Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2026–2027

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

60

Vragen van het lid **Wendel** (VVD) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat thuismonitoring 350.000 ziekenhuisopnames kan schelen, maar tegengehouden wordt door de bekostiging* (ingezonden 8 juli 2026).

Antwoord van Minister **Hermans** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 21 september 2026).

Vraag 1
Bent u bekend met het artikel «Thuismonitoring kan 350.000 ziekenhuisopnames schelen, maar de bekostiging houdt het tegen» – naar aanleiding van de podcast BNR Beter?[1]

Antwoord 1
Ja.

Vraag 2
Deelt u de hoge verwachtingen die in het artikel geschetst worden van thuismonitoring? Waarom wel, of waarom niet?

Antwoord 2
Ja, het kabinet heeft hoge verwachtingen van de inzet van thuis- en telemonitoring omdat het kan bijdragen aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg, zelfredzaamheid van de patiënt en kwaliteit van leven en zorg, ook ingegeven door de toenemende zorgvraag en schaarste aan professionals.
Veel ziekenhuizen hebben de afgelopen jaren positieve ervaringen opgedaan met thuismonitoring. 70% van de artsen en 75% van de verpleegkundigen hebben een positieve attitude tegenover telemonitoring zo komt naar voren in de Monitor Digitale Zorg[2]. Burgers en patiënten die er gebruik van maken zijn vaak (zeer) tevreden.
Tegelijk zijn er ook verschillende aandachtspunten en is implementatie en opschaling van thuismonitoring een complexe veranderkundige opgave. Zie ook de antwoorden op vragen 5 en 6.

[1] BNR, 6 juli 2026, «Thuismonitoring kan 350.000 ziekenhuisopnames schelen, maar de bekostiging houdt het tegen» (Thuismonitoring kan 350.000 ziekenhuisopnames schelen, maar de bekostiging houdt het tegen | BNR Nieuwsradio)
[2] Dashboard Monitor Digitale zorg | Kwaliteit van de zorg | Volksgezondheid en Zorg

ah-tk-20262027-60
ISSN 0921 - 7398
's-Gravenhage 2026

Hiernaast verschilt de daadwerkelijke potentie sterk per patiëntgroep, zorgvraag en -proces en is het belangrijk dat professionals samen met patiënten bepalen wanneer, en voor wie, thuismonitoring meerwaarde heeft. Onder andere via de verschillende akkoorden zet het kabinet samen met veldpartijen in op verdere implementatie, opschaling en adoptie van thuismonitoring.

Vraag 3
Deelt u de mening dat thuismonitoring goed past binnen de visie «digitaal als het kan, fysiek als het moet» en in het toewerken naar passende zorg?

Antwoord 3
Ja. In de beleidsbrief van 24 april jl[3] heeft het kabinet de ambities geschetst, waaronder het belang van «passende zorg als norm». En zoals in de akkoorden door VWS en partijen is benoemd is passende zorg ook steeds vaker digitale of hybride zorgverlening. Uitgangspunten hierbij zijn: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan.
Als thuismonitoring passend wordt ingezet in het zorgproces is dit voor zowel de zorgverleners als de patiënt in veel gevallen een efficiëntere manier van zorg. Passende inzet kan de toegankelijkheid en de beschikbaarheid van zorg vergroten en bijdragen aan zelfredzaamheid en kwaliteit van leven.

Vraag 4
Kunt u aangeven hoeveel inzet van personeel thuismonitoring potentieel kan schelen?

Antwoord 4
In algemene zin kan ik daar geen antwoord op geven. Wel zijn er op basis van ervaringen van voorlopende initiatieven positieve ervaringen. In het Gupta rapport Invalshoeken voor AZWA-doorbraakmiddelen[4], dat is opgesteld als basis voor inzet van de AZWA doorbraakmiddelen, komt thuis- en telemonitoring bijvoorbeeld naar voren als één van de toepassingsgebieden met significante potentie als het gaat om impact in termen van arbeidsproductiviteit en -besparing. Wel blijkt dat de context en de wijze waarop zorgpaden en -processen worden ingericht sterk bepalend is voor de impact op personele inzet.
De komende tijd maakt het ministerie in de context van de doorbraakmiddelen afspraken met IZA partijen hoe de effecten van de opschaling van thuis- en telemonitoring (onder andere op arbeidsinzet en arbeidsproductiviteit) meer structureel in beeld te houden.
Daarbij wordt ook in beeld gebracht welke impact de inzet van thuis- en telemonitoring in de keten heeft, waarbij ook wordt gekeken naar de impact voor zorgaanbieders in andere sectoren zoals de huisartsenzorg, wijkverpleging, paramedische zorg of mantelzorg.

Vraag 5
Welke knelpunten gelden er op dit moment in de bekostiging en financiering van zorg, waardoor initiatieven als thuismonitoring niet voldoende kunnen worden opgeschaald? Welke hiervan gelden specifiek voor hybride zorg?

Antwoord 5
IZA partijen noemen verschillende soorten knelpunten die, afhankelijk van de context, zich voor kunnen doen als het gaat om bekostiging en financiering. Diverse van deze knelpunten zijn ook niet uniek voor digitale en hybride zorg. Het gaat bijvoorbeeld om de volgende (ervaren) knelpunten:
– Bekostiging van monitoring wordt in de praktijk vaak nog gekoppeld aan een fysiek contactmoment of verrichting, terwijl de waarde van monitoring juist zit in continue, contactloze opvolging waar in die situatie geen bekostiging voor lijkt te zijn.
– Anders werken en organiseren vraagt tijdelijke veranderkosten en ook enige tijd dubbele kosten omdat de bestaande werkwijze pas kan worden om- of afgebouwd als de nieuwe op orde is. Ook zijn er nieuwe (ICT-)

[3] open.overheid.nl/documenten/4ab1c05f-e2fb-4407-9613-720b7cc69447/
[4] Open overheid

kosten voor onder andere apparatuur, software, digitale infrastructuur in de zorginstelling en/of in de thuissituatie.
– De baten vallen mogelijk op andere plekken (bijvoorbeeld elders in de «keten») dan waar de kosten gemaakt worden.
– Minder opnames, ligdagen en poliklinische behandelingen door de inzet van thuismonitoring kunnen op korte of langere termijn een negatief effect hebben op de productie en omzet van een zorgaanbieder, afdeling of zorgprofessional.

Deze knelpunten kunnen belemmerend werken voor de beoogde beweging richting passende zorg. Zie verder ook het antwoord op vraag 6.

Vraag 6
Op welke manier bent u van plan om initiatieven als thuismonitoring meer ruimte te geven om op te schalen, in lijn met de motie-Wendel/Vervuurt?[5]

Antwoord 6
Zoals ook in de beleidsbrief[6] beschreven moet de samenwerking aan passende zorg lonend zijn, ook als het gaat om thuismonitoring. Daarom kijken we of de bekostiging en andere randvoorwaarden voldoende aansluiten bij wat we van partijen vragen. Hierbij is expliciete aandacht voor thuismonitoring via de IZA/AZWA werkgroep digitale en hybride zorg.
Ook geven tijdelijke stimuli zoals de IZA transformatiemiddelen en AZWA doorbraakmiddelen een tijdelijke extra stimulans voor transformatie en opschaling.
Goede voorbeelden laten verder zien dat samen keuzes maken, in plaats van ieder voor zich, bijdraagt aan schaalbare oplossingen. Het kabinet stimuleert partijen om bestaande oplossingen te hergebruiken die aantoonbaar impact maken. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan anders werken en organiseren. En het loslaten van eigen initiatieven ten faveure van een initiatief van andere zorgaanbieders als dat sneller tot de gewenste impact leidt.
Daarbij benadrukt de NZa dat bekostiging (grotendeels) functioneel is omschreven en niet plaats bepalend[7].

Vraag 7
Hoe kijkt u ernaar dat in het artikel wordt gesteld dat ongeveer de helft van de ziekenhuiszorg thuis zou kunnen plaatsvinden, van de voorbereiding op een operatie tot de begeleiding van chronisch zieken?

Antwoord 7
Hoewel het kabinet grote potentie ziet om passende zorg en ondersteuning meer thuis en digitaal of hybride te bieden, kan er geen uitspraak worden gedaan of dit om de helft van de ziekenhuiszorg gaat, zoals genoemd wordt in de analyse van ING[8]. Zie verder het antwoord op vraag 4.

Vraag 8
Kunt u deze vragen individueel beantwoorden voorafgaand aan de begrotingsbehandeling?

Antwoord 8
Ja.

[5] Kamerstuk 27 529, nr. 369
[6] open.overheid.nl/documenten/4ab1c05f-e2fb-4407-9613-720b7cc69447/
[7] Wegwijzer bekostiging digitale zorg 2026 - Nederlandse Zorgautoriteit
[8] ING – Thuismonitoring ziekenhuizen