomen worden in samenwerking met alle betrokken partijen. Het kabinet informeert de Kamer voor het einde van dit jaar over de stand van zaken.

Vraag: Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat iedereen een huisarts heeft die de sociale basis van een dorp of wijk kent? En graag een reactie van de minister over hoe studenten uit een tekortregio in te loten voor geneeskunde of afspraken te maken over waar ze werkzaam zijn en voorrang te geven op een specialisatie opleiding wanneer zij huisarts worden in een tekortregio.

Antwoord:

Het kabinet vindt het belangrijk dat de huisartsenzorg in elke regio toegankelijk is, zodat iedereen in Nederland toegang heeft tot een vaste huisarts(enpraktijk) in de buurt. Met de betrokken partijen zijn in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) stevige afspraken gemaakt om dit te borgen.

Over de uitvoering hiervan is de Kamer kortgeleden in een brief over de stand van zaken Huisartsenzorg geïnformeerd[13]. Zo werken we aan het inrichten van een toekomstbestendige bekostiging in de huisartsenzorg die bijdraagt aan het aantrekkelijk maken van werken met een vaste patiëntenpopulatie. Dat houdt in dat huisartsen in een vaste praktijk werken en daar ook verbinding leggen met de sociale basis. Over de verbinding tussen zorg en sociaal domein zijn in het AZWA ook verschillende afspraken gemaakt. Daarnaast passen zorgverzekeraars gericht regionaal financieel maatwerk toe in de contractering om de continuïteit van huisartsenzorg in elke regio met specifieke afspraken te borgen. Dit regionaal maatwerk is belangrijk, omdat uitdagingen per regio en zelfs per wijk kunnen verschillen.

Verder voert het ministerie van VWS in samenwerking met het ministerie van OCW, veldpartijen en experts, een verkenning uit naar kansrijke interventies om de spreiding van huisartsen over het land

[13] Kamerstuk 33 578, nr. 195.

te verbeteren. In deze verkenning is ook aandacht voor de gehele loopbaanfase van een aspirant huisarts. Daarbij wordt onder andere verkend welke mogelijkheden er zijn voor strategisch toelatings- en opleidingsbeleid, met aandacht voor regio's met huisartsentekorten. Hierbij wordt ook gekeken naar de mogelijkheden om de instroom van studenten uit tekortregio's te vergroten en de toegankelijkheid van de geneeskundestudie te verbreden. De minister van VWS gaat specifiek over deze optie in gesprek met de minister van OCW, zoals de minister van VWS heeft toegezegd tijdens het commissiedebat eerstelijnszorg eerder dit jaar. De minister van VWS verwacht de Kamer voor het tweede kwartaal van 2027 verder te informeren over de uitkomst van deze verkenning.

Vraag: Kan de minister bevestigen dat een rookvrije generatie ook betekent dat dit kabinet inzet op een wietvrije generatie?

Antwoord:

Het gebruik van drugs is nooit zonder risico's en past daarom niet in een normale en gezonde leefstijl. Het kabinetsbeleid is daarom gericht op het voorkomen en terugdringen van drugsgebruik waaronder het gebruik van cannabis door jongeren door middel van preventieve maatregelen en voorlichting. Het kabinet volgt via onderzoek de ontwikkelingen in drugsgebruik onder jongeren om tijdig trends te zien en daarop bij te sturen.

Vragen van het lid Dobbe (SP)

Vraag: Het nationaal ouderenonderzoek van 2026 laat zien dat een op de vijf ouderen zich eenzaam voelt. We zien ook enorme bezuinigingen op de zorg om geld op te halen voor militarisering en wapens voor de NAVO. Dit kabinet wil de hele huishoudelijke zorg schrappen om 435 miljoen euro te bezuinigen. Hoe verdedigt het kabinet dan deze keuze om dit zo te doen?

Antwoord:

Het kabinet ziet ook dat huishoudelijke hulp een belangrijke rol speelt bij ondersteuning thuis. Er wordt ook gebruik gemaakt van de huishoudelijke hulp door mensen die het zelf kunnen betalen of op een andere manier kunnen organiseren. Daarom is in het coalitieakkoord opgenomen dat voor mensen die zelf huishoudelijke hulp kunnen organiseren en betalen de huishoudelijke hulp vanaf 2029 niet meer beschikbaar zal zijn via de gemeente. Voor mensen die niet zelf huishoudelijke hulp kunnen regelen, zal een gemeentelijk vangnet in hulp blijven voorzien. Tegelijk heeft de motie Van Dijk het kabinet opgeroepen alternatieven voor deze maatregel te onderzoeken (Kamerstuk 29 389, nr. 173). Deze verkenning ben ik op dit moment aan het uitvoeren.

Vraag:

Ondanks de aangenomen moties ligt er nog geen plan over de komst van zorgbuurthuizen. Wel ligt er een uitgebreid onderzoek over hoe dat wel kan gaat de minister daar dan ook mee aan de slag?

Antwoord:

De ambitie is om 290.000 extra woningen voor ouderen te realiseren in de periode tot en met 2030. Hiervan zijn er 120.000 geclusterde woningen. Ook zorgbuurthuizen kunnen binnen deze ambitie worden gerealiseerd. De minister van VRO en minister van LJS trekken samen op om dit te realiseren, daarbij worden goede voorbeelden uit de praktijk benut.

Vraag: Er zijn in de ouderenzorg diverse maatregelen genomen: scheiden wonen zorg van € 1 miljard in de komende jaren, Wlz-zorg thuis van € 120 miljoen in 2027 oplopend tot € 360 miljoen. Is de minister bereid om hierop terug te komen?

Antwoord:
De genoemde besparingen vloeien voort uit beleid dat erop is gericht om de Wlz-ouderenzorg toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden. Deze passen binnen de afspraken en de richting van het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg. Voor het HLO is draagvlak bij de betrokken partijen, waaronder zorgverleners, cliënten en hun naasten. Daarbij staat de kwaliteit van bestaan voorop.

Overigens is er voor de Wlz deze kabinetsperiode groeiruimte beschikbaar die oploopt tot 6 miljard euro in 2031 voor de hele Wlz. Hiervan is 3,9 miljard beschikbaar voor de ouderenzorg. Dit is nog exclusief de jaarlijkse aanpassing voor loon- en prijsontwikkelingen.

Vraag: Wat is het plan om de personeelstekorten op te lossen?

Antwoord:
Het kabinet zet met de zorgakkoorden stevig in op het terugdringen van het verwachte personeelstekort. Ten eerste door de groei van de zorgvraag af te remmen, en daarmee dus de vraag naar zorgpersoneel. Door van passende zorg de norm te maken en sterker in te zetten op gezondheid en het voorkomen van ziekte. Ook krijgen professionals meer tijd en ruimte voor hun vak, door onnodige administratieve lasten te verminderen en inzet van technologie om het werk efficiënter te maken. Tot slot is de inzet om mensen gericht op te leiden voor de plekken waar de personeelstekorten het grootst zijn. Zo krijgen professionals meer ruimte voor waar het uiteindelijk om draait: goede zorg en ondersteuning bieden aan mensen die dat nodig hebben.

Vraag: Waar is de waardering dan voor zorgverleners en hoeveel zorgverleners zullen hun inkomen verliezen door deze bezuinigingen?

Antwoord:
Het kabinet heeft grote waardering voor de 1,5 miljoen professionals die iedere dag klaarstaan om liefdevolle zorg en ondersteuning te geven aan de mensen die dat nodig hebben. Om een concurrerende salarisontwikkeling binnen de zorg mogelijk te maken stelt het kabinet jaarlijks extra arbeidsvoorwaardenmiddelen beschikbaar, de zogenaamde overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova). De ova voor 2027 bedraagt naar huidige inzichten circa 3,1 miljard euro structureel.

Het kabinet is momenteel bezig met het invullen van verschillende maatregelen. Daarbij houdt het kabinet ook rekening met de gevolgen voor het zorgpersoneel.

Vraag:

Waar is de campagne om personeel te werven voor de zorg zoals dat ook bij Defensie gebeurt?

Antwoord:

Dit najaar start, geïnspireerd op de gedachte achter de motie Dobbe[14], een gerichtere

[14] Kamerstuk 36 800 XVI, nr. 24.

communicatiecampagne die bijdraagt aan het enthousiasmeren van mensen om in zorg en welzijn te gaan werken (Kamerstuk 36 725 XVI, nr. 24). De minister van LJS heeft dit ook eerder gecommuniceerd aan de Kamer op 8 oktober jl. in de Kamerbrief inzake Stand van zakenbrief diverse moties en toezeggingen - VWS begrotingsbehandeling 2027 (Kamerstuk 37 020 XVI, nr. 35). Het nieuwe studie- en loopbaanplatform Zowi staat daarbij centraal. De verwachting is dat deze gerichte campagne meer effect sorteert dan een ongerichte wervingscampagne vanuit de overheid. Dit sluit bovendien beter aan bij de verantwoordelijkheidsverdeling. VWS is, in tegenstelling tot Defensie, geen werkgever in de zorg- en welzijnssector.

Vraag: En waarom doet de minister niets aan betere beloning voor zorgverleners?

Antwoord:
Om een concurrerende salarisontwikkeling binnen de zorg mogelijk te maken stelt het kabinet jaarlijks extra arbeidsvoorwaardenmiddelen beschikbaar, de zogenaamde overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova). De ova voor 2027 bedraagt naar huidige inzichten circa 3,1 miljard euro structureel. Het is vervolgens aan sociale partners binnen zorg en welzijn om met deze extra middelen afspraken te maken over betere beloning.

Vraag: Wat zijn de negatieve arbeidsmarkteffecten van het wegbezuinigen van de huishoudelijke hulp. En wat voor effect heeft dat op de vrouwen die in dit geval mogelijk hun werk verliezen. En als je het dan hebt over rechten en gelijkheid van vrouwen over economische zelfstandigheid van vrouwen. Hoe verdedigt het kabinet dan deze keuze om dit zo te doen?

Antwoord:
Of er negatieve arbeidsmarkteffecten optreden en hoe deze eruit zullen zien, hangt af van de vormgeving van de maatregelen rond huishoudelijke hulp. Daarbij wordt met mogelijke effecten rekening gehouden bij de invulling van de maatregel.

Vraag: Uit een rapport van het Amsterdam UMC en Social Finance NL blijkt dat iedere euro die in vrouwengezondheid wordt geïnvesteerd ruim 13 euro oplevert. Wat gaat de minister doen om dit voorbeeld verder te brengen?

Antwoord:
Goede en passende zorg moet beschikbaar zijn voor iedere vrouw die deze nodig heeft. De minister van VWS heeft het rapport in ontvangst genomen over de maatschappelijke businesscase van Amsterdam UMC en Social Finance NL en heeft gesproken met de initiatiefnemers van de Vrouw Specifieke Aandoeningen (VSA) triage poli[15]. Uit de doorrekening van Amsterdam UMC blijkt dat de poli leidt tot sneller passende zorg en dat dit ook maatschappelijke en financiële baten kan opleveren. Het is belangrijk dat vrouwen met vrouwspecifieke aandoeningen tijdig worden gediagnosticeerd en behandeld. En dat klachten herkend worden. Dit is van belang voor de gezondheid en kwaliteit van leven van vrouwen, maar kan ook bijdragen aan het voorkomen van bijkomend zorggebruik en uitval van werk. Werkgevers en bestuurders van ziekenhuizen en zorginstellingen hebben hierin een belangrijke rol. Zij kunnen bijdragen aan het voorkomen van uitval door aandacht te hebben voor vrouwspecifieke gezondheidsproblemen op de werkvloer en door passende faciliteiten en ondersteuning te bieden.

Het kabinet vindt het passend dat werkgevers, ziekenhuizen en zorginstellingen bezien welke maatregelen binnen hun eigen organisatie effectief zijn en daarin, waar dat aan de orde is, zelf

[15] De waarde van de VSA-triage-poli voor vrouwspecifieke aandoeningen VSA-Poli Rapport (2).pdf

investeren. Voor wat betreft het verder brengen van dit voorbeeld ziet het kabinet in de praktijk dat ziekenhuizen dit goede voorbeeld volgen.

Vraag: Wat gaat de minister doen om de tekorten in de kraamzorg aan te pakken? En hoe zet de minister daarbij in op passende tarieven, betere beloning voor kraamverzorgenden en het beter organiseren van wachtdiensten?

Antwoord:
Kraamzorg is schaars en die schaarste is niet snel opgelost. Daarom is het urgent dat we echt werken aan kraamzorg die past bij de zorgvraag van de cliënt. Hiervoor zet het kabinet in op drie sporen:

1. Versnelling in de implementatie van de Kraamzorg Landelijke Indicatie Methodiek, zodat de kraamzorguren terechtkomen bij gezinnen die ze het hardst nodig hebben;
2. Het verkrijgen van een preciezer inzicht in de zorgbehoefte bij gezinnen en de ervaren drempels, zodat er vanuit het veld beter gestuurd kan worden op passende kraamzorg;
3. Meer instroom door te kijken hoe we de opleidingsstructuur in de kraamzorg kunnen verbeteren, zodat meer mensen voor het vak kiezen.

De NZa stelt, op basis van kostprijsonderzoek, redelijkerwijs kostendekkende tarieven vast. In de kraamzorg zijn er maximumtarieven, met daarboven ruimte voor aanvullende afspraken via max-max tarieven (tot 10%) en de Toeslag integrale geboortezorg binnen de kraamzorg (10%). Ieder jaar stelt VWS extra arbeidsvoorwaardenruimte (OVA) beschikbaar. Het is vervolgens aan sociale partners om op basis hiervan passende cao-afspraken te maken.

De vergoeding van wachtdiensten wordt ook bepaald in de cao van de kraamzorg, waar het kabinet zich niet in mag mengen.

Tot slot is het uitbreiden van regionale partuspool een belangrijk onderdeel van het transformatieplan Kraamzorg, waar €9,8 miljoen aan transformatiemiddelen voor toegekend is. Hierdoor worden wachtdiensten op regionaal niveau verdeeld, waardoor de beschikbare capaciteit efficiënter wordt benut en wachtdiensten effectiever worden georganiseerd. Dit draagt bij aan het verlagen van de werkdruk onder kraamverzorgenden en het verbeteren van de werk-privébalans, zodat kraamverzorgenden hun werk op een fijne en duurzame kunnen blijven doen.

Vraag: Zouden we in de GGZ kunnen overwegen om budgetplafons af te schaffen? En zo ja, kan de minister aangeven wanneer?

Antwoord:
Het kabinet start vanaf 2027 met de praktijktoets om voor de acute ggz en beveiligde bedden niet langer te werken met omzetplafonds. Hierdoor wordt voorkomen dat financiële grenzen de toegang tot deze zorg beperken. Het kabinet werkt in de tussentijd aan andere instrumenten die inzicht geven in de zorgvraag en zorgen voor meer sturing op de zorg, waardoor omzetplafonds als instrument in de ggz minder nodig gaan zijn. In zijn geheel afstappen van omzetplafonds is op dit moment niet de juiste oplossing. Omzetplafonds zijn in het geval van lichte of ondoelmatige zorg juist een instrument om capaciteit beschikbaar te houden voor zorg voor cliënten met complexere problematiek. Juist het samenspel tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij de contractering kan bijdragen aan een doelmatige inzet van schaarse zorgcapaciteit, het bewaken van kwaliteit en het beheersen van de zorguitgaven.

Vraag: Is het mogelijk om de oproepleeftijd voor Bevolkingsonderzoek zoals baarmoederhalskanker en voor borstonderzoek te verlagen?

Antwoord:
Bij de inrichting van een bevolkingsonderzoek wordt altijd advies gevraagd aan de Gezondheidsraad. Bij het opstellen van het advies kijkt de Gezondheidsraad naar de laatste stand van de wetenschap en weegt deze aan de hand van internationale criteria voor verantwoorde screening.

De bevolkingsonderzoeken worden daarnaast periodiek geëvalueerd door de Gezondheidsraad. De laatste evaluatie van het bevolkingsonderzoek borstkanker is op 12 maart 2024 gepubliceerd. Daarin heeft de Gezondheidsraad niet geadviseerd om de leeftijdsgrens van het bevolkingsonderzoek borstkanker te verlagen. Voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker loopt de evaluatie op dit moment. Daarin wordt ook gekeken naar de leeftijdsgrenzen. De resultaten van de evaluatie van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker worden in het eerste kwartaal van 2027 verwacht.

Indien uit nieuwe wetenschappelijke inzichten blijkt dat het aangewezen is iets te wijzigen aan de leeftijdsgrenzen en de Gezondheidsraad oordeelt positief, dan kan dat leiden tot een wijziging in het bevolkingsonderzoek.

Vragen van het lid Van Brenk (50PLUS)

Vraag: Uit onderzoek van het nationaal Ouderenfonds blijkt dat ouderen zichzelf als een last voor de samenleving beschouwt. Ik wil graag een reflectie van de minister.

Antwoord:

De minister van LJS vindt het ontzettend verdrietig en pijnlijk dat zoveel ouderen in het onderzoek van het nationaal Ouderenfonds aangeven dat ouderen in de samenleving het gevoel hebben vaak als een last worden gezien. Ouderen zijn geen last, maar een waardevol onderdeel van onze samenleving. Ze brengen veel kennis en levenservaring mee. Zo is het vrijwilligerswerk onder ouderen juist ook heel hoog. En het is van belang dat ouderen zich goed voorbereiden op ouder worden. Daarom benadrukt de publiekscampagne Praat vandaag over morgen juist deze positieve benadering die laat zien dat je zelf kan bijdragen aan prettig ouder worden. We laten zien dat ouderen er niet alleen voor staan, dat ouderen ertoe doen en dat we samen verantwoordelijkheid dragen voor de toekomst. Het kabinet zet in op een zorgzame samenleving waarin mensen naar elkaar omkijken. Ouderen zijn in deze gemeenschappen ook van betekenis. Daarbij zijn ontmoetingsplekken belangrijk voor de versterking van gemeenschapskracht. Daarom richt de minister van BZK een Gemeenschapsfonds op waarbij de komende jaren in totaal 200 miljoen euro beschikbaar is om ontmoetingsplekken te realiseren en bestendigen en maatschappelijk initiatief te ondersteunen.

Vraag: Waarom duurt het in Nederland zo lang totdat adviezen van de Gezondheidsraad worden overgenomen, zoals bijvoorbeeld het advies over vernieuwde griepvaccins? Wil de minister hier wettelijke termijnen voor opnemen?

Antwoord:

Het kabinet is niet voornemens om in de wet een termijn op te nemen waarbinnen een advies van de Gezondheidsraad over vaccinaties moet worden geïmplementeerd. Dit komt omdat ook andere aspecten een rol spelen bij een besluit om een advies van de Gezondheidsraad over te nemen, zoals de uitvoerbaarheid, kosteneffectiviteit en de beschikbaarheid van financiële middelen. Bij het advies over de vernieuwde griepvaccins is dit ook het geval.

Vraag: Het is van groot belang dat lokale initiatieven ondersteund worden, want samenhorigheid, het ontwikkelen van zorgzame buurten gaat niet vanzelf. Dat moet je ook een beetje stimuleren. Wat vindt de minister van het idee om ook hier een handje te helpen?

Antwoord:

Het kabinet zet op verschillende manieren in op het versterken van zorgzame buurten waarin mensen naar elkaar omkijken. In de recent naar de Kamer verstuurde Mantelzorgagenda 2027-2030 (bijlage bij Kamerstuk 30 169, nr. 80, 9 oktober) is 'het versterken van een zorgzame samenleving' een belangrijk onderdeel. Het nog op te zetten ondersteuningsteam moet de totstandkoming en verdere verspreiding van informele ondersteuningsnetwerken zoals Voorzorgcirkels en Maak Rimpels stimuleren. Daarnaast richt de minister van BZK een Gemeenschapsfonds op waarbij de komende jaren in totaal 200 miljoen euro beschikbaar is om ontmoetingsplekken te realiseren en bestendigen en maatschappelijk initiatief te ondersteunen.

Vraag: Ruim 5 miljoen mensen zijn actief als mantelzorger en op hen wordt in toenemende mate een beroep gedaan. De hulp die iemand krijgt kan niet afhankelijk zijn van de gemeente waarin iemand woont. Welke concrete resultaten moeten uiterlijk 2030 te zien zijn dat mantelzorgondersteuning in gemeentes ook echt toegankelijker en gelijk gericht zijn geworden?

Antwoord:

Ook de minister van LJS ziet de waarde van mantelzorg, daarom moet er goede ondersteuning zijn, waarbij het in de basis niet mag uitmaken van welke gemeente je inwoner bent. Met het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) (Kamerstuk 29 389, nr. 157) zet het kabinet in op het versterken van mantelzorgondersteuning. In juli 2026 is de handreiking Gelijkgerichte mantelzorgondersteuning Wmo gepubliceerd. Hierin is onder meer afgesproken dat iedere gemeente een herkenbaar, vindbaar en toegankelijk aanbod van mantelzorgondersteuning realiseert op de acht vraaggebieden van mantelzorgers. Dit gaat leiden tot meer gelijk gerichtheid tussen gemeenten. Het in de Mantelzorgagenda 2027 – 2030 (bijlage bij Kamerstuk 30 169, nr. 80, 9 oktober) aangekondigde ondersteuningsteam krijgt een rol in de monitoring van deze afspraken.

Vraag: Hoe staat het met de uitvoering van de motie Struijs en Paternotte (Kamerstuk 37 020, nr. 45) inzake het vaccinatieprogramma voor volwassenen? Preventie waaronder ook vaccinatie werkt alleen als het levenslang en levensbreed plaatsvindt. Graag een reactie van de minister.

Antwoord: Zoals eerder benoemd in de kamerbrief van 20 mei 2026 (Kamerstuk 32 793, nr. 888) is het ministerie van VWS in samenwerking met het RIVM, en betrokken uitvoerders, bezig met het verbeteren van de vaccinatiezorg voor volwassenen. Daarmee wordt ook uitvoering gegeven aan de motie Struijs en Paternotte. Specifiek voor vaccinaties wordt gewerkt aan een visie vaccinatiezorg 0-100+ jaar, begin volgend jaar wordt deze gepresenteerd.

Vraag: Wat betekent het voor mensen en de gemeente als de huishoudelijke hulp uit de Wmo wordt gehaald?

Antwoord:

Voor mensen die niet zelf huishoudelijke hulp kunnen regelen en betalen, blijft de gemeente daarin voorzien. De manier waarop is nog onderwerp van nadere uitwerking.

Tegelijk heeft de motie Van Dijk (Kamerstuk 29 389, nr. 173*J*) het kabinet opgeroepen alternatieven te onderzoeken voor de maatregel om huishoudelijke hulp uit de Wmo 2015 te halen. Die verkenning voert het kabinet op dit moment uit.

Vraag: Een eigen bijdrage en de toegankelijkheid van de wijkverpleegkundige is een groot goed. En dat moet je niet gaan mijden om de kosten. Ziet de minister dat ook zo?

Antwoord:

Ik vind de toegankelijkheid van de wijkverpleging inderdaad een groot goed. Juist om zorg toegankelijk te houden is het nodig om de druk op de collectieve zorguitgaven te beperken. Daarom neemt het kabinet maatregelen, waaronder een eigen bijdrage wijkverpleging.

Vraag: Op welke manier is in het regeringsbeleid opvolging gegeven aan de motie uit 2023 die opriep om niet alleen beleid te voeren ter bestrijding van overgewicht maar ook ondervoeding expliciet op te nemen?

Antwoord:

De uitwerking van de motie uit 2023 die Kamerlid van Brenk aanhaalde (Kamerstuk 32 793, nr. 660), staat in een brief aan de Kamer over beleid met betrekking tot overgewicht en voeding (Kamerstuk 32 793, nr. 710). Hierin staat onder meer dat in het kader van het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) wordt ingezet op een gezonde leefstijl voor ouderen en versterking van de sociale basis. Dit draagt ook bij aan het voorkomen van ondervoeding. Goede voeding is daarnaast ook belangrijk bij het voorkomen van vallen en heeft als zodanig een plek in de aanpak valpreventie.
De afgelopen jaren is met steun van het ministerie van VWS gezorgd voor de ontwikkeling en verspreiding van kennis over de aanpak van ondervoeding, onder andere via het partnernetwerk ondervoeding. Dit netwerk is intussen overgegaan in het Kenniscentrum Ondervoeding en maakt onderdeel uit van de Alliantie Voeding in de Zorg. Het Kenniscentrum werkt aan bewustwording en kennisvergroting bij onder andere de zorgverleners die hiermee te maken hebben. Het kabinet ondersteunt de Alliantie. Ondervoeding wordt meegenomen in verschillende richtlijnen van zorgprofessionals en in de Handreiking kwetsbare ouderen. In 2027 komt er een herziening van de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraak (LESA) Ondervoeding. Met de beschikbare kennis en ondersteuning is het aan de zorgverleners om ondervoeding te signaleren en behandelen.

Vraag: Waarom heeft het Zorginstituut bij het pakketadvies over het verstrekken van eten en drinken binnen het VPT geen toets gedaan op het pakketcriterium effectiviteit?

Antwoord:

Een toets op het pakketcriterium effectiviteit was voor dit advies niet nodig, omdat het verstrekken van eten en drinken geen interventie is, maar een basisbehoefte die iedereen nodig heeft om te kunnen functioneren. Er bestaat daarom geen twijfel over de effectiviteit van eten en drinken.

Vraag: Ziet de minister ook het risico als zorgaanbieders tevens verhuurder van het appartement zijn en hier een verdienmodel van maken? Zorgt de minister dat er ook alternatieven zijn op het niveau van sociale huur of op het niveau van middenhuur?

Antwoord:

De Stimuleringsregeling zorggeschikte woningen (SZGW) en de Stimuleringsregeling ontmoetingsruimten voor ouderen (SOO) zijn specifiek bedoeld voor het realiseren van zelfstandige

betaalbare geclusterde woningen met mogelijkheden tot ontmoeten. De minister van VRO werkt op dit moment aan de opvolger van deze regelingen. Daarmee zijn er in de toekomst ook voor mensen met een kleinere beurs steeds meer alternatieven, naast de alternatieven die nu al ontstaan, zoals de thuis-plus-flats. Daarnaast zijn er duurdere zorgvilla's waar mensen die dat kunnen betalen met veel plezier wonen en zorg kunnen ontvangen.

Vraag: Hoe beoordeelt de minister de voorgenomen krimp van de IGJ? Welke mogelijkheden ziet de minister om de IGJ daadkrachtiger en sneller te laten ingrijpen bij misstanden en crisissituaties?

Antwoord:

Ondanks de krimpopgave van de IGJ blijft de aanpak van zorgfraude voor de IGJ een prioriteit. De IGJ geeft aan dat zij, wanneer zij vaststelt dat fraude, zorgcriminaliteit of een niet-integere bedrijfsvoering leidt tot concrete en ernstige risico's voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg, uiteraard in zal grijpen. De kennis van de afdeling Integere bedijrfsvoering en zorgverwaarlozing (IBZ) wordt nu geborgd in de organisatie. Daarmee kunnen meer onderdelen van de IGJ hiervan gebruik maken. Natuurlijk spreek ik met de IGJ hierover in de reguliere overleggen om zicht te houden dat zorgfraude een prioriteit blijft.

Vraag: In zorgbuurthuizen wordt de zorg gefinancierd uit verschillende domeinen: Wmo, zorgverzekeringswet en Wlz. Gaan gemeenten en zorgondernemers wel investeren in deze woonvorm als er geen duidelijkheid is over langjarige financiering van de exploitatie? Kan de minister een format leveren zodat gemeentes en zorgaanbieders houvast hebben?

Antwoord:

Binnen geclusterde wooncomplexen wonen cliënten met verschillende zorgvragen. Hun kosten voor zorg en ondersteuning worden vergoed vanuit de Wmo (bijvoorbeeld begeleiding), Zvw (wijkverpleging) en Wlz (Wlz-zorg thuis). Deze financiering is structureel beschikbaar. Vanuit Platform 31 zijn al handreikingen geclusterd wonen en zorggeschikt wonen beschikbaar. Bovendien is het ministerie van VRO bezig met het opzetten van een ondersteuningsteam dat zich richt op zulke initiatieven.

De bekostiging van ondersteuning van gemeenschapsvorming is nu nog versnipperd en vaak niet structureel geregeld. De minister van LJS beziet momenteel de mogelijkheid om gemeenschapsvorming te faciliteren en hierover afspraken te maken in aanvulling op het HLO. Eenduidigheid in de uitvoering is daarbij een aandachtspunt.

Vraag: Waarom wil de minister niet praten met de Patiëntenfederatie en het seniorennetwerk over het Generiek Kompas? En blijft de minister van LJS verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg?

Antwoord:

De minister van LJS heeft de Kompasraad gevraagd om dit gesprek te voeren. Zelf spreekt zij niet met deze partijen over het Generiek Kompas omdat zij geen rol heeft bij het opstellen van het Generiek Kompas. De kompaspartijen hebben de inhoudelijke deskundigheid die nodig is voor het beschrijven van goede zorg. De Kompasraad gaat uitvoering geven aan dit verzoek. Overigens is de Kompasraad, ondanks dat de Patiëntenfederatie geen kompaspartij meer is, al periodiek in gesprek met de Patiëntenfederatie. De minister van LJS heeft een stelselverantwoordelijkheid voor de kwaliteitsborging. Deze krijgt invulling via de opdracht aan het Zorginstituut om onder meer kwaliteit

en inzichtelijkheid in de kwaliteit van zorg te stimuleren.

Vragen van het lid Wiersma (BBB)

Vraag: Welke technische mogelijkheden ziet de minister om het verschil in beschikbaarheid van tandartsen tussen regio's te verkleinen en zou ze willen herzien toch extra opleidingsplekken te faciliteren?

Antwoord:

Er zijn regionale verschillen in het beschikbare mondzorgaanbod. Dit kan ertoe leiden dat inwoners van bepaalde regio's langer moeten reizen of langer moeten wachten voordat zij bij een mondzorgprofessional terechtkunnen. Zorgverzekeraars zijn primair verantwoordelijk om te zorgen dat er voldoende mondzorgaanbod is, ook in regionale gebieden, en de Nederlandse Zorgautoriteit houdt hier toezicht op.

Een veel genoemde oplossing is het regionaal opleiden van professionals. De minister van OCW besluit alleen over de middelen die beschikbaar worden gesteld voor opleidingsplaatsen. De onderwijsinstellingen bepalen zelf waar zij hun opleidingen aanbieden.

Eerder hebben de toenmalige ministers van VWS en OCW een oproep gedaan aan de relevante onderwijsinstellingen om vanuit hun rol en verantwoordelijkheid bij te dragen aan mogelijke oplossingen voor knelpunten in het mondzorglandschap, waaronder de regionale spreiding van mondzorgcapaciteit. De instellingen hebben aangegeven bereid te zijn aan deze oproep gehoor te geven. Het ministerie van OCW en VWS gaan hierover binnenkort in gesprek met de tandheelkunde opleidingen. Belangrijk is om te vermelden dat het geen garantie is dat opleiden in de regio daadwerkelijk bijdraagt aan het verminderen van regionale tekorten.

In de Kamerbrief van 13 oktober jl. heeft de minister van OCW aangegeven geen mogelijkheid te zien om de opleidingsplaatsen m.b.t. Tandheelkunde uit te breiden.

Vraag: De uitvoering van het Programma extramurale artsen dreigt tussen wal en schip te vallen. Is de minister bereid de regie te nemen en een bestuurlijke tafel in te richten waar de voortgang wordt bewaakt?

Antwoord:

Het project 'meer extramurale artsen' draagt bij aan de doelen van het AZWA. Het thema is belegd bij de thematafel Arbeidsmarkt en Opleiden binnen de AZWA-structuur. Betrokken partijen kunnen daar een voorstel doen over hoe borging kan worden ingericht. De eerstvolgende bijeenkomst van de thematafel is op 5 november aanstaande.

Vraag: Hoe zorgen we ervoor dat jonge artsen ook écht voor extramurale beroepen kiezen?

Antwoord:

Naast voorlichting wordt ook op andere manieren gepoogd jonge artsen te verleiden om voor extramurale beroepen te kiezen. Vanuit het AZWA loopt onder leiding van VWS een traject over toekomstbestendige bekostiging van de huisartsenzorg. Dit gebeurt in samenwerking met de Nza,

LHV, InEen en ZN. Doel hierbij is om te kijken hoe bekostiging beter kan bijdragen aan de huidige beleidsdoelen, waaronder toegankelijkheid en continuïteit van zorg, ook in regio's waar tekorten zijn. Uw Kamer is op 8 oktober jl. over de voortgang van dit traject geïnformeerd.

Vraag: De campagne Next Level Dokter wordt tot 2028 ondersteund. Hoe borgt de minister die inzet voor de jaren daarna?

Antwoord:

De campagne Next Level Dokter draagt eraan bij dat geneeskundestudenten en basisartsen beter geïnformeerd worden over de loopbaanmogelijkheden binnen de extramurale artsenberoepen. Het kabinet evalueert tijdens de duur van het project of deze inzet zijn vruchten afwerpt en instroom verder doet toenemen. Op basis van de evaluatie beziet het kabinet welke inzet voor de jaren daarna het meest opportuun is.

Vraag: Het kabinet werkt aan het Toekomstbestendig Stelsel Geneesmiddelen dat de toegang tot nieuwe medicijnen moet regelen. Hoe verhoudt de hieraan gekoppelde bezuiniging zich tot de ambitie om patiënten toegang te geven tot nieuwe behandelingen?

Antwoord:

De minister van VWS wil geneesmiddelen zo snel mogelijk beschikbaar maken. Tegelijk moeten we zorgvuldig omgaan met het geld dat we gezamenlijk aan zorg uitgeven. Het doel is niet om zoveel mogelijk geneesmiddelen te vergoeden, maar om met het beschikbare geld zoveel mogelijk gezondheidswinst voor Nederlandse patiënten te bereiken.

Het Toekomstbestendig Stelsel Geneesmiddelen (TSG) moet vooral de vergoedingsprocessen meer eenduidig en voorspelbaar maken, door deze te stroomlijnen en te harmoniseren.

Het doel is dat TSG voor een meer doelmatige inzet van geneesmiddelen zorgt. Zo kunnen er, samen met het veld, betere afspraken over gepast gebruik worden gemaakt, bijvoorbeeld of een geneesmiddel in het ziekenhuis of door de openbaar apotheker moet worden verstrekt. Ook zullen sommige middelen met hoge uitgaven die nu niet beoordeeld worden, straks wel worden beoordeeld, wat ook een besparing oplevert.

Aan de andere kant zullen andere middelen, met lage of goed beheersbare risico's, sneller instromen dan nu.

Vraag: Wat BBB betreft moet het uitgangspunt zijn dat patiënten snelle toegang krijgen tot veilige en effectieve geneesmiddelen tegen maatschappelijk aanvaardbare prijzen. Daarom willen we graag dat de vaste maximale termijn van in totaal 180 dagen in de wet komt, zoals afgesproken in de Europese transparantierichtlijn. Wil de minister dat oppakken?

Antwoord:

Het kabinet is het eens met dat uitgangspunt. Een van de doelen van het Toekomstbestendig Stelsel Geneesmiddelen (TSG) is daarom om de doorlooptijd van de beoordeling van geneesmiddelen waar mogelijk te verkorten. Deels door voor sommige middelen alleen een verkorte beoordeling te doen, en deels door processen te stroomlijnen en harmoniseren. In de uitvoeringstoets die het Zorginstituut momenteel uitvoert voor het TSG wordt dit nader uitgewerkt, waarna de minister van

VWS bij het besluit over het vervolg van TSG ook dit aspect zal betrekken.

Het kabinet is alleen niet voornemens om vaste maximale termijnen op te nemen. Dat schept namelijk valse verwachtingen, omdat we als overheid dan de volledige verantwoordelijkheid zouden nemen voor een proces waarvoor ook de leverancier verantwoordelijkheid draagt. Een maximale termijn zou daarnaast betekenen dat het kabinet vaker sneller moet concluderen dat zij geen pakketwaardige prijs heeft kunnen afspreken en het geneesmiddel dus niet vergoed kan worden. Of tot het vaker accepteren van een niet-kosteneffectieve prijs, wat tot gezondheidsverlies voor de bevolking als geheel leidt.

Vraag: Kan de minister met de minister van OCW in gesprek gaan voor meer geneeskundige opleidingsplaatsen?

Antwoord:

Er is de afgelopen periode door VWS en OCW gesproken over de raming voor geneeskunde. Dat heeft geleid tot een behoedzame stap van 66 extra opleidingsplekken. De Kamer heeft hierover op 13 oktober 2026 een brief ontvangen van de minister van OCW (Kamerstuk 29 282, nr. 665). VWS en OCW blijven in contact over initiële zorgopleidingen.

Vraag: Vraag aan minister: het gaat niet alleen om geneeskundestudenten, maar ook de tandartsenopleiding ie op dit moment in regio zuid nog niet mogelijk is. Het is van groot belang dat die extra plekken er komen en dat er daarin ook gekeken wordt naar hoe we ervoor kunnen zorgen dat die ook aan de regio verbonden zijn?

Antwoord:

Een veelgehoorde oplossingsrichting voor de regionale tekorten is het opstarten van een nieuwe opleiding. Het is echter aan opleidingen en het werkveld om te bepalen of een nieuwe opleiding gestart moet worden. Het ministerie van OCW heeft een vastgesteld proces voor het eventueel starten van een nieuwe opleiding. Zij kunnen hiertoe dan een aanvraag indienen. De Commissie Doelmatigheid Hoger Onderwijs (CDHO) brengt op basis van de regeling macrodoelmatigheid hoger onderwijs advies uit aan de minister van OCW over een eventuele aanvraag voor een nieuwe opleiding.

Eerder hebben de toenmalige ministers van VWS en OCW een oproep gedaan aan de relevante onderwijsinstellingen om vanuit hun rol en verantwoordelijkheid bij te dragen aan mogelijke oplossingen voor knelpunten in het mondzorglandschap, waaronder de regionale spreiding van mondzorgcapaciteit. De instellingen hebben aangegeven bereid te zijn aan deze oproep gehoor te geven. Het ministerie van OCW en VWS gaan hierover binnenkort in gesprek met de tandheelkunde opleidingen. Belangrijk is om te vermelden dat het geen garantie is dat o]pleiden in de regio daadwerkelijk bijdraagt aan het verminderen van regionale tekorten.

Vragen van het lid Claassen (Groep Markuszower)

Vraag: Zegt de minister toe dat in de tweede ronde voor concentratie en spreiding geen concentratie ingaat zonder spreidingsafspraak in diezelfde regio? En gelden de eisen voor de avond-, nacht- en weekendzorg en -opleidingen ook voor de zelfstandige behandelcentra? Met voor de zomer graag een toezichtsplan van de NZa.

Antwoord:
In het IZA en AZWA hebben partijen afspraken gemaakt over concentratie en spreiding van zorg. Zorg die vaak voorkomt en minder complex is, moet voor iedereen dichtbij beschikbaar blijven. Hoogcomplexe ingrepen bij aandoeningen die weinig voorkomen worden geconcentreerd om passende zorg van goede kwaliteit voor de patiënten te bevorderen. Op dit moment wordt aan de Ronde Tafel concentratie en spreiding van zorg gesproken over de scope en richting van tranche twee. De lessen geleerd in tranche 1 worden hierin meegenomen. Onderdeel hiervan is de voortzetting van de regionale gesprekken over spreiding van zorg.

Ten aanzien van de bijdrage van de zelfstandige behandelcentra aan avond-, nacht-, en weekendzorg (ANW) en opleidingen is het van belang dat alle zorgaanbieders een eerlijke bijdrage leveren. Het mag niet zo zijn dat zorgaanbieders niet regionaal samenwerken waar nodig en zich op grote schaal onttrekken aan ANW-diensten. Het kabinet heeft voorafgaand aan de begrotingsbehandeling VWS een brief naar de Tweede Kamer gestuurd over het vervolg van het traject Passende zorg als norm[16]. Onderdeel hiervan is het actiever sturen op de organisatie van zorg in de regio, zoals op de ANW-diensten. Dit wil het kabinet o.a. doen door het verscherpen en verduidelijken van de landelijke kaders en minimale eisen voor zorgaanbieders, en ervoor te zorgen dat regionale plannen over het zorglandschap daadwerkelijk richting geven aan alle zorgaanbieders in de regio. De NZa houdt toezicht op de toegankelijkheid van de zorg in algemene zin. Het is echter niet aan de NZa om toezichtsplannen te maken specifiek voor eisen die aan zelfstandige behandelcentra worden gesteld ten aanzien van ANW-zorg.

Vraag: Werkt de minister naast het investeringsmodel preventie ook aan een investeringsmodel voor curatieve zorg, waarin degene die investeert ook de besparing terugziet?

Antwoord:
Nee, het kabinet werkt niet aan een dergelijk investeringsmodel voor curatieve zorg. Wel zijn in het Integraal Zorgakkoord en het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord afspraken gemaakt over hoe over de verschillende sectoren heen meer gezamenlijk verantwoordelijkheid kan worden genomen voor het verminderen en het opvangen van de zorgvraag. Daarom wordt bijvoorbeeld ingezet op een sterkere eerste lijn, ter voorkoming van een te grote toestroom naar de medisch-specialistische zorg. Ook wordt er met de doorbraakmiddelen geïnvesteerd in het opschalen van bewezen effectieve arbeidsbesparende innovaties. Vanzelfsprekend kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders ook in de reguliere contractering afspraken maken over investeringen.

Vraag: Is de minister bereid om samen met de beroepsgroep stap voor stap bloedbiomarkers voor dementie te implementeren?

Antwoord:
Nee, daartoe is de minister van VWS niet bereid. Een uitgebreide motivatie is opgenomen in de voortgangsbrief van de Nationale Dementiestrategie 2026, die op 12 oktober jl. naar de Kamer is gestuurd (Kamerstuk 25 424, nr. 822).

De ontwikkeling, plaatsbepaling en implementatie van medische diagnostiek is primair de verantwoordelijkheid van de medische beroepsgroep zelf. Het actualiseren van richtlijnen en het vaststellen van kwaliteitsstandaarden vraagt een zorgvuldig, evidence-based traject waarin artsen zelf de balans opmaken tussen betrouwbaarheid, klinische meerwaarde en doelmatigheid.

[16] Verdere uitwerking beleidsagenda passende zorg als norm | Tweede Kamer der Staten-Generaal Kamerstuk 31 765, nr. 1024.

De minister van VWS acht het aan de beroepsgroep om eerst via een richtlijnherziening te bepalen wanneer en hoe bloedbiomarkers verantwoord kunnen worden geïmplementeerd.

Vraag: Gaat de minister de Gezondheidsraad om advies vragen over de stapsgewijze invoering van de DNA medicatiepas?

Antwoord:

De minister van VWS zal in overleg treden met de Gezondheidsraad om te bezien of een dergelijke vraag binnen hun adviestaak zou kunnen passen.

Vraag: Wil de minister de NZa vragen om in 2027 voor minstens 1 aandoening te starten met betalen voor de uitkomst?

Antwoord:
Het kabinet deelt de opvatting dat er in de zorgsector veel meer gebruik gemaakt moet worden van uitkomstinformatie. De bekostigingssystematiek is daar op dit moment niet op ingericht. Daarnaast is het nodig dat meer uitkomstinformatie beschikbaar komt. Het kabinet werkt hieraan en daar is de Kamer met de brief Passende Zorg als norm over geïnformeerd (Kamerstuk 31 765, nr. 1024). De NZa werkt specifiek voor de medisch-specialistische zorg samen met veldpartijen aan de werkagenda passende bekostiging. Eind Q4 dit jaar levert dit een breed gedragen overzicht op van de belangrijkste knelpunten in de bekostiging, inclusief mogelijke handelingsperspectieven. De minister van VWS zal de Kamer hierover in Q1 2027 informeren.

Vraag: Is de minister bereid toe te zeggen dat er een nieuwe landelijke meting komt op het binnenkrijgen van pfas? En kan de minister toezeggen dat wie veel pfas binnenkrijgt, een bloedtest krijgt met vervolg uit het pakket, evenals een vervolg op het microplastic onderzoek?

Antwoord:

PFAS-bloedtesten zijn geen zorg en worden dus niet vergoed uit het zorgverzekeringspakket. Vanwege de brede verspreiding van PFAS is het bovendien niet mogelijk om aan de voorkant te identificeren welke individuen veel PFAS opnemen. Het kabinet laat onderzoek uitvoeren naar de gezondheidseffecten van microplastics. In 2027 zal het kabinet de Kamer nader informeren over het vervolg op adviezen van de Gezondheidsraad en het RIVM ten aanzien van humane biomonitoring.

Vragen van het lid Moinat (Groep Markuszower)

Vraag: Kan de minister garanderen dat passende zorg beschikbaar blijft voor mensen die thuis onvoldoende geholpen kunnen worden?

Antwoord:

Voor mensen waarvoor dat niet meer thuis kan, bouwen we aan passende woonvormen voor ouderen. Voor mensen die dat nodig hebben blijft een plek in een instelling beschikbaar. Ook hier staat kwaliteit van leven centraal. Het kabinet wil zorg en ondersteuning bieden zodat mensen zelfstandig, in hun vertrouwde omgeving ouder kunnen worden. Als mensen zorg of ondersteuning nodig hebben, is er goede en liefdevolle zorg en ondersteuning, dichtbij en waar mogelijk thuis.

Vraag: Welke concrete regels gaat de minister schrappen en wanneer merken medewerkers dat op de werkvloer?

Antwoord:

Veel regeldruk ontstaat in de praktijk, zoals binnen de eigen zorginstelling, tussen zorginstellingen of in de relatie met bijvoorbeeld een zorginkoper. In het Bestuurlijk Overleg IZA/AZWA van 28 september jl. is de aanpak van regeldruk in de zorg besproken en is onder meer benadrukt dat partijen veel knelpunten rond regeldruk reeds zelf kunnen oplossen. Tegelijkertijd is samenwerking door alle betrokken partijen nodig om regeldruk echt effectief te verminderen. Dat gebeurt binnen de Regiegroep Aanpak Regeldruk via een gezamenlijk plan van aanpak en individuele werkagenda's (Kamerstuk 29 515, nr. 499). Ook het ministerie van VWS is deelnemer aan de Regiegroep en heeft dan ook een eigen werkagenda. Onderdeel daarvan is het verminderen van regeldruk als gevolg van wet- en regelgeving. Deze inzet op deregulering wordt versterkt door de Rijksbrede 500-regel-aanpak. Het ministerie van VWS heeft binnen deze aanpak de doelstelling om voor de periode tot en met 31 december 2027 in totaal 70 regels te schrappen, vereenvoudigen of dereguleren (Kamerstuk 29515, nr. 502). Enkele concrete voorbeelden van regels die al vereenvoudigd zijn door de minister van LJS zijn de herindicaties voor alle doelgroepen in de langdurige zorg en het aanpassen van het handtekeningenbeleid voor het aanvragen van een Wlz indicatie. Een ander voorbeeld uit de regiegroep is dat betrokken partijen hebben afgesproken dat de handtekening onder het zorgplan in de wijkverpleging wordt afgeschaft. De ministers van VWS en LJS zullen bij de invulling focussen op impact op de zorgpraktijk, zodat die regels worden aangepakt waar zorgverleners op de werkvloer het meeste last van hebben.

Vragen van het lid Keijzer (Keijzer)

Vraag: Hoe gaat het scheiden van wonen en zorg eruitzien met volledig pakket thuis? En hoe het zit met het pakketadvies over verstrekken van eten en drinken?

Antwoord:

Scheiden van wonen en zorg in de ouderenzorg betekent dat cliënten Wlz-zorg krijgen buiten het verpleeghuis. Zij zijn dan zelf verantwoordelijk voor het regelen en betalen van hun huisvesting. Ter compensatie betalen deze cliënten een lagere eigen bijdrage Wlz dan Wlz-cliënten in het verpleeghuis.

Als onderdeel van de HLO-afspraken wordt momenteel gewerkt aan het ontwerpen van een nieuwe leveringsvorm die het volledig pakket thuis (VPT) en het modulair pakket thuis (MPT) vervangt. In het kader van deze nieuwe leveringsvorm is een advies gevraagd aan het Zorginstituut over het verstrekken van eten en drinken. Het Zorginstituut heeft geadviseerd om de kosten van eten en drinken in de toekomst niet meer op te nemen als onderdeel van deze nieuwe leveringsvorm. De minister van LJS heeft het advies onlangs ontvangen en zal dit najaar een beleidsmatige reactie geven op dit advies.

Vraag: Het kabinet is gevraagd hoe het zit met passende zorg en of dit onderdeel is van het recente zorgakkoord?

Antwoord:

Het klopt dat in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) een belangrijke basis is gelegd voor de beweging naar passende zorg. De gemaakte afspraken hierover zijn door het zorgveld daadkrachtig opgepakt. Om de beweging te normeren en te versnellen

zet het kabinet in op samenhangend pakket aan maatregelen dat partijen ondersteunt bij het maken van passende keuzes. Het gaat daarbij om het scheppen van de juiste randvoorwaarden, het wegnemen van belemmeringen en bieden van meer sturing waar dat nodig is.

Vraag: Welke delen van het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg komen met het nieuwe beleid te vervallen?

Antwoord:

Met het nieuwe beleid komen geen afspraken te vervallen. Het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg vindt nog steeds de volledige steun van de partijen die daar deel van uitmaken en wordt in samenwerking met deze partijen onverkort uitgevoerd. Om de beweging naar de voorkant en passende zorg een aanvullende impuls te geven ben ik met de sector in gesprek om hier een aantal aanvullende bestuurlijke afspraken op te maken.