

## **BIJVOEGSEL**

Schriftelijke antwoorden van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Langdurige Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op vragen gesteld in eerste termijn van de behandeling van **het wetsvoorstel Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2023**.

## **Bijlage 1: antwoorden op vragen begrotingsbehandeling VWS 2022/2023**

### **Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) hoe het mogelijk is dat ziekenhuizen – na een heel klein plusje – in 2026 weer op 0% volumennorm worden gezet en dat bestuurders uit het veld hiermee akkoord zijn gegaan?**

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn op een aantal thema's, waaronder passende zorg, regionale samenwerking, versterken organisatie eerstelijnszorg, inhoudelijke afspraken gemaakt die er onder andere toe moeten leiden dat er passender, slimmer en daardoor minder zorg wordt geleverd door medisch specialisten in ziekenhuizen. De partijen van het IZA delen dat deze beweging nodig en wenselijk is.

Deze beweging is niet van het ene op het andere jaar te realiseren. Vandaar dat de beschikbare groei in de Medisch Specialistische Zorg (MSZ) geleidelijk wordt afgebouwd (1% in 2023, 0,8% in 2024, 0,4% in 2025 en 0% in 2026). Om de afbouw van de groei mogelijk te maken, is tegelijkertijd een substantieel bedrag aan transformatiemiddelen beschikbaar. In totaliteit is er € 2,8 miljard aan transitie-middelen beschikbaar, waarvan € 940 miljoen vooraf geoordeeld is voor de MSZ.

Daarbij is relevant dat er forse groeiruimte en investeringsruimte voor onder andere de huisartsenzorg en wijkverpleging beschikbaar is de komende jaren. Ook dit moet leiden tot een minder groot beroep op medisch-specialistische zorg en draagt derhalve bij aan het realiseren van het aflopende groeipad van de MSZ.

### **Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van Kamerlid Agema (PVV) op de vraag naar de stijging van het percentage zorguitgaven als percentage van het bbp. Wat is percentage zorg en hoe ontwikkelt zich dit in de komende jaren?**

Het CPB heeft in oktober 2022 een nieuwe studie gepubliceerd met verwachtingen over de ontwikkeling van de zorguitgaven<sup>1</sup>. Het CPB verwacht dat de collectieve zorguitgaven tussen 2020 en 2060 zullen stijgen van ongeveer 10 naar 18 procent van het bbp. Bij ongewijzigd beleid zullen de zorguitgaven in de komende 40 jaar naar verwachting dus sneller groeien dan de economie. De zorguitgaven stijgen vanwege vergrijzing, toenemende (technologische) behandelmogelijkheden, sociaal culturele ontwikkelingen en de ontwikkeling van lonen en prijzen.

### **Antwoord van de minister van Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het kamerlid Agema (PVV) over het bericht dat de zorgkantoren het verantwoord vinden dat er 16.605 mensen langer dan de treeknorm op hun plek in het verpleeghuis wachten.**

De Treeknormen zijn gebaseerd op afspraken tussen zorgaanbieders en verzekeraars/zorgkantoren. De norm geeft aan wat maatschappelijk aanvaardbare wachttijden zijn voor het regelen van een passende plaats en het organiseren van de zorg die daarbij hoort. Voor de sector verpleegzorg is de Treeknorm 6 weken.

De 16.605 mensen waarop gedoeld wordt staan geregistreerd als 'wachtend op voorkeur'. Dit zijn mensen die dus wel zorg genieten, alleen nog niet op de plek van hun voorkeur. Dat wil niet zeggen dat zij geen passende zorg ontvangen. De Treeknorm is daarom vooral van belang voor de cliënten die de status 'urgent' of 'actief' wachtend hebben.

Mensen hebben persoonlijke redenen om (nog) niet te verhuizen naar het verpleeghuis. De zorgkantoren hebben inzicht in de achterliggende beweegredenen. Denk aan: vrijwel iedereen wil zo lang als mogelijk thuis blijven wonen; het gaat thuis nog wel; de cliënt en naasten denken verschillend over de noodzaak om te verhuizen naar een verpleeghuis; enzovoorts. Wanneer het echter thuis niet meer gaat en een urgente situatie ontstaat, krijgt de cliënt de status 'urgent' of 'actief' en wordt direct zorgbemiddeling gestart teneinde binnen de Treeknorm een passende plaats te regelen.

---

<sup>1</sup> CPB. (2022). Zorguitgaven ons een zorg.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over dat het personeelstekort door de NZA als een voldongen feit wordt gezien. Is het pijnpunt niet dat de salarissen steeds een beknibbelpunt zijn? Werken in de zorg moet lonen. Erkennen de bewindspersonen dat de toeslagengrens niet wordt verruimd omdat dit geld kost?**

Het gaat bij meer uren werken niet alleen om hoeveel dat extra oplevert, wat afhangt van de marginale druk (hoeveel het besteedbaar inkomen bij elke euro meer stijgt), maar ook om hoeveel het werk in totaal opbrengt. Het kabinet heeft de afweging gemaakt om deze begrotingsronde in te zetten op het ondersteunen van de koopkracht van met name lage- en middeninkomens, niet alleen in de zorg maar in brede zin. Een verhoging van de toeslaggrens ligt niet voor de hand. Ten eerste omdat toeslagen generiek zijn en daarom, als het specifiek om zorgmedewerkers gaat, ongericht zijn. Ten tweede omdat het verhogen van de afbouwgrens van de toeslagen weliswaar voor een lagere marginale druk zorgt voor de werknemers wiens huishoudinkomen hierdoor onder de afbouwgrens komen te liggen, maar voor een verhoging van de marginale druk zorgt voor werknemers die door de hogere afbouwgrens juist in aanmerking komen voor een toeslag. Het stimuleren van meer uren werken, voor wie dat wil en kan, is een van de maatregelen om de personeelstekorten in de zorg tegen te gaan. Het kabinet blijft de stichting Het Potentieel Pakken (HPP) ondersteunen om contractuitbreidingen in de zorg te stimuleren en om belemmeringen rondom o.a. roostering weg te nemen. Ook onderzoekt het kabinet of en hoe een voltijd- of meerurenbonus mogelijk is in de zorg- en onderwijssector en of die juridisch haalbaar en uitvoerbaar is.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over de benodigde 3 miljard om personeelstekort in de zorg op te lossen. Erkennen de ministers en staatssecretaris dat de beurs niet wordt getrokken om het personeelstekort op te lossen in de zorg uit pure onwil?**

U geeft aan dat met 3 miljard euro 50.000 extra zorgmedewerkers kunnen worden aangetrokken en daarmee het personeelstekort kan worden opgelost. We hebben echter te maken met economie brede tekorten aan personeel; er zijn veel andere belangrijke sectoren waar arbeidsmarkttekorten zijn. Er zijn dus niet zomaar 50 duizend extra medewerkers die de zorg kan aantrekken. Daarom zetten we met het programma Toekomstbestendige arbeidsmarkt zorg en welzijn (TAZ) breed in op onder meer het behouden van het bestaande personeel, het slimmer inzetten van sociale en technologische innovaties en op meer uren werken. Uit uitstroomonderzoek blijkt dat zaken als professionele autonomie, zeggenschap en ontwikkelmogelijkheden vooral van belang zijn voor de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg. Deze voorwaarden worden in belangrijke mate bepaald door werkgevers (zorgaanbieders). Daarom heeft het kabinet met hen hierover afspraken gemaakt in het Integraal Zorgakkoord (IZA), in het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en in het programma TAZ.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over dat er voldoende moet worden toegevoegd aan de ova-ruimte om de inflatie te compenseren. Het kost 1.2 miljard euro om al het zorgpersoneel eenmalig 1000 euro uit te keren. Waar wachten jullie nog op? En als u daar een dekking voor zoekt, de verzekeraars hebben een solvadeitsoverschot van bijna 3 miljard euro; haal het daar uit.**

Alle Nederlanders hebben met inflatie te maken, niet alleen de zorgmedewerkers. Het kabinet zet met breed koopkrachtbeleid in op het beteugelen van de gevolgen van de hoge inflatie. Daarom is specifiek sectorgericht inkomensbeleid niet aan de orde. Het past ook niet bij de systematiek van de jaarlijkse overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (de ova) om deze op te hogen voor incidentele componenten die niet direct gerelateerd zijn aan de loonkostenontwikkeling in de marktsector.

Ten aanzien van het dekkingsvoorstel wil ik opmerken dat om continu te kunnen voldoen aan de solvabiliteitseisen, zorgverzekeraars zelf een door hen veilig geachte marge boven het wettelijk

vereiste minimum van Solvency II aanhouden. Zorgverzekeraars bepalen zelf hoeveel reserves ze aanhouden en hoe ze deze inzetten, niet de Minister van VWS.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over waarom de minister geen overheadnorm instelt.**

Ik ben er niet van overtuigd dat het helpt om bij zorgaanbieders een overheadnorm in te stellen en zo zorgaanbieders te verplichten tot bijvoorbeeld een maximaal percentage overhead ten opzichte van de totale begroting. De ervaring leert dat het monitoren van de voortgang op dergelijke doelen snel leidt tot bureaucratie op zichzelf en afleidt van het daadwerkelijk met elkaar verminderen van regeldruk (de relatie tussen overhead en regeldruk is ook niet 1 op 1). Bovendien is niet iedere medewerker werkzaam in een overheadfunctie direct inzetbaar voor de patiëntenzorg. Ook kan bepaalde overhead (bijvoorbeeld ICT) juist ten goede komen aan (het ontlasten van) de zorg. Vanzelfsprekend vind ik het belangrijk dat organisaties de bedrijfsvoering zo efficiënt en doelmatig mogelijk invullen, zodat maximaal wordt ingezet op de levering van zorg. Ik vind het belangrijk dat zorgaanbieders hierin van elkaar leren. Dit is een taak voor de zorgaanbieders zelf. Verder vind ik het belangrijk dat alle partijen gezamenlijk – waaronder het ministerie van VWS – de schouders moeten zetten onder het aanpakken van regeldruk op landelijk en lokaal niveau. Daarom is een belangrijk onderdeel van het programma [Ont]Regel de Zorg 2022-2025 het stimuleren en faciliteren van zorgaanbieders om regeldruk binnen instellingen aan te pakken.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over hoe het staat met de aanpak van de oorzaken uit het rapport "Regeldruk in de langdurige zorg, boosdoeners blootgelegd"?**

In genoemd rapport benoemt Vilans vijf oorzaken van regeldruk in de langdurige zorg. Het rapport geeft die oorzaken goed en heel concreet weer. Zoals toegezegd in het commissiedebat over onder meer administratieve lasten op 15 september 2022 zal ik specifiek op het rapport terugkomen in de voortgangsrapportage [Ont]Regel de Zorg die ik vóór de zomer 2023 naar de Tweede Kamer stuur.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Fleur Agema (PVV) over dat de sluis gezonde levensjaren en dus geld kost, over het opheffen van de sluis en over het volgen van het voorbeeld van Duitsland, Frankrijk en België.**

Fabrikanten van geneesmiddelen zijn primair verantwoordelijk voor de wijze waarop en de snelheid waarmee zij toegang krijgen tot het Nederlandse basispakket. Zolang zij uitzonderlijke hoge prijzen blijven vragen voor dure geneesmiddelen, ben ik genoodzaakt om maatregelen te treffen die een beheerste instroom van dure geneesmiddelen mogelijk maken.

Na plaatsing in de sluis wordt Zorginstituut Nederland gevraagd het geneesmiddel te beoordelen op pakketwaardigheid. Daarmee bekijkt Zorginstituut Nederland of het middel daadwerkelijk waarde toevoegt aan de behandeling van de patiënt. Als de beoordeling door het Zorginstituut daar aanleiding toe geeft, ga ik eerst met de fabrikant in onderhandeling over de prijs. Wanneer de onderhandeling succesvol is afgerond kan het geneesmiddel beschikbaar komen voor alle patiënten die er medisch gezien op aangewezen zijn. In zekere zin geldt dus dat voor alle middelen waarover is onderhandeld, de latere beschikbaarheid voor Nederlandse patiënten het gevolg is van de hoge prijsstelling door fabrikanten.

Ik vind de sluis een goed instrument om te zorgen voor een beheerste instroom van deze dure geneesmiddelen. Ik doe dit niet alleen voor de patiënt van nu, maar ook voor de patiënt van morgen. Ik zal de sluis dus niet opheffen en zal ook niet het voorbeeld van Duitsland, Frankrijk en België volgen. Zo vind ik dat het Nederlandse systeem beter in staat is om te beoordelen voor welke patiënten het geneesmiddel veilig en werkt. Dat is in het belang van de patiënt. Nederland staat nog steeds in de top-5 van landen waar geneesmiddelen het snelst worden geïntroduceerd. Duitsland scoort heel hoog, maar dat heeft ook een reden: daar wordt in het eerste jaar de lijstprijs voor geneesmiddelen betaald.

Verder merk ik op dat, volgens de Patient Wait Indicator Study, de tijd die er zit tussen markttoelating en beschikbaarheid van oncologische geneesmiddelen voor patiënten in België en Frankrijk significant langer is dan in Nederland.<sup>2</sup>

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Fleur Agema (PVV) over de status van de toezeggingen die de minister tijdens de behandeling van de initiatiefnota 'uitbreiding persoonlijk profiel' heeft gedaan?**

Aan deze toezeggingen wordt gewerkt, een deel is ook al uitgevoerd. Zo wijzigt per 1 januari 2023 de bekostigingssystematiek, waarbij de moleculaire diagnostiek niet meer binnen de DBC valt maar als add-on bekostigd gaat worden. Daarnaast is een facultatieve prestatie ingericht voor patiënten met een primaire tumor onbekend en wordt gewerkt aan verbeteringen in ons zorglandschap. Deze laatste actie wordt opgepakt vanuit het Zorginstituut Nederland. Zorginstituut Nederland heeft de opdracht gekregen voor de uitvoering van het traject moleculaire diagnostiek.

In dit uitvoeringstraject werken we aan een gezamenlijke ambitie om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van moleculaire diagnostiek in Nederland nog passender te maken. Ik stuur de Kamer ieder half jaar een voortgangsrapportage van dit traject. De eerstvolgende rapportage zal voor het einde van 2022 worden toegezonden.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over of geneesmiddelen doelmatiger ingezet kunnen worden doordat biomarkers vooraf kunnen voorspellen of een medicijn nuttig is voor een patiënt. Hoe staat het met de inzet van biomarkers?**

Mevrouw Agema vraagt naar de implementatie van innovatieve methoden in de zorg. Met mevrouw Agema ben ik van mening dat er veel innovatieve methoden en toepassingen zijn en worden ingezet en ontwikkeld. De Nederlandse zorgsector is zeer innovatief maar ik vind dat die innovaties breder en sneller moeten worden ingezet voor patiënten en professionals. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) heb ik daarom afgesproken dat de implementatie van in de praktijk gebleken effectieve werkvormen en innovaties wordt gestimuleerd door het nog op te richten landelijk Kenniscentrum (en zolang dit nog niet actief is door het ZN Kenniscentrum Digitale Zorg/vliegwielfcoalitie). De transformatiemiddelen via zorgverzekeraars worden ingezet om deze innovaties breed te kunnen uitrollen en implementeren.

Mevrouw Agema stelde in haar bijdrage een aantal vragen over diverse toepassingen. Daar zal ik nu op ingaan.

Mevrouw Agema noemt als eerste de inzet van biomarkers. Ik hecht aan een doelmatige inzet van geneesmiddelen en zie hierbij het belang van biomarkers. Biomarkers worden ook al gebruikt bij het toepassen van geneesmiddelen. Dit kan echter alleen bij een specifieke groep geneesmiddelen. Het inzetten van biomarkers is dus niet altijd mogelijk. Wel komen er steeds vaker geneesmiddelen op de markt die werken bij een patiënt met een specifieke biomarker, de zogenaamde targeted therapies. In de registratieteksten staat dan dat het geneesmiddel alleen toegepast mag worden nadat bekend is dat de patiënt deze biomarker heeft. Daarnaast wordt in de richtlijnen voorgeschreven te testen op biomarkers voordat een geneesmiddel wordt toegepast, bijvoorbeeld bij longkanker en borstkanker. Momenteel wordt vanuit de beroepsgroep gewerkt aan de lijst 'minimaal klinische noodzakelijke testen', zodat breed bij artsen bekend is welke targets klinisch relevant zijn om op te testen. Deze lijst wordt allereerst opgesteld voor vier geprioriteerde tumorsoorten waarbij meerdere targeted therapies beschikbaar zijn.

Er vindt nog veel onderzoek plaats naar het gebruik en de voorspellende waarde van biomarkers. Hier besteed ik ook budget aan vanuit het ZonMw programma Goed Gebruik Geneesmiddelen. En maak ik geld vrij zodat Nederlandse onderzoekers en artsen kunnen participeren in het nieuwe Europese Partnerschap voor Personalized Medicine, waarin een persoonlijke behandeling van de patiënt centraal staat.

---

<sup>2</sup> EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2021 Survey

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Fleur Agema (PVV) of het Safe label system, een bewezen innovatie die bijna de helft van de medicatiefouten in de operatiekamers voorkomt, overal is ingevoerd.**

Mevrouw Agema noemt vervolgens het Safe label system. Er zijn geen gegevens bekend of dit specifieke Safe label system op iedere OK wordt gebruikt. Het veld heeft veel aandacht voor medicatieveiligheid en het reduceren van medicatie-incidenten. In ziekenhuizen wordt gewerkt aan de reducering van medicatiefouten door middel van barcode scanning. Dergelijke systemen worden ook gebruikt bij de toediening van medicatie. Het is aan het veld om te beoordelen of zij dit specifieke barcodesysteem daarbij willen inzetten.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Fleur Agema (PVV) over Pure trance: kan tot 75 onnodige keizersnede per 100 bevallingen voorkomen. Is deze landelijk uitgerold?**

Over de inzet van Pure trance het volgende. De beroepsgroep, in dit geval de gynaecologen vertegenwoordigd door de NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie), gaat zelf over de (ontwikkeling van) richtlijnen en standaarden in zorgverlening. Dit betreft ook het eventueel wel of niet gebruiken van bepaalde methodes.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Fleur Agema (PVV) over geautomatiseerde medicijnkar: rijdt deze al overal?**

De door mevrouw Agema genoemde geautomatiseerde medicijnkar is mij niet bekend. Wel ken ik de medicijn dispensers, medicijnrollen en gewone medicijnkarren. Zoals genoemd heb ik in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afgesproken dat de implementatie van in de praktijk gebleken effectieve werkvormen en innovaties wordt gestimuleerd door het nog op te richten landelijk Kenniscentrum (en zolang dit nog niet actief is door het ZN Kenniscentrum Digitale Zorg/vliegwielfcoalitie). De transformatiemiddelen via zorgverzekeraars worden ingezet om deze innovaties breed te kunnen uitrollen en implementeren.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over het stoppen met het weggooien van op maat gemaakte hulpmiddelen bij een verhuizing naar een andere gemeente en de vraag of dit al bestaand beleid is.**

In 2021 is een verhuisconvenant opgesteld dat voorschrijft dat mensen hun op-maat-gemaakte hulpmiddelen in bezit houden bij een verhuizing naar een andere gemeente. Nog niet alle gemeenten hebben dit convenant ondertekend, maar ik ga er desondanks van uit dat zij de werkwijze uit het convenant als standaard uitvoeringspraktijk hanteren. Als hulpmiddelen overbodig of afgeschreven zijn, worden deze weer ingenomen door de leverancier, die op zijn beurt het hulpmiddel (of onderdelen daarvan) hergebruikt.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) per wanneer de NightWatch bij kinderen met refractaire epilepsie wordt vergoed?**

Mevrouw Agema stelt een vraag over de vergoeding van een toepassing zoals NightWatch. Om in aanmerking te komen voor vergoeding uit de Zorgverzekeringswet, moet zorg voldoen aan het wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' (hierna: SWP). Dit betekent kort gezegd dat zorg aantoonbaar effectief moet zijn. Zorginstituut Nederland heeft in 2014 op basis van de beschikbare literatuur geoordeeld dat detectie- en alarmeringsapparatuur niet aantoonbaar effectief is en daarom niet kan worden vergoed uit het basispakket. Dit geldt ook voor het aanvalsdetectieapparaat NightWatch. Het is aan de ontwikkelaars en de beroepsgroep om via onderzoek meer kennis te vergaren over de effectiviteit van dit hulpmiddel. Op het moment dat deze kennis beschikbaar komt, kan het Zorginstituut opnieuw een duiding doen van de effectiviteit. Indien het Zorginstituut tot een positief oordeel komt, kan het hulpmiddel worden opgenomen in het basispakket.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over prehabilitatie waarbij minder kans is op complicaties, het herstel sneller is, de ligduur korter en er lagere kosten zijn. Is dit al staand beleid?**

Tot slot wijst mevrouw Agema op de inzet van prehabilitatie. Prehabilitatie is een interessant voorbeeld van leefstijl als onderdeel van de behandeling. Met prehabilitatie wordt ingezet op het verbeteren van de conditie van patiënten voorafgaand aan de operatie. Voorbeelden van prehabilitatie programma's zijn Fit4Surgery en Better in, better out die nu via de beleidsregel innovatie van de NZa bekostigd worden. Het is echter nog onduidelijk in hoeverre de verschillende prehabilitatieprogramma's meerwaarde hebben ten opzichte van opereren alleen bij specifieke indicaties.

Net als bij de Nightwatch is het aan de ontwikkelaars en de beroepsgroepen om via onderzoek meer kennis te vergaren over de effectiviteit en doelmatigheid van de prehabilitatieprogramma's die worden gevolgd, en op basis van de toekomstige resultaten kunnen zorgverzekeraars of het Zorginstituut beoordelen in hoeverre deze zorg voldoet aan de pakketcriteria. Daarnaast kijkt het Zorginstituut in het traject passende aanspraak fysio- en oefentherapie of en hoe prehabilitatie door de fysiotherapeut in het basispakket opgenomen kan worden. Vanuit het programma Preventie in het Zorgstelsel stimuleert het ministerie van VWS de integrale toepassing van leefstijl als (onderdeel van de) behandeling in het curatieve domein. In het IZA zijn hier ook afspraken over gemaakt.

Tot slot komen de aankomende jaren extra middelen beschikbaar om (kosten) effectiviteit en implementatie van leefstijl als onderdeel van de behandeling te versnellen.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Fleur Agema (PVV) over wat de status is van het ZonMw programma DoelmatigheidsOnderzoek, waar in de laatste evaluatie is vastgesteld dat de onderzoeksresultaten nog in onvoldoende mate in de praktijk worden gebracht.**

In 2018 is het ZonMw programma DoelmatigheidsOnderzoek 2006-2017 (programma DO) extern geëvalueerd. Daarbij is geconstateerd dat het programma DO een aanzienlijke impact genereert. Zowel de wetenschappelijke als de maatschappelijke opbrengsten zijn hoog. De evaluatiecommissie constateerde evenwel ook dat er nog winst te behalen valt bij het implementeren van onderzoeksresultaten in de zorgpraktijk. Met andere woorden het potentieel van het programma DO kan nog beter benut worden.

Dat het implementeren van uitkomsten van effectiviteits- en doelmatigheidsonderzoek aandacht behoeft, onderschrijf ik. In de medisch specialistische zorg wordt in dit kader uitvoering gegeven aan het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG). In dit programma werken de ondertekenende partijen van het Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2019-2022 samen aan het in de praktijk implementeren van bewezen effectieve zorg. Het doen van zorgevaluatieonderzoek om – zo nodig – te bepalen welke zorg voor welke patiënt en op welk moment het meest gepast is, is ook onderdeel van het programma ZE&GG. Het programma ZE&GG loopt nog tot 2024. Ik stel jaarlijks 10 miljoen euro beschikbaar voor de uitvoering. ZonMw participeert als strategisch partner in het programma ZE&GG.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn verdere afspraken gemaakt over de implementatie van passende zorg in de praktijk, onder meer over een vervolg van het programma ZE&GG. De afspraken uit het IZA gelden niet alleen voor de medisch specialistische zorg, maar ook voor andere zorgsectoren. Daarnaast zijn in het IZA afspraken gemaakt over het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket. Hierover zal ik u dit najaar informeren.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Tielen (VVD) over hoe de minister wil stimuleren dat preventie een meer prominente rol krijgt in het beleid van zorgverzekeraars.**

De afgelopen jaren hebben zorgverzekeraars steeds meer oog gekregen voor het belang van preventie. In het Integraal Zorg Akkoord (IZA) zijn over preventie en leefstijl afspraken gemaakt. Zorgverzekeraars hebben zich gecommitteerd aan dit akkoord en hebben ook een belangrijke taak bij verschillende acties op dit terrein. Doel is om effectieve preventieve interventies breed in ons

zorgstelsel verankerd te krijgen en niet afhankelijk te laten zijn van pilots die beperkt zijn in plaats en tijd.

Daarnaast speelt het sociale domein een belangrijke rol bij het bevorderen van gezondheid en preventie. Daarom is ook in het IZA afgesproken dat zorgverzekeraars en gemeenten op regionaal niveau samenwerkingsafspraken maken zodat het aanbod vanuit zorgverzekeraars en gemeenten op elkaar afgestemd is en duidelijk is wie welke actie onderneemt. De minister voor Langdurige Zorg en Sport voert hierover al geruime tijd, en ook tijdens de uitvoering van het IZA, veelvuldig overleg met zorgverzekeraars en gemeenten. De acties die ondernomen worden door zorgverzekeraars en gemeenten worden in lijn met de afspraken in het IZA, opgenomen in het Gezond en Actief Leven Akkoord.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Judith Tielen (VVD) over Tijd tussen van ideeën naar innovatie en het daadwerkelijk terecht komen bij de professional is te lang. Gaat de minister een zogenaamd koplopersklimaat stimuleren.**

Ik herken dat de weg van innovatie naar daadwerkelijk grootschalig gebruik vaak nog te lang is. Stimuleren van koplopers is een van de instrumenten om daar verbetering in aan te brengen. Daarom hebben partijen in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afgesproken dat de implementatie van in de praktijk gebleken effectieve werkvormen en innovaties wordt gestimuleerd door het nog op te richten landelijk Kenniscentrum (en zolang dit nog niet actief is door het ZN Kenniscentrum Digitale Zorg). Tevens is in het IZA afgesproken dat sectoren onderzoeken welke zorgpaden geschikt zijn voor digitale en/of hybride zorg, dat van deze zorg 70% digitaal of hybride beschikbaar komt, en door minimaal 50% van de patiëntenpopulatie die daarvoor in aanmerking komt wordt gebruikt. De transformatiemiddelen via zorgverzekeraars worden ingezet om deze innovaties breed te kunnen implementeren en op te schalen. Daarnaast hebben zorgkantoren in de langdurige zorg de mogelijkheid om een deel van hun budget te alloceren voor samenwerking of innovatie. Huisartsen worden gestimuleerd om afspraken te maken over innovatie en digitale zorg via de bekostiging in segment 3.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Judith Tielen (VVD) over innovaties die nog onvoldoende snel hun weg vinden naar de zorgpraktijk. Kunnen we hier geen financiële beloning/prestatie op zetten. Zoiets gebeurt al in de langdurige zorg met een differentiatiebudget. Kunnen we zoiets bijvoorbeeld niet ook introduceren voor huisartsen?**

In de langdurige zorg hebben zorgkantoren inderdaad de mogelijkheid om een deel van de contracteerruimte te alloceren voor samenwerking of innovatie.

De huisartsenzorg kent ook al een dergelijke ruimte. Binnen segment 3 van de huisartsenbekostiging hebben huisartsen de mogelijkheid om met verzekeraars afspraken te maken over innovaties.

Ik erken met de VVD dat de ruimte nog verder kan worden vergroot en een impuls kan krijgen. Daarom heb ik in het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA) ook afgesproken dat verzekeraars transformatiegelden beschikbaar stellen voor zorgaanbieders die met goede innovaties komen die bijdragen aan passende zorg.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Judith Tielen (VVD) over hoe staat het met de fair medicine strategie om woekerprijzen tegen te gaan?**

Ik heb u eerder geïnformeerd dat de subsidie die VWS heeft verleend aan Fair Medicine eind 2020 is geëindigd en dat de kennis en ervaring die hiermee is opgedaan is gedeeld met uw Kamer (Kamerstuk 29477, nr. 696). Er is op dit moment geen inzet vanuit VWS ten aanzien van Fair Medicine.

Fair Medicine heeft diens activiteiten na het verlopen van de subsidie voortgezet. Naar mijn laatste informatie streven zij ernaar om op termijn een eerste geneesmiddel naar de markt te brengen.



**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Tielen (VVD) over de aandacht die de Algemene Rekenkamer vroeg voor zorgfraude. Nieuwe wetgeving kan helpen, maar vooral belangrijk om huidige wetgeving te benutten. Wat vindt de minister daarvan? Welke mogelijkheden wil zij strakker inzetten om fraude tegen te gaan?**

De aanpak van zorgfraude kan én moet beter. Dat heeft het recente onderzoek van de Algemene Rekenkamer in haar rapport 'Een zorgelijk gebrek aan daadkracht – onderzoek naar de effectiviteit van zorgfraudebestrijding' duidelijk gemaakt. De signaalopvolging mag niet langer vrijblijvend zijn. Dit betekent in de praktijk dat zorginkopers, toezichthouders en opsporingsinstanties beter onderling moeten samenwerken. De aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer hebben inmiddels geresulteerd in concrete afspraken met alle betrokken partijen. Met deze afspraken mag geen zaak meer tussen wal en schip vallen en bereiken we meer effect met een gezamenlijke programmatische aanpak. Ik deel uw standpunt dat binnen de huidige wet- en regelgeving in de praktijk vaak meer kan dan men denkt. De proeftuinen in de regio's Twente en Hart van Brabant kunnen hierbij helpen. Met een subsidie van het ministerie van VWS worden, binnen de huidige wet- en regelgeving, beproefde werkwijzen ontwikkeld. De resultaten van de proeftuinen komen voor alle gemeenten in Nederland beschikbaar. Vervolgens wil ik vanuit mijn verantwoordelijkheid de toezichthouders beter in staat stellen hun werk te doen. Met nieuwe wetgeving zet ik in op het tegengaan van niet-integere zorgaanbieders door meer weigerings- en intrekingsgronden aan de Wtza-vergunning (Wet toetreding zorgaanbieders) te verbinden, door duidelijke normen voor integer handelen op te nemen én door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in staat te stellen op te treden als er sprake is van niet integer gedrag bij bijvoorbeeld de omgang met tegenstrijdige belangen binnen zorgorganisaties. Voor meer informatie over de aanpak van zorgfraude verwijs ik u Kamer naar mijn brief van 29 juni 2022 (Kamerstukken 2021/22, 28 828, nr. 133).

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Judith Tielen (VVD) op de vraag hoe vaak de inspectie signalen krijgt van 'kwakzalverij' en hoe vaak die leiden tot opsporing en handhaving.**

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd ontvangt ongeveer 50 meldingen per jaar op het gebied van alternatieve zorgaanbieders. Ongeveer 80% daarvan leidt tot een onderzoek van IGJ. De effectiviteit van de zorgfraudebestrijding moet én kan beter. De signaalopvolging mag niet langer vrijblijvend zijn. Dit betekent in de praktijk dat zorginkopers, toezichthouders en opsporingsinstanties beter onderling moeten samenwerken. De aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer hebben inmiddels geresulteerd in concrete afspraken met alle betrokken partijen. Met deze afspraken mag geen zaak meer tussen wal en schip vallen en bereiken we meer effect met een gezamenlijke programmatische aanpak. Om eventuele misverstanden over de rol van de IGJ te voorkomen merk ik op dat de IGJ een toezichthouder is, geen opsporingsinstantie. Zij onderzoekt in die zin geen vermoedens van financiële strafbare feiten. Wanneer patiënten vermoedens van strafbare handelingen doorgeven aan de IGJ dan doet de IGJ hiervan melding bij het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ). Het IKZ verdeelt dit signaal naar de opsporingspartners, zoals het Openbaar Ministerie en de Nederlandse Arbeidsinspectie. Als ditzelfde signaal een risico kan vormen voor de kwaliteit van zorg, dan wordt dit signaal in het risico gestuurd toezicht van de IGJ opgenomen. Dit betekent dat dit voor de IGJ kan leiden tot een toezichtonderzoek op de kwaliteitsnormen van dat zorgdomein. Dit is geen toezichtonderzoek naar de zorgfraude in strafrechtelijke zin.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Judith Tielen (VVD) over hoe opvolging wordt gegeven aan de motie Kuik ten aanzien van een Nationaal actieplan kanker. Wat zijn de ambities van de minister op gebied van preventie, diagnostisering, behandeling en overleving van kanker?**

Zoals ik in mijn brief van 8 juli jl. (Kamerstuk 32793, nr. 630) heb aangegeven vind ik het belangrijk dat de beleidsinzet vanuit het ministerie van VWS en de initiatieven vanuit het veld goed in verbinding staan met elkaar. Er gebeurt vanuit het ministerie van VWS veel. Zo heb ik u Kamer op 14 oktober jl. samen met de minister voor Langdurige Zorg en Sport en de staatssecretaris van

Volksgezondheid, Welzijn en Sport geïnformeerd over de inzet op preventie van kanker met de Coalitiemiddelen voor volksziektes. In het Integraal Zorgakkoord hebben wij met partijen concrete afspraken gemaakt over verbeteringen in de oncologische zorg. Ik ga dan ook graag met veldpartijen in gesprek over hoe hun initiatieven en mijn plannen elkaar kunnen versterken. Binnenkort staat een gesprek met de initiatiefnemers van het Nederlands Kanker Collectief gepland. In dat gesprek wil ik verkennen hoe we onze krachten kunnen bundelen in een gezamenlijk actieplan, zodat bestaande initiatieven beter op elkaar aansluiten.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Tielen (VVD) over hoe het staat met de behandeling van het wetsvoorstel bevorderen, samenwerken en rechtmatige zorg? Kunnen we die nog dit jaar vaststellen?**

Ik juich uw oproep om het Wetsvoorstel bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg (Wbsrz) dit jaar vast te stellen van harte toe. Het wetsvoorstel ligt ter behandeling in uw Kamer voor. Met de Wbsrz worden belangrijke knelpunten in de gegevensuitwisseling opgelost. Gelet op het belang van een spoedige inwerkingtreding van dit wetsvoorstel hoop ik dat uw Kamer op korte termijn besluit tot behandeling van dit wetsvoorstel.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Tielen (VVD) over voldoende aandacht voor modulair opleiden bij mbo, social degree en hbo en of deze opleidingen voldoende zijn verspreid over het land.**

Er zijn flexibele en snelle manieren nodig om zij-instromers en herintreders snel inzetbaar te maken in de sector zorg en welzijn. Binnen de zorg wordt al vol ingezet op modulair opleiden. Via de Nationale Zorgklas zijn goede ervaringen opgedaan met het snel opleiden van zorgmedewerkers via mbo-certificaten. Er zijn inmiddels een flink aantal mbo-certificaten ontwikkeld voor diverse sectoren in de zorg en deze worden door veel mbo-instellingen in het land aangeboden. Ook bestaat een groot aantal *Associate Degree* opleidingen in de zorg.

Binnen het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en welzijn (TAZ) zet ik in samenwerking met werkgevers, werknemers en onderwijsinstellingen, en waar nodig met het ministerie van OCW, in op doorontwikkeling van flexibel en modulair onderwijs. We kijken bijvoorbeeld naar waar ruimte zit in de wet Big rond het verkorten van de opleiding Verpleegkunde. Ten slotte zet ik mij in om vervolgoopleidingen voor verpleegkundigen en medische ondersteuning te modulariseren en te zorgen voor een passende bekostiging.

Voor wie aan een opleiding in de zorg begint, moeten vervolgens voldoende stagemogelijkheden zijn. De begeleidingscapaciteit die daarvoor nodig is, is door de hoge werkdruk en personeelstekorten een knelpunt in de hele sector. Via het Stagefonds Zorg krijgen werkgevers een vergoeding voor stagebegeleiding, in 2022 is er sprake van een eenmalige verhoging van het beschikbare budget voor innovatieve vormen van stagebegeleiding. Binnen het programma TAZ is afgesproken dat uiterlijk in de zomer 2023 ook afspraken zijn gemaakt met werkgevers, brancheorganisaties en onderwijsinstellingen in samenwerking met VWS en OCW over meer domein overstijgende samenwerking in de regio om voldoende stageplekken te blijven realiseren.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Judith Tielen (VVD) over wat het betekent dat de minister verhoogd niveau (corona) heeft aangekondigd en wat hij verwacht van de sectoren, met de maatregelenladder?**

Gezien de toename van de circulatie van het virus en de stijging van het aantal ziekenhuisopnames en besmettingen in verpleeghuizen, heeft het Responsteam van het RIVM vorige week besloten dat stand 2 van de coronathermometer passend is bij de huidige situatie. Stand 2 betekent dat de impact op de samenleving en de zorg door de ziektelast van het virus is verhoogd. Vooral kwetsbare groepen lopen meer risico.

Deze verhoging van de coronathermometer van stand 1 naar stand 2 geeft (nog) geen aanleiding om sectoren te vragen om generieke preventieve maatregelen te treffen. Wel is het een signaal dat waakzaamheid geboden is en vraag ik iedereen de basisadviezen zo goed mogelijk na te leven en kwetsbare personen om hun herhaalprik te halen en drukte zoveel mogelijk te vermijden.

Uiteraard staat het bedrijven en instellingen wel vrij om preventieve maatregelen, om zo bijvoorbeeld uitval van personeel te voorkomen en/of kwetsbaren te beschermen. Zo zien we dat sommige bedrijven en instellingen al extra voorzichtigheid betrachten door bijvoorbeeld mondneusmasker te dragen of desinfectiegel beschikbaar te stellen aan personeel en bezoekers. Ik juich dergelijke initiatieven toe.

Wanneer het epidemiologische beeld vraagt om extra actie en preventieve maatregelen door sectoren conform de maatregelenladders nodig lijken, dan zal ik u daarover informeren.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Judith Tielen (VVD) over de vraag of de minister bereid is om het RIVM mee te nemen in de reikwijdte van de Wet elektronische gegevensuitwisseling.**

Ik wil het uitwisselen van data voor onderzoeksdoeleinden vooralsnog geen onderdeel maken van de Wet elektronische gegevensuitwisseling (Wegiz). De reden hiervoor is de uitvoerbaarheid van het wetsvoorstel. In plaats daarvan ben ik voornemens het secundair gebruik van data op andere manieren te stimuleren. Het ministerie van VWS werkt hier op dit moment aan samen met de ministeries van OCW en EZK, het initiatief Health-RI en het zorgveld.

De Wegiz ziet toe op het uitwisselen van data voor primair gebruik tussen zorgaanbieders onderling en met patiënten. De Wegiz heeft naar verwachting wel een positief effect op het secundair gebruik van zorgdata. De vastlegging van primaire zorggegevens wordt onder de Wegiz gestandaardiseerd. Deze gegevens kunnen hierdoor makkelijker en sneller worden hergebruikt.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Bevers (VVD) over of de minister kan aangeven waarom het programma WOZO er nog niet is en kan aangeven wanneer het programma verwacht kan worden?**

Het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) is 4 juli naar uw Kamer gestuurd. De verdere uitwerking van de actielijnen krijgt u in een voortgangsbrief aan het eind van dit jaar. Actielijn 4 van dit programma werk ik samen met de minister voor Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening (VRO) uit in het programma Wonen en Zorg voor Ouderen. Hierin wordt intensief samengewerkt vanuit een gezamenlijke doelstelling: invullingen geven aan de verwachte vraag naar woningen door ouderen in de komende jaren. Een voorbeeld hiervan is het meenemen van de opgave aan verpleegzorgplekken in de regieafspraken van de minister voor VRO. De complexiteit van dit vraagstuk, in het bijzonder met betrekking tot het onderbrengen van de bouw van extra verpleegzorgplekken in de reguliere bouwafspraken, heeft geleid tot uitstel van het programma. De nadere afspraken tussen beide departementen hebben geresulteerd in het meenemen van de bouwopgave voor verpleegzorgplekken in de regieafspraken.

Dit programma is tevens het zesde programma dat wordt gepresenteerd vanuit de Nationale Woon- en Bouwagenda van de minister voor VRO en wordt medio november door de minister voor VRO naar de Tweede Kamer gezonden.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Bevers (VVD) over de stand van zaken van de aangenomen motie over hulplijn 113?**

Zoals in de Voorjaarsnota 2022 opgenomen, is er structureel aanvullend budget vrijgemaakt om invulling te geven aan de aangenomen motie Van der Plas om zorg te dragen voor financiering van de hulplijn 113 op het huidige niveau plus de voorziene groei van de hulpvraag. Voor 2023 is er 11,6 miljoen euro beschikbaar voor de instellingssubsidie aan 113 Zelfmoordpreventie. Het rapport 'Financiële scenario's 113 Zelfmoordpreventie', dat opgesteld is door een extern onafhankelijk bureau, ligt ten grondslag aan de onderbouwing van het aanvullend budget. In het rapport is uitgerekend wat er de komende jaren nodig is aan financiële middelen om te voorzien in een toenemende behoefte van de hulplijn van 21% per jaar, een bereikbaarheid van de hulplijn van 95%, en het continueren van de andere activiteiten van 113 Zelfmoordpreventie - zoals onderzoek, academy en marketing en communicatie. Hiermee heb ik invulling gegeven aan de motie.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Langdurige Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

**op de vraag van het Kamerlid Bevers (VVD) over of de minister in kan gaan op de problemen door energiekosten in de zorg? (ook in relatie tot de motie Mohandis) En of de vergoedingen uit Wlz en Zvw voldoende zijn voor mensen en zo niet, of zij worden gecompenseerd?**

We hebben oog voor de zorgen over hoge energiekosten bij zorginstellingen en bij mensen die thuis gebruik maken van zorg en ondersteuning. Momenteel voeren wij een inventarisatie uit van de (maatschappelijke) gevolgen van de hoge energiekosten waarin wij signaleren of er problemen zijn bij zorgaanbieders in de verschillende domeinen in de zorg (Wlz, Zvw, Wmo en jeugdzorg) of bij mensen die als gevolg van een chronische ziekte, medische aandoening of specifieke ondersteuningsbehoefte of zorg-woonvorm boven de gestelde maxima voor het generieke prijsplafond voor kleinverbruikers komen.

De NZa heeft op ons verzoek de gereguleerde tarieven, budgetten en vergoedingsbedragen in de Zvw en de Wlz voor 2023 geactualiseerd op basis van de cijfers uit de Macro Economische Verkenning (MEV) van het CPB. Als de stijging van de energieprijzen niet (sterk) doorzet ten opzichte van de MEV-raming, is de verwachting dat de ophoging van de tarieven en budgetten voldoende dekkend is voor deze domeinen. Verder is vanuit de Zorgverzekeringswet geregeld dat patiënten voor chronische thuisbeademing, zuurstofapparatuur en thuisdialyse hun stroomkosten rechtstreeks bij de zorgverzekeraar kunnen declareren. De hoogte van het tarief is niet specifiek in de regeling opgenomen, die bepalen de verzekeraars zelf. Het ministerie van VWS is in gesprek met Zorgverzekeraars Nederland om te bezien of de huidige vergoeding die de verzekeraars verstrekt toereikend is en in welke mate de vergoeding van stroomkosten naar een passend(er) niveau moet worden gebracht, indien dit wenselijk is. We monitoren of er desondanks nog problemen resteren die een aanvullende oplossing vereisen. Ook hierover zullen we u bij de Najaarsnota informeren. Voor het sociaal domein (jeugd en wmo) geldt dat gemeenten bij miljoenennota gecompenseerd zijn om een indexatie door te vertalen naar de sectoren. In tegenstelling tot de Zvw en de Wlz zijn de wmo en jeugdwet gedecentraliseerd. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het aanpassen van tarieven. Wel geldt dat in de amvb reëel tarieven gewezen wordt op een indexatie conform sector ontwikkeling. Voor de wmo en jeugdzorg wordt bovengenoemde inventarisatie dan ook gezamenlijk uitgevoerd.

Zoals ook tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen toegelicht, is het binnen de systematiek van een prijsplafond niet uitvoerbaar om te differentiëren op specifiek energieverbruik dat bijvoorbeeld gerelateerd is aan hulpmiddelengebruik of hoge energiekosten gerelateerd aan een (chronische) aandoening. We begrijpen zorgen hierover en onderzoeken daarom momenteel of deze groep voldoende geholpen is met het prijsplafond voor kleinverbruikers. Hierbij zal dan worden gekeken in welke gevallen en in welke mate financiële knelpunten optreden en wat de invloed hiervan is op de zorgcontinuïteit en patiënt/cliënt. Hierover heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport u ook geïnformeerd in zijn brief van 17 oktober jl. De problemen en mogelijke tegemoetkoming zullen we inzichtelijk maken bij de Najaarsnota, evenals de eventuele budgettaire gevolgen.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over hoe de minister kijkt naar de door Kamerlid Hijink genoemde situaties: dat je als verzorgende in het ziekenhuis of het verpleeghuis een toeslag moet aanvragen om financieel overeind te blijven, dat 50% van de mensen in zorg is niet financieel zelfstandig en dat men met een goede baan in de zorg het hoofd niet boven water houdt.**

Volgens het CBS is minimaal 70% van het minimumloon (1229,34 euro per 1 juli 2022) nodig om economisch zelfstandig te zijn. Uit cijfers van het Pensioenfonds Zorg en Welzijn blijkt dat de gemiddelde maandelijkse beloning – inclusief bijzondere beloningen zoals vakantiegeld, eindejaarsuitkering en onregelmatigheidstoeslag – van een fulltime werkende verzorgende in het verpleeghuis circa 3500 euro bruto bedraagt. Dat is dus ruim boven de beleidsdefinitie voor economische zelfstandigheid van het CBS.

Slechts een beperkt deel van de werknemers in de zorg is volgens de definitie van het CBS niet economisch zelfstandig. Alleen werknemers met hele kleine contracten (bijvoorbeeld 16 uur of minder in de week) hebben een kans dat zij onder de grens van economische zelfstandigheid zakken. Daarom is het belangrijk dat werknemers meer uren kunnen werken als zij dat wensen.

Het kabinet ondersteunt de stichting Het Potentieel Pakken (HPP) om contractuitbreidingen in de zorg te stimuleren en om belemmeringen rondom onder meer roostering weg te nemen. Ook is er de WerkUrenBerekenaar waarmee je concreet kunt zien wat in jouw situatie extra uren werken financieel oplevert.

Tot slot heeft het kabinet met Prinsjesdag een breed pakket aan maatregelen gepresenteerd om de koopkracht te ondersteunen die als gevolg van de hoge inflatie onder druk staat. Ook medewerkers in de zorg hebben hier baat bij. Werknemers in de zorg – en dan met name aan de onderkant en in het midden van het loongebouw – gaan er hierdoor in 2023 ten opzichte van 2022 gemiddeld genomen substantieel in koopkracht op vooruit ter compensatie van de inflatie.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) om - van de 161 miljoen euro op de begroting voor coronatoegangsbewijzen - 150 miljoen euro te besteden aan een compensatiefonds voor zorgmedewerkers met Long-Covid.**

Op dit moment ligt een conceptvoorstel ter advisering voor bij de Raad van State. Dit conceptvoorstel bevat een onverplichte tegemoetkoming aan zorgmedewerkers die in de eerste golf besmet zijn geraakt, post-COVID hebben opgelopen en daardoor niet meer of minder kunnen werken. Ik kan en wil niet vooruitlopen op de uitkomsten van dit advies. Besluitvorming hierover acht ik daarom in dit stadium te voorbarig.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over of de minister bereid is om een verbod in te voeren op het betalen van goodwill bij de overname van een huisartsenpraktijk.**

Hoewel ik het betalen van goodwill bij de overname van een huisartsenpraktijk onwenselijk vind, zal ik geen verbod invoeren. Mijn ambtsvoorganger heeft in 2015 onderzoek laten doen naar de juridische mogelijkheden en beleidsmaatregelen die goodwillbetalingen bij huisartsen tegengaan (Kamerstukken 2015/2016, 29 282, nr. 241). De conclusie was dat een wettelijk verbod op goodwillbetalingen, een inbreuk op het eigendomsrecht van de huisarts met zich meebrengt. Dit levert omvangrijke financiële risico's voor de Staat omdat mogelijk compensatie moet worden geboden. Ik zie derhalve geen mogelijkheden om een verbod in te voeren.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over onderzoek dat onder andere door VWS en het Zorginstituut is gedaan. Dit leverde het rapport 'toekomstscenario's in prijsontwikkeling geneesmiddelen' op. Dit rapport beschrijft onder andere de manier hoe we geneesmiddelen kunnen betalen en winsten aan banden kunnen leggen bij de ontwikkeling van geneesmiddelen. Kan de minister een reactie geven op dit rapport, waarbij hij tevens ingaat op de genoemde scenario's uit dit rapport.**

Ik ken het verkennende rapport uit 2016. Mede op basis hiervan is verder beleid ontwikkeld om meer inzicht te krijgen in de financiering van geneesmiddelenonderzoek.

Ik acht het van groot belang dat er transparantie ontstaat over hoe geneesmiddelonderzoek wordt gefinancierd, en hoe de financiering en de keuzes van investeerders beïnvloeden welke geneesmiddelen worden ontwikkeld. Hiertoe heb ik een omvangrijk internationaal onderzoek laten uitvoeren dat ik op 22 juni jongstleden met uw Kamer heb gedeeld (Tweede Kamer, vergaderjaar 2021-2022, 29477-765). Dit rapport maakt inzichtelijk dat geneesmiddelenontwikkeling complex en bij uitstek internationaal van aard is. Een activiteit waarin publieke en private partijen elk hun rol te spelen hebben. Ik heb aangegeven dat de uitdaging die voor ons ligt is om financiële belangen te verbinden met maatschappelijke belangen. Hierover wil ik graag in gesprek, met uw Kamer, maar ook met andere betrokken partijen, nationaal en internationaal. Mijn inzet is om gezamenlijk duidelijk te maken wat wij bereid zijn waarvoor te betalen en om de betrokkenheid van de overheid en kennisinstellingen bij de ontwikkeling van nieuw medicijnen te versterken. Ik ben in overleg met NFU, universiteiten, KWF en andere partijen.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over het stellen van wettelijke eisen om de hoeveelheid**

**suiker en vet in voeding te reduceren en de verslavende stoffen in sigaretten te verminderen.**

Voor wat betreft de hoeveelheid suiker en vet in voeding laat ik een verkenning uitvoeren naar opties voor wettelijke verplichtingen op het gebied van productverbetering. Ik informeer u nog dit jaar over de uitkomsten van deze verkenning en mijn reactie hierop.

Voor wat betreft nicotine in tabak heeft het Trimbos-instituut onlangs in een notitie over minder nicotine in tabaksproducten geconcludeerd dat het nog onduidelijk is of wetgeving die een lager nicotinegehalte in tabaksproducten verplicht, voordelen zal opleveren voor de volksgezondheid (Trimbos 2022. Notitie minder nicotine in tabaksproducten, beschikbaar via de link: [AF2000-Minder-nicotine-in-tabaksproducten.pdf \(trimbos.nl\)](#)). Ik informeer u nog dit jaar over de inzet op tabaksontmoediging.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) of de minister vooraf (bij het vaststellen van een kwaliteitskader voor Verpleeghuizen) mag bepalen welke bezuiniging dit moet opleveren? En of het mogelijk is dat de veldpartijen alsnog uitgaan van een personeelsnorm en de bezuiniging daarmee niet wordt gerealiseerd?**

In mijn brief van 14 oktober jl. over het kwaliteitskader verpleeghuiszorg<sup>3</sup> heb ik aangegeven dat ik zelf geen wettelijke rol heb bij het vaststellen van de inhoud van de kwaliteitsstandaarden, anders dan een toets van de kwaliteitsstandaarden met substantiële financiële gevolgen ('de noodrem'). Wel is het belangrijk dat kwaliteitsontwikkeling en -borging meer in samenhang wordt gezien met andere publieke waarden, zoals toegankelijkheid, personele organiseerbaarheid, financiële houdbaarheid en maatschappelijk draagvlak. Veldpartijen hebben aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport laten weten dat zij deze publieke waarden onderschrijven. Mede om die reden is een doorontwikkeling van het kwaliteitskader wenselijk. Dit heb ik meegegeven aan het Zorginstituut en de veldpartijen die verantwoordelijk zijn voor deze doorontwikkeling.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Langdurige Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over of de zorg anders georganiseerd gaat worden en over zijn voorstel om te experimenteren met budgetten in de buurten. Hij stelt voor om de regelgeving vanuit de Wmo, de Zvw en de zorgkantoren te bundelen en te kijken wat er per persoon nodig is om betere samenwerking te organiseren; dus zonder verschillende loketten.**

Met het Integraal Zorg Akkoord (IZA) wordt een belangrijke stap gezet om de grote uitdagingen waar de zorg voor staat het hoofd te bieden en zo richting te geven aan hetgeen de heer Hijink beoogt. In het IZA is onder meer afgesproken dat partijen intensiever met elkaar moeten samenwerken. In het IZA is ook overeengekomen dat we de komende periode gaan verkennen dat daar waar de huidige wet- en regelgeving te kort schiet we gaan werken aan passende oplossingen. Zo is bijvoorbeeld afgesproken dat VWS een werkgroep met relevante partijen instelt die met voorstellen komt met oplossingen voor de knelpunten in 'domeinoverstijgende bekostiging'. Uitgangspunt is dat vervolgens gezamenlijk wordt toegewerkt naar nieuwe, toepasbare vormen van domeinoverstijgende bekostiging.

Overigens zien we al heel veel mooie voorbeelden van goede samenwerking tussen de domeinen in het land, waardoor mensen in de wijk gerichter geholpen (kunnen) worden. In het IZA is afgesproken dat de overheid zorgpartijen zal faciliteren bij het samenwerken (bijvoorbeeld informatie over good practices en opschaling daarvan, ondersteuning bij het koppelen en gebruik van data, uitleg van bekostigingsmogelijkheden en mededingingsaspecten), maar dat er ook transformatiemiddelen beschikbaar worden gesteld juist om de samenwerking verder te stimuleren en helpen organiseren.

Ook in de langdurige zorg is samenwerken tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren niet altijd vanzelfsprekend. Om dit te stimuleren komt er voor 2023 een regeling waardoor gemeenten een tegemoetkoming kunnen krijgen voor meerkosten die zij maken voor activiteiten

---

<sup>3</sup> Kamerstukken II, 2021-2022, 31765, nr. 651

om instroom van cliënten in de Wlz te voorkomen of uit te stellen. De regeling loopt vooruit op een wetsvoorstel waarin dit structureel mogelijk wordt gemaakt. Dit is een continuering van een proces wat in 2018 is gestart bij een drietal gemeenten. In WOZO is domeinoverstijgende samenwerking een speerpunt dat we landelijk willen uitbreiden door het mogelijk maken van meer experimenten.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over de grote personeelstekorten in de gehandicaptenzorg en het gebrek aan artsen voor verstandelijk gehandicapten. Dat is heel belangrijk werk, maar te weinig mensen melden zich aan. Wat gaat de minister doen om ervoor te zorgen dat we veel meer van dit soort artsen gaan aantrekken?**

Ik vind het belangrijk dat er voldoende artsen voor verstandelijk gehandicapten zijn, zowel nu als in de toekomst. Het baart mij daarom zorgen dat de instroom in de opleiding achterblijft bij wat nodig is conform hetgeen het Capaciteitsorgaan ons adviseert. Om de instroom te verhogen is het noodzakelijk dat in de opleiding Geneeskunde meer aandacht is en komt voor vakgebieden buiten het ziekenhuis, zoals voor artsen voor verstandelijk gehandicapten. Vanuit het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en welzijn (TAZ) zet VWS zich in op het maken van korte en lange termijn afspraken tussen werkgevers, brancheorganisaties en onderwijs om samen te zorgen voor een meer passende instroom in opleidingen met achterblijvende instroom, waarbij ook oog is voor kraptere regio's. Te denken valt aan het maken van afspraken over het ontwikkelen en aanbieden van meer coschappen in de zorg buiten het ziekenhuis, zoals in de gehandicaptenzorg. Ik ben daarover ook in gesprek met de beroepsvereniging.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Paulusma (D66) over Financieringsvormen die vooral behandelen stimuleren. Hoe kijkt de minister naar andere vormen van financiering?**

Meer passende bekostiging voor preventie en inzet op gezondheid binnen en vanuit het curatieve domein is inderdaad belangrijk. De bestaande ruimte binnen de huidige bekostigingssystematiek kan door zorgprofessionals en zorgverzekeraars nog beter worden benut.

Tegelijkertijd moeten we kijken naar welke aanpassingen mogelijk en nodig zijn om inzet op gezondheid nog meer te stimuleren. Populatiebekostiging is er in vele soorten en maten, met voor- en nadelen. In het IZA hebben we dan ook afgesproken dat VWS en NZa samen kijken op welke wijze bekostiging op basis van uitkomsten mogelijk kan worden gemaakt. De mogelijkheden om daarbij gezondheidsdoelen te betrekken worden verkend.

Er gebeurt overigens al veel als het gaat om het anders organiseren van zorg en het voorkomen van behandeling. Op steeds meer plekken in het land ontstaan initiatieven waarin inwoners, (zorg)organisaties en bedrijven domeinoverstijgend samenwerken aan een gezondere regio. Dit doen ze onder meer door de zorg op een innovatieve manier te organiseren en interventies in te zetten voor een gezonde leefstijl en leefomgeving. Deze lijn wordt doorgetrokken met het IZA. Alle betrokken partijen hebben onderschreven dat we verder moeten inzetten op gezondheid en welzijn zodat mensen zo gezond en vitaal mogelijk zijn en zorgvragen worden voorkomen.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Wieke Paulusma (D66) over de stand van zaken als het gaat om het uitnodigen van transgender personen voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.**

Transgender personen die binnen de doelgroep vallen, kunnen deelnemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Dit geldt eveneens voor het bevolkingsonderzoek borstkanker. Sinds 1 oktober jl. kunnen transgender personen zich eenmalig aanmelden bij Bevolkingsonderzoek Nederland, waarna zij automatisch voor iedere screeningsronde worden uitgenodigd om deel te nemen aan de genoemde bevolkingsonderzoeken. Voorheen moesten zij zich voor iedere screeningsronde opnieuw aanmelden. De geldende werkwijze sinds 1 oktober is afgestemd met belangenverenigingen en genderpoli's en wordt nu ook breed gecommuniceerd.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Paulusma (D66) over hoe het kan dat mensen die hun zorgverzekering niet kunnen betalen omdat zij schulden hebben, een hogere premie moeten betalen?**

Zorgverzekeraars kunnen verzekerden met een betalingsachterstand ter hoogte van zes of meer maanden zorgpremie aanmelden bij het CAK. Dit heet de wanbetalersregeling. Het CAK legt in dat geval een bestuursrechtelijke premie op van 120% van de gemiddelde premie (€ 152,20 in 2022) en int deze met bijzondere incasso-instrumenten, zoals inhouding op het inkomen en omleiding zorgtoeslag. De gedachte is dat de opslag aanzet tot preventie en het oplossen van betalingsachterstanden, omdat het verzekerden direct voordeel oplevert om een betalingsregeling te treffen. Op dat moment betalen verzekerden direct weer hun normale premie. Verzekerden in de wanbetalersregeling blijven verzekerd voor de basisverzekering (polis) die zij hebben afgesloten. Zorgverzekeraars ontvangen hiervoor een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Deze regeling draagt bij aan het solidariteitsbeginsel van ons zorgstelsel, doordat enerzijds wordt voorkomen dat mensen onverzekerd raken. Anderzijds omdat waar mogelijk er wel premie wordt geïnd. De Tweede Kamer ontvangt binnenkort een brief van mij over de wanbetalersregeling. In deze brief zal ik reageren op de motie van de leden Ceder en Kat over de (financiële) effecten van het afschaffen van de opslag en welke aanvullende maatregelen genomen kunnen worden om de geconstateerde negatieve effecten weg te nemen.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Paulusma (D66) over waarom er geen actie is gekomen naar aanleiding van de oproep van Kamerlid Paulusma in de vorige begrotingsvergadering betreffende het lager liggen van het prijsplafond van preventieve maatregel ten opzichte van een curatieve maatregel?**

Er is vanuit het ministerie van VWS gesproken met het Zorginstituut over de vraag van mevrouw Paulusma. Zij hebben toegelicht hoe zij tot hun referentiewaarden zijn gekomen. Er zijn inderdaad verschillen in referentiewaarden die worden gehanteerd voor kosteneffectiviteit van preventie en curatieve zorg. Dit komt onder andere omdat uit onderzoek blijkt dat de maatschappij het rechtvaardig acht om een hogere referentiewaarde te hanteren wanneer er sprake is van een hogere ziektelast<sup>4</sup>. Momenteel is men bereid meer te betalen voor zorg bij ziekte dan voor preventie bij diezelfde aandoening. Daarbij wordt voorbijgegaan aan het aspect dat preventie veelal minder belastend is voor het individu en ook gepaard gaat met een lagere zorgvraag. Anders gezegd, maatschappelijk is er bereidheid om meer te betalen naarmate de aandoening ernstiger is. Eén van de vragen hierbij is hoe deze uitkomst zich verhoudt tot het waarderen van preventie; mensen zijn immers in deze situatie nog niet ziek.

In dat licht heb ik het 'kennisplatform preventie' gevraagd of zij in staat zijn om een onderbouwde visie op preventie te geven. In dit kennisplatform – dat in 2020 is opgericht om wetenschap, beleid en praktijk met elkaar te verbinden – zijn verschillende partijen vertegenwoordigd die hier, naar verwachting, een onderbouwde visie op kunnen geven. Zowel het Zorginstituut als de Gezondheidsraad hebben aangegeven bereid te zijn om hierbij betrokken te worden.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Paulusma (D66) over de oproep aan het kabinet om gezondheid en zorg niet als geïsoleerd onderwerp te beschouwen. Mensen in armoede hebben een lagere levensverwachting. Hoe kijkt de staatssecretaris aan tegen een samenwerking met andere beleidsvelden, zoals SZW?**

Niet iedereen heeft op dit moment een gelijke kans op gezondheid. Concreet betekent dit dat mensen met een lager opleidingsniveau gemiddeld ruim 4 jaar korter leven en bovendien ruim 14 jaar eerder te maken krijgen met een slechter ervaren gezondheid dan hoogopgeleiden. Gezondheidsachterstanden zijn maatschappelijk onwenselijk omdat dit een negatieve impact heeft op de kwaliteit van leven en op de mogelijkheden voor mensen om te participeren in het economisch en maatschappelijk leven.

---

<sup>4</sup> Zie ook het rapport van het Zorginstituut Kosteneffectiviteit in de praktijk uit 2015 [Kosteneffectiviteit in de praktijk | Rapport | Zorginstituut Nederland](#)



De aanpak van gezondheidsachterstanden vergt daarom meer dan de inzet op zorg en de algemene inzet op gezondheid. Er is sprake van achterliggende problematiek zoals bestaansonzekerheid, armoede en kansenongelijkheid. Een bredere blik op gezondheid en een integrale aanpak gericht op de kwetsbare groepen is nodig (Health in all policies). Het kabinet werkt daarom vanuit verschillende beleidsterreinen samen om de achterliggende problematiek bij gezondheidsachterstanden aan te pakken, zoals bestaansonzekerheid, armoede en kansenongelijkheid en een gezonde leefomgeving. Concrete programma's waarin vanuit meerdere beleidsvelden wordt samengewerkt zijn de aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal', het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid onder leiding van de minister voor Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening en de aanpak Geldzorgen, Armoede en Schulden onder leiding van de minister voor Armoedebeleid, Participatie en Pensioenen. Ik informeer uw Kamer dit jaar over de inzet van het kabinet om gezondheidsachterstanden terug te dringen.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Langdurige Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Wieke Paulusma (D66) om een reactie te geven op het feit dat het Integraal Zorgakkoord gebaat is bij een minister die knopen kan doorhakken als het mis gaat.**

Het Integraal zorgakkoord vraagt om een actieve rol van alle betrokken partijen, inclusief het ministerie van VWS. Deze laatste rol is meer uitgesproken dan in het verleden. Daarbij is het belangrijk dat de verantwoordelijkheden van de individuele partijen duidelijk zijn. Die duidelijkheid is er ook binnen het stelsel. Zorgverzekeraars kopen in bij aanbieders; dit gebeurt decentraal. Als er discussies zijn gaan partijen eerst met elkaar in gesprek. Een eerste escalatie wordt gedaan bij de toezichthouders en een volgende stap is escalatie binnen de overlegstructuren van het Integraal Zorgakkoord. Ieder kwartaal hebben we bestuurlijke overleggen vanuit het zorgakkoord om met elkaar knopen door te hakken als het vastloopt.

Vanuit het ministerie van VWS hebben we hierin een belangrijke rol om partijen uit te nodigen en aan te jagen. Wij pakken hierbij een actieve rol de komende jaren. Dat gaat over regie, het faciliteren van de uitvoering, en de uitvoering zelf.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Paulusma (D66) over hoe rekening te houden met verschillen in sekse in gezondheid in onderzoek.**

Via een Taakopdracht Gender en Onderzoek heb ik ZonMw gevraagd duurzame aandacht voor en integratie van sekse en gender in onderzoek en onderzoeksprogrammering verder te stimuleren. Er is bewust gekozen om geen apart onderzoeksprogramma meer te laten plaatsvinden omdat het onderwerp sekse/gender feitelijk bij elk onderzoek aan de orde kan zijn. Daarom is aan ZonMw gevraagd om de ontwikkelingen rondom sekse en gender in gezondheidsonderzoek actief te stimuleren en om de verdere inbedding hiervan in wetenschappelijk onderzoek te bewerkstelligen. Ik heb ZonMw verzocht om op basis van de bovenstaande ingezette beweging binnen de lopende programma's te bezien of er aantoonbare kennisgaps op thematiek of onderwerpen zijn waarvoor aandacht moet komen voor man/vrouwverschillen in onderzoek. ZonMw heeft dit opgepakt door aandacht voor sekse en gender standaard mee te nemen in de opzet van programma's, subsidievoorwaarden, monitoring en evaluatie. Ik ga ervanuit dat deze extra acties resulteren in blijvende aandacht voor seks/genderverschillen in toekomstig onderzoek. In 2023 gaat bijvoorbeeld het volgende vierjaarlijkse preventieprogramma van start. ZonMw is gevraagd om in het programmavoorstel ook aandacht aan het onderwerp 'gender en preventie' te besteden.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Paulusma (D66) over hoe ervoor gezorgd wordt dat het onderwerp gendersensitieve zorg ook in zijn departement hoog op de agenda komt te staan?**

Bij de behandeling van de Initiatiefnota van het lid Ploumen over "de noodzaak van gendersensitieve zorg: ongelijke behandeling is betere zorg"<sup>[1]</sup> en het notaoverleg over deze

---

<sup>[1]</sup> Kamerstukdossier 35560

initiatiefnota van 14 maart 2022 heb ik toegezegd dat ik op het thema van gendersensitieve zorg ambassadeur wil zijn. Ik vul dit ambassadeurschap onder meer in door het thema te agenderen, bespreekbaar te maken en daardoor het thema blijvend onder de aandacht te houden. Ik bespreek dit thema in overleggen met de koepels van beroepsgroepen en met maatschappelijke organisaties.

De kwaliteit van zorg voor iedereen is een onderwerp dat constant aandacht moet krijgen. Daarbij is het uitgangspunt dat iedereen passende zorg ontvangt. Dat wil zeggen zorg die bijdraagt aan de kwaliteit van leven en het functioneren van een patiënt. Bij passende zorg gaat het nadrukkelijk ook om sekse en genderverschillen. Mijn inzet is dat door rekening te houden met diversiteit (zoals sekse- en genderverschillen) er voor iedereen optimale kansen op een goede gezondheid bestaan.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Paulusma (D66) over wat de minister vindt van het niet vergoeden van afbouwmedicatie.**

Ik vind het, net als mevrouw Paulusma, belangrijk dat patiënten veilig en verantwoord kunnen afbouwen van onder andere antidepressiva. Ik zie ook dat je dat niet zomaar doet. Daarnaast begrijp ik ook dat het de meeste patiënten gelukkig lukt om met de beschikbare sterktes af te bouwen van antidepressiva. Voor de volledigheid, deze sterktes zijn dus vergoed voor patiënten. Tevens vergoeden zorgverzekeraars op dit moment in individuele gevallen ook door apothekers bereide afbouwmedicatie, daar waar dat voldoet aan het criterium van rationele farmacotherapie. Met andere woorden, afbouwen wordt in veel gevallen nu al vergoed.

Er is tegelijkertijd ook nog maar weinig onderzoek voorhanden naar de beste wijze van afbouwen. En ook voor de vaakgenoemde taperingstrips bestaat dit bewijs dus nog niet. En dat is niet alleen mijn constatering, ook patiënten, huisartsen, apothekers en psychiaters concluderen, in een gezamenlijk multidisciplinair document over het afbouwen van antidepressiva, dat er een gebrek aan bewijs is voor de beste wijze van afbouwen. Experts geven dus aan dat er aanvullend onderzoek nodig is naar de manier van afbouwen, zoals welke en hoeveel afbouwstappen er nodig zijn. Dit onderzoek wordt nu met patiënten gestart. Mevrouw Paulusma vindt een verwijzing naar dergelijk onderzoek onvoldoende, maar experts en ook patiënten geven zelf aan dat zij behoefte hebben aan dit onderzoek.

Ik wil verder nog benadrukken dat er wel iets gebeurt. Zo is de Depressie Vereniging bezig met het ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal voor patiënten die willen afbouwen, is er een subsidie verstrekt voor het opstellen van een consensusdocument voor de overige antidepressiva en is ook het Zorginstituut de stand van zaken en opgedane ervaringen rondom afbouwmedicatie in kaart aan het brengen. Het Zorginstituut spreekt daarvoor met verschillende partijen in het veld waaronder ook de zorgverzekeraars.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Langdurige Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sahla (D66) over hogere energieprijzen en de oproep om organisaties niet kopje onder te laten gaan als gevolg hiervan.**

De hoge energieprijzen leiden, begrijpelijkerwijs, tot veel zorgen in de samenleving en in de Tweede Kamer. Met de brief van 17 oktober jl. hebben wij uw Kamer geïnformeerd over de inventarisatie van de (maatschappelijke) gevolgen van de hoge energiekosten. Op drie terreinen wordt momenteel een inventarisatie uitgevoerd van de (maatschappelijke) gevolgen van de hoge energiekosten: (i) zorgorganisaties in de verschillende domeinen in de zorg (Wlz, Zvw, Wmo en Jeugdzorg), waaronder ook kleinschalige wooninitiatieven, (ii) mensen die als gevolg van een chronische ziekte, medische aandoening of specifieke ondersteuningsbehoefte of zorg-woonvorm boven de gestelde maxima voor het generieke prijsplafond voor kleinverbruikers komen, (iii) de sportsector, waaronder de zwembaden. Op basis van deze inventarisatie beoordelen we of aanvullende maatregelen nodig zijn om de continuïteit van zorg te borgen. Hierbij kijken we uiteraard ook in hoeverre de Tegemoetkoming energiekosten (TEK) voor het energie-intensieve mkb verlichting zou kunnen bieden en hebben wij aandacht voor prikkels om energieverbruik te verminderen en duurzaamheid te bevorderen. Voor 2022 geldt dat bij Najaarsnota inzichtelijk

wordt gemaakt wat mogelijke budgettaire gevolgen zijn van de besluiten die uit deze inventarisatie volgen.

Daarnaast zal in beeld worden gebracht welke eventuele maatregelen nodig zijn voor 2023. De eventuele budgettaire verwerking voor 2023 wordt dan vervolgens meegenomen in de Voorjaarsnota 2023.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Sahla (D66) over hoe de minister ervoor gaat zorgen dat de kleinschalige woonzorg initiatieven gerealiseerd worden. En wat de minister gaat doen als deze initiatieven niet tot stand komen.**

Op dit moment bestaan reeds de stimuleringsregelingen wonen en zorg en ontmoetingsruimten voor ouderen, die zorgen voor meer geclusterde woonvormen, waaronder ook meer kleinschalige woonzorgvormen. Met de Programmabrief Wonen en Zorg voor Ouderen van de minister voor Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening en de minister voor Langdurige Zorg en Sport zetten we in op de bouw van meer geclusterde woonvormen. Deze opgave loopt mee in de regionale woondeals die het Rijk met provincies en gemeenten maakt. Ook worden extra middelen beschikbaar gesteld voor het versnellen van de bouw vanuit de Transitie-middelen Scheiden wonen en zorg en Stimulering woonvormen en langer thuis.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Sahla (D66) over dat uit onderzoek blijkt dat goede werkomstandigheden in de zorg een belangrijke bijdrage zijn voor het werkplezier. Hoe zorgt de minister dat het werkplezier vergroot wordt?**

Het thema Goed Werkgeverschap wordt uitgewerkt binnen het programma 'Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn' (TAZ), zoals geschetst in mijn Kamerbrief van 30 september jl. Binnen dat programma pakken we samen met de partijen in het veld de uitdagingen op die er liggen voor de arbeidsmarktaanpak in zorg en welzijn. Doel van het programma is een transitie in te zetten naar 'anders werken' in zorg en welzijn, onder meer door meer branche overstijgende en regionale samenwerking. Dit sluit ook aan bij het realiseren van de doelstellingen van het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO).

In het TAZ-programma is een van de drie thema's het behoud van medewerkers door goed werkgeverschap en het vergroten van werkplezier. Het vergroten van zeggenschap voor medewerkers is hierin een essentieel onderdeel. Beroepsverenigingen, brancheorganisaties, regionale werkgeversorganisaties en vakbonden gaan de komende periode samen aan de slag om plannen in het kader van goed werkgeverschap en vergroten van werkplezier nader uit te werken. Ik zie het als mijn taak om hen hiertoe te stimuleren en te ondersteunen.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Sahla (D66) over het ondersteunen van gemeenten door het Rijk in WOZO. En of gemeenten een visie op de woonzorgvisie klaar hebben liggen en het aantal seniorenwoningen geleverd gaat worden. Hoe gaat de minister het gesprek aan als binnen het college de portefeuilles van het sociaal domein en wonen apart belegd zijn?**

Uit onderzoek van Strategies in Regulated Markets (SiRM) en Finance Ideas uit juni 2021 bleek dat in bijna alle gemeenten ouderenhuisvesting is meegenomen in de woonvisie. De stap die veel gemeenten toen nog moesten zetten was het vertalen van de visie naar concrete doelstellingen en daarbij de verbinding leggen met verpleegzorg.

Met het programma Wonen en Zorg voor Ouderen, dat uw Kamer medio november van de minister voor Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening zal ontvangen, organiseren we meer regie op de totstandkoming van deze seniorenwoningen. Daarnaast is een wetsvoorstel in voorbereiding waarmee alle gemeenten per 1 januari 2024 de verplichting krijgen om een woonzorgvisie te hebben. Het is de verantwoordelijkheid van het college zelf om goed samen te werken wanneer portefeuilles verschillend belegd zijn. De totstandkoming van de woonzorgvisie stimuleert daarbij dat binnen gemeenten vanuit de portefeuilles van het sociaal domein en wonen goed wordt samengewerkt.

Het programma Wonen en Zorg voor ouderen is het zesde programma dat wordt gepresenteerd vanuit de Nationale Woon- en Bouwagenda van de minister voor VRO en tevens de uitwerking van actielijn 4 van het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) dat 4 juli 2022 naar uw Kamer gestuurd.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Sahla (D66) over of de Minister haast kan maken met de woonzorg initiatieven en de seniorenwoningen, zodat mensen kunnen wonen op de plek waar het passend is en zodat er ruimte ontstaat in verpleeghuizen.**

Ik onderschrijf het belang van wonen op een passende plaats. U ontvangt de Programmabrief Wonen en Zorg voor Ouderen medio november van de minister voor Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening en de minister voor Langdurige Zorg en Sport. In het programma beschrijven wij onder andere hoe we de bouw van nultredenwoningen en geclusterde woningen gaan versnellen. De bouwopgave van deze woningen loopt mee in de regionale woondeals die Rijk met provincies en gemeenten maakt. Ook worden extra middelen beschikbaar gesteld voor het versnellen van de bouw vanuit de Transitie-middelen Scheiden wonen en zorg en Stimulering woonvormen en langer thuis.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, op de vraag van het Kamerlid Sahla (D66) over of de minister het beeld herkent dat er nu verschillen zijn in gezondheid voor mensen met hoge en lage SES, en wat de minister gaat doen om inclusieve en passende zorg te bestendigen, zodat iedereen een gelijke kans op goede zorg heeft?**

Ik herken dit beeld en ga in gesprek met het veld over de aanpak om het ook voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden mogelijk te maken dat zij zorg krijgen die aansluit bij de behoeften. Een verkennend onderzoek van Ecorys (aanpak Gezondheidsvaardigheden: een verkenning van beleidsmaatregelen, 2022) laat een verlies van 10.000 gezonde levensjaren en € 300 miljoen per jaar zien als gevolg van een mismatch tussen het zorgsysteem en de gezondheidsvaardigheden van de bevolking. Ik bespreek de aanbevelingen van het onderzoek met het veld om te komen tot een gezamenlijke aanpak en informeer u hierover in het najaar. Daarnaast werk ik aan het versterken van de positie en stem van de patiënt en cliënt, onder andere via het Beleidskader voor de subsidiëring van patiënten- en gehandicaptenorganisaties. In het Integraal Zorgakkoord is voor een intensivering van de brede patiëntenbeweging € 25 miljoen per jaar vanaf 2024 beschikbaar gesteld. Het doel daarvan is om de stem van de patiënt en cliënt beter te betrekken bij de zorg. Hierbij is ook speciale aandacht voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, gezondheidsachterstanden, lage SES, een migratieachtergrond et cetera. Ten slotte is dit jaar de VWS-brede aanpak discriminatie en gelijke kansen gestart. Binnen deze aanpak wordt gewerkt aan het tegengaan van discriminatie en het bevorderen van gelijke kansen in de zorg, welzijn en sport.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sahla (D66) over het belang van het centraal stellen van de client. Hierin is het ook van belang dat de client een goede positie heeft in het zorgsysteem en een goede onafhankelijke cliëntondersteuning. Echter blijkt dat de regelgeving hieromtrent complex is. Herkent de minister dit beeld? Hoe zorgt de minister ervoor dat de toegankelijkheid en bereikbaarheid van cliëntondersteuning wordt verbeterd?**

Onafhankelijke cliëntondersteuning versterkt de positie van de client in het zorgstelsel. Gemeenten zijn aan zet voor het bieden van gratis onafhankelijke cliëntondersteuning op grond van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Het vorige kabinet heeft 55 miljoen euro geïnvesteerd in onafhankelijke cliëntondersteuning in de Wmo, wat mede was gericht op het verbeteren van de toegankelijkheid en bereikbaarheid. In het koplopertraject dat hieruit is gefinancierd hebben gemeenten gewerkt aan het maken van beleid voor de functie, het beter bekend en vindbaar maken van cliëntondersteuning, het toesnijden van de functie op specifieke doelgroepen en een beter samenspel tussen formele (professionele) en informele cliëntondersteuning (door vrijwilligers). Vanaf het moment van Wlz-indicatie hebben mensen recht op gratis

cliëntondersteuning die geboden wordt door het zorgkantoor. Ik blijf samen met zorgkantoren en gemeenten werken aan de versterking van onafhankelijke cliëntondersteuning. Het huidige kabinet investeert daarbovenop nog eens 93 miljoen euro voor gespecialiseerde cliëntondersteuning van 2023-2027. Ook daarna zijn er structurele middelen beschikbaar. Dit draagt bij aan de kwaliteit, toegankelijkheid en bereikbaarheid van (gespecialiseerde) cliëntondersteuning.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuiken (PvdA) naar reflectie van de minister op hoe ons eigen stelsel bijdraagt aan samenwerking en solidariteit. Kunnen we ons eigen stelsel zodanig inrichten dat samenwerking echt loont?**

Ik hecht aan de vormgeving van ons stelsel, gebaseerd op publieke financiering, solidariteit, beoogde gelijke toegang voor iedereen en helder afgebakende rollen voor de verschillende partijen. Dat biedt bijvoorbeeld mogelijkheid voor veldpartijen om lokaal of regionaal in te spelen op wat nodig is om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te garanderen. Daarbij is samenwerking tussen partijen binnen het stelsel ongelooflijk belangrijk om de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg te waarborgen. Zeker voor functies waar beschikbaarheid en/of coördinatie van groot belang is, is een concurrentiële omgeving niet altijd de best passende. En dat geldt ook voor grote transformaties, landelijk en in de regio. Dat heb ik met veldpartijen doorgesproken en ik heb in het Integraal zorgakkoord met hen afgesproken te bekijken wat nodig is om beter te kunnen samenwerken. Als we daarbij tegen de randen van het bestaande stelsel aanlopen zullen we dat niet uit de weg gaan. Indien uit onder meer gesprekken met de ACM en de NZa zou blijken dat samenwerking binnen het huidige stelsel onvoldoende van de grond kan komen zijn we bereid daarvoor zo nodig ook (wettelijke) aanpassingen door te voeren.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuiken (PvdA) over de mogelijkheid tot het opheffen van het vrijwillig eigen risico om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren.**

Verzekerden willen graag keuzemogelijkheden. Het vrijwillig eigen risico is daar een voorbeeld van. Keuzevrijheid is van belang voor het draagvlak van ons zorgstelsel. Wel heb ik voortdurend aandacht voor de ontwikkelingen ten aanzien van het vrijwillig eigen risico. In april 2022 is de motie van het lid Paulusma c.s. (Kamerstukken 2021/2022, 35872, nr. 13) aangenomen die verzoekt om onderzoek te doen naar de vraag in hoeverre het vrijwillig eigen risico tot kruissubsidiëring leidt. Ik verwacht u in het voorjaar van 2023 te kunnen informeren over de resultaten van dit onderzoek.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuiken (PvdA) over hoe de minister aankijkt tegen de inzet van mondzorgcoaches op het consultatiebureau om kinderen en hun ouders goede gewoontes aan te leren, en of hij bereid is dit te financieren vanuit de Wet Publieke Gezondheid.**

Ik vind het van belang dat kinderen en ouders gezond mondzorg- en eetgedrag aanleren vóórdat ongezond gedrag is opgetreden. Binnenkort ontvangt u een brief over mondzorg waarbij ik ook in zal gaan op de inzet van een mondzorgverlener bij de jeugdzorgaanbieder voor 0-4-jarigen en de eventuele financiering daarvan.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuiken (PvdA) over de betaalbaarheid van de zorgpremie en het verhogen van de inkomensgrens voor de gemeentepolissen naar in elk geval 130% van het bijstandsniveau.**

Om de betaalbaarheid van de zorgpremie voor onder andere minima te bevorderen heeft dit kabinet de zorgtoeslag verhoogd. De zorgtoeslag voor het jaar 2023 bedraagt maximaal € 145 per maand voor alleenstaanden en € 247 per maand voor mensen met een toeslagpartner. Ten algemene merk ik op dat dit kabinet flink inzet op het versterken van de bestaanszekerheid, en het voorkomen en oplossen van schulden. Ik verwijs hiervoor ook naar de Kamerbrief Aanpak

geldzorgen, armoede en schulden<sup>5</sup> van 12 juli 2022 van de minister voor Armoedebeleid, Participatie en Pensioenen en mede ondertekend door onder andere de staatssecretaris van VWS. In deze brief kunt u lezen dat dit kabinet onder andere het wettelijk minimumloon verhoogd en het niet-gebruik van financiële ondersteuning tegen gaat.

Gemeenten hebben een verantwoordelijkheid in het ondersteunen van minima. De mix van instrumenten die gemeenten inzetten om mensen met een laag inkomen te ondersteunen verschilt per gemeente al naar gelang de lokale situatie en de lokale behoeften. Vanwege die samenhang met de lokale situatie en behoeften wil ik de keuze welke instrumenten gemeenten inzetten bij gemeenten laten en daar geen generieke afspraken over maken.

Over de gemeentepolis wil ik het volgende opmerken. De gemeentepolis kan voor sommige minima interessant zijn vanwege de aanvullende zorgverzekering en de korting daarop. Ook is het eigen risico vaak opgenomen in de gemeentepolis door deze her te verzekeren of door de mogelijkheid van gespreide betalingen. Voor minima die weinig zorg gebruiken is de gemeentepolis vaak juist duurder. Het inkomen mag meestal niet hoger zijn dan 130% van het minimuminkomen. Dit verschilt per gemeente en hangt doorgaans samen met andere gemeentelijke regelingen.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuiken (PvdA) over de uitvoering van afspraken in het Integraal Zorgakkoord over 'meer tijd voor de patiënt' bij huisartsen.**

Op veel plekken in het land lopen al trajecten en pilots rondom 'meer tijd voor de patiënt' (MTVP) bij de huisarts. In het Integraal Zorgakkoord is afgesproken dat 'meer tijd voor de patiënt' (MTVP) landelijk wordt opgeschaald. Al vanaf 2023 bieden alle zorgverzekeraars MTVP aan in de contracten voor huisartsen die dit willen en kunnen implementeren. Daarnaast stellen zorgverzekeraars en huisartsenpraktijken nog dit jaar een leidraad op voor de inkoop van MTVP. Ik vraag de NZa om mede op basis van deze leidraad voor de zomer van 2023 een advies te geven over hoe MTVP structureel kan worden gefaciliteerd in de bekostiging. Dit zal per 2024 al tot wijzigingen in de bekostiging leiden. Ik ben zeer intensief in gesprek met de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), InEen en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over de uitvoering van de gemaakte afspraken. Ik zie dat partijen op dit moment hard werken om deze afspraken uit te voeren. In de gesprekken monitoren we de voortgang en zal ik – samen met deze partijen – bijsturen als blijkt dat de opschaling onvoldoende plaatsvindt.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuiken (PvdA) of de minister het eens is dat problemen bij huisvesting van huisartsen gezamenlijk moeten worden opgelost.**

Het is mij bekend dat het vinden van betaalbare huisvesting voor huisartsenzorg regelmatig een knelpunt is. Bij dit knelpunt zijn meerdere partijen betrokken, dus ik ben het met u eens dat de problemen bij de huisvesting van huisartsen gezamenlijk moeten worden opgelost. Dit is de reden dat ik in het Integraal Zorgakkoord (IZA) met partijen heb afgesproken om een handreiking op te stellen met oplossingsrichtingen en handelingsperspectief voor partijen die lokaal en regionaal met dit huisvestingsvraagstuk te maken hebben. Deze handreiking maak ik in nauwe samenwerking met huisartsenorganisaties, zorgverzekeraars, de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en de Nederlandse Zorgautoriteit en moet voor de zomer van 2023 afgerond zijn. Omdat ruimtelijke ordening valt onder de portefeuille van de minister voor Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening, ben ik eveneens in gesprek met het ministerie van BZK over de knelpunten in de huisvesting van huisartsenpraktijken en gezondheidscentra.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuiken (PvdA) over dat er meer voldoende zorgaanbod moet zijn. De GGZ noemt mevrouw Kuiken hier een schrijnend voorbeeld van. Zien de ministers ruimte voor wetgeving waarmee de NZa deze zorgplicht in de toekomst beter kan handhaven?**

---

<sup>5</sup> Kenmerk brief SZW: Kamerstukken II 2021-2022, 24515-643

De verantwoordelijkheidsverdeling zoals deze er is wanneer de continuïteit van zorg in het geding is, is als volgt. In situaties waarbij de continuïteit van zorg in geding is geldt dat de zorgaanbieders en zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid hebben om problemen die leiden tot discontinuïteit van zorg op te lossen. De zorgverzekeraar heeft hierbij een zorgplicht in de richting van de verzekerden. Ook zorgaanbieders dienen hun rol te pakken in het kader van de toegankelijkheid van zorg, waarbij onder andere gedacht kan worden aan het actief wijzen op wachtlijstbemiddeling door de zorgverzekeraar. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houden daarbij toezicht vanuit het oogpunt van deze zorgplicht en de kwaliteit van zorg.

De NZa heeft voor de zorgverzekeraars handvatten opgesteld om invulling te geven aan hun zorgplicht, zodat verzekerden tijdige, bereikbare en kwalitatief goede zorg krijgen. De door de IGJ opgestelde 'Leidraad continuïteit van zorg en jeugdhulp' en de handvatten zorgplicht zorgverzekeraars van de NZa maken onder meer helder wat van partijen verwacht mag worden als zij hun zorgaanbod wijzigen.

Op dit moment is er geen aanleiding om aanvullende wetgeving te maken. Wij zijn bereid hiertoe over te gaan indien we op basis van signalen van de NZa en de IGJ signalen krijgen dat dit vanuit het oogpunt van de zorgplicht en de kwaliteit van de zorg nodig is.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuiken over de noodzaak naar meer aandacht en financiële middelen voor de aanpak van geweld binnen de eerstelijnszorg, conform het hiervoor, mede namens Kamerlid Van den Hil, ingediende amendement.**

Allereerst ben ik het met u eens dat geweld te allen tijde onacceptabel is. Ik hecht er dan ook aan om dit tegen te gaan, ook binnen de eerstelijnszorg. Aandacht voor preventie, goede opvang en nazorg op de werkvloer zijn essentieel bij de aanpak van agressie tegen eerstelijns zorgpersoneel. De primaire verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de werkgevers. Ik ondersteun werkgevers hierin binnen het programma 'Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ)' door het continueren van de branchegerichte aanpak die tijdens de vorige kabinetsperiode is ingezet. Er is een subsidiemogelijkheid voor branches binnen de eerstelijnszorg voor (door)ontwikkeling van een branchegerichte aanpak. Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Landelijke Huisartsen Vereniging, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie hebben te kennen gegeven hierin met elkaar samen te willen werken. Een eerste verkennend gesprek hierover tussen een vertegenwoordiger van deze partijen en VWS is inmiddels gevoerd. Hierbij is ook gesproken over onderzoek naar agressie in de eerstelijnszorg.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Langdurige Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Mohandis (PvdA) over de vraag van de NZa aan deze bewindspersonen om te erkennen dat de arbeidskrapte nu al gevolgen heeft voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Hoe gaan we het beeld dat de NZa schetst, en de toenemende dreigende tweedeling, voorkomen? Graag een meer principiële en fundamentele reactie van het kabinet dan slechts "we gaan hiermee aan de slag".**

Het staat voor ons buiten kijf dat een tweedeling in de zorg voorkomen moet worden en gezondheidsverschillen kleiner moeten worden. De zorg moet voor iedereen die dat nodig heeft toegankelijk blijven en niet alleen voor mensen die de weg kennen en/of voldoende middelen hebben. Dat is ook opgenomen in de recent gesloten akkoorden en programma's (zoals IZA, WOZO en TAZ). Wij hebben daarover met alle partijen goede afspraken gemaakt om de benodigde transformaties op te pakken. Veel acties om de zorg ook nu al toegankelijk te houden zijn reeds ingezet zoals: het delen van realtime capaciteitsinzichten in de acute zorg en er zijn al pilots met zorgcoördinatie. Deze bevorderen dat de patiënt op het juiste moment de juiste zorg van de juiste zorgverlener krijgt. Daarnaast worden er regiobeelden opgesteld om op basis daarvan regioplannen te maken, met het oog op de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Ook worden er laagdrempelige (digitale) steunpunten opgericht om de wachttijden in de GGZ aan te pakken.

Tegelijkertijd beseffen wij dat deze transformaties niet allemaal van vandaag op morgen gerealiseerd zijn.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Mohandis (PvdA) over hoe we ervoor zorgen dat het ambitieuze plan voor een Toekomstbestendige arbeidsmarkt echt meer gaat doen dan alles wat we al doen, zoals trajecten in het onderwijs?**

De ambitie van het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en welzijn (TAZ) is om een transitie in gang te zetten naar het anders organiseren van het werk. Dat doen we samen met andere partijen in de sector zorg en welzijn: werkgevers, werknemers, beroeps- en brancheverenigingen, onderwijs en zorginkopers.

Dat betekent in de eerste plaats een uitdaging voor werkgevers die actief invulling moeten geven aan goed en modern werkgeverschap. Maar ook voor alle andere partijen – inclusief het ministerie van VWS – om hen daarin te ondersteunen. Het programma TAZ is bedoeld om de branche-overstijgende samenwerking hiertoe binnen de regio te stimuleren. Uitgangspunt is eraan bij te dragen dat de juiste zorgmedewerker op de juiste plek gemotiveerd en met plezier zijn werk kan doen.

De stevige financiële inzet op het anders organiseren van het werk levert ruimte op voor meer werkplezier en daarmee behoud van personeel. Tevens geeft het ruimte voor zorgmedewerkers om verder te leren en ontwikkelen. De verwachting is dat er zo een iteratief proces op gang kan komen van anders werken, meer tijd en ruimte voor medewerkers en verzilvering op behoud en leren. Hierdoor zal vervolgens weer tijd en ruimte ontstaan om anders te werken.

We zetten binnen het programma TAZ tevens actief in op meer samenwerking in de regio tussen zorg en onderwijs, en er zijn ook al veel goede regionale initiatieven rond stagebegeleiding en zorginnovaties. Samenwerking tussen onderwijs – en zorginstellingen in de regio draagt bij aan het binden van studenten aan de zorg. Het programma TAZ heeft expliciet tot doel om regionale goede voorbeelden op te schalen. Ervaren belemmeringen die in meerdere regio's terug komen gaan we onderzoeken. Het starten van pilots zou een goede optie kunnen zijn.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Mohandis (PvdA) over mooie samenwerking voor arbeidsmarktinnovaties in het mbo. Wat is er nodig om studenten vanaf dag één te binden aan de zorg?**

In het mbo bestaan inderdaad al veel mooie innovatieve voorbeelden van samenwerking tussen werkveld en onderwijs op thema's zoals stagebegeleiding, maar ook rond integratietheorie en -praktijk binnen bijvoorbeeld Zorginnovatiecentra. Dergelijke samenwerking draagt bij aan het binden van studenten aan zorg binnen een regio. Met het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en welzijn (TAZ) bouw ik dit verder uit, onder andere door in te zetten op een duurzame overstap van vmbo naar een zorgopleiding in het mbo en op het stimuleren van innovatieve regionale domein overstijgende samenwerkingen met betrekking tot stagebegeleiding. Ook starten pilots voor duale trajecten van 3<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> jaars studenten Verpleegkunde in 3 regio's. Hierbij bekijk ik ook of en hoe goede voorbeelden opgeschaald kunnen worden. Waar nodig stem ik hierover met de minister van OCW af.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Mohandis (PvdA) over wat het kabinet de komende maanden al kan garanderen zodat ouderen niet in de kou zitten en er geen enkel verpleeghuis omvalt.**

De hoge energieprijzen leiden, begrijpelijkerwijs, tot veel zorgen in de samenleving en in de Tweede Kamer. Onder andere naar aanleiding van de gestelde vragen van het lid Mohandis (kenmerk 2022Z19381) hebben de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en ik de Kamer middels de brief van 17 oktober jl.<sup>6</sup> geïnformeerd over de lopende inventarisatie van de (maatschappelijke) gevolgen van de hoge energiekosten. Deze inventarisatie gaat over de (semi-)collectieve sector binnen het VWS brede domein en beperkt zich dus niet alleen tot de zorginstellingen in de VVT-sector. Op basis van deze inventarisatie beoordelen we of

---

<sup>6</sup> Kamerbrieven 2022-2023, 36200-XVI-32



aanvullende maatregelen nodig zijn om de continuïteit van zorg te borgen. Hierbij kijken we uiteraard ook in hoeverre de Tegemoetkoming energiekosten (TEK) voor het energie-intensieve mkb verlichting zou kunnen bieden en hebben wij aandacht voor prikkels om energieverbruik te verminderen en duurzaamheid te bevorderen. Voor 2022 geldt dat bij Najaarsnota inzichtelijk wordt gemaakt wat mogelijke budgettaire gevolgen zijn van de besluiten die uit deze inventarisatie volgen.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Mohandis (PvdA) over waarom de huisvestingscomponent in de tarieven wordt verlaagd in relatie tot stijgende lasten.**

De verlaging van de huisvestingscomponent hangt samen met de renteontwikkelingen op de kapitaalmarkt over een langere periode. Vanwege de gedaalde rente zal de NZa de NHC-tarieven per 2024 verlagen.

Echter, daar staan dus ook lagere rentelasten van zorgaanbieders tegenover. Dit is onderdeel van de reguliere onderhoudscyclus van de NZa.

De energiekosten zijn geen onderdeel van deze normatieve huisvestingscomponent van de tarieven. De energiekosten zijn onderdeel van de zorgcomponent van de tarieven. Gezien de bijzondere situatie heeft de NZa op mijn verzoek de eerder vastgestelde zzp-tarieven onlangs verhoogd op basis van de loon- en prijsraming uit de Macro Economische Verkenning (MEV) van het CPB. Hierdoor is in de Zvw en Wlz samen in totaal € 1,9 miljard extra aan loonprijsbijstelling beschikbaar gesteld in de tarieven vanaf 2023.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Mohandis (PvdA) over de schaarste die vraagt om toegankelijke innovatie. In Zweden maken ze de personenalarmering gratis en maken het onderdeel van de visie op langer thuis wonen. Is het kabinet bereid om deze personenalarmeringen financieel toegankelijk te maken voor lage en middeninkomens?**

Persoonlijke alarmeringsapparatuur wordt al vergoed uit het basispakket als hiervoor een medische indicatie is. Overigens maakt de Zorgverzekeringswet daarbij geen onderscheid naar inkomen; de indicatie voor toegang tot zorg moet altijd medisch van aard zijn.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Mohammed Mohandis (PvdA) op de vraag wat het kabinet gaat doen ten aanzien van handhaving op de verkoop van vapes en e-sigaretten aan 16-18-jarigen en op de vraag hoe het kabinet de trend van de 40% toename van rokende jongeren gaat keren?**

De NVWA ziet toe op de naleving van de leeftijdsgrens voor rookwaren waaronder ook e-sigaretten en de NVWA zal dat toezicht onverminderd voortzetten. Verder verbiedt het kabinet in 2023 de verkoop van rookwaren via het internet. Dit zal eraan bijdragen dat jongeren minder makkelijk aan rookwaren kunnen komen. Ook verbiedt het kabinet in 2023 het gebruik van smaakjes van e-sigaretten anders dan tabakssmaak. Dit maakt e-sigaretten minder aantrekkelijk voor jongeren. Ik deel de mening van de PvdA-fractie dat sneller toegewerkt moet worden naar de rookvrije generatie in 2040. Ik informeer uw Kamer binnenkort over aanvullende maatregelen die zullen worden genomen op het terrein van tabaksontmoediging.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over een overzicht van het aantal mensen met een hoog energiegebruik door gebruik van medische hulpmiddelen. Hoe gaan de bewindspersonen dit monitoren en kan een eerste overzicht in november naar de Tweede Kamer worden gestuurd?**

Zorgverzekeraars dienen op grond van de Zorgverzekeringswet een passende vergoeding te bieden voor mechanische thuisbeademing en voor het gebruik van zuurstofapparatuur thuis. Wij hebben bij zorgverzekeraars onder de aandacht gebracht dat de vergoeding voor de elektriciteitskosten bij zuurstofapparatuur mogelijk niet passend is, gelet op de huidige energieprijzen. Wij zullen uw Kamer in november informeren op welke wijze zorgverzekeraars dit signaal oppakken.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over de inhoud van opleidingen. Deze is te weinig gericht op extramurale functies. Opleidingsplaatsen worden niet volledig benut en niet eerlijk verdeeld. CDA ziet graag meer regie van de minister.**

Ik vind het belangrijk dat er ook extramuraal voldoende specialisten zijn, zowel nu als in de toekomst. Het baart me daarom zorgen dat de instroom in deze opleidingen achterblijft bij wat er nodig is conform hetgeen het Capaciteitsorgaan ons adviseert. Ik denk dan onder meer aan de opleidingen tot arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde en de opleidingen tot arts maatschappij en gezondheid.

Om de instroom te verhogen is het noodzakelijk dat er in de opleiding geneeskunde meer aandacht is en komt voor vakgebieden buiten het ziekenhuis. Vanuit het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en welzijn (TAZ) zet VWS zich in op het maken van korte en lange termijn afspraken tussen werkgevers, brancheorganisaties en onderwijs om samen te zorgen voor een meer passende instroom in opleidingen met achterblijvende instroom, waarbij ook oog is voor kraptere regio's. Te denken valt aan het maken van afspraken over het ontwikkelen en aanbieden van meer coschappen in de zorg buiten het ziekenhuis.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over de bereidheid onderzoek te doen naar het geneesmiddelenpaspoort?**

Ik onderstreep, net als Kamerlid Van den Berg, dat het juist toepassen van medicatie van belang is. Ik ben daarom al bezig met de eerste stappen om te komen tot het opstellen van een DNA-visie waar het farmacogenetisch paspoort een onderdeel van is. In dit visietraject bepaal ik dan ook wat ik op het onderwerp farmacogenetisch paspoort ga ondernemen. Ik hecht aan de samenhang van de verschillende onderdelen binnen dit visietraject. Het RIVM heeft voor de DNA-visie input bij veldpartijen opgehaald en de verwachting is dat dit rapport eind dit jaar gereed is. In 2023 informeer ik u verder over het traject van de DNA-visie.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over de groei van 800.000 mensen naar 1,4 miljoen mensen die kanker hebben, waarvan 50% huidkanker. Er zijn niet genoeg dermatologen voor screenings, maar er zijn wel apps op de markt die goede analyses kunnen maken. Deze maken gebruik van kunstmatige intelligentie. Zorgverz. CZ loopt in de vergoeding hierin voorop. Er is veel discussie over aanpak en beoordeling van de digitale zorg. Hoe gaat de minister de aanpak en beoordeling van digitale zorg aanpakken?**

Toepassingen en apps gebaseerd op kunstmatige intelligentie zullen naar verwachting een toenemende rol gaan spelen in diagnostiek. Zorgverzekeraar CZ vergoedt het gebruik van een app voor de detectie van huidafwijkingen. Vanuit het Zorgverzekeraars Nederland Kenniscentrum Digitale Zorg wordt momenteel onderzocht of deze en mogelijk vergelijkbare apps voor bredere toepassing in aanmerking kunnen komen, waarbij – in samenspraak met Zorginstituut Nederland – ook de toets aan de stand van wetenschap en praktijk plaatsvindt. De in het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA) gemaakte afspraken over opschaling van digitale c.q. hybride zorg moeten zorgen voor een versnelling van de implementatie van ook dit type toepassingen. Omdat ik het ook van belang vind om het gebruik van gezondheidsapps in het algemeen in goede banen te leiden heeft het National eHealth Living Lab (NeLL) naar aanleiding van een amendement van mw. Van den Berg in samenwerking met veldpartijen een breed gedragen landelijk toetsingskader voor gezondheidsapps ontwikkeld. Op dit moment wordt het naar de praktijk gebracht.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid van den Berg (CDA) over dat uit haar werkbezoeken blijkt dat ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorgketen) en ZIN (Zorginstituut Nederland) voor 80% hetzelfde vragen en dat dit zorgt voor 3x meer werk. Gaat de minister dit uniformeren en standaardiseren?**

Daar waar er dubbelingen in de uitvraag van verschillende partijen zitten, moeten die uiteraard zo veel als enigszins mogelijk geschrapt worden. Dat zijn evidente voorbeelden van overbodige

administratieve laten. Het specifieke in de vraag genoemde voorbeeld is mij niet bekend, maar ik wil dit graag nader onderzoeken en bezien of en hoe standaardisering en uniformering mogelijk is.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over de marktmacht van grote instellingen waardoor kleinere eerstelijns-organisaties vaak moeten tekenen bij het kruisje bij de zorgverzekeraar. Is het een optie deze kleine instellingen samen te laten onderhandelen?**

Ik herken dat het contracteerproces tussen zorgverzekeraars en kleine aanbieders beter kan. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is daarom afgesproken dat het Ministerie van VWS in het tweede kwartaal van 2023, in samenspraak met zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar ook in overleg met ACM en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), een verkenning oplevert over welke mogelijkheden er zijn voor kleinere aanbieders (bijvoorbeeld wijkzorg, ggz, klinieken en huisartsen) om gezamenlijk op te trekken in het contracteerproces en hoe dit zo nodig kan worden vereenvoudigd. Ik heb reeds overleg gevoerd met de ACM. In het debat over de kabinetsreactie op het WRR-rapport heb ik u toegezegd een brief te sturen over de mogelijkheden en beperkingen voor samenwerking binnen de kaders van de Mededingingswet. Daarin zal ik ook ingaan op de mogelijkheden en beperkingen van het gezamenlijk onderhandelen van kleine aanbieders.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid van den Berg (CDA) of ophoging van de Bagatel grens in de Mededingingswet een optie is om kleine zorgaanbieders samen te laten onderhandelen met de zorgverzekeraars?**

Zoals ik in het antwoord op de vraag van mevrouw Van den Berg over de mogelijkheden voor gezamenlijk onderhandelen van kleine zorgaanbieders heb aangegeven, heb ik uw Kamer eerder toegezegd een brief te sturen over de mogelijkheden en beperkingen voor samenwerking binnen de kaders van de Mededingingswet. Daarin zal ik ook ingaan op de mogelijkheden en beperkingen van het gezamenlijk onderhandelen van kleine aanbieders, waarbij ik ook zal bezien of aanpassing van de bagatelbepaling nuttig en/of noodzakelijk is. Ik verwacht deze brief in het eerste kwartaal van 2023 te kunnen sturen.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over wat de minister gaat doen om te zorgen dat betaaltitels ook samenwerking gaan bevorderen?**

Het is belangrijk dat samenwerking in de zorg wordt gefaciliteerd. Met zorgpartijen wordt uitgewerkt welke interventies hieraan kunnen bijdragen. Om de samenwerking tussen de eerstelijnsaanbieders te bevorderen zullen de knelpunten in kaart worden gebracht die doelen uit de nog op te stellen visie op de organisatie van de eerstelijnszorg in de weg staan, inclusief de rol van de betaaltitels. Gekeken zal worden hoe eventuele belemmeringen in de bekostiging of de aanspraken kunnen worden weggenomen en waar de samenwerking kan worden bevorderd.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid van den Berg (CDA) op de vraag om een reactie van de minister over de praktijk dat huisartsenketens met goodwillbetaling huisartsenpraktijken overnemen en 'uitgeklede zorg' leveren.**

Om te beginnen ben ik geen voorstander van goodwillbetalingen in de huisartsenzorg. Desondanks is een verbod hierop niet mogelijk, zoals beschreven in een Kamerbrief van mijn ambtsvoorganger in 2015 (Kamerstukken 2015/2016, 29 282, nr. 241).

In algemene zin zie ik dat de huisartsenzorg sterk onder druk staat en dat praktijkhouders in toenemende mate moeite hebben met het vinden van een opvolger. Het is dus niet verrassend dat andere partijen – zoals ketens of aanbieders van innovatieve vormen van huisartsenzorg – met enige regelmaat praktijken overnemen. Ik vind het hierbij van groot belang dat zowel toegankelijkheid als kwaliteit van de huisartsenzorg geborgd zijn. Hierop houden de NZa en IGJ toezicht. Indien uit signalen blijkt dat aanvullende acties nodig zijn om in dit soort gevallen de toegankelijkheid en kwaliteit te borgen, zal ik de mogelijkheden hiertoe onderzoeken.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om wijkverpleging zelf te organiseren zonder mededingingsproblemen.**

Binnen de Mededingingswet bestaat veel ruimte voor zorgverzekeraars om in samenwerking met aanbieders tot betere zorg te komen. Dat geldt voor de zorg in zijn algemeenheid en dus ook voor de wijkverpleging. De Autoriteit Consument & Markt (ACM) heeft in haar beleidsregel Juiste Zorg op de Juiste Plek eerder toegelicht hoe afspraken die de zorg ten goede komen, vorm gegeven kunnen worden binnen de Mededingingswet. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zal nader ingaan op de mogelijkheden en beperkingen voor samenwerking binnen de kaders van de Mededingingswet in de brief die hij hierover heeft toegezegd in het debat over de kabinetsreactie op het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). Deze brief stuurt hij in het eerste kwartaal van 2023 aan de Kamer.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) of er een verbod komt op advertenties voor zorg die vergoed wordt?**

Een wettelijk grondslag voor een verbod op het maken van reclame voor een dergelijk zorgaanbod is er niet. Er zijn geen voornemens tot het creëren van die wettelijke grondslag en het vervolgens op grond daarvan uitvaardigen van zo'n verbod. Wel hebben veel brancheorganisatie in hun reglementen staan dat reclame maken door hun leden niet is toegestaan.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid van den Berg (CDA) over de beantwoording van de Kamervragen over het Diaconnessenhuis, waar het ging over het met premiegeld joint ventures met medisch specialisten aan te gaan om, in lekentaal, iets als ziekte te bestempelen. De minister geeft algemene antwoorden op de Kamervragen: "Het is aan de toezichthouder, financiële belangen van aandeelhouders mogen niet zwaarder wegen dan maatschappelijke belangen bij het leveren van zorg". Wat gaat hij hiermee doen in het wetsvoorstel Integere bedrijfsvoering zorgaanbieders?**

Zoals reeds gezegd in de beantwoording van de Kamervragen van mevrouw Van den Berg over dit onderwerp bestaat er geen algemeen wettelijk verbod voor zorgaanbieders om deel te nemen in een joint-venture of aan andere commerciële activiteiten (Kamerstukken II 2022-2023, D14984 (datum 14 oktober 2022)). Vanzelfsprekend moeten alle zorgaanbieders die in Nederland zorg leveren, ongeacht het eigenaarschap, voldoen aan de Nederlandse wet- en regelgeving. Het is aan de toezichthouder om te bepalen of de gekozen constructie in overeenstemming met de wet- en regelgeving is.

We vinden het wel belangrijk dat de integere bedrijfsvoering van zorgaanbieders beter geborgd wordt en dat er aanvullende publiekrechtelijke randvoorwaarden aan de bedrijfsvoering worden gesteld. Daarnaast moet de mogelijkheid worden gecreëerd om voorwaarden aan winstuitkeringen te stellen. Het externe toezicht wordt in het wetsvoorstel tevens voorzien van extra handvatten om zorg- en jeugdhulpaanbieders aan te spreken op hun verantwoordelijkheid voor een integere bedrijfsvoering. Met deze doelstellingen is het wetsvoorstel Integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders (Wibz) in voorbereiding.

De verwachting is de internetconsultatie eind deze maand (oktober) te kunnen laten plaatsvinden.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid van den Berg (CDA) over wettelijke mogelijkheden om gemeenten bevoegdheid te geven hamburgerketens te verbieden bij scholen.**

Ik deel uw mening dat ook of juist algemene maatregelen bij kunnen dragen aan de volksgezondheid. In maart heb ik uw Kamer geïnformeerd over de inzet van het kabinet op leefstijl en preventie, waaronder het tegengaan van overgewicht. In deze brief heb ik onder andere aangekondigd de wettelijke mogelijkheden te verkennen om een gezondere leefomgeving te bevorderen. Ik verken onder meer de mogelijkheid om gemeenten de bevoegdheid te geven om de vestiging van fastfoodketens te weren en de marketing van ongezonde producten gericht op

kinderen te beperken. Ik zal u hier op korte termijn, in ieder geval voor het Commissiedebat leefstijlpreventie van 8 december a.s., nader over berichten.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) of de staatssecretaris kan kijken naar wettelijke maatregelen bijvoorbeeld ten aanzien van een lager zoutgehalte in voeding.**

In het coalitieakkoord is afgesproken de ambities uit het preventieakkoord voort te zetten. Onderdeel van de afspraken van het preventieakkoord is het streven tot onder meer het verminderen van zout, suiker en vet in voedingsmiddelen. Daarbij is in het coalitieakkoord afgesproken bindende afspraken te maken met de industrie over gezondere voedingsmiddelen. Ik zal u op korte termijn, in ieder geval voor het Commissiedebat leefstijlpreventie, informeren over de uitwerking hiervan.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Lucille Werner (CDA) over of het niet wenselijk is dat ouderen bij aanschaf/verstrekking van een scootmobiel verplicht een cursus moeten volgen.**

Deze vraag ziet op het onderwerp verkeersveiligheid, dat valt onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van I&W. Wij zullen deze vraag onder de aandacht van onze collega brengen.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Werner (CDA) over hoe ze ervoor gaat zorgen dat onze ouderen kunnen blijven meedoen in een steeds snellere samenleving. Dat niet alleen het snelle, gezonde, jonge perspectief dominant is, bijvoorbeeld omdat de stoplichten te snel op rood springen.**

Ik vind het belangrijk dat ouderen mee kunnen blijven doen in de samenleving. Een manier om dit te realiseren is door ouderen zelf te betrekken bij beleidsvorming. Op landelijke niveau gebeurt dit onder andere door middel van gevraagde en ongevraagde adviezen die uit worden gebracht door de Raad van Ouderen en door betrokkenheid van seniorenorganisaties bij het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen. Dit zorgt ervoor dat het perspectief van ouderen wordt ingebracht.

Binnen het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen heb ik specifiek aandacht voor de behoeften van ouderen. Het gaat hierbij om bereikbaarheid van voorzieningen; toegankelijkheid van de buitenruimte; en de mate waarin de leefomgeving uitnodigt tot bewegen en ontmoeten. Door de staatssecretaris wordt daarnaast ingezet op het versterken van de sociale basis. Ook een sterke sociale basis draagt bij aan participatie en zelfredzaamheid van ouderen.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Werner (CDA) over ouderen die te maken krijgen met huiselijk geweld of financieel misbruik en of dat brede spectrum van veiligheid goed in het vizier is.**

Ouderenmishandeling is net als andere vormen van huiselijk geweld en kindermishandeling een belangrijk maatschappelijk probleem. Elke oudere verdient het om veilig oud te worden en daartoe worden diverse initiatieven ontplooid. Als staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heb ik dit thema goed in mijn vizier.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor een goede aanpak en ik juich gemeenten toe en ondersteun wat gemeenten op dit vlak doen. In dat kader faciliteert VWS, in samenwerking met Regioplan en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), de 'expertpool ouderenmishandeling'. Via dit initiatief worden gemeenten of regio's gekoppeld aan een expert op een specifiek onderdeel van de aanpak van ouderenmishandeling. Momenteel zijn, of worden, in zestien gemeenten of regio's concrete vragen opgepakt waarin deze experts ondersteuning bieden.

Voorbeelden zijn het helpen opzetten of doorontwikkelen van een lokale alliantie: een lokale, publiek-(semi)private samenwerking, die een netwerk vormt waarbinnen deelnemers hun kennis ter voorkoming van financieel misbruik van ouderen delen en gebruiken. Andere regio's zetten juist in op het organiseren van trainingen of deskundigheidsbevordering voor professionals of vrijwilligers. Tevens is het ministerie van VWS aanjager van de 'Brede Alliantie': een landelijk netwerk bestaande uit vertegenwoordigers van banken, notarissen en ouderenorganisaties, bedoeld om de kennis en ervaring in de preventie van financieel misbruik van ouderen op een

landelijk niveau te bundelen en initiatieven te versterken. Voor hulp, advies en ondersteuning bij (vermoedens van) ouderenmishandeling kan contact worden opgenomen met Veilig Thuis. Relevante informatie over ouderenmishandeling wordt verspreid via de website [www.aanpak-ouderenmishandeling.nl](http://www.aanpak-ouderenmishandeling.nl) en hier kunnen professionals, of ouderen zelf, ook de informatiebox 'financieel veilig ouder worden' bestellen. Deze informatiebox bevat allerhande toegespitste informatie om de beschikbare kennis over het voorkomen van financieel misbruik verder te verspreiden.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Werner (CDA) over de ondergeschikte positie van mensen met een handicap in Nederland en het leven van mensen met en zonder handicap in gescheiden werelden.**

Ik deel met Kamerlid Werner dat mensen met een beperking zich in Nederland nog te vaak buitengesloten voelen van alledaagse zaken. Ik zet daarom met het coördineren van de aanpak op het VN-verdrag handicap in op samenwerking tussen bedrijven, maatschappelijke organisaties, ervaringsdeskundigen en overheden in een landelijke beweging richting meer toegankelijkheid en inclusie. Om toe te werken naar een andere manier van denken en doen zijn er vele initiatieven in het land gestart die inzetten op de ontmoeting tussen mensen met en zonder een beperking en het bijeenbrengen van leefwerelden.

Twee voorbeelden van dit werk licht ik in het bijzonder uit. Zo financier ik het Samenspeelnetwerk, een online platform en community voor inclusief spelen. Hierbij trek ik samen op met partijen als Het Gehandicapte Kind en Jantje Beton. Ik stel, samen met Het Gehandicapte Kind, Jantje Beton, de VNG en andere partners, informatie en expertise ter beschikking om gemeenten én bedrijven te ondersteunen die werk willen maken van samen spelen. Ook zoek ik de samenwerking met HandicapNL, die het initiatief Onbeperkt Feest heeft gelanceerd. Daarmee stimuleert HandicapNL het toegankelijk maken van festivals in Nederland, waarbij steeds meer festivalorganisatoren zich aansluiten.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Werner (CDA) over dat het beleid voor mensen met een handicap te veel is opgesplitst in hokjes. En dat mede hierdoor mensen met een handicap al jarenlang worden achtergesteld. De verantwoordelijkheid is in zoveel hokjes opgedeeld, dat er van verantwoordelijkheid eigenlijk geen sprake meer is.**

Als coördinerend bewindspersoon zie ik het als mijn primaire taak ervoor te zorgen dat het VN-verdrag bij mijn collega's in het kabinet op de agenda staat en vertaald wordt in alle relevante beleidsagenda's. Zelf geef ik hier invulling aan rond thema's als sport en de zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking.

Mijn collega's zijn eveneens gecommitteerd om deze kabinetsperiode volgende stappen te zetten in de implementatie van het VN-verdrag. Het Coalitieakkoord 2021 – 2025 benoemt het ongekende potentieel van mensen met een beperking voor de samenleving. In mijn brief van 19 april jl. heb ik u een inkijk gegeven in hoe de vertaling van het VN-verdrag in beleidsagenda's bij mijn collega's vorm krijgt.<sup>7</sup> Voorbeelden hiervan zijn het ontwikkelen van een routekaart naar inclusiever onderwijs, het uitwerken van een richtlijn voor toegankelijk bouwen en het werken aan een bestuursakkoord toegankelijk openbaar vervoer.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Werner (CDA) over het belang van verantwoordelijkheid nemen en het aansporen van gemeenten om werk te maken van een inclusie-agenda, inclusief aanpak als gemeenten hier niet toe over gaan.**

Ik ben het met Kamerlid Werner eens dat we gemeenten moeten blijven aansporen om werk te maken van een lokale inclusie-aanpak. Wel zie ik hierbij het aantal gemeenten dat lokaal invulling geeft aan het VN-verdrag de afgelopen jaren groeien. De VNG heeft de afgelopen jaren het netwerk van gemeenten, waarmee zij rond het VN-verdrag contact heeft, uitgebouwd tot 253 actieve gemeenten. In dit netwerk zijn diverse mooie lokale initiatieven terug te zien.

---

<sup>7</sup> Kamerstuk 24 170, nr. 254

De komende jaren blijf ik samenwerken met de VNG om nog meer gemeenten te ondersteunen en zover te krijgen om inclusiebeleid te maken. Ik ben hierover in gesprek met de VNG en maak afspraken over hoe we in de periode 2023 - 2025 kunnen bereiken dat alle gemeenten hier invulling aan geven, samen met ervaringsdeskundigen.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Werner (CDA) of de minister iets voelt voor een regeringscommissaris die zich gedreven gaat inzetten voor mensen met een handicap (een herkenbaar boegbeeld, iemand die alle ministeries en gemeenten opschudt en die gevraagd en ongevraagd adviseert). Daarnaast stelt Kamerlid Werner (CDA) de vraag wanneer deze persoon zou kunnen beginnen.**

Een toegankelijke samenleving op alle terreinen verdient veel aandacht. Dat ben ik met lid Werner (CDA) eens. In de brief aan uw Kamer over het vervolg van de coördinerende aanpak implementatie VN-verdrag van 19 april jl.<sup>8</sup>, heb ik aangekondigd een bestuurlijk aanjager aan te stellen. Deze aanjager zal erop gericht zijn om de komende periode voor alle belangrijke opgaven uit het VN-verdrag afspraken te maken met partijen in de samenleving om concrete verbeteringen te realiseren in het leven van mensen met een beperking. Naast deze belangrijke rol voor het afsluiten van zogenaamde inclusiepacten wil ik graag dat deze aanjager ook het gezicht wordt van de beweging naar een toegankelijke samenleving. Op dit moment vindt de selectie van deze bestuurlijk aanjager plaats. Het gewenste boegbeeld komt er dus al op korte termijn wat mij betreft.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Werner (CDA) over hoe het staat met de uitvoering van motie Werner-Agema over het gelijkwaardig kunnen reizen voor mensen met een handicap?**

Mensen met een beperking moeten zoveel mogelijk zonder belemmeringen kunnen reizen. Daarom is de afgelopen jaren stevig geïnvesteerd in het beter toegankelijk maken van het reguliere openbaar vervoer, fysieke toegankelijkheid en reisassistentie. Een goed voorbeeld daarvan is de Valys-reispass die vorig jaar geïntroduceerd is. Hiermee kan zowel in het openbaar vervoer als met Valys gereisd worden. Voor het einde van het jaar zal ik u schriftelijk nader informeren over de wijze waarop de motie momenteel wordt uitgewerkt.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Werner (CDA) over duidelijkheid voor mensen met een beperking over de invoering van het facultatief protocol bij het VN-verdrag handicap, in het verlengde van gestelde vragen door het VN- comité in Geneve.**

Het kabinet vindt inzicht in de financiële en juridische implicaties van belang in de besluitvorming rond ratificatie van dit facultatief protocol. Het kabinet heeft daarom aan de Raad van State gevraagd voorlichting te geven over deze implicaties. Deze voorlichting is inmiddels verkregen. Op dit moment werk ik samen met mijn collega's in het kabinet aan een reactie op de voorlichting. Mijn inzet is erop gericht om u voor het einde van dit jaar te informeren over het kabinetsstandpunt rond de facultatieve protocollen.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over investeren in ouderengemeenschappen zoals betoogd door Marcel Canoy. Heeft de minister deze oratie gehoord en wat vindt zij van zijn voorstellen?**

De oratie van professor Canoy, 'Voorbij het systeem - dementie als spiegel voor integrale zorg', heb ik gehoord en heeft interessante en herkenbare denklijnen. Professor Canoy gaat uit van wat mensen met dementie wel kunnen en hoe zij daarbij zo veel mogelijk hun autonomie kunnen behouden. De in de oratie genoemde onderzoekslijnen sluiten daarmee goed aan op de ontwikkeling van de zorg voor mensen met dementie zoals ik, de minister voor Langdurige Zorg en Sport, deze voor mij zie. Dit krijgt zijn beslag in de diverse plannen, zoals het WOZO-programma, de kennisinfrastructuur en passende zorg.

Het gaat om domein overstijgend werken zodat zorg en het sociale domein goed worden geïntegreerd; het meer benutten van informele zorg; en ruimte voor lokale initiatieven. Deze denklijnen ondersteunen de lijn van het kabinet om te investeren in het sociaal domein en de informele zorg te versterken, zoals wordt beoogd in het WOZO-programma. In aansluiting op deze denklijnen is op de begroting van VWS 27 miljoen euro uitgetrokken voor het versterken van informele netwerken. De inzichten zijn behulpzaam voor de verdere uitwerking van het WOZO-programma. Daarom heb ik ook met professor Canoy afgesproken dat hij een lezing op VWS zal verzorgen en met mij in gesprek zal gaan.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over een grote groep vitale ouderen die tijd heeft en wil helpen. Hoe zouden we deze groep kunnen inzetten om inclusieve gemeenschappen voor kwetsbare ouderen te creëren?**

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft uw Kamer op 30 september jl. geïnformeerd over de visie op mantelzorg en informele zorg<sup>9</sup>. In deze brief heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangegeven in deze kabinetsperiode aan de slag te willen met dit onderwerp op drie onderdelen: 1) de erkenning van mantelzorg en informele zorg in de samenleving, 2) de verbinding en samenwerking met (het netwerk van) de mantelzorger en 3) respijtzorg.

Als uitwerking van deze brief wordt in de komende periode samen met kernpartners – zoals VNG, gemeenten, Sociaal Werk Nederland, NOV en MantelzorgNL – vorm gegeven aan de sociale basis en specifiek wat daarvoor nodig is in het ondersteunen van mantelzorgers en respijtzorg. De ideeën die u noemt, sluiten geheel aan bij mijn beelden. Het uitgangspunt hierbij is dat mensen naar elkaar omzien en elkaar helpen wanneer dat nodig is, ook als er geen directe zorgvraag is. In deze sociale infrastructuur kunnen vitale ouderen ook een belangrijke rol spelen en gelukkig doen zij dat vaak al.

Daarnaast zet de minister voor Langdurige Zorg en Sport als onderdeel van het WOZO-programma in op een vervolg van het programma 'Samen ouder Worden'. Dit programma zet in op het door middel van vrijwillige inzet versterken van de verbinding tussen mensen en het langer laten participeren van ouderen. Hierin zal aandacht worden besteed aan de vraag wat (vitale) ouderen drijft om actief te zijn in de gemeenschap.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Corinne Ellemeet (GL) over hoe mantelzorgen aantrekkelijk te maken, ook voor mensen met kleine portemonnee?**

Bestaande verlofvormen bieden mogelijkheden om werk en mantelzorg te combineren. Stichting Werk& Mantelzorg biedt advies en ondersteuning aan werkgevers hieromtrent. De staatssecretaris van VWS heeft uw Kamer op 30 september 2022<sup>10</sup> geïnformeerd over de visie op mantelzorg en informele zorg. Eén van de maatregelen uit deze brief gaat over of er meer nodig en mogelijk is om de inzetbaarheid op de arbeidsmarkt en beroep op mantelzorg toekomstbestendig te houden. Dit gaat de staatssecretaris van VWS samen met de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de minister voor Armoedebeleid, Participatie en Pensioenen, werkgevers en mantelzorgers nader verkennen.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over of de minister het eens is dat er meer vastgoed met een maatschappelijke bestemming moet komen waar huisartsen tegen een eerlijk prijs praktijk kunnen houden.**

Het is mij bekend dat het vinden van betaalbare huisvesting voor huisartsenzorg regelmatig een knelpunt is. Dit is de reden dat ik in het Integraal Zorgakkoord (IZA) met partijen heb afgesproken om een handreiking op te stellen met oplossingsrichtingen en handelingsperspectief voor partijen die lokaal en regionaal met dit huisvestingsvraagstuk te maken hebben. Deze handreiking maak ik in nauwe samenwerking met huisartsenorganisaties, zorgverzekeraars, de Vereniging Nederlandse

<sup>9</sup> (Kamerstukken II, 2022/2023, 30169, nr. 73)

<sup>10</sup> Kamerstukken II, 2022/2023, 30169, nr. 73



Gemeenten (VNG) en de Nederlandse Zorgautoriteit en moet voor de zomer van 2023 afgerond zijn. Juist voor dit soort vraagstukken waarbij ook gemeenten een belangrijke rol hebben, is het waardevol dat de VNG een van de deelnemers aan het IZA is. Omdat ruimtelijke ordening valt onder de portefeuille van de minister voor Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening, ben ik eveneens in gesprek met het ministerie van BZK over de knelpunten in de huisvesting van huisartsenpraktijken en gezondheidscentra.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) of de minister begin volgend jaar kan onderzoeken hoeveel van de 5600 huisartsenpraktijken daadwerkelijk meer tijd voor de patiënt hebben gecontacteerd.**

In het Integraal Zorgakkoord is afgesproken dat 'meer tijd voor de patiënt' (MTVP) landelijk wordt opgeschaald. Ik ben zeer intensief in gesprek met de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), InEen en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over de uitvoering van de gemaakte afspraken. Ik zie dat partijen op dit moment hard werken om deze afspraken uit te voeren. In de gesprekken monitoren we de voortgang en zal ik – samen met deze partijen – bijsturen als deze onvoldoende is. Ik zal in deze gesprekken ook afspraken maken over hoe vanaf 2023 meer kwantitatief kan worden gemonitord of voldoende voortgang wordt geboekt bij de opschaling van MTVP. Voorwaarde is dat monitoring van deze afspraken niet tot extra administratieve lasten (en dus werkdruk) voor huisartsen leidt.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over dat marktwerking en privatisering niet altijd de juiste weg is en gesteld wordt Intravacc te behouden als publiek goed, omdat we het heel hard nodig hebben. Graag reactie.**

Beschikbaarheid en toegang tot vaccins is een publiek belang. Dit publieke belang wordt behartigd door de samenwerking tussen de onderzoeksinstituten en de industrie te stimuleren en dat doe ik met gerichte programma's. Juist de covidperiode heeft ons het belang van Europese samenwerking geleerd en daar is mijn inzet dan ook primair op gericht.

Er zijn meerdere bedrijven in Nederland en daarbuiten actief in vaccinontwikkeling. Intravacc B.V. is daar een van. Het is echter niet nodig dat de Staat de aandelen in Intravacc B.V. aanhoudt. Na de verkoop is het bedrijf beter in staat investeringen aan te trekken en te groeien.

De antwoorden op de vragen uit het schriftelijk overleg over Intravacc zal ik direct na het reces naar de Kamer sturen.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over meer inzet om de zorg te verduurzamen, zeker in de verpleeghuizen die achterblijven.**

Het verminderen van de impact van de zorg op het klimaat, het milieu en onze leefomgeving is van groot belang voor de volksgezondheid. Binnenkort verwachten we met partijen een nieuwe Green Deal Duurzame Zorg te ondertekenen die volgt op de huidige Green Deal Duurzame 'Zorg voor een Gezonde Toekomst'. Daarmee maken partijen afspraken voor de periode 2023 tot en met 2026 om te komen tot meer duurzame zorg, ook in de langdurige zorg, in aanvulling op reeds bestaande wettelijke verplichtingen en maatregelen. Brancheorganisaties ActiZ, NL GGZ en de VGN zijn bij de totstandkoming van de afspraken nauw betrokken. Deze nieuwe afspraken over het verduurzamen van de zorg zetten voor VWS én voor het kabinet in brede zin de inhoudelijke lijnen voor de komende jaren uit. De betrokkenheid van de ministeries van Economische Zaken en Klimaat, Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelatie en het Infrastructuur en Waterstaat geeft vorm aan integrale beleidsontwikkeling op het terrein van klimaat en gezondheid. Komende maanden werken de partijen de afspraken uit in uitvoeringsplannen. Op basis daarvan wordt de komende tijd bezien of en welke ondersteuning partijen daarbij wenselijk vinden en ik eventueel zal inzetten.

Maar de Green Deal is inderdaad niet alles. Duurzaamheid van zorg is niet iets 'erbij', het moet integraal onderdeel zijn van het regulier beleid van VWS. Dat vraagt niet altijd inzet van extra financiële middelen, maar zal eventueel binnen de eigen begroting vormgegeven worden. De concrete inzet van VWS moet bezien worden in het licht van de nadere uitwerking van de

afspraken in de nieuwe Green Deal en mede in relatie tot de uitwerking van het Integraal Zorgakkoord.

Voor de reductie van narcosegassen in ziekenhuizen is op de begroting van 2023 en 2024 € 0,4 miljoen beschikbaar, onder de post 'Programma's Zorgstelsel' (tabel 17). Vanuit een klimaatenvolpde is in overeenstemming met BZK komend jaar wederom geld beschikbaar voor het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg met de opdracht de zorg te ondersteunen bij de energietransitie. In de langdurige zorg wordt door de NZa rekening gehouden met de recentste duurzaamheidseisen, zodat zorginstellingen kunnen bouwen volgens deze eisen.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over dat de wijkverpleging meer taken heeft gekregen, maar minder geld. Hoe gaat de minister waarborgen dat er voor nog meer ouderen gezorgd kan worden?**

Sinds de overheveling van de wijkverpleging van de AWBZ naar de Zvw per 2015 is er sprake van een toenemende onderschrijding op het budgettair kader wijkverpleging. Voor dit jaar (2022) wordt zelfs een onderuitputting verwacht van ca € 1 miljard. Dit heeft meerdere oorzaken, waaronder aandacht voor doelmatige inzet ende krapte op de arbeidsmarkt.

Kamerlid Ellemeet(GL) heeft gelijk dat de wijkverpleging een grote rol heeft in de komende jaren, in het opvangen van de groei van het aantal ouderen thuis en in het verantwoord uitvoeren van het beleid om zorg nog meer in de eigen woonomgeving van ouderen te willen bieden. Dat is de reden dat ik ook voor de komende jaren het budget voor de wijkverpleging laat groeien ten opzichte van de gerealiseerde uitgaven in de afgelopen jaren. Het budgettair kader voor 2023 is ruim €550 miljoen hoger dan het verwachte niveau van de uitgaven in 2022. De zorgverzekeraars hebben afgesproken om van deze groei direct € 250 miljoen door te zetten in de contractering voor 2023. Daarna is nog ruimte over voor groei die past bij demografische groei en verschuiving van zorg. Daarnaast zal ook de wijkverpleging zich anders moeten organiseren. Samenwerking wordt steeds belangrijker. Dat vraagt veel van de beroepsgroep. In het IZA is afgesproken om daar gezamenlijk in te investeren. Niet alleen door het ministerie van VWS, maar ook door de zorgverzekeraars en de beroepsgroep zelf.

We gaan door met de inzet op herkenbare en aanspreekbare teams in de wijk. Er ligt een werkagenda met afspraken over o.a. inzet op Passende Zorg, werkplezier, opleiden en goed werkgeverschap. En natuurlijk blijven we investeren in de ontwikkeling van het vak van de wijkverpleegkundige met middelen voor onderzoek en kwaliteitsstandaarden. Daarvoor is in het IZA ook geld beschikbaar. Er is in ieder geval € 140 miljoen geormerkt beschikbaar aan transformatiemiddelen voor de sector, € 48 miljoen voor een onderzoeksprogramma V&V en € 5 miljoen voor voortzetting van de kwaliteitsgelden wijkverpleging. Er ligt ook driemaal € 50 miljoen klaar voor een opleidingsakkoord, dat voor een belangrijk deel ten goede komt aan de wijkverpleging. Kortom, ik ben mij zeer bewust van de opgave voor de wijkverpleging en het heeft mijn volle inzet om de gemaakte afspraken te gaan realiseren.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) of de minister kan ingrijpen op de lange tijd tot diagnosestelling en misdiagnoses bij vrouwspecifieke aandoeningen, waaronder endometriose?**

Ik ontvang vanuit de maatschappij meerdere berichten over hormoongerelateerde klachten bij vrouwen en ook signalen dat het nog altijd voorkomt dat klachten niet tijdig worden herkend met daarbij mogelijk onnodig verzuim tot gevolg. Dit kan te maken hebben met gebrek aan kennis of het niet serieus nemen van cyclus- en hormonale klachten. Een en ander kan leiden tot een jarenlange zoektocht naar passende zorg. Ik ben in overleg met maatschappelijke organisaties (onder andere Women Inc, Vuurvrouwen, Miriam Kaijer, patiëntenverenigingen), wetenschappelijke verenigingen (NVOG), het Kwaliteitsinstituut Medisch Specialisten (KIMS), de NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) en ZonMw om te bezien of het mogelijk is om te komen tot een maatschappelijke agenda met daaraan gekoppeld een onderzoeksagenda op gebied van vrouwspecifieke aandoeningen, inclusief een prioritering van acties daarin. Hierbij wordt endometriose ook meegenomen. Er is inmiddels een brede werkgroep aan de slag. Ik verwacht de resultaten volgend jaar.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Westerveld (GL) over dat het IZA mooie ambities scheidt, maar worden die wel gehaald en wat maakt dit akkoord anders? Wat gaat de minister aan de wachtlijsten doen?**

Voor mensen die nu op de wachtlijst staan zet ik ook in op een zo kort mogelijke wachttijd, door het continueren van de aanpak wachttijden met transfermechanismen, overlegtafels hoogcomplexen ggz en regionale doorzettingsmacht. Ik heb de betrokken partijen voor de zomer gevraagd deze aanpak met kracht door te zetten. Dit houdt in dat zij actief deelnemen aan de transfermechanismen in de regio en cliënten die elders beter geholpen kunnen worden overdragen aan andere aanbieders of verzekeraars, inzetten op actief wachtlijstbeheer door middel van contact met de patiënt én actief moeten wijzen op de mogelijkheid van zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar. Ik heb de NZa gevraagd om actief toe te zien op dit laatste. Met zorgaanbieders en zorgverzekeraars blijf ik toetsen of deze maatregelen het beoogde effect hebben voor de mensen die nu op de wachtlijst staan. Aanvullend ben ik in het IZA samen met de ggz-sector, maar ook met belangrijke partijen daarbuiten, bijvoorbeeld de VNG gekomen tot een ambitieus pakket van maatregelen. De inzet is de instroom in de ggz te beperken, onder meer door het voeren van het zogenaamde 'verkennende gesprek' en het opzetten van regionale laagdrempelige steunpunten en lotgenotencontacten. We hebben afspraken gemaakt om de behandelcapaciteit te vergroten door meer hybride zorg te leveren en om een overzicht te creëren van de wachttijden en het aantal wachtenden op regionaal niveau. Het terugbrengen van de wachtlijsten vereist ook dat er betere samenwerking plaatsvindt met de huisartsenzorg en het sociaal domein, bij triage en tijdens en na zorg- en ondersteuningstrajecten, wat de door- en uitstroom in de ggz bevordert. Die samenwerking past goed in een integraal akkoord, waar die verbinding tussen sectoren op veel plekken gelegd is. De intensivering van de samenwerking tezamen met het effect van de gemaakte afspraken maken dat ik het met dit akkoord realistisch acht om een forse slag te maken in het verminderen van wachttijden.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Westerveld (GL) over de hoge instroom van mensen met psychische problemen in de Wlz en de vraag om cliëntorganisaties te betrekken bij de oplossing om te voorkomen dat cliënten de dupe worden bij het oplossen van dit vraagstuk.**

De instroom van mensen met een psychische stoornis in de Wlz is veel hoger dan verwacht. Momenteel onderzoek ik wat er nodig is om te komen tot een financieel houdbare ggz in de Wlz. Hierbij heb ik oog voor wat dat betekent voor de cliënten. Ik wil dit zorgvuldig doen en daarbij betrek ik ook veldpartijen, waaronder cliëntorganisaties. Mijn streven is om uw Kamer voor de kerst te informeren over de vervolgstappen.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Westerveld (PvdA) over dat een bestuurder van een daklozenopvang tot wel 200.000 euro kan verdienen. Wettelijk gezien mag dit, maar Groen Links vindt dit niet normaal. Wat vindt het kabinet van deze hoge salarissen?**

Ik kan me voorstellen dat het vragen oproept als een bestuurder van de daklozenopvang een dergelijk salaris verdient. Vanuit algemeen belang bevordert het kabinet maatschappelijk verantwoorde inkomens en ontslagvergoedingen voor topfunctionarissen in de publieke en semipublieke sector (voor bestuurders en toezichthouders). Wat aanvaardbaar is, is vastgelegd in de Wet normering topinkomens en wordt, indien noodzakelijk, afgedwongen op grond van die wet. Voor zover een instelling voor daklozenopvang onder de reikwijdte van de Wet normering topinkomens valt – dit is afhankelijk van de activiteiten van de instelling als geheel – wordt de bezoldiging van een bestuurder genormeerd tot aan het bezoldigingsmaximum.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Westerveld (GL) over een reactie op de signalen dat het aantal dakloze mensen stijgt en het commitment van het kabinet op het belang van goede monitoring volgens Ethos-light en de doelstelling van de Lissabon Verklaring te gaan halen.**

De signalen dat het aantal dakloze mensen stijgt hebben mij ook bereikt en die signalen baren mij grote zorgen. Ook in deze lastige tijd met hoge inflatie en toenemende bestaansonzekerheid is het mijn ambitie dakloosheid in Nederland fors en structureel terug te dringen, en in 2030 de doelstelling van de Lissabon Verklaring te halen. De krapte op de woningmarkt en de maatschappelijke effecten van de energiecrisis op vele huishoudens maakt de noodzaak tot het versnellen van deze transformatie urgenter dan ooit.

Inzicht is van cruciaal belang om goede beleidskeuzes te maken. Een wezenlijk onderdeel van de doorontwikkeling van de monitor dakloosheid is daarom een verkenning in hoeverre de ETHOS-light definitie kan worden gebruikt in Nederland. Deze manier van monitoren wordt momenteel in een pilot bekeken met financiering vanuit het Kansfonds. Ik erken dat deze definitie een typologie van dakloosheid en sociale uitsluiting hanteert die dichterbij de huidige realiteit van dakloosheid lijkt te komen en daarmee mogelijk een eenduidiger beeld geeft van het totale aantal dakloze mensen, waaronder ook mensen die nu niet in beeld zijn ('verborgen dakloosheid'), zoals bankslapers en mensen die marginaal gehuisvest zijn. In het plan van aanpak dakloosheid 2023-2030 dat momenteel wordt ontwikkeld, krijgt monitoring een belangrijke plek. Deze uitgewerkte aanpak stuur ik voor het eind van dit jaar aan de Kamer.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Westerveld (GroenLinks) over zorgverleners zonder BIG-registratie die bij het pgb aangewezen zijn op het informele tarief. Erkent de minister dat zzp'ers niet rond kunnen komen van een informeel pgb-tarief van 20 euro per uur? Gaat ze dit probleem aanpakken? Daarnaast vraagt Kamerlid Westerveld of er één pgb-loket geregeld kan worden voor financiering en informatie?**

Zzp'ers die zorg verlenen aan budgethouders in de Wet langdurige zorg (Wlz) kunnen aanspraak maken op het formele uurtarief van maximaal €68,30, mits zij zijn ingeschreven bij de Kamer van Koophandel (KvK). Sommige zorgverleners (zonder BIG-registratie) voldoen niet aan de eisen van een inschrijving bij de KvK, omdat zij bijvoorbeeld voor maar één budgethouder werken (denk aan een student of buurvrouw die huishoudelijk hulp levert). Ik ken geen signalen dat het informele tarief (à € 21,68 per uur) hier knelt en ben daarom van mening dat hier geen actie nodig is.

Ten aanzien van het verzoek om één pgb-loket te regelen voor financiering en informatie geef ik momenteel uitvoering aan de motie van mevrouw Werner (Kamerstukken 2021-2022, 25657, nr. 344). Daarin wordt gevraagd om te verkennen wat er nodig is om binnen het huidige pgb-stelsel één loket in te richten. Ik ga uitgebreider in op de voortgang van deze verkenning in de brief over pgb die ik eind 2022 aan uw Kamer stuur.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Westerveld (PvdA) dat om tot goede salarissen in de zorg te komen er meer budget beschikbaar moet worden gesteld en dit budget moet worden herverdeeld. Hoe ziet de minister dit?**

Jaarlijks stel ik de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling in de zorg en welzijnssector ter beschikking. Hiermee is een marktconforme loonontwikkeling mogelijk. In 2023 bedraagt deze ongeveer € 3 miljard euro. Gezien de hoge inflatie en de verwachte hogere looneisen in de markt zullen hier de komende jaren nog miljarden bij gaan komen. Met deze bijdragen kunnen cao-partijen verbeterde arbeidsvoorwaarden overeenkomen. Daarbij is het aan de cao-partijen om de beschikbare middelen voor salarissen te (her)verdelen over de verschillende inkomensgroepen. Hierbij kunnen voor specifieke loongroepen meer dan marktconforme loonstijgingen gerealiseerd worden.

Naast de jaarlijkse ova draagt het kabinet via het brede koopkrachtbeleid miljarden bij aan de koopkracht van de Nederlanders. Daar bovenop nog extra middelen uittrekken acht het kabinet met het oog op een duurzaam houdbare Rijksbegroting niet verstandig.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Bikker (CU) over de aanpak om roken te verminderen.**

Ik deel de mening van de fractie van de ChristenUnie dat toegewerkt moet worden naar een rookvrije generatie in 2040. Ik informeer uw Kamer binnenkort over aanvullende maatregelen die zullen worden genomen op het terrein van tabaksontmoediging om dat doel te bereiken.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Bikker (CU) wat de hoge inflatie betekent voor indexatie van de eigen bijdrage? Is er voor de verschillende zorgwetten in beeld wat dit betekent voor de lagere en middeninkomens?**

De effecten van de inflatie op de eigen bijdragen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn in 2023 gering. Enkele bedragen worden jaarlijks geïndexeerd aan de hand van de prijsontwikkeling in de betreffende sectoren. Zo is de indexering van de eigen bijdrage van orthopedisch schoeisel niet gelijk aan die van de eigen bijdrage voor het ziekenvervoer. Ik verwacht, afhankelijk van de toepasselijke prijsontwikkeling een effect tussen nihil en ongeveer € 2 per bijdrage. Dat zijn geen uitzonderlijke effecten.

Het abonnementstarief in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zal ook in 2023, net als in 2022, € 19 per maand bedragen.

De eigen bijdragen voor de langdurige zorg (Wet langdurige zorg (Wlz) en Wmo beschermd wonen) zijn afhankelijk van het inkomen en vermogen van cliënten, maar ook van de woonsituatie. De minimum- en maximumbedragen die hierbij gelden worden jaarlijks geïndexeerd aan de hand van de consumentenprijsindex. De afgelopen 3 jaar zijn de eigen bijdragen daarom met circa 2% per jaar geïndexeerd. Voor 2023 bedraagt het indexatiepercentage 5,84%. Cliënten krijgen dus te maken met een stijging die groter is dan in de voorgaande jaren.

De precieze effecten voor cliënten in de Wlz en Wmo beschermd wonen zijn afhankelijk van het inkomen, het vermogen en de woonsituatie:

- Cliënten die zorg thuis ontvangen en een relatief laag inkomen hebben, zullen in 2023 maximaal € 10 per maand meer gaan betalen.
- Het effect is groter bij de veel kleinere groep cliënten die een relatief hoog inkomen hebben (ongeveer €66.000 per jaar). Voor deze groep geldt: cliënten die in een instelling wonen gaan in 2023 circa € 145 per maand meer betalen, cliënten die zorg thuis ontvangen gaan in 2023 circa € 55 per maand meer betalen.
- Overigens zijn er ook duizenden mensen waarbij de inflatie via indexatie een positief effect heeft op de eigen bijdragen. Dat komt omdat bij de bijdrage voor zorg in een instelling een aftrek plaatsvindt op het bijdrage plichtig inkomen en bij de bijdrage voor zorg via een modulair pakket thuis of pgb een aftrek plaatsvindt op het maandelijks te betalen bedragen. Deze aftrekposten stijgen door de indexering ook sterk, hetgeen voordelig voor mensen waarbij deze aftrekposten van toepassing zijn. Het voordelige effect bedraagt tussen de € 4 en € 12 per maand.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Bikker (CU) over mentale gezondheidsproblemen van jongeren. Er zijn lange wachtlijsten in de zorg en GGZ. Wachtlijdbemiddeling is nodig, niet iedereen kent de juiste route. Is de minister bereid om aanbieders opdracht te geven om wachtenden boven treeknormen door te geven aan zorgverzekeraars?**

Zoals in mijn brief van juli jl. aangegeven, hebben zorgaanbieders de verplichting om mensen die langer dan de door het veld zelf bepaalde Treeknorm op de wachtlijst staan, te benaderen en actief te wijzen op de mogelijkheid van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar (Kamerstukken 2021/2022, 25424,

nr. 619). Dit stelt deze mensen in staat om contact op te nemen met de zorgverzekeraar en via zorgbemiddeling ergens anders sneller in zorg te komen.

In het IZA heb ik verder onder meer met partijen afgesproken dat er op regioniveau actuele overzichten komen van de aantallen mensen die wachten en de wachttijden. Dit biedt inzicht aan partijen waar knelpunten moeten worden opgelost. De wachttijden zijn ook inzichtelijk voor de patiënt. Deze kan dus deze informatie betrekken bij de afweging welke zorgaanbieder zijn voorkeur heeft.

Als zorgaanbieders hun patiënten tijdig informeren en wijzen op zorgbemiddeling, dan kunnen patiënten die dat willen zelf contact opnemen met hun verzekeraar. In het IZA hebben we aanvullende afspraken gemaakt over regionale wachtlijsten. Ik acht een extra opdracht aan de zorgaanbieders daarom nu niet nodig of wenselijk.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Bikker (CU) in reactie op de complimenten voor de aanpak mentale gezondheid en het doorbreken van taboes. Er is nog veel werk te doen. Welk vervolg ziet de Staatssecretaris voor zich?**

Met de aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal' zet ik mij samen met mijn collega's uit het kabinet, mensen uit de doelgroep en verschillende betrokken veldpartijen in voor het bevorderen van de mentale gezondheid. Want de urgentie om gezamenlijk aan de slag te gaan op mentale gezondheid is hoog.

Om urgentiebesef verder om te zetten in actie is een beweging nodig gericht op een mentaal gezond Nederland. In deze beweging heeft iedereen een rol: inwoners, werknemers en werkgevers, zorgprofessionals, scholen, sportverenigingen, maatschappelijke organisaties, overheidsorganisaties, bedrijven, etc. We hopen dat verschillende partijen zich aansluiten bij de Beweging voor Mentale Gezondheid zodat mentale gezondheid breed in de samenleving bespreekbaar wordt gemaakt en partijen vanuit hun eigen rol en verantwoordelijkheid een bijdrage leveren aan het versterken van mentale gezondheid.

Ik heb bij het uitwerken van de acties aandacht voor achterliggende problematiek en sociaal maatschappelijke vraagstukken (zoals armoede, bestaanszekerheid, sociale basis etc.) en zet in op een mental health in all-policies benadering.

Daarnaast blijf ik in gesprek met veldpartijen en de doelgroepen over de verdere uitwerking van de aanpak, de monitoring van de aanpak en benodigde aanpassingen. Zo werken we met z'n allen aan een lerende aanpak die aan blijft sluiten bij de behoeften van de doelgroep.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Bikker (CU) over de knellende financiering van hospices. Er zijn plannen op de lange termijn om knelpunten bij palliatieve zorg weg te nemen. Wat kan er al op korte termijn gedaan worden tegen knelpunten in de palliatieve zorg?**

Onder regie van de NZa wordt gewerkt aan de bekostiging van het eerstelijnsverblijf palliatief terminale zorg. Veldpartijen hebben onlangs afgesproken om ook in het kader van palliatieve zorg binnen de wijkverpleging meer aandacht te besteden aan de communicatie richting de leden wat er mogelijk is en hoe om te gaan met signalen. Zorgverzekeraars hebben aangegeven afwijkende afspraken te maken als er op korte termijn signalen zijn van knellende financiering.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Bikker (CU) over de toenemende vraag naar vrijwilligers thuis en in het hospice, wat kan de minister in 2023 op dit punt bereiken?**

Vrijwilligers zijn cruciaal, omdat palliatieve zorg meer is dan medische zorg. Het ministerie van VWS stelt vanuit de Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis middelen beschikbaar ter stimulering van de inzet van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg, bijvoorbeeld in een high care hospice, een bijna-thuis-huis, zorginstelling of bij mensen thuis. In 2023 is hiervoor uit de coalitieakkoordmiddelen € 4,5 miljoen extra beschikbaar. Organisaties in de hospicezorg kunnen door middel van de Regeling een vergoeding ontvangen per patiënt ten behoeve van de inzet van vrijwilligers. Vrijwilligers worden opgeleid door Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland (VPTZ). VPTZ ontvangt een instellingssubsidie van VWS. VPTZ bevordert de inzet van vrijwilligers en behartigt hun belangen en positie. Ook ondersteunt men de kwaliteit van plaatselijke en regionale organisaties en stimuleren ze de samenwerking tussen deze organisaties.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Bikker (CU) over of de staatssecretaris als verantwoordelijke voor het**

**vrijwilligerswerk, in de begroting voortaan een post 'ondersteuning vrijwilligerswerk' kan opnemen?'**

Vrijwilligers zijn waardevol en onmisbaar voor onze samenleving. De zorg en ondersteuningssector zou niet functioneren zonder de inzet van vele vrijwilligers.

De twee intensieve jaren met coronamaatregelen hebben grote invloed gehad op de inzet van vrijwilligers met een afname tot gevolg. Voor vrijwilligersorganisaties wordt het steeds moeilijker om voldoende vrijwilligers te werven. Daarom hebben lokale vrijwilligersorganisaties baat bij adequate ondersteuning bij het organiseren van vrijwilligerswerk, zoals bij de werving, begeleiding en ondersteuning van vrijwilligers.

Het verstevigen van het vrijwilligerswerk is een van de ambities die het kabinet heeft bij het uitwerken van de sociale basis. Vrijwilligerswerk maakt het voor heel veel mensen mogelijk om te kunnen meedoen in de samenleving en mensen met een (lichte) hulpvraag te kunnen blijven ondersteunen.

Daarom sta ik positief tegenover de suggestie om de mogelijkheden te onderzoeken om voor langere tijd extra middelen te reserveren voor de versterking van de organisatie van vrijwilligerswerk.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Bikker (CU) over het verbeteren van de counseling bij prenatale screening door daarover in gesprek te gaan met ouderverenigingen.**

Alle zwangere vrouwen in Nederland die geïnformeerd willen worden over prenatale screening krijgen een waarde vrij counselingsgesprek met een speciaal hiervoor opgeleide verloskundig zorgverlener aangeboden. In dit gesprek worden vrouwen geïnformeerd over prenatale screening waarbij ook aandacht is voor mogelijke uitslagen van de prenatale screening en voor het leven met een kind met een van de aandoeningen. Deze counseling valt onder de prenatale screening en wordt continu geoptimaliseerd onder regie van het RIVM en met betrokkenheid van patiëntenorganisaties.

Bij een afwijkende uitslag van de prenatale screening wordt de zwangere bij het maken van een keuze om te bepalen wat ze met een uitslag doet, onder meer begeleid door het prenataal diagnostisch (PND) centrum. Een zwangere kan ook terecht bij haar zorgverlener, een maatschappelijk werker en patiëntenorganisaties. Op het moment dat een zwangere met een afwijkende uitslag bij een PND-centrum komt, is de begeleiding aan de zorgpartijen en valt het niet meer onder prenatale screening.

Ik ben ervan overtuigd dat hiermee de begeleiding van zwangere vrouwen rond de prenatale screening goed is vormgegeven, maar ik ben van harte bereid in gesprek te gaan met relevante organisaties over eventuele ervaren knelpunten.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Bikker (CU) over hoe het kan dat ondanks de hogere duurzaamheidseisen waarmee in de tarieven voor zorgvastgoed rekening wordt gehouden, dat deze toch vanaf 2024 omlaaggaat. Vindt de minister dat instellingen voldoende middelen hebben om vastgoed te verduurzamen? En hoe kunnen we de verduurzaming versnellen?**

De daling van de Normatieve Huisvestingscomponent in de langdurige zorg is het resultaat van twee ontwikkelingen. De eerste is een periodieke herijking van de tarieven door de NZa. De verlaging hangt samen met de renteontwikkelingen op de kapitaalmarkt. Vanwege de gedaalde rente zal de NZa de NHC-tarieven per 2024 verlagen. Daar staan echter dus ook lagere rentelasten van zorgaanbieders tegenover. Dit effect bedraagt € 217 miljoen per 2024.

De tweede ontwikkeling betreft een ophoging in verband met de toenemende duurzaamheidseisen aan de bouw. Dat betreft € 100 miljoen vanaf 2024. Per saldo is inderdaad sprake van een daling van € 117 miljoen vanaf 2024.

Naast deze middelen via de NHC zijn er sinds dit jaar middelen beschikbaar gesteld via de Rijksbrede Subsidieregeling Duurzaam Maatschappelijk Vastgoed (DUMAVA, via de begroting van BZK). Ook zorgorganisaties kunnen hier gebruik van maken. In het Klimaatfonds is een reservering opgenomen van cumulatief € 2,75 miljard tot en met 2030 voor het verduurzamen van

maatschappelijk vastgoed. Met deze reservering kan onder andere deze subsidieregeling de komende jaren voortgezet worden. Het ministerie van BZK is eerstverantwoordelijke voor de uitwerking van deze reservering en betreft VWS daarbij voor wat betreft verduurzamen van het zorgvastgoed.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Esch (PvdD) over een verbod op reclame voor ongezonde producten.**

Marketing op ongezonde voeding is een belangrijke prikkel voor ongezonde keuzes. Er is momenteel geen regelgeving wat betreft reclame op ongezonde voeding. Uiteraard benadrukken we in gesprekken met de sector, bijvoorbeeld bij de thematafel van het Nationaal Preventieakkoord, het belang van reclame maken voor gezonde producten.

Voor wat betreft marketing gericht op kinderen heeft de sector zelf een code opgesteld. Ik laat jaarlijks de naleving van deze zelfregulering monitoren. Zoals aangekondigd in de brief van 24 maart 2022 verken ik op dit moment de wettelijke mogelijkheden om marketing gericht op kinderen in te perken, en daarmee een gezondere voedselomgeving te bevorderen. Ik zal u hier op korte termijn, in ieder geval voor het Commissiedebat leefstijlpreventie van 8 december aanstaande, nader over informeren.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Eva van Esch (PvdD) over wanneer de Kamer het voorstel kan verwachten over juridische mogelijkheden voor gemeentes om fastfoodketens te kunnen weren.**

In mijn brief over de preventieaanpak op overgewicht en voeding zal ik uw Kamer informeren over de uitkomsten van de juridische verkenning. Deze brief beoog ik in november aan uw Kamer te sturen, bijtijds voor het geplande commissiedebat over preventie en leefstijl.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid van Esch (PvdD) over de invoering van een suikerbelasting.**

In het coalitieakkoord staat dat we bezien hoe we op termijn een suikerbelasting kunnen invoeren. Naar aanleiding daarvan heb ik, samen met de staatssecretaris Fiscaliteit en Belastingdienst, op 5 juli jl. de plannen gepresenteerd ten aanzien van het onderzoek naar een dergelijke suikerbelasting. De producten of productgroepen waarover belasting zal worden geheven, moeten goed worden afgebakend. We vinden het belangrijk dat, dat in één keer goed gebeurt. Er zijn immers heel veel producten te koop waar suiker in zit. Het is belangrijk dat de suikerbelasting wordt geheven over suikerhoudende producten, zodanig dat deze maatregel ten goede komt van de gezondheid. Dit vergt onderzoek. Naar verwachting zal dit onderzoek in de loop van 2023 starten en u zult hierover in het najaar van 2023 worden geïnformeerd.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Eva van Esch (PvdD) over de samenstelling van de tafel over overgewicht en de deelname van de voedingsmiddelenindustrie.**

Ik ben niet voornemens om de Thematafel Overgewicht/Voeding op te heffen, of om de voedingsmiddelenindustrie niet meer uit te nodigen. De partijen aan deze Thematafel onderschrijven de doelen van het Nationaal Preventieakkoord (NPA). In gezamenlijkheid is de afgelopen maanden gewerkt aan aangescherpte en nieuwe acties om dichterbij de ambities uit het NPA te komen. Ik zal uw Kamer binnenkort, in ieder geval voor het Commissiedebat leefstijlpreventie van 8 december a.s. nader informeren over deze acties. Ik vind het belangrijk te benadrukken dat de voedingsmiddelenindustrie, cateraars, supermarkten en retail gezonde en ongezonde producten produceren en verkopen. Het gaat om de balans in het aanbod tussen gezonden en ongezonde producten. Supermarkten kunnen bijvoorbeeld juist ook een rol spelen om de consument te verleiden de gezonde keuze te maken.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Eva van Esch**



**(PvdD) over hoe het ministerie van VWS ervoor zorgt dat ook andere ministeries hun verantwoordelijkheid nemen inzake de vervuilende industrie en luchtverontreiniging, en dat ook hier gezondheid voorop komt te staan? Kunnen andere ministeries hierop worden aangesproken en kan er een gezondheidstoets op nieuwe wetgeving worden ingevoerd?**

Een bredere blik op gezondheid en het bevorderen van gezondheid is nodig, en hier zetten we onder de noemer Health in all Policies op in. Het ministerie van VWS spreekt met verschillende departementen zodat het belang van gezondheid wordt meegenomen in de keuzes die gemaakt worden. Daarnaast heeft het ministerie van VWS inmiddels ook een vaste plek aan tafel bij de Raad voor de fysieke leefomgeving, waar kabinetsbesluiten op het gebied van de fysieke leefomgeving worden voorbereid.

Gelet op de strekking van de vragen van de fractie van de Partij voor de Dieren ga ik hierbij vooral in op de inspanningen die we doen om te zorgen voor een gezonde leefomgeving. Op dit gebied wordt interdepartementaal samengewerkt aan onder andere de stedelijke vernieuwingsagenda, woningbouw, inrichting van het landelijk gebied, de energietransitie en de Nationale Adaptatie Strategie. Op 14 oktober jl. informeerden wij uw Kamer over de inzet van de Coalitiemiddelen voor volksziektes, waaronder de investeringen die we gaan doen ten behoeve van een gezonde en beweegvriendelijke leefomgeving. Daarnaast wordt met deze middelen ingezet op het verkrijgen van meer zicht op de blootstelling en risico's van chemische stoffen en de relatie hiervan met de gezondheid. Dit doen we samen met het ministerie van IenW.

De fractie van de Partij voor de Dieren vraagt of ik bereid ben om een gezondheidstoets in te voeren op alle wetgeving van alle departementen. De inzet van het ministerie van VWS is erop gericht om aan de voorkant met andere departementen in gesprek te zijn en het belang van Health in all Policies uit te dragen. Dat heeft de voorkeur boven een gezondheidstoets achteraf.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Esch (PvdD) over hoe de minister het gaat aanpakken om integraal te kijken naar de toekomst van landbouw en daarbij ook de doelen op het gebied van volksgezondheid, klimaat en dierenwelzijn mee te nemen. En hoe gaat deze minister voorkomen dat de minister van landbouw straks weer komt met te vrijblijvende handreikingen, waarmee decentrale overheden risico's voor de gezondheid kunnen meewegen? En is straks niet het probleem dat we nog steeds die gevaarlijke situaties hebben en we ze niet weten te voorkomen?**

Zoals vorige week in het commissiedebat zoönosen en dierziekten ook aangegeven werkt het kabinet vanuit verschillende invalshoeken aan de nadere uitwerking van het Nationaal Programma Landelijk Gebied, ten behoeve van de regionale invulling door de provincies. Het gaat hierbij niet om vrijblijvende handreikingen, maar ik zet mij in om volksgezondheid en het risico op zoönosen als structurerende keuze mee te laten wegen in de gebiedsgerichte aanpak. Hiermee worden risico's voor de volksgezondheid zoveel mogelijk beperkt. Zoals in de reactie op het rapport Remkes is aangegeven komt het kabinet in november met een hoofdlijnenbrief over het Nationaal Programma Landelijk Gebied.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Esch (PvdD) over het aansturen op verplichtende afspraken in de Green Deal Duurzame Zorg en de bereidheid om zorgbestuurders te verplichten een duurzaamheidsvisie te ontwikkelen voor hun zorgbedrijf? En waarom is geweigerd de verduurzaming in de zorg met €300 miljoen te financieren, vanuit het Klimaatfonds van EZK.**

Ik stuur niet aan op een verplichtend karakter van afspraken in de Green Deal Duurzame Zorg 3.0. De bereidheid en betrokkenheid van alle grote brancheorganisaties van de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de banken, geven mij het vertrouwen dat verplichtende afspraken niet nodig zijn. Alle partijen onderschrijven de noodzaak tot verduurzamen en de verantwoordelijkheid die zij zelf, en hun respectievelijke achterbannen, daarbij hebben. Partijen hebben dat meermaals naar elkaar uit gesproken en zien het verduurzamen als een gezamenlijke opgave. Daarbij zijn de

afspraken in deze nieuwe Green Deal concreter en geven partijen met ondertekening hiervan hun commitment aan het behalen van de doelstellingen.

Onderdeel van de afspraken is onder andere dat zorgorganisaties en VWS duurzaamheid opnemen in hun beleid en dat duurzaamheid van zorg onderdeel wordt van het kader 'goed bestuur' en de governance code zorg. Het ontwikkelen van een duurzaamheidsvisie door zorgbestuurders voor hun bedrijf is een goede stimulans voor de verduurzaming van de zorg. De ontwikkeling en implementatie van de duurzaamheidsvisie ligt primair bij de bestuurders en zorginstellingen. Ik vind het niet wenselijk dat de overheid daarin sturend optreedt. Overheidssturing is wel mogelijk als er bij de implementatie aspecten aan het licht komen die dit vergen. Een voorbeeld van hoe de overheid kan bijdragen aan de implementatie van duurzaamheid in zorginstellingen, is de opname van duurzaamheid in het 'Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten' van Zorginstituut Nederland. Hier is milieu-impact toegevoegd als afweging van de kwaliteit van zorg. Met de minister voor Klimaat en Energie bespreek ik de mogelijkheden voor financiering van het verduurzamen van de zorg uit het Klimaatfonds. Het kabinet werkt nog aan de uitwerking van dat fonds en over de bestedingen daarvan. Conform de afspraken uit het Coalitieakkoord is een reservering in dit fonds opgenomen van cumulatief € 2,75 miljard tot en met 2030 voor het verduurzamen van maatschappelijk vastgoed, waaronder ook zorgvastgoed. Het ministerie van BZK is eerstverantwoordelijke voor de uitwerking van deze reservering en betreft VWS daarbij.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Esch (PvdD) over de doelstelling om in 2025 in 50% van de ziekenhuizen een gezond voedselaanbod te hebben voor patiënten en waarbij ook oog is voor vegetariërs en veganisten.**

Ik deel de mening van mevrouw Van Esch dat gezonde en passende voeding belangrijk is voor iedereen en zeker voor patiënten. Het voedingsaanbod in een zorginstelling is een van de aspecten van de kwaliteit van zorg. Dit is de verantwoordelijkheid van de zorginstelling. De afspraak die mevrouw van Esch aanhaalt, is in het Nationaal Preventieakkoord gemaakt, onder andere samen met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. De beweging gaat de goede kant op. Intussen zijn 50 ziekenhuizen en zorginstellingen hard aan de slag voor gezonder voedingsaanbod via Goede Zorg Proef Je. Dit wil overigens niet zeggen dat andere ziekenhuizen louter ongezond eten verstrekken.

Zoals in de beantwoording van Kamervragen van mevrouw Van Esch (Kamerstuk 2022D30557) heeft de staatssecretaris van VWS aan de uitvoerders van het project 'Goede Zorg Proef Je' het signaal meegegeven aandacht te hebben voor een gezond vegetarisch of veganistisch voedingsaanbod.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Houwelingen (FVD) over de stijging van de kosten op het departement van VWS in de laatste jaren en de vraag hoeveel ambtenaren uit hebben gegeven.**

Vanaf 2020 zijn de apparaatskosten met name gestegen door de corona gerelateerde uitgaven. In de ontwerpbegroting 2020 was er totaal op artikel 10 € 341 miljoen beschikbaar, waarvan €261 miljoen personele uitgaven en € 80 miljoen materieel uitgaven. In de ontwerpbegroting 2023 is dit € 557 miljoen, waarvan € 446 miljoen personele uitgaven en € 111 miljoen materiele uitgaven.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Houwelingen (FVD) over de begroting, de begroting is in drie jaar tijd met 1/3 gestegen van voor Corona. Hoe kan dit?**

In de jaren 2016 t/m 2019, nog voor Corona, zijn de apparaatsuitgaven van het ministerie van VWS gestegen van €301,7 miljoen in 2016 naar € 398,9 miljoen in 2019; dit is een stijging van 32%. Het betreft hier de apparaatskosten van het kerndepartement, de inspectie en raden. Met het regeerakkoord 2017-2021 (Vertrouwen in de toekomst) werd geïnvesteerd in het VWS-brede beleidsterrein met inzet van diverse programma's. Zo kan gedacht worden aan programma Ouderenzorg, Preventie en Sport. De uitvoering via de programma's maakt dat meer personele inzet benodigd was.

Vanaf 2020 zijn de apparaatsuitgaven verder gestegen tot € 557 miljoen in 2023 (een stijging van circa 85% ten opzichte van 2016), veroorzaakt door beleid gericht op de beheersing van het coronavirus, de afhandeling van de toegenomen Wob-verzoeken en een versterking van enkele cruciale functies waaronder de financiële functie.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid van Houwelingen (FVD) over hoe het kan dat de zorgkosten aan banden worden gelegd terwijl de begroting van departement met 10% stijgt.**

In de jaren 2016 t/m 2019, nog voor Corona, zijn de apparaatsuitgaven van het ministerie van VWS gestegen van € 301,7 miljoen in 2016 naar € 398,9 miljoen in 2019; dit is een gemiddelde stijging van circa 10% per jaar. Een directe relatie tussen de verhoging van de zorgkosten en de verhoging van de apparaatskosten van gemiddeld 105 per jaar is niet aanwezig. Echter, ook het houdbaar houden van de zorguitgaven vraagt om beleid.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Houwelingen (FVD) over hoe het kan dat de toenemende kosten van het departement zelf ten opzichte van het huidige begrotingsjaar en dat voorgenomen bezuinigingen niet worden gerealiseerd.**

In de begroting 2023 dalen de apparaatskosten en dit wordt met name na 2023 versterkt door de Covid-gerelateerde kosten. Voor de komende jaren worden de apparaatskosten voor het gehele departement (kern, inspectie en raden) begroot op € 557 miljoen (2023) en aflopend naar € 419,8 miljoen (2026). Deze daling komt voort uit de systematiek van begroten. Zo wordt onder meer gedurende het begrotingsjaar de loon- en prijsbijstelling aan de relevante budgetten toegevoegd, ter compensatie van bijvoorbeeld een nieuwe cao, dan wel gestegen leveranciersprijzen. Daarnaast vinden gedurende het jaar herschikkingen binnen de VWS-begroting plaats, zodat budgetten op de correcte plek komen te staan. Dit heeft jaarlijks per saldo een stijging van de apparaatskostenrealisatie tot gevolg. Ook worden de Covid-gerelateerde apparaatsuitgaven niet eerder ingeboekt dan dat het ministerie van VWS aan de lat staat voor testen, traceren en anderszins. Het hogere niveau van de corona-uitgaven is zodoende niet meerjarig geraamd, wat ook een doorwerking heeft op de apparaatsuitgaven. Gelet op de systematiek van begroten leidt dit ertoe dat de realisatie hoger uitkomt dan de ontwerp-begroting, maar geldt andersom niet dat er spraken is van een bezuiniging die niet wordt gerealiseerd.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Houwelingen (FVD) over hoe het kan dat een besparing op de VWS-begroting stelselmatig te laat wordt ingeschat.**

In de begroting 2023 dalen de reguliere apparaatskosten en laten de covid-gerelateerde kosten, met name na 2023, een daling zien. Voor de komende jaren worden de apparaatskosten voor het gehele departement (kern, inspectie en raden) begroot op € 557 miljoen (2023), aflopend naar € 419,8 miljoen (2026).

Dat de kosten van lopende het begrotingsjaar stijgen en hoger zijn dan nu in de begroting is gepresenteerd, is niet verwonderlijk. De afgelopen jaren is bijvoorbeeld sprake geweest van nieuwe cao's voor de rijksambtenaren. De gevolgen van deze cao's voor de diverse begrotingsjaren worden vooraf niet in de begroting geraamd, maar pas na het afsluiten van de cao's in de cijfers verwerkt. Ze komen wel in de realisatie terug. Daarnaast worden de apparaatsbudgetten lopende het begrotingsjaar ook bijgesteld om prijsstijgingen bij leveranciers te kunnen bekostigen, zodat goederen en diensten ook tegen de verhoogde prijzen van leveranciers kunnen worden afgenomen.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid van Houwelingen (FVD) over hoe het staat met beleidsprioriteiten voor volgend jaar? Er gaat nauwelijks geld naar de uitbreiding van ic-capaciteit en € 626 miljoen naar testcapaciteit.**

In de afgelopen twee jaar zijn ziekenhuizen in staat gesteld stevig te investeren in apparatuur en inventaris voor maximaal 1700 bedden. Van zorgpartijen wordt verwacht dat zij deze infrastructuur in stand houden. Ook voor opleidingen is tot en met dit jaar geld beschikbaar. Daarnaast investeert

VWS met een kostendekkende vergoeding in het opleiden van zorgverleners voor een breed scala aan functies in de acute zorg waaronder de Ic's.

Om te bevorderen dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen via de reguliere contractering afspraken maken om te komen tot financiering van een basiscapaciteit van 1150 ic-bedden, zijn middelen beschikbaar gesteld binnen de structurele ophoging van het macrokader MSZ in het Integraal Zorgakkoord.

Voor wat betreft testen is in de begroting budget gereserveerd voor de testinfrastructuur voor het huidige testbeleid. Ik vind het belangrijk om testcapaciteit beschikbaar te houden. Testen kan in het geval van een ziekmakendere variant een belangrijke rol spelen in het remmen van de uitbraak en het beschermen van kwetsbaren.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Houwelingen (FVD) over de toeslagenaffaire en hoeveel kinderen jaarlijks uit huis worden geplaatst. Waarom weet de inspectie niet wat het aantal uit huis plaatsingen is en waarom doet de inspectie hier niks aan? Onderzoek wijst uit dat het huidige stelsel van jeugdbescherming faalt. Waarom heeft de IGJ hier niet eerder over aan de bel getrokken?**

De IGJ trekt al sinds 2019 aan de bel over het jeugdbeschermingsstelsel, onder andere via het rapport 'Kwetsbare kinderen onvoldoende beschermd'<sup>11</sup>. Dit is ook aanleiding geweest tot structurele hervormingen in het Toekomstscenario en de Hervormingsagenda. Per 1 januari jl. wordt de machtiging uithuisplaatsing als uniek item uitgevraagd bij de gecertificeerde instellingen, waardoor het aantal gedwongen uithuisplaatsingen vanaf 2022 wordt bijgehouden.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Pepijn van Houwelingen (FVD) over de IGJ die 16 artsen een boete heeft gegeven vanwege voorschrijven van niet geregistreerde medicijnen tegen Covid. Waarom blijft de IGJ als een ware inquisitie artsen vervolgen die mensenleven proberen te redden?**

Ik neem afstand van de gebruikte omschrijving van de manier waarop de IGJ te werk gaat. Als maatschappij mogen we verwachten dat artsen zich houden aan de normen en richtlijnen van de eigen beroepsgroep. Een geneesmiddel mag alleen worden voorgeschreven voor de indicatie waarvoor het is geregistreerd. Alleen in uitzonderingssituaties en onder bepaalde voorwaarden is het mogelijk om hiervan af te wijken (off-label voorschrijven). Off-label voorschrijven mag alleen als daarover binnen de beroepsgroep protocollen of standaarden zijn ontwikkeld. Er zijn geen protocollen of standaarden van de beroepsgroep die het gebruik van ivermectine en hydroxychloroquine toestaan. Sterker nog, in de standaarden en protocollen van de beroepsgroep staat expliciet dat voor het off-label gebruik van deze middelen bij Covid-19 geen plek is. Voor deze 16 artsen was het off-label voorschrijven daarom niet toegestaan. Om die reden heeft de IGJ een boete opgelegd.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Houwelingen (FVD) over de oversterfte. De oversterfte is in 2020 lager dan in 2021, terwijl in 2020 nog niemand gevaccineerd was. Kunt u dit toelichten?**

De totale oversterfte was in 2020 lager dan in 2021. Het percentage van de oversterfte dat verklaard kan worden door COVID-19 was daarentegen hoger in 2020 dan in 2021. Ik vind het belangrijk dat er grondig onderzoek gedaan wordt naar de oorzaken van de oversterfte. Het eerste deel van het onderzoek dat wordt uitgevoerd door het CBS en het RIVM is afgerond in juni 2022. In dit onderzoek is gekeken naar het risico op overlijden kort na COVID-19 vaccinatie en hieruit is door het CBS en het RIVM geconcludeerd dat er geen oorzakelijk verband tussen vaccinaties en een verhoogde kans op overlijden kon worden aangetoond. Zoals aangegeven vind ik het belangrijk dat er verder onderzoek naar de redenen en oorzaken van oversterfte gedaan wordt, vandaar dat ik dit traject, zoals eerder aan uw Kamer aangegeven, vervolg.

---

<sup>11</sup> Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Kwetsbare kinderen onvoldoende beschermd, november 2019.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Langdurige Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Houwelingen (FVD) of de structurele besparing van € 1 miljard in het IZA wordt gehaald.**

In het coalitieakkoord staan verschillende maatregelen voor de curatieve zorg die t/m 2026 oplopen tot circa € 2 miljard aan besparingen. Dit gaat onder andere om de maatregelen -Integraal Zorgakkoord (IZA), passende zorg en zorg op de juiste plek.

Een groot deel van deze besparingen heeft betrekking op de IZA-sectoren en wordt met de gemaakte inhoudelijke en financiële afspraken in het IZA gerealiseerd. De veldpartijen hebben zich met het ondertekenen van het IZA gecommitteerd aan de inhoudelijk en financiële opgave. Hierbij is het van belang te benadrukken dat sectoren nog steeds mogen groeien (MSZ van € 26,2 miljard in 2022 naar € 26,6 miljard in 2026, de GGZ van € 4,6 miljard in 2022 naar € 4,7 miljard in 2026, de wijkverpleging van € 3,8 miljard in 2022 naar € 4,1 miljard in 2026, huisartsenzorg en MDZ van € 4,4 miljard in 2022 naar € 4,9 miljard in 2026, maar minder hard. Om de zorg te transformeren zijn overigens tijdelijk aanzienlijke transformatie- en investeringsmiddelen beschikbaar.

In het IZA is afgesproken dat er nog een doorrekening van het besparingspotentieel van het IZA zal plaatsvinden. Ook is er een tussentijdse evaluatie (de mid-term review) van het IZA ingebouwd om te reflecteren op de gemaakte financiële en inhoudelijke afspraken. We houden dus de vinger aan de pols.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Pouw-Verweij (JA21) over dat er een noodzaak bestaat voor menswaardige zorg. Waarom krijgen professionals niet de tijd en ruimte om cliënten echt te leren kennen? Kunnen zij niet meer bevoegdheden krijgen om menselijke maat in praktijk te kunnen brengen? En kunnen zij beter ondersteund worden door hun leidinggevenden en bestuurders?**

Ik heb het vraagstuk 'passende beschikkingsduur door gemeenten en zorgverzekeraars' als speerpunt opgenomen en afgesproken met zorgverzekeraars en gemeenten dat zij dit zullen verbeteren. Een langere beschikkingsduur voor mensen die een langdurige ondersteuningsvraag hebben, moet de norm zijn voor gemeenten en zorgverzekeraars.

Ik voel me daarin gesteund door de aangenomen motie van de leden Werner en Mohandis (Kamerstukken 2021/21, 25 657, Nr. 343) waarin zij de regering oproepen om hier snel wat aan te doen.

Momenteel werk ik met gemeenten en zorgverzekeraars uit hoe we goede afspraken kunnen maken zodat mensen die een langdurige zorg- of ondersteuningsvraag hebben, langer zekerheid krijgen over hun zorg- of ondersteuning, dus minder vaak een herindicatie moeten aanvragen. Daarbij neem ik ook mee hoe wij het beste de relevante professionals kunnen bereiken en hen de benodigde professionele ruimte kunnen bieden.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Pouw-Verweij (JA21) over incidenten die leiden tot 0-tolerance. Dit zorgt voor grote administratieve lasten en controledrift. Wil de minister ook dat we teruggaan naar een zorgstelsel op basis van vertrouwen en menswaardige zorg?**

Een stelsel gebaseerd op menswaardige zorg en vertrouwen heeft mijn voorkeur. Dat betekent inderdaad ook dat de reflex die soms optreedt bij een incident en die leidt tot meer controle, zoveel mogelijk moet worden beperkt. Zeker wanneer het gaat om de kwaliteit van zorg moet blijvende aandacht zijn voor het veilig kunnen melden van incidenten en het hiervan kunnen leren. Ook bij het te goeder trouw maken van fouten in de financiële sfeer past terughoudendheid in het direct en grootschalig optuigen van controlemechanismen. Tegelijk is er altijd het dilemma tussen enerzijds het vertrouwen en anderzijds het afleggen van verantwoording, wetende dat de regeldruk die zorgverleners in hun dagelijkse praktijk ervaren te hoog is. Daarom neem ik de regie om dit vraagstuk samen met betrokken partijen aan te pakken.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Pouw-Verweij (JA21) of de minister bereid is de motie Pouw-Verweij voor de**

### **vermindering van regeldruk in verpleeghuizen breed toe te passen binnen de gehele zorgsector.**

De motie roept op om met het Zorginstituut in overleg te gaan om te komen tot een kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg dat uitgaat van vertrouwen in de professional, de cliënt centraal stelt, en merkbaar leidt tot vermindering van regeldruk.

Kwaliteitskaders worden opgesteld door organisaties van cliënten, zorgaanbieders, zorgverleners en zorginkopers. De zorgverleners zijn daarbij als professionals zelf aan zet om te beschrijven wat goede zorg is. Voor het verlenen van goede zorg is voldoende handelingsvrijheid en vertrouwen in de professional nodig, en dat kan dus in het kwaliteitskader worden neergelegd. Daarnaast is evident dat bij opstellen van deze kaders, zeker in deze tijd met arbeidsmarktproblemen, rekening wordt gehouden met regeldruk, ook omdat de beleidskaders door het veld geïmplementeerd moeten worden.

Om regeldruk binnen zorginstellingen te beperken is het ook belangrijk dat zorginstellingen van elkaar leren en goede voorbeelden van elkaar overnemen, óók van zorginstellingen uit andere sectoren. Ik faciliteer dat onder andere door de publicatie van goede voorbeelden op de website van het programma Ontregel de zorg.

### **Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Pouw-Verweij (JA21) over Passende zorg. Het begrip passende zorg komt vaak neer op dat de bekostiging passend is. Hoe voorkomt het kabinet dat de invulling van passende zorg primair een geld vraag wordt? Wat voor waarde heeft passende zorg?**

Het recent verschenen Kader Passende Zorg (Kamerstukken 2021/22, 31 765, nr. 649) beschrijft wat er moet gebeuren om de zorg toekomstbestendig te maken. Dat gaat over veel meer dan geld, maar juist over wat er nodig is om ervoor te zorgen dat moeilijke pakketmaatregelen niet genomen hoeven worden.

Het Kader Passende Zorg gaat uit van de vier principes van passende zorg:

- Passende zorg is waardegedreven (dat betekent dat zorg effectief is, voldoet aan de stand van wetenschap & praktijk en meerwaarde heeft voor de patiënt, met daarnaast een doelmatige inzet van mensen, middelen en materialen).
- Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand, ondersteund door informatie passend bij de vaardigheden van de patiënt.
- Passende zorg is de Juiste Zorg op de Juiste Plek.
- Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.

Op deze vier principes en de uitwerking daarvan hebben we met de veldpartijen inhoudelijke afspraken gemaakt in het Integrale Zorgakkoord (IZA). Alle bij het IZA betrokken partijen hebben vertrouwen dat we de benodigde transformatie in de zorg kunnen maken als we nu vol inzetten op passende zorg.

### **Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Pouw-Verweij (JA21) of de opvatting van het kabinet - dat meer geld en meer mensen geen oplossing is - een innerlijke overtuiging is of een dictaat van Financiën?**

De zorguitgaven zullen in de komende jaren groeien, maar te harde groei gaat ten koste van andere collectieve uitgaven en van de koopkracht. Als bewindspersonen op VWS vinden we het gezamenlijk belangrijk dat de groei van de gezondheidszorg beheerst wordt in de komende jaren en decennia. Daarom bevatten IZA, WOZO en (later) GALA afspraken over de transitie naar passende zorg met oog voor de grenzen van de arbeidsmarkt en betaalbaarheid. Bovendien zijn de knelpunten op de arbeidsmarkt groot, niet alleen in de zorgsector, maar op vele plekken in de economie. In de afgelopen jaren is het aantal banen in de zorg enorm toegenomen en leiden we op alle niveaus steeds meer zorgpersoneel op. Het is echter niet realistisch en ook niet wenselijk dat het beslag dat de zorg op de arbeidsmarkt legt sterk blijft groeien. Daarom wordt in het programma TAZ de toepassing van arbeidsbesparende technologieën en organisatievormen gestimuleerd.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Pouw-Verweij (JA21) over hoe de minister aan VGN uitlegt dat meer mensen en geld niet de oplossing zijn vanwege arbeidsmarktproblematiek?**

Gezien de arbeidsmarktkrapte is het niet reëel te veronderstellen dat er veel meer mensen in de zorg komen werken. Het zou ook niet houdbaar zijn wanneer het beroep van zorg op de arbeidsmarkt sterk blijft toenemen. Tegelijkertijd zet ik met het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt in Zorg en Welzijn breed in op het behoud en de optimale inzetbaarheid van het beschikbare personeel. In de toekomstagenda gehandicaptenzorg gaat het om het boeien van nieuwe medewerkers in de gehandicaptenzorg, het binden en behouden van medewerkers en het optimaal benutten van de aanwezige kennis en ervaring. Dit doe ik onder andere door, naast de brede arbeidsmarktaanpak, ook te investeren in een regionale samenwerkingsaanpak tussen gehandicaptenzorgaanbieders, onderwijsinstellingen en regionale werkgeversorganisaties. Met deze aanpak worden zorgaanbieders gestimuleerd om regionaal samen te werken op het terrein van goed werkgeverschap en technologische innovatie.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Pouw-Verweij (JA21) over welk praktisch uitzicht de begroting van VWS en het IZA bieden op de acute problemen op arbeidsmarkt in de zorg? En wat is het uitzicht zonder geld waard?**

Nu al werkt in Nederland volgens de WRR 1 op de 6 werknemers in de zorg. Als we doorgaan zoals nu, zou in het jaar 2040 1 op de 4 werknemers in de zorg moeten werken. Dat is niet haalbaar. We willen dat het beroep van de zorg op de arbeidsmarkt niet blijft toenemen. Dat vraagt om het anders organiseren van de zorg waarbij we langs de lijnen van passende zorg met inzet van arbeidsbesparende sociale en technologische innovaties werken aan een houdbare arbeidsmarkt. Met het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ) zet ik deze kabinetsperiode in op het verbeteren van de werking van de arbeidsmarkt. Dit moet niet alleen op korte termijn de positie van zorgprofessionals verbeteren, maar juist ook op termijn duurzame opbrengsten genereren. Daartoe zetten we ook financieel substantieel in en zetten we in 2023 naast het al lopende stagefonds zorg (116 miljoen euro), de kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg (210 miljoen euro), het regionaal arbeidsmarktbeleid (18 miljoen euro) en het opleidingsakkoord vvt (20 miljoen euro) uit het breed pakket voor werken in de zorg 130 miljoen euro in.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid van der Staaij (SGP) over erkennen en herkennen de ministers en de staatssecretaris dat arbeidsmarktkrapte nu al consequenties heeft voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg? De NZa roept hen op om, als stelselverantwoordelijke, op korte termijn beleid te ontwikkelen voor het toegankelijk houden van de zorg in plotselinge situaties van krapte. Zijn de bewindslieden daartoe bereid? En welke rol is er weggelegd voor zorgverzekeraars?**

Wij herkennen dat de huidige arbeidsmarktkrapte een dagelijkse opgave is voor zorgprofessionals en incidenteel leidt tot knelpunten voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Allereerst is het aan zorgverzekeraars en zorgkantoren, gelet op hun zorgplicht, om alles in het werk te stellen om problemen in de toegankelijkheid van zorg te voorkomen. Ditzelfde geldt voor gemeenten ten aanzien van jeugdhulp. Tegelijkertijd zetten alle recent gesloten akkoorden en programma's (zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA), Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), het programma Toekomstverkenning Arbeidsmarkt en Zorg (TAZ) en de hervormingsagenda jeugd) in op de zorg voor iedereen die het nodig heeft, nu en in de toekomst toegankelijk te houden bij een toenemende vergrijzing en een niet groter wordend arbeidspotentieel. Wij hebben daarover met alle partijen goede afspraken gemaakt om de benodigde transformaties op te pakken. Tegelijkertijd beseffen wij ook dat deze transformaties niet van vandaag op morgen allemaal gerealiseerd zijn.

Wij willen dan ook samen met de IGJ en de NZa aan de slag, in lijn met alle reeds gesloten akkoorden en programma's, met wat vooruitlopend kan helpen om casuïstiek in het hier en nu op te lossen en daarbij handvatten te bieden aan alle zorgprofessionals, zorgaanbieders en

zorginkopers. Het is belangrijk dat voor iedereen die het nodig heeft de zorg toegankelijk blijft. Wij zullen uw Kamer binnenkort hier verder over informeren.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over of de minister ook bereid is haar aandeel te leveren en Haagse regels die een bron van frustratie zijn onder de loep te nemen?**

Daartoe ben ik zeker bereid. Eén van de vier actielijnen van het programma [Ont]Regel de Zorg 2022-2025 is ook om geen nieuwe wet- en regelgeving met onevenredige en onnodige administratieve lasten in te voeren. Op 8 juni 2022 heb ik aan de Tweede Kamer bericht hoe ik dat wil doen (Kamerstukken 2021/22, 29 515, nr. 480). Ook heb ik de Tweede Kamer op 9 september jl. geïnformeerd over vijf concrete trajecten om de werkbaarheid van VWS wetten en regels in de praktijk te verbeteren (Kamerstukken 29 515, nr. 482).

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over periodieke herindicatie voor mensen die langdurige zorg nodig hebben. Welke concrete stappen kunnen we nu echt zetten om het huidige systeem menselijker te maken?**

Ik heb meer van dit type signalen gekregen van cliëntenorganisaties en van mensen met zeer langdurige zorgvragen die zich bij mij melden.

Het is de bedoeling van de Zvw, de Wmo en de Jeugdwet dat mensen zorg en ondersteuning op maat krijgen: dat betekent dat verzekeraars en gemeenten niet elk jaar zouden moeten vragen naar de bekende weg, maar mensen met een langdurige zorgvraag rust en zekerheid moeten bieden. De Wmo en de Jeugdwet bieden genoeg mogelijkheden om dit meteen te doen, er wordt gewerkt aan een mogelijkheid in de Zvw om een langere toekenning dan twee jaar door de zorgverzekeraars mogelijk te maken.

Een langere beschikkingsduur voor mensen die een langdurige, stabiele zorg- of ondersteuningsvraag hebben moet de norm zijn voor gemeenten en zorgverzekeraars. Ik heb met zorgverzekeraars en gemeenten afgesproken dat zij een passende beschikkingsduur zullen hanteren.

Ik voel me daarin gesteund door de aangenomen motie van de leden Werner en Mohandis (Kamerstukken 2021/22, 25 657, Nr. 343) waarin zij de regering oproepen om hier snel iets aan te doen.

Momenteel werk ik met gemeenten en zorgverzekeraars uit hoe we goede vervolgspraken kunnen maken zodat mensen met langdurige zorg- of ondersteuningsvraag minder vaak een herindicatie moeten aanvragen. Bij deze uitwerking zal ik ook de ervaringen van mensen met langdurige zorg- of ondersteuningsvragen en de cliëntenorganisaties betrekken.

Voor de Zvw zijn we recent gestart met het verlengde toekenningstraject Zvw-pgb. Dit naar aanleiding van de motie Tellegen. In het traject zijn we met partijen (V&VN, ZN en Per Saldo) en budgethouders bezig om randvoorwaarden en toetsingscriteria op te stellen om verlengde toekenningen (> 2 jaar) binnen de Zvw-pgb mogelijk te maken voor bepaalde groepen. De voortgang van het traject zal in de stand-van-zakenbrief pgb dit najaar gecommuniceerd worden naar de Kamer.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) om een duidelijke visie te geven op de waarde van ouderdom; en hoe ouderen een zinvolle bijdrage kunnen leveren aan onze samenleving?**

Deze visie heb ik op 4 juli jl. met de Kamer gedeeld in het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO).<sup>12</sup> In dit programma onderstreep ik de zinvolle bijdrage die ouderen aan onze samenleving kunnen leveren. 'De' oudere bestaat niet. Ouderen verschillen in waar zij wonen, wat hun (culturele) achtergrond is en nog belangrijker: hoe zij voor het ouder worden hun leven invulden en verder willen invullen. Met deze diversiteit moet rekening worden gehouden in het definiëren van een aanpak. Gelukkig is een steeds groter deel van de ouderen vitaal. Ouderen leven steeds langer in als goed ervaren gezondheid. Zij willen blijven participeren en op hun kracht

---

<sup>12</sup> Kamerstukken 2021/22, 29 389, nr. 111



en verantwoordelijkheid worden aangesproken; hun "geefkracht". Zij hebben levenservaring en wijsheid, die zij kunnen overdragen aan de jongere generaties, bijvoorbeeld als opleider, mentor, oppas en vrijwilliger. Deze vitale ouderen kunnen onder andere met vrijwilligerswerk en eigen initiatieven een waardevolle bijdrage leveren aan de samenleving. Omgekeerd doen zij een beroep op de samenleving voor ondersteuning en zorg. Naar mate ouderen kwetsbaarder worden hebben zij passende ondersteuning en zorg nodig. Met ouderenorganisaties, maar ook met gemeenten wordt regelmatig gesproken over de waarde van ouderdom en hoe belangrijk het is dit onderdeel te maken van de maatschappelijke beweging.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over de verschraving van maatschappelijke ondersteuning en of het kabinet dit wil oppakken.**

Wanneer mensen langer thuis blijven wonen, leidt dit logischerwijs tot een groter beroep op algemene voorzieningen en ondersteuning in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015). Daarom is in de transitiemiddelen Scheiden wonen en zorg voor de periode 2023 tot en met 2026 voorzien in extra middelen voor gemeenten om te anticiperen op de effecten van scheiden van wonen en zorg.

Zoals in mijn Hoofdlijnenbrief Wmo van 28 maart jl.<sup>13</sup> aangekondigd, ben ik verder voornemens samen met de VNG een onderzoek te doen naar de houdbaarheid en toekomstbestendigheid van de Wmo. De mogelijke gevolgen van de trend van langer thuis wonen wordt hierin ook meegenomen. Ik heb tevens met de VNG afgesproken dat, als onderdeel van dit onderzoek, ook de meer fundamentele vragen en beleidskeuzes niet uit de weg gegaan mogen worden. Dergelijke vragen moeten openlijk met elkaar besproken worden om passende zorg en ondersteuning ook in de toekomst te kunnen waarborgen.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid van der Staaij (SGP) over Onderzoeksprogramma voor GGZ: hoe wordt gewaarborgd dat de gereserveerde 2 mln daadwerkelijk aan onderzoek naar suïcide preventie wordt besteed? En zijn dit extra middelen of wordt het aan het onttrokken van het budget in miljoenennota?**

Met ZonMw maak ik meerjarige afspraken over de besteding van het budget van 2 miljoen euro voor onderzoek naar suïcidepreventie. In mijn opdrachtbrief aan ZonMw zal ik deze afspraken opnemen. De extra 2 miljoen euro voor het onderzoek naar suïcidaliteit en suïcidepreventie zijn aanvullend op de reeds genoemde bedragen voor suïcidepreventie in de VWS-begroting (artikel 2), dit wordt dus niet onttrokken aan bestaande middelen voor suïcidepreventie.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kees van der Staaij (SGP) over Landelijk dekkend aanbod voor psychosociale hulp na abortus: komt dergelijke hulp alleen beschikbaar via de huidige keuzehulpaanbieders of ook via andere zorgverleners, zoals huisartsen?**

De psychosociale hulp komt inderdaad alleen beschikbaar via de keuzehulpaanbieders onbedoelde zwangerschap. Zij kunnen ervoor kiezen deze extra optionele taak als aanvulling op hun keuzehulp te gaan uitvoeren. Zij beschikken ook nu al over een groot deel van de benodigde kennis, expertise en ervaring om deze hulp te verlenen.

Mocht huisartsen de hulpvraag worden gesteld, dan kunnen zij verwijzen naar het landelijk dekkend netwerk aan psychosociale hulp na abortus via de keuzehulpaanbieders. Deze hulp moet binnen 10 werkdagen na aanmelding aanvangen.

**Antwoord van de minister van VWS op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over dat het aantal betalingsachterstanden bij zorgverzekeraars met zo'n 20% is gestegen en dat mensen de zorg mijden.**

---

<sup>13</sup> Kamerstukken 2021/2022, 29538, nr. 332

Het bericht dat het aantal betalingsachterstanden bij zorgverzekeraars met zo'n 20% is gestegen, is onjuist. Zorgverzekeraars geven aan dat zij nog geen noemenswaardige veranderingen zien in het betaalgedrag ten opzichte van vorig jaar. Het betaalgedrag is de laatste jaren juist verbeterd. Dit komt mede doordat zorgverzekeraars flink hebben geïnvesteerd in betalingsregelingen op maat. Ook worden verzekerden met betalingsachterstanden sneller doorverwezen naar de gemeente en hulplijnen als Geldfit.

Met betrekking tot de opmerking over zorgmijding laten recente inzichten zien dat het percentage mensen dat aangeeft vanwege de kosten te hebben afgezien van zorg is afgenomen van 16% in 2016 naar 8% in 2021 (zie ook De Staat van Volksgezondheid en Zorg, onderzoek NIVEL consumentenpanel).

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over de gevolgen van de stijging van het aantal ouderen (van 1 naar 4 Nederlanders in de leeftijdscategorie 65+ en een derde daarvan in de categorie 80+) op de wijkverpleging ervan uitgaande dat de verantwoordelijkheid van de zorg steeds meer bij de wijkverpleging komt te liggen? Kamerlid Kuzu (DENK) stelt daarnaast de vraag waarom er nu een korting komt op de wijkverpleegkunde? En of de minister de zorgverzekeraars niet een aanwijzing zou moeten geven om verplichte leverafspraken te maken met de wijkverpleegkunde?**

De groei van het aantal (oudere) ouderen zorgt inderdaad ook voor een verhoging van de zorgvraag in de eerstelijnszorg, waaronder de wijkverpleging. We hebben daar aandacht voor in het programma Wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen (WOZO), in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en natuurlijk in de VWS-begroting. In de komende jaren investeren we op verschillende manieren in de wijkverpleging. Het budgettair kader mag in de komende jaren groeien ten opzichte van de gerealiseerde uitgaven in de afgelopen jaren. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben afgesproken om een substantieel deel van die beschikbare groei door te zetten in de omvang van de contractering. Het gaat hierbij voor 2023 in ieder geval al om € 250 miljoen. Dit is een landelijk gemiddelde omzetgroei van 8%. Ik steun dat en zal erop toezien dat deze afspraak wordt nagekomen. Daarnaast zijn er grote bedragen beschikbaar voor investeringen in kwaliteit en transformatie, waaronder onder andere € 140 miljoen aan geoordeelde transformatiemiddelen, en doet de wijkverpleging mee in de ontwikkeling van een visie en plan van aanpak voor versterking van de organisatie van de eerstelijnszorg.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over dat 4 op de 10 jongeren psychische problemen ervaart en de helft eenzaamheid ervaart: schrikt de minister daar niet van? Wat is de minister van plan te doen voor de GGZ? Vooral voor jongeren en jongvolwassenen.**

Ook het kabinet schrikt van de ze cijfers. Samen met veel partners zoals met MIND Us, Welbevinden op School en de Gezonde School is het kabinet een landelijke aanpak "Mentale gezondheid: van ons allemaal"<sup>14</sup> gestart. Hiermee wil het kabinet mentale gezondheid bespreekbaar maken en zorgen dat jongeren een plek hebben op school of in de wijk waar zij terecht kunnen met hun vragen en problemen. Ook moet de zorg voor de meest kwetsbare kinderen verbeteren. Specifiek voor de jeugd-GGZ is het afgelopen jaar € 50 miljoen extra beschikbaar gesteld die zorgaanbieders kunnen inzetten voor acute problematiek. In de Hervormingsagenda Jeugd waar momenteel aan gewerkt wordt, zullen nadere afspraken gemaakt worden om de zorg voor de meest kwetsbare kinderen structureel te verbeteren.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over het probleem van ongecontracteerde zorg, waaronder de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) die door zorgverzekeraars onbelangrijk lijkt te worden gevonden en niet wordt ingekocht. Dit is voor mensen straks onbetaalbaar. Dit gaat mensenlevens kosten. Wat gaat de minister doen voor de GGZ, met name voor jongeren en jongvolwassenen?**

---

<sup>14</sup> Kamerstukken 2021/2022, 32793, nr. 613

Geestelijke gezondheidszorg is vaak gecontracteerde zorg en wordt door zorgverzekeraars (voor volwassenen onder de Zorgverzekeringswet) en gemeenten (voor jeugdigen, onder de Jeugdwet) ingekocht. Zorgverzekeraars hebben zorgplicht om voldoende zorg van goede kwaliteit in te kopen voor hun verzekerden en contracteren daarom GGZ-aanbieders. Contractering is hét vehikel om afspraken te maken over kwaliteit, samenwerking, de prijs en andere zaken. In het IZA is ook afgesproken contractering te bevorderen. Mensen met een restitutiepolis krijgen niet-gecontracteerde zorg volledig vergoed hetzij tot de wettelijk vastgestelde vergoeding, hetzij, als er geen wettelijk tarief geldt, een vergoeding tot maximaal het marktconforme tarief. Voor mensen met een naturapolis zijn er ook voldoende keuzemogelijkheden. De zorgplicht van de zorgverzekeraar voor zijn verzekerden brengt met zich mee dat deze voldoende zorg moet inkopen van goede kwaliteit. Hiermee wordt de (belangrijke) toegankelijkheid van GGZ-zorg gewaarborgd. Wat de jeugdhulp betreft is de gemeente verantwoordelijk voor het inkopen van passende zorg. In dit verband wil de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport onder andere (hoog) specialistische jeugd GGZ centraler laten inkopen zodat de beschikbaarheid ervan wordt verbeterd. Ook gaat hij strakker afbakenen wanneer gemeenten verplicht zijn jeugdhulp waaronder jeugd GGZ in te zetten en wanneer niet

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over het afstemmen van taalgebruik als het gaat om mensen met een beperking, met mensen zelf en hun vertegenwoordigende organisaties.**

Ik ben het met Kamerlid Kuzu eens dat de implementatie van het VN-verdrag handicap vraagt om een andere manier van kijken naar een beperking. We moeten niet kijken naar wat iemand niet kan. We moeten juist wel oog hebben voor wat iemand nodig heeft om naar eigen wens en vermogen deel te kunnen nemen aan de samenleving.

Taalgebruik is hierbij een belangrijk onderdeel van een goede bejegening. Daarom is onderdeel van de aanpak op het VN-verdrag handicap het kijken vanuit het sociaal model van handicap, inclusief de bewoordingen die hierop aansluiten. Voor het bevorderen van het denken vanuit dit model werk ik onder andere samen met Ieder(in) en de VNG. In samenwerking met deze partijen is onder meer een webinar over het sociaal model ontwikkeld, dat via de website van de VNG wordt aangeboden.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over wanneer de minister de beleidsnota cultuursensitieve zorg aan de Tweede Kamer stuurt en waarom voor dit onderwerp geen middelen gereserveerd zijn.**

De motie van Den Haan/Kuzu (kenmerk: 35925-XVI-176) bestaat uit meerdere onderdelen. Zoals aangegeven in de hoofdlijnenbrief Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg (kenmerk: 29282-462) van 13 mei 2022, kom ik in het najaar terug op deze punten in een beleidsnota. Ik geef u hier alvast een korte update.

Wat betreft de zorgopleidingen vind ik het uitermate belangrijk dat deze zich aanpassen aan de maatschappelijke ontwikkelingen. Actuele thema's, zoals het leveren van cultuursensitieve zorg, moeten hier een plek in krijgen. De inhoud van zorgopleidingen wordt bepaald door het werkveld, de beroepsgroepen en de onderwijsinstellingen. Om te zorgen dat het onderwijs en zorgaanbieders elkaar beter kunnen vinden zal ik vanuit het TAZ programma overleg organiseren waarin dit thema besproken wordt en waar gezamenlijk tot een aanpak gekomen wordt om de dialoog hierover tussen opleidingen en zorgaanbieders toekomstbestendig te verankeren. Ook bieden Het Landelijk Expertisecentrum Pharos op het gebied van gezondheidsverschillen en het Kennisplatform Inclusief Samenleven (KIS) diverse trainingen en workshops aan als het gaat om cultuursensitief werken. Graag ga ik met hen in gesprek om te bezien hoe we deze trainingen verder kunnen verspreiden binnen de zorgsector.

Daarnaast wil ik dat cultuursensitief werken niet alleen in opleidingen geleerd wordt, ik wil dat dit in het gereedschapskistje van alle zorgmedewerkers komt. Ook van degenen die momenteel al aan het werk zijn in de ouderenzorg. Het Netwerk van Organisaties van Oudere Migrant(en) (NOOM) heeft recentelijk een leidraad gepubliceerd waarin handvatten staan voor cultuursensitieve ouderenzorg (<https://netwerknoom.nl/leidraad-cultuurspecifieke-zorg/>). Momenteel ben ik aan het

verkennen hoe deze leidraad verder geïmplementeerd kan worden, zodat zorgpersoneel én ouderen hiervan kunnen profiteren.

In de beleidsnota cultuursensitieve zorg zullen verschillende zaken worden uitgelicht wat betreft de mogelijkheden en noodzaak van deze vorm van zorg. Hieruit zal ook volgen of er meer middelen nodig zijn voor dit specifieke thema.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over wat de minister vindt van de aanbevelingen van de Nationaal Coördinator voor nader kwalitatief onderzoek en het aanstellen van aandachtsfunctionarissen in zorginstellingen voor meer persoonsgericht en cultuursensitief werken.**

Mensen moeten erop kunnen vertrouwen dat het voor het ontvangen en verlenen van zorg niet uitmaakt wie je bent of hoe je eruitziet. Uit onderzoek van KIS en Pharos komen schrijnende verhalen naar voren over racisme en discriminatie in de zorgsector. Hoe groot het probleem binnen de zorg- en welzijnssector daadwerkelijk is (in cijfers) in Nederland, wordt komende periode onderzocht binnen een VWS-brede aanpak tegen discriminatie en voor gelijke kansen. Met dit onderzoek willen we hiaten en kennis in kaart brengen, waarbij we onderzoeken hoe groot het probleem van discriminatie in de zorg is en wat werkt in de aanpak. De opdracht voor een eerste inventarisatie wordt binnenkort uitgezet. Eind december 2022 verwachten we resultaten hiervan te ontvangen. Ik streef ernaar om in februari 2023 een landelijk onderzoek te starten naar discriminatie en gelijke kansen in de zorg, welzijn en sport. Hierin zullen ook de oplossingsrichtingen van de Nationaal Coördinator tegen Discriminatie en Racisme worden meegenomen.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over de risico's van het fenomeen 'snus' voor de volksgezondheid en de mogelijkheden van ontmoediging en regulering.**

Ik deel de zorgen van de heer Kuzu over snus. Snus zijn kleine zakjes tabak die verboden zijn in de Tabaks- en rookwarenwet. De term snus wordt ook wel gebruikt voor nicotinezakjes; die vallen niet onder de Tabaks- en rookwarenwet maar vooralsnog onder de Warenwet. Op basis van de Warenwet treedt de NVWA nu op tegen het in de handel brengen van nicotinezakjes met meer dan 0,035 mg nicotine per zakje. Aangezien de meeste nicotinezakjes veel meer nicotine bevatten, zijn de zakjes via de Warenwet in de praktijk al verboden. Ik overweeg echter de mogelijkheden voor een totaalverbod, om een zo duidelijk mogelijke norm te stellen ten aanzien van snus. Binnenkort informeer ik uw Kamer over de extra maatregelen die ik ga treffen op het gebied van tabaksontmoediging, daar zal ik ook nader op dit onderwerp ingaan.

Behalve normstelling is handhaving via de NVWA van belang. Daarnaast ben ik met u van mening dat het belangrijk is dat Nederlanders en met name jongeren zich bewust zijn van de risico's van het gebruik van producten zoals snus. Er is via informatiekkanalen zoals de website Rokeninfo.nl informatie beschikbaar over de gezondheidseffecten van snus en nicotinezakjes. Verder worden ouders voorgelicht via Facebook en Instagrampagina's van Opvoeding en Uitgaan.

Het RIVM heeft onderzoek gedaan naar de gevolgen voor de volksgezondheid. Dit onderzoek is bij brief van 4 maart 2021 met uw Kamer gedeeld (Kamerstukken II 2020/21, 32 011, nr. 82). Gelet op de risico's wil ik zicht houden op het gebruik van nicotinezakjes en snus bij de Nederlandse bevolking. Het Trimbos instituut zal hier via de Leefstijlmonitor onderzoek naar doen.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie Den Haan) over wanneer de beleidsnota cultuur sensitieve zorg aan de Tweede Kamer wordt toegestuurd.**

De motie van Den Haan/Kuzu (kenmerk: 35925-XVI-176) bestaat uit meerdere onderdelen. Zoals aangegeven in de hoofdlijnenbrief Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg (kenmerk: 29282-462) van 13 mei 2022, kom ik in het najaar terug op deze punten in een beleidsnota. Ik geef u hier alvast een korte update.

Wat betreft de zorgopleidingen vind ik het uitermate belangrijk dat deze zich aanpassen aan de maatschappelijke ontwikkelingen. Actuele thema's, zoals het leveren van cultuur sensitieve zorg,

moeten hier een plek in krijgen. De inhoud van zorgopleidingen wordt bepaald door het werkveld, de beroepsgroepen en de onderwijsinstellingen. Om te zorgen dat het onderwijs en zorgaanbieders elkaar beter kunnen vinden zal ik vanuit het TAZ-programma overleg organiseren waarin dit thema besproken wordt en waar gezamenlijk tot een aanpak gekomen wordt om de dialoog hierover tussen opleidingen en zorgaanbieders toekomstbestendig te verankeren. Ook bieden Het Landelijk Expertisecentrum Pharos op het gebied van gezondheidsverschillen en het Kennisplatform Inclusief Samenleven (KIS) diverse trainingen en workshops aan als het gaat om cultuursensitief werken. Graag ga ik met hen in gesprek om te bezien hoe we deze trainingen verder kunnen verspreiden binnen de zorgsector.

Daarnaast wil ik dat cultuursensitief werken niet alleen in opleidingen geleerd wordt, ik wil dat dit in het gereedschapskistje van alle zorgmedewerkers komt. Ook van degenen die momenteel al aan het werk zijn in de ouderenzorg. Het Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM) heeft recentelijk een leidraad gepubliceerd waarin handvatten staan voor cultuursensitieve ouderenzorg (<https://netwerknoom.nl/leidraad-cultuurspecifieke-zorg/>). Momenteel ben ik aan het verkennen hoe deze leidraad verder geïmplementeerd kan worden, zodat zorgpersoneel én ouderen hiervan kunnen profiteren.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie Den Haan) over het verschil in opkomst aan het bevolkingsonderzoek borstkanker door verdwijning van screeningsbussen en het bijspringen van ziekenhuizen in het terugbrengen van het screeningsinterval.**

Vanwege de coronacrisis lag de deelname aan het bevolkingsonderzoek in 2020 een stuk lager dan voor de crisis. De deelname aan het bevolkingsonderzoek borstkanker was in 2021 72,5%.<sup>15</sup> In 2020 was dit 71,2% en in 2019 76,0%. Als gevolg van de coronacrisis en een tekort aan het aantal screeningslaboranten, is het screeningsinterval tijdelijk verlengd tot maximaal eens in de drie jaar. De deelname aan het bevolkingsonderzoek is in 2021 weer toegenomen en de inzet van alle betrokken partijen is erop gericht dit verder op peil te brengen. Onderdeel van de voorgenomen besteding van de coalitiemiddelen voor volksziektes, is bijvoorbeeld het vergroten van de toegankelijkheid van de bevolkingsonderzoeken voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden.<sup>16</sup> Het aantal standplaatsen van mobiele screeningsunits is niet verlaagd, het is wel zo dat de beschikbare mobiele screeningscapaciteit zo efficiënt mogelijk wordt ingezet door het hele land. Daarom hebben er standplaatswijzigingen plaatsgevonden.

Er wordt door alle partijen ook hard gewerkt aan het opleiden van nieuwe screeningslaboranten, zodat het screeningsinterval zo snel mogelijk weer eens in de twee jaar is. Zoals ook vermeld in de Kamerbrief van 22 juni 2022 jl., is de verwachting dat deelnemers vanaf begin 2024 weer eens per twee jaar kunnen worden uitgenodigd voor hun volgende screeningsronde.<sup>17</sup> Voor het inzetten van de hulp van ziekenhuizen bij het terugbrengen van het screeningsinterval en de afwegingen daaromtrent, verwijs ik eveneens naar die Kamerbrief.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie Den Haan) over moleculaire diagnostiek. Is het mogelijk om whole genome sequencing te vergoeden? Wil de minister onderzoeken of het mogelijk is om een nationaal programma in Nederland op te zetten om te komen tot één gezamenlijke visie en database om data te koppelen?**

Het proces om tot een gedragen DNA-visie te komen is door VWS ingezet. In opdracht van VWS haalt het RIVM bij veldpartijen op welke bouwstenen zij graag in een DNA-visie terugzien. Het RIVM-rapport wordt eind dit jaar verwacht. VWS zal naar aanleiding daarvan een DNA-visie opstellen. Wanneer deze gereed is zal gekeken worden naar de noodzaak van een nationaal genoom programma.

---

<sup>15</sup> Zie ook de RIVM monitor bevolkingsonderzoek borstkanker 2020-2021, te raadplegen via: [Monitor bevolkingsonderzoek borstkanker 2020-2021 | RIVM](#)

<sup>16</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 642

<sup>17</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 611

Daarnaast neemt VWS, in samenwerking met veldpartijen, deel aan het Europese project genaamd 'More than one million genomes'. Dit project is gericht op het in deelnemende lidstaten inrichten van een voor de Nederlandse bevolking representatieve database van 'whole genome sequenced' DNA testen.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Den Haan (fractie Den Haan) over dat de wachtlijsten in de ziekenhuizen nog niet zijn opgelost en dat ziekenhuizen nog te veel patiënten voor zichzelf houden en de vraag hoe de minister dit gaat doorbreken.**

Ik heb met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie Universitair Medisch Centra (NFU) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) afspraken gemaakt over de aanpak van uitgestelde zorg. Daarbij heb ik onder andere afgesproken dat in de regio transparantie moet zijn over wachttijden en beschikbare capaciteit. Het gaat hierbij om inzicht in hoeveel patiënten wachten per specialisme in een ziekenhuis en hoe de druk binnen de regio verdeeld is. Aan de hand van deze inzichten wordt in de regio gekeken naar hoe patiënten het snelst geholpen kunnen worden en welke samenwerking in zorgverlening nodig is. Zorgverzekeraars nemen hierin het voortouw. Verder zal ik nagaan of het nodig en mogelijk is de bevoegdheden van de toezichthouder(s) aan te scherpen waar het gaat om het toezicht op samenwerking in de regio.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie Den Haan) over dat mantelzorgers pas hulp vragen wanneer het niet meer gaat en zij afhankelijk zijn van de gemeente waarin zij wonen. Geld wordt soms voor het dichten van gaten in de begroting gebruikt. Kan de staatssecretaris uitleggen waarom geld voor mantelzorgers niet geoormerkt kan worden? Hoe gaat de staatssecretaris zorgen dat het geld waarvoor dit bedoeld is hier ook daadwerkelijk aan besteed wordt?**

Gemeenten hebben op basis van de Wmo 2015 de wettelijke opdracht om inwoners die niet meer zelfstandig kunnen participeren en/of een psychosociale stoornis hebben ondersteuning te bieden. Hierbij kijkt de gemeente eerst in hoeverre het sociaal netwerk volstaat om de gewenste maatschappelijke ondersteuning te leveren. Gemeenten ondersteunen mantelzorgers bij het uitvoeren van hun taak en hebben hier financiële middelen voor gekregen. Zij hebben beleidsruimte bij het inzetten van deze middelen. Ik ben, samen met de minister voor Langdurige Zorg en Sport, voornemens de aanpak voor de sociale basis en mantelzorg te intensiveren met onder meer de inzet van een brede specifieke uitkering (gezondheid, sport en sociale basis). Hierover zijn gemeenten geïnformeerd in augustus 2022. Uw Kamer wordt voor het eind van dit jaar geïnformeerd over de uitwerking van deze brede SPUK.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Den Haan (fractie Den Haan) over de motie van fractie Den Haan en D66 ten aanzien van de visie op mantelzorg. Fractie Den Haag en D66 missen een tijdspad voor concrete acties die de staatssecretaris samen met veldpartijen gaat maken. Wanneer gaan mantelzorgers hier wat van merken en hoe gaat de staatssecretaris ervoor zorgen dat gemeenten een rol pakken? En wat zijn de consequenties wanneer zij dat niet doen?**

In de brief<sup>18</sup> die ik onlangs aan uw Kamer heb toegezonden, is de aanpak om de inzet van mantelzorger te waarborgen en stimuleren verder uitgewerkt op basis van drie pijlers: 1) de erkenning van mantelzorg en informele zorg in de samenleving, 2) de verbinding en samenwerking met (het netwerk van) de mantelzorger en 3) respijtzorg. Op basis van deze drie pijlers wordt samen met maatschappelijke partners (zoals de VNG, gemeenten, Mantelzorg NL en Movisie) uitwerking gegeven aan een uitvoeringsagenda. In deze agenda worden acties opgenomen voor de korte en lange termijn met als beoogd doel dat maatschappelijke partners en cliënten snel effect ervaren. Hierover zal de ik uw Kamer in het eerste kwartaal van 2023 informeren.

---

<sup>18</sup> Kamerstukken II, 2022/2023, 30169, nr. 73

Indien gemeenten hun rol onvoldoende pakken is het in eerste instantie aan de lokale gemeenteraad om hierover in debat te treden met het college van Burgemeesters en Wethouders en/of aan de Wmo-toezichthouder om te constateren of de kwaliteit van maatschappelijke ondersteuning onvoldoende is.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie Den Haan) over of de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport kan toezeggen dat er in elke regio voldoende respijten logeerszorg is en dat de bekendheid hiervan zo snel mogelijk wordt vergroot bij mantelzorgers? En hoe hij dit gaat doen? En hoe wil hij dat gemeenten die taken oppakken?**

Ik heb uw Kamer op 30 september jl.<sup>19</sup> geïnformeerd over mijn ambities op het terrein van logeers- en respijtzorg. In deze brief heb ik aangegeven dat ik inzet op het delen van kennis en goede voorbeelden die in de afgelopen jaren zijn opgedaan met de uitvoering van het programma 'Langer Thuis' van mijn ambtsvoorganger. Om deze aanpak met kracht voort te zetten en verder uit te bouwen ga ik met gemeenten afspraken maken over de inzet van respijtzorg in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Daarnaast is het mijn ambitie om voor zwaardere vormen van respijtzorg regionale respijtzorgconsulenten aan te stellen.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie den Haan) over hoe we ervoor zorgen dat mantelzorgers hun naasten kunnen blijven verzorgen en mindere snel beroep doen op zorg?**

Ik heb uw Kamer op 30 september 2022<sup>20</sup> geïnformeerd over zijn visie op mantelzorg en informele zorg. Een kernelement uit deze brief is de uitwerking van de sociale basis. De komende tijd zal ik samen met de kernpartners in de sociale basis, zoals de Vereniging Nederlandse Gemeenten, Mantelzorg NL, Sociaal Werk Nederland en de Vereniging Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk een aanpak uitwerken. Hierin diepen we deze visie verder uit en zetten we hem om naar acties die elke partner kan nemen. Uiteraard in nauwe afstemming en samenwerking met de partners in de curatieve zorg en in het werk en onderwijs.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Den Haan (fractie Den Haan) over hoe het staat met de pilot logeerhuizen. Hoe verloopt het vervolg en hoeveel van dit soort logeerhuizen waar structurele logeerszorg wordt gerealiseerd zijn er inmiddels?**

Mijn ambtsvoorganger heeft uw Kamer vorig jaar geïnformeerd<sup>21</sup> over de evaluatie van de pilots waarin naar voren komt dat mantelzorgers zich ontlast voelen en het effect van logeerszorg op hun welbevinden groot is wanneer zij gebruik maken van de voorziening. Op landelijk niveau is momenteel geen zicht op hoeveel van dit soort logeerhuizen in het land gerealiseerd zijn. Op basis van de Kamerbrief over mantelzorg en informele zorg<sup>22</sup> die de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uw Kamer op 30 september jl. heeft toegezonden gaat hij samen met maatschappelijke partners een uitvoeringsagenda opstellen. Hierbij gaat hij verkennen of nieuwe acties noodzakelijk zijn op het terrein van logeerszorg.

Daarnaast ondersteun ik gemeenten blijvend bij hun taak op het gebied van respijtzorg.

Bijvoorbeeld door:

- Het verspreiden van de Handreiking Logeerszorg om gemeenten te ondersteunen bij het Inrichten van het aanbod respijtzorg, en het faciliteren van een netwerk logeerszorg om ervaringen uit te wisselen.

---

<sup>19</sup> Kamerstukken II, 2022/2023, 30169, nr. 73

<sup>20</sup> Kamerstukken II, 2022/2023, 30169, nr. 73

<sup>21</sup> Kamerstukken II, 2022/2023, 31765 en 34104, nr. 568

<sup>22</sup> Kamerstukken II, 2022/2023, 30169, nr. 73

- Het door ontwikkelen van een Mantelzorgtest die mantelzorgers inzicht geeft in de taken die zwaar vallen of energie geven, en doorverwijst naar lokaal aanbod.
- In 75 pilots zijn gemeenten aan de slag om de toegang tot mantelzorgvoorzieningen te verbeteren.
- Een adviesteam ondersteunt deze pilot-gemeenten en ook andere gemeenten met het doorvoeren van verbeteringen.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie Den Haan) over hoe de minister zorgt dat de cursussen – die mantelzorgers helpen in de omgang met dementie - op het netvlies staan?**

Ik ben bekend met de cursussen die worden aangeboden aan mantelzorgers om hen te informeren over en te leren omgaan met dementie. Ik zet in op het vergroten van de bekendheid van deze cursussen door hiervoor aandacht te vragen op het Nationale Dementie Congres op 31 oktober 2022. Daarnaast breng ik het in bij het onlangs gestarte implementatietraject van de herziene zorgstandaard dementie en in het ZonMw-traject gericht op gemeenten.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie Den Haan) over hoe de minister gaat zorgen dat de doelstelling uit de nationale dementiestrategie, dat 80% van de thuiswonende mensen met dementie toegang heeft tot zinvolle daginvulling, wordt behaald?**

Het aanbod van zinvolle dagactiviteiten voor thuiswonende mensen met dementie is een verantwoordelijkheid van gemeenten. Het is belangrijk dat gemeenten, met oog voor de lokale context, het aanbod van zinvolle dagactiviteiten voor mensen met dementie vormgeven. Middels het programma "aanbod dagactiviteiten voor mensen met dementie" dat wordt uitgevoerd door ZonMw, faciliteer ik gemeenten om te werken aan versterking van dit aanbod. Het vormt een voornaam onderdeel van de aanpak om te werken aan versterking van het aanbod van zinvolle dagactiviteiten voor mensen met dementie. Ik leg hierbij ook de verbinding met het WOZO-programma.

Daarnaast is onlangs met financiering van VWS het implementatietraject voor de herziene zorgstandaard dementie gestart. Daarbij gaat het onder andere om versterking van de regionale dementienetwerken, waarbij ook gemeenten betrokken zijn. De herziene zorgstandaard heeft ook betrekking op het sociale domein en dus op het bieden van zinvolle daginvulling aan mensen met dementie.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie Den Haan) over het verhogen van het aantal mantelzorgers die ondersteuning krijgen van een casemanager dementie en over de inzet van zorgverzekeraars bij het wijzen op de mogelijkheid van inzet van een casemanager dementie.**

Casemanagement helpt mensen met dementie en hun mantelzorgers. Daarom is de inzet van casemanagement ook een belangrijk onderdeel van de herziene zorgstandaard dementie. Onlangs is een omvangrijk implementatietraject gestart met als doel in 2025 voor elke persoon met dementie behandeling op maat beschikbaar te hebben. Dit traject wordt vanuit de Nationale Dementiestrategie gefinancierd. Bij de implementatie is een rol weggelegd voor de regionale dementienetwerken, waarin verzekeraars veelal participeren. Ik verwacht dat op deze manier de aandacht en inzet van zorgverzekeraars voor de beschikbaarheid en inzet van casemanagers voldoende is geborgd. De voortgang van de implementatie wordt gemonitord. Indien er op basis van de voortgang aanleiding is om extra aandacht te besteden aan de rol van de zorgverzekeraars, dan zal ik dat gesprek aangaan.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Den Haan (fractie Den Haan) over de inzet van de minister om ervoor te zorgen dat casemanagers dementie tijdig ingezet worden en aan de juiste randvoorwaarden voldoen.**



Casemanagement helpt mensen met dementie en hun mantelzorgers. Daarom is de inzet van casemanagement ook een belangrijk onderdeel van de herziene zorgstandaard dementie. Daarbij is gedefinieerd wat casemanagement van goede kwaliteit is. De voortgang van de implementatie wordt gemonitord. Indien er op basis van de voortgang aanleiding is extra aandacht te besteden aan de tijdige inzet en/of de kwaliteit van het casemanagement, dan zal ik daarop actie ondernemen.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie Den Haan) over hoe de minister ervoor gaat zorgen dat meer verpleeghuizen inzetten op slimme looproutes voor bewoners, zodat ze meer autonomie behouden.**

Met behulp van technologie, zoals slimme looproutes, kunnen bewoners van verpleeghuizen ondersteund worden in hun bewegingsvrijheid. Daardoor kunnen bewoners ook meer naar buiten toe. Verschillende instellingen maken daar gebruik van. Het verhoogt de kwaliteit van leven voor de bewoners en het ontlast het zorgpersoneel.

De toepassing van dergelijke instrumenten stimuleer ik op meerdere manieren. Er bestaan inmiddels verschillende kennisbanken waarin dergelijke toepassingen toegelicht worden voor zorgaanbieders, onder andere bij Vilans en ZN. Daarnaast continueer ik het programma 'Waardigheid en trots op locatie', zodat zorgaanbieders individuele ondersteuning krijgen, onder andere voor de inzet van technologieën gericht op de bewegingsvrijheid van bewoners. De kennis daaromtrent wordt ook actief door Vilans verspreid.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie Den Haan) over huisvesting voor ouderen. Het programma passende huisvesting voor ouderen van VRO en VWS was in juni gepland, maar is er nog steeds niet. Waarom is het plan uitgesteld en wanneer is het te verwachten? Hoe is de samenwerking tussen minister voor VRO en VWS vorm gegeven?**

Het programma wonen en zorg voor ouderen wordt medio november door de minister voor Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening (VRO) naar de Tweede Kamer gezonden. Het is een gezamenlijk programma met de minister voor Langdurige Zorg en Sport. Hierin wordt intensief samengewerkt vanuit een gezamenlijke doelstelling: invullingen geven aan de verwachte vraag naar woningen door ouderen in de komende jaren. Een voorbeeld hiervan is het meenemen van de opgave aan verpleegzorgplekken in de regieafspraken van de minister voor VRO. De complexiteit van dit vraagstuk, in het bijzonder met betrekking tot het onderbrengen van de bouw van extra verpleegzorgplekken in de reguliere bouwafspraken, heeft geleid tot uitstel van het programma. De nadere afspraken tussen beide departementen hebben geresulteerd in het meenemen van de bouwopgave voor verpleegzorgplekken in de regieafspraken.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie Den Haan) over hoeveel mensen recht hebben op een medicatiebeoordeling die dat daadwerkelijk krijgen. Dit blijkt 20% te zijn. Hoe gaat de minister stimuleren dat mensen die daar recht op hebben, daadwerkelijk een medicatiebeoordeling krijgen?**

Medicatiebeoordelingen zijn onderdeel van goede farmaceutische zorg. Zoals in het IZA en het WOZO aangekondigd, ga ik het komende half jaar aan de slag met veldpartijen om een gezamenlijke toekomstagenda openbare farmaceutische zorg te maken en afspraken daarover te implementeren. Medicatiebeoordelingen, maar ook andere mogelijke vormen van medicatie-evaluaties krijgen daar uiteraard een plek in.

Ik vind het belangrijk dat mensen met polyfarmacie, zeker ouderen, goede farmaceutische zorg krijgen. Daarom start binnen enkele weken een onderzoek naar het geneesmiddelgebruik bij ouderen, waarin ik ook mee laat nemen wat er voor nodig is om medicatiebeoordelingen beter in te zetten. De resultaten hiervan verwacht ik eind 2023.

Ik wacht echter niet op de resultaten van dat onderzoek voor verdere actie. Ik spreek zorgverzekeraars, apothekers en huisartsen aan op hun rol bij het aanbieden van medicatiebeoordelingen voor de doelgroep.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie Den Haan) of hij gezien de problemen in de jeugd-GGZ een jeugdraad gaat instellen.**

Binnen de jeugdhulp zijn al verschillende raden van jongeren en jongvolwassenen op het GGZ-gebied actief en vanuit die rol ook gesprekspartner voor het Rijk. Er zijn groepen die zich meer richten op het voorkomen van mentale problemen, als ook groepen die zich meer richten op jongeren met GGZ-problematiek. Zo heeft de Nederlandse Jeugdraad (NJR) Hoofdzaken opgericht, een groep jongeren met GGZ-ervaring die zich inzetten om met hun ervaringen de GGZ te verbeteren. Ook MIND en MIND-Us zetten jongeren in om de jeugd GGZ te versterken. Daarnaast zet ExpeX zich in vanuit ervaringsdeskundigheid. Meer op preventief vlak is er een mentaal jongerenpanel ingericht. Ook heb ik recent gesproken met kinderen en jongeren van het Kinderrechtencollectief over mentale gezondheid. Ik zie dan ook geen specifieke meerwaarde aan het toevoegen van een extra Raad voor jeugd-GGZ, juist omdat het perspectief van jongeren reeds wordt benut.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Plas (BBB) over of de minister bereid is om extra geld beschikbaar te stellen voor het verkleinen van de loonkloof en koopkrachtreparatie bij zorgmedewerkers?**

Jaarlijks stel ik de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling in de zorg en welzijnssector ter beschikking. Hiermee is een marktconforme loonontwikkeling mogelijk. In 2023 bedraagt deze ongeveer € 3 miljard euro. Gezien de hoge inflatie en de verwachte hogere looneisen in de markt zullen hier de komende jaren nog miljarden bij gaan komen. Met deze bijdragen kunnen cao-partijen verbeterde arbeidsvoorwaarden overeenkomen. Daarbij is het aan de cao-partijen om de beschikbare middelen voor salarissen te (her)verdelen over de verschillende inkomensgroepen. Hierbij kunnen voor specifieke loongroepen meer dan marktconforme loonstijgingen gerealiseerd worden.

Naast de jaarlijkse ova draagt het kabinet via het brede koopkrachtbeleid miljarden bij aan de koopkracht van de Nederlanders. Daar bovenop nog extra middelen uittrekken acht het kabinet met het oog op een duurzaam houdbare Rijksbegroting niet verstandig.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Plas (BBB) over dat verkeerde zuinigheid veel gaat kosten. Heeft de minister in beeld wat de economische gevolgen zijn van de lange wachtlijsten en niet toegankelijke zorg? Gooien we het kind niet met het badwater weg?**

De gevolgen van lange wachtlijsten en niet toegankelijke zorg zijn groot voor patiënten die hierdoor geen, of latere zorg ontvangen. Het kabinet doet er daarom alles aan om ervoor te zorgen dat mensen de zorg kunnen krijgen die ze nodig hebben. Ook de afspraken in de akkoorden zijn erop gericht dat goede zorg geleverd kan blijven worden, juist door te snijden in ongepast gebruik van de zorg.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Plas (BBB) over hoeveel bespaard kan worden door het schrappen van administratieve regels, welke mogelijkheden er zijn, hoeveel regels er al zijn afgeschaft, hoeveel daarmee is bespaard en wat er met dat geld gebeurd is?**

In het eerdere programma [Ont]Regel de Zorg is in samenwerking met zorgpartijen een groot aantal acties afgerond om regels te schrappen en te vereenvoudigen. Op 14 december 2020 heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd over de resultaten daarvan (Kamerstukken 2020/21, 29 515, nr. 452). Ook met het vervolgprogramma [Ont]Regel de Zorg (Kamerstukken 2021/22, 29 515, nr. 480) onderneem ik diverse acties met als doel om de regeldruk te beperken, bijvoorbeeld door het schrappen en vereenvoudigen van regels. Ik richt me daarbij op het verminderen van de door zorgverleners ervaren onnodige regeldruk. Zo wil ik regeldruk op de werkvloer merkbaar verminderen. Ik heb geen gegevens beschikbaar over het totaal aantal geschrapte regels in de zorg of een totaalbedrag aan besparingen door geschrapte regels. Ik hecht eraan dat de merkbaarheid

van de vermindering van ervaren regeldruk in de praktijk leidend is bij de aanpak van regeldruk hetgeen vooral moet leiden tot meer tijd voor de patiënt of cliënt en meer werkplezier.

**Antwoord van de minister voor Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Plas (BBB) over waarom we niet afkomen van de vinkjescultuur en over wanneer er wordt gesproken met de zorgverzekeraars over hun rol hierin?**

Ik ben het van harte eens met de conclusie dat we af moeten van onnodige vinkjes en andere onnodige administratieve lasten. Regeldruk is een veelkoppig monster met verschillende oorzaken. Daarom zet ik met het programma [Ont]Regel de Zorg 2022-2025 (Kamerstukken 2021/22, 29 515, nr. 480) in op het aanpakken van de diverse oorzaken. Alle betrokken partijen, van financiers tot werkgevers en van toezichthouders tot branche- en beroepsverenigingen hebben daar hun steentje in bij te dragen. Ook de zorgverzekeraars zijn betrokken bij het programma. Ook ben ik met hen in gesprek over de bijdrage die zij kunnen leveren aan de afspraken over regeldruk in het kader van het Integraal Zorgakkoord.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Caroline van der Plas (BBB) over welke bedragen er in Brussel liggen? Doen wij er genoeg aan om EU-geld naar Nederland te halen (zoals landen als Spanje en Italië doen)? Wat is de inzet van de minister? Wie voert hier (in Brussel) gesprekken over?**

De Europese Unie kent verschillende begrotingslijnen voor volksgezondheidsbeleid. Bijvoorbeeld voor middelen ten behoeve van onderzoek binnen de Europese Unie bestaat "Horizon Europe"; het Europese Kaderprogramma voor Onderzoek en Innovatie, lopend van 2021 tot en met 2027. Het totale budget van dit programma is ruim 95 miljard euro. Een van de clusters van dit programma is *Health*. Het budget binnen Horizon Europe wordt weggezet op basis van excellentie. Dat wil zeggen dat het beste voorstel en daarmee de beste oplossing geld krijgt toegekend. Er is vooraf geen verdelingsleutel voor bijdrage aan de lidstaten.

Van de 14 miljard euro die tot nu toe is toegekend vanuit dit Horizon programma gaat 1,3 miljard euro naar Nederlandse deelnemers. Daarmee staat Nederland als vijfde in het rijtje landen op basis van het toegekende budgetten. Het *National Contact Point* voor *Horizon Europe* is onderdeel van de Rijksdienst voor Ondernemend Nederland (RVO) en zet zich volledig in om zoveel mogelijk Nederlandse aanvragers te ondersteunen bij het aanvragen van middelen uit Brussel. Nederland neemt deel in Brusselse stuur- en werkgroepen om in te zetten op voor Nederland belangrijke prioriteiten.

*EU4Health* is het gezondheidsprogramma van de Europese Unie (2021-2027). Dit programma is een ambitieus en specifiek financieringsprogramma van de EU en waarborgt een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid in alle beleid en werkzaamheden van de Unie. Dit is het grootste EU-gezondheidsprogramma tot nu toe. Het programma stelt 5,1 miljard euro beschikbaar, een meer dan een vertienvoudiging in vergelijking met het vorige gezondheidsprogramma, waarvoor 0,426 miljard euro beschikbaar was. Op dit moment is nog onduidelijk hoeveel geld specifiek is verworven door welke lidstaten. Ook voor dit programma ondersteunt de RVO om zo optimaal mogelijk gebruik te maken van de beschikbare middelen. Nederland neemt ook hier deel in de Brusselse stuur- en werkgroepen om in te zetten op de voor Nederland belangrijke prioriteiten.

Daarnaast zijn er ook nog andere financieringsstromen binnen het Meerjarig Financieel Kader en de Europese Herstel- en Veerkrachtfaciliteit. Nederland heeft plannen ingediend onder deze faciliteit, waarbij prioriteit 6 ingaat op versterking van het publieke gezondheidsstelsel en de pandemische paraatheid.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Caroline van der Plas (BBB) over de gevolgen van de concentratie van zorg voor (de leefbaarheid van) het platteland.**

Het is niet mijn bedoeling om spoedeisende hulp afdelingen of ziekenhuizen te sluiten. We hebben alle zorgcapaciteit nodig, ook in de regio. Alleen kan niet alle zorg op alle plekken geleverd worden. Het kabinet wil de acute zorg toekomstbestendig maken. Dat kan leiden tot een herschikking van

het zorglandschap, waarbij een integraal aanbod en passende zorg over domeinen heen voor iedereen in Nederland ongeacht woonplaats de normen zijn.

We moeten heel zuinig zijn op alle mensen die in de zorg (willen) werken. Dat heeft nadrukkelijk de aandacht in het Integraal Zorgakkoord en in het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. In de Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg staat dan ook dat ik wil onderzoeken of bij het vervangen van de 45-minutennorm door kwaliteitsnormen aanvullende maatregelen nodig en mogelijk zijn voor de toegankelijkheid van zorg. Ik heb aangegeven dat ik daarbij onder andere denk aan het toetsen van gevolgen voor het behoud van zorgpersoneel en hun mogelijkheden op de arbeidsmarkt in de verschillende delen van het land, met aandacht voor die regio's waar het risico het grootst is dat de toegankelijkheid als gevolg van deze factoren onder druk komt te staan.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Plas (BBB) over of de uitvoering van motie Van der Plas niet ten koste gaat van het budget van de suïcidepreventie (113 zelfmoordpreventie)?**

Dit is niet het geval. De motie verzoekt het kabinet om zorg te dragen voor financiering van de hulplijn 113 op het huidige niveau plus de voorziene groei, teneinde de hulp voor mensen in Nederland die kampen met suïcidaliteit beschikbaar te houden. Om invulling te geven aan de motie Van der Plas is dit voorjaar aanvullend budget toegevoegd aan het budget voor 113. Conform de berekeningen van het bureau Vanberkel - waarover uw Kamer eerder is geïnformeerd - wordt hiermee voorzien in een toenemende behoefte van de hulplijn van 21% per jaar, een bereikbaarheid van de hulplijn van 95% en het continueren van de andere activiteiten van 113 Zelfmoordpreventie. In haar berekening heeft Vanberkel rekening gehouden met 264.000 hulpverzoeken in 2023. Het aantal hulpvragen zal hier volgend jaar naar verwachting ver onder blijven. In het eerste half jaar van 2022 was het aantal hulpverzoeken 75.000. Om andere activiteiten van 113 Zelfmoordpreventie te kunnen continueren is dan ook voldoende ruimte binnen het beschikbare budget.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Plas (BBB) over het budget dat wordt vrijgemaakt voor preventie van verkeersdoden in relatie tot gelden voor preventie omtrent zelfdodingen. 113 zelfmoordpreventie speelt een grote rol. Dit zou ook op gemeenteniveau een grote rol moeten krijgen. Kan er ruimte gemaakt worden dat iedere gemeente iemand aan kan nemen specifiek voor 113 zelfmoordpreventie?**

Veel gemeenten maken zich hart voor preventie van suïcide. Het is aan gemeenten om te bepalen hoe zij zich willen inzetten voor dit onderwerp. Er zijn verschillende gemeenten die deelnemen aan Supranet Communities. Dit netwerk wordt ondersteund vanuit de Landelijke Agenda Suïcidepreventie dat ik faciliteer.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Simons (BIJ1) over crisis in de Jeugdzorg en hoe de staatssecretaris het beheersen van de kosten kan rijmen met tegelijkertijd het verbeteren van de kwaliteit? Tevens vraagt Kamerlid Simons (BIJ1) wanneer de geplande bezuinigingen van tafel gaan?**

Het klopt dat de jeugdzorg onder druk staat. Het aantal kinderen in de jeugdzorg en ook de uitgaven zijn de afgelopen jaren fors gestegen en tegelijkertijd wordt niet altijd de meest passende zorg geleverd en ook niet altijd tijdig. Alle betrokken partijen zijn het erover eens dat hervormingen nodig zijn. Met de minister voor Rechtsbescherming werk ik samen met de VNG, jeugdzorgaanbieders, professionals en cliëntenorganisaties aan een hervormingsagenda met stevige maatregelen om de jeugdhulp te verbeteren en houdbaar te maken voor de toekomst. Aanvullend zijn we bezig met de invulling van een extra besparing van structureel € 511 miljoen in de jeugdzorg.

Het beheersen van de kosten en tegelijkertijd werken aan verbetering van de kwaliteit van de zorg hoeft niet tegenstrijdig te zijn. Zo kunnen verbeteringen in de inkoop en contractering kostenbesparingen opleveren zonder in te boeten op de kwaliteit van de geleverde zorg. Daarbij

zijn beide doelen belangrijk voor een gezond jeugdzorgstelsel om ook voor de lange termijn te kunnen garanderen dat we goede zorg kunnen leveren aan de jeugdigen die dat nodig hebben. Ik ga hierover graag met uw kamer in gesprek tijdens het WGO Jeugd op 21 november a.s.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Simons (BIJ1) over de spanning bij werknemers in de jeugdbescherming. Wordt de jeugdzorg omgebouwd of afgebouwd: waar in de begroting staat de belofde 10 miljoen voor werkdrukverlaging in de jeugdbescherming?**

In de Kamerbrief van 14 september jl. is aangegeven dat de bijdrage van het Rijk aan de gecertificeerde instellingen ten behoeve van de werkdrukverlaging (10 mln) wordt ingepast in de J&V-begroting.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vragen van het Kamerlid Simons (BIJ1) over wat de minister gaat doen om de wachtlijsten in de transgenderzorg aan te pakken en welke acties worden ingezet die moeten leiden tot een soepele doorstroom in het zorgtraject van transgenderpersonen, of er actie genomen kan worden om te investeren in poliklinieken waar trans- en non-binaire mensen terecht kunnen en hoe te komen tot een zorgmodel waarin informed consent centraal staat in plaats van depathologisering van genderincongruentie?**

De lange wachttijden voor toegang tot transgenderzorg en het effect hiervan op transgender personen en hun naasten baren ook mij zorgen. Daarom heeft VWS in 2018 samen met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de kwartiermaker transgenderzorg aangesteld. Hij is aan de slag gegaan met het terugdringen van de wachttijden in de transgenderzorg en het toekomstbestendig maken van deze zorg (met name uitbreiding zorgaanbod en netwerkvorming). De opdracht is, mede naar aanleiding van een Kamermotie, verlengd tot eind 2022. De betrokkenheid van verzekeraars bij het werk van de kwartiermaker is van belang omdat het aan de zorgverzekeraars is om voldoende zorg in te kopen voor hun verzekerden, binnen een redelijke tijd en reisafstand. De NZa houdt hier toezicht op. Het is niet aan mij om te investeren in klinieken.

De afgelopen jaren is er door partijen in het veld, hiertoe aangezet door de kwartiermaker, veel gebeurd op meerdere terreinen. T.a.v. het aanbod is het beeld op basis van voorlopige cijfers van de kwartiermaker dat tussen 2019 en 2023 het (verwacht) aantal behandelplekken voor bijv. psychologische zorg (voor personen jonger dan 18 jaar) is gestegen van 849 plekken naar 1.880 plekken (+121%) en psychologische zorg (voor personen vanaf 18 jaar) is gestegen van 812 plekken naar 4.560 plekken (+317%). Daarnaast zijn er nieuwe zorgnetwerken bijgekomen, staat de transgenderzorg beter op het netvlies van partijen in het veld, en weten de partijen in de transgenderzorg (aanbieders, verzekeraars, patiëntenorganisatie, wetenschappers, VWS en anderen) elkaar goed te vinden. De zorgvraag is echter ook fors toegenomen; het aantal aanmeldingen voor een eerste intakegesprek bij een psycholoog/psychiater voor de indicatiestelling voor somatische zorg (de eerste stap in het zorgtraject) is volgens voorlopige cijfers van de kwartiermaker tussen 2018 en 2022 met meer dan 200% toegenomen.

Eind 2022 informeer ik u nader over de rapportage van de kwartiermaker met daarin o.a. de definitieve cijfers over de ontwikkeling van het zorgaanbod, zorginkoop, de vraag en de wachttijden in de transgenderzorg. In die brief zal ik, mede gelet op een advies dat de kwartiermaker hierover uitbrengt, ook ingaan op de vraag hoe verder te gaan met de transgenderzorg na 2022.

Onvrede over de rol van de psycholoog bij de indicatiestelling voor somatische transgenderzorg en over andere onderwerpen die betrekking hebben op de kwaliteit van transgenderzorg heeft mij eerder bereikt. Het is aan de professionals om te bepalen wat kwalitatief goede (transgender)zorg is. Vanwege de vele actuele ontwikkelingen op het gebied van transgenderzorg, heb ik ZonMw opdracht gegeven om de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch te evalueren en daarbij specifiek aandacht te besteden aan onder meer de ontwikkelingen en mogelijkheden met betrekking tot 'depathologisering' van genderincongruentie (dit betreft de rol van de psycholoog bij de indicatiestelling voor somatische zorg). Dit traject wordt naar verwachting in de zomer van 2023 afgerond. Ik zal uw Kamer daar vervolgens over terugkoppelen.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Simons (BIJ1) over of de minister kan uitwijden over waarom er maar € 4 miljoen voor gezondheidszorg op de BES wordt besteed en hoe de € 4 miljoen past in een langetermijnvisie ten aanzien van het duurzaam versterken van de gezondheidszorg versus het incidenteel invliegen van experts.**

Allereerst wil ik benadrukken dat het kabinet niet slechts € 4 miljoen uittrekt maar € 149,2 miljoen in 2023. Daarnaast stijgen de beleidsuitgaven met circa € 4 miljoen per jaar t/m 2025.

In mijn visiebrief (Kamerstukken 2021/22, 36 200 XVI, nr. 9) die ik onlangs naar de Kamer heb verstuurd en besproken heb in het debat (CD Caribisch Nederland VWS van 5 oktober jl.) heb ik u geïnformeerd over de besteding van deze middelen. Daarin ga ik ook in op de benoemde thema's. Ik wil mijn inzet op duurzaamheid in combinatie met invliegen illustreren met de situatie op Bonaire. In sommige gevallen is het noodzakelijk om specialisten in te vliegen omdat lokaal personeel door de kleine schaal te weinig ingrepen kan uitvoeren om bevoegd te blijven. Om toch zorg te waarborgen heeft het ziekenhuis op Bonaire sinds 2010 een duurzame samenwerking met Amsterdam UMC als het gaat om het leveren van medisch specialisten. Dit heeft een enorme impuls gegeven aan het ziekenhuis. Dat mensen te maken hebben met wisselende artsen is helaas realiteit, maar door de lange samenwerking met Amsterdam UMC is juist sprake van duurzaam beleid.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Simons (BIJ1) over hoe de minister reflecteert op de resultaten van een onderzoek van Pharos waarin werd geconcludeerd dat mensen met een migratieachtergrond anders worden behandeld met grote gevolgen voor hun mentale gezondheid, maar ook fysieke problemen zoals vergrote kans op hart en vaatziekten en hoe de minister dit gaat bestrijden.**

Discriminatie en racisme horen nergens een plek te hebben, en dat geldt dus ook voor de zorg, welzijn en sport. In het begin van dit jaar heb ik, in samenwerking met expertisecentrum Pharos, rondetafelgesprekken georganiseerd om expertise op te halen, ervaringen en goede voorbeelden te delen en de dialoog in de sector over dit onderwerp te stimuleren. Daarnaast is de VWS-brede aanpak discriminatie en gelijke kansen dit jaar gestart. Binnen deze aanpak gaan we aan de slag met alle vraagstukken over discriminatie in de zorg, welzijn en sport. Momenteel werk ik aan het opzetten van een panel van ervaringsdeskundigen, dat wij kunnen raadplegen op het gebied van discriminatie in de zorg, welzijn en sport. Zo zorgen we ervoor dat ons beleid aansluit op burgers die discriminatie ervaren. Ook zie ik een toegevoegde waarde van onderzoek op dit vraagstuk. Ik wil laten onderzoeken hoe groot het probleem van discriminatie in de zorg is. De opdracht voor een eerste inventarisatie wordt binnenkort uitgezet. Eind december 2022 verwachten we resultaten hiervan te ontvangen. Deze resultaten moeten inzichten geven voor een daaropvolgend landelijk onderzoek naar discriminatie en gelijke kansen in de zorg, welzijn en sport. Ik streef ernaar dit landelijke onderzoek in februari 2023 te laten starten. Ik zal de Tweede Kamer in het najaar informeren over de stand van zaken van de VWS-brede aanpak discriminatie en gelijke kansen. Tot slot is het creëren van een gezond en veilig werkklimaat ook expliciet onderdeel van het nieuwe programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en ben ik aan het inventariseren wat er nodig is voor werkgevers om zaken als discriminatie, racisme maar ook grensoverschrijdend gedrag tegen te gaan.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Haga (Groep Van Haga) over wanneer de minister van VWS gaat toegeven dat de medische nevenschade van het coronabeleid veel groter is dan verwacht? Kinderen hebben een ontwikkelingsachterstand, ouderen en jongeren zijn vereenzaamd en depressief en het coronabeleid heeft ons collectief zwak gemaakt. En daar betalen wij letterlijk en figuurlijk een hoge prijs voor.**

Kamerlid Van Haga (Groep Van Haga) lijkt voorbij te gaan aan de schade die het niet nemen van maatregelen om het virus te bestrijden, veroorzaakt zou hebben. Het kabinet heeft in de besluitvorming over maatregelen in de bestrijding van corona altijd een brede afweging gemaakt, waarin zowel de druk op de zorg als ook sociaal-maatschappelijke en economische factoren zijn

meegewogen, waaronder het beschermen van kwetsbare groepen. Een voorbeeld daarvan is de gedeelde wens van dit kabinet om scholen en sportactiviteiten bij het treffen van maatregelen zoveel mogelijk te ontzien. Het meewegen van deze factoren is gedurende de coronacrisis ook gebeurd. Met de oprichting van het Maatschappelijk Impact Team (MIT) heeft het kabinet verder invulling gegeven aan de sociaal-maatschappelijke en economische afweging in de besluitvorming.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Haga (Groep Van Haga) over hoe in WOB-verzoeken zwart op wit staat hoe de Kamer belogen en bedrogen is. Het gaat om citaten over coronacommunicatie, maatregelen, het sluiten van scholen. Wat vindt de minister van de uitspraken van zijn ambtenaren? En voelt hij zich daar enigszins verantwoordelijk voor? En kan de minister aangeven hoeveel geld volgend jaar wordt uitgegeven aan coronamaatregelen en hoeveel aan de beeldvorming?**

Als minister ben ik verantwoordelijk voor alles wat er in het ministerie van VWS gebeurt. De suggestie dat de Nederlandse bevolking door ambtenaren moedwillig zou zijn belogen en bedrogen, werp ik verre van mij. De ambtenaren van VWS hebben onder zware druk ten tijde van de coronagolven enorm werk verzet, met altijd de goede intenties naar de burger, daar ben ik van overtuigd en trots op. Met de begroting is inzichtelijk gemaakt welke middelen noodzakelijk worden geacht voor een effectieve aanpak van de COVID-pandemie. Communicatie maakt daar ook onderdeel vanuit, maar zeker geen beeldvorming of beïnvloeding.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Haga (Groep Van Haga) over waarom er antipathie wordt getoond tegen de inzet van antivirale geneesmiddelen zoals ivermectine en hydroxychloroquine als onderdeel van de lange termijn bestrijding van Covid-19. Is de minister het eens dat inzet van deze middelen goedkoper is dan testen, traceren en vaccineren?**

Zoals ik u reeds meermaals heb geïnformeerd, in de beantwoording van Kamervragen, Kamerbrieven en in debatten, zijn de middelen ivermectine en hydroxychloroquine niet opgenomen in de richtlijn voor de behandeling van COVID-19 – de medische beroepsgroep stelt deze op en bepaalt over de inzet. De vraag over wat goedkoper is, is dan ook niet relevant.

**Antwoord van de minister van Langdurige Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid van Haga over al het geld dat naar gemeenten voor jeugdzorg vloeit en kinderen weinig van terugzien. Sportclubs gaan failliet en sportondernemers zijn na jaren covid maatregelen aan het eind van hun latijn. Waarom laat de minister sportondernemers, die ons gezond houden, aan hun lot over?**

Ik vind het belangrijk dat iedereen de mogelijkheid heeft om te sporten en bewegen en dat de sportsector voor iedereen toegankelijk en betaalbaar blijft. Daarbij deel ik de zorgen met betrekking tot de gestegen energieprijzen. Ik heb uw Kamer op 17 oktober een brief (36200-XVI-32) gestuurd over de inventarisatie die het ministerie van VWS uitvoert over de (maatschappelijke) gevolgen van de hoge energiekosten. Daarnaast bent u door de minister van Economische Zaken en Klimaat in een aparte brief geïnformeerd over de Tegemoetkoming Energie Kosten (TEK) (kenmerk 2022Z19553). Het MKB met een intensief energieverbruik wordt door de TEK voor een deel van de gestegen energielasten gecompenseerd.

De sportsector is divers en energie-intensieve sportaccommodaties hebben verschillende (o.a. financiële) uitgangspunten, daarom moet blijken in hoeverre zij met de TEK voldoende geholpen zijn. Ik heb het Mulier Instituut gevraagd om de effecten van de TEK te monitoren. Ik inventariseer momenteel of sprake is van problematiek waar een passende oplossing voor nodig is waar tegemoetkoming vanuit de overheid noodzakelijk is.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Omtzigt (Omtzigt) over hoe de regering de oversterfte en lagere levensverwachting gaat onderzoeken?**

Ik vind het belangrijk dat er grondig onderzoek gedaan wordt naar de oorzaken van de oversterfte, waarbij ook gekeken wordt naar de lagere levensverwachtingen. Zo volgen wij de uitkomsten van de reeds bestaande onderzoeken bij het CBS rondom de demografische ontwikkelingen, bestaande uit o.a. ontwikkelingen rondom sterfte, oversterfte en levensverwachtingen, op de voet. Daarnaast is, zoals u weet, traject 3 van het oversterfteonderzoek een aantal weken geleden van start gegaan. Dit onderzoek loopt via het onderzoeksinstituut ZonMw. Het eerste deel van traject 3 bestaat uit literatuur- en internationaal vergelijkend onderzoek; en onderzoek op basis van cohortstudies. In het tweede deel van dit traject zullen onafhankelijke analyses (replicatie) van de onderzoeksresultaten van het CBS en het RIVM mogelijk gemaakt worden door de data van deze instanties beschikbaar te stellen. Over het verloop van dit traject heb ik uw Kamer reeds via een uitgebreide brief op 28 september jl. (Kamerstukken 2022/2023, 25295, nr. 1944) geïnformeerd. In deze brief heb ik aangegeven uw Kamer actief op de hoogte te houden van de verdere ontwikkelingen van dit traject.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Omtzigt (Omtzigt) over dat Zorgverzekeraars o.b.v. art. 11 van de Zvw verplicht zijn om tijdig zorg te verlenen dicht bij huis. Hoe kan het dat de NZa ze daar niet aan houdt? Er zijn wachtlijsten, er is inhaalzorg en er wordt niet ingegrepen.**

De lange wachttijden baren mij zorgen. Ik begrijp dat de zorg momenteel zwaar belast is en alle betrokkenen alles op alles zetten om hierin te ondersteunen.

Ik zal uw Kamer binnenkort de stand-van-zakenbrief uitgestelde zorg, en de voortgang op de bestuurlijke afspraken die ik heb gemaakt met NVZ, ZN en NFU, aanbieden. Ook zal ik in die brief ingaan op de stand van zaken van de motie Den Haan/Kuzu over uitgestelde zorg.

De NZa heeft controlebezoeken uitgevoerd bij de vier grootste zorgverzekeraars om vast te stellen of zij maximaal hun rol pakken in het wegwerken van de uitgestelde zorg. Waar nodig neemt de NZa de benodigde aanvullende maatregelen.

Ook bekijkt de NZa samen met de Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) hoeveel extra zorg de zelfstandig behandelcentra (zbc's) binnen de bestaande capaciteit kunnen leveren. Over de uitkomsten van deze onderzoeken zal ik u op korte termijn nader informeren.

Ik roep partijen via deze weg graag op om in lijn met het NZa oordeel, samen te werken om het maximale qua wachtlijstbemiddeling mogelijk te maken.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Omtzigt (Omtzigt) over Long-covid en een biomedisch van aard onderzoek. Ziet de minister dit als nuttig?**

Veel mensen ervaren langdurige klachten na het doormaken van een COVID-infectie. Er is nog veel onduidelijk over diagnose en mogelijke behandeling van post-COVID. Ik ben daarom blij dat gestart is met onderzoek naar post-COVID en dat er op dit moment ruime aandacht is binnen de wetenschap voor onderzoek naar alle aspecten van post-COVID.

Zo faciliteert het ministerie van VWS op dit moment via ZonMw achttien onderzoeken, waarvan twaalf biomedisch van aard dan wel met een biomedische component.

Naar aanleiding van de motie Hijink en Paulusma (landelijk expertisecentrum, verzameling kennis en expertise) hebben er gesprekken plaatsgevonden met de veldpartijen. Uit deze gesprekken kwam naar voren dat het veld twee trajecten noodzakelijk acht en daar ook actief aan wil bijdragen. Dit betreft een overkoepelende kennisagenda en een expertisecentrum. Zo werken C-support en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) op dit moment uit hoe kennis en ervaring uit wetenschap, onderzoek en praktijk op het gebied van post-COVID op structurele wijze bijeengebracht kunnen worden (vormgeving expertisecentrum). Daarnaast berieden de NFU en het Kennisinstituut IVM een overkoepelende agenda voor, waarbij nationale en internationale onderzoeken op het gebied van post-COVID worden samengebracht en geanalyseerd op hun toepassing in Nederland. Uit deze activiteiten zal tevens blijken of en zo ja, welk aanvullend onderzoek nodig is. Biomedisch onderzoek zal hier waarschijnlijk een belangrijk onderdeel van zijn.



Daar houden de NFU, de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) zich mee bezig. Vervolgens wordt er een gezamenlijke overkoepelende kennisagenda opgesteld voor post-COVID.

Afhankelijk van de uitkomst van de activiteiten voor de overkoepelende kennisagenda zouden middelen beschikbaar gemaakt kunnen worden voor onderzoek binnen de medische specialistische zorg en huisartsenzorg, verdiepend biomedisch onderzoek en klinisch onderzoek gericht op behandeling. Daarmee kan ook (extra) uitvoering worden gegeven aan de motie Omtzigt c.s. (bevorderen structureel meer onderzoek) en de motie Paulusma c.s. (biomedisch onderzoek). Ik acht wetenschappelijk onderzoek, waaronder biomedisch onderzoek, zonder meer nuttig om tot een diagnose en behandeling te komen.