

31 765 Kwaliteit van zorg

**Nr. 950 VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK
OVERLEG**

Vastgesteld 3 november 2025

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 3 juli 2025 inzake Onderhandelaarsakkoord Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en voortgang Integraal Zorgakkoord (IZA), inclusief verscheidene moties (Kamerstuk 31 765, nr. 937).

De vragen en opmerkingen zijn op 18 september 2025 aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 3 november 2025 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Inhoudsopgave

- I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**
 - Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie**
 - Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie**
 - Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie**
 - Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie**
 - Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie**
 - Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie**

II. Reactie van de minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief inzake het “Onderhandelaarsakkoord, Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en voortgang Integraal Zorgakkoord (IZA), inclusief verscheidene moties” en hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen. Zoals bekend is zal de vraag naar zorg en ondersteuning de komende jaren blijven stijgen en zal het aanbod aan professionals niet meegroeien. Genoemde leden hebben kennisgenomen van de maatregelen die genomen worden om de arbeidsmarkttekorten af te wenden, maar missen hier nog een aantal essentiële zaken.

De loonkloof in de zorg bestaat immers nog steeds en er wordt niet actief aan gewerkt om deze weg te werken. Wat gaat de inzet van de minister zijn ten aanzien van deze loonkloof? De leden van de PVV-fractie zien dat er geïnvesteerd wordt in het opleiden van medisch specialisten via de subsidieregeling strategisch opleiden in de zorg en bijvoorbeeld het investeringsakkoord opleiden wijkverpleging (IOW) maar de uitwerking hiervan gaat met name naar medisch specialisten, niet naar verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden, die daadwerkelijk de zorg aan het bed of in de wijk leveren. En hoe zit het met het personeel in de gehandicaptenzorg, daaromtrent is het akelig stil. Hoe rijmt de minister dit met de situatie in de praktijk, waar vooral een schaarste is in laatstgenoemde functiegroepen? In het AZWA staat bijvoorbeeld geschreven “aandacht is nodig voor de verzorgende IG en opleiden van de praktijkondersteuner”, wat houdt die “aandacht” exact in? Want dit is toch niets nieuws? Al jaren is bekend dat er grote tekorten zijn aan deze functiegroepen, wat zijn de concrete acties om de capaciteit in bovengenoemde functiegroepen zo spoedig mogelijk te vergroten? In het AZWA, onder [B3, g] valt te lezen: “Partijen spreken af om aanvullende opleidingsplekken aan te bieden (waar nu geen ruimte voor is).” En ook “Partijen stellen in 2025 een lijst op welke

vervolg -en strategische opleidingen dit precies betreft.” Genoemde leden vragen waarom dit nu pas gebeurt. En een lijst opstellen? We weten inmiddels toch waar de knelpunten zitten? Maar goed, wanneer kan de Kamer deze “lijst” dan verwachten? Genoemde leden zijn daarnaast vooral ook benieuwd naar welke zaken er zijn stopgezet of afgeschaald ten behoeve van de vermindering van de administratieve lasten, kan hier een overzicht van worden gemaakt? Met daarnaast de opbrengst van tijd en middelen?

Het betreurt de leden van de PVV-fractie dat er vanaf 1 juli jl. al geen aanvragen meer gedaan kunnen worden voor nieuwe snelle toetsen. Is er bij de toekenning ervan gekeken naar de meest essentiële en noodzakelijke, en naar diegene die de meeste impact zullen hebben? Genoemde leden vragen de minister om bij de plannen die nog niet zijn goedgekeurd vanwege de uitputting van middelen, de meeste impact volle alsnog goed te keuren en een dekking te vinden. Immers moet men eerst zaaien, wil men kunnen oogsten.

De leden van de PVV-fractie zijn blij met de inspanning om de eerstelijnszorg te versterken en de toegang tot geneesmiddelen te willen verbeteren, maar willen wel benadrukken dat het realiseren van de extra inspanningen die van apothekers en andere zorgverleners worden gevraagd, alleen mogelijk is als het personeelstekort en de medicijntekorten daadwerkelijk worden teruggedrongen. Zonder voldoende gekwalificeerd personeel en een betrouwbare beschikbaarheid van geneesmiddelen, komt de uitvoering van de afspraken onder druk te staan. Wil en gaat de minister hier prioriteit aan geven?

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

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met veel belangstelling kennisgenomen van het onderhandelaarsakkoord van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en de voortgang van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Zij vinden het een goede zaak dat er, na

lang onderhandelen, eindelijk een akkoord op tafel ligt waar zorgpartijen zich in kunnen vinden.

Allereerst hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie een aantal vragen over het onderhandelaarsakkoord van het AZWA. Naar aanleiding van het onderdeel “Afwenden van het arbeidsmarkttekort” stellen zij de volgende vragen. Deze leden vinden het toenemende arbeidsmarkttekort in de sector zorg en welzijn zeer zorgelijk. Genoemde leden lezen dat het doel van de AZWA is dat de administratietijd van een zorgverlener nog maximaal 20% van de werktijd is. Zij lezen dat het ontlasten van medewerkers door verscheidene doorbraakprojecten die regeldruk verminderen op te schalen onderdeel is van het verminderen van de administratietijd. Zijn er al pilots geweest met deze verschillende doorbraakprojecten waaruit blijkt dat deze projecten daadwerkelijk bijdragen aan de afname van administratietijd?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn van mening dat Artificial Intelligence (AI) een toegevoegde waarde kan zijn wanneer het de kwaliteit van zorg verbetert en zorgverleners ontlast. Voor genoemde leden staan privacy en veiligheid in dit vraagstuk voorop en mag het niet tot het vervangen van menselijk contact leiden als dat wel gewenst is. Deze leden lezen dat het ministerie verantwoordelijk is om de overkoepelende aanpak AI te ontwikkelen. Worden hier kaders in opgenomen waarbij privacy en veiligheid van de patiënt en zorgverlener centraal staan? Wordt er ook in opgenomen dat het geen menselijk contact mag vervangen als menselijk contact gewenst is?

De leden van de GroenLinks-PvdA fractie zijn ook benieuwd hoe het afwenden van het arbeidsmarkttekort samengaat met de keuze van dit kabinet om het stagefonds te schrappen? Dit soort fondsen waren bedoeld om jonge mensen en zij-instromers ervaring te laten opdoen in de zorg. Welke alternatieven zullen hiervoor komen? En worden de verschillende sectoren betrokken bij het bedenken van dit soort alternatieven, zoals bijvoorbeeld ook de gehandicaptensector en de jeugdzorgsector? Genoemde

leden krijgen namelijk signalen dat de zeggenschap over de opleidingsgeldten nu bij andere zorgbranches worden belegd. Dit terwijl de gehandicaptenzorg en de jeugdzorg beiden ook sectoren zijn met grote uitdagingen op het terrein van arbeidsmarkt en opleidingen. Krijgen deze sectoren ook de mogelijkheid om gelijkwaardig en volwaardig deel te nemen aan gesprekken over de arbeidsmarkt en mee te delen in de middelen? Want er worden middelen vrijgemaakt voor het opleiden van zorgpersoneel, de aanpak van zorgfraude en een stevigere samenwerking met het sociaal domein, allemaal zaken die ook relevant zijn voor de gehandicaptensector en de jeugdzorg. Graag een reactie van de minister op deze punten.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat het AZWA wil inzetten op domein overstijgend indiceren. Genoemde leden delen de achterliggende gedachte van dit voorstel. Wel vragen zij of dit niet tot extra werkdruk leidt voor wijkverpleegkundigen. Zijn deze voorstellen in goed overleg met verpleegkundigen zelf tot stand gekomen?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat de met het AZWA de inzet van arbeidsbesparende medische technologie wordt bevorderd. Zij lezen dat er meer aandacht nodig is voor de behoeften bij het ontwikkelen, implementeren en opschalen van arbeidsbesparende technologie (digitalisering, AI en medtech), zodat dit daadwerkelijk leidt tot arbeidsbesparing, meer werkplezier en verhoogde arbeidsproductiviteit en de ervaren kwaliteit van zorg en leven van de patiënt. Ook hier gelden voor deze leden dat privacy en veiligheid in dit vraagstuk voorop staan en het niet mag leiden tot het vervangen van menselijk contact als dat wel gewenst is. Worden hier kaders in opgenomen waarbij privacy en veiligheid van de patiënt en zorgverlener centraal staan? Wordt er ook in opgenomen dat het geen menselijk contact mag vervangen als menselijk contact gewenst is?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vinden het van cruciaal belang dat zorgmedewerkers niet van bovenaf allemaal nieuwe regels gedicteerd krijgen, maar dat zij meer

zeggenschap krijgen in hun werk. Kan bij elk van de punten [A1, 2, 3, 4, 5, en B1, 2, 3] worden toegelicht hoe zorgmedewerkers zijn meegenomen in deze afspraken en in hoeverre deze worden onderschreven door zorgmedewerkers?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat een doel is het verstevigen samen de instroom, om vroege uitval te voorkomen. Genoemde leden lezen echter niks over verbeterde arbeidsvoorwaarden voor zorgmedewerkers, terwijl er een loonkloof bestaat tussen de zorg en welzijn sector en andere sectoren. Waarom is het verbeteren van de arbeidsvoorwaarden van zorgmedewerkers geen onderdeel van het AZWA?

Naar aanleiding van het onderdeel “Gelijkwaardige toegang tot zorg” stellen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie de volgende vragen. Zij onderschrijven de inzet op het gebied van gelijkwaardigere toegang tot zorg. Zij achten het van groot belang dat de toegang tot zorg voor iedereen gelijk is, ongeacht iemands opleidingsniveau of in welke mate diegene de wegen binnen ons zorgsysteem kent. Het is wat deze leden betreft van belang dat in opdracht van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) wordt onderzocht welke elementen en maatregelen bijdragen aan een gelijkwaardige toegang tot zorg, waarbij onder andere onderzoek wordt gedaan binnen de subgroep van mensen die zorg mijden. Het mag wat deze leden betreft echter niet bij een onderzoek blijven. Welke maatregelen en concrete acties gaat de minister, los van het onderzoek en het afwachten van de resultaten daarvan, nemen die de gelijkwaardige toegang tot zorg verbeteren, met name voor mensen met een kleine portemonnee? Kan de minister concreet aangeven per maatregel en afspraak in het AZWA hoe deze daaraan bijdragen en welke doelstellingen eraan gekoppeld zijn?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie onderschrijven het belang van de specifieke aandacht in het onderzoek naar de toegang tot zorg voor mensen met een lage sociaaleconomische positie (SEP)/sociaaleconomische status (SES). Hoe worden juist deze groepen, waaronder zorgmijders die lastiger te bereiken zijn, benaderd en

betrokken bij het onderzoek? Hoe wordt ervoor gezorgd dat er een goede representatie van deze groepen wordt meegenomen in het onderzoek? Daarnaast lezen betreffende leden dat de zorgvraag door de halvering van het verplichte eigen risico naar verwachting zal groeien. Wat zijn de verwachte effecten voor groepen die nu zorg mijden of een lage SEP of SES hebben?

Daarnaast lezen deze leden in de paragraaf over het landelijk dekkend netwerk voor digitale zorgondersteuning dat op dit moment veel mensen moeite hebben om mee te komen met de digitale transformatie, waardoor zij drempels ervaren bij het gebruik van digitale en hybridezorg en -ondersteuning. Dit belemmert de volledige benutting van de kansen die digitalisering in de zorg biedt en zet de toegang tot zorg onder druk. In hoeverre beïnvloedt dit de verwachtingen rondom digitalisering en AI en het terugdringen van de arbeidstekorten in de zorg? En wat zijn daarnaast de verwachte effecten van de uitgezette acties en afspraken op het gebied van wachttijden in de medisch specialistische zorg (C3b) en op het gebied van het verbeteren van de normen voor maximaal aanvaardbare wachttijden? Op welke termijn worden hier de eerste positieve effecten van verwacht?

De leden van de GroenLinks-PvdA fractie zijn positief over de afspraken die zijn gemaakt om het inzicht in de wachtlijsten van de ggz te verbeteren om op die manier ook zorgbemiddeling mogelijk te maken. Wel vragen zij waarom de afspraken hiertoe zo lang op zich hebben laten wachten. Al jaren stellen deze leden vragen over betere wachtlijstinformatie en zorgbemiddeling, zeker omdat dit laatste gewoon een taak is van de zorgverzekeraar. Ook via het Integraal Zorgakkoord zou informatie beter in beeld komen, is dit onvoldoende van de grond gekomen? Hoe gaat er gezorgd worden dat dit bij het AZWA wel van de grond komt? Hetzelfde geldt voor de bijbehorende ambitie. In het IZA werd nog als doel gesteld dat eind 2026 de gemiddelde wachttijd voor iedere zorgvraagtypering 5 weken (één tot twee weken voor de intake en drie tot vier weken tot start behandeling). Genoemde leden constateren dat deze ambitie bij lange na niet is gehaald. Nu lezen zij in het AZWA dat in

2028 iedereen hulp moet krijgen binnen de afgesproken wachttijd in de ggz. Dat is minder ambitieus dan het IZA, maar nog steeds een forse opgave. Wordt deze ambitie wel realistisch geacht? Zo ja, hoe gaat de minister daarvoor zorgen? En is de minister ook bereid om tussentijds op te schakelen als de ambitie uit beeld lijkt te raken? Want deze leden vinden ambities goed, maar als deze telkens niet gehaald worden, dan is het ook de vraag waarom deze steeds zo hoog worden gesteld en of er voldoende urgentie wordt gegeven aan het halen van de ambitie.

Naar aanleiding van het onderdeel “Beweging naar de voorkant” stellen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie de volgende vragen. Genoemde leden onderschrijven ten eerste de noodzaak van het versterken van de eerstelijnszorg en het waarborgen van een duurzame continuïteit van de huisartsenzorg. Zij zijn van mening dat het van cruciaal belang is dat meer huisartsen met een vaste patiëntenpopulatie werken. Dat kan bij een praktijkhouder, maar ook bij een huisarts in loondienst. Ziet de minister hier ook een rol weggelegd voor gezondheidscentra, waarbinnen huisartsen in loondienst samen kunnen werken met een vaste patiëntenpopulatie? Zo ja, hoe is dit opgenomen in het AZWA? En welke rol ziet de minister weggelegd voor de oprichting van gezondheidscentra voor zorgverzekeraars, die immers hun zorgplicht moeten naleven en hier ook baat bij hebben? Daarnaast vragen deze leden hoe het staat met de opzet van het landelijk systeem waarmee inzicht ontstaat welke huisartsenpraktijken plek hebben voor nieuwe patiënten, zodat de bijna 1 miljoen Nederlanders die op zoek is naar een (nieuwe) huisarts makkelijker kunnen wisselen van praktijk. Zal dit systeem inderdaad eind 2025 operationeel zijn?

Ook vragen genoemde leden hoe maatwerk per regio, waarin partijen afspraken maken over financieel maatwerk om continuïteit van huisartsenzorg te borgen, zich verhoudt tot de steun van zorgverzekeraars aan huisartsen bij de oprichting van nieuwe praktijken die volgend jaar structureel wordt. Hoe kunnen beiden elkaar versterken? En wat doet de minister nog meer om de huisvestingsproblematiek op te lossen? Is de minister bereid opnieuw te kijken naar de rol

van gemeenten en provincies, die bij nieuwbouwplannen bijvoorbeeld ruimte kunnen maken voor zorgvoorzieningen, iets waar ook huisartsenverenigingen voor pleiten in aanvulling op de andere maatregelen die worden genomen? In de initiatiefnota "Stop de commercie, steun de huisarts. Een plan voor toekomstbestendige huisartsenzorg" van het lid Bushoff zijn zestien actiepunten geformuleerd voor een toekomstbestendige huisartsenzorg. Uw voorganger, voormalig minister Agema, gaf aan voor twaalf van de zestien punten overeenstemming te zien en mee te nemen in het AZWA. Kan voor deze twaalf punten uiteen worden gezet hoe deze precies worden meegenomen en waar deze leden dit kunnen vinden in het akkoord?

Voorts willen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie graag weten in hoeverre de minister bereid is commercialisering verder terug te dringen in de huisartsenzorg. De speerpunten in het AZWA, waaronder duurzame continuïteit van huisartsenzorg, huisartsen met een vaste patiëntenpopulatie en voldoende participatie voor de invulling van avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten), staan immers haaks op diverse ervaringen met commerciële partijen die puur gericht waren op winst en daarmee zorg op de tweede plek zetten. Zo onttrokken partijen als Co-Med zich bijvoorbeeld volledig aan de verantwoordelijkheid voor het verdelen van ANW-diensten en sluiten commerciële partijen zich vaak niet aan bij een huisartsenpost. Hoe kijkt de minister hiernaar en hoe komt dit terug in het AZWA zodat de duurzame continuïteit van de huisartsenzorg daadwerkelijk geborgd kan worden?

Het stemt deze leden tevreden dat er geld vrij wordt gemaakt voor het gordelroosvaccin, zodat minder patiënten last hebben van deze ziekte en de toegankelijkheid van het vaccin niet meer afhankelijk is van de dikte van je portemonnee. Kan de minister nader toelichten hoe er invulling wordt gegeven aan dit programma? Welke leeftijdsgroepen komen precies in aanmerking voor het gordelroosvaccin?

Naar aanleiding van het onderdeel “Passende zorg” stellen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie de volgende vragen. Genoemde leden lezen dat het AZWA bijdraagt aan impactvolle passende zorg door opschaling en contractering. Daarnaast lezen zij dat onderdeel van het AZWA is dat gecontracteerde zorg wordt gestimuleerd en niet-gecontracteerde zorg wordt ontmoedigd. Kan nader worden toegelicht wat het AZWA bekend voor de vrije artskenkeuze voor patiënten? Kan ook nader worden toegelicht hoe deze specifieke afspraken bijdragen aan het verminderen van het arbeidsmarkttekort?

De leden van de GroenLinks-PvdA fractie vinden de medicijntekorten in Nederland schrijnend. Genoemde leden onderschrijven dan ook het doel om de toegang van bestaande geneesmiddelen voor patiënten te verbeteren. In het AZWA lezen zij dat alle betrokken partijen gezamenlijk gedragen bestuurlijke afspraken maken die gericht zijn op betere beschikbaarheid van geneesmiddelen. Wie neemt hier de regio en hoe wordt gemonitord of partijen zich aan de afspraken houden? En wat wordt er, naast de afspraken in het AZWA die vooral bestuurlijk en procedureel van aard zijn, gedaan om de grondoorzaak van de geneesmiddelentekorten aan te pakken, waaronder het tekort aan grondstoffen?

De leden van de GroenLinks-PvdA fractie vinden het schokkend en zeer zorgelijk dat de schatting is dat er voor €10 miljard wordt gefraudeerd in de zorg. Dit is publiek geld waar mensen keihard misbruik van maken. Als deze €10 miljard goed besteed zou worden, kunnen we bijvoorbeeld de zorgpremie terugbrengen naar honderd euro en tandartsbehandelingen in het basispakket opnemen. Het is dan ook goed dat het aanpakken van fraude onderdeel is van het AZWA. Echter, er zijn nog grote te stappen te zetten om fraude in de zorg echt aan te pakken. In het AZWA ligt veel focus op signalering en meldingen van fraude. Kan worden toegelicht hoe het AZWA hieraan gaat bijdragen? Hoe draagt het AZWA bij dat mensen die eerder gefraudeerd hebben in de zorg in de toekomst uit de zorg worden geweerd?

Naar aanleiding van het onderdeel “Financiën” stellen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie de volgende vragen. Genoemde leden lezen dat in het Hoofdlijnenakkoord is opgenomen dat “aan het verlengen van het zorgakkoord een extra besparing gekoppeld van €250 miljoen in 2027 en €590 miljoen in 2028.” Kan de minister nader toelichten waar deze besparing precies terecht komt? Genoemde leden lezen dat voor het opvangen van de extra zorgvraag als gevolg van het verlagen van het eigen risico €2,3 miljard is vrijgemaakt. Hoeveel geld is beschikbaar voor middelen om de extra zorg te betalen? Is dat voldoende voor prognoses van de extra zorgvraag? In hoeverre dragen de doorbraakmiddelen en middelen om de beweging aan de voorkant te stimuleren om deze extra kosten te remmen?

Naar aanleiding van het onderdeel “Voortgang Integraal Zorgakkoord (IZA)” stellen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie de volgende vragen. Allereerst hebben zij vragen over een actuele kwestie, namelijk het recente bericht¹ dat per 12 september er geen transformatiemiddelen IZA meer beschikbaar zijn voor transformatieplannen die nog niet goedgekeurd zijn. Deze leden begrijpen dat dit nieuws bij zorgorganisaties hard is binnengekomen, omdat zij soms al jaren plannen aan het maken waren met verschillende partijen samen en nu waarschijnlijk achter het net vissen, waardoor deze plannen geen doorgang kunnen vinden. Hoe kijkt de minister hiernaar? Is bekend hoeveel plannen geen doorgang meer kunnen vinden? Wanneer was bekend dat het einde van de pot transformatiemiddelen in zicht was? Wanneer is dit gecommuniceerd met het zorgveld? Wat betekent dit voor de plannen die wel door zorgorganisaties zijn gemaakt, maar nu niet zijn goedgekeurd? Zijn er nog eventuele alternatieve routes hiervoor?

De leden van de GroenLinks-PvdA fractie zijn ook benieuwd wat deze uitputting van de middelen doet voor de beweging van het IZA? Zeker gezien de conclusie van de demissionaire

¹ De juiste zorg op de juiste plek, 15 september 2025, <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/actueel/nieuws/Transformatie-middelen%20volledig%20benut/>

regering bij de uitkomsten van de zogenaamde mid-term review, die naar de Kamer is gestuurd: “De uitkomsten van de MTR bevestigden dat verandering een proces is van de lange adem. Het tempo van de transformatie van zorg en welzijn moet fors omhoog, de samenhang moet worden versterkt en de focus worden verbreed”². Als het tempo van de transformatie omhoog moet, hoe gaat dit samen met de uitputting van de transformatiemiddelen, waardoor plannen niet door kunnen gaan?

Tot slot hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie nog enkele vragen over de beleidsimpactanalyse van het KPMG over de aanvullende IZA- en GALA-afspraken. Hoe beziet de minister het feit dat het effect van veel maatregelen, waaronder het beperken van administratieve lasten en de invloed van technologische innovatie en AI, door KPMG moeilijk in te schatten is omdat voor een groot deel nog onduidelijk is hoe hier invulling aan gegeven zal worden? Hoe beoordeelt de minister de negatieve effecten en risico's die door KPMG benoemd worden bij technologische innovatie en AI, waaronder de tijdelijke toename van werkdruk en het risico op verminderde sociale interactie met de patiënt? Deelt de minister de zorgen over de kwaliteit van onze zorg wanneer persoonlijke zorgmomenten vervangen worden door beeldschermzorg? Kan de minister garanderen dat menselijk contact, indien nodig en gewenst, leidend blijft? Hoe wordt daarnaast het risico op onbetrouwbaarheid van apparatuur en systemen ondervangen, waaronder de risico's op storingen of defecten, die immers veel effect kunnen hebben op de continuïteit van zorg en veiligheid voor patiënten? En hoe gaat gewaarborgd worden dat patiënten die geen volledige toegang tot technologie hebben, of dat nou vanwege het ontbreken van financiële middelen of door het ontbreken van digitale vaardigheden is, niet zullen leiden tot ongelijkheid in de toegang tot zorg waardoor deze groepen uiteindelijk slechter af zijn?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

² Kamerstuk 31 765, nr. 941. [Kamerbrief resultaten monitoring Integraal Zorgakkoord | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van deze brief en bijlagen. Ze hebben nog de volgende vragen en opmerkingen.

De leden van de VVD-fractie hebben vernomen dat inmiddels het definitieve Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord ondertekend is. Kan de minister aangeven hoe het onderhandelaarsakkoord en deze definitieve versie zich tot elkaar verhouden? Zijn er inhoudelijke of andersoortige verschillen tussen beide versies?

De leden van de VVD-fractie lezen dat er inmiddels 168 acties zijn afgerond, 231 acties op schema lopen, 25 acties achterlopen en 20 acties nog niet zijn gestart. Dit klinkt alsof er (grotendeels) voortvarend te werk wordt gegaan. Tegelijkertijd vernemen deze leden kritiek op het Integraal Zorgakkoord, te weten dat er weinig concrete punten behaald worden. Is de minister het met deze kritiek eens? Zo ja, wat bent u van plan om ervoor te zorgen dat het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord wel concrete vruchten afwerpt? Zo nee, kan de minister toelichten waarom hij deze kritiek niet deelt? Kan de minister toelichten op welke manier hij voornemens is om bij het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord de voortgang wel effectief te monitoren?

De leden van de VVD-fractie lezen dat er inmiddels €3 miljard aan transformatiemiddelen is aangevraagd, van de beschikbare €2,4 miljard. Kan de minister inzicht geven hoeveel van deze aanvragen daadwerkelijk toe worden gekend? Denkt de minister met de huidige aanvragen de beschikbare €2,4 miljard uit te putten? Is er toezicht waar de toegekende transformatiemiddelen daadwerkelijk aan worden uitgegeven, door de zorgverzekeraar of een andere instantie?

De leden van de VVD-fractie lezen dat het relatief hoge ziekteverzuim in de sector een aandachtspunt blijft. Welke specifieke menselijke factoren spelen er mee die

gereduceerd kunnen worden om uitval van medewerkers te voorkomen? Ook lezen deze leden dat 30% van de vrouwen gehinderd wordt door vrouwspecifieke aandoeningen, met substantiële gevolgen voor werk en ziekteverzuim. Genoemde leden vragen op welke specifieke manier er samenhang is tussen het AZWA en de nationale strategie vrouwengezondheid als het aankomt op ziekteverzuim en vitaliteit van de zorgprofessionals.

De leden van de VVD-fractie lezen dat er in 2027 en in 2028 eenmalig €400 miljoen beschikbaar wordt gesteld voor projecten die zorg- en welzijnsorganisaties ontlasten. Genoemde leden zien kansen in het versterken van het sociaal domein om de zorg te ontlasten. Zij zijn daarom blij dat het kabinet deze stap durft te zetten. Kan de minister verduidelijken wat voor soort projecten dit zijn? En kan de minister wellicht een voorbeeld noemen van een goedlopend project die professionals in zorg en welzijn ondersteunt en ontlast?

De leden van de VVD-fractie lezen dat er structureel €185 miljoen beschikbaar wordt gesteld voor het opleiden en ontwikkelen van zorg- en welzijnsprofessionals buiten het ziekenhuis. Genoemde leden zijn van inzicht dat het investeren in de ontwikkeling van de extramurale zorg en ondersteuning noodzakelijk is om de zorg toegankelijk te houden, en erkennen dat deze ontwikkeling begint bij professionals. Opleiding- en ontwikkelprogramma's blijken echter fraudegevoelig. Deze leden willen dat dit geld ten goede komt aan zorg- en welzijnsprofessionals en niet in de zakken van zorgcriminelen terecht komt. Welke maatregelen neemt de minister om criminelen, die worden aangetrokken door deze extra financiële middelen, te weren?

De leden van de VVD-fractie merken op dat de aanpak van fraude een belangrijk aspect is van het AZWA. Zij zijn verheugd dat dit probleem extra aandacht krijgt. Het delen van signalen van fraude met het informatieknooppunt zorgfraude (IKZ) is sinds 1 januari 2025 operationeel. Wat zijn de ervaringen in de eerste paar maanden sinds het operationeel worden van het gegevens delen met stichting

IKZ? Wat zijn de knelpunten en hoe worden deze knelpunten weggenomen zodat op 1 januari 2026 het delen van gegevens met stichting IKZ volledig functioneel is?

De hoeveelheid administratieve handelingen in de zorg is groot. De leden van de VVD-fractie steunen het kabinet in reducering van de regeldruk. Genoemde leden lezen over het opschalen van het transitieprogramma ggz. Zij vragen wanneer hier de eerste resultaten van verwacht worden.

Tot slot lezen de leden van de VVD-fractie dat de speciaal gezant passende zorg aanraadt “doelen te expliciteren op politieke koer”. Houdt dit in dat de politiek meer sturing moet aanbrengen in het proces? Graag een toelichting.

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie zijn blij dat er een Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) is gesloten. Samenwerking is van essentieel belang in deze tijden van schaarste van zorgpersoneel en om tijdig de juiste passende zorg te geven. Wel hebben deze leden een aantal vragen over met name het AZWA zelf.

Genoemde leden lezen in het AZWA over de inzet van informele zorg. Hoe wordt voorkomen dat de informele zorg overbelast wordt? Daarnaast zijn juist professionele zorgverleners vaak ook mantelzorger, hoe wordt voorkomen dat professionele zorgverleners minder gaan werken zodat zij ook hun mantelzorgtaken kunnen vervullen?

De leden van de NSC-fractie lezen dat een doel van het AZWA is om 100.000 zorgverleners te besparen. Wat is de huidige stand van zaken van diverse functies van zorgverleners. Hoeveel zorgverleners werken achter het

bureau en geven geen direct zorg? Op welke functies van zorgverleners zou bezuinigd moeten worden?

De leden van de NSC-fractie lezen vele voornemens voor passende zorg. Maar de prikkel voor financiering per behandeling is niet weggenomen. Inkomsten van medisch specialisten en ziekenhuizen worden minder als er passende zorg wordt gegeven, blijkt uit ervaringen van ziekenhuizen Bernhoven en Rivas. Is de minister ook van plan om de financiering aan te pakken zodat de prikkel tot onnodige behandelingen en diagnostiek wordt voorkomen? Is de minister tevens van plan dat medisch specialisten in loondienst worden genomen zodat de prikkel voor behandelen weg is?

Genoemde leden lezen een groot aantal afspraken met heldere taken. Toch zijn de doelen niet specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden (SMART) geformuleerd. Kunnen er aanvullingen komen op de ambities met SMART doelen? Wie controleert of de ambities worden uitgevoerd? Is daar een onafhankelijke commissie voor?

De leden van de NSC-fractie lezen dat AI wordt ingezet voor verminderen van tijd die medewerkers kwijt zijn aan diagnostiek. Genoemde leden vermoeden dat er ook veel dubbele en onnodige diagnostiek is. Kan de minister toelichten hoe op verminderen van diagnostiek wordt ingezet?

De leden van NSC-fractie lezen met interesse in het AZWA dat de regeldruk wordt verminderd. Er zijn echter al jarenlang projecten om de regeldruk te verminderen, die tot nu toe niet zijn gelukt. Is er een analyse waarom het tot nu toe niet is gelukt de regeldruk te verminderen? Waarom denkt de minister dat het nu wel gaat lukken? Ook lezen deze leden dat niet ingezet wordt op het verminderen van kwaliteitsregistraties, waarom wordt daar niet op ingezet? Ook lezen genoemde leden niet dat de zorgverzekeraars hier een rol in hebben, waarom wordt hun rol en taakstelling niet meegenomen?

De leden van de NSC-fractie lezen dat partijen afgesproken hebben om "wachttijstgegevens accuraat en transparant inzichtelijk te maken voor zorgverzekeraars, verzekerden/patiënten en verwijzers, zodat reëel inzicht verkregen wordt in wie waar op de wachtlijst staat en hoe lang. Dit inzicht in de vraag naar zorg in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) wordt verkregen door de retrospectieve wachttijden af te lezen vanuit het declaratiebericht en de prospectieve wachttijden (actueel wachtenden) af te lezen vanuit de verwijsgegevens. Ook wordt er gewerkt aan het inzichtelijk maken van het beschikbare aanbod/capaciteit van de zorgaanbieders en het beter inzichtelijk maken van de hulpvraag (klachtenprofiel). Deze gegevens worden bij elkaar gebracht in een digitale tool, wat het voor partijen mogelijk maakt om te komen tot matching van vraag en aanbod." Met het recente datalek bij bevolkingsonderzoek (BVO) nog in gedachten, hoe gaat de minister deze privacygevoelige data beschermen? Specifiek met betrekking tot het verlenen van inzage in het klachtenprofiel van zorgvragers aan zorgverleners, vragen genoemde leden of dit geen inbreuk is op de privacy van patiënten.

Op pagina 50 lezen de leden van de NSC-fractie dat de normen voor de wachttijden geactualiseerd zullen worden. Kan dit betekenen dat in zorgdomeinen waar de wachtlijsten momenteel erg lang zijn, zoals de ggz, dit een versoepeling ten opzichte van de Treeknormen kan betekenen?

Op pagina 50 lezen de leden van de NSC-fractie tevens dat gedifferentieerd zal worden tussen cruciale ggz en overige ggz. Hier kunnen deze leden zich in vinden. Zij willen echter wel graag meer weten over hoe de cruciale ggz gedifferentieerd zal worden? Is dit op basis van het type mentale stoornis, of wordt hierbij ook het behandelverleden meegenomen en de ervaren lijdensdruk en het risico op suïcide?

Op pagina 58 lezen de leden van de NSC-fractie over de doelstelling dat zorgverleners vroegtijdig het gesprek met patiënten aangaan over de laatste fase van het leven. Genoemde leden zijn het hiermee eens. Zij willen echter wel graag voorkomen dat hierin een glijdende schaal ontstaat en hebben daarom nog enkele vragen. Hoe kan de minister voorkomen dat ouderen door dit type gesprek zichzelf als last gaan zien of op andere wijze enige vorm van druk ervaren om een behandeling te staken, dan wel om euthanasie te vragen? Hoe wil de minister voorkomen dat deze gesprekken ertoe zullen leiden dat mogelijk relevante behandelingen niet meer gedaan worden bij ouderen vanuit het oogpunt van kostenbesparing? Hoe kan de minister voorkomen dat de curatieve zorg te vroeg gestopt wordt bij met name ouderen in het kader van levenseinde gesprekken?

In het AZWA lezen de leden van de NSC-fractie over remgelden (pagina 93). Dit is een nieuw begrip. Wat bedoelt de minister hier precies mee? Zoals deze leden het begrijpen zijn dit eigen bijdragen van patiënten voor de zorg die zij ontvangen, is dit correct? Zo ja, worden deze remgelden dan in mindering gebracht op het eigen risico van patiënten of komt het daar nog bovenop? Veel geld wordt ingezet voor de remgelden die bedoeld zijn om de toenemende zorgvraag in te perken. Graag vernemen de genoemde leden van de minister voorbeelden van elke sector op welke manieren de remgelden worden ingezet. Hoe wordt gegarandeerd dat remgelden op korte termijn bezuinigingen opleveren?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Met interesse hebben de leden van de D66-fractie van D66 kennisgenomen van de brief van de minister over de kwaliteit van zorg, het AZWA en de voortgang van het IZA. Daartoe hebben deze leden verdere vragen.

De leden van de D66-fractie vinden het belangrijk dat het AZWA rond is, en dat er een aantal mooie voorstellen in staan zoals de gordelroosvaccinatie en de MRI-screening

voor vrouwen met dicht borstweefsel. Echter hadden deze leden graag meer van deze toekomstgerichte en doortastende maatregelen gezien in het AZWA, met veel meer focus op en aandacht voor preventie. Dit is ontzettend hard nodig in het belang van een houdbare zorg.

De intensivering van de Regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG) is een mooie stap, zo zien ook de leden van de D66-fractie. Echter ontstaat er voor 2026 een tekort van €5 miljoen, wat grote problemen voor de GGD'en veroorzaakt. Voor de recent bekendgemaakte begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is er €3 miljoen extra vrijgemaakt voor de SPUK-gezondheidszorg, waarmee dit probleem deels opgelost kan worden. Echter blijft er hierdoor een gat bestaan van €2 miljoen, wat problemen voor de GGD veroorzaakt. Zij zullen hierdoor moeten stoppen of sterk minderen met het leveren van bepaalde diensten, om deze vanaf 2027 weer op te starten als de financiering weer gerepareerd wordt. Dit is natuurlijk ontzettend inefficiënt, en ook zeker negatief als we het hebben over goede gezondheidszorg en het belang van preventie. De leden van de D66-fractie vragen of het correct is dat er in de begroting eenmalig €3 miljoen extra vrij is gemaakt, waardoor er een tekort van €2 miljoen overblijft in 2026. Zo ja, dan vragen de leden van de D66-fractie waarom ervoor gekozen is om het gat van €5 miljoen maar deels te vullen. Daarnaast vragen zij of het kabinet dan bereid is om te zoeken naar aanvullende financiering van €2 miljoen om dit gat volledig te vullen en de Kamer daarover te informeren voorafgaand aan de behandeling van de VWS-begroting.

In de brief van 17 september jl. (Kamerstuk 29389, nr. 158) met de reactie op onderzoek herintroductie verzorgingshuizen geeft de staatssecretaris aan dat er middelen oplopend tot €470 miljoen beschikbaar zullen zijn, waarmee gekeken gaat worden naar de invulling van extra zorg en ondersteuning, de stimulering van de bouwopgave en de ontwikkeling van zorgzame gemeenschappen. Daartoe vragen de leden van de D66-fractie of dit financiële consequenties zal hebben voor de ambities die gesteld zijn in het AZWA.

De leden van de D66-fractie achten het van groot belang dat de afspraken die gemaakt zijn in het AZWA en de

daadwerkelijke uitwerking hiervan voldoende gemonitord zullen worden. Daartoe vragen deze leden op welke wijze de monitoring van het AZWA concreet ingericht zal worden. Daarnaast vragen genoemde leden op welke wijze de resultaten van de monitoring teruggekoppeld zullen worden naar de Kamer en naar betrokkenen zoals patiënten en cliënten.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van het “Onderhandelaarsakkoord Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en de voortgangsrapportage van het Integraal Zorgakkoord (IZA)”. Deze leden hebben de volgende vragen aan de minister.

Om te beginnen willen de leden van de BBB-fractie stilstaan bij de effectiviteit van het IZA. Ondanks de goede intenties en de inzet van miljarden euro's aan transformatie en doorbraakmiddelen, blijkt uit de voortgangsrapportage dat veel middelen blijven hangen in papier, overlegstructuren en monitoring. De werkdruk in de praktijk blijft hoog, het personeelstekort neemt toe en wachttijden blijven boven de norm. Kan de minister inzichtelijk maken hoeveel van de middelen uit het IZA en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) daadwerkelijk zijn terechtgekomen bij concrete projecten in de zorgpraktijk, en hoeveel is uitgegeven aan overleg, monitoring en administratie? Welke lessen trekt de minister uit het feit dat eerdere akkoorden onvoldoende tastbare resultaten hebben opgeleverd voor patiënten en zorgverleners? Is de minister bereid om een groter deel van de beschikbare middelen van akkoorden direct te investeren in projecten die de zorgpraktijk versterken, zoals regionale ziekenhuizen, innovatief personeelsbeleid, voorzieningen en samenwerking?

Daarnaast constateren de leden van de BBB-fractie dat de administratieve lasten in de zorg nog steeds hoog zijn, ondanks de afspraken in het IZA over het terugdringen van

regeldruk. Hoe wordt geborgd dat nieuwe afspraken uit het AZWA daadwerkelijk leiden tot minder regeldruk en meer tijd voor de patiënt?

Verder zien genoemde leden dat de inzet van zorgprofessionals voor het bedienen van regionale aanmeldportalen fors lijkt te zijn, met een directe impact op de beschikbare zorgcapaciteit. Kan de minister aangeven hoeveel fte aan zorgprofessionals momenteel structureel wordt ingezet voor het bedienen van regionale aanmeldportalen, en hoeveel directe zorgcapaciteit hierdoor feitelijk verdamppt?

De leden van de BBB-fractie constateren dat de digitale aanmeldportalen zijn bedoeld om het proces te stroomlijnen, maar uit de praktijk blijkt dat slechts een zeer klein percentage van de aanvragen niet direct werd opgepakt, terwijl nu 100% via een portaal moet lopen. Hoe weegt de minister de meerwaarde van deze digitale aanmeldportalen, gegeven dat uit de praktijk blijkt dat slechts een klein percentage van de aanvragen niet direct werd opgepakt, terwijl nu 100% van de aanvragen via een portaal moeten lopen?

Ook wijst de Internationale literatuur op de productivity paradox: digitale innovaties kunnen leiden tot hogere administratieve lasten en lagere productiviteit. Is de minister bekend met de internationale literatuur over de productivity paradox (Brynjolfsson, 1993), waarin digitale innovaties vaak leiden tot hogere administratieve lasten en lagere productiviteit? Hoe verhoudt dit zich tot de invoering van aanmeldportalen in de wijkverpleging?

Daarnaast werken beleidsinstrumenten die de autonomie van professionals beperken vaak contraproductief, aldus Lipsky (1980). Deelt de minister de analyse van Lipsky (1980) dat beleidsinstrumenten die de autonomie van professionals beperken, vaak contraproductief uitwerken? Hoe borgt de minister dat digitale systemen zoals aanmeldportalen de

handelingsruimte van wijkverpleegkundigen niet verder inperken?

Verder ontvangen de leden van de BBB-fractie signalen vanuit de praktijk dat de invoering van regionale aanmeldportalen de zeggenschap en autonomie van wijkverpleegkundigen verkleint, doordat zij hun professionele oordeel moeten inleveren bij een geautomatiseerd systeem. Kan de minister bevestigen dat de invoering van regionale aanmeldportalen de zeggenschap en autonomie van wijkverpleegkundigen verkleint, doordat zij steeds vaker hun professionele oordeel moeten inleveren bij een geautomatiseerd plaatsingssysteem? Hoe verhoudt dit zich tot de IZA-doelstelling om juist het vakmanschap van de professional te versterken?

De leden van de BBB-fractie weten dat het doel van het IZA en AZWA domeinoverstijgende samenwerking is, maar in de praktijk leidt de veelheid aan regionale aanmeldportalen tot fragmentatie en extra bureaucratie. Hoe rijmt de minister het doel van het IZA en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), het bevorderen van domeinoverstijgende samenwerking, met de praktijk dat er inmiddels een bonte verzameling aanmeldportalen per regio is ontstaan, wat juist leidt tot fragmentatie en extra bureaucratie?

Verder veroorzaakt een kleine groep complexe zorgvragen momenteel grootschalige administratieve lasten voor alle aanvragen. Welke alternatieven ziet de minister om de kleine groep complexe zorgvragen die niet direct worden opgepakt beter te adresseren, zonder dat dit leidt tot grootschalige administratieve lasten en verlies van zorgcapaciteit?

Ook is het van belang om de effecten van digitale aanmeldportalen op zorgcapaciteit, toegankelijkheid en professionele autonomie goed te monitoren. Op welke wijze monitort het ministerie de effecten van digitale aanmeldportalen op de feitelijke zorgcapaciteit, toegankelijkheid en de professionele autonomie? Is de

minister bereid om dit onafhankelijk te laten evalueren en de Kamer hierover te informeren?

Verder hechten de leden van de BBB-fractie aan regionale zeggenschap en directe investeringen in de zorg. Kan de minister aangeven hoe regionale samenwerking concreet wordt gefaciliteerd en gefinancierd, en hoe wordt voorkomen dat regio's met minder zorgvoorzieningen achterblijven?

Ook vinden de leden van de BBB-fractie dat zorggeld vooral besteed moet worden aan de zorg tussen patiënt en professional zelf, en niet aan managementlagen, overleggen en administratie. Daarnaast vinden deze leden dat zorgverzekeraars hun winst weer zoveel mogelijk moeten investeren in de zorg. Kan de minister aangeven welk percentage van het zorgbudget op dit moment besteed wordt aan management, overlegtafels en administratie, en welk deel daadwerkelijk terechtkomt bij zorgverleners en patiënten? Is de minister bereid om een norm in te voeren voor de maximale hoeveelheid tijd gestoken in management/overheid zonder directe zorgtaken? Wordt er binnen het AZWA en IZA actief gestuurd op het terugdringen van functies die "aan de zorg" werken in plaats van "in de zorg"? Zo ja, hoe wordt dit gemonitord en gerapporteerd? Is de minister bereid om wettelijk vast te leggen dat minimaal 50% van de gereserveerde winsten van zorgverzekeraars wordt ingezet voor onvoorziene omstandigheden, zoals acute wachttijdproblematiek?

Dan de arbeidsvoorwaarden. De leden van de BBB-fractie willen in dit schriftelijk overleg ook aandacht vragen voor de arbeidsvoorwaarde pensioen. Nederland kent een van de grootste pensioenverschillen tussen mannen en vrouwen in Europa: gemiddeld 40 tot 45 procent. Dit verschil is deels te verklaren door deeltijdwerk, maar ook werken vrouwen vaker in lager betaalde beroepen en laten onderzoeken zien dat vrouwen ook als ze exact hetzelfde werk doen als hun mannelijke collega's, gemiddeld minder verdienen. Juist in de sector zorg en welzijn, waar ruim 80% van de werknemers vrouw is, is dit ook een vraagstuk dat aandacht verdient. Kan de minister aangeven hoe groot de pensioenkloof tussen

mannen en vrouwen is in de sector zorg en welzijn? Is de minister bereid om bij de uitwerking van het AZWA expliciet aandacht te besteden aan de pensioenkloof tussen mannen en vrouwen in zorg en welzijn? Wordt er binnen het AZWA ingezet op maatregelen die het makkelijker maken voor vrouwen om meer uren te werken als zij dat willen, aangezien deeltijdwerken ook van grote invloed is op de pensioenopbouw? Kan de minister toezeggen dat bij toekomstige arbeidsmarktafspraken binnen AZWA en IZA ook de pensioenkloof wordt meegenomen als indicator voor gelijkwaardigheid en bestaanszekerheid?

Tot slot willen de leden van de BBB-fractie dat de minister reflecteert op de governance en sturing binnen het IZA en AZWA. Uit het rapport “Pionieren in niemandsland” blijkt dat structurele samenwerking tussen het sociaal en medisch domein moeizaam tot stand komt door gebrek aan regie, versnipperde financiering en onvoldoende gelijkwaardigheid. Is de minister bereid om regionale tafels met gezamenlijke regiobudgetten in te richten, zoals aanbevolen in het rapport “Pionieren in niemandsland”? Wordt er gewerkt aan een leerstructuur en kennisdeling tussen regio’s, zodat succesvolle domeinoverstijgende initiatieven kunnen worden opgeschaald en niet iedere regio steeds opnieuw het wiel hoeft uit te vinden?

II. Reactie van de minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief inzake het “Onderhandelaarsakkoord, Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en voortgang Integraal Zorgakkoord (IZA), inclusief verscheidene moties” en hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen. Zoals bekend is zal de vraag naar zorg en ondersteuning de komende jaren blijven stijgen en zal het aanbod aan professionals niet meegroeien. Genoemde leden hebben kennisgenomen van de maatregelen die genomen worden om

de arbeidsmarkttekorten af te wenden, maar missen hier nog een aantal essentiële zaken.

De loonkloof in de zorg bestaat immers nog steeds en er wordt niet actief aan gewerkt om deze weg te werken. Wat gaat de inzet van de minister zijn ten aanzien van deze loonkloof?

Uit onderzoeken blijkt dat het gemiddelde uurloon van zorgmedewerkers redelijk vergelijkbaar is met de vergelijkbare medewerkers in de marktsector. Wel verschilt de marktconformiteit van het salaris tussen verschillende zorgbranches en ook tussen verschillende groepen binnen dezelfde branche. Zo ligt bijvoorbeeld de beloning binnen de umc's ruim boven marktconform. Maar er zijn ook groepen zorgmedewerkers die een salaris verdienen wat lager ligt dan vergelijkbare groepen buiten de zorg. Die salarissen optrekken kost al snel enkele miljarden euro's. Vanwege de staat van de overheidsfinanciën en de demissionaire status van het kabinet zie ik geen ruimte om boven op de jaarlijkse overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling die dit kabinet al beschikbaar stelt, nog extra middelen vrij te maken.

Tot slot wil ik erop wijzen dat er binnen de sector zorg en welzijn geen of slechts in zeer beperkte mate een relatie lijkt te zijn tussen enerzijds de marktconformiteit van het salaris binnen branches en anderzijds de personeelstekorten binnen die branches. Zo hebben de umc's – waar het salaris ruim boven marktconform ligt – in ongeveer dezelfde mate te maken met personeelstekorten als de andere branches binnen zorg en welzijn. Dit is aanleiding om te vermoeden dat het beschikbaar stellen van extra middelen voor hogere lonen in de zorg geen (kosten-)effectieve maatregel is, als het gaat om het oplossen van de arbeidsmarkttekorten binnen zorg en welzijn.

De leden van de PVV-fractie zien dat er geïnvesteerd wordt in het opleiden van medisch specialisten via de subsidieregeling strategisch opleiden in de zorg en bijvoorbeeld het investeringsakkoord opleiden

wijkverpleging (IOW) maar de uitwerking hiervan gaat met name naar medisch specialisten, niet naar verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden, die daadwerkelijk de zorg aan het bed of in de wijk leveren. En hoe zit het met het personeel in de gehandicaptenzorg, daaromtrent is het akelig stil. Hoe rijmt de minister dit met de situatie in de praktijk, waar vooral een schaarste is in laatstgenoemde functiegroepen? In het AZWA staat bijvoorbeeld geschreven “aandacht is nodig voor de verzorgende IG en opleiden van de praktijkondersteuner”, wat houdt die “aandacht” exact in? Want dit is toch niets nieuws? Al jaren is bekend dat er grote tekorten zijn aan deze functiegroepen, wat zijn de concrete acties om de capaciteit in bovengenoemde functiegroepen zo spoedig mogelijk te vergroten?

Het Investeringsakkoord Opleiden Wijkverpleging richt zich op zorg die in de wijk wordt geleverd. Per 2025 is structureel € 60 miljoen beschikbaar voor het opleiden in de wijkverpleging. Ik zal dit najaar publiceren hoe deze middelen beschikbaar gesteld gaan worden. Mijn voorganger heeft onlangs de subsidieregeling Inrichten Opleidingsstructuur Helpenden, Verzorgenden en Verpleegkundigen geopend, om zorg- welzijn- en onderwijsinstellingen te stimuleren om te komen tot meer, samen en anders opleiden. Dit draagt bij aan de beweging die we met Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord AZWA willen maken: verschuiving van zorgverlening naar het voorkomen van zorgvraag.

In het AZWA zijn afspraken gemaakt over opleiding en scholing, daar waar de tekorten het grootst zijn. De focus ligt dus op sectoren buiten het ziekenhuis. Er is hiervoor € 83 miljoen voor 2027 beschikbaar, € 129 miljoen voor 2028 en € 185 miljoen per 2029. De gehandicaptenzorg is geen ondertekenaar van het AZWA, maar afgesproken is dat deze sector aanspraak kan maken op de AZWA middelen voor 2026. Het is goed om te zien dat sectoren nauw met elkaar samenwerken als het gaat om arbeidsmarkt en opleiden. Hoe er extra aandacht besteed gaat worden aan het opleiden van de Verzorgende IG en de praktijkondersteuner wordt nog

uitgewerkt. Gesprekken tussen betrokken partijen over het uitvoeren van de AZWA afspraken rond opleiden zijn inmiddels opgestart.

In het AZWA, onder [B3, g] valt te lezen: "Partijen spreken af om aanvullende opleidingsplekken aan te bieden (waar nu geen ruimte voor is)." En ook "Partijen stellen in 2025 een lijst op welke vervolg -en strategische opleidingen dit precies betreft." Genoemde leden vragen waarom dit nu pas gebeurt. En een lijst opstellen? We weten inmiddels toch waar de knelpunten zitten? Maar goed, wanneer kan de Kamer deze "lijst" dan verwachten?

Om de AZWA beweging te maken naar het voorkomen van de zorgvraag is het belangrijk dat er voldoende loopbaanperspectief is voor professionals buiten het ziekenhuis. Bijvoorbeeld via specialisaties, of beroepen die bijdragen aan de beweging naar de medische, verpleegkundige en sociale voorkant. Voor de ziekenhuizen staat een transparante stevige infrastructuur voor de (medische) vervolgopleidingen. Buiten het ziekenhuis nog niet. Het opleidingslandschap voor vervolgopleidingen en specialisaties voor buiten het ziekenhuis is nu niet overzichtelijk voor zowel zorgverleners als werkgevers. Een lijst welke aanvullende opleidingsplekken van vervolgopleidingen buiten het ziekenhuis nodig zijn zal daarom dit najaar worden opgesteld door betrokken partijen van het AZWA. Ik houd uw Kamer op de hoogte van de voortgang van de AZWA afspraken over opleiden in de AZWA voortgangsbrief.

Genoemde leden zijn daarnaast vooral ook benieuwd naar welke zaken er zijn stopgezet of afgeschaald ten behoeve van de vermindering van de administratieve lasten, kan hier een overzicht van worden gemaakt? Met daarnaast de opbrengst van tijd en middelen?

Een volledige opsomming van alle afgeschafte regels is niet te geven omdat het voor een groot deel regels, werkwijzes en procedures binnen zorgaanbieders zelf betreft. Van

verschillende van deze organisaties zijn de aanpak en de opbrengst die zij behaald hebben terug te vinden in de artikelen op www.ordz.nl. De monitoringscijfers laten al een langere periode een stabiel beeld zien met een administratieve tijdsbesteding van ongeveer 31 procent van de werktijd. Binnen de Regiegroep Aanpak Regeldruk werkt het ministerie, samen met alle IZA partners en enkele aanvullende leden, aan het uitvoeren van de gezamenlijke werkagenda om de administratietijd in 2030 naar maximaal 20 procent te brengen. Het eerste doel van het IZA is 2 uur per zorgverlener per week minder administratietijd per eind 2025. Met het recent ondertekende AZWA is ook veel aandacht voor regeldrukvermindering en wordt aanvullend op de reeds lopende activiteiten een versnelling gegeven op een aantal thema's, waaronder het opschalen van succesvolle doorbraakprojecten en het versnellen van gegevensuitwisseling.

Het betreurt de leden van de PVV-fractie dat er vanaf 1 juli jl. al geen aanvragen meer gedaan kunnen worden voor nieuwe snelle toetsen. Is er bij de toekenning ervan gekeken naar de meest essentiële en noodzakelijke, en naar diegene die de meeste impact zullen hebben? Genoemde leden vragen de minister om bij de plannen die nog niet zijn goedgekeurd vanwege de uitputting van middelen, de meeste impact volle alsnog goed te keuren en een dekking te vinden. Immers moet men eerst zaaien, wil men kunnen oogsten.

Bij het afsluiten van het Integraal Zorgakkoord (IZA) in 2022 zijn transformatiemiddelen beschikbaar gesteld om de in het IZA beoogde beweging, waarin een belangrijke rol voor de regio is weggelegd, een extra impuls te geven. Afgesproken is dat hiervoor transitieplannen ingediend kunnen worden, die op hun eigen waarde beoordeeld worden. Het principe 'wie het eerst komt, wie het eerst maalt' is hierin leidend. Elk plan is daarmee zelfstandig, aan de hand van het vastgestelde Beoordelingskader Impactvolle Zorgtransformaties, beoordeeld. Plannen zijn hierbij niet tegen elkaar afgewogen. Voor de financiering van deze plannen is een gemaximeerd bedrag aan transformatiemiddelen beschikbaar. Als er middelen vrijvallen, bijvoorbeeld omdat goedgekeurde plannen

goedkoper uitvallen en/of omdat beschreven doelstellingen niet worden behaald, dan vloeien deze middelen terug naar de 'algemene pot'. Goedgekeurde transformatieplannen waar geen transformatiemiddelen meer voor beschikbaar zijn, worden op een wachtrij geplaatst. Deze plannen komen in aanmerking voor de middelen uit de 'algemene pot', op volgorde van goedkeuring. Er zijn geen aanvullende transformatiemiddelen beschikbaar om impactvolle plannen te dekken. Als alle betrokken partijen ervan overtuigd zijn dat het een goed plan is, met een positieve business case, dan zijn er mogelijk ook andere manieren om het plan te financieren. Hierover kan bijvoorbeeld het gesprek gevoerd worden in de bilaterale contractering, door inzet van eigen middelen, door samenwerking met het bedrijfsleven of financiële instellingen of door het opknippen van plannen.

De leden van de PVV-fractie zijn blij met de inspanning om de eerstelijnszorg te versterken en de toegang tot geneesmiddelen te willen verbeteren, maar willen wel benadrukken dat het realiseren van de extra inspanningen die van apothekers en andere zorgverleners worden gevraagd, alleen mogelijk is als het personeelstekort en de medicijntekorten daadwerkelijk worden teruggedrongen. Zonder voldoende gekwalificeerd personeel en een betrouwbare beschikbaarheid van geneesmiddelen, komt de uitvoering van de afspraken onder druk te staan. Wil en gaat de minister hier prioriteit aan geven?

Ja, zowel de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel als de beschikbaarheid van bestaande geneesmiddelen hebben mijn volle aandacht. Naast alle inspanningen die op het terrein van de arbeidsmarkt in de zorg in brede zin worden gedaan, ga ik voor de apotheekector specifiek in gesprek over de toekomst van de apotheekector, een uitvloeisel uit de onderhandelingen voor de CAO Apotheken. Wat er allemaal gebeurt om de beschikbaarheid van geneesmiddelen te verbeteren is te vinden in de Kamerbrief van juni 2025³.

³ Kamerstukken II, 2024-2025, 29 477 nr. 939

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

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met veel belangstelling kennisgenomen van het onderhandelaarsakkoord van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en de voortgang van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Zij vinden het een goede zaak dat er, na lang onderhandelen, eindelijk een akkoord op tafel ligt waar zorgpartijen zich in kunnen vinden.

Allereerst hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie een aantal vragen over het onderhandelaarsakkoord van het AZWA. Naar aanleiding van het onderdeel “Afwenden van het arbeidsmarkttekort” stellen zij de volgende vragen. Deze leden vinden het toenemende arbeidsmarkttekort in de sector zorg en welzijn zeer zorgelijk. Genoemde leden lezen dat het doel van de AZWA is dat de administratietijd van een zorgverlener nog maximaal 20% van de werktijd is. Zij lezen dat het ontlasten van medewerkers door verscheidene doorbraakprojecten die regeldruk verminderen op te schalen onderdeel is van het verminderen van de administratietijd. Zijn er al pilots geweest met deze verschillende doorbraakprojecten waaruit blijkt dat deze projecten daadwerkelijk bijdragen aan de afname van administratietijd?

Verschiedende doorbraakprojecten hebben hun waarde in de praktijk al bewezen. Zo heeft het project Zinvolle Registratie (ZIRE) op de IC's van de regio Oost Nederland geleid tot een halvering van de registratietijd per dienst, van 60 naar 30 minuten voor artsen én verpleegkundigen⁴. Ook met vernieuwend verantwoorden, de voorloper van zinnig en simpel verantwoorden, zijn er positieve ervaringen. Een zorginstelling in de gehandicaptenzorg heeft het invoeren van een regelarm clientdossier opgeleverd dat de zorgmedewerker per dag gemiddeld 23 minuten minder tijd kwijt is aan registratie. Deze werkwijze wordt in vervolg hierop geïmplementeerd bij zes zorgaanbieders in de langdurige zorg. Het doel van zinnig en simpel verantwoorden is om de administratieve belasting van het verantwoordingsproces te verminderen. En ook de

⁴ [Factsheet Experiment ZInvolle REgistratie in de regio - november 2023](#)

veldbevraging die mijn voorganger voor de zomer naar de Tweede Kamer heeft gestuurd heeft laten zien dat zorgprofessionals het haalbaar achten om de administratietijd te halveren naar maximaal 20 procent, en ook concrete voorstellen aandragen om dit te realiseren. Tot slot zijn ook de koplopers uit het Actie Leer Netwerk allemaal goede voorbeelden van ontregelprojecten die zich in de praktijk al bewezen hebben. Deze zijn te vinden op actieleernetwerk.nl/inspiratie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn van mening dat Artificial Intelligence (AI) een toegevoegde waarde kan zijn wanneer het de kwaliteit van zorg verbetert en zorgverleners ontlast. Voor genoemde leden staan privacy en veiligheid in dit vraagstuk voorop en mag het niet tot het vervangen van menselijk contact leiden als dat wel gewenst is. Deze leden lezen dat het ministerie verantwoordelijk is om de overkoepelende aanpak AI te ontwikkelen. Worden hier kaders in opgenomen waarbij privacy en veiligheid van de patiënt en zorgverlener centraal staan? Wordt er ook in opgenomen dat het geen menselijk contact mag vervangen als menselijk contact gewenst is?

In het AZWA zijn er afspraken gemaakt over doelmatige en veilige inzet van AI. Het uitgangspunt hierin is dat zorg mensenwerk is en AI zal worden ingezet ter ondersteuning van de zorgverlener om het werk voor professionals plezieriger en efficiënter te maken. Het ministerie van VWS heeft samen met het veld afgesproken dat er kaders zullen worden vastgesteld waaraan AI-toepassingen moeten voldoen. De uitgangspunten voor deze kaders zijn o.a. gebruiksvriendelijkheid, interoperabiliteit, waarborgen van veiligheid en privacy en passend in zorgprocessen. Daarnaast is er in de AZWA specifiek afgesproken dat patiënten, cliënten en inwoners worden voorgelicht over AI en dat zij zullen worden betrokken bij de inzet van AI in de zorg- en welzijnscontext. Naast deze afspraken en kaders, zijn er ook reeds bestaande verplichtingen voor privacy en productveiligheid vanuit de Europese verordening voor

medische hulpmiddelen (MDR), de Europese AI-verordening en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

De leden van de GroenLinks-PvdA fractie zijn ook benieuwd hoe het afwenden van het arbeidsmarkttekort samengaat met de keuze van dit kabinet om het stagefonds te schrappen? Dit soort fondsen waren bedoeld om jonge mensen en zij-instromers ervaring te laten opdoen in de zorg. Welke alternatieven zullen hiervoor komen? En worden de verschillende sectoren betrokken bij het bedenken van dit soort alternatieven, zoals bijvoorbeeld ook de gehandicaptensector en de jeugdzorgsector? Genoemde leden krijgen namelijk signalen dat de zeggenschap over de opleidingsgelden nu bij andere zorgbranches worden belegd. Dit terwijl de gehandicaptenzorg en de jeugdzorg beiden ook sectoren zijn met grote uitdagingen op het terrein van arbeidsmarkt en opleidingen. Krijgen deze sectoren ook de mogelijkheid om gelijkwaardig en volwaardig deel te nemen aan gesprekken over de arbeidsmarkt en mee te delen in de middelen? Want er worden middelen vrijgemaakt voor het opleiden van zorgpersoneel, de aanpak van zorgfraude en een stevigere samenwerking met het sociaal domein, allemaal zaken die ook relevant zijn voor de gehandicaptensector en de jeugdzorg. Graag een reactie van de minister op deze punten.

Ik ben met u van mening dat goede stages van groot belang zijn. Het Stagefonds biedt sinds 2008 een tegemoetkoming in de kosten van stagebegeleiding in de zorg. Maar de Algemene Rekenkamer heeft in 2022 gesteld dat het Stagefonds ondoelmatig is. De Algemene Rekenkamer stelt dat onvoldoende bewezen is, dat het beschikbaar stellen van geld voor stagebegeleiding een direct verband heeft tot het verkrijgen van meer stageplekken. Het tekort aan begeleidingscapaciteit als gevolg van bredere arbeidsmarktproblematiek is daarin een belangrijk knelpunt.

In het AZWA zijn afspraken gemaakt over opleiding en scholing, daar waar de tekorten het grootst zijn. De focus ligt op sectoren buiten het ziekenhuis. Er is hiervoor € 83 miljoen voor 2027 beschikbaar, € 129 miljoen voor 2028 en € 185 miljoen per 2029. Met de AZWA-partijen wordt verkend hoe AZWA-middelen doelmatig kunnen worden ingezet voor

(vernieuwend) opleiden buiten het ziekenhuis, waar voldoende begeleidingscapaciteit een randvoorwaarde is. De gehandicaptenzorg en de jeugdzorg zijn geen ondertekenaars van het AZWA, maar zij nemen wel deel aan deze gesprekken. Afgesproken is dat deze beide sectoren aanspraak kunnen maken op de AZWA-middelen voor 2026. Het is goed om te zien dat de sectoren nauw met elkaar samenwerken als het gaat om arbeidsmarkt en opleiden. *De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat het AZWA wil inzetten op domein overstijgend indiceren. Genoemde leden delen de achterliggende gedachte van dit voorstel. Wel vragen zij of dit niet tot extra werkdruk leidt voor wijkverpleegkundigen. Zijn deze voorstellen in goed overleg met verpleegkundigen zelf tot stand gekomen?*

Ja, deze afspraak is in goed overleg met de vertegenwoordiging van de verpleegkundigen tot stand gekomen. De afspraak in het AZWA is namelijk tot stand gekomen in nauw overleg met de AZWA partijen, waaronder ook met V&VN en ActiZ. Er zijn in de praktijk al meerdere voorbeelden waarbij de wijkverpleegkundige ook ondersteuning vanuit de Wmo meeneemt in de indicatiestelling. Daar zijn alle betrokkenen (client/inwoner, verpleegkundige en Wmo-consulenten) heel enthousiast over deze werkwijze. De verwachting is dat de inzet van wijkverpleging juist voorkomen of verminderd kan worden door domeinoverstijgend te gaan indiceren. Doordat de wijkverpleegkundige ook indiceert voor de Wmo-voorziening, kunnen bijvoorbeeld hulpmiddelen of dagbesteding makkelijker en sneller worden ingezet. Hierdoor is de inwoner sneller geholpen en hoeft er door de wijkverpleegkundige geen vervangende activiteiten te worden georganiseerd in de tussentijd. Uit de voorbeelden in de praktijk blijkt dat de extra tijd voor het starten van de Wmo-aanvraag voor de wijkverpleegkundige beperkt blijft, doordat de wijkverpleegkundige de cliënt en diens situatie al goed kent.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat de met het AZWA de inzet van arbeidsbesparende medische technologie wordt bevorderd. Zij lezen dat er meer aandacht nodig is voor de behoeften bij het ontwikkelen,

implementeren en opschalen van arbeidsbesparende technologie (digitalisering, AI en medtech), zodat dit daadwerkelijk leidt tot arbeidsbesparing, meer werkplezier en verhoogde arbeidsproductiviteit en de ervaren kwaliteit van zorg en leven van de patiënt. Ook hier gelden voor deze leden dat privacy en veiligheid in dit vraagstuk voorop staan en het niet mag leiden tot het vervangen van menselijk contact als dat wel gewenst is. Worden hier kaders in opgenomen waarbij privacy en veiligheid van de patiënt en zorgverlener centraal staan? Wordt er ook in opgenomen dat het geen menselijk contact mag vervangen als menselijk contact gewenst is?

In het AZWA zijn afspraken gemaakt over het bevorderen van arbeidsbesparende medische technologie. Hierbij is er onder andere aandacht voor het faciliteren en ondersteunen van opschaling van dit soort technologieën, waarover zorgprofessionals, patiënt(vertegenwoordigers), aanbieders en financiers (gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren) afspraken zullen maken. De komende periode werken de AZWA partijen aan de verdere invulling van deze afspraken. Naast deze afspraken zijn er reeds bestaande verplichtingen voor privacy en productveiligheid vanuit de Europese verordening voor medische hulpmiddelen (MDR), de Europese AI-verordening en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

In het AZWA zijn daarnaast ook afspraken gemaakt over doelmatige en veilige inzet van AI. Het uitgangspunt hierin is dat zorg mensenwerk is en AI zal worden ingezet ter ondersteuning van de zorgverlener om het werk voor professionals plezieriger en efficiënter te maken. Het ministerie van VWS heeft samen met het

veld afgesproken dat er kaders zullen worden vastgesteld waaraan AI-toepassingen moeten voldoen. De uitgangspunten voor deze kaders zijn o.a. gebruiksvriendelijkheid, interoperabiliteit, waarborgen van veiligheid en privacy en passend in zorgprocessen.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vinden het van cruciaal belang dat zorgmedewerkers niet van bovenaf allemaal nieuwe regels gedicteerd krijgen, maar dat zij meer zeggenschap krijgen in hun werk. Kan bij elk van de punten [A1, 2, 3, 4, 5, en B1, 2, 3] worden toegelicht hoe zorgmedewerkers zijn meegenomen in deze afspraken en in hoeverre deze worden onderschreven door zorgmedewerkers?

De genoemde afspraken zijn in goed overleg met de vertegenwoordiging van zorgmedewerkers tot stand gekomen. Namelijk, alle afspraken in het AZWA zijn tot stand gekomen in nauw overleg met de AZWA partijen; waarvan onder andere V&VN, FMS, LHV, NVZ en Actiz.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat een doel is het verstevigen samen de instroom, om vroege uitval te voorkomen. Genoemde leden lezen echter niks over verbeterde arbeidsvoorwaarden voor zorgmedewerkers, terwijl er een loonkloof bestaat tussen de zorg en welzijn sector en andere sectoren. Waarom is het verbeteren van de arbeidsvoorwaarden van zorgmedewerkers geen onderdeel van het AZWA?

Uit onderzoeken blijkt dat het gemiddelde uurloon van zorgmedewerkers redelijk vergelijkbaar is met de vergelijkbare medewerkers in de marktsector. Wel verschilt de marktconformiteit van de salarissen tussen verschillende zorgbranches en ook tussen verschillende groepen binnen dezelfde branche. Zo liggen bijvoorbeeld de salarissen binnen de umc's ruim boven marktconform. Maar er zijn ook groepen zorgmedewerkers die een salaris verdienen wat lager ligt dan vergelijkbare groepen buiten de zorg. Die salarissen optrekken kost al snel enkele miljarden euro's. Vanwege de staat van de overheidsfinanciën en de demissionaire status van het kabinet zie ik geen ruimte om, boven op de jaarlijkse overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling die dit kabinet al beschikbaar stelt, nog extra middelen vrij te maken.

Tot slot wil ik erop wijzen dat uit onderzoek blijkt dat arbeidsvoorwaarden niet één van de belangrijkste redenen is om de sector te verlaten. Uit onderzoek blijkt dat bijvoorbeeld loopbaan- en ontwikkelingsmogelijkheden een veel grotere factor spelen bij de keuze om al dan niet in de sector te blijven werken. Met het AZWA zetten we via verschillende afspraken nadrukkelijk in op het vergroten van deze mogelijkheden.

Naar aanleiding van het onderdeel “Gelijkwaardige toegang tot zorg” stellen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie de volgende vragen. Zij onderschrijven de inzet op het gebied van gelijkwaardigere toegang tot zorg. Zij achten het van groot belang dat de toegang tot zorg voor iedereen gelijk is, ongeacht iemands opleidingsniveau of in welke mate diegene de wegen binnen ons zorgsysteem kent. Het is wat deze leden betreft van belang dat in opdracht van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) wordt onderzocht welke elementen en maatregelen bijdragen aan een gelijkwaardige toegang tot zorg, waarbij onder andere onderzoek wordt gedaan binnen de subgroep van mensen die zorg mijden. Het mag wat deze leden betreft echter niet bij een onderzoek blijven. Welke maatregelen en concrete acties gaat de minister, los van het onderzoek en het afwachten van de resultaten daarvan, nemen die de gelijkwaardige toegang tot zorg verbeteren, met name voor mensen met een kleine portemonnee? Kan de minister concreet aangeven per maatregel en afspraak in het AZWA hoe deze daaraan bijdragen en welke doelstellingen eraan gekoppeld zijn?

In het AZWA zijn diverse afspraken gemaakt om de toegankelijkheid van zorg te vergroten, bijvoorbeeld als het gaat om wachtlijstbemiddeling en het pakket van ggz maatregelen waardoor de toegang voor mensen met ernstige klachten beter wordt. Daarnaast is in het Hoofdlijnenakkoord afgesproken dat het eigen risico vanaf 2027 wordt verlaagd naar € 165 per jaar en getrancheerd op € 50 per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg. Deze maatregelen zijn specifiek bedoeld om de drempel tot zorg te verlagen, zodat mensen niet om financiële redenen van zorg af hoeven te zien.

In het AZWA is niet op het niveau van individuele afspraken een doelstelling met betrekking tot toegankelijkheid afgesproken.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie onderschrijven het belang van de specifieke aandacht in het onderzoek naar de toegang tot zorg voor mensen met een lage sociaaleconomische positie (SEP)/sociaaleconomische status (SES). Hoe worden juist deze groepen, waaronder zorgmijders die lastiger te bereiken zijn, benaderd en betrokken bij het onderzoek? Hoe wordt ervoor gezorgd dat er een goede representatie van deze groepen wordt meegenomen in het onderzoek? Daarnaast lezen betreffende leden dat de zorgvraag door de halvering van het verplichte eigen risico naar verwachting zal groeien. Wat zijn de verwachte effecten voor groepen die nu zorg mijden of een lage SEP of SES hebben?

Op dit moment wordt het onderzoeksvoorstel door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) nader uitgewerkt. In dit voorstel zal tevens worden ingegaan op de wijze waarop deze doelgroepen, waaronder moeilijk te bereiken groepen, worden betrokken. De uitwerking van het onderzoeksvoorstel kan worden toegelicht in een volgende voortgangsbrief.

Het wordt verwacht dat door de verlaging van het eigen risico minder mensen om financiële redenen zorg uitstellen of mijden. Verdiepend onderzoek door het Nivel⁵ laat zien dat kwetsbare groepen mensen, zoals mensen met een laag inkomen, lage gezondheidsvaardigheden en/of een slechtere gezondheid, vaker om financiële redenen afzien van zorg. Een forse verlaging van het verplicht eigen risico zal dus naar verwachting zorgmijding verminderen. Ik kan op voorhand niet aangeven voor hoeveel mensen dit verschil gaat maken, dat zal de tijd uitwijzen

⁵ Rapport «Kennisvraag: Kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen», Nivel, 2024

Daarnaast lezen deze leden in de paragraaf over het landelijk dekkend netwerk voor digitale zorgondersteuning dat op dit moment veel mensen moeite hebben om mee te komen met de digitale transformatie, waardoor zij drempels ervaren bij het gebruik van digitale en hybridezorg en -ondersteuning. Dit belemmert de

volledige benutting van de kansen die digitalisering in de zorg biedt en zet de toegang tot zorg onder druk. In hoeverre beïnvloedt dit de verwachtingen rondom digitalisering en AI en het terugdringen van de arbeidstekorten in de zorg?

Dit is zeker een factor van belang als het gaat om de verwachtingen bij passende inzet van digitalisering en AI voor het terugdringen van de arbeidstekorten in de zorg. In de Monitor Digitale Zorg (2024) staat dat de inzet van digitale toepassingen in de zorg toe neemt en dat de houding van zorgprofessionals tegenover digitalisering positiever wordt. Digitale zorg en AI worden gezien als veelbelovende hulpmiddelen in het verminderen van arbeidstekort maar daarin is toegankelijkheid voor zowel professional als zorggebruiker inderdaad een belangrijk uitgangspunt.

Goede toegankelijkheid van digitale zorg voor zorggebruikers is essentieel, zodat zoveel mogelijk mensen kunnen profiteren van de kansen die digitalisering biedt. Digitale vaardigheden zijn daarbij een belangrijke basisvoorwaarde. Dat vraagt om gerichte inzet op ondersteuning, iets wat ook is vastgelegd in de afspraken van het Integraal Zorg Akkoord⁶⁷.

⁶ Voor burgers/patiënten/cliënten:

IZA: Partijen informeren burgers/patiënten/cliënten hierover en betrekken hen bij de communicatie, het aanbod en de inzet en hebben daarbij aandacht voor gebruikersvriendelijkheid in het algemeen en specifiek voor mensen met lage gezondheids- en digitale vaardigheden. Om te bevorderen dat burgers, cliënten, en patiënten mee kunnen gaan in de toenemende digitalisering van gezondheidszorg wordt voor hen ondersteuningsmateriaal ontwikkeld en vanaf 2025 aangeboden.

⁷ Per 2025 vormen veranderkundige en digitale vaardigheden een integraal onderdeel van het onderwijs voor zorg en welzijn en zorgen werkgevers ervoor dat deze een integraal onderdeel van een leven lang

Gelukkig is er steeds meer aandacht voor de mogelijkheden en ondersteuningsbehoefte en kunnen mensen sneller doorverwezen worden naar passende hulp en ondersteuning bij vragen over digitale zorg. Ook binnen het IZA en het AZWA is hiervoor veel aandacht. Via verschillende routes worden mensen ondersteund in het gebruik van digitale zorg. Denk bijvoorbeeld aan initiatieven van Alliantie Digitaal Samenleven, de Patiëntenfederatie, Digitaal mee in de zorg van het Citroenfonds en Pharos die zich inzet om gezondheidsverschillen in het gebruik van digitale zorg te verkleinen. De Helpdesk Digitale Zorg ondersteunt gebruikers direct en verzamelt waardevolle inzichten over waar mensen vastlopen en hebben daarnaast een goede verbinding met lokaal ondersteuningsaanbod. Op deze manier zorgen wij ervoor dat digitalisering in de zorg toegankelijk blijft voor zoveel mogelijk mensen.

Daarnaast is het van belang dat patiënten en zorgverleners samen een bewuste keuze maken over de vorm van zorg en contact, zodat dit goed aansluit bij de mogelijkheden en de behoefte van zorggebruikers. Vaak zijn juist de mensen met lagere gezondheids- en digitale vaardigheden meer aangewezen op zorg en welzijn, terwijl dit juist vaak de groep is die het meeste drempels ervaart met

digitale zorg. Daarom is het belangrijk om samen met patiënt/client of mantelzorger te beslissen over passende inzet van digitale zorg waar dat wenselijk is, dit staat ook opgenomen in een andere IZA afspraak over Samen Beslissen⁸.

ontwikkelen van medewerkers zijn. Het verhogen van de digitale vaardigheden kan gefinancierd worden uit de transitiebudgetten.

⁸ IZA afspraak: Veldpartijen zorgen dat de hybride zorg toegankelijk is voor mensen en bevorderen inclusiviteit van deze zorg. Hierbij is het uitgangspunt 'digitaal als het kan' en beslissen patiënt en zorgverlener samen over of de zorg inderdaad digitaal/hybride kan worden geleverd gegeven de specifieke situatie van de patiënt.

Ook moet er altijd een mogelijkheid blijven om zorg niet digitaal te ontvangen, omdat er altijd een groep mensen zal zijn voor wie het lastig zal blijven of omdat zij niet beschikken over de juiste middelen zoals een goedwerkende smartphone of internet.

Tenslotte is er ook veel winst te behalen uit het gebruiksvriendelijker maken van digitale en AI toepassingen bijvoorbeeld door in de ontwikkeling goed rekening te houden met de vaardigheden van de gebruikers en dit met de doelgroep te testen.

En wat zijn daarnaast de verwachte effecten van de uitgezette acties en afspraken op het gebied van wachttijden in de medisch specialistische zorg (C3b) en op het gebied van het verbeteren van de normen voor maximaal aanvaardbare wachttijden? Op welke termijn worden hier de eerste positieve effecten van verwacht?

De genoemde afspraken zijn onderdeel van een verzameling afspraken die gezamenlijk de toegang tot medisch specialistische zorg verbeteren en gelijkwaardiger maken. Het verwachte effect is dat de wachttijden voor patiënten korter worden. De positieve effecten worden verwacht na het afronden van de acties op de afgesproken data.

De afspraken over “Transparantie wachttijden en proactieve bemiddeling msz” (C3b) gaan over proactieve bemiddeling en adequate wachtlijstinformatie. Door proactieve zorgbemiddeling kan de zorgcapaciteit beter benut worden en dit voorkomt verdere stijging van de wachtlijsten. Ook raken patiënten beter bekend met de mogelijkheid van zorgbemiddeling. Partijen streven ernaar om per 1 januari 2026 proactieve zorgbemiddeling mogelijk te maken. Wachtenden zullen vanaf 2026 effect kunnen merken doordat zij zelf proactief benaderd worden. Daarnaast zorgen zorgaanbieders ervoor dat de wachttijdinformatie actueel en accuraat is. Ook stelt de Nederlandse Zorgautoriteit een werkagenda op voor het genereren van goede wachtlijstinformatie. De verwachting is dat de wachtlijstinformatie per 2026 verbeterd is.

De afspraken over “Normeren/differentiëren: normen voor maximaal aanvaardbare wachttijden verbeteren” (C4) dragen naar verwachting bij aan een verbeterde en gelijkwaardigere toegang tot passende zorg. De verwachting is dat deze nieuwe normen gereed zijn op 1 juli 2026. De verwachte effecten kunnen pas ingeschat worden als de geactualiseerde normen vastgesteld zijn.

De leden van de GroenLinks-PvdA fractie zijn positief over de afspraken die zijn gemaakt om het inzicht in de wachtlijsten van de ggz te verbeteren om op die manier ook zorgbemiddeling mogelijk te maken. Wel vragen zij waarom de afspraken hiertoe zo lang op zich hebben laten wachten. Al jaren stellen deze leden vragen over betere wachtlijstinformatie en zorgbemiddeling, zeker omdat dit laatste gewoon een taak is van de zorgverzekeraar. Ook via het Integraal Zorgakkoord zou informatie beter in beeld komen, is dit onvoldoende van de grond gekomen? Hoe gaat er gezorgd worden dat dit bij het AZWA wel van de grond komt? Hetzelfde geldt voor de bijbehorende ambitie. In het IZA werd nog als doel gesteld dat eind 2026 de gemiddelde wachttijd voor iedere zorgvraagtypering 5 weken (één tot twee weken voor de intake en drie tot vier weken tot start behandeling). Genoemde leden constateren dat deze ambitie bij lange na niet is gehaald. Nu lezen zij in het AZWA dat in 2028 iedereen hulp moet krijgen binnen de afgesproken wachttijd in de ggz. Dat is minder ambitieus dan het IZA, maar nog steeds een forse opgave. Wordt deze ambitie wel realistisch geacht? Zo ja, hoe gaat de minister daarvoor zorgen? En is de minister ook bereid om tussentijds op te schakelen als de ambitie uit beeld lijkt te raken? Want deze leden vinden ambities goed, maar als deze telkens niet gehaald worden, dan is het ook de vraag waarom deze steeds zo hoog worden gesteld en of er voldoende urgentie wordt gegeven aan het halen van de ambitie.

In de afgelopen jaren is door de IZA-partijen gewerkt aan het verbeteren van inzicht in wachttijdinformatie en daarmee aan het verkorten van de wachttijden in de ggz. Dit gebeurt door zowel de kwaliteit van bestaande (retrospectieve) data

te verbeteren, als door beter inzicht te krijgen in actuele (prospectieve) wachttijdinformatie. Deze inspanningen gaan onverminderd door.

De meest recente informatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over wachttijden en wachtplekken in de ggz laat zien dat de IZA-ambitie rond wachttijden in de ggz helaas nog ver weg is. Om die reden zijn er in het AZWA aanvullende afspraken gemaakt om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren, onder andere over het versterken van de samenwerking tussen zorg en sociaal domein, het vergroten van de behandelcapaciteit in de ggz en het schrappen van exclusiecriteria bij ggz-aanbieders. Ook zijn afspraken gemaakt over het realiseren van proactieve zorgbemiddeling. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars hun verzekerden die op een lange wachtlijst staan proactief helpen om een zorgverlener te vinden met een kortere wachttijd. Overigens is zorgbemiddeling op dit moment ook al mogelijk, maar dan als reactieve dienst. Verzekerden kunnen nu zelf contact opnemen met hun zorgverzekeraar voor zorgbemiddeling, of hun zorgverlener toestemming geven om dat te doen.

Bij de aanvullende afspraken om de wachttijden in de ggz naar beneden te krijgen, hoort een doel dat realistischer is en toch ook ambitieus: met elkaar streven we ernaar dat in 2028 alle patiënten binnen de Treeknorm geestelijke gezondheidszorg ontvangen. In het AZWA is expliciet opgenomen dat de effecten van de IZA- en AZWA-afspraken voor de ggz worden gemonitord en worden getoetst op de uitwerking op dit doel. De uitkomsten hiervan blijven onderwerp van periodieke gesprekken op bestuurlijk niveau, evenals hetgeen nodig is om het doel te bereiken.

Naar aanleiding van het onderdeel “Beweging naar de voorkant” stellen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie de volgende vragen. Genoemde leden onderschrijven ten zeerste de noodzaak van het versterken van de eerstelijnszorg en het waarborgen van een duurzame continuïteit van de huisartsenzorg. Zij zijn van mening dat het van cruciaal belang is dat meer huisartsen met een vaste

patiëntenpopulatie werken. Dat kan bij een praktijkhouder, maar ook bij een huisarts in loondienst. Ziet de minister hier ook een rol weggelegd voor gezondheidscentra, waarbinnen huisartsen in loondienst samen kunnen werken met een vaste patiëntenpopulatie? Zo ja, hoe is dit opgenomen in het AZWA? En welke rol ziet de minister weggelegd voor de oprichting van gezondheidscentra voor zorgverzekeraars, die immers hun zorgplicht moeten naleven en hier ook baat bij hebben?

Net zoals de leden van de fractie GroenLinks-PvdA, vind ik het belangrijk dat iedere inwoner een vaste huisarts heeft. Hierbij is het van belang dat huisartsen werken met een vaste patiëntenpopulatie. Dit kan in verschillende vormen, bijvoorbeeld als praktijkhoudend huisarts, maar ook in loondienst bij een andere huisarts of bij een gezondheidscentrum.

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol bij het toegankelijk houden van de huisartsenzorg. Vrijwel alle zorgverzekeraars hebben inmiddels modules in het inkoopbeleid opgenomen om startende praktijken (dit kunnen ook gezondheidscentra zijn) financieel te ondersteunen. In het AZWA heb ik met partijen afgesproken om deze beweging te versterkend door meer ruimte te bieden voor (financieel) maatwerk door de zorgverzekeraar als de continuïteit of toegankelijkheid van de huisartsenzorg in een regio onder druk staat. Dit maatwerk kan op verschillende manieren worden toegepast. Het stimuleren huisartsen in loondienst bij gezondheidscentra kan hier een onderdeel van zijn. Partijen stellen de komende periode een leidraad op die regio's helpt bij het vormgeven van dit maatwerk. Ik zal, zoals mijn voorganger heeft toegezegd in haar reactie op de initiatiefnota van het lid Bushoff⁹, de mogelijkheid van het oprichten of het tijdelijk onder beheer nemen van gezondheidscentra door zorgverzekeraars (en/of RHO's) ook extra onder de aandacht brengen van de partijen bij het opstellen van de leidraad voor regionaal (financieel) maatwerk.

⁹ *Kamerstukken II, 2024/25, 36 666, nr. 4*

Daarnaast vragen deze leden hoe het staat met de opzet van het landelijk systeem waarmee inzicht ontstaat welke huisartsenpraktijken plek hebben voor nieuwe patiënten, zodat de bijna 1 miljoen Nederlanders die op zoek is naar een (nieuwe) huisarts makkelijker kunnen wisselen van praktijk. Zal dit systeem inderdaad eind 2025 operationeel zijn?

Op 22 september jl. heb ik met de betrokken partijen en mensen uit de praktijk en de wetenschap een startbijeenkomst georganiseerd over de uitvoering van AZWA-afspraken over de huisartsenzorg, waaronder het landelijke ruil- en inschrijfsysteem. Er zijn al veel lokale en landelijke initiatieven die werken aan ruil- en inschrijfsystemen. Mijn insteek is dan ook om niet het wiel opnieuw uit te vinden, maar om kritisch te kijken wat er nodig is om zo snel mogelijk een goed landelijke dekkend systeem op te tuigen. Ik zet mij er samen met partijen voor in om het systeem zo spoedig mogelijk operationeel te krijgen. Begin 2026 zal ik de Tweede Kamer nader informeren over de voortgang.

Ook vragen genoemde leden hoe maatwerk per regio, waarin partijen afspraken maken over financieel maatwerk om continuïteit van huisartsenzorg te borgen, zich verhoudt tot de steun van zorgverzekeraars aan huisartsen bij de oprichting van nieuwe praktijken die volgend jaar structureel wordt. Hoe kunnen beiden elkaar versterken?

Zorgverzekeraars hebben op dit moment al de mogelijkheid om regionaal maatwerk in te zetten als de continuïteit of toegankelijkheid van de huisartsenzorg onder druk staat. Een deel van hen heeft inmiddels een module ten behoeve van toegankelijke huisartsenzorg opgenomen in hun inkoopbeleid. Hiermee helpen zorgverzekeraars huisartsen

die een praktijk willen overnemen of een nieuwe praktijk willen beginnen¹⁰.

Tegelijkertijd zie ik ook dat niet overal waar het nodig is, maatwerk wordt ingezet ten behoeve van het borgen van de toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Met het opstellen van een landelijke leidraad ten behoeve van regionaal maatwerk, beoog ik met de partijen meer duidelijkheid te creëren over de inzet van regionaal (financieel) maatwerk en dit minder vrijblijvend te maken bij (dreigende) discontinuïteit van huisartsenzorg. Daarnaast borgen we met deze leidraad ook dat het maatwerk daar terecht komt waar dit het meeste nodig is. Hiermee is er een versterkend effect tussen de AZWA-afspraken over financieel maatwerk en de stap die veel zorgverzekeraars het afgelopen jaar hebben gezet elkaar, zoals de fractie GroenLinks-PvdA ook constateert.

En wat doet de minister nog meer om de huisvestingsproblematiek op te lossen? Is de minister bereid opnieuw te kijken naar de rol van gemeenten en provincies, die bij nieuwbouwplannen bijvoorbeeld ruimte kunnen maken voor zorgvoorzieningen, iets waar ook huisartsenverenigingen voor pleiten in aanvulling op de andere maatregelen die worden genomen?

Passende huisvesting is een belangrijke randvoorwaarde in het borgen van toegankelijke huisartsenzorg. Ongeveer gelijktijdig publiceer ik met de betrokken (AZWA-)partijen¹¹ een nieuwe, uitgebreide versie van de handreiking Huisvestingsproblematiek huisartsen en gezondheidscentra. In deze handreiking zijn afspraken gemaakt over het oplossen van de financiële knelpunten die huisartsen en gezondheidscentra kunnen ervaren in hun zoektocht naar passende huisvesting. Daarnaast heb ik met de partijen

¹⁰ <https://nos.nl/artikel/2580847-zorgverzekeraars-gaan-huisartsen-helpen-bij-openen-van-nieuwe-praktijken>

¹¹ Bestaande uit de Landelijke Huisartsen Vereniging, InEen, Zorgverzekeraars Nederland, Vereniging Nederlandse Gemeenten, Nederlandse Zorgautoriteit, Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening en Ministerie van VWS

afgesproken dat hun leden zullen werken volgens het principe ‘pas de handreiking toe, of leg uit’. Voor gemeenten houdt dat onder meer in dat zij bij nieuwbouwplannen waar nodig rekening houden met ruimte voor eerstelijnszorgvoorzieningen.

In de initiatiefnota “Stop de commercie, steun de huisarts. Een plan voor toekomstbestendige huisartsenzorg” van het lid Bushoff zijn zestien actiepunten geformuleerd voor een toekomstbestendige huisartsenzorg. Uw voorganger, voormalig minister Agema, gaf aan voor twaalf van de zestien punten overeenstemming te zien en mee te nemen in het AZWA. Kan voor deze twaalf punten uiteen worden gezet hoe deze precies worden meegenomen en waar deze leden dit kunnen vinden in het akkoord?

De voorstellen van het lid Bushoff kwamen grotendeels overeen met de lijn van het AZWA. Mijn ambtsvoorganger heeft in haar uitgebreide reactie toegelicht hoe zij de twaalf voorstellen van het lid Bushoff mee heeft genomen in de afspraken over de huisartsenzorg in het AZWA. In deze reactie heeft mijn voorganger ook toegelicht in welke afspraak elk voorstel wordt meegenomen. Ik verwijs de leden van de fractie GroenLinks-PvdA voor een uitgebreid antwoord op deze vraag dus naar de brief van mijn voorganger¹².

Voorts willen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie graag weten in hoeverre de minister bereid is commercialisering verder terug te dringen in de huisartsenzorg. De speerpunten in het AZWA, waaronder duurzame continuïteit van huisartsenzorg, huisartsen met een vaste patiëntenpopulatie en voldoende participatie voor de invulling van avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten), staan immers haaks op diverse ervaringen met commerciële partijen die puur gericht waren op winst en daarmee zorg op de tweede plek zetten. Zo onttrokken partijen als Co-Med zich bijvoorbeeld volledig aan de verantwoordelijkheid voor het verdelen van ANW-diensten en

¹² Kamerstukken II, 2024/25, 36 666, nr. 4

sluiten commerciële partijen zich vaak niet aan bij een huisartsenpost. Hoe kijkt de minister hiernaar en hoe komt dit terug in het AZWA zodat de duurzame continuering van de huisartsenzorg daadwerkelijk geborgd kan worden?

Duurzame continuïteit van de huisartsenzorg is in het belang van de patiënt, maar ook in die van de huisarts. Alle aanbieders van huisartsenzorg dienen te voldoen aan de kernwaarden van de huisartsenzorg: continu, medisch-generalistisch, persoonsgericht en gezamenlijk. De voorbeelden in de vraag van GroenLinks-PvdA passen daar niet in. Het is dus belangrijk dat (nieuwe) aanbieders van huisartsenzorg door de zorgverzekeraar en waar nodig de toezichthouder kunnen worden getoetst op het voldoen aan deze kernwaarden. In het AZWA heb ik daarom met de (huisartsen)partijen afgesproken om opvolging te geven aan de aanbevelingen van de IGJ en NZa over ketenvorming in de huisartsenzorg door te verkennen of de kernwaarden van de huisartsenzorg kunnen worden vertaald naar werkbare en toetsbare normen of uitgangspunten voor zorgverzekeraars en toezichthouders. Naar verwachting kan ik de Tweede Kamer eind 2025 nader informeren over de uitkomsten van dit traject.

Het stemt deze leden tevreden dat er geld vrij wordt gemaakt voor het gordelroosvaccin, zodat minder patiënten last hebben van deze ziekte en de toegankelijkheid van het vaccin niet meer afhankelijk is van de dikte van je portemonnee. Kan de minister nader toelichten hoe er invulling wordt gegeven aan dit programma? Welke leeftijdsgroepen komen precies in aanmerking voor het gordelroosvaccin?

Het budget voor een vaccinatiecampagne tegen gordelroos is vanaf 2027 beschikbaar. Dit budget is niet voldoende om alle 60-jarigen en alle mensen ouder dan 60 jaar een vaccinatie tegen gordelroos aan te bieden, zoals de Gezondheidsraad heeft geadviseerd. Ik heb het RIVM daarom gevraagd om – gegeven het budget dat beschikbaar is – te adviseren over welke leeftijdsgroep(en) als eerste in aanmerking moeten komen voor een vaccinatie en welke leeftijdsgroep(en)

daarna. Ik verwacht dit advies nog dit jaar en zal uw Kamer daarover – conform mijn toezegging op 9 oktober jl. in het Commissiedebat Publieke Gezondheid – rond Kerst informeren.

Naar aanleiding van het onderdeel “Passende zorg” stellen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie de volgende vragen. Genoemde leden lezen dat het AZWA bijdraagt aan impactvolle passende zorg door opschaling en contractering. Daarnaast lezen zij dat onderdeel van het AZWA is dat gecontracteerde zorg wordt gestimuleerd en niet-gecontracteerde zorg wordt ontmoedigd. Kan nader worden toegelicht wat het AZWA bekend voor de vrije artskenkeuze voor patiënten? Kan ook nader worden toegelicht hoe deze specifieke afspraken bijdragen aan het verminderen van het arbeidsmarkttekort?

Het doel van deze afspraak is om te zorgen dat aanbieders een eerlijke bijdrage leveren aan de maatschappelijke opgave en daar ook een eerlijke vergoeding voor krijgen. Op die manier zorgen we ervoor dat het schaarse personeel daadwerkelijk wordt ingezet waar het nodig is. Daar waar aanbieders zich onttrekken aan redelijke voorwaarden om die opgave te realiseren, wil ik dat ontmoedigen. Daartoe worden verschillende maatregelen onderzocht. Het streven is om op basis van feiten over het huidige speelveld in de ggz, msz en wijkverpleging, met een samenhangend pakket aan maatregelen te komen om te zorgen dat aanbieders een eerlijke bijdrage leveren aan de maatschappelijke opgave. Een positieve impact op de verzekerden is hierbij het uitgangspunt. Ik verwacht uw Kamer op zijn vroegst in het eerste kwartaal van 2026 te kunnen informeren over de resultaten van dit traject.

De leden van de GroenLinks-PvdA fractie vinden de medijntekorten in Nederland schrijnend. Genoemde leden onderschrijven dan ook het doel om de toegang van bestaande geneesmiddelen voor patiënten te verbeteren. In het AZWA lezen zij dat alle betrokken partijen gezamenlijk

gedragen bestuurlijke afspraken maken die gericht zijn op betere beschikbaarheid van geneesmiddelen. Wie neemt hier de regio en hoe wordt gemonitord of partijen zich aan de afspraken houden? En wat wordt er, naast de afspraken in het AZWA die vooral bestuurlijk en procedureel van aard zijn, gedaan om de grondoorzaak van de geneesmiddelentekorten aan te pakken, waaronder het tekort aan grondstoffen?

Het ministerie van VWS heeft de regie en werkt nu samen met de betrokken veldpartijen de genoemde afspraken uit tot een werkagenda voor de komende jaren. Ik verwacht dat de werkagenda in het voorjaar van 2026 af is. De monitoring maakt deel uit van de uitwerking. Het Bestuurlijk Overleg Farmacie, dat bestaat uit veldpartijen, zal een rol spelen in monitoren van de afspraken in de werkagenda.

In de Kamerbrief van juni 2025¹³ heeft mijn voorganger het beleid op de beschikbaarheid van geneesmiddelen toegelicht. Een van de pijlers van dit beleid is het voorkomen van tekorten, deze richt zich onder andere op het aanpakken van de oorzaken van tekorten.

De leden van de GroenLinks-PvdA fractie vinden het schokkend en zeer zorgelijk dat de schatting is dat er voor €10 miljard wordt gefraudeerd in de zorg. Dit is publiek geld waar mensen keihard misbruik van maken. Als deze €10 miljard goed besteed zou worden, kunnen we bijvoorbeeld de zorgpremie terugbrengen naar honderd euro en tandartsbehandelingen in het basispakket opnemen. Het is dan ook goed dat het aanpakken van fraude onderdeel is van het AZWA. Echter, er zijn nog grote te stappen te zetten om fraude in de zorg echt aan te pakken. In het AZWA ligt veel focus op signalering en meldingen van fraude. Kan worden toegelicht hoe het AZWA hieraan gaat bijdragen? Hoe draagt het AZWA bij dat mensen die eerder gefraudeerd hebben in de zorg in de toekomst uit de zorg worden geweerd?

¹³ Kamerstukken II, 2024-2025, 29 477, nr. 939

Zoals eerder aangegeven is de genoemde tien miljard een schatting; er ligt geen sluitende berekening onder. Helaas is wel zeker duidelijk dat het om veel geld gaat. In het AZWA committeren alle betrokken partijen zich aan de uitvoering van afspraken om fraude in de zorg te voorkomen, op te sporen, te stoppen en te bestraffen. De maatregelen hebben betrekking op de gehele keten, van tijdig signaleren en delen van vermoedens van misstanden tot een betere screening van potentiële malafide aanbieders tot extra capaciteit voor bestuursrechtelijke en strafrechtelijke handhaving. Met het AZWA zijn structurele middelen beschikbaar gekomen om de aanpak van zorgfraude daadwerkelijk te verstevigen. Deze extra middelen zijn vanaf 2027 beschikbaar en lopen op tot € 50 miljoen per jaar vanaf 2030.

Diverse maatregelen zijn erop gericht om mensen die eerder in de zorg hebben gefraudeerd uit de zorg te weren, zoals het beter benutten van de mogelijkheden die de Wet Bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur (Wet Bibob) biedt en het verkennen van mogelijke aanvullende voorwaarden aan de vergunningverlening. Samen met betrokken partijen worden de maatregelen verder uitgewerkt.

Naar aanleiding van het onderdeel “Financiën” stellen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie de volgende vragen. Genoemde leden lezen dat in het Hoofdlijnenakkoord is opgenomen dat “aan het verlengen van het zorgakkoord een extra besparing gekoppeld van €250 miljoen in 2027 en €590 miljoen in 2028.” Kan de minister nader toelichten waar deze besparing precies terecht komt? Genoemde leden lezen dat voor het opvangen van de extra zorgvraag als gevolg van het verlagen van het eigen risico €2,3 miljard is vrijgemaakt. Hoeveel geld is beschikbaar voor middelen om de extra zorg te betalen? Is dat voldoende voor prognoses van de extra zorgvraag? In hoeverre dragen de doorbraakmiddelen en middelen om de beweging aan de voorkant te stimuleren om deze extra kosten te remmen?

In het Hoofdlijnenakkoord is besloten om voor de IZA-sectoren de groeipercentages van het Integraal Zorgakkoord

door te trekken, op het niveau van het laatste jaar. De beschikbare groei voor het AZWA is daarmee lager dan de beleidsarme groei zoals die wordt geraamd door het CPB aan de start van de kabinetsperiode. Deze lagere groei leidt tot de genoemde besparing. Deze besparing is niet specifiek toegewezen; het geheel van het AZWA afspraken moet leiden tot de totale besparing. Gezien de beperkte groei in de MSZ (0%) en GGZ (0,4%) kan wel worden gesteld dat de besparing met name daar plaats moet vinden.

De financiële prognose van de gestegen zorgvraag als gevolg van het verlagen van het eigen risico wordt berekend door het CPB. Dit noemen we het remgeld. Het kabinet neemt deze raming over. Deze raming bedraagt €2,1 miljard in 2027, oplopend naar €2,3 miljard in 2029. Hiervan is een deel toebedeeld aan sectoren waarmee geen financiële afspraken zijn gemaakt in het AZWA (ruim €400 mln. in 2028) om de extra zorgvraag op te vangen. Aan de sectoren van het AZWA is ruim € 1 miljard toegevoegd aan de kaders om de extra zorgvraag op te vangen. De resterende middelen zijn grotendeels ingezet voor investeringen die moeten helpen om de zorgvraag in de Zvw te dempen. Er is €400 miljoen van de remgeldmiddelen gereserveerd voor doorbraakprojecten die de stijgende zorgvraag moeten afremmen. Er worden afspraken gemaakt met de partijen die moeten borgen dat deze projecten voldoende impact hebben. Van de remgelden wordt €230 miljoen ingezet voor een aantal financiële afspraken in het AZWA op het terrein van o.a. preventie, sociaal domein en arbeidsmarkt. Circa €100 miljoen is in 2028 ingezet om te voorkomen dat de sectoren minder volumegroei zouden krijgen, als gevolg van een lagere CPB raming (technische boeking).

Naar aanleiding van het onderdeel “Voortgang Integraal Zorgakkoord (IZA)” stellen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie de volgende vragen. Allereerst hebben zij vragen over een actuele kwestie, namelijk het recente bericht¹⁴ dat per 12 september er geen

¹⁴ De juiste zorg op de juiste plek, 15 september 2025, <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/actueel/nieuws/Transformatie-middelen%20volledig%20benut/>

transformatiemiddelen IZA meer beschikbaar zijn voor transformatieplannen die nog niet goedgekeurd zijn. Deze leden begrijpen dat dit nieuws bij zorgorganisaties hard is binnengekomen, omdat zij soms al jaren plannen aan het maken waren met verschillende partijen samen en nu waarschijnlijk achter het net vissen, waardoor deze plannen geen doorgang kunnen vinden. Hoe kijkt de minister hiernaar? Is bekend hoeveel plannen geen doorgang meer kunnen vinden? Wanneer was bekend dat het einde van de pot transformatiemiddelen in zicht was? Wanneer is dit gecommuniceerd met het zorgveld? Wat betekent dit voor de plannen die wel door zorgorganisaties zijn gemaakt, maar nu niet zijn goedgekeurd? Zijn er nog eventuele alternatieve routes hiervoor?

In het IZA is afgesproken dat er tijdelijk financiële middelen beschikbaar komen om de transformatie naar passende zorg een extra stimulans te geven. Zorgaanbieders kunnen hiervoor transformatieplannen indienen die beoordeeld worden door de coördinerende zorgverzekeraars. Bij plannen die betrekking hebben op het sociaal domein, moet de betreffende gemeente/de mandaatgemeente expliciet goedkeuring geven voor de onderdelen die toezien op het sociaal domein. Bij de beoordeling geldt: wie het eerst komt, wie het eerst maalt. Voor de financiering van deze plannen was een vast bedrag aan zogenaamde transformatiemiddelen beschikbaar. Iedereen wist echter dat een moment zou komen dat deze middelen op zouden zijn. Op 12 september 2025 bleek dit het geval te zijn.

In 2024 maakte mijn voorganger zich zorgen over het tempo waarin transformatieplannen werden ontwikkeld en is er geïnvesteerd in verduidelijking van het beoordelingskader met een aanvullende werkinstructie. De afgelopen maanden is er een duidelijke inhaalslag geweest. De grote hoeveelheid transformatieplannen die werd ingediend, leidde ertoe dat het beschikbare bedrag in 2025 snel werd besteed.

Op 1 juli 2025 is naar buiten gebracht dat er geen nieuwe plannen meer konden worden ingediend omdat voor een veel groter bedrag was aangevraagd dan dat er middelen

beschikbaar waren. Op 5 september 2025 is door het BO IZA besloten om een deel van de nog resterende middelen te reserveren voor plannen voor mentale gezondheidsnetwerken, zorg coördinatie en spreiding en concentratie. Hiertoe is besloten omdat deze thema's van groot belang zijn voor de IZA-beweging en nog onvoldoende naar voren kwamen in eerdere toekenning van middelen. Half september 2025 was vervolgens het moment bereikt dat alle transformatiemiddelen waren toegekend dan wel gereserveerd voor deze thema's.

Dat alle transformatiemiddelen zijn toegekend of gereserveerd betekent dat in alle regio's een versnelling in de beweging naar passende zorg is ingezet. Helaas zijn er minder middelen beschikbaar dan dat er plannen zijn ingediend, waardoor een aantal plannen niet meer gefinancierd kunnen worden via de transformatiemiddelen. Echter, dit is wat mij betreft geen verloren energie. Als alle betrokken partijen ervan overtuigd zijn dat het een goed plan is, met een positieve business case, dan zijn er mogelijk ook andere manieren om het plan te financieren. Hierover kan bijvoorbeeld het gesprek gevoerd worden in de bilaterale contractering, door inzet van eigen middelen, door samenwerking met het bedrijfsleven of financiële instellingen of door het opknippen van plannen.

De goedgekeurde plannen, waar geen geld meer voor beschikbaar is, worden op een wachtrij geplaatst. Als er middelen vrijvallen, bijvoorbeeld omdat goedgekeurde plannen goedkoper uitvallen en/of omdat beschreven doelstellingen niet worden behaald, dan vloeien deze middelen terug naar de 'algemene pot'. Goedgekeurde transformatieplannen in de wachtrij komen hier vervolgens voor in aanmerking, op volgorde van goedkeuring.

De leden van de GroenLinks-PvdA fractie zijn ook benieuwd wat deze uitputting van de middelen doet voor de beweging van het IZA? Zeker gezien de conclusie van de demissionaire regering bij de uitkomsten van de zogenaamde mid-term review, die naar de Kamer is gestuurd: "De uitkomsten van de MTR bevestigden dat verandering een proces is van de

lange adem. Het tempo van de transformatie van zorg en welzijn moet fors omhoog, de samenhang moet worden versterkt en de focus worden verbreed"¹⁵. Als het tempo van de transformatie omhoog moet, hoe gaat dit samen met de uitputting van de transformatiemiddelen, waardoor plannen niet door kunnen gaan?

De noodzaak om de transformatie van de zorg fors te versnellen, blijft bestaan. Alle partijen in het zorgveld moeten hier een bijdrage aanleveren. Lang niet alle mogelijkheden hiertoe kost (veel) geld. Zo kan bijvoorbeeld het versterken van de samenhang en een beter samenwerken zelfs snel geld opleveren. Daar waar wel eerste geïnvesteerd moet worden, roep ik zorgverzekeraars en zorgaanbieders om samen te onderzoeken welke mogelijkheden daarvoor zijn.

In het AZWA zijn er aanvullend op de transformatiemiddelen doorbraakmiddelen beschikbaar gesteld voor impactvolle transformaties, Voor de jaren 2027 en 2028 is hiervoor € 400 miljoen per jaar beschikbaar. De precieze governance wordt nog uitgewerkt en vastgesteld. Hierbij wordt in ieder geval bezien welke spelregels er moeten gelden, zodat de meeste impact op de transitiedoelen wordt gerealiseerd. Partijen hebben in het AZWA met elkaar afgesproken dat de lat wanneer een doorbraak daadwerkelijk impactvol is verhoogd moet worden, waarbij de impact op fte (arbeidsbesparing) leidend is.

Tot slot hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie nog enkele vragen over de beleidsimpactanalyse van het KPMG over de aanvullende IZA- en GALA-afspraken. Hoe bezieet de minister het feit dat het effect van veel maatregelen, waaronder het beperken van administratieve lasten en de invloed van technologische innovatie en AI, door KPMG moeilijk in te schatten is omdat voor een groot deel nog onduidelijk is hoe hier invulling aan gegeven zal worden? Hoe beoordeelt de minister de negatieve effecten en risico's die door KPMG benoemd worden bij technologische innovatie en AI, waaronder de tijdelijke toename van

¹⁵ Kamerstuk 31 765, nr. 941. [Kamerbrief resultaten monitoring Integraal Zorgakkoord | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)

werkdruk en het risico op verminderde sociale interactie met de patiënt?

In het kader van het eerste transitiedoel AZWA – om het stijgende arbeidsmarkttekort lager uit te laten komen – hebben partijen tijdens de onderhandelingen afgesproken om conceptafspraken in wording te analyseren op de verwachte impact en potentie. Dit omdat alle partijen het belangrijk vinden om voldoende impact te realiseren met de afspraken die ze maken. Het definitieve akkoord is niet geanalyseerd. De analyses zijn bedoeld als inzicht in de potentiële arbeidsbesparing en hebben bij de uitwerking van de afspraken als referentiepunt gediend.

Het klopt dat KPMG in de analyse ook heeft gekeken naar wat mogelijke neveneffecten kunnen zijn, zoals een initiële stijging van de werkdruk of weerstand tegen veranderingen. Bij elke verandering of implementatie van iets nieuws kunnen dit soort effecten optreden. Deze analyses vooraf helpen juist om tijdens implementatie van afspraken maatregelen te nemen om dit zoveel mogelijk tegen te gaan.

Het is een bestuurlijke ambitie van alle partijen om de impact, beschreven in de transitiedoelen, met de afspraken uit het akkoord maken. Gezamenlijk sturen we op realisatie van deze ambitie, en de invulling van de randvoorwaarden om dit mogelijk te maken.

Deelt de minister de zorgen over de kwaliteit van onze zorg wanneer persoonlijke zorgmomenten vervangen worden door beeldschermzorg? Kan de minister garanderen dat menselijk contact, indien nodig en gewenst, leidend blijft? Hoe wordt daarnaast het risico op onbetrouwbaarheid van apparatuur en systemen ondervangen, waaronder de risico's op storingen of defecten, die immers veel effect kunnen hebben op de continuïteit van zorg en veiligheid voor patiënten? En hoe gaat gewaarborgd worden dat patiënten die geen volledige toegang tot technologie hebben, of dat nou vanwege het ontbreken van financiële middelen of door het ontbreken van digitale vaardigheden is, niet zullen leiden tot

ongelijkheid in de toegang tot zorg waardoor deze groepen uiteindelijk slechter af zijn?

Ik deel die zorgen niet.

Beeldschermzorg wordt door veel mensen gewaardeerd als een vorm van persoonlijk contact. Ook omdat ze zelf het moment van contact kunnen bepalen en in situaties als er geen professional fysiek aanwezig is of kan zijn. Daarnaast vergroot het de autonomie van mensen omdat ze door beeldschermcontact minder afhankelijk zijn van vervoer, reistijd en van naasten of mantelzorgers. Dit maakt zorg toegankelijker en flexibeler. Patiënten geven in het recente onderzoek *Bijdragen aan de Zorg*¹⁶ van de Patiëntenfederatie Nederland aan, meer digitale vormen van zorg en ondersteuning te willen ontvangen. Maar ook bij deze vorm van digitale zorg geldt het principe samen beslissen waar dat kan.

In het IZA zijn hierover eerder afspraken gemaakt over digitaal als het kan, op basis van samen beslissen tussen zorggebruikers en zorgprofessionals¹⁷.

Over inclusiviteit en samen beslissen bij digitale en hybride zorg zijn afspraken in IZA¹⁸ en AZWA gemaakt. En doordat veel mensen digitaal prefereren ontstaat er juist meer ruimte voor fysieke zorg en aandacht voor mensen die dat willen of nodig hebben.

¹⁶ [Patiëntenfederatie Nederland | Onderzoek naar het bijdragen aan de zorg](#)

¹⁷ *IZA doelstelling:* Veldpartijen zorgen dat de hybride zorg toegankelijk is voor mensen en bevorderen inclusiviteit van deze zorg. Overheidspartijen faciliteren deze ontwikkeling.

¹⁸ *IZA afspraak:* Veldpartijen zorgen dat de hybride zorg toegankelijk is voor mensen en bevorderen inclusiviteit van deze zorg. Hierbij is het uitgangspunt 'digitaal als het kan' en beslissen patiënt en zorgverlener samen over of de zorg inderdaad digitaal/hybride kan worden geleverd gegeven de specifieke situatie van de patiënt.

Dit moet eraan bijdragen dat de zorg gelijkwaardig toegankelijk blijft voor patiënten die geen volledige toegang tot technologie hebben, of dat nou vanwege het ontbreken van financiële middelen of door het ontbreken van digitale vaardigheden is, ook bij toenemende schaarste aan professionals.

Risico's van defecte of onbetrouwbare apparatuur en systemen worden ondervangen door een combinatie van strenge toelatingseisen, toezicht gedurende de hele levenscyclus, wettelijke verplichtingen voor zorginstellingen m.b.t. veilig gebruik en onderhoud, incidentmeldingssystemen, oefenen met verstoringen, en bestuurlijke verantwoordelijkheid. Zo wordt de continuïteit van zorg — en daarmee de veiligheid voor patiënten — zoveel mogelijk geborgd.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van deze brief en bijlagen. Ze hebben nog de volgende vragen en opmerkingen.

De leden van de VVD-fractie hebben vernomen dat inmiddels het definitieve Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord ondertekend is. Kan de minister aangeven hoe het onderhandelaarsakkoord en deze definitieve versie zich tot elkaar verhouden? Zijn er inhoudelijke of andersoortige verschillen tussen beide versies?

Er zijn geen inhoudelijke wijzigingen gedaan aan de afspraken van het onderhandelaarsakkoord naar aanleiding van de achterbanconsultatie.

De leden van de VVD-fractie lezen dat er inmiddels 168 acties zijn afgerond, 231 acties op schema lopen, 25 acties

achterlopen en 20 acties nog niet zijn gestart. Dit klinkt alsof er (grotendeels) voortvarend te werk wordt gegaan. Tegelijkertijd vernemen deze leden kritiek op het Integraal Zorgakkoord, te weten dat er weinig concrete punten behaald worden. Is de minister het met deze kritiek eens? Zo ja, wat bent u van plan om ervoor te zorgen dat het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord wel concrete vruchten afwerpt? Zo nee, kan de minister toelichten waarom hij deze kritiek niet deelt? Kan de minister toelichten op welke manier hij voornemens is om bij het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord de voortgang wel effectief te monitoren?

Met het IZA en AZWA gaat het om een grote transitie in de zorg over een langere periode. Dat is niet van de een op de andere dag gerealiseerd, dat kost tijd. Daarnaast zijn er het IZA al heel veel concrete punten behaald. Een aantal voorbeelden zijn; de afspraken die zijn gemaakt over volumenormen in de medisch specialistische zorg, de implementatie op het gebied van zorgcoördinatie in de acute zorg, de implementatie van de visie eerstelijns zorg, de goedgekeurde transformatieplannen die volop in uitvoering zijn, structurele bekostig ‘meer tijd voor de patiënt’ in de huisartsenzorg, de realisatie van een domeinoverstijgende betaaltitel, het verkennend gesprek in het basispakket. Dit is slechts een greep van concrete resultaten. Daarnaast wil ik niet ongenoemd laten het resultaat van samenwerking die tot stand komt in de regio’s, voortkomend uit het IZA en in het AZWA verder geconcretiseerd. We hebben het dan over domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden, waar over disciplines heen in de regio’s plannen en afspraken gemaakt worden om de zorg toegankelijk te houden.

De leden van de VVD-fractie lezen dat er inmiddels €3 miljard aan transformatiemiddelen is aangevraagd, van de beschikbare €2,4 miljard. Kan de minister inzicht geven hoeveel van deze aanvragen daadwerkelijk toe worden gekend? Denkt de minister met de huidige aanvragen de beschikbare €2,4 miljard uit te putten? Is er toezicht waar de toegekende transformatiemiddelen daadwerkelijk aan worden uitgegeven, door de zorgverzekeraar of een andere instantie?

Als onderdeel van het AZWA hebben partijen een aantal aanvullende financiële afspraken gemaakt ten aanzien van de transformatiemiddelen. Voor een bedrag van € 346 miljoen worden afspraken uit het AZWA gedekt vanuit het beschikbare budget transformatiemiddelen. Het totaalbedrag aan transformatiemiddelen dat daardoor beschikbaar blijft via zorgverzekeraars en voor het sociaal domein via de specifieke uitkering transformatiemiddelen IZA, wordt met genoemd bedrag verlaagd en bedraagt € 1.961 miljoen.

Deze middelen zijn inmiddels toegekend of gereserveerd voor plannen die toezien op plannen voor mentale gezondheidsnetwerken, zorg coördinatie en spreiding en concentratie. De goedgekeurde plannen, waar geen geld meer voor beschikbaar is, worden op een wachtrij geplaatst. Als er middelen vrijvallen, bijvoorbeeld omdat goedgekeurde plannen goedkoper uitvallen en/of omdat beschreven doelstellingen niet worden behaald, dan vloeien deze middelen terug naar de 'algemene pot'. Goedgekeurde transformatieplannen in de wachtrij komen hier vervolgens voor in aanmerking, op volgorde van goedkeuring. Ik verwacht dat begin volgend jaar de beschikbare middelen volledig zijn beschikt.

De onderdelen van de plannen die toezien op de Zvw/Wlz worden betaald basis van de realisatie van deze transformatieafspraken. Daarnaast worden er niet meer kosten dan de werkelijke kosten van de transformatie vergoed. Er kan geen winst worden gemaakt worden. De NZa heeft een verantwoordingskader opgesteld voor de transformatiemiddelen omtrent de controle door de zorgverzekeraars op de plausibiliteit van hun kosten voor transformaties. De NZa toetst die plausibiliteit als onderdeel van haar rechtmatigheidstoezicht op de zorgverzekeraars.

Dit verantwoordingskader is van toepassing voor transformatiemiddelen die worden uitbetaald via de Zvw-betaaltitel en de Wlz-betaaltitel. Voor de gemeenten is een ander regime van toepassing.

Als gemeenten of aanbieders van maatschappelijke ondersteuning of welzijn onderdeel zijn van het transformatieplan geldt een apart regime. Dit komt doordat het voor zorgverzekeraars – op grond van de vigerende wet- en regelgeving - niet mogelijk is om rechtmatig middelen te verstrekken aan gemeenten. Als door de twee marktleidende zorgverzekeraars een akkoord is gegeven op het plan is voor de gemeentelijke uitvoeringspraktijk een proces op maat ingericht. De middelen worden verstrekt aan de gemeente die een aanvraag doet voor de SPUK IZA Transformatiemiddelen. Gemeenten leggen over de besteding van de middelen verantwoording af aan de gemeenteraad. Daarnaast is er controle van de gemeentelijk accountant. De verantwoording voor de besteding van de specifieke uitkering verloopt op grond van artikel 17a van de Financiële-verhoudingswet via de jaarrekening van de gemeente en de systematiek van 'single information, single audit' (SISA-systematiek)¹⁹.

De leden van de VVD-fractie lezen dat het relatief hoge ziekteverzuim in de sector een aandachtspunt blijft. Welke specifieke menselijke factoren spelen er mee die gereduceerd kunnen worden om uitval van medewerkers te voorkomen? Ook lezen deze leden dat 30% van de vrouwen gehinderd wordt door vrouwspecifieke aandoeningen, met substantiële gevolgen voor werk en ziekteverzuim. Genoemde leden vragen op welke specifieke manier er samenhang is tussen het AZWA en de nationale strategie vrouwengezondheid als het aankomt op ziekteverzuim en vitaliteit van de zorgprofessionals.

Er zijn tal van factoren die meespelen bij verzuim. Bijvoorbeeld een griep oplopen, fysieke of psychosociale arbeidsbelasting, maar ook privéomstandigheden kunnen een rol spelen. Binnen het Preventieplan Zorg en Welzijn is gekeken naar de factoren die verzuim beïnvloeden. Uit het onderzoek blijkt dat 'energieslurpers' zoals te zware emotionele en fysieke belasting een rol spelen. Deze zijn vooral gerelateerd aan werkdruk. Uit het onderzoek blijkt

¹⁹ wetten.nl - Regeling - Regeling specifieke uitkering transformatiemiddelen IZA 2024-2027 - BWBR0049737

ook dat 'energiebronnen' invloed hebben op de ervaren werkdruk en verzuim. Energiebronnen zijn bijvoorbeeld een gezond en veilig werkklimaat, een leidinggevende die mensen in hun kracht zet, autonomie, zeggenschap.

Om een veilige werk- en leeromgeving te creëren is zichtbaar leiderschap en daadwerkelijke aandacht voor werkplezier van groot belang – van Raad van bestuur tot teamleiders. Om verzuim aan te pakken benoemt het preventieplan het volgende: gebruik data om inzichtelijk te krijgen waar het verzuim zich voordoet; praat met en luister naar de medewerkers: waar lopen zij tegen, wat moet er anders en hoe; ga vervolgens ook daadwerkelijk aan de slag met die knelpunten en oplossingen.

Op dit moment wordt nog gewerkt aan het eindrapport van het preventieplan. De verwachting is dat dit in oktober openbaar gemaakt zal worden. Daarna zullen de initiatiefnemers (Stichting IZZ, FWG Progressional People en PGGM) de inzichten

en handvatten die het preventieplan heeft opgeleverd breed verspreiden, zodat zoveel mogelijk organisaties in Zorg en Welzijn hier gebruik van kunnen maken. De minister van VWS ondersteunt hen hierbij.

De inzet van de Nationale Strategie Vrouwengezondheid 2025-2030 is om ervoor te zorgen dat vrouwen tijdig passende zorg en ondersteuning krijgen voor hun gezondheidsproblemen. De doelen van deze strategie zijn om de kennis over vrouwspecifieke gezondheidsproblemen te vergroten maar ook het gebruik van die kennis te vergroten; passende zorg en ondersteuning te faciliteren en netwerkvorming rondom vrouwengezondheid te stimuleren.

Er is geen directe link tussen de nationale strategie vrouwengezondheid en het AZWA. Wel raken de onderwerpen die hierin staan elkaar. Door de kennis over vrouwengezondheid te vergroten en door passende zorg en

ondersteuning te faciliteren kunnen organisaties daar ook (meer) gebruik van maken in hun verzuimbeleid.

De leden van de VVD-fractie lezen dat er in 2027 en in 2028 eenmalig €400 miljoen beschikbaar wordt gesteld voor projecten die zorg- en welzijnsorganisaties ontlasten. Genoemde leden zien kansen in het versterken van het sociaal domein om de zorg te ontlasten. Zij zijn daarom blij dat het kabinet deze stap durft te zetten. Kan de minister verduidelijken wat voor soort projecten dit zijn? En kan de minister wellicht een voorbeeld noemen van een goedlopend project die professionals in zorg en welzijn ondersteunt en ontlast?

In het AZWA is afgesproken dat in 2027 en 2028 €400 miljoen beschikbaar komt voor projecten die zorg- en welzijnsverleners ontlasten. De leden van de VVD fractie vragen welk soort projecten uit deze middelen worden gefinancierd.

De doorbraakmiddelen zijn bedoeld om impuls te geven aan projecten die bijdragen aan arbeidsbesparing. Dit kan door het opschalen van succesvolle trajecten die bijdragen aan het verhogen van de arbeidsproductiviteit door bijvoorbeeld het inzetten van AI maar ook door projecten op het verlagen van de instroom door substitutie, waardoor zorgprofessionals voor minder mensen hoeven te zorgen.

Een deel van de doorbraakmiddelen (100 mln in 2027 en in 2028) wordt gericht ingezet om de implementatie van de landelijke dekking van de basisfunctionaliteiten te versnellen. Met als doel substitutie van zorg naar welzijn. Over de inzet van de resterende middelen worden nog aanvullende afspreken gemaakt, onder andere over de criteria waar plannen aan moeten voldoen, de sturing en de bijbehorende governance.

De leden van de VVD-fractie lezen dat er structureel €185 miljoen beschikbaar wordt gesteld voor het opleiden en

ontwikkelen van zorg- en welzijnsprofessionals buiten het ziekenhuis. Genoemde leden zijn van inzicht dat het investeren in de ontwikkeling van de extramurale zorg en ondersteuning noodzakelijk is om de zorg toegankelijk te houden, en erkennen dat deze ontwikkeling begint bij professionals. Opleiding- en ontwikkelprogramma's blijken echter fraudegevoelig.

Deze leden willen dat dit geld ten goede komt aan zorg- en welzijnsprofessionals en niet in de zakken van zorgcriminelen terecht komt. Welke maatregelen neemt de minister om criminelen, die worden aangetrokken door deze extra financiële middelen, te weren?

Het tegengaan van fraude en criminaliteit in de zorg heeft voor mij en mijn collega-bewindspersonen een hoge prioriteit. De aanpak richt zich op de hele keten, van het opleiden van professionals tot het verlenen van zorg en het opsporen en vervolgen van criminelen. Ministeries van VWS, OCW, JenV en SZW zetten zich, in samenwerking met gemeenten en andere instanties zoals de inspecties, gezamenlijk in om dit probleem aan te pakken. Bij het bepalen van de wijze van verdeling van de 185 miljoen voor opleiden en ontwikkelen van zorg- en welzijnsprofessionals buiten het ziekenhuis wordt rekening gehouden met het risico op bijvoorbeeld EVC-fraude en stagefraude. We minimaliseren deze risico's en kijken welke lopende maatregelen rond zorgfraude daarbij helpend zijn, of welke specifieke aanvullende maatregelen nodig zijn.

De leden van de VVD-fractie merken op dat de aanpak van fraude een belangrijk aspect is van het AZWA. Zij zijn verheugd dat dit probleem extra aandacht krijgt. Het delen van signalen van fraude met het informatieknooppunt zorgfraude (IKZ) is sinds 1 januari 2025 operationeel. Wat zijn de ervaringen in de eerste paar maanden sinds het operationeel worden van het gegevens delen met stichting IKZ? Wat zijn de knelpunten en hoe worden deze knelpunten

weggenomen zodat op 1 januari 2026 het delen van gegevens met stichting IKZ volledig functioneel is?

De Stichting Informatieknooppunt Zorgfraude (hierna: St. IKZ) is per 1 januari 2025 operationeel geworden. Conform de gemaakte afspraken dienen alle deelnemende partijen, waaronder zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten, uiterlijk 1 januari 2026 signalen van fraude in de zorg aan St. IKZ te melden, in lijn met de vereisten van de Wet bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg (Wbsrz). Nog niet alle gemeenten zijn bij de St. IKZ aangesloten. De St. IKZ geeft aan dat tot op heden bemoedigende resultaten zichtbaar zijn. Inmiddels is ruim de helft van het totaal aantal gemeenten bij de St. IKZ aangesloten, en dit aantal blijft toenemen. De aansluiting gaat niet vanzelf, dit moet bijvoorbeeld met een eHerkenning. De St. IKZ schrijft gemeenten aan en geeft voorlichting om de aansluiting te vergemakkelijken.

De hoeveelheid administratieve handelingen in de zorg is groot. De leden van de VVD-fractie steunen het kabinet in reducering van de regeldruk. Genoemde leden lezen over het opschalen van het transitieprogramma ggz. Zij vragen wanneer hier de eerste resultaten van verwacht worden.

Bij het transitieprogramma ggz zijn systeempartijen zoals zorgverzekeraars, NZa, VWS, IGJ en ggz-aanbieders Arkin, Altrecht, Parnassia, GGZ Delfland en deNLggz als brancheorganisatie betrokken. Het programma richt zich op het verminderen van regeldruk en het bevorderen van duurzame zorgvernieuwing. Als start is tussen maart en september van dit jaar bij 16 afdelingen van vier ggz-organisaties onderzoek gedaan naar ervaren regeldruk, verspreid over diverse zorgvormen zoals outreachende zorg, kliniek, poli, jeugd, forensische zorg, topreferente ggz en Wmo. Zowel zorgprofessionals als backoffice-medewerkers zijn hierbij betrokken.

Sinds maart wordt binnen het samenwerkingsverband gewerkt aan de uitvoering van het programma. In eerste instantie zijn enkele hardnekkige onderwerpen opgepakt

waar al jarenlang pogingen tot regeldrukvermindering op zijn gedaan, helaas zonder succes. Aangezien het een complexe transitie betreft op een hardnekkig onderwerp neemt het nog geruime tijd in beslagom echt een verschil te maken voor de gehele sector ggz. Naast het transitieprogramma ggz hebben andere sectoren ook een eigen werkagenda binnen de Regiegroep Aanpak Regeldruk. Relevante voortgang en resultaten worden onderling gedeeld en breder gecommuniceerd.

Tot slot lezen de leden van de VVD-fractie dat de speciaal gezant passende zorg aanraadt “doelen te expliciteren op politieke koer”. Houdt dit in dat de politiek meer sturing moet aanbrengen in het proces? Graag een toelichting.

In 2024 heet de speciaal gezant passende zorg geadviseerd concrete doelen te expliciteren. Deze zijn, in overleg met partijen en de speciaal gezant, in het akkoord geformuleerd als transitiedoelen. De transitiedoelen gaan over het afwenden van het arbeidsmarkttekort en de gelijkwaardigere toegang tot zorg.

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie zijn blij dat er een Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) is gesloten. Samenwerking is van essentieel belang in deze tijden van schaarste van zorgpersoneel en om tijdig de juiste passende zorg te geven. Wel hebben deze leden een aantal vragen over met name het AZWA zelf.

Genoemde leden lezen in het AZWA over de inzet van informele zorg. Hoe wordt voorkomen dat de informele zorg overbelast wordt? Daarnaast zijn juist professionele zorgverleners vaak ook mantelzorger, hoe wordt voorkomen dat professionele zorgverleners minder gaan werken zodat zij ook hun mantelzorgtaken kunnen vervullen?

Ik vind mantelzorgers en vrijwilligers van onschatbare waarde voor de samenleving. Door de vergrijzing en de druk op zorg bestaat inderdaad het risico op overbelasting. Daarom zijn in het AZWA en het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg afspraken gemaakt over de basisinfrastructuur in gemeenten, meer toegankelijke respijtzorg en extra ondersteuning voor mantelzorgers door gemeenten. Deze maatregelen worden op dit moment uitgewerkt. Het combineren van een baan met zorgen voor een naaste kan een hele uitdaging zijn, zeker als er veel op mensen afkomt en als er sprake is van wat intensievere of langdurige zorg. Er zijn relatief veel zorgprofessionals die ook mantelzorg verlenen, met een oververtegenwoordiging van vrouwen. Mijn ambtsvoorganger heeft de SER om advies gevraagd naar oplossingsrichtingen en ingrepen in het stelsel voor een goede balans in de combinatie van werk en mantelzorg. Naar verwachting volgt begin 2026 publicatie van het SER-advies. Het is aan het volgende kabinet om te bepalen op welke wijze hier uitvoering aan wordt gegeven.

De leden van de NSC-fractie lezen dat een doel van het AZWA is om 100.000 zorgverleners te besparen. Wat is de huidige stand van zaken van diverse functies van zorgverleners. Hoeveel zorgverleners werken achter het bureau en geven geen direct zorg? Op welke functies van zorgverleners zou bezuinigd moeten worden?

Eén van de twee transitiedoelen van het AZWA betreft het streven om het arbeidsmarkttekort 100 duizend lager uit te laten komen, door de groei van de arbeidsvraag binnen de sector zorg en welzijn af te remmen. Dit transitiedoel hangt niet samen met en is niet gericht op het realiseren van een bezuiniging. Het gaat hier om een ambitie die ik samen met partijen heb geformuleerd met het oog het toegankelijk houden van goede zorg en ondersteuning. Hiervoor is het noodzakelijk om de alsmaar groeiende behoefte aan extra arbeidskrachten vanuit de zorg af te remmen (minder meer).

Enerzijds omdat de verwachting is dat dit personeel er - gezien de zeer krappe arbeidsmarkt - niet is en anderzijds omdat er ook voldoende personeel over moet blijven voor het realiseren van andere maatschappelijke opgaven zoals de energietransitie en in andere publieke sectoren zoals onderwijs, politie en defensie. Om in de toekomst ook goede zorg en ondersteuning te kunnen blijven leveren zijn in het akkoord diverse afspraken gemaakt onder meer over het anders inrichten van het werk - bijvoorbeeld via de inzet van kunstmatige intelligentie, medische technologie of het verminderen van administratieve lasten - en de inzet op passende zorg.

De leden van de NSC-fractie lezen vele voornemens voor passende zorg. Maar de prikkel voor financiering per behandeling is niet weggenomen. Inkomsten van medisch specialisten en ziekenhuizen worden minder als er passende zorg wordt gegeven, blijkt uit ervaringen van ziekenhuizen Bernhoven en Rivas. Is de minister ook van plan om de financiering aan te pakken zodat de prikkel tot onnodige behandelingen en diagnostiek wordt voorkomen? Is de minister tevens van plan dat medisch specialisten in loondienst worden genomen zodat de prikkel voor behandelen weg is?

Zoals toegezegd tijdens het debat over de begrotingsbehandeling²⁰ is de inzet voor het in loondienst brengen van medisch specialisten gericht op het vervolgonderzoek dat nodig is om een afweging te maken over regelgeving die een overgang naar loondienst verplicht. Dit vraagstuk is geen gemakkelijke opgave, zoals mijn voorgangers eerder ook hebben toegelicht, omdat een verplichting om medisch specialisten in loondienst te brengen raakt aan het eigendomsrecht en de juridische waarborgen die daarvoor gelden.

Onderdeel van het vervolgonderzoek is de monitor van de NZa die gedurende twee jaar de financiële prikkels binnen een medisch specialistisch bedrijf (msb) volgt, alsmede de

²⁰ Kamerstukken II, 2024/2025, 36 600 XVI

positie van de msb's in relatie tot de bestuurbaarheid van ziekenhuizen. Eerder heb ik u geïnformeerd dat de monitor van de NZa eind 2025 beschikbaar zou zijn. De NZa heeft mij laten weten dat zij meer tijd nodig heeft voor het uitvoeren van de analyses ten behoeve van een kwalitatief goede monitor. Dit betekent dat de monitor in maart 2026 opgeleverd zal worden. Daarna kan bezien worden of het verbeterpotentieel behaald is.

Genoemde leden lezen een groot aantal afspraken met heldere taken. Toch zijn de doelen niet specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden (SMART) geformuleerd. Kunnen er aanvullingen komen op de ambities met SMART doelen? Wie controleert of de ambities worden uitgevoerd? Is daar een onafhankelijke commissie voor?

Bij de transitiedoelen uit het AZWA gaat het om een ambitie die ik samen met partijen heb geformuleerd met het oog op het toegankelijk houden van goede zorg en ondersteuning. Eén van de twee transitiedoelen betreft het streven om het arbeidsmarkttekort 100 duizend lager uit te laten komen, door de groei van de arbeidsvraag binnen de sector zorg en welzijn af te remmen. Samen met partijen aan de bestuurlijke tafel ben ik in gesprek over hoe we de voortgang op het bereiken van de ambitie (geformuleerd in de transitiedoelen) het best in kaart kunnen brengen. Daarnaast wordt met regelmaat een reguliere voortgangsrapportage IZA gemaakt, die ik deel met uw kamer. Hierin is concreet te zien hoe ver het staat met de uitvoering. De AZWA afspraken worden hierin de toekomst ook in opgenomen. Uiteraard volg en bespreek ik met partijen aan de bestuurlijke tafel de voortgang en realisatie van de afspraken gemaakt in het IZA en AZWA.

De leden van de NSC-fractie lezen dat AI wordt ingezet voor verminderen van tijd die medewerkers kwijt zijn aan diagnostiek. Genoemde leden vermoeden dat er ook veel dubbele en onnodige diagnostiek is. Kan de minister toelichten hoe op verminderen van diagnostiek wordt ingezet?

Ik zet in op het verminderen van diagnostiek door passende zorg toe te passen. Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek bieden gericht op de patiënt. Een van de afspraken die ik in het AZWA heb gemaakt is het aanpassen van de richtlijnen. Dit zal leiden tot het verminderen van onnodige diagnostiek en het toepassen van passende zorg.

De leden van NSC-fractie lezen met interesse in het AZWA dat de regeldruk wordt verminderd. Er zijn echter al jarenlang projecten om de regeldruk te verminderen, die tot nu toe niet zijn gelukt. Is er een analyse waarom het tot nu toe niet is gelukt de regeldruk te verminderen? Waarom denkt de minister dat het nu wel gaat lukken? Ook lezen deze leden dat niet ingezet wordt op het verminderen van kwaliteitsregistraties, waarom wordt daar niet op ingezet? Ook lezen genoemde leden niet dat de zorgverzekeraars hier een rol in hebben, waarom wordt hun rol en taakstelling niet meegenomen?

Regeldruk is een veelkoppig monster. Het is geen kwestie meer van simpelweg schrappen van regels, omdat regels met elkaar samenhangen en ontstaan op allerlei niveaus: van wet- en regelgeving, naar kwaliteitskaders en beroepsnormen en werkprocessen op de werkvloer. In het verleden is er een evaluatie uitgevoerd van het programma [Ont]Regel de Zorg²¹, waarin in kaart is gebracht wat er goed ging en wat er beter kon aan de manier waarop VWS het vraagstuk heeft opgepakt. De geleerde lessen uit de evaluatie zijn verwerkt in het huidige programma. Hierop is onder andere het lokaal aanpakken en implementeren van regeldruk als belangrijke pijler naar voren gekomen.

Ook het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) "Is dit wel verantwoord?" is sturend geweest voor de aanpak van regeldruk, mede hierdoor zijn twee speciaal gezanten regeldruk en de Regiegroep Aanpak Regeldruk ingesteld. Regeldruk kan immers alleen door alle

²¹ [Eerste Kamer der Staten-Generaal](#)

relevante partijen in samenwerking met elkaar écht aangepakt kan worden. Regeldruk wordt immers ook door verschillende partijen in de zorg veroorzaakt, van wetgever tot zorginstelling zelf. Het AZWA geeft een belangrijke volgende impuls, omdat er een versnelling op onderdelen van de ontregelaanpak is afgesproken, naast alle andere acties die al in gang waren gezet. Alle ondertekenaars van het AZWA nemen hierbij hun verantwoordelijkheid, waaronder ook de zorgverzekeraars die zich hebben gecommitteerd om jaarlijks de inkoop- en verantwoordingseisen en machtigingen en aanvullende verklaringen kritisch onder de loep te nemen om de regeldruk te verminderen.

Het doel van het wetsvoorstel kwaliteitsregistraties zorg (een wijziging van de Wkkgz) is om de kwaliteitsregistraties in de medisch specialistische zorg te beheersen. Het wetsvoorstel bevat verschillende manieren om de administratieve lasten te beteugelen. Bijvoorbeeld door kwaliteitsregistraties te toetsen op noodzakelijkheid, proportionaliteit en subsidiariteit, waarbij kwaliteitsregistraties die negatief worden getoetst ophouden te bestaan. Ook wordt het verplicht dat kwaliteitsregistraties op een gestandaardiseerde en geautomatiseerde wijze met data uit het primaire zorgproces wordt verzameld en worden de kwaliteitsregistraties getoetst op draagvlak bij zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten. Daarmee wordt de registratielast van kwaliteitsregistraties lager, terwijl geen afbreuk wordt gedaan aan het doel om de kwaliteit van zorg in Nederland te verbeteren.

De leden van de NSC-fractie lezen dat partijen afgesproken hebben om "wachtlijstgegevens accuraat en transparant inzichtelijk te maken voor zorgverzekeraars, verzekerden/patiënten en verwijzers, zodat reëel inzicht verkregen wordt in wie waar op de wachtlijst staat en hoe lang. Dit inzicht in de vraag naar zorg in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) wordt verkregen door de retrospectieve wachttijden af te lezen vanuit het declaratiebericht en de prospectieve wachttijden (actueel wachtenden) af te lezen vanuit de verwijsgegevens. Ook wordt er gewerkt aan het inzichtelijk maken van het

beschikbare aanbod/capaciteit van de zorgaanbieders en het beter inzichtelijk maken van de hulpvraag (klachtenprofiel). Deze gegevens worden bij elkaar gebracht in een digitale tool, wat het voor partijen mogelijk maakt om te komen tot matching van vraag en aanbod.” Met het recente datalek bij bevolkingsonderzoek (BVO) nog in gedachten, hoe gaat de minister deze privacygevoelige data beschermen? Specifiek met betrekking tot het verlenen van inzage in het klachtenprofiel van zorgvragers aan zorgverleners, vragen genoemde leden of dit geen inbreuk is op de privacy van patiënten.

In algemene zin benadruk ik het grote belang dat bij de verwerking van bijzondere persoonsgegevens - zoals medische persoonsgegevens - aan de wettelijke vereisten moet worden voldaan. Hieronder vallen de beginselen die zijn neergelegd in artikel 5 AVG: rechtmatigheid, transparantie, doelbinding en het principe van dataminimalisatie. Daarnaast gelden aanvullende normen met betrekking tot informatiebeveiliging. Op grond van de AVG dient de beheerder van het nieuwe dataplatform daarom ook de organisatorische en technische maatregelen te treffen om deze persoonsgegevens te beveiligen. De invulling van het instrument om inzicht te krijgen in wachtlijstgegevens in de ggz is nog in ontwikkeling, waarbij het voldoen aan de heersende standaarden op het gebied van data-uitwisseling (o.a. NEN-normen), veiligheid en privacy van patiënten expliciet in de randvoorwaarden zijn meegenomen. Daarbij is het goed om te benadrukken dat de ontwikkeling van de retrospectieve en prospectieve sporen los staan van elkaar en dat de data uit de sporen niet zullen worden gekoppeld.

Op pagina 50 lezen de leden van de NSC-fractie dat de normen voor de wachttijden geactualiseerd zullen worden. Kan dit betekenen dat in zorgdomeinen waar de wachtlijsten momenteel erg lang zijn, zoals de ggz, dit een versoepeling ten opzichte van de Treeknormen kan betekenen?

Op pagina 50 lezen de leden van de NSC-fractie tevens dat gedifferentieerd zal worden tussen cruciale ggz en overige

ggz. Hier kunnen deze leden zich in vinden. Zij willen echter wel graag meer weten over hoe de cruciale ggz gedifferentieerd zal worden? Is dit op basis van het type mentale stoornis, of wordt hierbij ook het behandelverleden meegenomen en de ervaren lijdensdruk en het risico op suïcide?

Een van de hoofddoelen van het AZWA is betere en gelijkwaardigere toegang tot passende zorg. De huidige normen voor de maximaal aanvaarbare wachttijd in de zorg – de zgn. Treeknormen – gaan vooral over toegang tot zorg. Ze zijn niet gemaakt als normen voor gelijkwaardigere toegang tot passende zorg; dat wordt met het actualiseren en differentiëren van normen wel beoogd.

De Treeknormen zijn veldnormen: zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn deze normen gezamenlijk overeengekomen. In het AZWA is dan ook afgesproken dat de veldpartijen tripartiet (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/cliënten) de normen voor wachttijden tot passende zorg actualiseren en waar nodig ontwikkelen.

Dit proces moet nog worden opgestart, en begint met het in kaart brengen en evalueren van de bestaande normen. De planning is dat er medio 2026 een nieuwe set aan normen ligt. Specifiek voor de ggz is in het AZWA afgesproken dat de wachttijden gedifferentieerd zullen gaan worden tussen cruciale ggz en overige ggz. Het gesprek over het actualiseren van de veldnormen moet nog starten. Het is nu nog onduidelijk of en hoe differentiatie vorm kan krijgen, maar versoepeling is geen beoogd doel.

Op pagina 58 lezen de leden van de NSC-fractie over de doelstelling dat zorgverleners vroegtijdig het gesprek met patiënten aangaan over de laatste fase van het leven. Genoemde leden zijn het hiermee eens. Zij willen echter wel graag voorkomen dat hierin een glijdende schaal ontstaat en hebben daarom nog enkele vragen. Hoe kan de minister voorkomen dat ouderen door dit type gesprek zichzelf als last gaan zien of op andere wijze enige vorm van druk

ervaren om een behandeling te staken, dan wel om euthanasie te vragen? Hoe wil de minister voorkomen dat deze gesprekken ertoe zullen leiden dat mogelijk relevante behandelingen niet meer gedaan worden bij ouderen vanuit het oogpunt van kostenbesparing? Hoe kan de minister voorkomen dat de curatieve zorg te vroeg gestopt wordt bij met name ouderen in het kader van levenseinde gesprekken?

Levenseinde gesprekken of proactieve zorgplanning is het proces van in gesprek gaan, vooruitdenken, plannen en organiseren van zorg en ondersteuning in de palliatieve fase die aansluit bij de wensen, waarden en behoeften van mensen in de laatste levensfase en hun naasten. Die staan bij deze gesprekken centraal. Om goede en passende ondersteuning en zorg te bieden is het namelijk belangrijk op tijd te weten wat iemand wel of juist niet wil aan zorg en ondersteuning. Door gezamenlijk de waarden, wensen en behoeften en de daaruit voortvloeiende behandelwensen en -grenzen te bespreken en vast te leggen kan hierop geanticipeerd worden. Zorgverleners en ondersteuners stemmen onderling af wie het initiatief neemt tot het starten van proactieve zorgplanning. Bij voorkeur is dat iemand die een goede relatie/ verstandhouding heeft met de persoon om wie het gaat en voldoende kennis heeft van de ziekte(geschiedenis), persoonlijke omstandigheden, ondersteuningsvoorkeuren en behandelopties. Proactieve zorgplanning is dus een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg en ondersteuning daar nu en in de toekomst bij past en omvat zowel de fysieke, de psychische, de sociale als de zingevingdimensie. In dit cyclische proces zitten dus voldoende waarborgen om de door u genoemde glijdende schaal of eventuele druk op mensen in de laatste levensfase te voorkomen.

In het AZWA lezen de leden van de NSC-fractie over remgelden (pagina 93). Dit is een nieuw begrip. Wat bedoelt de minister hier precies mee? Zoals deze leden het begrijpen zijn dit eigen bijdragen van patiënten voor de zorg die zij ontvangen, is dit correct? Zo ja, worden deze remgelden dan in mindering gebracht op het eigen risico van patiënten of komt het daar nog bovenop? Veel geld wordt ingezet voor de remgelden die bedoeld zijn om de toenemende zorgvraag in

te perken. Graag vernemen de genoemde leden van de minister voorbeelden van elke sector op welke manieren de remgelden worden ingezet. Hoe wordt gegarandeerd dat remgelden op korte termijn bezuinigingen opleveren?

Eigen bijdragen worden inderdaad soms aangeduid als remgeld. Dat is specifiek in België het geval. Dat is echter niet wat hier met remgeld wordt bedoeld. Hier wordt het volgende bedoeld:

Het verlagen van het eigen risico heeft twee effecten: lagere ontvangsten (financieringseffect) en een hogere zorgvraag (gedragseffect). Het financieringseffect houdt in dat door het lagere eigen risico zorgverzekeraars minder geld vanuit verzekerden ontvangen. Het gedragseffect wordt ook wel het remgeldeffect genoemd. Dit remgeldeffect houdt in dat door het verlagen van het verplicht eigen risico sommige verzekerden meer zorg zullen gebruiken, wat leidt tot een toename van de zorguitgaven. Om die toename te kunnen betalen zijn extra middelen toegevoegd aan het Zvw-kader. We duiden die extra middelen aan met de term remgeld. Het grootste deel van het remgeld is evenredig verdeeld over de individuele Zvw-sectoren (IZA en niet-IZA). Een klein deel wordt ingezet voor financiering van afspraken in het AZWA om de stijgende zorgvraag te accommoderen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Met interesse hebben de leden van de D66-fractie van D66 kennisgenomen van de brief van de minister over de kwaliteit van zorg, het AZWA en de voortgang van het IZA. Daartoe hebben deze leden verdere vragen.

De leden van de D66-fractie vinden het belangrijk dat het AZWA rond is, en dat er een aantal mooie voorstellen in staan zoals de gordelroosvaccinatie en de MRI-screening voor vrouwen met dicht borstweefsel. Echter hadden deze leden graag meer van deze toekomstgerichte en doortastende maatregelen gezien in het AZWA, met veel

meer focus op en aandacht voor preventie. Dit is ontzettend hard nodig in het belang van een houdbare zorg.

De intensivering van de Regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG) is een mooie stap, zo zien ook de leden van de D66-fractie. Echter ontstaat er voor 2026 een tekort van €5 miljoen, wat grote problemen voor de GGD'en veroorzaakt. Voor de recent bekendgemaakte begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is er €3 miljoen extra vrijgemaakt voor de SPUK-gezondheidszorg, waarmee dit probleem deels opgelost kan worden. Echter blijft er hierdoor een gat bestaan van €2 miljoen, wat problemen voor de GGD veroorzaakt. Zij zullen hierdoor moeten stoppen of sterk minderen met het leveren van bepaalde diensten, om deze vanaf 2027 weer op te starten als de financiering weer gerepareerd wordt. Dit is natuurlijk ontzettend inefficiënt, en ook zeker negatief als we het hebben over goede gezondheidszorg en het belang van preventie. De leden van de D66-fractie vragen of het correct is dat er in de begroting eenmalig €3 miljoen extra vrij is gemaakt, waardoor er een tekort van €2 miljoen overblijft in 2026. Zo ja, dan vragen de leden van de D66-fractie waarom ervoor gekozen is om het gat van €5 miljoen maar deels te vullen. Daarnaast vragen zij of het kabinet dan bereid is om te zoeken naar aanvullende financiering van €2 miljoen om dit gat volledig te vullen en de Kamer daarover te informeren voorafgaand aan de behandeling van de VWS-begroting.

Er is hard gezocht naar manieren om het financiële gat in de Regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG) voor het jaar 2026 te dempen. Het is gelukkig gelukt om hiervoor éénmalig €3 miljoen vrij te maken. Het is helaas niet gelukt om de volledige €5 miljoen op te vangen. Hiervoor was geen financiële ruimte. Die ruimte zie ik nog steeds niet. Ik kan uw Kamer dan ook niet toezeggen om de resterende € 2 miljoen beschikbaar te stellen.

In de brief van 17 september jl. met de reactie op onderzoek herintroductie verzorgingshuizen geeft de staatssecretaris aan dat er middelen oplopend tot €470 miljoen beschikbaar zullen zijn, waarmee gekeken gaat worden naar de invulling

van extra zorg en ondersteuning, de stimulering van de bouwopgave en de ontwikkeling van zorgzame gemeenschappen. Daartoe vragen de leden van de D66-fractie of dit financiële consequenties zal hebben voor de ambities die gesteld zijn in het AZWA.

De Staatssecretaris van Langdurige en Maatschappelijke Zorg gaat de komende maanden in het kader van de herintroductie van het verzorgingshuis in gesprek met het veld over de mogelijke invulling van de extra zorg en ondersteuning, de stimulering van de bouwopgave en de ontwikkeling van zorgzame gemeenschappen. In totaal zijn hiervoor middelen beschikbaar oplopend tot € 470 miljoen euro vanaf 2030 vanuit de reservering op de aanvullende post die het kabinet in het Hoofdlijnenakkoord heeft afgesproken voor de kwaliteit van de ouderenzorg. De herintroductie van de verzorgingshuizen heeft geen financiële consequenties voor het AZWA.

De leden van de D66-fractie achten het van groot belang dat de afspraken die gemaakt zijn in het AZWA en de daadwerkelijke uitwerking hiervan voldoende gemonitord zullen worden. Daartoe vragen deze leden op welke wijze de monitoring van het AZWA concreet ingericht zal worden. Daarnaast vragen genoemde leden op welke wijze de resultaten van de monitoring teruggekoppeld zullen worden naar de Kamer en naar betrokkenen zoals patiënten en cliënten.

Voor de monitoring van het AZWA sluiten we aan bij de reeds bestaande monitoring van het IZA. Gedurende de komende periode werk ik samen met partijen aan de concrete uitwerking hiervan. Net als bij het IZA zal ik de kamer regelmatig informeren over de voortgang.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van het "Onderhandelaarsakkoord Aanvullend Zorg- en

Welzijnsakkoord (AZWA) en de voortgangsrapportage van het Integraal Zorgakkoord (IZA)”. Deze leden hebben de volgende vragen aan de minister.

Om te beginnen willen de leden van de BBB-fractie stilstaan bij de effectiviteit van het IZA. Ondanks de goede intenties en de inzet van miljarden euro's aan transformatie en doorbraakmiddelen, blijkt uit de voortgangsrapportage dat veel middelen blijven hangen in papier, overlegstructuren en monitoring. De werkdruk in de praktijk blijft hoog, het personeelstekort neemt toe en wachttijden blijven boven de norm. Kan de minister inzichtelijk maken hoeveel van de middelen uit het IZA en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) daadwerkelijk zijn terechtgekomen bij concrete projecten in de zorgpraktijk, en hoeveel is uitgegeven aan overleg, monitoring en administratie?

Met gemeenten zijn a.d.h.v. het GALA en een specifieke uitkering afspraken gemaakt over welke activiteiten uitgevoerd moeten worden. Daarbij is getracht de administratieve lasten die gepaard gaan met de verantwoording beperkt te houden. Gemeenten hoeven zich niet te verantwoorden over welke concrete projecten geld ingekocht worden of hoeveel geld besteed wordt aan de daarbij behorende activiteiten zoals overleg, monitoring en administratie, zodat er zoveel mogelijk middelen naar de concrete activiteiten kunnen die bijdragen aan een gezond en actief leven.

Welke lessen trekt de minister uit het feit dat eerdere akkoorden onvoldoende tastbare resultaten hebben opgeleverd voor patiënten en zorgverleners? Is de minister bereid om een groter deel van de beschikbare middelen van akkoorden direct te investeren in projecten die de zorgpraktijk versterken, zoals regionale ziekenhuizen, innovatief personeelsbeleid, voorzieningen en samenwerking?

Zowel in het IZA als in het AZWA zijn afspraken gemaakt met veldpartijen over middelen die aanvraagd kunnen worden

voor projecten die de zorgpraktijk direct versteken en regionale samenwerking stimuleren. Zowel met de transformatiemiddelen IZA als met de doorbraakmiddelen die beschikbaar komen voor arbeidsbesparende maatregelen (zoals med tech en AI) vanaf 2026 voor het AZWA.

Ook zijn er met de SPUK IZA regeling middelen beschikbaar gesteld zodat gemeenten activiteiten in een samenwerkingsregio kunnen uitvoeren die behoren bij de ambities en doelen uit het IZA. Eveneens zijn er via ZonMw subsidies beschikt voor het (door)ontwikkelen en verstevigen van de regionale samenwerkingsstructuur. Hiermee wordt er vanuit de afspraken voortkomend uit de akkoorden direct geïnvesteerd in projecten die de zorgpraktijk versterken, zoals regionale ziekenhuizen, innovatief personeelsbeleid, voorzieningen en samenwerking.

Daarnaast constateren de leden van de BBB-fractie dat de administratieve lasten in de zorg nog steeds hoog zijn, ondanks de afspraken in het IZA over het terugdringen van regeldruk. Hoe wordt geborgd dat nieuwe afspraken uit het AZWA daadwerkelijk leiden tot minder regeldruk en meer tijd voor de patiënt?

Regeldruk is een veelkoppig monster. Het is geen kwestie meer van simpelweg schrappen van regels, omdat regels met elkaar samenhangen en ontstaan op allerlei niveaus: van wet- en regelgeving, naar kwaliteitskaders en beroepsnormen en werkprocessen op de werkvloer. In het verleden is er een evaluatie uitgevoerd van het programma [Ont]Regel de Zorg²², waarin in kaart is gebracht wat er goed ging en wat er beter kon aan de manier waarop VWS het vraagstuk heeft opgepakt. De geleerde lessen uit de evaluatie zijn verwerkt in het huidige programma. Hierop is onder andere het lokaal aanpakken en implementeren van regeldruk als belangrijke pijler naar voren gekomen.

Ook het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) "Is dit wel verantwoord?" is sturend

²² [Eerste Kamer der Staten-Generaal](#)

geweest voor de aanpak van regeldruk, mede hierdoor zijn twee speciaal gezanten regeldruk en de Regiegroep Aanpak Regeldruk ingesteld. Regeldruk kan immers alleen door alle relevante partijen in samenwerking met elkaar écht aangepakt kan worden. Regeldruk wordt immers ook door verschillende partijen in de zorg veroorzaakt, van wetgever tot zorginstelling zelf.

Het AZWA geeft een belangrijke volgende impuls, omdat er een versnelling op onderdelen van de ontregelaanpak is afgesproken, naast alle andere acties die al in gang waren gezet. Alle ondertekenaars van het AZWA nemen hierbij hun verantwoordelijkheid, waaronder ook de zorgverzekeraars die zich hebben gecommitteerd om jaarlijks de inkoop- en verantwoordingseisen en machtigingen en aanvullende verklaringen kritisch onder de loep te nemen om de regeldruk te verminderen.

Verder zien genoemde leden dat de inzet van zorgprofessionals voor het bedienen van regionale aanmeldportalen fors lijkt te zijn, met een directe impact op de beschikbare zorgcapaciteit. Kan de minister aangeven hoeveel fte aan zorgprofessionals momenteel structureel wordt ingezet voor het bedienen van regionale aanmeldportalen, en hoeveel directe zorgcapaciteit hierdoor feitelijk verdampt?

De leden van de BBB-fractie constateren dat de digitale aanmeldportalen zijn bedoeld om het proces te stroomlijnen, maar uit de praktijk blijkt dat slechts een zeer klein percentage van de aanvragen niet direct werd opgepakt, terwijl nu 100% via een portaal moet lopen. Hoe weegt de minister de meerwaarde van deze digitale aanmeldportalen, gegeven dat uit de praktijk blijkt dat slechts een klein percentage van de aanvragen niet direct werd opgepakt, terwijl nu 100% van de aanvragen via een portaal moeten lopen?

Ook wijst de Internationale literatuur op de productivity paradox: digitale innovaties kunnen leiden tot hogere

administratieve lasten en lagere productiviteit. Is de minister bekend met de internationale literatuur over de productivity paradox (Brynjolfsson, 1993), waarin digitale innovaties vaak leiden tot hogere administratieve lasten en lagere productiviteit? Hoe verhoudt dit zich tot de invoering van aanmeldportalen in de wijkverpleging?

Daarnaast werken beleidsinstrumenten die de autonomie van professionals beperken vaak contraproductief, aldus Lipsky (1980). Deelt de minister de analyse van Lipsky (1980) dat beleidsinstrumenten die de autonomie van professionals beperken, vaak contraproductief uitwerken? Hoe borgt de minister dat digitale systemen zoals aanmeldportalen de handelingsruimte van wijkverpleegkundigen niet verder inperken?

Verder ontvangen de leden van de BBB-fractie signalen vanuit de praktijk dat de invoering van regionale aanmeldportalen de zeggenschap en autonomie van wijkverpleegkundigen verkleint, doordat zij hun professionele oordeel moeten inleveren bij een geautomatiseerd systeem. Kan de minister bevestigen dat de invoering van regionale aanmeldportalen de zeggenschap en autonomie van wijkverpleegkundigen verkleint, doordat zij steeds vaker hun professionele oordeel moeten inleveren bij een geautomatiseerd plaatsingssysteem? Hoe verhoudt dit zich tot de IZA-doelstelling om juist het vakmanschap van de professional te versterken?

De leden van de BBB-fractie weten dat het doel van het IZA en AZWA domeinoverstijgende samenwerking is, maar in de praktijk leidt de veelheid aan regionale aanmeldportalen tot fragmentatie en extra bureaucratie. Hoe rijmt de minister het doel van het IZA en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), het bevorderen van domeinoverstijgende samenwerking, met de praktijk dat er inmiddels een bonte verzameling aanmeldportalen per regio is ontstaan, wat juist leidt tot fragmentatie en extra bureaucratie?

Verder veroorzaakt een kleine groep complexe zorgvragen momenteel grootschalige administratieve lasten voor alle aanvragen. Welke alternatieven ziet de minister om de kleine groep complexe zorgvragen die niet direct worden opgepakt beter te adresseren, zonder dat dit leidt tot grootschalige administratieve lasten en verlies van zorgcapaciteit?

Ook is het van belang om de effecten van digitale aanmeldportalen op zorgcapaciteit, toegankelijkheid en professionele autonomie goed te monitoren. Op welke wijze monitort het ministerie de effecten van digitale aanmeldportalen op de feitelijke zorgcapaciteit, toegankelijkheid en de professionele autonomie? Is de minister bereid om dit onafhankelijk te laten evalueren en de Kamer hierover te informeren?

De leden van de BBB-fractie hebben verschillende vragen gesteld over aanmeldportalen binnen de wijkverpleging. Omdat deze vragen nauw met elkaar samenhangen, geef ik een integrale reactie.

Zoals tijdens het commissiedebat wijkverpleging van 3 september 2025 aangegeven, werk ik samen met betrokken partijen²³ aan het herkenbaar en aanspreekbaar organiseren van de wijkverpleging. Uit onderzoek blijkt dat het voor cliënten, mantelzorgers en zorgverleners het soms veel moeite kost om wijkverpleging tijdig te organiseren²⁴. Huisartsen besteden bijvoorbeeld regelmatig veel tijd aan het zoeken en rondbellen voor beschikbare wijkverpleegkundige zorg. Daarnaast is er een kleine groep cliënten met complexe zorgvragen waarvoor het snel organiseren van toegang tot wijkverpleging niet altijd lukt²⁵. Ik vind het belangrijk dat cliënten, mantelzorgers en verwijzers ongeacht het tijdstip snel terecht kunnen voor wijkverpleegkundige zorg.

In de visie eerstelijnszorg 2030 en het IZA is daarom vastgelegd dat wijkverpleging zich herkenbaar en aanspreekbaar moet organiseren. Dit stelt cliënten en

²³ Partijen die zijn aangesloten bij de visie eerstelijnszorg 2030

²⁴ Equalis (2024): clientvolgend onderzoek in de wijkverpleging.

²⁵ Equalis (2024): clientvolgend onderzoek in de wijkverpleging.

verwijzers in staat om snel en duidelijk te weten waar zij terecht kunnen met een zorgvraag. Daarnaast draagt het bij aan het verbeteren en standaardiseren van de zorg. Door betere afstemming tussen wijkverpleegkundigen van verschillende aanbieders ontstaat ruimte voor informatie-uitwisseling en samenwerking. De wijkverpleegkundige blijft daarin professioneel autonoom bij het stellen van de indicatie en leveren van zorg. Het versterken van deze samenwerking binnen de wijkverpleging is bovendien nodig om goed aan te sluiten bij samenwerkingsverbanden met huisartsen, apothekers en het sociaal domein, zoals beschreven in de visie eerstelijnszorg.

Een deel van deze samenwerkingsafspraken is reeds vastgelegd in de Leidraad Herkenbare en Aanspreekbare Wijkverpleging, opgesteld door ActiZ, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, VNG, VWS, ZN en ZorgthuisNL²⁶. Het eindrapport van maart 2024 van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) laat zien dat er beweging op gang is gekomen en dat er succesvolle voorbeelden zijn. Landelijke opschaling is echter uitgebleven, onder andere door onduidelijkheid over de verantwoordelijkheden van betrokken partijen. Daarom heeft mijn voorganger begin 2025 met landelijke eerstelijnspartijen afgesproken om de rollen en verantwoordelijkheden met de partijen te verduidelijken om bovenstaande samenwerking en coördinatie van zorgvragen te stimuleren en versterken.²⁷ Op dit moment rond ik de uitwerking van deze afspraken met het veld af. Uw Kamer wordt hierover in het eerste kwartaal van 2026 geïnformeerd.

Ik vind het belangrijk dat de wijkverpleging in elke regio en wijk herkenbaar en aanspreekbaar georganiseerd is voor cliënt, mantelzorger en verwijzer. Hoe die samenwerking vorm krijgt, is aan partijen in de regio. Ik kies bewust voor het laten van deze ruimte, vanwege regionale verschillen en verschillende behoeften binnen het veld. De behoefte aan lokaal en regionaal maatwerk bleek ook uit de rondgang die ik met partijen langs regionale (goede) voorbeelden heb gemaakt. Daarom leggen we landelijk geen vast samenwerkingsmodel op of een verplichting dat elke

²⁶ [Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging_2020.pdf](#)

²⁷ [Eindrapport Herkenbare en Aanspreekbare wijkverpleging Ontwikkelingen en lessen 2021 - 2023](#)

zorgvraag via een bepaalde route moet worden behandeld. Wel leggen we duidelijke uitgangspunten, rollen en verantwoordelijkheden vast die eraan bij moeten dragen dat regio's en wijken samenwerking op een effectieve en doelgerichte manier kunnen invoeren. Aanmeldportalen zijn een instrument om het doel van toegankelijke zorg voor iedereen te bereiken, maar geen doel op zich. Indien partijen constateren dat aanmeldportalen niet effectief zijn of ongewenste effecten hebben ligt het bij de betrokken partijen zelf om dit te adresseren en te verbeteren, dan wel voor een alternatieve werkwijze te kiezen. Ik heb dus ook niet in beeld hoeveel regio's op dit moment met zo'n portaal werken en hoeveel fte hiermee gemoeid is.

Uw zorgen over administratieve lasten, vermindering van handelingsruimte en vakmanschap van wijkverpleegkundigen en de mogelijke contraproductieve effecten van aanmeldportalen neem ik serieus. Het kan inderdaad zo zijn dat goed bedoelde innovaties uiteindelijk averechts uitpakken en dat wil ik, net als alle betrokkenen, uiteraard voorkomen. Mijn speerpunt is om in de samenwerking effectieve korte lijnen tussen huisartsen en wijkverpleging te behouden. Uw zorgen breng ik actief onder de aandacht bij partijen waarmee ik momenteel de uitwerking van de landelijke afspraken afrond. Zoals aangegeven, leren we daarbij actief van regio's waar de samenwerking al succesvol verloopt. Ik zal de landelijke opschaling van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging nauwgezet blijven volgen, onder andere middels de IZA-monitoring. In het eerste kwartaal van 2026 informeer ik uw Kamer over de landelijke afspraken die ik heb gemaakt en zal ik, zoals toegezegd in het commissiedebat wijkverpleging, specifiek ingaan op ervaringen met aanmeldportalen.

Verder hechten de leden van de BBB-fractie aan regionale zeggenschap en directe investeringen in de zorg. Kan de minister aangeven hoe regionale samenwerking concreet wordt gefaciliteerd en gefinancierd, en hoe wordt voorkomen dat regio's met minder zorgvoorzieningen achterblijven?

Zoals ook beschreven in de werkagenda van team overheid behorende bij het AZWA ontstaan transformaties niet van de

ene op de andere dag en vragen deze veel inspanning van de betrokken partijen. Als overheid sturen we hierop, maar willen we ook naast (regionale) partijen staan en is het bieden van ondersteuning cruciaal. Hiervoor worden verschillende instrumenten ingezet. Het gaat hierbij zowel om financiële ondersteuning (zoals de transformatiemiddelen, SPUKs en verschillende subsidies via ZonMw), als het delen van beschikbare data (via regiobeeld.nl) en informatie (via bijvoorbeeld www.zorgakkoorden.nl en bijeenkomsten). Ook biedt de overheid hulplijnen aan, bijvoorbeeld via de Vliegende Brigade en het Platform Sociaal Domein.

Ook vinden de leden van de BBB-fractie dat zorggeld vooral besteed moet worden aan de zorg tussen patiënt en professional zelf, en niet aan managementlagen, overleggen en administratie. Daarnaast vinden deze leden dat zorgverzekeraars hun winst weer zoveel mogelijk moeten investeren in de zorg. Kan de minister aangeven welk percentage van het zorgbudget op dit moment besteed wordt aan management, overlegtafels en administratie, en welk deel daadwerkelijk terechtkomt bij zorgverleners en patiënten?

Nee, dat kan ik niet.

Is de minister bereid om een norm in te voeren voor de maximale hoeveelheid tijd gestoken in management/overheid zonder directe zorgtaken? Wordt er binnen het AZWA en IZA actief gestuurd op het terugdringen van functies die “aan de zorg” werken in plaats van “in de zorg”? Zo ja, hoe wordt dit gemonitord en gerapporteerd?

Nee, er komt geen norm. Met het AZWA werken we nu gezamenlijk toe naar maximaal 20% administratie tijd voor medewerkers in de zorg met direct patiëntencontact. Waarbij

het uitgangspunt is dat deze werkzaamheden niet verschuiven naar de “back-office”.

Is de minister bereid om wettelijk vast te leggen dat minimaal 50% van de gereserveerde winsten van zorgverzekeraars wordt ingezet voor onvoorziene omstandigheden, zoals acute wachttijdproblematiek?

Ik vind dit inhoudelijk geen goed voorstel. Zorgkosten moeten betaald worden uit premiegelden die zorgverzekeraars ontvangen. Zorgverzekeraars hebben beschikking over hun premiegelden om de kosten van de acute én niet-acute zorg voor hun verzekerden te vergoeden. Als zorgverzekeraars aan het einde van het jaar geld overhouden, dan gebruiken zorgverzekeraars dat om de premie van het daaropvolgende jaar te dempen (het geld gaat dan terug naar de verzekerden) of om de reserves aan te vullen (waar de Nederlandsche Bank toezicht op houdt). Ook juridisch gezien vind ik dit geen goed voorstel. Ik ga als Minister niet over de winst van zorgverzekeraars omdat dit private rechtspersonen zijn.

Dan de arbeidsvoorwaarden. De leden van de BBB-fractie willen in dit schriftelijk overleg ook aandacht vragen voor de arbeidsvoorwaarde pensioen. Nederland kent een van de grootste pensioenverschillen tussen mannen en vrouwen in Europa: gemiddeld 40 tot 45 procent. Dit verschil is deels te verklaren door deeltijdwerk, maar ook werken vrouwen vaker in lager betaalde beroepen en laten onderzoeken zien dat vrouwen ook als ze exact hetzelfde werk doen als hun mannelijke collega's, gemiddeld minder verdienen. Juist in de sector zorg en welzijn, waar ruim 80% van de werknemers vrouw is, is dit ook een vraagstuk dat aandacht verdient. Kan de minister aangeven hoe groot de pensioenkloof tussen mannen en vrouwen is in de sector zorg en welzijn? Is de minister bereid om bij de uitwerking van het AZWA expliciet aandacht te besteden aan de pensioenkloof tussen mannen en vrouwen in zorg en welzijn? Wordt er binnen het AZWA ingezet op maatregelen die het makkelijker maken voor vrouwen om meer uren te werken als zij dat willen, aangezien deeltijdwerken ook van grote invloed is op de

pensioenopbouw? Kan de minister toezeggen dat bij toekomstige arbeidsmarktafspraken binnen AZWA en IZA ook de pensioenkloof wordt meegenomen als indicator voor gelijkwaardigheid en bestaanszekerheid?

Gegevens over de omvang van de pensioenkloof tussen mannen en vrouwen specifiek in de sector zorg en welzijn zijn niet voor handen. Voor Nederland als geheel bedroeg de pensioenkloof tussen mannen en vrouwen in 2022 circa 40%²⁸. Daarbij is sprake van een dalende trend, in 2009 bedroeg de pensioenkloof nog 46,1%. De huidige pensioenkloof is in de afgelopen decennia ontstaan door een verschil in pensioenopbouw. Belangrijke oorzaken van het verschil in pensioenopbouw zijn het verschil in arbeidsparticipatie, arbeidsduur en beloning tussen mannen en vrouwen.

Pensioen is een onderwerp op het beleidsterrein van het ministerie van SZW en heeft geen direct inhoudelijk relatie met het AZWA of IZA. De pensioenkloof meenemen binnen de verdere uitwerking van het AZWA of IZA vind ik dan ook niet logisch.

Wel vind ik het belangrijk dat als werknemers binnen zorg en welzijn meer uren willen werken, ze dit ook kunnen doen. Dit kan ook indirect bijdragen aan het verkleinen van de pensioenkloof, omdat er relatief veel vrouwen binnen zorg en welzijn in deeltijd werken. Werkgevers spelen een belangrijke rol in de mogelijkheden om meer uren te werken. Onderzoek van Berenschot heeft aangetoond dat zo'n 60% van de werkgevers nog niet het gesprek heeft gevoerd met zijn/haar werknemer over contractuitbreiding²⁹. Ook maatregelen zoals betere roostering en werk-privébalans zijn effectief voor meer uren werken en kunnen door een werkgever opgepakt worden.

²⁸ Het gaat hierbij om het pensioen van mensen van 65 tot 79 jaar.

²⁹ [Rapport Onderzoek meerurenbonus Zorg en Welzijn | Tweede Kamer der Staten-Generaal](#)

De afgelopen jaren is Stichting Het Potentieel Pakken (HPP) door VWS (financieel) ondersteund in hun missie om via verandertrajecten belemmeringen om meer uren werken weg te nemen. Kennis en inzichten die zijn opgedaan zijn openbaar toegankelijk gemaakt door HPP via een digitaal platform waardoor werkgevers er zelf mee aan de slag kunnen: www.groterecontractenindezorg.nl

Daarnaast werkt SZW samen met de Universiteit Utrecht aan het project “Meer uren werkt!”, onderdeel van het groeifondsprogramma. Dit project richt zich op het wegnemen van zichtbare en onzichtbare drempels in de sociale omgeving, bij arbeidsorganisaties en bij deeltijders zelf, zodat zij meer uren kunnen gaan werken. Het project brengt vijf bewezen interventies in de praktijk bij deelnemende organisaties in de sectoren onderwijs, zorg en kinderopvang.

Tot slot willen de leden van de BBB-fractie dat de minister reflecteert op de governance en sturing binnen het IZA en AZWA. Uit het rapport “Pionieren in niemandsland” blijkt dat structurele samenwerking tussen het sociaal en medisch domein moeizaam tot stand komt door gebrek aan regie, versnipperde financiering en onvoldoende gelijkwaardigheid. Is de minister bereid om regionale tafels met gezamenlijke regiobudgetten in te richten, zoals aanbevolen in het rapport “Pionieren in niemandsland”?

Om de toegang tot zorg en ondersteuning te borgen en om het hoofd te kunnen bieden aan domeinoverstijgende opgaven is samenwerking tussen het medisch en sociaal domein nodig. In het AZWA zijn daarom afspraken gemaakt die gericht zijn op het versterken van deze samenwerking. Verder zijn de regionale partijen zelf hard aan de slag met het vormgeven van hun governance. Ik vind dit een belangrijke ontwikkeling, die ik ook financieel ondersteun. Als regio's zich beter organiseren, zorgt dit voor meer continuïteit en stabiliteit in de samenwerking tussen zorg- en welzijnspartijen in de regio. Hierdoor kunnen de benodigde plannen om de zorg en ondersteuning toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te behouden, goed en tijdig worden opgepakt en uitgevoerd. Vanuit de visie op zorg, ondersteuning en domeinoverstijgende opgaven die regio's opstellen volgt vervolgens een gesprek over

financiële middelen. Veel regio's krijgen momenteel ook al financiële middelen voor uitvoering van hun regioplannen en transformatieplannen, waar de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein ook onderdeel van uitmaakt. Ook vanuit het AZWA zal er geld beschikbaar komen.

Wordt er gewerkt aan een leerstructuur en kennisdeling tussen regio's, zodat succesvolle domeinoverstijgende initiatieven kunnen worden opgeschaald en niet iedere regio steeds opnieuw het wiel hoeft uit te vinden?

Graag bevestig ik het belang van een gedegen leerstructuur en andere vormen van een landelijke infrastructuur waarlangs opgebouwde kennis (bijvoorbeeld over succesvolle domein-overstijgende initiatieven) tussen regio's beter gedeeld en benut kan worden. Over deze geïntegreerde kennis infrastructuur en lerend netwerk zijn we onder andere met het RIVM, ZonMw en regionale netwerken/s/samenwerkingsverbanden in gesprek.