

33578

Eerstelijnszorg

Nr. 180

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT
Vastgesteld 5 juni 2026

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

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 november 2024 inzake toezegging gedaan tijdens het commissiedebat Eerstelijnszorg van 7 november 2024, over doorgeven van ova-middelen binnen de apotheekezorg (Kamerstuk 29689, nr. 1272);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 november 2024 inzake Waarborgfonds voor de Zorgsector in relatie tot huisartsenzorg (Kamerstuk 36600-XVI, nr. 108);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 december 2024 inzake reactie op verzoek commissie over de brief van NVM-mondhygiënist in zake mondzorg (Kamerstuk 33578, nr. 138);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 december 2024 inzake advies van de NZa over de bekostiging van tolken in de huisartsenzorg (Kamerstuk 36600-XVI, nr. 152);**
- **de brief van de staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg d.d. 17 december 2024 inzake onderzoek casemanagement dementie (Kamerstuk 29689, nr. 1274);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 april 2025 inzake beleidsreactie op rapport "Focus op huisartsentekort" van de Algemene Rekenkamer (Kamerstuk 33578, nr. 141);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 april 2025 inzake onderzoek "Patiëntenstops bij huisartsenpraktijken" van Nivel (Kamerstuk 33578, nr. 140);**
- **de brief van de staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg d.d. 25 april 2025 inzake eindrapport Passende aanspraak fysio- en oefentherapie (Kamerstuk 31765, nr. 916);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 mei 2025 inzake antwoorden op vragen commissie over het onderzoek "Patiëntenstops bij huisartsenpraktijken" van Nivel**

(Kamerstuk 33578, nr. 140) en over de beleidsreactie op het rapport "Focus op huisartsentekort" van de Algemene Rekenkamer (Kamerstuk 33578, nr. 141) (Kamerstuk 33578, nr. 157);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juni 2025 inzake eerstelijnsapothekzorg (Kamerstuk 33578, nr. 160);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juli 2025 inzake stand van zaken versterken eerstelijnszorg (Kamerstuk 33578, nr. 162);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 september 2025 inzake rapport "Co-Med. Verslag van een lerende evaluatie" (Kamerstuk 33578, nr. 165);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 november 2025 inzake toegankelijkheid van de huisartsenzorg en reacties op de aangenomen moties ingediend tijdens het notaoverleg Stop de commercie, steun de huisarts. Een plan voor toekomstbestendige huisartsenzorg (Kamerstuk 33578, nr. 167);

- de brief van de staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg d.d. 12 november 2025 inzake reactie op petitie met betrekking tot vergoeding van fysiotherapie voor mensen met osteoporose (Kamerstuk 29689, nr. 1319);

- de brief van de staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg d.d. 20 oktober 2025 inzake stand van zaken moties en toezeggingen fysiotherapie (Kamerstuk 33578, nr. 166);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 december 2025 inzake mondzorg en financiële toegankelijkheid (Kamerstuk 32620, nr. 312);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 december 2025 inzake reactie op verzoek commissie over het artikel Duizenden patiënten kunnen bij geen andere huisartspraktijk terecht (Kamerstuk 33578, nr. 169);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 maart 2026 inzake antwoorden op vragen commissie over de toegankelijkheid van de huisartsenzorg en reacties op de aangenomen moties ingediend tijdens het notaoverleg Stop de commercie, steun de huisarts. Een plan voor toekomstbestendige huisartsenzorg (Kamerstuk 33578, nr. 167) (Kamerstuk 33578, nr. 171);

- de brief van de staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg d.d. 9 februari 2026 inzake voortgang marktonderzoek paramedische zorg (deel 2) (Kamerstuk 33578, nr. 170);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 maart 2026 inzake AZWA-afspraken huisartsenzorg (Kamerstuk 33578, nr. 172);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 maart 2026 inzake antwoorden op vragen commissie over mondzorg en financiële toegankelijkheid (Kamerstuk 32620, nr. 312) (Kamerstuk 32620, nr. 313).

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

De voorzitter van de commissie,

Mohandis

De griffier van de commissie,

Esmeijer

Voorzitter: Mohandis

Griffier: Heller

Aanwezig zijn dertien leden der Kamer, te weten: Bevers, Van Brenk, Bushoff, Claassen, Coenradie, Diederik van Dijk, Dobbe, Maeijer, Van Meijeren, Mohandis, Poortman, Vervuurt en Wiersma,

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

Aanvang 13.02 uur.

De voorzitter:

Ik open de vergadering. Ik heet u allen van harte welkom bij het commissiedebat over de eerstelijnszorg. Er is veel belangstelling, niet alleen hier, maar ook op afstand, via het scherm. Er zijn veel fracties aanwezig. Dat is hartstikke goed. U bent goed vertegenwoordigd. Ook het kabinet is goed vertegenwoordigd: niet één minister, maar zelfs twee. Dat is hartstikke goed. Fijn dat u er bent.

Voordat we beginnen, loop ik de aanwezige fracties nog even langs: de heer Claassen van de Groep Markuszower, mevrouw Coenradie van JA21, de heer Van Dijk van de SGP-fractie, mevrouw Van Brenk van 50PLUS, mevrouw Maeijer van de PVV-fractie, mevrouw Wiersma van BBB, de heer Poortman van de CDA-fractie, de heer Bevers van de VVD, de heer Bushoff van GroenLinks-Partij van de Arbeid, de heer Vervuurt van D66 en mevrouw Dobbe van de SP. Zoals u weet, heeft u allemaal vier minuten spreektijd. Gezien de opkomst en de tijd, heeft u in de eerste termijn drie interrupties onderling. Ik kijk straks hoe we het gaan doen met de interrupties in de termijn van de bewindspersonen. Dat is afhankelijk van hoe het verloopt. Meneer Claassen, het woord is aan u.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Ik heb eerst een opmerking, voorzitter. Blijkbaar wilde niemand op de eerste plek zitten. Dat mag. Er is nog plek. Ik zit hier omdat ik nu ook een plenair debat heb. Ik doe mijn inbreng en probeer hier zo lang mogelijk te blijven, maar ik zal terug moeten naar de plenaire zaal. Dat heeft niets te maken met desinteresse, juist niet. Maar ja, jezelf in tweeën splitsen is een lastig

fenomeen. Ongeveer 2.000 jaar geleden lukte dat nog weleens, maar sinds die tijd niet meer. Ik ga beginnen aan mijn inbreng.

De voorzitter:

Helemaal goed dat u dat nog even zegt. Dat is allemaal prima. Omdat ik al heb bepaald dat dit de volgorde is, bent u nu gewoon als eerste. Dat is ook voor mijn eigen administratie overzichtelijk. De heer Van Meijeren van Forum voor Democratie is ook aangeschoven; welkom. Meneer Claassen, aan u het woord.

De heer Claassen (Groep Markuszower):

Voorzitter. Mijn inbreng zal voornamelijk gaan over huisartsenzorg en apotheekzorg in relatie tot het AZWA-praktijkhouderschap. Er wordt gesteld dat er geen huisartsentekort is. Aan de andere kant wordt gezegd dat er wel een huisartsentekort is. Ik ben benieuwd naar de visie van het huidige kabinet op het huisartsentekort. Is er een huisartsentekort of is er een overschot aan vraag? Of wordt die vraag niet goed gereguleerd? Kan dat dan anders?

Ook tijdens de vorige kabinetsperiode was het een discussiepunt. We zien een recordaantal aan huisartsen, namelijk 1 per 1.250 inwoners. Dat klinkt geruststellend, maar het is een gemiddelde. Dat gemiddelde wordt losgezongen van de werkelijkheid. Tienduizenden mensen hebben geen huisarts en honderdduizenden zoeken er een. In 2024 had 60% van de praktijken een patiëntenstop. In sommige regio's lag dat percentage boven de 75%. Bijna 80% van de huisartsen ervaart structureel een te hoge werkdruk. De vraag is dus niet hoeveel huisartsen er op papier zijn; de vraag is hoeveel patiënten er daadwerkelijk toegang hebben tot huisartsenzorg.

De minister wijst naar organisatie en spreiding, maar dat lijkt ons geen verklaring. Dat is volgens ons een erkenning van het punt dat het systeem niet meer goed functioneert. Als de aantallen er zijn, maar de toegang ontbreekt, zit het probleem in de systemen en hoe we het hebben ingericht. Het AZWA is het centrale instrument van dit kabinet, met vaste patiëntenpopulaties en het landelijke ruil- en inschrijfsysteem. Meer regie op spreiding is de doelstelling, maar is dat scherp genoeg? Het doel ligt op eind 2028. Dat is ver weg voor iemand die vandaag geen huisarts heeft. Het is geen afdwingbare norm. Het is zelfs een voornemen. We willen weten wanneer dat inschrijfsysteem operationeel is, dus niet een stip op de horizon. Wat gebeurt er als regio's achterblijven en achter gaan lopen? Welke interventies volgen dan? Wat zijn dan de plannen van de regering? Of blijven we monitoren wat het systeem niet oplost of wat ooit wel opgelost wordt?

Voorzitter. Juist bij praktijkhouders ligt een grote druk. Er is een tekort aan praktijkhouders, de huisvestingskosten lopen op en de bekostiging beweegt niet mee met de huidige situatie. De minister noemt een handreiking, maar een handreiking financiert geen pand. Hoeveel praktijkhoudende huisartsen zijn er het afgelopen jaar netto bij gekomen? Is de minister bereid verder te gaan met een nationaal garantiefonds voor praktijkruimten en structurele tariefsverhoging? Kan ze daar een toezegging op geven?

Voorzitter. Tegelijkertijd worden praktijken opgekocht. Private equity betreedt de eerstelijnszorg, niet als beleid, maar omdat het systeem de verkeerde richting beloont. Als praktijkhouderschap financieel onaantrekkelijk wordt, ontstaat er ruimte voor kapitaal. Is de minister bereid grenzen te stellen aan de opkoop van huisartsenpraktijken?

Dan iets over apotheekzorg. De bekostiging volgt de werkelijkheid niet, vinden wij. Initiatieven zoals ontpillen leveren weinig besparing op met minder medicatie, betere uitkomsten en lagere kosten, maar die besparingen verdwijnen elders in het systeem. Het gevolg is dat initiatieven stoppen zodra de financiering afloopt. Is de minister bereid budgetverschuiving te koppelen aan taakverschuiving? En is zij bereid -- daar vraag ik ook een toezegging op -- om medicatiebeoordelingen buiten het eigen risico te plaatsen? Dat is zorg die juist complicaties op langere termijn voorkomt.

Dan nog iets over dividend, voorzitter, als ik daar de tijd voor heb. Er is 311 miljoen aan dividend uitgekeerd door 802 aanbieders op een sectoromzet van 123 miljard. Dat zijn de cijfers, maar die zijn zelfs nog onvolledig, want eenmanszaken en maatschappen blijven buiten beeld. We kijken naar een deelverzameling, maar we presenteren dit als een geheel. Is de minister bereid pas beleidsconclusies te trekken op basis van een volledig beeld?

Voorzitter. De vraag is wat de minister dus concreet gaat veranderen, want dit systeem nadert zijn breekpunt. De vergrijzing drukt harder op de eerste lijn dan ooit. Er zijn steeds meer ouderen en minder mensen die voor die ouderen kunnen zorgen. Er zijn meer chronisch zieken, die wel ouder worden, maar dus ook langer ziek zijn. Er zijn minder praktijkhouders en er is minder capaciteit. Aan de andere kant van die vergelijking zijn er honderdduizenden mensen zonder toegang. Die dam gaat het niet meer houden. Als de eerste lijn het begeeft, begeeft de rest het daarmee ook. Spoedeisende hulp, de ziekenhuizen, de hele keten, de verpleeghuizen: het stelsel staat of valt met wat er vandaag in de spreekkamer gebeurt of juist ...

De **voorzitter**:

Komt u tot een afronding?

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

... niet gebeurt.

Dat was 'm.

De **voorzitter**:

O, hartstikke goed. Ik zeg tegen alle Kamerleden: als ik dat zeg, is het niet vier minuten, maar dan is het meer. Dat zeg ik maar even. Mevrouw Coen... Nee, sorry, nog niet mevrouw Coenradie. Ik zag een interruptie van meneer Bushoff.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Vanochtend sprak ik een groep jonge huisartsen. Die is hier ook aanwezig op de tribune, dus welkom, ook nog via deze weg. Ik vond dat een heel leuk gesprek. Er zijn heel veel dingen blijven hangen uit dat gesprek. Daar zal ik straks in mijn inbreng nog op terugkomen. Eén ding dat bij mij bleef hangen, was dat iemand aangaf: op het moment dat je de AOW verhoogt en snijdt in de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen et cetera, kortom, als je aan de socialezekerheidskant heel veel afbreekt, gaan wij dat zien in onze spreekkamer. Mijn vraag is: deelt de heer Claassen die opvatting en deelt hij dus ook dat we moeten voorkomen dat de sociale zekerheid zover wordt afgebroken dat de toename in de spreekkamer bijna niet meer te doen is voor de jonge, startende huisartsen?

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

De vraag is: moet ik een kort antwoord of een lang antwoord geven?

De **voorzitter**:

Ik ga niet over uw antwoord.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Ja, dat deel ik, want we weten allemaal dat in gebieden met een lage SES-score de zorgvraag gigantisch toeneemt, dat er heel weinig compliance is als het gaat om "hoe ga ik om met mijn ziekte, hoe ga ik om met gezondheid?", dat de middelen voor die mensen lastig te krijgen zijn, dat mensen de weg niet weten om tot goede zorg te komen en dat e dan ook vaak de huisarts daarvoor gaan claimen, terwijl de huisarts daar niet voor bedoeld is. Het korte antwoord is dus ja.

De **voorzitter**:

Oké. Mevrouw Coenradie. We doen drie interrupties in totaal en ik ben nog even niet flexibel; dat hangt ervan af hoe het loopt. Mevrouw Coenradie, aan u.

Mevrouw **Coenradie** (JA21):

Voorzitter. De eerstelijnszorg is de ruggengraat van ons zorgstelsel. De huisarts is de poortwachter van de zorg. Juist deze poortwachter en een sterke eerste lijn houden de zorg toegankelijk, dichtbij en betaalbaar. Tegelijkertijd vragen we steeds meer van de eerste lijn. Mensen wonen langer thuis, de zorg verschuift van het ziekenhuis naar de wijk en de druk op huisartsen, apothekers en andere eerstelijnszorgverleners neemt almaar verder toe. Juist dan is het aan de overheid om heldere randvoorwaarden te scheppen, zodat de professionals, en zeker in de eerste lijn, hun werk goed en doelmatig kunnen doen. Hierbij moet de huisarts niet alleen worden gezien als toegangspoort tot medische zorg, maar ook als eerste toegangspunt voor bredere hulp. Mijn vraag is: wil de minister in haar gesprekken met bijvoorbeeld de huisartsenvereniging expliciet meenemen hoe de huisarts als brede voordeur naar hulp kan worden versterkt, bijvoorbeeld met laagdrempelig digitaal contact via de huisartsenpraktijk?

Voorzitter. Als we de zorg in de regio overeind willen houden en sturen op langer thuis wonen, moeten de opleidingscapaciteit en de praktijk beter op elkaar aansluiten. Huisartsen en SEH-artsen zijn daarbij allebei onmisbaar. Daarom is het zorgelijk dat VWS volgens recente, onbevestigde berichtgeving in 2027 minder SEH-opleidingsplaatsen wil gaan toestaan dan het Capaciteitsorgaan adviseert, namelijk 50 in plaats van 60. Ook vanuit de eerste lijn en de ouderenzorg wordt al langer gewaarschuwd dat de instroom in de zogenaamde cluster 1-opleidingen, voor beroepen zoals huisarts, specialist ouderengeneeskunde en AVG-arts, te laag is. Tegelijkertijd lezen we vanochtend in de krant dat er volgens zorgverzekeraar CZ geld overblijft doordat er op cruciale plekken door personeelstekorten te weinig zorg is geleverd. Kan de minister de door mij eerstgenoemde berichtgeving bevestigen? Klopt het dat het kabinet afwijkt van het onafhankelijk advies van het Capaciteitsorgaan, terwijl VWS daar juist jarenlang aan vasthield, ook wanneer beroepsgroepen dat advies al te laag vonden? Zo ja, is de minister bereid het advies van het Capaciteitsorgaan alsnog op te volgen? En zo nee, is de minister dan bereid met de zorgverzekeraars te bezien of de zogenoemde positieve resultaten van verzekeraars kunnen bijdragen aan extra opleidingsplaatsen in de acute zorg?

Wat betreft de huisartsen wil ik het nog hebben over de flexibele schil. Zzp-huisartsen zijn onmisbaar voor de continuïteit van 24/7-huisartsenzorg bij ziekte en piekdruk, en op de huisartsenspoedposten. Is het kabinet bereid

in de nieuwe Zelfstandigenwet te borgen dat zij inzetbaar blijven voor situaties van ziek, piek en uniek, en voor avond-, nacht- en weekendzorg?

Voorzitter. Dan de positie van apothekers aan de balie. In de schriftelijke beantwoording van onze vragen erkent de minister dat apothekers zich klemgezet kunnen voelen en financiële onzekerheid kunnen ervaren als zij een beschikbaar alternatief verstrekken. Maar welke concrete maatregel heeft de minister sinds die erkenning genomen of gaat zij nemen om dit financiële risico voor apothekers echt weg te nemen?

Dan het tweede punt. De minister stelt dat het model van "laagste prijs plus bandbreedte" om meer onderbouwing vraagt. Is daar vóór of na die beoordeling inhoudelijk over gesproken met de partijen die dit model hebben uitgewerkt en, zo nee, waarop baseert de minister dan haar oordeel dat dit alternatief onvoldoende is onderbouwd?

Voorzitter. Tot slot een probleem dat ons altijd al een doorn in het oog was en is: de regeldruk. Ondanks jarenlange beloften nemen de administratieve lasten in de zorg nog altijd toe. Vooral in de vaak kleinschalige eerste lijn is dat een groot probleem. De eerstelijnscoalitie heeft hiervoor concrete voorstellen gedaan. Dat ging concreet bijvoorbeeld over het verhogen van de grens voor de cliëntenraad-verplichting van 25 naar 50 zorgverleners. Is de minister bereid hierover met partijen als de eerstelijnscoalitie in gesprek te gaan en werk te maken van echte regeldrukvermindering?

Voorzitter, tot zover.

De **voorzitter**:

Veel dank. De heer Poortman heeft een vraag.

De heer **Poortman** (CDA):

Ik heb een vraag over de eigen bijdrage voor wijkverpleging. We kregen gisteren een brief van de minister. Zij gaat aan de slag met een uitwerking daarvan. JA21 was er ook voorstander van. Nu we de minister zaken mee kunnen geven richting de uitwerking van het voorstel, ben ik benieuwd hoe mevrouw Coenradie dit ziet. Wat zou zij de minister willen meegeven op dit punt?

Mevrouw **Coenradie** (JA21):

Ik ga een beetje een algemeen antwoord geven. Ik wil een heel concreet voorstel. Ik wil graag doorgerekend hebben wat dit precies betekent voor de hoogte van de eigen bijdrage. Ik wil ook alle risico's daarin zien, om een goede afweging te kunnen maken of dit iets houdbaars is, of dat wij ons

standpunt hierover moeten herzien. Ik durf dat nu nog niet te zeggen. We zijn heel scherp op heel veel zaken uit het coalitieakkoord die op de planning staan. Ik heb dat ook gezegd in mijn stemverklaring bij de afgelopen VWS-begroting. Het is echt niet zo dat onze steun daarin vrijblijvend is en ook voor komende VWS-punten gegeven is. Wij zijn heel kritisch en bij een aantal onderdelen zetten wij grote vraagtekens bij de gestelde bezuinigingen. Dat geluid zult u in ieder geval de komende tijd van ons horen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we aangekomen bij de volgende spreker van de zijde van de Kamer. Dat is de heer Van Dijk namens de SGP.

De heer Diederik van Dijk (SGP):

Dank u wel, voorzitter. De eerstelijnszorg wordt vaak en terecht het fundament van de gezondheidszorg in Nederland genoemd: laagdrempelig, toegankelijk en van hoge kwaliteit. Als een fundament barsten en scheuren vertoont, moet je je zorgen maken. De dubbele vergrijzing, de personeelsschaarste en de hooggespannen verwachtingen van zowel burgers als de overheid dragen allemaal bij aan toenemende druk op de eerstelijnszorg.

De Algemene Rekenkamer concludeerde dat ongeveer een op de twintig Nederlanders een huisarts zoekt. Veel mensen lopen er na een verhuizing naar een andere woonplaats tegenaan dat zij zich niet kunnen inschrijven bij een praktijk vanwege een patiëntenstop. In principe hebben we in Nederland voldoende huisartsen om iedereen te bedienen. Hoe staat het daarom met de ontwikkeling van het landelijke ruil- en inschrijfsysteem voor patiënten in de huisartsenzorg, dat werd aangekondigd in het AZWA?

Voorzitter. Zorgverzekeraars moeten zich inspannen om huisartsenzorg te regelen voor hun verzekerden. Veel mensen kennen die zorgplicht niet. De SGP vindt dat hiervoor in de kabinetsplannen nog te weinig oog is. Is de minister bereid in gesprek te gaan met verzekeraars over hun rol bij het vinden van huisartsenzorg voor verzekerden? De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving wees een paar jaar geleden al op de rol die individualisering speelt bij de hoge verwachtingen van de eerstelijnszorg. Waar hulpvragen vroeger werden gesteld aan familie, buren of kennissen, komen deze nu steeds laagdrempeliger bij de huisarts of de wijkverpleging terecht. Het kabinet en de VNG zetten terecht in op wijkgericht werken, zorgzame buurten en stevige lokale teams voor jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning. Het is heel belangrijk dat er goed wordt samengewerkt tussen huisartsen en lokale teams. Hoe wordt dit gestimuleerd? Zijn er voldoende middelen om samenwerking tussen de eerste lijn en het sociaal domein te kunnen organiseren?

Een blijvend knelpunt is de huisvesting van huisartsen en gezondheidscentra. In september 2025 presenteerde de minister hiervoor een handreiking. Wat zijn de eerste resultaten hiervan?

De SGP vraagt al langer aandacht voor de regeldruk in de eerstelijnszorg. De collega naast mij, mevrouw Van Brenk, maakte er ook al gewag van. Veel huidige regels zijn gebaseerd op generieke wetgeving die slecht aansluit bij de kleinschalige eerstelijnszorg. Ik vraag de minister in overleg te treden met de eerstelijnscoalitie over de door haar voorgestelde oplossingsrichtingen voor bijvoorbeeld de Wtza, de Wibz en de wet. Vorig jaar nam de Kamer een SGP-motie aan over het behoud van een flexibele schil voor zzp-huisartsen op de spoedposten en voor situaties van ziek, piek en uniek. Het kabinet werkt aan een nieuwe zelfstandigenwet. Is de minister bereid het behoud van de noodzakelijke flexibele schil daarin te regelen?

Voorzitter. Als we meer van de eerstelijnszorg vragen, moet er ook meer ruimte zijn voor het opleiden tot eerstelijnsberoepen. De beschikbare opleidingsplekken worden echter onvoldoende gevuld. Als we niks doen, groeit het bestaande artsentekort alleen maar. Het Capaciteitsorgaan adviseerde om meer huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten op te leiden. Is de minister bereid met zorgpartijen een concreet plan te maken om dit voor elkaar te krijgen?

Voorzitter. De SGP vraagt al langer aandacht voor het tandartsentekort in Zeeland. Wat is de stand van zaken van de plannen voor een nieuwe opleidingslocatie in Zuidwest-Nederland? De toegankelijkheid van mondzorg heeft niet alleen te maken met de plek waar je woont, maar ook met de grootte van je portemonnee. Wat weerhoudt de minister van het collectief vergoeden van een periodieke tandheelkundige controle voor volwassenen? Is de minister bereid om hier een kosten-batenanalyse voor te maken?

Tot zover, voorzitter. Voor de volledigheid merk ik nog even op dat ik straks weg moet voor een ander overleg. Bij voorbaat mijn excuses daarvoor.

De voorzitter:

Dank voor uw inbreng. Fijn dat u dat nog even aangeeft, meneer Van Dijk. Dan zijn we aangekomen bij de volgende spreker van de zijde van de Kamer: mevrouw Van Brenk namens 50PLUS. Het woord is aan u.

Mevrouw Van Brenk (50PLUS):

Dank, voorzitter. 50PLUS is groot voorstander van zorgzame wijken. Initiatieven als De Buurt als Ecosysteem dragen wij een warm hart toe. Het is belangrijk dat professionele en informele hulpverleners samenwerken en er samen voor zorgen dat mensen de hulp krijgen die ze nodig hebben. Natuurlijk blijven we kritisch op de bezuiniging van 15% die ingeboekt staat

op de wijkverpleging bij De Buurt als Ecosysteem. Als je weet dat het aantal ouderen toeneemt, zou een status quo toch al een goede prestatie zijn. Graag een reactie van de minister.

Het is goed om mooie voorbeelden te noemen. In Land van Cuijk zijn inmiddels 80 verzorgingscirkels actief. Dat kan niet zonder welzijnswerk. De twee mensen die Sociom hiervoor inzet, zijn van levensbelang. Ziet de minister ook dat welzijnswerk een belangrijke partner is voor zorgzame buurten?

Voorzitter. Verder maken wij ons zorgen over de vele praattafels. Regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden -- een mooi scrabblewoord! -- houden veel mensen van de straat. Kijkt de minister hier ook kritisch naar?

De Rekenkamer geeft aan dat de grote uitdagingen liggen bij het werven van voldoende mensen voor de zorg. Zijn er plannen om meer huisartsen op te leiden en om meer wijkverpleegkundigen te vinden of zijn die plannen in de maak? Daar moeten we toch eerste onze aandacht naar uit laten gaan. Graag een reactie van de minister.

Deze coalitie heeft wilde plannen met de wijkverpleging. In het coalitieakkoord staat dat er een eigen bijdrage moet komen voor wijkverpleging en ik heb het al eerder gezegd: dat is echt een slecht idee. De intramurale zorg afschalen en vervolgens een drempel neerleggen voor het alternatief: dat is wat het kabinet doet. Althans, dat wil het kabinet. De plannen van de coalitie botsen verder ook met de visie van de eerstelijnszorg: sterk, dichtbij en vooral toegankelijk. Graag een reactie van de minister.

De vorige staatssecretaris erkende in haar brief het belang van casemanagement dementie. Ik ga ervan uit dat hetzelfde geldt voor deze minister. De constatering in de brief is dat het duidelijk is dat er te weinig casemanagers zijn, zeker zolang er vastgehouden wordt aan de Zorgstandaard Dementie. Gezien de verwachte toename van het aantal mensen met dementie is dit uitermate zorgwekkend. Ik wil de minister vragen hoe zij hierover denkt. Wat zijn haar plannen? Het moet duidelijk zijn wie het aanspreekpunt is voor de mens met dementie en zijn naasten. Dat is een absolute voorwaarde om mensen langer, volwaardig en zelfstandig thuis te laten wonen en om mantelzorgers te ondersteunen, want onderschat niet hoe zwaar dat kan zijn. Graag een uitgebreide reflectie van de minister.

Het is al vaak langsgekomen: de huisarts is de spil in de wijk. Kan de minister nog eens kort reflecteren op wat we hebben geleerd van het faillissement van Co-Med? Hoe maken we verder het vak van huisarts weer populair? Hoe zorgen we dat de huisarts niet verzuipt in papieren maar tijd heeft voor patiënten? En nogmaals, ik ben blij dat de minister meegaat naar Maak Rimpels, want door deelname aan Maak Rimpels-groepen neemt het huisartsenbezoek sterk af, want lang niet alle bezoeken aan de huisarts zijn

medische noodzaak. Ook hier kunnen zorgzame wijken, mensen die naar elkaar omkijken, een deel opvangen.

Voorzitter. Ons kwam ter ore dat bij de huisartsenrichtlijn "wat te doen bij het constateren van gordelroos?" geadviseerd wordt alleen virusremmers voor te schrijven als het virus zich in het gelaat en dan met name rond het oog bevindt. Bij kwetsbare patiënten wordt geadviseerd een specialist te raadplegen. Ik weet dat het een specifieke vraag is, maar zou het niet beter zijn om standaard virusremmers voor te schrijven, vanwege de ernstige zenuwpijnen die als complicatie kunnen optreden? Kan de minister aangeven wie gaat over een wijziging van de standaardrichtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap?

Het is al eerder gezegd, maar het belang van de hap, de huisartsenspoedpost, die 24/7 beschikbaar is, wil ik zeker nog noemen. Ziet de minister het belang hiervan ook en hoe gaan we zorgen dat die posten beschikbaar blijven?

Wij snappen dat preventieve mondzorg volgens de letter niet onder de scope van de Zorgverzekeringswet valt, want daarin gaat het om genezen en niet om voorkomen. Maar soms gaat de kost voor de baat uit, want slechte mondhygiëne leidt tot ontstekingen die via de bloedbanen het risico op hart- en vaatziekten, longontstekingen en diabetes verhogen. En dan zijn de kosten vele malen hoger. Zou het mogelijk zijn dat de minister misschien gaat overwegen of zij het basispakket kan uitbreiden met minimaal één periodieke controle per jaar?

Dat was het. Dank u.

De voorzitter:

Dank u zeer. Ik kom bij de volgende spreker van de zijde van de Kamer en dat is mevrouw Maeijer, die spreekt namens de PVV.

Mevrouw Maeijer (PVV):

Voorzitter, dank u wel. De eerstelijnszorg is cruciaal. Het is de plek waar je zelf zonder verwijzing naartoe kunt gaan. De huisarts, de apotheker, de wijkverpleegkundige, de tandarts en de fysiotherapeut: zij zijn het eerste aanspreekpunt. Zij voorkomen vaak dat mensen complexere en duurdere zorg nodig hebben. Vooral voor kwetsbare mensen zoals ouderen en chronisch zieken zijn zij de spil in de zorg, want samen met familie en naasten vormen zij het zo belangrijke netwerk om hen heen. En juist bij die eerstelijnszorg loopt het al langere tijd vast.

In het coalitieakkoord lezen we hierover bij een aantal punten. Zo wordt er ingezet op het verder versterken van de eerstelijnszorg en de

toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Het tekort aan huisartsen moet worden teruggedrongen. En er wordt ingezet op passende huisvesting. Mijn vraag aan beide bewindspersonen is dan ook: wat gaat u wanneer concreet doen om de eerste lijn te versterken? Wat gaat u wanneer concreet doen om de toegankelijkheid van de huisarts te versterken? En hoe gaat u het huisartsentekort terugdringen? En wat gaat de minister doen om te komen tot passende huisvesting?

Voorzitter. De nood is hoog. De nood is hoog bij mensen die niet allemaal toegang hebben tot een huisarts, omdat er geen huisarts is of omdat zij tegen een patiëntenstop aanlopen. Er is nood bij huisartsen: onvoldoende instroom, hoge werkdruk en het onaantrekkelijk worden van het praktijkhouderschap.

De financiering van huisvesting speelt een grote rol bij het tekort aan praktijkhoudende huisartsen. Eerder vroegen we de minister de mogelijkheden te bekijken om het waarborgfonds bereikbaar te maken voor de huisarts, maar we lezen nu in de brief dat het de conclusie is dat dit niet het juiste middel is om de problematiek op te lossen. Het zou slechts een klein deel van het probleem wegnemen, maar je zou ook "beter iets dan niets" kunnen denken. Wat gaat de minister doen om het probleem wél op te lossen?

Voorzitter. 83% van de praktijken heeft een tekort aan doktersassistenten. Ze lopen aan tegen praktische problemen als onvoldoende tijd of ruimte. Welke plannen heeft de minister om hier iets aan te doen? Ziet de minister mogelijkheden in het verleiden van huisartsen tot het draaien van wat meer praktijkdagen, waardoor mensen meer toegang hebben tot een huisarts?

De minister heeft besloten om de stekker uit C-support te trekken, waardoor de zorg voor tienduizenden longcovidpatiënten stopt. Van meerdere kanten wordt aangegeven dat de huisartsen nog helemaal niet klaar voor zijn om deze zorg over te nemen. Herkent de minister dit en hoe ziet zij dit dan voor zich? Hoe gaat zij ervoor zorgen dat al die patiënten niet in een gat vallen?

Voorzitter. De eerste lijn moet worden versterkt, aldus de minister. Maar tegelijkertijd werpt zij een financiële drempel op voor mensen om gebruik te maken van die eerste lijn, namelijk de eigen bijdrage in de wijkverpleging. Een half miljoen mensen maakt daar nu gebruik van, waardoor mensen, zoals ouderen, zorg zullen gaan uitstellen of weigeren. Mensen zullen later in beeld komen en situaties zullen escaleren, met alle gevolgen van dien: verwaarlozing en ziekenhuisopnames. Is dat wat u wilt bereiken, vraag ik de minister. Ook voor de palliatieve terminale zorg door de wijkverpleegkundige betaal je straks een eigen bijdrage. Werpt dat niet extra drempels op om de wens van veel mensen om thuis te kunnen sterven na te leven?

Voorzitter, vergeef me voor mijn snelle spreken, maar ik wil graag nog een aantal onderwerpen bespreken in de korte tijd die mij gegeven is.

Het aantal mensen met dementie zal de komende jaren fors toenemen. Erkent de minister met het oog daarop het belang van een casemanager dementie? En zo ja, waarom werpt zij dan een financiële drempel op? Op de agenda van vandaag staat ook het onderzoek van PwC naar de casemanagers. Wat neemt de minister mee uit dit onderzoek?

Voorzitter. Een gezond gebit is geen luxe maar een basisbehoefte. We willen dan ook graag weten wat de minister gaat doen om ervoor te zorgen dat mensen de tandarts niet mijden vanwege de kosten. Hoe gaat zij de financiële toegankelijkheid van mondzorg structureel verbeteren en op welke termijn? Wat is de stand van zaken ten aanzien van het realiseren van mondhygiënist op bijvoorbeeld het consultatiebureau?

Voorzitter, tot slot. Onmisbaar in de keten van de eerste lijn is de apotheek. Voor velen, vaak ook ouderen, is het de plek waar men binnenloopt voor laagdrempelig advies over medicijnen. Enkele weken geleden ontvingen we bovendien ook nog een brandbrief over de aanhoudende medicijntekorten. Een op de drie mensen wordt daarmee geconfronteerd, terwijl er in veel gevallen geen sprake is van een absoluut tekort. Het preferente medicijn is er niet. Wat gaat de minister doen om de patiënt te helpen, maar ook om die apotheker te helpen, die nu heel tijd kwijt is aan het zoeken naar alternatieven?

Voorzitter. Veel medicijnen worden ongebruikt teruggebracht en vernietigd. Hoe gaat het kabinet deze verspilling tegen? Is vernietiging in alle gevallen wel nodig? Ik denk aan de apotheker die zelf de medicatie naar het verpleeghuis vervoert en dus ook weet waar het wordt opgeslagen. Is dan vernietiging nog wel nodig als deze producten terugkomen?

Tot zover, voorzitter. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u zeer. De volgende spreker is mevrouw Wiersma, namens de BBB.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Dank, voorzitter. De eerstelijnszorg staat niet op zichzelf, want de huisarts en de spoedeisende hulp vormen samen de voordeur naar de zorg. Als de huisartsenzorg onder druk staat, zien we dat direct terug op de spoedeisende hulp. Ik weet dat het vandaag niet op de agenda staat, maar ik denk dat die twee communicerende vaten zijn. Ruggespraak met een spoedeisendehulparts is voor huisartsen van levensbelang. Daarom is het ook zo zorgelijk dat ook daar de tekorten oplopen. Er staan ruim 100 vacatures open voor spoedeisendehulpartsen, terwijl de belangstelling voor de opleiding groot is. Tegelijkertijd zien we dat het kabinet bezuinigt op opleidingsmiddelen voor medisch specialisten. Dat wringt.

Een tekort aan spoedeisendehulpartsen leidt tot meer noodstops, langere wachttijden en uiteindelijk tot meer druk op de huisartsenposten. Het zijn dus, zoals ik al zei, communicerende vaten. Kabinetten hebben jarenlang vastgehouden aan het onafhankelijke advies van het Capaciteitsorgaan, ook wanneer dit advies volgens de beroepsgroepen zelf te laag uitviel. Maar dit kabinet bezuinigt 110 miljoen op de opleidingsplaatsen. Dat zien we terug in het regeerakkoord en de Voorjaarsnota. Mijn vraag aan de minister is daarom of het ministerie het advies van het Capaciteitsorgaan voor de opleidingsplekken van spoedeisendehulpartsen in zijn geheel zal overnemen. En zo nee, welke alternatieven zijn er dan?

De nabijheid tussen huisartsenzorg en een goed functionerende spoedeisende hulp is belangrijk. Regionale ziekenhuizen spelen daarin een sleutelrol, maar die positie staat al jaren onder druk. De minister heeft eerder toegezegd in het eerste kwartaal met een brief te komen over het groeipad naar budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp. Dat raakt direct aan de toegankelijkheid van de zorg in de regio. Als regionale ziekenhuizen financieel onder druk blijven staan, komt ook de samenwerking met de eerstelijnszorg in het nauw. Kan de minister bevestigen dat 2028 nog steeds haalbaar is voor het versterken van de financiële positie van regionale ziekenhuizen? Als dat niet zo is, is zij dan bereid om te kijken naar een overbruggingsfonds voor regionale ziekenhuizen, zoals bijvoorbeeld een beschikbaarheidsbijdrage, zodat die discussies over staatssteun kunnen worden voorkomen?

Voorzitter. Naast de infrastructuur gaat het uiteindelijk om mensen. De tekorten aan huisartsen, spoedeisendehulpartsen, maar ook andere specialisten, laten zien dat we strategischer moeten gaan kijken naar opleidingen. BBB heeft daar eerder een voorstel voor gedaan en afgelopen week is er ook een motie van BBB over aangenomen. Maar in 2022 diende mijn fractie een motie in die wat verder ging en die vroeg om naar Beiers voorbeeld studenten die arts willen worden, maar buiten de boot vallen bij de selectie, toch een opleidingsplek te geven als zij zich vervolgens committeren aan de regio waar er tekorten zijn.

Dat idee staat niet op zichzelf, want recent onderzoek van een postdoctoraal onderzoeker van UMC Utrecht, overigens in opdracht van het ministerie van VWS, laat zien dat het toelatingsbeleid voor geneeskunde regionale huisartsentekorten juist in stand doet houden. Regio's met de grootste tekorten leveren namelijk de minste geneeskundestudenten. Ik kom zelf uit zo'n regio, namelijk Noord-Friesland. In landen als Duitsland, Canada en Japan wordt daarom juist bewust gekozen voor studenten uit tekortregio's, vaak gekoppeld aan de afspraak dat ze later ook in zo'n regio gaan werken. Is de minister bereid om serieus te kijken naar strategisch toelatings- en opleidingsbeleid, waarbij we gericht artsen opleiden voor regio's waar de tekorten het grootst zijn? Want zonder voldoende artsen, zowel in de eerste lijn als op de spoedeisende hulp, blijft toegankelijke zorg in de regio een papieren belofte.

Dank.

De voorzitter:

Veel dank voor uw inbreng. De volgende spreker van de zijde van de Kamer is de heer Poortman, namens het CDA.

De heer Poortman (CDA):

Voorzitter, dank u wel. Het is vandaag al vaker gezegd: de eerstelijnszorg is de spil van het Nederlandse zorgstelsel. Het zorgt ervoor dat de zorg toegankelijk is voor iedereen en het maakt zorg dicht bij huis mogelijk. Mensen hebben een vertrouwd eerste aanspreekpunt voor hun gezondheidsvragen en de eerstelijnszorg heeft een noodzakelijke poortwachtersfunctie waardoor onnodig gebruik van tweedelijnszorg wordt voorkomen.

Huisartsen, fysiotherapeuten, apothekers en wijkverpleegkundigen ervaren nu al grote druk op hun werk. We zien verder dat er nog te weinig gericht wordt op samenwerking in de wijk en op het voorkomen van zorg. Ik wil dat vandaag op een paar punten toelichten.

Laat ik beginnen met de huisartsenzorg. In het coalitieakkoord zijn afspraken gemaakt over het versterken van de eerstelijnszorg, waarbij terecht aandacht wordt gevraagd voor de toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Afgelopen donderdag hebben we daar op specifieke onderdelen al bij stilgestaan, bijvoorbeeld de toegankelijkheid, maar ik zou de minister nu willen vragen toe te lichten hoe zij aanvullend op de afspraken uit het AZWA aan de slag gaat met de afspraken in het coalitieakkoord om het tekort terug te dringen en huisartsen te helpen met de huisvesting.

In een tweeminutendebat afgelopen donderdag heb ik gevraagd naar de verbetering van de bekostiging. De minister gaf toen aan dat ze met de NZa in gesprek gaat over die bekostiging en de inrichting van segment 3. Ik ben nieuwsgierig naar de uitkomsten van dat gesprek en ook wel wanneer we hierover wat meer informatie kunnen krijgen.

De fysiotherapie. Dank aan de minister voor haar beleidsreactie op het NZa-marktonderzoek naar fysiotherapie en het onderzoek naar aanleiding van de motie-Krul naar een oplossing voor de tarifiering van fysiotherapeuten. Maar de knelpunten bij de bekostiging van de fysiotherapie zijn al sinds 2020 bekend. De NZa bevestigt die opnieuw in haar marktonderzoek, maar er is nog steeds geen concrete oplossing gevonden. De minister schrijft dat ze het standpunt van de NZa deelt dat eventuele knelpunten effectiever via bestaande instrumenten aangepakt kunnen worden. Mijn vraag aan de minister is wat zij daarmee precies gaat doen, zodat er ook een oplossing gevonden kan worden.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Op het punt van tarieven heb ik twee hele simpele vragen. Deelt het CDA de opvatting dat de tarieven voor de huisartsenzorg ontoereikend zijn op dit moment en dat die echt verbeterd dienen te worden? Dat is één. Twee. Deelt het CDA de opvatting dat er voor de fysiotherapie eigenlijk ook minimumtarieven zouden moeten komen?

De heer **Poortman** (CDA):

Om met het tweede te beginnen: dat durf ik niet te zeggen; daar zou ik me even in moeten verdiepen. Het eerste punt deel ik. Ik kan me bijvoorbeeld voorstellen dat de regio een belangrijker aspect gaat vormen dan de verleende zorg, dus dat de populatie sterker meegewogen gaat worden in de tarifiering van de huisarts. Maar ik ben benieuwd hoe de minister dat uit gaat werken. Meneer Bushoff zegt dat hij maar drie vragen heeft, maar ik zie dat hij popelt!

De **voorzitter**:

Meneer Poortman, vervolgt u uw betoog.

De heer **Poortman** (CDA):

Over de apotheekzorg kwam naar buiten dat als gevolg van de oorlog in Iran medicijnvoorzieningen in het gedrang dreigen te komen. In dat licht is de afspraak in het coalitieakkoord om overmedicatie en verspilling van medicijnen tegen te gaan extra relevant. Ik ben benieuwd of de minister kan aangeven wat ze gaat doen om daar invulling aan te geven. Eerder kwam al de motie-Van Dijk over ontpillen langs; die geeft een richting. Ook daar is al veel over gesproken, maar ik ben benieuwd hoever we in de uitvoering daarvan of in het ontwikkelen van uitvoering zijn.

Tot slot de wijkverpleging. Dank aan de minister voor haar uitgebreide brief over de toekomst van de wijkverpleging. Wijkverpleegkundige zorg is enorm belangrijk; dat werd ook al eerder onderstreept. Je komt immers bij mensen achter de voordeur. Daarmee heeft de wijkverpleging een belangrijke preventieve functie. Toch vinden we het ook rechtvaardig om een eigen bijdrage te vragen, zoals is afgesproken in het coalitieakkoord. Dat doen we op bijna alle terreinen in de zorg. Natuurlijk zijn we niet doof voor de zorgen die er bij veel mensen en wijkverpleegkundigen leven. Daarom is een zorgvuldige uitwerking van belang. De minister geeft een eerste aanzet voor hoe ze die eigen bijdrage wil vormgeven. Het zou volgens ons ook goed zijn als ze in haar brief van voor de zomer een aantal opties uitwerkt over hoe we

dit zouden kunnen doen en hoe we ervoor kunnen zorgen dat de preventieve functie van de wijkverpleging zo goed mogelijk behouden blijft. Voor nu is mijn vraag: kan de minister al iets meer zeggen over waar ze bijvoorbeeld aan denkt? En is de minister ook bereid om breder te kijken dan specifiek de Zorgverzekeringswet, waar de wijkverpleging nu onder valt? Een optie zou zijn om een deel van de wijkverpleging bij de Wlz onder te brengen, waar al een eigen bijdrage geldt.

Tot zover.

De **voorzitter**:

Hartstikke goed, meneer Poortman. Er is een interruptie van mevrouw Van Brenk.

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

Onderwijl gaat mijn telefoon; dat is heel vervelend. Wij zijn echt mordicus tegen de eigen bijdrage voor de wijkverpleegkundige, want we weten hoe de wijkverpleegkundigen werken en hoe laagdrempelig zij zijn. Als zij een signaal krijgen van iemand uit de buurt en horen dat het echt slecht met iemand gaat, bellen ze ook aan. Je kunt nog niet zomaar binnenkomen. Dat vergt best wel meer tijd. Je moet daar dus vaker langsgaan voordat mensen je überhaupt binnenlaten. Als dat dan een prijskaartje heeft, dan kom je nooit meer binnen. Wat dan uiteindelijk resulteert, zal een veel zwaarder en groter probleem zijn voor de maatschappij. Ik ben dus wel benieuwd hoe het CDA dan toch vindt dat een eigen bijdrage voor de wijkverpleegkundige voor hen wel acceptabel is.

De heer **Poortman** (CDA):

Ik denk dat we dat in beginsel anders zien. Ik weet niet of de eigen bijdrage ervoor zorgt dat mensen geen wijkverpleging zouden willen. Het hangt vervolgens wel af van de uitwerking van dat voorstel. Daar ben ik heel benieuwd naar. Ik ben dus benieuwd waar de minister mee komt. Dat zullen wij kritisch volgen. Maar in beginsel zijn wij niet tegen, omdat ik mij afvraag of het niet ontvangen van wijkverpleging per se samenhangt met die eigen bijdrage.

De heer **Diederik van Dijk** (SGP):

Ik heb een vraag aan de heer Poortman. Het CDA is bij uitstek een partij die oog heeft voor de regio. In mijn bijdrage maakte ik melding van het tandartsentekort in Zeeland. Dat is echt extreem: 150 tandartsen op 400.000

mensen. Wat zou het CDA willen bewerkstelligen om dat tekort kleiner te maken? Is hij bereid om ook volop steun te geven aan een nieuwe opleidingslocatie in Zuidwest-Nederland, met het oog op nieuwe tandartsen?

De heer **Poortman** (CDA):

Goed punt; interessante vraag. Als ik "ja" zeg, kan ik dat niet goed overzien, dus dat doe ik niet, maar ik ben wel bereid om daar even naar te kijken en daarin mee te denken.

De **voorzitter**:

De heer Dobbe. Mevrouw Dobbe. Ik zat nog met "de heer Van Dijk in tweede instantie", excuus. Mevrouw Van Dobbe. Ik raak nu even in de war. Ik kijk eerst naar de heer Van Dijk. U wilt niet in tweede instantie? Mevrouw Dobbe is aan het woord.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

We zijn bijna gefuseerd in dit debat, zo! Mevrouw Dobbe had inderdaad nog een interruptie voor het CDA. Het CDA doet een pleidooi als voorstander van de eigen bijdrage in de wijkverpleging. Mevrouw Van Brenk zei net heel terecht dat wijkverpleegkundigen bijvoorbeeld zeggen dat ze dan niet meer bij mensen binnen zullen komen en dat een aantal ouderen niet meer gezien zullen worden. Er wordt breed gewaarschuwd dat ouderen hierdoor verwaarloosd kunnen raken en dat het grote problemen gaat opleveren. Tegelijkertijd zegt het CDA niet doof te zijn voor de signalen en de bezwaren die het hierover krijgt. Maar die bezwaren zijn superbreed: ze komen van zorgverleners, patiëntenorganisaties, ouderenorganisaties en experts. Hebben zij dan allemaal ongelijk? Waarom denkt het CDA: wij zien het toch anders; al die waarschuwingen kloppen niet en dit gaat allemaal niet gebeuren? Hoe weet het CDA dat zo zeker?

De heer **Poortman** (CDA):

Die zekerheid dat alles zo zal gaan, zoals u het zegt, herken ik niet bij mezelf. Ik denk alleen dat je op meerdere manieren in een samenleving en in de wijk kunt investeren. We hebben ook het gemeenschapsfonds. Daarbij kijken we überhaupt naar gemeenschappen en naar het versterken van de samenleving. Je moet het dus zien binnen een breder pakket dat de coalitie wil. Het hangt niet alleen samen met de wijkverpleging. De wijkverpleging is onderdeel van hoe we de samenleving zien en wat we willen investeren in de samenleving. Je moet het dus in dat kader zien. We vinden ook dat de kritische signalen meegenomen moeten worden in de uitwerking, maar het is

nu te vroeg om op voorhand te zeggen dat de eigen bijdrage alleen een onoverkomelijke barrière gaat vormen.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Het is natuurlijk niet te vroeg om dat te zeggen. Door de mensen die het werk doen en de mensen die zorg krijgen, wordt heel breed gewaarschuwd: doe dit niet. Er wordt niet gezegd: "Oké, je kan het doen. Voer het uit. We kijken mee om dit te voorkomen." Nee, ze zeggen: "Als je een eigen bijdrage in de wijkverpleging invoert, dan gaat het mis." Waarom kiest het CDA er dan toch voor, dit wetende? Het betreft namelijk de mensen die echt dit werk doen. Zij weten hoe het gaat in de praktijk. Waarom kiest het CDA dan toch voor deze maatregelen? Er zijn zo veel andere maatregelen die het CDA kan nemen. Dat doet het ook. Die steunen we vaak óók niet. Maar van deze maatregel is heel duidelijk dat je het niet moet doen. Waarom dan toch hieraan vasthouden?

De heer **Poortman** (CDA):

Omdat het niet zo zwart-wit is. We gaan niet alleen voor een eigen bijdrage in de wijkverpleging, maar we investeren ook in de wijk en in de gemeenschappen in de wijk. Het is en-en. Ik denk dat als je daarin investeert, als je omziet naar elkaar en daar oog voor hebt, het ook een andere functie kan hebben, naast de wijkverpleging. Het gaat dus niet alleen maar om de eigen bijdrage. We investeren tegelijkertijd in de wijk en in de gemeenschap.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Het CDA heeft het over "het totaalpakket" of "het brede pakket". Maar het brede pakket houdt natuurlijk ook in dat tegenover de investeringen in de buurten een hoog eigen risico staat en dat de tegemoetkoming voor de chronisch zieken wordt afgeschaft. Daarnaast komt er nog een eigen bijdrage in de wijkverpleging. Ik zou het CDA willen voorstellen: als u het brede pakket schetst, doe dit er dan bij. Het zijn namelijk dezelfde mensen die dit voor hun kiezen krijgen. Nu kom ik bij de eigen bijdrage in de wijkverpleging. Klopt het dat ik het CDA eigenlijk het volgende hoor zeggen? "Alle signalen nemen het gewoon voor lief. We gaan dit gewoon doen."

De heer **Poortman** (CDA):

Nee. Er geldt nu geen eigen bijdrage, dus alles wat daar nu over gezegd wordt, is een voorspelling. Het is een serieuze voorspelling. Die moet je meenemen in de uitwerking en serieus nemen. Je moet kijken hoe je het

vorm gaat geven. We gaan kijken naar de uitwerking en de uitvoerbaarheid ervan.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ik kan eigenlijk helemaal niks met dit antwoord en ik denk de mensen die deze signalen afgeven ook niet. De vorige keer, bij de begrotingsbehandeling VWS, stonden we plenair. Toen hadden we net een petitie ontvangen van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. Zij hadden toen meer dan 30.000 handtekeningen verzameld voor een petitie tegen de eigen bijdrage. We waren daar allemaal bij. De casemanagers dementie vertelden ons verhalen over wat het zou betekenen voor mensen als je een eigen bijdrage invoert. Dat is niet een stukje techniek, zo van: we gaan even kijken hoe we dit juridisch kunnen dichttimmeren. Dit gaat gewoon over het leven van mensen. Zij geven gewoon aan dat mensen hierdoor zorg zullen uitstellen en zorg zullen weigeren. Dat is niet een soort ... Dat is geen papier. Dat is gewoon de werkelijkheid waar mensen straks tegenaan zullen lopen. Ik zou u toch nog een keer willen vragen, meneer Poortman, om hier gewoon van af te zien. Die signalen zijn serieus. Het heeft ontzettend grote gevolgen voor mensen die de wijkverpleging zo hard nodig hebben.

De heer **Poortman** (CDA):

Nogmaals, die signalen zijn inderdaad helder en die moeten worden meegenomen in de uitwerking van deze plannen, maar voor nu is er geen reden om daar al van af te zien.

De **voorzitter**:

U was aan het einde gekomen van uw inbreng. Dan zijn we bij de volgende spreker. Dat is de heer Bevers namens de VVD.

De heer **Bevers** (VVD):

Dank, voorzitter. De eerstelijnszorg is de basis van de uitstekende gezondheidszorg in Nederland. Huisartsen, apothekers, tandartsen en diverse paramedici zoals diëtisten en fysiotherapeuten zorgen voor een solide en betrouwbare zorg, die bovendien dicht bij de patiënt thuis wordt geleverd. Ook in het coalitieakkoord onderkent de VVD, samen met de andere partijen, het nadrukkelijke belang van de eerstelijnszorg en de huisarts bij het kiezen voor passende zorg. Ik citeer er letterlijk uit: bij deze beweging hoort ook het verder versterken van de eerstelijnszorg en de toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Het continueren van de inhoudelijke en financiële afspraken

in de huidige akkoorden, zoals het AZWA, hoort daar vanzelfsprekend bij. Dat is ook op die manier geregeld.

De VVD staat ook voor de duidelijke keuze die gemaakt wordt voor passende zorg: zo dicht mogelijk bij mensen thuis. De eerstelijnszorg zal daar een onmisbare schakel in zijn en de huisarts zal hier een belangrijke rol bij spelen. Om de lijn van de passende zorg in de eerste lijn zo veel mogelijk te kunnen realiseren zijn voldoende huisartsen nodig en daarnaast artsen ouderenzorg en artsen verstandelijk gehandicapten. Het Capaciteitsorgaan adviseerde begin 2026 dat er meer huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG moeten worden opgeleid. Maar helaas, lang niet alle plekken worden opgevuld in onder andere de huisartsenopleiding. Die andere artsen zijn ook hard nodig om de huisartsen te ondersteunen in de eerste lijn. Mijn vraag aan de minister is hoe zij kijkt naar het pleidooi van onder andere de Landelijke Huisartsen Vereniging voor een nieuw gezamenlijk actieplan om meer huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG op te leiden.

Veel jonge huisartsen willen geen praktijkhouder meer worden omdat de regeldruk en de administratieve lasten te hoog zijn. Mijn vraag aan de minister is of zij bekend is met deze trend en wat zij kan doen om dat praktijkhouderschap in de volle breedte, dus ook huisvesting, aantrekkelijker te maken voor jonge huisartsen.

Doktersassistenten zijn ook een punt van aandacht binnen de huisartsenzorg. Er is met name een tekort aan stageplaatsen. Huisartsen willen graag hun bijdrage daaraan leveren, maar lopen aan tegen praktische beperkingen. Het tekort binnen de huisartsenzorg is echter wel heel groot. Is de minister het met de VVD eens dat gezien het grote aantal vacatures hier actie op nodig is? Is zij bereid om met de huisartsen in gesprek te gaan om te bekijken hoe beperkingen weggenomen kunnen worden?

Voorzitter. Passende zorg betekent soms ook geen zorg, omdat de klachten van de patiënt andere oorzaken hebben en niet op te lossen zijn door zorg, maar door bijvoorbeeld een omgeving waarin ruimte is voor ontmoeting. Het kabinet trekt extra geld uit voor de ontwikkeling van de zogenaamde zorgzame wijken en buurten. Sociale cohesie is namelijk niet afdwingbaar en anno 2026 niet meer vanzelfsprekend. Je zult dus moeten investeren om dat in gang te zetten. De VVD denkt dat het sociaal werk in brede zin een heel belangrijke rol kan spelen. De sociale omgeving is van belang bij het vinden van oplossingen rond bijvoorbeeld eenzaamheid, dementie en andere aandoeningen waarbij een medische interventie niet altijd de beste optie is. Wijkteams met sociaal werkers en andere professionals sluiten naadloos aan bij de ontwikkeling van de sociale cohesie in wijken en buurten. In het AZWA worden de nodige stappen gezet om de betrokkenheid van het sociaal domein te vergroten, maar ik wil nadrukkelijk de vraag aan de minister stellen hoe zij deze rol denkt definitief te gaan borgen, zodat dit een gegeven wordt van de dagelijkse praktijk.

Voorzitter. Ten slotte nog een opmerking over de versterking van de farmaceutische patiëntenzorg. Het is al een aantal keren genoemd, ook door de heer Claassen. Dat gaat met name over de term "ontpillen" en de vraag hoe je daarmee om kan gaan. Ik heb begrepen dat het mogelijk is om een aantal zaken rond medicatie-evaluaties te doen. Maar vaak gaat het dan om het totale pakket van medicijnen dat iemand slikt en niet om bijvoorbeeld een individueel middel en de ruimte om daarover het gesprek aan te gaan. Die vergoeding lijkt niet of slechts beperkt mogelijk. Mijn vraag aan de minister is heel concreet hoe zij hiertegen aankijkt. Is zij eventueel bereid om te kijken of daar een zogenoemde andere betaaltitel voor mogelijk is?

Tot zover, voorzitter.

De **voorzitter**:

Veel dank. Mevrouw Van Brenk heeft een interruptie.

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

De collega van de SGP sprak al over de huisartsenspoedzorg en over het feit dat daar, om die 24/7-beschikbaarheid te realiseren, zelfstandige huisartsen actief zijn die als zzp'ers nog weleens vastlopen op de nieuwe wet voor zelfstandigen. Ik ben benieuwd hoe de VVD daarin zit, want we moeten er wel voor zorgen dat dit mogelijk blijft. Hoe kijkt de VVD daartegenaan?

De heer **Beyers** (VVD):

Helemaal eens. Wij hebben in een heel vroeg stadium via de minister van VWS aan de minister van Sociale Zaken gevraagd om bij de uitvoering van de huidige wet nadrukkelijk een uitzondering te maken voor de huisartsenposten. We hebben daar als VVD een bijeenkomst over georganiseerd, waarbij we met huisartsen hebben gesproken die in die situatie zitten. We moeten daar echt ruimte voor creëren. Dat is echt een voorwaarde voor die Zelfstandigenwet. Juist voor de huisartsenposten geldt dat het vaak zelfstandige huisartsen zijn die op een aantal posten de avond-, nacht- en weekenddiensten draaien. Ik ben het helemaal met u eens. Ik vind het echt een voorwaarde voor de nieuwe Zelfstandigenwet dat dat goed geregeld is.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan komen we bij de volgende spreker van de zijde van de Kamer: de heer Bushoff namens GroenLinks-PvdA.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Nogmaals welkom aan iedereen op de publieke tribune, maar in het bijzonder aan de hele grote groep startende huisartsen die hier vandaag aanwezig is. Dat legt natuurlijk ook gelijk een klein beetje een hypotheek op dit debat. Zowel de Kamer als het kabinet zou erin moeten slagen om deze jonge huisartsen het gevoel te geven dat we hun problemen voldoende snappen en met oplossingen komen, zodat zij zo meteen allemaal blijven kiezen voor het prachtige huisartsenvak. Die druk ligt wel op dit debat, zeg ik ook in de richting van het kabinet.

Voorzitter. Vier minuten en vier onderwerpen die ik wil aanstippen: ik ga er snel doorheen. Ik probeer het in vier minuten te doen. Allereerst over de huisartsen. Die zijn echt het fundament van ons zorgstelsel. Nou zijn er een heel aantal voorstellen in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord en in de initiatiefnota die de Kamer twee jaar geleden heeft behandeld, geland om ervoor te zorgen dat er voldoende praktijkhoudende huisartsen zijn. Nu is het zaak om van papier naar praktijk te komen. Ik denk dat het belangrijk is dat het kabinet ook op reguliere basis de Kamer een uitvoeringsagenda doet toekomen waarin staat hoe het staat met al die voornemens uit die twee papieren boekwerken, namelijk de initiatiefnota en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord. Ik zou de minister willen vragen of zij in die uitvoeringsagenda ook de ervaringen van de jonge startende huisartsen wil meenemen.

Voorzitter. Heel specifiek ben ik nog benieuwd naar hoe het staat met het voorstel om jonge startende huisartsen meer ruimte en tijd te geven om een eigen praktijk op te starten, zodat ze dat niet alleen in hun "vrije tijd" -- ik zeg het expres tussen aanhalingstekens -- hoeven te doen. Daar zouden ze vanuit de zorgverzekeraars meer ruimte en tijd voor moeten krijgen. Daar ben ik dus nog specifiek benieuwd naar.

Ik heb het al eerder genoemd: de tarieven van de huisartsen zijn nu ontoereikend. Die moeten echt herijkt worden. De deadline voor wanneer dat moet gebeuren nadert, dus ik ben benieuwd of de minister daar inmiddels al iets over kan zeggen.

Voorzitter. Dan ga ik heel snel door naar apotheekzorg. Daarover heb ik eigenlijk één punt. We weten allemaal dat er geneesmiddelentekorten zijn. Op het moment dat er een tekort is aan een geneesmiddel, mag een apotheker een ander geneesmiddel dan voorgeschreven in het preferentiebeleid aankopen en dat verhandelen. Eventueel mag de apotheker zelfs iets uit het buitenland halen. Maar op het moment dat het geneesmiddel dat wordt voorgeschreven door het preferentiebeleid wel weer beschikbaar is, moet dat geneesmiddel weer verkocht worden door de apotheek en blijft de ingeslagen voorraad, die eventueel is geïmporteerd vanuit het buitenland, of dat andere middel dat als vervanging diende voor het middel dat even niet

beschikbaar was, gewoon op de plank liggen. Dat is zonde. Dat is geneesmiddelenverspilling. Ik zou willen dat we daar iets aan zouden kunnen veranderen. Is de minister dat met mij eens?

Voorzitter. Dan nog fysiotherapie. Daar is een onderzoek naar gedaan door de NZa. Zij hebben, even heel kort door de bocht gezegd, geconstateerd dat er niet zo veel aan de hand is. Toch zien we dat steeds meer fysiotherapeuten het vak verlaten en dat de verwachting is dat nog meer fysiotherapeuten het vak zullen gaan verlaten, terwijl dat echt een cruciale beroepsgroep is voor die eerstelijnszorg en voor passende zorg. Ik denk dat het belangrijk is dat we toch toegaan naar die minimumtarieven. Hoe kijkt het kabinet daarnaar?

Voorzitter, nog één onderwerp. We weten dat er soms veel gefraudeerd wordt in de zorg, geschat wordt een bedrag van 10 miljard. De NZa kwam laatst met het bericht dat er zo'n 311 miljoen aan winst is uitgekeerd in de zorg. Ik ben heel benieuwd wanneer we de Wet integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders kunnen verwachten en of de minister al iets kan zeggen over hoe deze wet eruit gaat zien.

Ook zou ik de minister een vraag willen stellen over specifiek de mondzorg voor ouderen. Zou het niet verstandig zijn om richtlijnen op te stellen voor wat nog zinvol is aan mondzorg voor ouderen? Zo las ik laatst het bericht dat er bij iemand van 90 jaar een declaratie van €10.000 is ingediend. Dat kan volgens mij niet de bedoeling zijn. Bovendien is het volgens mij zo dat ouderenzorginstellingen een bedrag krijgen voor mondzorg, maar dat die mondzorg ook nog eens door de tandarts gedeclareerd kan worden. Er zou dus sprake kunnen zijn van een dubbele declaratie. Klopt dat? Vindt het kabinet dat dan ook onwenselijk?

Voorzitter. Volgens mij ga ik door mijn tijd heen.

De **voorzitter**:

Ik wilde net zeggen "komt u tot een afronding?", dus u voelde het goed aan.

De heer **Beyers** (VVD):

Ik heb vanochtend dezelfde groep huisartsen gesproken. Ik heb daarbij de opmerking gemaakt dat het niet tot de basiscompetenties van Kamerleden behoort om soms de nuance te zoeken, maar ik ga het toch proberen bij collega Bushoff. Hij had het over winst- en dividenduitkeringen. We kennen het standpunt van GroenLinks-PvdA over privaat kapitaal in de zorg, maar ik ga toch proberen om met u een nuance te zoeken. We kunnen het wel heel erg platslaan en zeggen dat we het niet willen, maar in heel veel situaties -- ik ken dat zelf vanuit Leeuwarden -- zijn er praktijken die uitstekend functioneren volgens alle normen, met praktijkondersteuner, maar die wel als

bedrijf worden gerund, omdat er heel grote risico's in zitten die om private investeringen vragen, dus eigen geld dat ze meebrengen. Dat gebeurt soms in een bv en daar wordt inderdaad soms ook wat winst in uitgekeerd. Is collega Bushoff bereid om met mij te zoeken naar een manier waarop je ervoor zorgt dat dat soort bedrijven -- het geldt ook voor apotheken en een aantal anderen -- die wel kiezen voor een bedrijfsmatige benadering maar niet worden ...

De **voorzitter**:

De interrupties moeten echt korter, geen lange betogen.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ja, op zich wel, want laten we duidelijk zijn: een praktijkhoudende huisarts is in zekere zin ook gewoon een ondernemer en mag ook gewoon winst uitkeren. Loon aan zichzelf is bijvoorbeeld in principe de winst die een praktijkhoudende huisarts maakt. Daar is helemaal niks mee. Maar het gaat wel fout -- volgens mij zei de directeur van CZ dat vandaag ook nog in een groot krantenartikel -- op het moment dat winst belangrijker wordt gemaakt dan de kwaliteit van zorg. Dan schuurt het. We zagen dat dat het geval was bij het beruchte Co-Med en ik denk dat we dat ook zien in het geval van enkele praktijkvoorbeelden rondom de mondzorg, met name bij mondzorg die verleend wordt in de ouderenzorg. Waar moet je dan de balans zoeken? Die kun je bijvoorbeeld zoeken in die Wet integrale bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders, door voorwaarden te stellen aan wanneer er winstuitkeringen gedaan mogen worden. Dat kan bijvoorbeeld alleen als dat de kwaliteit van de zorg ten goede komt en alleen op het moment dat er voldoende weerstandsvermogen is en het bedrijf financieel gezond is. Al dat soort voorwaarden zou je moeten stellen aan winstuitkeringen in de zorg. Precies daarom is die wet, die nu nog op de plank ligt, zo hard nodig. Ik kijk er enorm naar uit om die wet te behandelen. We hebben in een eerder stadium al een aantal amendementen ingediend om die wet beter te maken. Dus ...

De **voorzitter**:

Meneer Bushoff ...

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dus vandaar mijn vraag wanneer die wet komt.

De **voorzitter**:

U had de vraag al beantwoord, meneer Bushoff. Een korte wedervraag van de heer Bevers.

De heer **Bevers** (VVD):

Een korte constatering. Ik denk dat met deze nuance GroenLinks-Partij van de Arbeid en de VVD het misschien wel eens meer eens kunnen zijn dan we soms denken.

De **voorzitter**:

Alles kan. Had mevrouw Wiersma nog een vraag? Ik zie dat dat niet zo is. De anderen ook niet, zo te zien. Dan komen we bij de volgende spreker. Dat is de heer Vervuurt namens D66.

De heer **Vervuurt** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Goede zorg begint in de buurt, bij een vaste huisarts die je kent en waar je snel terechtkunt als dat nodig is. De huisarts is de eerste plek waar mensen aankloppen met hun zorgen. Daardoor komen problemen zoals schulden, eenzaamheid, een ongezonde leefstijl of stress daar al vroeg aan het licht. Hele grote problemen, maar ook problemen die eigenlijk in het sociaal domein horen. Dat kan anders en dat kan beter. Wanneer we het sociaal domein en de huisarts beter op elkaar afstemmen, blijft de huisarts een vertrouwde plek om naartoe te gaan met medische vragen en kan het sociaal domein invulling geven aan de niet-medische problemen. Daarvoor moet de samenwerking met het sociaal domein wel goed georganiseerd zijn. Mijn fractie wil daarom werk maken van sterkere eerstelijnszorg, waarin de huisartsen, de wijkverpleging, de apothekers en het sociaal domein goed samenwerken, zodat mensen nu en in de toekomst sneller en beter geholpen worden. Hoe zorgt de minister ervoor dat deze samenwerking beter tot stand komt en er tegelijkertijd minder druk komt op de huisartsenzorg?

Voor steeds minder mensen is een vaste huisarts vanzelfsprekend. De toegankelijkheid staat onder grote druk. Neem de huisartsenzorg in de provincie Friesland. Daar zijn nu al te grote tekorten aan praktijkhouders en daar gaan de komende jaren tientallen huisartsen met pensioen. Als we niet ingrijpen, komen daardoor in 2030 naar schatting meer dan 100.000 Friezen zonder huisarts te zitten. Maar we zien ook goede initiatieven ontstaan in het veld. In Zeeland is er ook een groot tekort. Daar wordt nu beter samengewerkt en regionaal opgeleid. Zo zijn er steeds meer succesverhalen van praktijken die toekomstbestendig worden. In Bergen op Zoom scheidde

het openbaar delen van wachtlijsten van praktijken en de digitalisering van intakeprocessen bijvoorbeeld een jaar aan administratietijd. Hoe gaat de minister dit soort initiatieven ondersteunen en helpen opschalen? Hoe zorgt de minister ervoor dat deze aanpak en andere succesvolle aanpakken sneller worden uitgerold op plekken waar de druk het grootst is?

Voorzitter. We weten allemaal dat een huisartsenpraktijk niet alleen draait op de huisarts. Helaas is er ook aan doktersassistenten een groot tekort en staat de instroom onder druk, onder andere door een tekort aan stageplekken. Dat is natuurlijk dubbel wrang. Als we zo veel mogelijk doktersassistenten in de praktijk willen hebben, moeten we alles op alles zetten om stageplekken te realiseren. Wat doet de minister, samen met de minister van OCW, om het tekort aan doktersassistenten en stageplekken aan te pakken?

Voorzitter. De huisarts is waar men langsgaat met allerhande problemen. Laagdrempelige huisartsenzorg -- dat is vandaag al meerdere malen benoemd -- is dan ook enorm belangrijk voor ons zorgsysteem. Bij de huisarts word je geholpen of vind je de weg naar specialistische zorg wanneer nodig. Deze centrale plek van de huisarts biedt dan ook kansen, kansen om in te zetten op preventie en goed te verbinden met dat sociale domein. Als we alle partijen in de eerste lijn goed aan elkaar kunnen verbinden, wordt de patiënt beter geholpen, kan de huisarts zich bezighouden met waarvoor deze is opgeleid en kunnen we de zorg verbeteren voor iedereen. Daarom vindt D66 het zo belangrijk dat iedereen toegang heeft tot een vaste, fijne huisarts in de beurt. We rekenen erop dat de minister in de komende jaren alles op alles zet om die ambitie waar te maken.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dan bent u aan het einde gekomen van uw betoog.

De heer **Diederik van Dijk** (SGP):

Mevrouw Van Brenk stelde deze vraag aan de VVD en ik stel die nu aan D66; we hebben de interrupties een klein beetje verdeeld met elkaar. Het gaat om de vraag over het behoud van de flexibele schil van zzp-huisartsen, onder meer bij spoedposten en vergelijkbare situaties. Is ook D66 van mening -- ik hoor dat ook terug bij de VVD -- dat we de noodzakelijke flexibele schil moeten behouden in de nieuwe Zelfstandigenwet?

De heer **Vervuurt** (D66):

Voor ons is de continuïteit van de huisartsenzorg essentieel. Wij zien de onzekerheid en de spanning die de Zelfstandigenwet op dit moment creëert

in het veld. We vinden het heel erg belangrijk dat die spanning en onzekerheid worden weggenomen. Een van de oplossingen daarvoor kan zijn om in de Zelfstandigenwet ruimte te creëren waarbinnen de flexibele schil gewoon kan functioneren. Dat is voor ons geen doel op zich, maar het is wel belangrijk dat de continuïteit gewaarborgd wordt.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dit is toch de beproefde tactiek: als je te weinig tijd in je eigen inbreng hebt, kan je het ook nog in een interruptie kan fietsen. Ik heb dus een vraag voor de heer Vervuurt over C-support. Dat wordt afgeschaald. Dat is de ondersteuning waar mensen met long covid terecht kunnen als ze vastlopen in het sociaal domein of als ze niet weten waar ze naartoe moeten in de zorg. Ik denk dat een belangrijk probleem op dit moment is dat het kennisniveau over long covid nog onvoldoende is in het sociaal domein, bij verzekeringsartsen en op tal van andere plekken. Mijn vraag aan D66 is dus: zou het niet verstandig zijn om C-support nog een jaar langer te laten bestaan, met de specifieke opdracht om juist die kennis bij al die andere actoren te vergroten en zichzelf daarmee eigenlijk overbodig te maken, in plaats van C-support nu al helemaal af te schaffen?

De heer **Vervuurt** (D66):

Dat is een goede vraag van de heer Bushoff. Wij zien ook het goede werk dat C-support in de afgelopen jaren heeft gedaan. We hebben naar aanleiding van het PAIS-debat de intentie gezien om C-support sneller af te schalen dan aanvankelijk bedoeld. We weten allemaal dat de intentie was om de diensten die C-support levert, op de langere termijn te verankeren in de eerste lijn. Wat ons betreft zouden we dan vooral moeten focussen op het zo goed en zo snel mogelijk verankeren van de kennis en expertise die is opgebouwd binnen C-support in de eerste lijn, om ervoor te zorgen dat postcovidpatiënten en patiënten met andere PAIS-aandoeningen zo goed mogelijk geholpen worden. Dat is wat mij betreft het streven.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Ik heb een vraag over mondzorg en het vergoeden van tandartscontroles. De SP heeft namelijk meerdere malen voorstellen gedaan om ervoor te zorgen dat in ieder geval een jaarlijkse tandartscontrole vergoed wordt in het basispakket, zodat mensen ook naar de tandarts kunnen als ze weinig geld hebben. Nou heb ik hier een supergoeie, aangenomen motie. Die verzoekt de regering om een jaarlijkse tandartscontrole voor iedereen op te nemen in het basispakket. Die was niet van de SP, maar van mevrouw Paulusma, van D66.

Nu wordt deze motie niet uitgevoerd. Vindt D66 dat deze D66-motie zou moeten worden uitgevoerd?

De **voorzitter**:

Wat vindt D66?

De heer **Vervuurt** (D66):

Wat een onverwachte vraag! U kent ons programma. Deze motie is van onze hand. Onze opvatting in dat opzicht is inderdaad dat mondzorg zo goed mogelijk gecontinueerd zou moeten worden voor de mensen die dat het hardst nodig hebben. Een van de vormen daarvoor zou het opnemen van mondzorg in het basispakket kunnen zijn, maar we zitten in een coalitie. In een coalitie geef je en neem je bepaalde dingen. Deze coalitie heeft er met het oog op de houdbaarheid en betaalbaarheid van de zorg voor gekozen om dat niet te doen. Dat is het eerlijke antwoord.

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

We hoorden net een debatje tussen de VVD en PvdA-GroenLinks; sorry, ik ben nog niet aan de naam PRO gewend. Dat ging over winsten in de zorg. Die baren ons zorgen, maar ik ben eigenlijk wel benieuwd hoe D66 aankijkt tegen winst maken in de zorg.

De heer **Vervuurt** (D66):

Ik moet zeggen dat ik goed geluisterd heb naar de interactie tussen de heer Bevers en de heer Bushoff. Eigenlijk was mijn conclusie dat ik mij precies kon vinden in de nuancering waar zij elkaar vonden. Ik denk niet dat private financiering an sich een probleem is, maar dat er wel degelijk slechte uitwassen uit voortkomen, die ervoor zorgen dat zorggeld, dat voor het zorgsysteem bedoeld is, niet naar de zorgkwaliteit gaat. Ik denk dat dat uitwassen zijn die wij vrij Kamerbreed niet willen of niet moeten willen. Daar ben ik dan ook tegen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan de volgende spreker, mevrouw Dobbe namens de SP.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Dank u wel. Het kabinet is van plan het eigen risico weer fors te verhogen, tot €520. Het is een principiële slechte maatregel om mensen te straffen voor ziektes, voor pijn. Het eigen risico leidt tot ongelijkheid en zorgt voor een verdere privatisering van de zorg. Veel mensen mijden nu al zorg door de kosten. Dan is later meer complexe en duurdere zorg nodig. Het is dus ook nog eens duurder, maar er is nog een fundamenteel probleem met het eigen risico: het is namelijk wantrouwend richting de huisarts. De huisarts is een belangrijke poortwachter van ons zorgsysteem. Huisartsen verwijzen nu al maar ongeveer 5% van de zorgvragen door. Waarom krijgen de mensen waarvoor de huisarts heeft bepaald dat zorg echt nodig is, daarna nog een boete van €520? Welke reden heeft de minister om eraan te twifelen dat huisartsen dat doorverwijzen goed doen of goed zouden kunnen? Graag een heel concreet antwoord. En moeten de tarieven van de huisartsen niet omhoog? Bent u bereid om dat te doen?

Bijna een kwart van de mensen mijdt de tandarts vanwege de kosten. Mensen durven eerst niet meer te lachen en daarna niet meer te werken, te solliciteren of naar buiten te gaan. Dat gebeurt er als je aan iemands tanden of gebit kan zien hoeveel geld iemand heeft. Mondzorg is basiszorg. Toch wordt mondzorg voor mensen boven de 18 niet vergoed vanuit het basispakket. Het kost geld als je dit niet oplost. Volgens het Radboudumc kosten de productiviteitsverliezen door tandziekten ons namelijk meer dan 3 miljard euro per jaar. Waarom voert u de aangenomen motie van de SP niet uit? Waarom voert u ook de aangenomen motie van D66 niet uit om een jaarlijkse tandartscontrole te vergoeden?

Maar er is nu, op korte termijn, meer nodig dan dat. Er zijn structurele oplossingen nodig, maar we hebben ook de oproep gezien van Dokters van de Wereld en van andere organisaties. Zij pleiten voor een landelijk noodfonds als kortetermijnoplossing, om zo de mensen te helpen die nu ernstige gebitsproblemen hebben. Gupta heeft al eerder onderzocht welke opties hiervoor beschikbaar zijn. Wilt u ervoor zorgen dat dit er ook komt?

Maar liefst 19% tot 26% van onze mondzorg is in handen van private equity. Terwijl mensen met kiespijn rondlopen omdat ze de kosten niet kunnen betalen, worden sprinkhaankapitalisten rijk van onze mondzorg. De Kamer heeft al meerdere moties aangenomen om private equity uit de zorg te halen. Hoe kijkt de minister naar deze aangenomen moties en gaat ze die nu ook uitvoeren?

Het kabinet is van plan om een eigen bijdrage voor de wijkverpleging in te voeren; hier ging het al eerder over. Zorgverleners en patiënten waarschuwen ervoor dat meer mensen hierdoor verwaarloosd zullen raken en dat ouderen vaker te laat zullen worden gezien en sneller in het ziekenhuis komen te liggen. Hebben al deze zorgverleners, patiëntenorganisaties, ouderenorganisaties en experts, met de kennis die zij hebben vanuit hun werk en de ervaring uit de praktijk, volgens deze minister dan ongelijk met

hun waarschuwingen? Zo niet, waarom gaat de minister dan wel door met het invoeren van deze eigen bijdrage?

Dan wil ik nog iets zeggen over de wijkverpleging en de vijfminutenregistratie. V&VN waarschuwt namelijk dat het invoeren van een eigen bijdrage er, naast het opwerpen van een drempel voor mensen om zorg te krijgen, ook voor gaat zorgen dat administratieve lasten als een boemerang terug gaan komen. Denk aan de vijfminutenregistratie, die nog niet eens is uitgebannen. Hoe moeilijk is het om de aangenomen motie die zegt "geen vijfminutenregistratie meer in de wijkverpleging" uit te voeren? Als deze minister zegt "we krijgen de signalen niet" en "het komt maar weinig voor", dan zeg ik: pleeg een belletje naar V&VN; die zal iets anders zeggen. Maar dan nog: als iets weinig voorkomt, kun je het ook makkelijk uitbannen. Voer dus gewoon die motie uit.

Voorzitter, tot slot. Onverzekerde mensen worden soms geweigerd bij de huisarts. Ons voorstel, dat eerder ook is aangenomen, is om met een actieplan te komen om toegang van onverzekerde mensen tot de zorg te verbeteren. De eerste stap lijkt me om dit nu te gaan regelen. Wanneer gaat de minister dit doen? Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u zeer. Er is een vraag van de heer Poortman.

De heer **Poortman** (CDA):

Ik heb een vraag over de mondzorg, als dat kan. Om even buiten het financiële te komen: voor kinderen is mondzorg gratis, maar een hele grote groep kinderen gaat niet. Er is dus meer nodig dan alleen maar denken in termen van financiële prikkels; dat is trouwens wat ongelukkig uitgedrukt. Hoe kunnen we er, even los van het financiële aspect, samen voor zorgen dat grotere groepen mensen gebruik gaan maken van mondzorg? Kunnen we de SP misschien vinden als het gaat om ideeën of voorstellen richting de minister over hoe we kwetsbare groepen bereiken en ze bewegen om toch mondzorg te ondergaan?

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Dit heeft ook te maken met sociaal-economische gezondheidsverschillen. Mondzorg voor kinderen wordt inderdaad vergoed in het basispakket. Maar je ziet dat veel kinderen niet gaan. Ik ben voor alle voorstellen die ervoor zorgen dat kinderen wel gaan. Dan heb ik het zeker over kinderen uit wijken waar mensen wat minder geld hebben, want daar zie je dat kinderen minder vaak gaan. Ik heb in mijn eigen stad, Arnhem, bijvoorbeeld voorgesteld om

de schooltandarts weer in te voeren. Mensen die wat ouder zijn kunnen daar hele negatieve associaties bij hebben, maar die zijn tegenwoordig heel erg leuk en heel erg lief. Eigenlijk zijn ze dat ook altijd al geweest. Ze zijn ook heel effectief. Zij kunnen heel gericht dit soort problemen aanpakken en ervoor zorgen dat kinderen wel naar de tandarts gaan. Kinderen gaan vaak niet naar de tandarts omdat de ouders niet naar de tandarts gaan. Ouders gaan niet naar de tandarts omdat ze bang zijn voor de kosten. Ik zou het dus jammer vinden als je het helemaal los van elkaar trekt. Daarmee los je namelijk niet het onderliggende probleem op. Want als de ouders zelf meer naar de tandarts gaan, dan gaan de kinderen ook.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we bij de laatste spreker van de zijde van de Kamer aangekomen. Dat is de heer Van Meijeren. Hij spreekt namens Forum voor Democratie.

De heer Van Meijeren (FVD):

Dank u wel, voorzitter. Het wordt in Nederland steeds makkelijker gemaakt om ongeborn menselijk leven te doden. Dat gebeurt structureel, zowel in de huisartsenzorg als daarbuiten, in strijd met de wet. Dan heb ik het over de Wet afbreking zwangerschap. Die is voortgekomen uit de overtuiging dat het doden van ongeborn menselijk leven als een zo ernstige en ingrijpende maatregel moet worden beschouwd, dat het alleen kan worden aanvaard indien een noodsituatie voor de vrouw het onontkoombaar maakt. De wet bevat geen recht op abortus, maar beschrijft de uitzonderingsgevallen waarin het plegen van abortus niet strafbaar is. Daarvoor moet aan strikte voorwaarden zijn voldaan: de arts is verplicht om een of meer gesprekken met de vrouw te voeren, de arts is verplicht om de vrouw voor te lichten over alternatieve oplossingen voor haar eventuele noodsituatie, de arts is verplicht zich ervan te verzekeren dat het verzoek van de vrouw vrijwillig en weloverwogen is gedaan, de arts is verplicht om op grond van zijn eigen bevindingen te beoordelen of de behandeling verantwoord is te achten en het besluit als zodanig om over te gaan tot abortus dient te worden genomen door de vrouw en de arts gezamenlijk. De arts is dus geen formulierenverwerker. Nee, hij is een toetser met eigen plichten en verantwoordelijkheden. In de dagelijkse abortuspraktijk blijken deze strikte wettelijke eisen al sinds jaar en dag schaamteloos terzijde te worden geschoven. Uit verschillende wetsevaluaties is gebleken dat de meerderheid van de artsen geen alternatieven voor abortus bespreekt met de vrouw, terwijl de wet dat wel verplicht.

Het vorige week gelanceerde initiatief [Thuisabortus.nl](https://thuisabortus.nl) gaat nog een paar stappen verder. Via deze site hoeven vrouwen alleen nog maar online een

formulier in te vullen en binnen 24 uur ontvangen zij een recept voor de abortuspil, zonder dat er ook maar enig gesprek of enig menselijk contactmoment heeft plaatsgevonden. Erkent de minister dat het online verstrekken van abortuspillen in strijd is met zowel de Geneesmiddelenwet als de Wet afbreking zwangerschap? Hoe beoordeelt zij de uitspraken van de initiatiefnemer van deze website, die vorige week in het programma Dit is de Dag op Radio 1 zei: iedereen kan misbruik maken van deze website. Wat zijn volgens de minister de risico's van dergelijk misbruik? Is de minister bereid om er zorg voor te dragen dat de inspectie handhavend op gaat treden tegen dit initiatief? Kan zij in overleg met de minister van Justitie nagaan wat het handhavingsbeleid van het Openbaar Ministerie is ten aanzien van deze strafbare feiten? Het online verstrekken van de abortuspil, in strijd met de Geneesmiddelenwet, is immers een misdrijf op grond van de Wet op de economische delicten. Het daadwerkelijk verrichten van de abortus zonder dat is voldaan aan de vereisten van de Wet afbreking zwangerschap is een misdrijf op grond van het Wetboek van Strafrecht. De initiatiefnemers achter Thuisabortus.nl handelen dus niet alleen laakbaar, maar ook strafbaar.

We kunnen in deze Kamer met elkaar van mening verschillen over medische ethiek -- we kijken anders tegen abortus aan; daar voeren we debatten over - - maar we zouden het toch met elkaar eens moeten zijn dat de wet zoals die op dit moment luidt in ieder geval gehandhaafd moet worden en dat criminele abortuscowboys die alle regels aan hun laars lappen keihard moeten worden aangepakt? Want wettelijke bepalingen die gericht zijn op het beschermen van het ongeboren menselijk leven mogen niet verworden tot een dode letter.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dan zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Ik schors een halfuur, tot 14.50 uur. Dan gaan we luisteren naar het kabinet.

De vergadering wordt van 14.18 uur tot 14.55 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik heropen de vergadering. We zijn gekomen bij de eerste termijn van de zijde van het kabinet. De ministers Hermans en Sterk krijgen zo het woord, in de volgorde dat mevrouw Hermans als eerste gaat. Ik stel voor dat u ons even meeneemt in de blokken en de volgorde voordat u begint, mevrouw Hermans.

Minister **Hermans**:

Voorzitter, dank u wel. Ik zal inderdaad beginnen met de logistiek, met de volgorde. Ik begin met de vragen die in brede zin gesteld zijn over de eerste lijn; het is per slot van rekening het debat Eerstelijnszorg. Dan ga ik in op alle vragen die gesteld zijn over huisartsen. Dan volgt de apotheek. Daarna komen mondzorg en fysiotherapie; die doe ik in één blokje. Dan het mapje overig. Ik zal alvast voor de logistiek aangeven dat minister Sterk in zal gaan op opleiden, de wijkverpleging en regeldruk. Ze heeft ook een mapje overige aan de minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport gestelde vragen.

De **voorzitter**:

Hartstikke goed. Ik had voordat u begon nog even aan willen geven: het is bij deze hoeveelheid sprekers ook gewoon goed als u gewoon ingaat op de vragen; dat hoeft niet per fractie, maar wel gewoon op de vragen. Anders kan het heel lang duren. Het is dus aan u om alle vragen beantwoord te krijgen en aan de Kamerleden om goed op te letten of de vragen worden beantwoord, mevrouw Hermans.

Minister **Hermans**:

Aan dat laatste twijfel ik geen seconde.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ik heb een heel praktische vraag: waar valt alles rondom de Wibz, winstuitkeringen en commercialisering onder? Onder overig, zegt de minister. Kijk.

De **voorzitter**:

Onder overig bij het tweede deel van de beantwoording van het kabinet.

Minister **Hermans**:

Het manco van het mapje overig of varia is dat het lijkt alsof het geen belangrijke onderwerpen zijn, maar dat zouden wij allerminst willen beweren.

Voorzitter. Ook namens mij een heel hartelijk welkom aan de jonge huisartsen op de publieke tribune. Het is heel goed dat u hier in de zaal een debat volgt over eerstelijnszorg, waar de huisarts vanzelfsprekend een

ongelofelijk belangrijke rol in vervult. Het is fijn dat degenen voor wie wij samen met de Kamer het werk doen ons werk hier in de Kamer volgen. Uiteraard kom ik ook heel graag bij u en bij uw collega's in het land op bezoek, want het is andersom ook van het grootste belang dat we de plek bezoeken waar u uw werk doet, om hier het debat weer op een goede manier te kunnen voeren.

Voorzitter. Dat gezegd hebbend, sluit ik mij aan bij iedereen uit de Kamer die iets heeft gezegd over de eerstelijnszorg als het fundament van ons zorgsysteem en van goede, toegankelijke en betaalbare zorg zo dicht mogelijk bij huis; dat is nagenoeg iedereen geweest. Natuurlijk kunnen er dingen altijd beter, maar laten we ook stilstaan bij wat we hebben en koesteren wat we hebben. We mogen trots zijn op eerstelijnszorg waarin wijkverpleegkundigen, huisartsen, fysiotherapeuten, doktersassistenten en apothekers zich dagelijks inzetten om iedereen de juiste zorg en ondersteuning te geven. Het grootste deel van de zorgvragen in Nederland wordt ook afgehandeld in de eerste lijn.

Die eerste lijn is voor ons ook van het grootste belang om de afspraken over de beweging naar de voorkant en de preventie die we in het coalitieakkoord gemaakt hebben te kunnen waarmaken, maar we zien ook dat de toegankelijkheid van de eerste lijn onder druk staat. Zo weten we bijvoorbeeld dat niet iedereen een vaste huisarts kan vinden. De heer Claassen en de heer Van Dijk gingen daarop in; ik zal daar zo wat meer over zeggen. Het kabinet zet daarom stevig in op het versterken van de eerstelijnszorg, waarbij passende zorg de norm wordt. Dat begint met een belangrijke plek voor Thuisarts.nl, waar mensen terecht kunnen met vragen over gezondheid en zorg, want niet elke vraag over je gezondheid is een zorgvraag. Ik denk dan ook dat het goed is dat we Thuisarts.nl structureel kunnen financieren.

We zetten echter ook in op betere samenwerking binnen de zorg, met het sociaal domein en binnen zorgzame buurten. Daarmee kom ik eigenlijk gelijk op het antwoord op een vraag van de heer Vervuurt en de heer Poortman, namelijk: hoe doet u dat nou, ook in aanvulling op wat we in het AZWA hebben afgesproken? Ik denk dat het goed is om even met het volgende te beginnen. We hebben de sterke lokale teams, waarin, als ik het even kort mag zeggen, het sociaal domein georganiseerd is. In het AZWA hebben we afgesproken dat vanuit die sociale teams een linking pin moet zijn met de hechte wijkteams, waarin de meer medische kant georganiseerd is. Die hechte wijkteams worden ook weer ondersteund door regionale samenwerkingsverbanden, die echt kunnen helpen met het op een goede manier organiseren van de zorg én ondersteuning die nodig is. Deze samenwerking helpt om mensen op de juiste plek de zorg of ondersteuning te geven die zij nodig hebben zonder dat ze onnodig naar verschillende loketten worden doorgestuurd.

Mevrouw Van Brenk zei dat we wel moeten zorgen dat die regionale samenwerkingsverbanden geen praattafels worden. Ik heb eerder een keer in een debat gezegd: tafels zijn er niet voor de tafel, maar die zijn er om echt iets voor elkaar te krijgen. Die zijn er om betere samenwerking en betere afstemming voor elkaar te krijgen en om te zorgen dat wat in het sociaal domein kan worden opgevangen daadwerkelijk daar wordt opgevangen. Dat houden we natuurlijk in de gaten, want die regionale samenwerkingsverbanden krijgen een betaaltitel en krijgen ook financiering. Dan gaan we natuurlijk ook volgen of ze doen wat we hebben afgesproken voor dat geld en voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning.

De **voorzitter**:

Ik zie dat mevrouw Van Brenk wil interrumperen. Ik had echter nog niet aangegeven dat ik begin met drie interrupties en dat we even kijken hoe dat gaat met de tijd. Mevrouw Van Brenk, aan u.

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

Over de betaaltitels en de praattafels. Zijn praattafels nou hetzelfde als Regio Deals? Is dat nou een en hetzelfde?

Minister **Hermans**:

Nee. De regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden zijn echt samenwerkingsverbanden die bedoeld zijn om die hechte wijkteams, waar dus ook de link is met het sociaal domein, in organisatie te ondersteunen. Daar een betaaltitel aan geven, helpt om daar financiering naartoe te brengen en op die manier beter te kunnen sturen op het daadwerkelijk vormgeven van die passende zorg en ondersteuning. Het is dus niet een praattafel om problemen uit te praten. Het is echt bedoeld om de zorg en ondersteuning in de regio en in de eerste lijn te versterken.

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

Ik geef gewoon een voorbeeld. Dat is niet fictief, maar echt. Er is een zzp'er die een opdracht heeft gekregen om 60 voorzorgcirkels te gaan organiseren in Zeeland en daar staat een bedrag tegenover van 2 miljoen, terwijl ik weet - ik noemde het voorbeeld al -- dat in het Land van Cuijk welzijn dat zelf organiseert. Voor 2 miljoen kan je heel veel mensen aannemen. Laat ik het zo zeggen: ik maak me zorgen over of geld effectief besteed wordt en of dat niet op een slimmere manier kan. Ik hoop dat daar in ieder geval kritisch meegekeken wordt.

Minister **Hermans**:

Ik denk dat het goed is om hier iets te zeggen over de transformatiemiddelen -- ik denk dat mevrouw Van Brenk, als ik haar vraag goed beluister, daarop doelt -- en wat wij nu hier doen. Eerder al -- ik denk dat dat uit het IZA stamt - - hadden we een groot bedrag aan transformatiemiddelen beschikbaar om al aan deze bewegingen een eerste impuls te geven. We hebben met z'n allen geconstateerd dat veel van dat geld bij adviseurs en consultants terecht is gekomen en daar zijn we volgens mij met z'n allen kritisch op. Zo beluister ik ook de interruptie van mevrouw Van Brenk. Waar het hier over gaat, is dat we met z'n allen aan de IZA- en ook aan de AZWA-tafel, de tafel van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord, gezegd hebben: we moeten die beweging naar de voorkant, naar die eerste lijn, versterken en dat kan alleen als je die eerste lijn zelf ook versterkt. Daarvoor hebben we de stevige wijkteams en de hechte wijkverbanden waar de medische kant in georganiseerd is. Maar sommige dingen wil je natuurlijk regionaal organiseren en coördineren om te kunnen leren van elkaar in verschillende wijken, maar ook om dingen efficiënt te kunnen organiseren. Daarvoor is nu via de Zorgverzekeringswet per 2027 structurele financiering geregeld met die betaaltitel. Dat is dus wat anders dan die transformatiemiddelen die in een eerder stadium zijn vrijgegeven.

Voorzitter. Ik denk dat ik door wat ik heb gezegd over die hechte wijkverbanden en stevige teams, ook al iets heb gezegd over het stimuleren van de samenwerking tussen huisartsen en lokale teams. Daar vroeg onder anderen de heer Van Dijk naar, maar ook de heer Bevers stelde mij daarover een vraag. De praattafels heb ik ook gehad.

Dan was er nog een vraag van mevrouw Coenradie. Dat is eigenlijk mijn bruggetje naar het volgende onderwerp, de huisartsen. Hoe kan de huisarts als brede voordeur naar hulp worden versterkt, bijvoorbeeld via laagdrempelig contact via de huisartsenpraktijk? Ik zei net al iets over Thuisarts.nl. Dat is natuurlijk een vorm om te bekijken of je vraag echt een medische vraag is en of je ervoor naar de huisarts moet. Als daar nou uit blijkt dat het antwoord ja is, dan zijn er natuurlijk ook allerlei digitale middelen die je zelf kan raadplegen voordat je daadwerkelijk fysiek in de spreekkamer terecht komt. Misschien kan je daarmee alweer vragen afvangen. Zo heb ik de vraag van mevrouw Coenradie begrepen. Dat soort initiatieven zijn er. Het is natuurlijk zaak dat we dat met elkaar de komende jaren opschalen en ervoor zorgen dat dat door iedereen goed gevonden en goed gebruikt kan worden.

Voorzitter. Daarmee kom ik bij de vragen over huisartsenzorg. Ik zei al dat de eerstelijnszorg een fundament van ons zorgsysteem is. Ik denk dat daarbinnen de huisarts echt van onschatbare waarde is. Een aantal Kamerleden heeft mij vragen gesteld over wat ik ga doen om het tekort terug te dringen en huisartsen te helpen met huisvesting. Vorige week hadden we

het tweeminutendebat Huisartsenzorg en toen hebben we het gehad over de agenda huisartsenzorg, zoals die uit het AZWA volgt. Die agenda is tot stand gekomen door de initiatiefnota van de heer Bushoff. Of misschien moet ik "mede tot stand gekomen" zeggen, om ook de input aan de tafel wel recht te blijven doen. En natuurlijk mag de motie-Mohandis daarbij ook niet onvermeld blijven. Als Kamer en kabinet hebben we samengewerkt met alle partijen in het veld om tot die ambitieuze agenda te komen. Een van de afspraken daarin is dat we regionale tekorten willen terugdringen en dat zorgverzekeraars de ruimte krijgen om daarvoor regionaal financieel maatwerk te kunnen bieden, bijvoorbeeld als het gaat over die huisvestingsproblematiek. Dat betekent dus zoveel dat als blijkt dat als er een financieel knelpunt is voor het starten, het vinden of het betrekken van huisvesting, de zorgverzekeraar ruimte heeft om samen met de gemeente de startende huisarts daarbij een handje te helpen.

Voorzitter. De heer Poortman vroeg mij nog heel expliciet wat ik aanvullend op het AZWA ga doen. Daar wil ik even voorzichtig mee zijn. We hebben in dat AZWA echt een ambitieuze agenda met elkaar afgesproken. De inkt van dat akkoord is eigenlijk nog maar net droog. Dus ik zou het uitvoeren van die afspraken echt tijd en ruimte willen geven. We gaan de Kamer daar wel op regelmatige basis over informeren. Ik deed de heer Bushoff vorige week de toezegging om daar ook de acties uit de initiatiefnota aan te koppelen, zodat we met elkaar een goed beeld hebben van alle acties die we in gang zetten.

Voorzitter. Dan vroeg de heer Claassen, en overigens ook de heer Van Dijk, naar het inschrijfsysteem bij huisartsen. Sommige mensen willen graag wisselen en zouden daarbij geholpen kunnen worden. Aan het landelijke ruilen inschrijfsysteem wordt nu hard gewerkt. Partijen werken nu samen uit hoe dat er precies uit moet gaan zien. Dat zal voor de zomer echt weer een stap verder zijn. Ik zal de Kamer daar dan natuurlijk over informeren. Ik denk dat het heel erg gaat helpen, juist ook op de plekken waar we tekorten te zien, om mensen op een goede manier en met hulp van zorgverzekeraars naar een huisarts toe te leiden.

De heer Vervuurt vroeg mij hoe we naar de initiatieven in Zeeland kijken. Volgens mij is dat een voorbeeld van een provincie waar sprake is van tekorten en waar met goede initiatieven daarvoor een oplossing wordt gevonden. Zorgverzekeraars kijken natuurlijk ook hoe de lessen die daar en natuurlijk ook op andere plekken geleerd worden, gebruikt kunnen worden in het hele land. De mogelijkheid voor regionaal maatwerk kan er ook weer bij helpen om in dat type initiatieven aanvullend te investeren.

De heer Van Dijk vroeg mij of ik bereid ben om in gesprek te gaan met verzekeraars over hun rol bij het vinden van huisartsenzorg. Dat is eigenlijk het gesprek over de zorgplicht met verzekeraars. Dat gesprek hebben we bijna continu, zou ik willen zeggen, en op hele regelmatige basis, ook als we met alle partijen aan de AZWA-tafel zitten, want juist in het AZWA zijn er afspraken hierover gemaakt. Tegelijkertijd, los van al die afspraken, verwacht

ik van zorgverzekeraars dat zij hun zorgplicht invullen door voldoende huisartsenzorg in te kopen en dat als een verzekerde zich meldt, die ook actief wordt geholpen bij het vinden van een huisarts. Zorgaanbieders hebben daar natuurlijk zelf ook een verantwoordelijkheid bij. Als zij geen nieuwe patiënten aannemen, bijvoorbeeld door een patiëntenstop, dan dienen zij de verzekerde ook te wijzen op de mogelijkheid van zorgbemiddeling via de zorgverzekeraar. Kortom, daar loopt een heleboel. We houden in de gaten hoe dat gaat, onder andere via het AZWA. Een aanvullend, apart overleg lijkt me nu dus niet noodzakelijk, maar ik blijf het natuurlijk wel volgen via die AZWA-tafel.

Voorzitter. Een heel aantal Kamerleden vroeg mij hoe we jonge huisartsen gaan ondersteunen bij het opstarten van een praktijk. Een aantal van hen zit in de zaal, dus ik zal deze vraag heel precies en zorgvuldig beantwoorden, want de heer Bushoff riep mij daar ook toe op in zijn eerste termijn. Wat wij in de onderzoeken en op basis van gesprekken zien, is dat meer dan 80% van de jonge huisartsen praktijkhouder wil worden. Als het anders is, dan zie ik dat wel aan de reacties vanuit de zaal. Hier zit dus heel veel potentie die we moeten benutten. Ik zet mij daarvoor in, samen met partijen aan die beroemde AZWA-tafel en op basis van de afspraken die we daarover in de werkagenda gemaakt hebben. Daar hoort ook bij dat we de drempel verlagen om praktijkhouder te worden. Ik noemde net al dat de zorgverzekeraar de ruimte heeft voor financieel maatwerk, maar er zijn ook programma's die jonge huisartsen ondersteunen in hoe je dat nou moet doen, met allerlei praktische tips en adviezen. Ook daar kan dat regionale, financiële maatwerk een rol in spelen. Dus ik hoop zeer dat we via dat financiële maatwerk de financiële knelpunten maar ook een aantal praktische knelpunten die jonge huisartsen ervaren, kunnen oplossen of kunnen wegnemen, en dat we daarmee de potentie van die 80%, die de wens heeft om praktijkhouder te worden, in de toekomst ook gaan benutten.

Voorzitter. Mevrouw Wiersma had een vraag over het strategisch toelatings- en opleidingsbeleid. Ze wees op een voorbeeld uit Duitsland. Ik kan toezeggen dat ik dat gesprek samen met mijn collega van OCW ga voeren. Wij zien dat de instroom van geneeskundestudenten achterblijft in regio's waar ook tekorten aan huisartsen zijn. Dat is precies zoals mevrouw Wiersma dat schetste. Samen met OCW en natuurlijk de partijen in het veld werken we aan een verkenning hoe we huisartsen beter over het land kunnen spreiden. In eerste instantie kijken we naar de mogelijkheden die er bij opleidingsinstituten al zijn en hoe zij die eventueel nog beter kunnen benutten. Maar wij staan natuurlijk altijd open voor aanvullende goede ideeën. Ik verwacht dat mevrouw Wiersma mij dan vraagt wanneer ze daar meer over kan horen. Ik zal de Kamer daar voor de zomer over informeren.

De **voorzitter**:

Genoteerd.

Minister **Hermans**:

Voorzitter. Mevrouw Van Brenk vroeg mij om te reflecteren op wat we geleerd hebben van de situatie met Co-Med. Samen met betrokken partijen heeft VWS het faillissement laten evalueren. Daar komt bijvoorbeeld uit dat we veel beter signalen moeten gaan delen rondom discontinuïteit van zorg. Dat zit dan nog echt wel voor het faillissement. Dit gaat dus ook over het leren herkennen van dat type signalen en over waar je die dan kwijt kan. Dat is dus een belangrijke les waar nu ook aan gewerkt wordt: hoe implementeren we dat en hoe geven we dat vorm? Ik denk dat ook belangrijk is dat er naar aanleiding van het rapport De opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg, van de NZa en de IGJ, door de beroepsgroep is gewerkt aan concretisering van de kernwaarden van huisartsenzorg, ook om de inkoop door zorgverzekeraars en natuurlijk het toezicht van de IGJ en de NZa aan te kunnen scherpen. Dat is ook onderdeel van de agenda. Begin maart heb ik daarvan een eerste uitwerking naar de Kamer gestuurd. In de voortgangsrapportages zal ik er natuurlijk steeds op in blijven gaan hoe dat verdergaat. We werken natuurlijk ook verder aan het weren van niet-integere zorgaanbieders. Daarop zal de minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport zo meteen nog nader ingaan, waaronder op de Wibz.

Voorzitter. Dan kort de vraag van de heer Poortman over de bekostiging voor de toekomst en segment 3. Het klopt dat de heer Poortman mij daarnaar vroeg tijdens het tweeminutendebat van afgelopen donderdag. Het gesprek heeft nog niet plaatsgevonden, maar het gaat plaatsvinden. Dat heb ik toegezegd. Voor de zomer zal ik de Kamer daarover informeren.

In het verlengde daarvan had de heer Bushoff een vraag over de tarieven in de huisartsenzorg en de herijking daarvan. Hij zei dat de deadline nadert. De NZa is nu bezig met de uitwerking van de uitspraak van het College van Beroep. Medio mei 2026 zal de uitkomst daarvan met ons, en daarmee dus ook met de Kamer, gedeeld worden. Dan gaan we daar natuurlijk vervolg aan geven, maar ik moet die echt even afwachten. Maar het klopt dat de deadline nadert. Ik kan vanaf vandaag zeggen dat die volgende maand is.

Mevrouw Dobbe vroeg mij: moeten de tarieven in de huisartsenzorg niet omhoog? Volgens mij hadden wij het daar vorige week in het tweeminutendebat ook al even over. De NZa bepaalt de tarieven en kijkt nu, naar aanleiding van die uitspraak, dus ook naar de tarieven in het verleden, die tussen 2023 en 2025. Zoals gezegd komen medio mei 2026 de uitkomsten daarvan. Daarnaast heb ik, zoals ik ook tegen de heer Poortman zei, toegezegd dat ik het gesprek voer over de toekomstige bekostiging naar aanleiding van afspraken in het AZWA. De stand van die gesprekken en die uitkomsten zal ik voor de zomer met de Kamer delen.

Voorzitter. Dan vroeg mevrouw Van Brenk mij nog naar het belang van 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbare huisartsenspoedzorg. Dat deel ik

met mevrouw Van Brenk. Het is ook een groot goed dat huisartsen de verantwoordelijkheid hebben voor die 24/7-zorg, want dat zorgt natuurlijk voor een heel belangrijke schakel in onze keten, de acute zorgketen, moet ik zeggen, in de avond, de nacht en het weekend. De beroepsgroep ziet dat belang ook. Er is ook geen sprake van dat we dit anders zouden gaan organiseren.

Daarmee ben ik ingegaan op de vraag van mevrouw Van Brenk en kom ik bij de vragen over de apotheken.

De voorzitter:

Voor ik u dat laat doen, kijk ik even of er nog vragen zijn over het blok huisartsen. De heer Bushoff had als eerst een interruptie gereserveerd.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Ik denk dat we allemaal met smart wachten en ons afvragen of de voorstellen die allemaal op papier zijn geland, ook daadwerkelijk goed uitpakken in de praktijk. Dat gaan we in de komende tijd zien. Op één punt wil ik eigenlijk nog iets meer van de minister weten. Dat gaat over het feit dat veel jonge huisartsen zien dat hun beroep in de afgelopen jaren veranderd is. Er is steeds meer op het bordje van de huisartsen terechtgekomen. Een praktijk runnen is inmiddels veel meer werk dan een heel aantal jaar geleden een praktijk aan huis hebben. Daarmee beginnen vraagt dus ook veel meer van jonge startende huisartsen. Dat in combinatie met een jong gezin kan heel veel tijd kosten en voor veel belasting zorgen. Ik wil de minister vragen of het in dat licht niet verstandig zou zijn om jonge startende huisartsen de mogelijkheid te geven, al dan niet via zorgverzekeraars, om in die beginfase tijd "vrij te kopen", om het zo maar even te noemen, om een praktijk op te starten en te runnen, zodat ze aan de andere kant ook nog wat tijd over kunnen houden, misschien wel voor hun jonge gezin.

Minister Hermans:

Ik realiseer me heel goed wat de heer Bushoff zegt, namelijk dat er heel veel komt kijken bij het starten van een praktijk en daarna natuurlijk ook bij het leiden daarvan. Ik realiseer me dat dat zeker geldt voor het opstarten, wat tijd vraagt als je ook een jong gezin hebt; overigens vraagt dat ook veel tijd dat je dat niet hebt. Daarom zei ik net dat het financiële regionale maatwerk niet alleen bedoeld is voor sec de huisvestingsvraag -- als er een financiële drempel is om een ruimte te huren of te betrekken, dan kan de verzekeraar daar een rol in spelen -- maar dat het ook kan gaan om tijd om het opzetten van de praktijk voor elkaar te krijgen. Dat vindt wel echt plaats in het overleg tussen de verzekeraar en de huisarts, omdat het budget voor dat financiële

maatwerk bij de zorgverzekeraar zit. Het is echt bedoeld om dat praktijkhouden een impuls te geven. Ik zie de heer Bevers aandachtig kijken. Hij vroeg ook of we de trend zien van de terugloop in het aantal praktijkhoudende huisartsen. Ja, die zien we. En we zien de potentie: een hele grote groep, 80% van de jonge huisartsen, zou graag praktijkhouder willen worden. We moeten dan wel helpen. Dat kan dus via dat financiële maatwerk door drempels financieel en in tijd weg te nemen.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ik heb toch één vervolgvraag hierop, om het even wat scherper te krijgen. Eén: hoeveel is dat budget? Is het inderdaad echt zo dat van dat budget ook precies het voorstel dat ik noemde gefinancierd kan worden? Valt dat binnen de reikwijdte van dat budget, ja of nee?

Minister **Hermans**:

We hebben dus het financiële maatwerk en we hebben ook apart nog startsubsidies voor jonge huisartsen, begrijp ik. Ik heb nu even niet de exacte bedragen paraat. Dat wil ik wel even nagaan. Als de heer Bushoff daar prijs op stelt, kan ik zo meteen in tweede termijn ook nog even terugkomen op wat daar heel precies onder valt.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Dit was het blokje huisartsen, toch? Ik had ook nog gevraagd naar het eigen risico, want het kabinet wil het eigen risico verhogen en het lijkt mij dat we dat ook hier in de context van de huisartsenzorg moeten bespreken. Het eigen risico, een boete op ziek zijn, met fundamentele problemen, wordt dan €520. Nog los van het feit dat mensen er niets aan kunnen doen en worden gestraft omdat ze ziek zijn, is de huisarts ook de poortwachter. Die verwijst mensen door. Op het moment dat de huisarts mensen doorverwijst, komen ze in de zorg terecht waarbij ze eigen risico moeten betalen. Mijn vraag was volgens mij heel concreet. Waar komt het wantrouwen van deze minister vandaan dat huisartsen dit niet zo goed zouden doen? Als zij dit goed doen volgens deze minister, dan is dat eigen risico een hele rare maatregel. Daarom heb ik deze vraag gesteld. Daar wil ik graag een antwoord op.

Minister **Hermans**:

Die vraag zat in mijn mapje overig, maar ik beantwoord hem met alle plezier en liefde nu. Ik heb er het volste vertrouwen in, meer dan dat, dat onze huisartsen, alle huisartsen in Nederland, met hun professionaliteit en deskundigheid doorverwijzen als dat moet en medisch noodzakelijk is en dat

ze dat niet doen als dat niet nodig is en het kan worden opgelost in de huisartsenpraktijk of mogelijk in het sociaal domein of als via een praktijkondersteuner de weg naar bijvoorbeeld de ggz kan worden ingezet; ik noem maar even wat. Dat vertrouwen heb ik volop. Met de koppeling die mevrouw Dobbe hier maakt met het eigen risico, ben ik het gewoon niet eens. Dit kabinet kiest voor een verhoging van het eigen risico; dat is zo. Ik weet dat mevrouw Dobbe en ik het daarover oneens zijn, maar dat doe ik -- dat doet dit kabinet -- vanuit een andere invalshoek, namelijk het overeind houden van de solidariteit van en in ons zorgstelsel. In ons zorgstelsel is het zo dat gezonde mensen meebetalen voor zieke mensen en is het zo dat hogere inkomen meer meebetalen aan de totale financiering van de zorg. Het eigen risico is inderdaad een bijdrage die je betaalt als je gebruikmaakt van de zorg. Daar gaan we overigens wel trancheren, zodat je niet in één keer die, €385 -- dat is het nu nog, maar straks na indexatie en verhoging is dat een hoger bedrag -- kwijt bent. En we hebben natuurlijk de zorgtoeslag om kwetsbare mensen daarbij te helpen. Die verhoging is ongelooflijk belangrijk om de toegankelijkheid, de betaalbaarheid én de solidariteit overeind te houden en staat helemaal los van het vertrouwen dat ik heb in huisartsen, in dat zij op het juiste moment de medisch noodzakelijke doorverwijzing daadwerkelijk doen.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Er gaan toch wel een aantal dingen echt fundamenteel mis in deze redenering. De minister zegt dat zij vertrouwen heeft in de huisartsen, in dat zij mensen doorverwijzen die zorg nodig hebben en dat zij dat goed doen. Dan verwijzen zij dus door op het moment dat dat nodig is. Op het moment dat mensen echt zorg nodig hebben, zegt deze minister: dan heffen wij een boete van €520 en dat noemen we dan "het overeind houden van de solidariteit". Dat gaat er bij mij niet in. Als deze minister er echt op zou vertrouwen dat dit om mensen gaat die zorg nodig hebben, die echt zorg nodig hebben en dat niet voor het plezier doen -- dat is ook een gek mensbeeld -- waarom dan dat eigen risico, met de wetenschap dat mensen zorg gaan mijden en dat het waarschijnlijk veel duurder uitpakt? Dus die redenering klopt gewoon niet.

Minister **Hermans**:

Op het moment dat de huisarts iemand doorverwijst naar het ziekenhuis, naar medisch-specialistische zorg, dan vragen wij aan die mensen een bijdrage aan de zorgkosten. In de afgelopen jaren hebben we die bijdrage bevroren op een vast bedrag en dat heeft tot gevolg gehad dat de zorgpremie, die wij allemaal betalen, fors extra is gestegen. Dat raakt dus aan solidariteit. Het zijn namelijk communicerende vaten, het eigen risico en de zorgpremie. Dat is de reden dat wij zeggen: wij gaan dat eigen risico

verhogen en we gaan weer indexeren, om daarmee de bijdrage die iedereen betaalt via de zorgpremie, de ontwikkeling daarvan, meer in balans te brengen.

Dan over zorgmijding. Mensen die medische zorg nodig hebben, moeten die krijgen. Dus daar waar de financiën een drempel zijn, is het aan ons om te kijken hoe we dat met beleid -- met flankerend beleid, om maar zo'n beleidsterm te gebruiken -- zo veel mogelijk tegen kunnen gaan. Maar dan moeten we daar ook in de breedte naar kijken, want we weten ook dat financiële redenen niet de exclusieve redenen zijn voor zorgmijding. Daar kunnen ook heel veel andere redenen aan ten grondslag liggen. Dat brengen we nu preciezer in kaart, zodat we ook daar actie op kunnen zetten. Tot slot hebben we natuurlijk ook in antwoord op de motie van de heer Stoffer bij de regeringsverklaring gezegd dat we kijken hoe de stapeling van zorgkosten, waar ook de eigen bijdragen, zoals de eigen bijdrage wijkverpleging, en het eigen risico een rol in spelen, uitpakt. Daarom is er ook een envelop in het regeerakkoord om daar nog iets aan te kunnen doen.

De voorzitter:

Duidelijk. U was gekomen bij het blok apotheek.

Minister Hermans:

Ja, voorzitter. Ik begin met vragen die gesteld zijn over het ontpillen, een nieuw woord dat ik in voorbereiding op dit debat heb geleerd. Ik begin met de motie van Inge van Dijk daarover die er ligt, met de voortgang daarvan. Niet iedereen kent die motie mogelijk. Die vroeg om alternatieve bekostiging waarmee ontpillen niet ontmoedigd wordt te onderzoeken en dat gesprek met de apothekersorganisatie en Zorgverzekeraars Nederland te voeren. Dat gesprek is gevoerd en daaruit blijkt dat de partijen zien dat er in de contractering van apothekers door zorgverzekeraars ruimte is voor het maken van afspraken over dat zogenaamde "ontpillen". De huidige bekostiging is volgens die partijen geen directe belemmering en biedt dus juist mogelijkheden en ruimte om die afspraken te maken. Dus daar zetten we nu op in. Dat neemt niet weg dat ik weet en ook hoor, ook uit inbrengen in dit debat, dat het een brede wens is om meer zorgverlening vanuit de apotheek mogelijk te maken die zit op ontpillen en op het verminderen van medicijngebruik. VWS heeft toegezegd om die transitie te willen leiden en om dat natuurlijk samen te willen doen met alle veldpartijen. Het onderwerp ontpillen blijft dus absoluut op de agenda.

Onder anderen mevrouw Maeijer vroeg hoe we de verspilling en ook de vernietiging van teruggebrachte ongebruikte medicijnen voorkomen. Ik ben het helemaal met haar eens dat de vernietiging van ongebruikte medicijnen zonde is; dan druk ik me nog voorzichtig uit. Je wil die verspilling en daarmee

dus vernietiging voorkomen, in de eerste plaats aan de voorkant door medicijnen gepast voor te schrijven en te verstrekken aan patiënten en door hen te ondersteunen bij het juiste gebruik daarvan. Ik heb al iets gezegd over het gesprek over het tegengaan van die verspilling. Op dit moment is het door Europese wetgeving nog niet mogelijk om medicijnen die teruggebracht worden, opnieuw te gebruiken, maar er zit een herziening van de Europese wetgeving aan te komen. Nederland heeft zich er in de onderhandelingen daarover hard voor gemaakt om dit in de toekomst wel mogelijk te maken en om de heruitgifte van ongebruikte geneesmiddelen mogelijk te maken onder strikte voorwaarden, want hierbij zijn veiligheid en zorgvuldigheid natuurlijk van groot belang. Dat is gelukt; dit staat nu in het politiek akkoord. Dat moeten we nu gaan uitwerken; dat moet nu afgerond worden in Europa en dan moeten wij het uitwerken in wetgeving. De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat dat nog wel even gaat duren, want dat soort trajecten hebben even tijd nodig. Ik verwacht dat dat nog wel drie jaar nodig heeft.

Voorzitter. In aanvulling op het tegengaan van verspilling en overmedicatie hebben we de Green Deal Duurzame Zorg; dat zeg ik specifiek in de richting van de heer Poortman. Daarin zijn allerlei schaalbare en impactvolle initiatieven opgenomen die verspilling van geneesmiddelen aanpakken. Dat gaat over voorraadbeheer en kritisch kijken naar herhaalmedicatie. Daar waar nodig ondersteunen wij dat natuurlijk, maar dit zijn de initiatieven die we verder moeten brengen.

Voorzitter. Dan de vraag van de heer Bushoff. Als een preferent middel even niet beschikbaar is en een alternatief middel wordt ingekocht, blijft het alternatieve middel op de plank liggen wanneer het preferente middel er weer is. Dat is een andere vorm van verspilling. Wij zien dat de voorraden bij apotheken beperkt zijn. Daar valt de verspilling dus mee. De voorraden liggen grotendeels bij de groothandels, die meer flexibiliteit hebben in hun afzet of verspreiding van de middelen. Daar komt bij dat de apotheek het alternatieve middel maar in een beperkte periode ter hand mag stellen nadat het preferente middel weer beschikbaar is gekomen. Zoals de heer Bushoff natuurlijk weet, werken we op dit moment aan een onafhankelijke evaluatie van het preferentiebeleid. Ik zal het onderwerp verspilling daar een plek in geven. Mocht dit specifieke punt daarin aan de orde blijken te zijn, dan kom ik daar natuurlijk precies op terug, maar dit is het beeld dat ik nu heb.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Om het heel precies te schetsen: ik hoorde de minister zeggen dat er op het moment dat het preferente middel weer beschikbaar is, een periode is waarin het alternatieve middel dat ofwel in het buitenland via de ontheffing ofwel in Nederland ingekocht is omdat tijdelijk een ander middel dan het preferente middel beschikbaar werd gesteld, nog verkocht mag worden door de apotheek. Hoelang is die periode? Ik hoorde dat er eigenlijk helemaal geen overgangperiode is en dat het preferente middel weer strikt geleverd moet

worden vanaf het moment waarop dat preferente middel weer beschikbaar is. Voor mij zou het dus nieuw zijn als er een overgangperiode zou zijn. Als dat zo is, zou ik van de minister willen horen hoelang die overgangperiode dan is en hoe die er precies uitziet.

Minister **Hermans**:

Dat is een terechte vraag. Die had ik natuurlijk kunnen verwachten. Dus toen ik "beperkte periode" hoorde, had ik dat gelijk even moeten navragen. Ik begrijp die vraag, dus ik zal het navragen. Dat is een tweede punt van de heer Bushoff waar ik op terugkom in tweede termijn.

Voorzitter. De heer Bevers had een vraag over de medicatie-evaluaties en of ik bereid ben om te kijken of daar een betaaltitel voor mogelijk is. Dit soort evaluaties, waaronder medicatiebeoordelingen -- volgens mij noemde de heer Bevers die ook expliciet -- kunnen bijdragen aan goede patiëntenzorg bij medicijngebruik en bij het minderen en stoppen, het beroemde "ontpillen". We hebben hierover gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars en apothekers. Zoals ik net al zei, hebben zij aangegeven de ruimte te zien om hierover afspraken te maken in de contractering. Dat zullen we blijven volgen, en intussen zullen we de zorgfunctie van de apotheken wel versterken, want dat zit natuurlijk onder de vraag van de heer Bevers. Dat deel ik helemaal.

Mevrouw Coenradie vindt dat het model van "laagste prijs plus bandbreedte" meer onderbouwing vergt; wat heb ik daar nu mee gedaan? We werken nu dus aan de evaluatie van het preferentiebeleid. Die evaluatie wil ik graag afwachten, in combinatie met de toezegging die ik net aan de heer Bushoff deed. Nu voorsorteren op andere modellen vind ik daarom voorbarig. Er is onvoldoende onderbouwing. Dat blijft dus zo. Omdat ik de evaluatie van het preferentiebeleid wil afwachten, ben ik nu namelijk ook niet bezig om die onderbouwing verder uit te werken. Maar met de uitkomsten van de evaluatie ga ik natuurlijk aan de slag.

Mevrouw Coenradie vroeg ook nog naar de concrete maatregelen in het geval van medicijntekorten en financiële onzekerheid. De signalen die wij daarover krijgen van apothekers, nemen we uiteraard zeer serieus. We hebben het zo georganiseerd dat zorgverzekeraars en apothekers hier afspraken over maken in de inkoopgesprekken. Voor zover dat niet gebeurt, zal ik dit blijven nagaan zodat het wel gebeurt. Ook hebben we de Landelijke Eerstelijns Farmacie en de Vereniging van Jonge Apothekers uitgenodigd om in gesprek te gaan over de problemen die zij signaleren en om verbeteringen te verkennen.

Mevrouw **Coenradie** (JA21):

Ik zou in ieder geval willen zien dat deze minister expliciet met apothekersverenigingen in gesprek gaat. Zij hebben meermaals een brandbrief gestuurd. We hebben naar aanleiding van die brandbrieven ook schriftelijke vragen gesteld. Het verhaal is dat die apothekers nu simpelweg financieel moeten bijleggen op het moment dat zij niet het uitgeschreven recept kunnen geven. Ik vind dat een kwalijke zaak. Het kan toch niet zijn dat een ondernemer, zoals een apotheker, financieel moet bijleggen en dat wij eigenlijk maar een beetje blijven wegstippen; los van het feit dat heel veel medicijnen simpelweg niet te verkrijgen zijn. Dit gaat niet over tientallen mensen; dit gaat inmiddels over miljoenen mensen.

Minister **Hermans**:

Het vraagstuk van geneesmiddelenkortingen is een apart vraagstuk en heeft absoluut mijn en onze aandacht, zeker in de huidige geopolitieke situatie. Voor dit specifieke vraagstuk hebben we aandacht gevraagd bij zorgverzekeraars en apothekers. Er vindt natuurlijk doorlopend overleg plaats. Ik zal dus ook zorgen dat we dit nagaan: we hebben er aandacht voor gevraagd, dus wat gebeurt er nu mee, wat doet u er nu mee? Zoals ik zei, gaan we met de Landelijke Eerstelijns Farmacie en de Vereniging van Jonge Apothekers in gesprek om het ook in het algemeen te hebben over de problemen en mogelijke verbeteringen die ze zien. Daar zal ik ook dit specifieke punt bespreken. De uitkomsten daarvan zal ik uiteraard met de Kamer delen. Nu krijg ik de vraag wanneer die uitkomsten komen, maar ik weet niet exact wanneer we dat gesprek voeren en wanneer ik een brief stuur. Die brief komt er dus aan. Ik zal zo laten weten wanneer we die brief sturen.

De **voorzitter**:

Daar komen we nog op terug; dat is goed. De minister vervolgt.

Minister **Hermans**:

Voorzitter. Mevrouw Maeijer stelde mij ook nog een vraag over preferente medicijnen. Zij vroeg: wat als die niet beschikbaar zijn? Ik denk dat ik daar net al wat over heb gezegd, maar heel kort: als een preferent medicijn niet beschikbaar is, wijzen zorgverzekeraars tijdelijk een ander medicijn als preferent aan. Dat medicijn wordt dan ook gewoon vergoed.

Voorzitter. Dan wil ik overgaan naar de mondzorg en de fysiotherapie. Ik begin met de vragen van de heer Van Dijk, mevrouw Van Brenk en mevrouw Dobbe over het vergoeden van de periodieke tandheelkundige controle voor volwassenen via het basispakket. Volgens mij zei mevrouw Van Brenk het zelf al in haar inbreng: tandartscontroles zonder medische indicatie voldoen niet

aan het wettelijk criterium van de Zorgverzekeringswet zoals we dat hebben afgesproken; dat is ook de reden waarom ik die stap nu niet zet. Het Zorginstituut heeft dat op verzoek van mijn voorganger ook nog een keer getoetst. Daarnaast is er ook een financiële reden -- daar zal ik heel eerlijk over zijn -- want als je dat doet, heb je daar ook geld voor nodig. Er is niet gekozen om daar nu geld voor vrij te maken en dat toe te voegen aan het pakket.

Voorzitter. De heer Van Dijk vroeg nog of ik hier een kosten-batenanalyse voor wil maken. Dat is dus al gebeurd in 2024. Die analyse is eind 2024 opgeleverd. Door een gebrek aan structurele data was het voor het Zorginstituut niet mogelijk om de baten te koppelen aan de scenario's. In plaats daarvan hebben ze wel een maatschappelijke-impactanalyse uitgevoerd. Daaruit kwam naar voren dat er bredere baten zijn, maar dat het moeilijk vast te stellen is wat de precieze impact is van goede of verbeterde mondgezondheid.

Dan de vraag van mevrouw Maeijer over de mondhygiënist op het consultatiebureau. Er is in de afgelopen jaren door alle betrokken partijen heel hard gewerkt aan de inzet van de mondzorgcoach bij de lokale jeugdgezondheidszorgaanbieder. Dat is gelukt: per januari 2026 is de mondzorgcoach onderdeel geworden van de reguliere mondzorgbekostiging in de jgz. Ik denk dat dat een belangrijke stap is voor de samenwerking tussen de publieke gezondheidszorg en de mondzorg voor kinderen.

Voorzitter. Mevrouw Dobbe vroeg naar private equity, specifiek in de mondzorg, als ik het goed heb beluisterd. Zij vroeg hoe ik daarnaar kijk en hoe ik de aangenomen motie-Dijk/Dobbe ga uitvoeren. Ik denk dat er in de interrupties al gewisseld is dat private equity in de zorg wat mij betreft voor- en nadelen heeft. Die moet je zorgvuldig afwegen. Aan de voordeeltkant kan het een uitkomst bieden voor zorgaanbieders die moeite hebben met het vinden van financiering of bedrijfsopvolging. Het kan een positief effect hebben op de beschikbaarheid, de toegankelijkheid en dus ook op de continuïteit van zorg. Maar ik zie ook de risico's en de uitwassen, zoals ook benoemd door een aantal Kamerleden. Daarom werken we nu aan aangescherpte en verduidelijkte normen. Daarop zal minister Sterk zo nog ingaan. Ik heb dus niet het standpunt dat je er zomaar van het ene op het andere moment totaal mee moet stoppen, omdat er ook echt voordelen aan zitten, maar op de nadelen en uitwassen moet je een goed antwoord hebben.

Voorzitter. Dan de fysiotherapeuten. Er is zeer terecht genoemd ...

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, heeft mevrouw Dobbe haar laatste interruptie.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Dit was het blokje mondzorg, toch?

De **voorzitter**:

Ja.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Ik wil nog iets vragen. De overwegingen van de minister om een periodieke controle nu niet op te nemen in het basispakket zijn duidelijk. Dat zijn kostenoverwegingen. Ik wil de minister graag nog meegeven dat het duurder is om het niet op te nemen, omdat het leidt tot meer kosten op het moment dat mensen dit niet doen en dit niet vergoed krijgen. Maar ik had ook een vraag gesteld over het noodfonds. Ik heb de oproep gezien van Dokters van de Wereld en meerdere andere organisaties dat de groep mensen die echt met spoed mondzorg nodig heeft maar die dat niet via de tandarts krijgt omdat die het niet kan betalen, steeds groter wordt. Zij pleiten heel erg voor dat noodfonds. Nu weet ik dat de minister ook weet hoe dat zou moeten, omdat dat al is onderzocht door Gupta, in opdracht van het ministerie. Is de minister bereid om te kijken of we dat kunnen gaan doen, zodat we dat in ieder geval voor de korte termijn kunnen oplossen voor die mensen die nu rondlopen met die ernstige problemen? Zo valt niet alles op de schouders van die maatschappelijke organisaties, die dat ook niet allemaal tot het einde der tijden kunnen dragen.

Minister **Hermans**:

Ik deel met mevrouw Dobbe het belang van een gezond gebit. Wel is het belangrijk om ook te benoemen dat de mondzorg in Nederland, gelukkig, over het algemeen goed toegankelijk is. Maar er is een groep volwassenen bij wie dat niet het geval is. Daar is ook geen eenvoudige oplossing voor, want het is best weerbarstige problematiek. Alle gerichtere regelingen die we hebben voor mensen die om financiële redenen die mondzorg mijden of uit de weg gaan, kennen uitdagingen als het gaat om het bereiken van de doelgroep maar ook als het gaat om het budget en een doelmatige inzet van het beschikbare budget. Dus we hebben op dit moment andere keuzes gemaakt dan het inzetten van die middelen in een noodfonds. Naar aanleiding van het AZWA zijn we natuurlijk wel met de motie-Stoffer aan de slag gegaan. We brengen dus in kaart wat je kunt doen om de groep -- dat is overigens breder dan alleen mondzorg -- te kunnen ondersteunen die geraakt wordt en voor wie de kosten misschien een drempel zijn om zorg te vragen. Sowieso brengen we in kaart hoe we met die envelop van €350 miljoen omgaan, maar in brede zin kom ik hier graag wat uitgebreider op terug voor

de zomer als ik ook kan zien hoe we in het kader van het AZWA met die uitwerking aan de slag zijn.

De **voorzitter**:

Dat noteren we.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Naar aanleiding van mijn vraag: komt de uitwerking van een mogelijk noodfonds daarin dan ook terug?

De **voorzitter**:

Ik kan de toezegging niet invullen.

Minister **Hermans**:

Ik zal daar ook op ingaan, want het is een van de instrumenten, maar ik zeg wel: we hebben daar nu niet voor gekozen. Op basis van de verkenningen die we hebben gedaan, is het ook niet de route waarvan ik nu denk dat die het meest voor de hand ligt. Aangezien wij in brede zin kijken naar die stapeling en de effecten, zullen we in die brief ook deze specifieke vorm of dit instrument nog wel terug laten komen.

De **voorzitter**:

Check, genoteerd. Even checken, u wilde eigenlijk beginnen met fysio, toch?

Minister **Hermans**:

Ja.

De **voorzitter**:

Gaat u voort.

Minister **Hermans**:

Voorzitter. Daar hebben de heer Bushoff en de heer Poortman mij een vraag over gesteld. Ik deel met beiden het belang van fysiotherapie in de

eerstelijnszorg, juist ook om de doorstroom naar de tweedelijnszorg te voorkomen.

De heer Poortman vroeg mij wat ik ga doen om de knelpunten in de bekostiging, de contractering en de tarieven op te lossen met, zoals de heer Poortman heel expliciet zei, "bestaande instrumenten". Ik denk dat het NZa-onderzoek, de marktverkenning die we net gekregen hebben, laat zien dat we de uitdaging in de sector niet kunnen versimpelen tot enkel en alleen tarieven, bekostiging en contractering. Een toekomstbestendige sector vraagt om een gedeelde visie van fysiotherapeuten op hun vak, nu en in de toekomst. Daar kan financiële waardering of bekostiging natuurlijk een onderdeel van zijn. Transparantie over de zorg die vanuit fysiotherapeuten wordt geleverd, is natuurlijk nodig om tot die gedeelde visie te komen. Dit houdt in dat zorgverzekeraars weer transparant zijn over de toegepaste indexaties in het tarief, conform de NZa-richtlijnen die daar weer voor gelden, zodat de NZa ook weer op dat proces kan toezien. Het is dus een kwestie van transparantie daarover en tot een gedeelde visie komen. Ik verwacht ook dat partijen daarin gezamenlijk die verantwoordelijkheid nemen.

De heer Bushoff vroeg mij nog hoe ik aankijk tegen de invoering van minimumtarieven. Op dat punt sluit ik me aan bij het onderzoek van de NZa. Die concludeert dat de invoering van minimumtarieven niet proportioneel en noodzakelijk is en echt een zwaar en uitzonderlijk beleidsinstrument is, dat je kan inzetten bij aantoonbaar marktfalen, maar daar is op dit moment geen sprake van. Ik volg dat standpunt.

Dan wil ik overgaan naar mijn blokje overig.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Op dit punt: de NZa zegt ook dat de vergoeding van die eerste twintig behandelingen voor een chronisch zieke een mogelijke aanpassing is om de positie van de fysiotherapie te verstevigen. Is iets doen met dat potje voor chronisch zieken een van de opties die de minister overweegt in de brief waar ze het volgens mij net met mevrouw Dobbe over had?

Minister **Hermans**:

Het korte antwoord daarop is nee. Ik kan dat uitgebreider toelichten, maar we zullen keuzes moeten maken. Volgens de uitkomsten van het marktonderzoek en de verkenning van de NZa is er nu niet acuut een probleem, maar moeten we ons wel goed voorbereiden en moeten we goed nadenken, want er kunnen in de toekomst natuurlijk wel dingen op ons pad komen. Vandaar mijn antwoord aan de heer Poortman over de verantwoordelijkheid die partijen ook samen hebben om tot dat gedeelde kader en die gedeelde visie te komen.

Voorzitter. Tot slot het blokje overig. Ik begin met de vraag van mevrouw Van Brenk wie er gaat over het wijzigen van standaardrichtlijnen van het NHG in relatie tot virusremmers. Het Nederlands Huisartsen Genootschap ontwikkelt de professionele standaarden en richtlijnen voor huisartsen. Huisartsen baseren hun zorgverlening op die standaarden en richtlijnen, die weer gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek. Ze worden door het NHG herzien wanneer er sprake is van nieuwe wetenschappelijke inzichten en natuurlijk als er knelpunten worden gesignaleerd.

Dan een vraag van mevrouw Wiersma over de budgetbesteding van de spoedeisende hulp: ik had beloofd met een brief te komen en de vraag is of de invoering per 2028 nog steeds haalbaar is. De budgetbesteding voor alle spoedeisende hulpen wordt met ingang van 1 januari 2027 ingevoerd. Dat is een eerste kleine stap met een relatief beperkte afbakening van het budget. Dat is ongeveer 4,5 miljoen per spoedeisende hulp. Tegelijkertijd werken we in het zogenaamde groeipad verder aan inhoudelijke vraagstukken. Dat moet dan dienen als basis voor de doorontwikkeling van de budgetbesteding. Een overbruggingsfonds of een beschikbaarheidsbijdrage voor regionale ziekenhuizen is wat mij betreft nu niet aan de orde, want we zijn gewoon met partijen hard aan de slag en we steken met partijen alle energie in het voor elkaar krijgen van de budgetbesteding en ook de doorontwikkeling.

Mevrouw Dobbe vroeg mij nog wanneer ik het voorstel van de SP voor de verbetering van toegang voor onverzekerden tot zorg ga uitvoeren. Zorgaanbieders zijn verplicht om medisch noodzakelijke zorg te bieden aan iedereen die dat nodig heeft, ongeacht of je verzekerd bent of niet. Nederland heeft een ruime vergoedingsregeling voor onbetaalde facturen, de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. Op basis van die regeling wordt 100% van de passantentarieven vergoed. De laatste jaren zijn de administratieve lasten sterk verminderd en kunnen zorgaanbieders digitaal declareren via hun normale declaratiesysteem. Er gaat ook veel aandacht uit naar de voorlichting over deze regeling. Ik zie dus op dit moment geen belemmeringen, los van het punt dat de zorg onder druk staat en dat er wachtlijsten zijn, maar dat geldt natuurlijk in algemene zin.

Voorzitter. Dan nog een vraag van mevrouw Maeijer en bij interruptie van de heer Bushoff over C-support. Het uitgangspunt -- ik geloof dat de heer Vervuurt dat ook al zei in reactie op een interruptie -- is dat PAIS-patiënten, waaronder dus ook patiënten met postcovid, goed worden geholpen binnen het bestaande zorg- en welzijnsdomein. Het is dus van belang dat zorgprofessionals voldoende kennis en handvatten hebben als het gaat om de zorgverlening aan postcovidpatiënten. VWS financiert daarom onder andere onderzoek naar die postinfectieuze aandoeningen. Ook hebben we die expertisecentra opgericht en hebben we recent een Q-koortsambassadeur aangesteld. De verspreiding van de kennis en van die onderzoeken is onderdeel van het onderzoeksprogramma en van de opzet van die expertisecentra. Daarnaast vragen we zowel Q-support als C-support nadrukkelijk om hun kennis over te dragen aan het reguliere veld. Daar is dit

jaar ook nog geld voor beschikbaar. Daarmee hoop ik echt dat we die zorg op een goede manier in het reguliere domein aan deze patiënten kunnen bieden.

Voorzitter. Tot slot een vraag van meneer Van Meijeren. Deze vraag werd voorafgegaan door een heel statement, zou ik eigenlijk willen zeggen, over de abortuszorg in Nederland. Er zat een aantal aannames in. Ik ga die niet allemaal herhalen, maar ik wil er wel iets tegenoverstellen dan wel ze weerspreken. De heer Van Meijeren wekte namelijk de indruk dat huisartsen, in het geval van de abortuspil bij de huisarts, of artsen die werken in abortusklinieken, hun werk onzorgvuldig zouden doen. We hebben zorgvuldigheidseisen afgesproken in de Wet afbreking zwangerschap. We hebben in de Kamer ook uitvoerig gedebatteerd over deze zorgvuldigheidseisen toen de initiatiefwet over de abortuspil bij de huisarts werd bediscussieerd en later werd aangenomen. We hebben het toen ook gehad over de beraadtermijn en over het belang van de zorgvuldigheidseisen. Niemand in de Kamer die voor die wetsvoorstellen was, stelt die zorgvuldigheidseisen ter discussie. Niemand die ik ken, of die ik gesproken heb ten tijde van de behandeling van die initiatiefwetten -- ik was toen zelf nog Kamerlid, daarom weet ik dat nog goed -- en die werkzaam is in de zorg, in een abortuskliniek of bij de huisarts, acht deze zorgvuldigheidseisen niet belangrijk of schuift ze terzijde. Die zorgvuldigheidseisen bepalen de toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige abortuszorg die wij in Nederland hebben. Dat blijkt ook uit wetsevaluaties. Daar wordt door niemand lichtzinnig of lichtvaardig mee omgegaan. Juist om de kwaliteit van onze abortuszorg te kunnen garanderen en om ervoor te zorgen dat we zeker weten dat de keuze voor abortus een vrijwillige keuze is en dat die niet onder dwang wordt gemaakt, zijn die zorgvuldigheidseisen zo belangrijk en worden die ook zo zorgvuldig nageleefd.

Voorzitter. Dat gezegd hebbend, betekent dit wel dat als we een wet hebben en als we afspraken hebben, die ook moeten worden gehandhaafd. De IGJ ziet daarop toe en kijkt daar nu ook naar in het kader van het initiatief waar de heer Van Meijeren naar verwees, het verkrijgen van de abortuspil online. Daar staat precies die vraag centraal: kun je zeggen dat wordt voldaan aan de zorgvuldigheidseisen op het moment dat er alleen een formulier wordt ingevuld en er geen fysiek gesprek plaatsvindt, of dat nou gebeurt via een beeldscherm of in de praktijk, tussen arts en de vrouw die voor de ingewikkelde keus van abortus staat? Dat vraagstuk ligt nu voor. Daar buigt de IGJ zich over en als daar een uitspraak over is, dan weten we hoe dit initiatief zich verhoudt tot onze wetten. Maar ik herhaal: ik sta onvoorwaardelijk voor de kwaliteit van de abortuszorg in Nederland en voor alle huisartsen en artsen in abortusklinieken die daar dag in, dag uit op de meest zorgvuldige wijze uitvoering aan geven.

De heer **Van Meijeren** (FVD):

De minister verwijt mij dat ik aannames doe en geeft aan dat alle artsen de zorgvuldigheidseisen naleven en dat het niet voorkomt dat die terzijde worden geschoven. Dat zou volgens de minister ook blijken uit wetsevaluaties. Dat is toch echt feitelijk onjuist. Als je kijkt naar de eerste wetsevaluatie uit 2005, dan zie je dat daaruit blijkt dat 57% van de abortusartsen geen voorlichting geeft over alternatieve oplossingen van de eventuele noodsituatie. Dat is in strijd met de wet. Dit werd bij de tweede wetsevaluatie herhaald. Toen was het 58% nota bene. Dit zijn harde cijfers. Ik heb alleen maar feiten benoemd. En als het dan gaat over dat initiatief Thuisabortus.nl: daar hoeft überhaupt geen gesprek plaats te vinden, ook niet via een beeldscherm. Het invullen van een formuliertje is genoeg. Dat is direct in strijd met een evidente bepaling uit het Besluit afbreking zwangerschap. Dit wordt ook bevestigd door hoogleraar gezondheidsrecht Martin Buijsen, verbonden aan de Erasmus Universiteit. Die zegt: dit is illegaal en hier moet handhavend tegen worden opgetreden.

De **voorzitter**:

En uw vraag?

De heer **Van Meijeren** (FVD):

De vraag is: wanneer gaat deze minister, in plaats van om de feiten heen te draaien en zelfs feiten te ontkennen, zorgen dat de wet wordt gehandhaafd? We lijken met elkaar te delen dat dat moet gebeuren, maar het gebeurt niet.

Minister **Hermans**:

Als er artsen zijn die op onzorgvuldige wijze omgaan met de wet of -- nee, ik moet het anders zeggen -- die de wet niet naleven, dan hebben we daar een inspectie voor. Die ziet erop toe en die grijpt in. Dus dat dat moet gebeuren als dat plaatsvindt, daar ben ik het honderd procent mee eens. De inleiding van de inbreng van de heer Van Meijeren suggereerde iets heel anders -- althans ik heb daar iets anders in gehoord -- namelijk dat dit aan de orde van de dag is. Daar heb ik me tegen uitgesproken en dat zou ik met alle liefde en plezier nog een keer doen, maar dat zal ik omwille van de tijd niet doen. Daar blijf ik voor staan. Wat dat specifieke initiatief betreft, heeft de heer Van Meijeren gelijk. Daarom zei ik ook: hier gaat het alleen om het invullen van een formulier en vindt er geen mondeling gesprek plaats tussen arts en vrouw. De vraag is nu hoe zich dat verhoudt tot de afspraken die we in de wet hebben gemaakt. Daar kijkt de IGJ naar en ik wacht de uitspraak die zij daarover doen af, zodat wij weten wat de situatie is.

De **voorzitter**:

Duidelijk. Ik zag mevrouw Wiersma nog even. Uiteraard, u krijgt zo nog een mogelijkheid om een vraag te stellen, meneer Van Meijeren. Mevrouw Wiersma.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Ik had nog een verduidelijkende vraag.

De **voorzitter**:

Dan geef ik u zo het woord. Ik dacht dat het hierover ging.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Nee, het gaat niet hierover.

De **voorzitter**:

Dan ga ik eerst even terug naar de heer Van Meijeren.

De heer **Van Meijeren** (FVD):

Het stoort mij echt heel erg dat de minister doet alsof ik iets suggereer in inbreng. Ik noem alleen maar feiten. Iedere zin die ik heb uitgesproken, kan ik feitelijk onderbouwen. Het is zo dat het structureel gebeurt dat wettelijke voorschriften niet worden nageleefd. Dat blijkt uit evaluaties en de inspectie kan daartegen optreden, maar dat gebeurt niet, al 40 jaar niet, en daar is deze minister voor verantwoordelijk. Dus daarom nogmaals de vraag: is deze minister bereid om de inspectie op te dragen om daadwerkelijk te gaan handhaven? En op welke termijn kunnen we verwachten dat in ieder geval tegen dit initiatief van Thuisabortus.nl wordt opgetreden, omdat dat evident in strijd is met de wet? En dat is niet alleen mijn bewering, maar ook de bewering van hoogleraar gezondheidsrecht Martin Buijsen, die ik zojuist al aanhaalde.

De **voorzitter**:

Ik wil voorkomen dat we in rondjes blijven draaien. De vraag wordt herhaald en de minister gaat over haar eigen antwoorden. Minister, tot slot. En dan wil ik echt naar het volgende blok, omwille van de tijd.

Minister **Hermans**:

Ik neem de signalen over Thuisabortus.nl, het initiatief dat vorige week gelanceerd is, heel serieus. Een aantal van de vragen die de heer Van Meijeren stelt, werpt het initiatief op. Die zijn ook gesteld door de huisartsenvereniging en zijn ook, als ik me niet vergis, door de vereniging van abortusklinieken zelf in reactie op dit initiatief in de media genoemd. Het is nu aan de IGJ. Die kijkt nu op basis van signalen, die ook in de krant gemeld zijn, hoe dit initiatief binnen onze wet- en regelgeving past. Dat gebeurt nu dus. Op basis van dat oordeel zullen we verder kijken.

De **voorzitter**:

Heel kort, want het wordt herhaling. Echt, echt, echt een slotvraag.

De heer **Van Meijeren** (FVD):

Ja, afrondend, voorzitter. Ik mis ieder gevoel van urgentie. Het gaat hier wel om strafbare feiten met als gevolg dat ongeborn menselijk leven onrechtmatig wordt beëindigd.

De **voorzitter**:

Maar nu valt u in herhaling.

De heer **Van Meijeren** (FVD):

Dat is geen herhaling. Ik hoor deze minister namelijk zeggen dat ernaar wordt gekeken, maar op dit moment moet er worden gehandhaafd.

De **voorzitter**:

Oké.

De heer **Van Meijeren** (FVD):

Kan ik dan in ieder geval van deze minister de toezegging krijgen dat als ze erkent dat er inderdaad juridische vragen zijn over deze kwestie, ze in gesprek treedt met de initiatiefnemers achter Thuisarabortus.nl om ervoor te zorgen dat deze praktijken in ieder geval stoppen totdat dat onderzoek waarnaar de minister verwijst, is afgerond?

De **voorzitter**:

De minister, tot slot.

Minister **Hermans**:

Nadat het initiatief bekend is geworden bij mij op het ministerie, hebben wij het direct onder de aandacht gebracht bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Daar hoort het. Daar ligt het. Zij ziet toe op het online voorschrijven van geneesmiddelen en op de Wet afbreking zwangerschap. Ik wacht nu het oordeel van de IGJ af.

De **voorzitter**:

Duidelijk. Zo is de rolverdeling in ieder geval in de wet verankerd.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Ik had nog één verduidelijkende vraag over de budgetbekostiging. Mijn vraag ging namelijk niet zozeer over de budgetbekostiging zelf, want zoals ik het begrijp is er sprake van een ingroeipad vanaf 2027. Stelt de minister nu dat dat ingroeipad gegarandeerd eindigt in 2028? Of kan de situatie ontstaan waarin tijdens het ingroeipad er spoedeisendehulpdiensten met een tekort bestaan, waardoor toch de continuïteit van die SEH's onder druk komen te staan? Dan zou het namelijk zo kunnen zijn dat voordat je dat ingroeipad voltooit, je toch eerst met een specifieke overbruggingsmaatregel moet komen, ook omdat we het heel belangrijk vinden dat het in de regio's beschikbaar blijft. Dat was eigenlijk de vraag die ik poogde te stellen. Graag nog verduidelijking op dat punt.

Minister **Hermans**:

Mijn beeld is dat zo'n overbruggingsfonds niet nodig is. Het is inderdaad wel een ingroeipad of een "doorontwikkeling", zoals ik het net noemde. Er komt nog dit voorjaar een brief over hoe we dat groeipad concreet gaan uitwerken. Ik kan in die brief op basis van dat groeipad aangeven waarom ik vind en inschat dat zo'n overbruggingsregeling of een beschikbaarheidsbijdrage voor regionale ziekenhuizen niet aan de orde is.

De **voorzitter**:

Ik kijk even naar minister Hermans om te zien of zij klaar is. Ja, dan gaan we naar minister Sterk.

Minister **Sterk**:

Voorzitter. Misschien is het goed als ik nog even kort de blokjes herhaal die ik heb meegekregen. Dat zijn het blokje opleiden en het blokje wijkverpleging. Ik zag net trouwens ook nog een heel klein blokje regeldruk en daarna heb ik nog een blokje met overige vragen.

Ik begin met het blokje opleiden. Ik denk dat ik net uit al uw woorden heb gehoord dat de zorg die wij hebben mede het gevolg is van de goede en gekwalificeerde mensen die daarin werken. We hebben daar heel veel zorg voor en zijn daar trots op. Het is ontzettend belangrijk dat wij deze zorg- en welzijnsprofessionals goed opleiden voor de toekomst. Het gaat niet alleen om goed opleiden, maar ook om ervoor zorgen dat er meer mensen in de zorg komen te werken. Het goede nieuws is in ieder geval dat dat ook in de sector zo is gezien en dat in het AZWA hele concrete afspraken zijn gemaakt over hoe we die lerende omgeving die daarvoor nodig is met elkaar vormgeven. We hebben het vandaag eigenlijk over die eerstelijnszorg. Als we de zorg meer naar de voorkant willen bewegen, hebben we ten eerste meer zorgmedewerkers nodig, en snel ook, om ervoor te zorgen dat we die handen houden, maar we hebben vooral ook zorgmedewerkers nodig die zijn opgeleid voor de vragen die dat oproept. We gaan namelijk van zorgen voor naar zorgen dat. Dat vraagt soms ook andere competenties van zorgmedewerkers dan we misschien in het verleden van hen hebben gevraagd. Dat is een gesprek dat we vooral in overleg met alle veldpartijen moeten voeren. Dat doen we dus ook en dat blijven we ook op die manier voortzetten.

Dan wil ik nu terugkomen op de vragen die u heeft gesteld. Ik wil eerst even ingaan op de vragen rondom het Capaciteitsorgaan en daarna op een aantal andere vragen over de instroom van eerstelijnsartsen en anderen.

Mevrouw Coenradie, mevrouw Wiersma en mevrouw Van Brenk vroegen: "Waarom lijkt het dat de minister afwijkt van het advies van het Capaciteitsorgaan, terwijl we daar normaal aan vasthouden? Wil de minister samen met verzekeraars werken aan extra opleidingsplaatsen in de acute zorg?" Ik kan in ieder geval niet bevestigen dat wij afwijken van dat advies van het Capaciteitsorgaan. De ramingen zijn natuurlijk in principe altijd leidend, ook voor de besluiten die genomen worden over het aantal centraal gefinancierde opleidingsplekken, maar we nemen ze niet altijd een-op-een over. Waar ligt dat dan aan? Dat heeft eigenlijk vooral met de absorptiecapaciteit van de sector te maken. De sector moet het namelijk wel aankunnen om meer mensen op te leiden. We zien dat bijvoorbeeld de huisartsenzorg dat op dit moment niet aankan. Daar voeren we het gesprek

over. Dat kan dus een reden zijn waarom je zo'n advies van het Capaciteitsorgaan niet een-op-een kunt implementeren.

De integrale besluitvorming over dat advies en de door ons als ministerie gefinancierde opleidingsplekken voor aankomend jaar zal later dit jaar plaatsvinden, want daarover zijn we nog in gesprek met het ministerie van OCW, dat daar natuurlijk ook een rol in heeft. Ik ben van plan u daar voor de zomer over te informeren. De gestelde vraag over de extra opleidingsplaatsen in de acute zorg zullen we daarin ook meenemen. Het lijkt me goed dat ik dat doe voordat we het debat over het arbeidsmarktbeleid hebben. Dat staat namelijk nog voor de zomer geagendeerd. Dit lijken me echt vragen die daar ook bij thuishoren.

Dan was er door mevrouw Van Brenk ...

Mevrouw **Coenradie** (JA21):

Dit is heel veel tekst, maar ik heb eigenlijk gewoon een concrete vraag, waar ik gewoon ja of nee op wil horen. 50 SEH-opleidingsplaatsen in plaats van 60: gaan we dat nou wel doen of gaan we dat nou niet doen? Ja of nee.

Minister **Sterk**:

Ik zou willen dat ik daar een simpel ja of nee op kan zeggen, maar we zijn daarover nog in gesprek. Ik zeg u in ieder geval toe dat ik er in die brief op terugkom. Dan kunnen we het er volgens mij bij dat debat met elkaar over hebben.

De **voorzitter**:

Gaat u voort, mevrouw de minister.

Minister **Sterk**:

Voorzitter. Ik was bezig om de vraag van mevrouw Van Brenk te beantwoorden, die zich afvroeg of er plannen zijn om meer huisartsen op te leiden en meer verpleegkundigen te vinden. Ik zei net al dat we met een reactie komen op dat advies van het Capaciteitsorgaan. Daarin wordt het opleiden van huisartsen meegenomen, maar het is natuurlijk ook heel belangrijk dat er instroom is in de initiële opleidingen, waaronder dus ook de opleidingen voor verpleegkundigen en wijkverpleegkundigen. We zien dat die instroom afhangt van de interesse van mensen. Er kunnen wel middelen zijn, maar er moeten ook mensen zijn die het willen doen.

Ik denk dat we daarin met z'n allen iets te doen hebben. Daarom is het, denk ik, belangrijk dat we het niet alleen hebben over de moeilijkheden die er soms in de zorg zijn, maar dat we ook met elkaar blijven uitdragen hoe mooi het is om in die zorg te werken. U kent daar ongetwijfeld de voorbeelden van. Ik kom ze ook met grote regelmaat tegen. Ik denk dat het belangrijk is dat we dat met elkaar blijven uitdragen. Zoals ik net al zei, hebben we in het AZWA concrete afspraken gemaakt over het versterken van de lerende omgeving. Specifiek voor de wijkverpleging is er voor de komende jaren structureel 60 miljoen beschikbaar om nieuwe wijkverpleegkundigen op te leiden. Ik ben op dit moment met het veld in gesprek over hoe we die dan ook zo goed mogelijk inzetten.

Dan was er een vraag van de heer Van Dijk -- die is hier inmiddels niet meer, maar ik ga de vraag toch beantwoorden -- en de heer Vervuurt, over het tekort aan doktersassistenten en wat wij doen aan voldoende instroom voor de opleiding en aan de regionale spreiding. Laat ik beginnen met te zeggen dat ik het zorgelijk vind dat de instroom stukt en dat er op dit moment in ieder geval een tekort is aan doktersassistenten. Dat zet het werk in de huisartsenpraktijken onder druk.

De opleiding voor doktersassistenten, die een mbo-opleiding is, is in principe breed verspreid over Nederland. Een belangrijke reden dat die instroom daalt, is dat er een tekort is aan stageplekken. Dat heeft weer alles te maken met de krapte op de arbeidsmarkt. Als VWS doen we daaraan drie dingen. Ten eerste kunnen wij werkgevers een tegemoetkoming geven voor het opleiden via subsidies voor strategisch opleiden in zorg en welzijn en via het Stagefonds Zorg. Het tweede wat wij daaraan doen -- dat heb ik net ook al wel benoemd -- is samen met al die veldpartijen werken aan het versterken van de lerende omgeving. We zijn aan het kijken hoe we de opleidingsmiddelen, bijvoorbeeld de 60 miljoen voor de wijkverpleegkundigen, goed in kunnen zetten, maar dat geldt ook voor de andere middelen die ik net noemde.

Ten slotte is geld alleen niet de oplossing voor dit probleem. Er moeten ook mensen zijn die willen instromen. Zoals ik net al zei is de krapte op de arbeidsmarkt soms een probleem, maar ook de begeleidingscapaciteit is een zorg. Daarom moedigen we creatieve oplossingen aan vanuit de tekortregio's, waar krapte is bij de begeleiding, zodat werkgevers en het onderwijs extra stageplaatsen kunnen gaan aanbieden. Dat is dus het gesprek dat we ook met het veld voeren, van: hoe kunnen we de initiatieven die daarin tegemoetkomen, verder brengen? Daarover heb ik ook overleg met het ministerie van OCW, want dat heeft natuurlijk ook verantwoordelijkheid ten aanzien van die stageplekken op het gebied van zorg en welzijn.

Dan hadden de heer Bevers en, als ik het me goed herinner, ook mevrouw Maeijer en de heer Vervuurt de vraag of we bereid zijn met huisartsen in gesprek te gaan over de manier waarop beperkingen kunnen worden

weggenomen, ook wat betreft het tekort aan doktersassistenten. Met de AZWA-partijen hebben we met enige regelmaat overleg. Daarbij zetten we vaak een thema centraal. In het tweede kwartaal van dit jaar hebben we het thema arbeidsmarkt en opleiden centraal gezet. Dat is bedoeld voor het aandragen van innovatieve ideeën, bijvoorbeeld voor de stagebegeleiding. Dat gesprek gaan we dus inderdaad aan met iedereen die daar een verantwoordelijkheid in heeft.

De heer Van Dijk had een hele specifieke vraag over een nieuwe opleidingslocatie voor Zuidwest-Nederland, omdat daar een regionaal tandartsentekort is. Ik denk dat het goed is dat er wordt gekeken hoe we een evenwichtige spreiding van tandartsen over het hele land kunnen krijgen, maar het is aan het veld en de opleidingen zelf om te bepalen of er een nieuwe opleiding gestart moet worden. De Commissie Doelmatigheid Hoger Onderwijs brengt op basis van de Regeling macrodoelmatigheid hoger onderwijs advies uit aan de minister van OCW, en dus niet aan deze minister, over een eventuele aanvraag voor een nieuwe opleiding.

De laatste vraag in dit blokje is ook een vraag van de heer Bevers. Die vroeg of wij samen met de beroepsverenigingen, de umc's en de vakopleidingen een actieplan zouden willen opstellen voor meer instroom in de cluster 1-beroepen. Dit vraagstuk van de achterblijvende instroom in de extramurale artsberoepen speelt al langer. Daarom hebben de branche- en beroepsorganisaties in 2024 al een werkgroep opgericht. Die noemen ze Meer extramurale artsen. Daar zijn ook actieplannen uit voortgekomen, onder andere om de instroom te verhogen. In die werkgroep zaten onder andere UMCNL, de KMMG, de Landelijke Huisartsen Vereniging en Huisartsopleiding Nederland, maar daar zaten nog meer partijen in.

Dat project heeft al een aantal positieve effecten teweeggebracht, onder andere rond de verbetering van de onderlinge contacten en het imago en de bekendheid van extramurale artsberoepen. Maar we moeten ook constateren dat de beschikbare opleidingsplaatsen op dit moment nog niet volledig zijn gevuld, dus we zullen ook de ingezette acties moeten doorzetten en borgen. Binnenkort komt die werkgroep met een eindrapport en een evaluatie van de actieplannen. Ik wil daar graag goed naar kijken om te zien welke vervolgacties daaruit voort zouden kunnen komen.

Dat was het blokje opleiding. Dan ga ik door naar het volgende blokje.

Dat is het blokje wijkverpleegkundigen. Nee, wijkverpleegkundigi... Wijkverpleging, bedoel ik. Dat is een moeilijk woord. Ik had me eigenlijk voorgenomen om een heel mooi verhaal te houden over de wijkverpleging en hoe belangrijk die is, juist vanwege de rol daarvan in de beweging naar de voorkant, maar eigenlijk heeft u daar zelf al heel veel mooie woorden aan gewijd. Ook mijn collega heeft net het belang aangegeven van de verbinding van het sociaal domein met die eerste lijn, waarin de verpleegkundigen ook een cruciale rol spelen. Ik wil eigenlijk alleen maar zeggen dat wij volgens mij heel trots mogen zijn op de wijkverpleging zoals wij die in Nederland hebben

en ook op hoe die zich de laatste jaren heeft ontwikkeld. Als één beroepsgroep die hele beweging van "zorgen voor" naar "zorgen dat" en naar de passende zorg eigenlijk al goed heeft door laten werken in het werk dat ze doen, dan is dat wel de wijkverpleging.

Dat laat zich, denk ik, ook in financiële zin zien, maar dat is een zijpad, wat mij betreft. Zij zijn dus de spin in het web. Zij hebben een hele belangrijke rol. Volgens mij is het bij alles wat we de komende tijd doen ook belangrijk dat we dat ook in ogenschouw blijven houden, want we hebben dat nodig als we gaan werken aan de zorgzame wijken en buurten waarin we de kwaliteit van leven centraal willen stellen.

Door het CDA werd gevraagd: hoe kijken we nou naar de uitwerking van die eigen bijdrage in de wijkverpleging? Er werd door andere partijen, onder anderen door mevrouw Van Brenk, gezegd: wij willen die eigen bijdrage eigenlijk helemaal niet in de wijkverpleging. Dat laatste ga ik hier nu niet toezeggen, maar dat zal u waarschijnlijk niet verbazen. Ik wil echter wel aangeven wat de gedachte is waarom we dit doen en hoe ik aan het bekijken ben hoe we dat nou zo goed mogelijk kunnen gaan invullen.

Waarom doen we het? Ik denk dat mijn collega Hermans net al heel duidelijk heeft uitgelegd dat wij in ons systeem werken vanuit de solidariteitsgedachte, dus dat hogere inkomens meer betalen dan lagere inkomens en dat mensen die gezond zijn soms ook betalen voor mensen die zorg nodig hebben of ziek zijn, maar dat we als mensen dan zorg nodig hebben ook wat vragen om daar dan een bijdrage aan te leveren. Dat doen we op een heleboel vlakken. Dat willen we ook gaan doen bij de eigen bijdrage voor de wijkverpleging. Dat doen we ook omdat we de premies beheersbaar willen houden en omdat we de solidariteit in het systeem willen houden. Ik heb zelf ook al gesproken met de wijkverpleging. Jullie hebben als commissie de petitie ook in ontvangst genomen. Ik ben dus ook niet doof voor de zorgen die zij hebben. Ik denk dus dat we goed moeten kijken naar wat potentieel de consequenties zijn van deze invoering.

Wat mij betreft zijn er een aantal voorwaarden voor de vormgeving van die eigen bijdrage. Dat is ten eerste dat we rekening houden met de draagkracht van mensen. We moeten ook goed bezien dat we zo veel mogelijk voorkomen dat er een verschuiving naar andere domeinen of andere regelingen plaatsvindt. Ten derde dat we de regeling begrijpelijk houden voor de burger, maar zeker ook voor de uitvoeringsorganisatie. We moeten het tijdig doen, maar ook zorgvuldig. Ten slotte moeten we de uitvoeringskosten van die regeling zo laag mogelijk houden.

Als dat je randvoorwaarden zijn, stuit je natuurlijk wel op een aantal dilemma's. Ik zie de heer Bushoff al een beetje heen en weer bewegen; ik weet niet of dat daarmee te maken heeft. Er zijn natuurlijk dilemma's, want aan de ene kant kun je een hele eenvoudige regeling maken die heel begrijpelijk is, maar die misschien niet goed rekening houdt met draagkracht. Als je dat omdraait, dan krijg je een hele complexe regeling die misschien wel

rekening houdt met draagkracht, maar die tegelijkertijd weer heel complex is in de uitvoering voor burgers en voor uitvoerende partijen.

Je kunt ook kijken naar de manier waarop je die regeling precies invult. De eigen bijdrage kun je natuurlijk op verschillende manieren vormgeven als je die bijvoorbeeld inkomensafhankelijk maakt. Je zou het ook via een vaste bijdrage kunnen doen. Je zou ook kunnen bekijken wanneer je hem gaat vragen in het proces waarin mensen met de wijkverpleging te maken krijgen. Dat zijn allemaal dilemma's. Ik zeg u alvast: ik ben daar nog niet helemaal uit, want ik wil graag uitgewerkt hebben hoe het er dan uit ziet, wat het precies doet als we aan die knoppen gaan draaien, en hoe we het, uitgaande van de randvoorwaarden die ik net heb genoemd, zo goed mogelijk kunnen vormgeven.

Ten slotte wil ik daarbij ook betrekken dat er natuurlijk meer regelingen zijn die een rol kunnen spelen en impact kunnen hebben op bepaalde groepen in onze samenleving; dat heeft mijn collega Hermans net ook al aangegeven. De stapeling van al die maatregelen, niet alleen vanuit ons ministerie, maar ook vanuit Sociale Zaken, wordt nu in beeld gebracht, niet alleen voor de koopkracht, maar juist ook voor bepaalde doelgroepen die misschien heel veel zorgkosten hebben. Daar wil ik de uitwerking van die regeling ook bij betrekken en ook bekijken wat we uiteindelijk doen met de enveloppe die er is met die 350 miljoen. Dat is volgens mij een pakket aan knoppen die we hebben om ervoor te zorgen dat we de voorwaarden zoals ik die net noemde, dus de draagkracht en de uitvoerbaarheid, zo goed mogelijk inregelen. Ik zit nog in dat proces. Ik wil u als Kamer er in ieder geval nu alvast aan de voorkant in meenemen hoe we daarnaar kijken. Ik wil ook voor de zomer, als we verder zijn met de uitwerking, graag daarover met u in gesprek om daarover uw visie te horen.

Voorzitter. Dan ga ik nog toe naar een aantal specifiekere vragen. Mevrouw Van Brenk vraagt hoe dit zich verhoudt tot de eerstelijnszorg wat betreft nabijheid en toegankelijkheid. Uitgangspunt blijft juist dat wij willen dat mensen in hun eigen omgeving kwalitatief goede zorg krijgen. Daar is de eerstelijnsbeweging ook op gericht. Daarom willen we ook die sterke lokale teams maken. Wijkverpleging is hierin een cruciale schakel. Die zit immers in zowel de wijkteams vanuit de huisartsen, de medische teams, als in de welzijnsteams; hechte wijkverbanden. Dat is cruciaal. Het is belangrijk dat we dit goed blijven inregelen, dat we goed kijken of er een zorgvraag is of een ondersteuningsvraag, of er een welzijnsaanbod nodig is of dat er zorg nodig is en wat dan passende zorg is.

Mevrouw Maeijer had een vraag over de palliatieve zorg: zet die niet een rem op mensen die thuis willen sterven? Ik gaf net al aan welke randvoorwaarden er zijn. De eigen bijdrage mag in ieder geval geen onoverkomelijke financiële drempel worden voor mensen om noodzakelijke zorg te ontvangen. Daarom ben ik ook op zoek naar een zo optimaal mogelijke vormgeving.

Mevrouw Van Brenk zei -- althans, zo hebben wij het gehoord -- dat De Buurt als Ecosysteem kritisch is op de bezuiniging op de wijkverpleging. Maar er is geen bezuiniging op de wijkverpleging. Sterker nog, we hebben voor de komende jaren zelfs meer middelen. Wel hebben we het over een eigen bijdrage voor de wijkverpleging, maar dat is iets anders dan een bezuiniging op de wijkverpleging.

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

Zo heb ik het niet gezegd. Zo heb ik het in ieder geval zeker niet bedoeld. Ik weet dat er vanuit de zorgverzekeraars geld beschikbaar is om De Buurt als Ecosysteem te gaan ontwikkelen, maar dat zij daarbij wel de opdracht hebben verstrekt dat het aantal uren wijkverpleging met 15% moet afnemen. Dat is dus wel een taakstelling.

Minister **Sterk**:

Vindt u het goed dat ik daar in tweede termijn op terugkom? Dan laat ik het even uitzoeken, want zo scherp is mij dat niet bekend. Hier kom ik in tweede termijn dus op terug.

Er was een vraag van de heer Poortman over de opties. Die heb ik net aangegeven.

Voorzitter. Ik denk dat ik daarmee de vragen op het punt van de wijkverpleging heb beantwoord.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Op dit punt. De minister spreekt mooie woorden over de wijkverpleging, over de spin in het web. Die woorden zijn allemaal waar, maar de financiële drempel, die er nu niet is, gaat de minister nu wel invoeren. De mensen die ons de petitie overhandigden en die de minister ook heeft gesproken, maken zich zorgen. Ze denken dat er niemand meer achter de voordeur komt, met alle gevolgen van dien: escalatie, verwaarlozing, mensen die in een veel slechtere staat straks in het ziekenhuis terechtkomen of in het verpleeghuis. Dat is ten eerste niet leuk voor de persoon in kwestie, maar bovendien ook nog een stuk duurder. Ongeacht hoe je die regeling gaat inrichten -- nogmaals, wij zijn daar tegen -- zul je altijd mensen hebben die vanwege het feit dat er nu een financiële drempel is, zorg gaan mijden. Daardoor zullen de problemen, in welke vorm dan ook, gaan escaleren. Neemt de minister dat dan voor lief, vraag ik haar.

Minister **Sterk**:

Ik heb oog voor de risico's die er zijn. Daar wil ik ook naar kijken. Tegelijkertijd wil ik daartegenover zetten dat we proberen om veel meer aan de voorkant, ook via zorgzame buurten, te signaleren wat er speelt bij mensen thuis. De wijkverpleegkundige heeft hierin wel een belangrijke rol, maar is niet de enige. Dat is bijvoorbeeld ook de huisarts of de mensen die in de buurt actief zijn vanuit welzijn en anderszins. Daarbij moeten mensen natuurlijk de ruimte blijven voelen om inderdaad de hulp te kunnen krijgen van de wijkverpleging, maar de vraag is of die eigen bijdrage daarbij nou het meest beslissend is. Als het bijvoorbeeld gaat over mensen met dementie -- ik kom daar straks nog op terug bij mijn blokje overig -- is het de vraag of een eigen bijdrage voor de wijkverpleging nou de drempel is om uiteindelijk hulp te zoeken of dat het is dat mensen er misschien nog mee in het reine moeten komen of de ontwikkelingen nog willen ontkennen; ik heb dat in mijn omgeving ook gezien.

Nogmaals, wij denken, waarschijnlijk vanuit een ander principe dan u, namelijk vanuit de solidariteitsgedachte in ons stelsel, dat deze zorg inderdaad een bijdrage mag vragen. Tegelijkertijd willen we ook dat die wijkverpleging die belangrijke rol goed kan blijven vervullen in het systeem. Daar zullen we ook oog voor houden.

De **voorzitter**:

Laten we even doorgaan. De minister.

Minister **Sterk**:

Dan ben ik bij mijn blokje regeldruk. Daarover was een vraag van mevrouw Coenradie en een van de heer Van Dijk. De vraag van mevrouw Coenradie ging volgens mij niet heel expliciet over de eerstelijnscoalitie.

Ik ga nu antwoord geven op de vraag van volgens mij de heer Van Dijk of wij in overleg willen treden over de voorstellen van de eerstelijnscoalitie om administratieve lasten in de zorg echt te verlagen. Ja, ik wil daarover in overleg treden, maar we zien ook dat die eerstelijnscoalitie voorstellen doet die al heel nauw aansluiten bij de huidige wetgevingspraktijk. Bijvoorbeeld gedistantieerde regelgeving, waar zij voor pleiten, of consistente wetgeving, dus dat regels logisch in elkaar moeten steken en te begrijpen moeten zijn, en zorgvuldige beoordeling, dus of wetgeving echt nodig is, of er misschien alternatieven zijn, of het wel uitvoerbaar is en of het niet tot te veel regeldruk leidt, zijn dingen die al verplicht moeten worden nagegaan bij alle nieuwe wet- en regelgeving.

We hebben daar een kompas voor, het Beleidskompas. Dat vraagt dat we dat sowieso doen. Daarna worden voorstellen ook nog eens getoetst door het Adviescollege toetsing regeldruk, dat ook altijd op deze punten ingaat.

Nogmaals, ik denk dat het goed is dat wij het gesprek aangaan met deze eerstelijnscoalitie, want we moeten altijd leren van goede ideeën. Als er concrete beleidsvoorstellen zijn, moeten we die ook met hen bespreken.

Voorzitter. Er was nog een vraag van mevrouw Dobbe over de vijfminutenregistratie. Laat ik het anders zeggen: wij hebben echt gezocht naar voorbeelden waarbij dit een blokkade is en we hebben ze gewoon niet kunnen vinden. Vandaaruit zie ik op dit moment geen redenen om dat aan te pakken, gezien alle dingen die we op dit moment te doen hebben; we hebben ontzettend veel wet- en regelgeving en heel veel dingen die we willen organiseren in de zorg. Maar als u mij een concreet en tastbaar voorbeeld kunt aandragen waarin dit inderdaad speelt en een blokkade is, dan wil ik heel graag daarover met u in gesprek, want wij kunnen ze niet vinden. Als u mij dat inderdaad kunt doen toekomen, dan zeg ik u toe dat we daarmee aan de gang gaan.

De **voorzitter**:

U was door uw interrupties heen, mevrouw Dobbe, maar dit was een beetje uitlokking. Maak geen nieuw punt, maar u mag even hierop ingaan.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Zo hard heeft het ministerie dus helemaal niet gezocht. Dat is wat ik denk. Maar goed, prima. Ik wil best het voorbeeld aandragen, maar dan gaan we niet nog een keer een gesprek daarover voeren. We hebben gewoon een motie ingediend. Er zijn twee opties: of die motie wordt uitgevoerd of die wordt niet uitgevoerd. Volgens mij is er ook als er weinig voorbeelden zijn geen enkele belemmering om die motie uit te voeren. Ik kan u voorbeelden doen toekomen, maar niet om als een reden om af te wegen om die motie wel of niet uit te voeren, want die motie is gewoon aangenomen.

De **voorzitter**:

Oké. Misschien wordt de motie wel uitgevoerd als die voorbeelden komen, maar goed, ik ga er helemaal niet over. De minister.

Minister **Sterk**:

Het punt is juist dat wij geen voorbeelden hebben kunnen vinden. Nogmaals, ik ben echt bereid om dit op te lossen als dit echt een probleem is, maar ik wil dan ook graag wel de voorbeelden erbij. Wij hebben echt gezocht, maar ze nog niet gevonden. Als u beter kunt zoeken, dan wil ik ze heel graag ook ontvangen.

De **voorzitter**:

Oké. Wordt vervolgd.

Minister **Sterk**:

Voorzitter. Ten slotte heb ik nog de vraag van de heer Vervuurt over de digitale intakeprocessen en wat wij doen om dat op te schalen. Ik hoorde pas een heel mooi voorbeeld daarvan van een huisarts die dat gebruikte in haar praktijk. Dat scheelde heel veel tijd en maakte juist ook heel scherp wat nou de vraag was en wat de afspraken waren, ook voor de patiënt. Dat gaf gewoon heel veel rust en helderheid over wat daar gebeurde.

We hebben in de akkoorden met de veldpartijen afspraken gemaakt om die digitale vormen van zorg en ondersteuning een impuls te geven, maar dan wel -- ik denk dat we niet overal achteraan moeten lopen -- als het bijdraagt aan passende zorg, want dat is de beweging die we willen maken.

Voorzitter, dat was dit blokje. Dan heb ik nog een aantal vragen in overig.

Mevrouw Van Brenk had een vraag -- eigenlijk heb ik daar net al even op gereflecteerd -- over de toegankelijkheid van de casemanager dementie. Ik heb net al aangegeven dat ik denk dat er allerlei redenen zijn waarom het soms moeilijk is om die hulp te vragen. Het is in ieder geval ontzettend belangrijk dat die zorg wel vergoed wordt en dat de zorgverzekeraars die zorg breed gaan inkopen. Ze mogen het in principe vergoeden vanaf het sociaal domein tot aan de heel zware zorg als mensen uiteindelijk in een verpleeghuis zitten en soms echt in de laatste fase van dementie zitten.

Ik denk dat het heel erg belangrijk is dat de zorgverzekeraars dat financieren en ik verwacht dan ook dat de zorgverzekeraars samen met gemeenten en de zorgaanbieders in elke regio een plan maken voor hoe ze dit onderdeel van hun zorgplicht -- die hebben die zorgverzekeraars ook op dementie -- invullen.

Voorzitter. Dan de voorzorgcirkels. Daar begon mevrouw Van Brenk over en ik herinner me dat ze het daar ook al over had bij de begroting. Volgens mij zijn dat heel mooie voorbeelden. Ze vroeg of wij zien dat welzijnswerk een belangrijke partner is voor zorgzame buurten, maar daar heeft mijn collega daar net al iets over gezegd. Ik denk dat het juist zo mooi is dat de beweging die we nu maken het welzijn en de zorg bij elkaar brengt, want juist vanuit welzijn kun je heel veel problemen op een andere manier aanpakken en kan je soms veel toevoegen aan de kwaliteit van leven en ook aan de zingeving van mensen. Hoe mooi is het als je gewoon ergens kunt gaan eten als je eenzaam bent, 's avonds met mensen in een buurthuis? Dan kun je wel pillen voorschrijven als arts, maar misschien is het wel veel beter als je dat een

paar keer per week kunt doen met de mensen uit je buurt. Ik geloof er heel erg in dat we die bewegingen bij elkaar moeten brengen.

Er waren nog een aantal vragen over de flexibele schil van zzp-huisartsen, onder anderen van de heer Van Dijk. Ook mevrouw Coenradie stelde daar vragen over. De vraag was hoe het nou zit met de wet waaraan gewerkt wordt, die nieuwe Zelfstandigenwet. Ik moet zeggen dat die wet primair de verantwoordelijkheid is van mijn collega hier aan de andere kant van het ministerie van VWS, namelijk die van Sociale Zaken. Daarom kan ik nu nog niet op de invulling van dat wetsvoorstel vooruitlopen. Ik ben uiteraard wel betrokken bij het verder uitwerken daarvan. Wat volgens mij vooral belangrijk is, is de vraag of die flexibele schil nou echt zo samenhangt met de inzet van zzp'ers. Ook zonder zzp'ers is het mogelijk om die zorg, bijvoorbeeld die 24 uurszorg, te borgen bij de haps, om dat te regelen. Wij zijn al geruime tijd in gesprek met de huisartsenvereniging en met InEen over de mogelijkheden om dat te doen met mensen in loondienst. Dus mijn collega is bezig met de wet -- daar komen we later op terug -- maar we zijn nu al aan het kijken hoe dat ingevuld kan worden vanuit loondienst.

De heer Bushoff had nog een hele ...

De **voorzitter**:

Voordat u naar de heer Bushoff gaat, heeft de heer Bevers nog een vraag.

De heer **Bevers** (VVD):

Ja, over dit onderdeel specifiek. Ik kreeg de vraag bij interruptie. Ik ben er heel duidelijk over geweest. Wij hebben er in het verleden heel veel contact over gehad, ook met de Landelijke Huisartsen Vereniging en met de huisartsenposten. Het is dus wel een probleem. Het is wel een probleem om voldoende huisartsen te krijgen in loondienst. Met name in de spoedzorg zie je vaak dat vaak huisartsen die bijvoorbeeld gestopt zijn met hun eigen praktijk zich als zelfstandige vestigen en op basis daarvan een aantal huisartsenspoedposten bemannen. Dat is heel breed. Dat is ook iets wat wij in ieder geval vanuit de sector als probleem hebben gehoord, de flexibele schil. Alle huisartsenposten willen het liefste artsen in loondienst, maar het lukt gewoon niet. Die artsen zeggen gewoon: sorry, ik ben altijd zelfstandig arts geweest en ik ga nu niet ineens in loondienst. Het is dus wat ons betreft echt wel een probleem. In het verleden hebben we uw voorgangers opgeroepen -- dit is een heel specifiek punt -- om daar blijvend aandacht voor te hebben namens het ministerie om dat goed te regelen. Ik ben echt bang dat we anders bij de huisartsenposten, de haps, echt een probleem gaan krijgen. Ik wil daar dus nogmaals toe oproepen.

Minister **Sterk**:

Als de heer Bevers de indruk heeft gekregen dat ik denk dat dat geen probleem is, dan werp ik dat verre van mij. Ik denk namelijk dat er inderdaad een probleem is. De vragen gingen alleen heel erg over de vraag of je zzp'ers in kan zetten en hoe dat zit in relatie tot de wet. Daarvan heb ik gezegd: daar kan ik nu nog niet zo veel over zeggen, want dat ligt bij mijn collega. Maar we zijn hierover al geruime tijd in gesprek met de huisartsenvereniging en InEen, juist omdat het een probleem is. We zijn uit aan het zoeken of het ook mogelijk is om daarvoor vanuit de loondienst een oplossing te vinden. Ik zal me de volgende keer iets specifiekere uitdrukken.

De **voorzitter**:

Daar wil mevrouw Coenradie nog op doorvragen. Dat mag.

Mevrouw **Coenradie** (JA21):

Ik vind dat toch te vaag. Je kunt namelijk wel zeggen "de wet ligt niet bij mij, maar bij iemand anders", maar je hebt ook nog een boodschap aan degene die die wet maakt. De vraag is dus eigenlijk of deze minister bereid is om dit mee te nemen in de gesprekken die zij heeft binnen het kabinet en dus ook met de minister die verantwoordelijk is voor deze wet, en om daarbij de urgentie neer te leggen en te zeggen: luister eens, wij willen dit heel erg graag in deze wet verankerd hebben of dat daar in ieder geval aandacht voor is. Anders zie ik op mijn terrein dadelijk echt heel veel problemen.

Minister **Sterk**:

Op dat laatste kan ik volmondig ja zeggen. Dat heb ik net ook aangegeven. Ik ga hier natuurlijk over in gesprek. Ik kan aan wat ik net heb gezegd nog toevoegen dat er in dat gesprek met de huisartsenvereniging en InEen wel kansrijke ideeën op tafel liggen, maar dat we daarover nu ook in gesprek zijn met de Belastingdienst. Er wordt dus gewerkt aan oplossingen. Ik ga dit gesprek ook aan met mijn collega, want wij hebben er belang bij dat deze wet ook werkt voor de problemen die we hebben in de zorg en specifiek in de huisartsenzorg.

Voorzitter. Er was een vraag van de heer Claassen over de dividenduitkering. Hij vraagt: is de minister bereid om pas conclusies te trekken op basis van een volledig beeld? Het ingewikkelde is een beetje ... Laat ik het zo zeggen: we zijn blij dat die informatie nu op tafel ligt, want dat geeft ook een beeld van hoe het ervoor staat en wat er misschien nog niet helemaal goed gaat. Daar kunnen we vervolgens onze maatregelen op nemen. Alleen bij de organisaties of aanbieders die een jaaroverzicht hebben, kun je zien hoe dit

werkt. Het is eigenlijk niet mogelijk om dat in beeld te krijgen bij aanbieders die dat niet hebben. Een type investeerder is ook niet per definitie goed of slecht, dus volgens mij is het op dit moment niet nodig en, zoals ik al zei, niet haalbaar om daar een heel volledig beeld van te krijgen en daarvoor aanvullend onderzoek te doen. Ik wil me vooral richten op onwenselijk gedrag. Daarvoor zijn we bezig met wetgeving.

Dan kom ik bij mijn laatste punt. Daarom zijn we ook bezig met het wetsvoorstel Wet integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders. Dat willen we gaan aanscherpen, want geld voor de zorg moet gewoon in de zorg blijven, zoals de heer Bushoff aangeeft. Volgens mij wordt dat trouwens breed in de Kamer gedeeld. Ik ben gisteren op werkbezoek geweest. Daar hoorde ik hoe slinks mensen soms gebruikmaken en vooral misbruik maken van de regelingen die er zijn. Dan kunnen we maar één ding doen: daar keihard tegen optreden en zorgen dat we dat voorkomen. Dit wetsvoorstel moet daarbij gaan helpen. Dat willen we doen door daarin aangescherpte normen voor verantwoord ondernemerschap op te nemen, waardoor je de uitwassen van private equity kunt inperken. We willen ook voorwaarden stellen aan winstuitkering. In de aanscherping van het wetsvoorstel neem ik dus ook de reikwijdte van het winstuitkeringsverbod mee. We willen gewoon zorgen dat die zorgeuro echt goed terecht komt, waar die hoort. Ik zal de Kamer voor de zomer informeren over de aanpassingen van het wetsvoorstel.

Tot zover, voorzitter.

De **voorzitter**:

Veel dank. Dan zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van het kabinet. Ik wil gelet op de tijd gelijk doorgaan naar de tweede termijn. We hebben een sprekersvolgorde. Er zijn wat collega's niet meer bij dit debat vanwege andere verplichtingen, dus ik begin bij mevrouw Coenradie, daarna is mevrouw Van Brenk en daarna hanteer ik weer de volgorde waarin iedereen zit. Mevrouw Coenradie, uw tweede termijn.

Mevrouw **Coenradie** (JA21):

Voorzitter. Laat ik allereerst even beginnen met het aanvragen van een tweeminutendebat. Bij dezen dus.

Dan het volgende. Ik hoor toch heel veel taal, maar weinig waarvan ik denk: nou, na dit debat zijn we veel wijzer geworden en hebben we echt wel vooruitgang met elkaar geboekt. Als u mij nou vraagt, wat dat is, dan weet ik daar het antwoord eigenlijk niet heel goed op. Ik vind zorgverzekeraars nog steeds niet transparant. Ik vind daarin de schriftelijke beantwoording en de zaken zoals die vandaag besproken zijn, echt nog niet bevredigend. Dat apothekers niet hoeven bijleggen en het hele verhaal daaromheen, vind ik

ook echt nog veel te vaag en niet concreet. Regeldruk: "Ja, we willen allemaal minder regeldruk. Ja, we nemen het mee. Er worden gesprekken gevoerd."

Ik mis daarin gewoon daadkracht, zo van: ja, dit gaan we doen, dit gaan we regelen en dit is het idee hierbij. Het blijft allemaal heel erg vaag. Ik merk ook dat het mij ontzettend uitnodigt, maar ook dwingt om dan dus maar gewoon een tweeminutendebat aan te vragen, om dan maar via moties veel concreter te zijn en om daadkracht vanuit de ministers te vragen. Ik vind dat vervelend, want aanvankelijk was ik dat niet voornemens, omdat ik vind dat we elkaar vooral niet iedere keer moeten overladen met allerlei debatten. Ik merk dat door de beantwoording van de ministers mij niets anders rest. We gaan dat dus doen en dan gaan we zien wat de opdracht op dit terrein vanuit de Kamer is richting het kabinet.

De **voorzitter**:

Dank u zeer. De volgende spreker is mevrouw Van Brenk, van 50PLUS.

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

Voorzitter. Ik hoop eigenlijk op een toezegging van de minister. Kan zij misschien iets betekenen? Ik noemde al de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap over gordelroos. Nu ligt er een brief van Stichting Pijn na Gordelroos en SeniorenNetwerkNL, waarin zij wijzen op een internationale richtlijn over de advisering rondom antivirale middelen binnen 72 uur nadat het geconstateerd is. Het is nog niet aangepast, maar misschien kan de minister iets betekenen om partijen bij elkaar te zetten of misschien wil ze daar zelf iets in betekenen. Ik denk dat dat van groot belang is in het kader van zenuwpijn die optreedt na gordelroos. Dat is heel belangrijk.

Voorzitter. Ik ben blij dat de minister waardering heeft voor casemanagementschap. Ik denk dat dat heel erg van belang is, zeker vanwege een groeiend aantal mensen met dementie. Dus ik ben blij dat die voorop het netvlies staan. Wat ons betreft zou ik het daarbij willen laten.

De **voorzitter**:

Mooi. Dat was plusminus 1 minuut en 20 seconden. Mevrouw Maeijer.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ik heb geen stopwatch liggen, voorzitter, maar ik neem aan dat u mij eraan herinnert.

Voorzitter. Ik zei het in de eerste termijn ook al, maar ik maak mij grote zorgen over hoe die maatregelen nou eigenlijk uitpakken voor al die kwetsbare mensen, zoals de ouderen en de chronisch zieken. Ik heb het dan over de stapeling van het geheel: het omhooggaan van het eigen risico, het afschaffen van de tegemoetkoming voor chronisch zieken, de eigen bijdrage. Ik hoor ook niet heel veel enthousiasme over het kijken naar financiële toegankelijkheid op het gebied van mondzorg of fysiotherapie. Ik voorzie gewoon een hele forse stapeling met grote gevolgen voor mensen. De eigen bijdrage in de wijkverpleging kan ik ook niet echt rijmen met alle mooie woorden over het belang van de wijkverpleging en het belang van de casemanager dementie. Die mooie woorden deel ik, maar ik denk dat dit gewoon een slecht idee is.

Ik heb de minister in de eerste termijn ook nog gevraagd, naar aanleiding van het onderzoek van PwC naar de casemanagers, hoe zij nou gaat zorgen voor voldoende casemanagers dementie.

Tot slot, voorzitter, heb ik nog één vraag over C-support. Het ging net een beetje snel in de beantwoording van het geheel. Ik zie toch eigenlijk vooral berichten dat de zorg nog niet klaar is om die taken van C-support over te nemen en dat de kennis die daar nu zit, er gewoon nog niet overal is. Ik wil de minister toch nog vragen: herkent zij die signalen en hoe ziet zij dat voor zich?

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank. Mevrouw Wiersma.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Dank, voorzitter. Ik hou het kort. Ik ben blij met de toezegging van de minister van VWS dat ze in gesprek gaat met de minister van OCW over de mogelijkheden die er zijn om een soortgelijke systematiek in te voeren in Nederland. Ik kijk ook heel erg uit naar de brief die voor de zomer komt. Ik hoop dat ze daar uitvoerig op in wil gaan. De algehele afdrank is namelijk wel dat de regio hierin gewoon zwaar onder druk staat. Nogmaals, ik ben blij dat daar meer aandacht voor is, ook hier in deze Kamer.

Over het ingroeipad heeft de minister ook gezegd dat daar een brief over komt. Ik zou daarin dan echt wel heel graag expliciet willen zien hoe zij ervoor gaat zorgen dat de regionale ziekenhuizen, die op dit moment al kampen met een tekort, met name waar het gaat om de spoedeisende hulp, in de toekomst niet verder onder druk komen te staan. Dat is van het grootste belang, ook in de regio. Zorg is geen luxe is en toegang tot spoedeisende hulp ook niet. Dat is gewoon broodnodig en een fundamentele

basisvoorziening. Ik kijk dus uit naar deze brief en ik zal die kritisch bestuderen.

De **voorzitter**:

Poortman.

De heer **Poortman** (CDA):

Dank, voorzitter. Dat klonk bijna als een stemming. Verder geen aanvullende vragen. Dank aan beide bewindslieden voor de beantwoording, voor hun aanwezigheid hier en voor de toezeggingen. Ik zal die kritisch en met veel interesse volgen. Ik zie uit naar het vervolg en de uitwerking van dingen.

De **voorzitter**:

Meneer Poortman namens de CDA-fractie. Heel veel dank. Meneer Bevers van de VVD-fractie.

De heer **Bevers** (VVD):

Dank, voorzitter. Dank voor de uitgebreide beantwoording. De meeste van mijn vragen zijn beantwoord. Ik hoop dat het volgende misschien toch in de tweede termijn nog kan. Ik heb het gehad over de oproep die wij in ieder geval hebben gekregen van de LHV, NHG, InEen en het UNH om wél met een nieuw actieplan te komen om de werving van artsen buiten het ziekenhuis een nieuwe impuls te geven. Ik zou u toch willen vragen of u op zijn minst het gesprek daarover wilt aangaan. Daar komen we vast uit en anders kijk ik inderdaad naar een tweeminutendebat als daar een motie voor nodig is. Ik wilde die oproep toch nog even bij u neerleggen. Tot zover, voorzitter.

De **voorzitter**:

De heer Bushoff, en die is zeker PRO GroenLinks-PvdA.

De heer **Bevers** (VVD):

Vandaag.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Voorzitter. Eerst even kort nog over C-support. Ik ben benieuwd of de minister erkent dat de kennis over post-acute infectiesyndromen zoals long covid nog onvoldoende aanwezig is bij bijvoorbeeld huisartsen, Wmo-consulenten, keuringsartsen et cetera en dat dat kennisniveau echt nog een stapje hoger moet. Is in het verhogen van dat kennisniveau niet juist een opdracht weggelegd voor C-support, waarvoor we ze nog een jaar langer dan nu moeten laten voortbestaan? Als je ze nu al gaat afschalen, kunnen ze daar eigenlijk ook niet meer in voorzien. Zou u ze niet een jaar langer moeten laten bestaan met deze concrete opdracht?

Voorzitter. Dan twee, over de Wibz. Ik hoop wel dat die er snel komt, want we zien in de tussentijd nu al dat het erop lijkt dat zorginstellingen nu maar zo veel mogelijk winst nog uitkeren zolang de Wibz er niet is. Ik zou de oproep willen doen, aan al die organisaties maar ook aan deze minister, om in ieder geval alvast in lijn met die Wibz winstuitkeringen wel of niet te doen, of om in ieder geval daartoe een oproep te doen aan de verschillende zorgpartijen.

Voorzitter. Helemaal tot slot nog één ding. Minister Sterk schermde met inkomenssolidariteit en risicosolidariteit. Risicosolidariteit, want gezond betaalt voor ziek, en inkomenssolidariteit, want rijk betaalt voor arm. Ik zou in het licht van alle voorstellen die nu worden gedaan, bijvoorbeeld de eigen bijdrage in de wijkverpleging, de verhoging van het eigen risico et cetera, willen weten in welke mate al die maatregelen ofwel de inkomenssolidariteit en risicosolidariteit versterken, of die juist verminderen. Ik zou van de minister eigenlijk de toezegging willen dat ze dat per maatregel in kaart brengt. Als je ermee schermt, ben ik namelijk ook wel benieuwd wat het effect op de risico- en inkomenssolidariteit van al die maatregelen is.

De **voorzitter**:

Volgens mij is uw vraag helder. De volgende spreker is de heer Vervuurt, D66.

De heer **Vervuurt** (D66):

Voorzitter. Ook vanuit D66 dank voor de beantwoording door het kabinet. Ik denk dat deze commissie vandaag heel eensgezind haar zorgen heeft uitgesproken over met name het tekort aan huisartsen en praktijkhouders. Daar hebben we het vrij uitgebreid over gehad. Ik heb gehoord dat het kabinet daar voortvarend mee aan de slag gaat en de vinger aan de pols houdt. Ik hoop dat de Kamer daar ook met enige regelmaat goed over geïnformeerd wordt via rapportages, zoals vorige week in het tweeminutendebat is toegezegd. Ik vond het een goed idee van de heer Bushoff om die rapportages op te stellen met in de ene hand het AZWA en in de andere hand het actieplan van de heer Bushoff. Ik zou het kabinet daartoe dus willen oproepen.

Datzelfde geldt eigenlijk voor de ontwikkelingen omtrent de opleidingen van doktersassistenten. Dat is natuurlijk ook iets waarop ik heb gehamerd in mijn bijdrage. Die zijn van cruciaal belang voor het goed draaien van de huisartsenzorg.

Ten aanzien van de wijkverpleging hoor ik minister Sterk zeggen dat er een heleboel knoppen zijn waaraan je zou kunnen draaien. Ik denk dat het goed is dat ze al die knoppen meeneemt. Ik heb haar daarbij geen expliciete opties horen noemen, zoals het gratis maken van een x-aantal eerste behandelingen, maximering of inkomensafhankelijkheid. Ik ga ervan uit dat zij die gaat meenemen in het arsenaal dat zij beschreef. Daar ben ik blij mee, want ik denk dat het goed is dat dit integraal wordt aangevlogen.

Dat was het, voorzitter.

De voorzitter:

Zeker. Dan komen we bij mevrouw Dobbe, SP-fractie.

Mevrouw Dobbe (SP):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb nog twee punten.

Over mondzorg gaf de minister aan dat er een kleine groep is voor wie mondzorg niet goed toegankelijk is. Nu zien we dat onderzoek van Nivel het sowieso al heeft over 11% van de mensen die moeite heeft om de mondzorgkosten te betalen en daardoor zorg mijdt. Een ander onderzoek heeft het zelfs over een op de drie. Nou, me dunkt dat dat geen kleine groep is en dat dit dus wel een oplossing vereist. Dat verklaart ook waarom maatschappelijke organisaties zoals Dokters van de Wereld en allerlei andere organisaties zo veel werk hebben, en zij een groeiende groep mensen zien die in acute nood komt vanwege mondzorgproblemen.

Ik wil de minister dus het volgende vragen. Het is goed dat zij een brief toezegt, waarin bijvoorbeeld ook de optie van het noodfonds wordt genoemd, maar als daarin komt te staan "we gaan het niet doen maar we noemen het even in de brief, want dat is toegezegd", is dat natuurlijk niet waarnaar ik op zoek ben. Ik zou de minister graag willen vragen om dit gewoon te gaan uitwerken. Het is een kortetermijnoplossing, maar die is wel nú nodig voor mensen die in acute problemen raken.

Dan de zorg voor onverzekerden. De minister ziet op dit moment geen problemen, omdat hier al regelingen voor zijn. Dat klopt ook -- hier zijn regelingen voor -- maar de problemen zijn er wel. We hebben hierover met patiënten gesproken en ik heb ook zelf gezien en gehoord, toen ik meeluisterde, dat huisartsen zeggen: we hebben geen plek voor mensen zonder zorgverzekering; we hebben wel plek voor mensen mét een

zorgverzekering. Daardoor komen mensen echt in de knel, omdat ze niet de zorg krijgen die ze zouden moeten krijgen, ondanks al die regelingen. Dit is niet alleen een anekdotisch voorbeeld; er zijn veel organisaties waarbij de minister dit zou kunnen verifiëren en navragen. Deze organisaties lossen dit nu op. Ze bemiddelen voor die mensen, zodat mensen wel de zorg krijgen die ze nodig hebben. Daarom hebben wij eerder een motie ingediend om een actieplan te maken voor mensen die geen zorgverzekering hebben. Het stelt mij niet erg gerust als deze minister zegt "er is geen probleem" als het gaat over de uitvoering van die motie. Dat actieplan moet er namelijk wel komen, en ik heb daar nog geen antwoord op gehad.

De **voorzitter**:

Mevrouw Dobbe, als ik een gong had, had ik die allang gebruikt ...

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Ja, dank u!

De **voorzitter**:

... maar die heb ik niet. Wie weet schaf ik die nog aan! Ik schors voor enkele ogenblikken, om de minister de gelegenheid te geven om in conclaaf te gaan over de laatste vragen die gesteld zijn. Daarna ronden we het af. We komen zo terug voor de tweede termijn van het kabinet.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:

Ik heropen de vergadering. Ik verzoek alle aanwezigen hier in de zaal te gaan zitten. Meneer Bevers, we gaan door. Ik geef het woord aan minister Hermans.

Minister **Hermans**:

Voorzitter, dank. Ik ben de heer Bushoff nog twee antwoorden uit de eerste termijn verschuldigd. Het eerste antwoord gaat over financieel maatwerk en het beschikbare budget daarvoor. Het kader huisartsenzorg groeit jaarlijks met 3,5%, exclusief de indexatie. Concreet betekent dat voor de jaren 2026, 2027 en 2028 circa 200 miljoen euro per jaar erbij. Die ruimte kunnen zorgverzekeraars gebruiken voor aan de ene kant natuurlijk de stijging van

de zorgvraag en anderzijds het financiële maatwerk. Daar zit ook de subsidie in, die gebruikt kan worden voor ruimte of lucht in de agenda.

Voorzitter. De heer Bushoff stelde mij nog de vraag voor welke periode dat alternatieve geneesmiddel nog ter hand gesteld kan worden nadat het preferente middel weer beschikbaar is. Dat gaat om enkele weken, maximaal zes.

Dan had ik mevrouw Coenradie nog toegezegd aan te geven wanneer de brief over de apothekers zal verschijnen en wanneer ik het gesprek zal voeren, zoals haar toegezegd. Dat vond ik toch best een concrete toezegging. Die brief komt er voor de zomer.

Voorzitter. Mevrouw Van Brenk stelde mij nog een vraag over de richtlijn voor gordelroos. Ik kan de vraag van mevrouw Van Brenk overbrengen aan de beroepsgroep, maar het is natuurlijk wel iets wat partijen samen doen, zoals ik dat al in de eerste termijn zei. Maar naar aanleiding van het debat zal ik dit punt overbrengen.

Voorzitter. Mevrouw Maeijer stelde mij, net als de heer Bushoff, nog een vraag over C-support. Wij hebben voor dit jaar nog geld beschikbaar om die kennis over te dragen. Het is nu 1 april. Het is nog niet het einde van het jaar, dus dat daar nog werk moet gebeuren en dat we die maanden daarvoor nog nodig hebben, lijkt me ook logisch. Dat vind ik ook niet raar. Ik zal de vinger aan de pols houden. Wij sturen sowieso nog een brief over PAIS. Ik zal daarin ook ingaan op hoe het hiermee staat en wat ons beeld is. Het is nu maart. Ik zal even checken nu of ik al weet wanneer de brief er komt. Ik zie dat dit voor de zomer is. Dat lijkt me mooi. Dan zijn we ongeveer halverwege het jaar. Dus dan hebben we een beetje een beeld van hoe het ervoor staat.

De **voorzitter**:

Meneer Bushoff, u krijgt gelet op de tijd heel kort het woord. Eén vraag. Dat geldt ook voor de andere Kamerleden.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Eén vraag. Als dit jaar de financiering al afloopt, wordt dus de komende maanden de capaciteit bij C-support al afgebouwd. Dat zal wel nodig zijn. Dus dan kunnen ze niet meer volledig hun taak uitvoeren, zou je zeggen. Ik vraag de minister hoe zij hiernaar kijkt.

De **voorzitter**:

Er komt nog een tweeminutendebat. Dat zeg ik ook gelijk tegen alle leden.

Minister **Hermans**:

We hebben voor dit jaar nog die subsidie, ook om de kennisoverdracht te doen. Daarna, dus na dit jaar, blijft er een zogenaamde waakvlamfunctie die ziet op die kennis en die kennisoverdracht. Het risico dat de heer Bushoff schetst, is daarmee misschien niet helemaal, maar wel voor een deel ondervangen. Nogmaals, ik stuur dus voor de zomer nog een brief over PAIS en C-support.

Voorzitter. Mevrouw Wiersma kijkt uit naar de brief, ook over het ingroeipad. Ik heb gehoord wat zij daarbij ook zei over de regionale zorg, in het bijzonder de spoedeisende hulpen. Ik zal daar in de brief ook op ingaan.

Voorzitter. Mevrouw Dobbe had het over de mondzorg en het noodfonds. Ik zei dat ik daar in de brief naar aanleiding van de motie van de heer Stoffer op terug zou komen. Ik denk eigenlijk dat de brief die ik nog over de voortgang van het AZWA stuur -- dat is er niet eentje die er heel binnenkort komt, maar wel voor de zomer, omdat we daar dan ook nog een debat over hebben -- een goede plek is om daarop in te gaan. Wij delen namelijk volgens mij, zoals ik ook in mijn beantwoording zei, dat er hier voor een bepaalde groep een probleem is. We hebben in een schriftelijk overleg dat onlangs geweest is, geschetst waarom wij niet denken dat een noodfonds de oplossing is voor het probleem waarvan wij ook zien dat het er is. Maar in de AZWA-ontwikkelagenda kijken we waar er manieren zijn om hier iets aan te doen. In die brief, die voor de zomer komt, zal ik daarop ingaan.

Ik hoop dat ik daarmee ook de vraag van mevrouw Dobbe, die zij aan het eind van haar bijdrage stelde over het actieplan, heb beantwoord. Die vraag begreep ik namelijk niet helemaal.

De **voorzitter**:

Mevrouw Dobbe, tot slot.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Ja, hoewel ik nu mijn vraag moet herhalen. Ik zal dat niet zo lang doen. De vraag ging over het actieplan voor zorg voor onverzekerden.

De **voorzitter**:

Check.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Ik haalde daarbij een aantal voorbeelden aan, waarbij ik zelf heb gezien dat dit niet goed werkt. Ook maatschappelijke organisaties hebben gezien dat het nog veel problemen heeft.

De **voorzitter**:

Dank voor de verduidelijking.

Minister **Hermans**:

Hier zal ik in een aparte brief op terugkomen. Ik heb nu geen reactie paraat op alle voorbeelden die mevrouw Dobbe schetste, dus ik wil daar best in een aparte brief op terugkomen. Zeker.

De **voorzitter**:

Wordt vervolgd. Heel goed.

Minister **Hermans**:

Voor de zomer.

De **voorzitter**:

Voor het zomerreces. In reactie op dat minister Sterk buiten de microfoon zegt dat het vandaag 1 april is: alles wat gezegd is vandaag, is waar. Maar dat terzijde. Minister Sterk.

Minister **Sterk**:

Dank u wel, voorzitter. Ik had ook nog een aantal vragen die in tweede termijn zijn gesteld.

Mevrouw Van Brenk had nog een antwoord tegoed op de vraag over De Buurt als Ecosysteem, de taakstelling en de afname van het aantal uren wijkverpleging door de zorgverzekeraar. Ik zou het graag nog een keer zien, maar ik krijg mee dat De Buurt als Ecosysteem wel een heel mooi voorbeeld is van een transformatieplan. Het wordt inderdaad gefinancierd door zorgverzekeraars en moet vooral bijdragen aan de beweging naar de voorkant.

Ik ben niet precies bekend met de exacte voorwaarden die door zorgverzekeraars zijn gesteld aan deze financiering, maar op zich vind ik het ook niet vreemd dat als zorgverzekeraars ergens financiering aan geven, ze uiteindelijk het zorggebruik in dezen en de effecten van het zorggebruik in die wijk willen zien. Dat leidt mogelijk tot afname van uren. Maar ik vind het moeilijk om zo te zeggen omdat ik er zelf niet bij betrokken ben geweest vanuit het ministerie.

De **voorzitter**:

Een verduidelijkende vraag, mevrouw Van Brenk.

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

Mijn specifieke vraag was de volgende. We weten dat het aantal ouderen toeneemt. Omdat er nog een aanloop is voordat dit gerealiseerd is, zou je eigenlijk mogen verwachten dat de status quo al een mooi resultaat is. Ik begrijp dat de minister daar anders over denkt.

Minister **Sterk**:

Ik weet niet of ik daar per se anders over denk. Ik zeg volgens mij vooral dat het iets is van de zorgverzekeraar met degenen die dat project uitvoeren. Daar wordt op dit moment dit gesprek gevoerd. Verder heb ik daar geen bemoeienis mee.

Mevrouw Maeijer had een vraag gesteld over casemanagement dementie en over het tekort. Ik denk dat het belangrijk is, ook zeker gezien de vergrijzing, dat de dementiecasemanagers goed georganiseerd zijn en over het hele land bereikbaar zijn. Het veld heeft zelf aangegeven dat het haalbaar is om toegang te borgen voor iedereen die het nodig heeft. Dat vraagt ook iets van hun organisatie. Dan is het wel belangrijk -- we hadden het net ook al over de zorgverzekeraars -- dat de zorgverzekeraars dat goed inkopen. Ik gaf net al aan dat ze dat kunnen doen vanaf het begin tot helemaal aan het eind.

De heer Bevers had toch nog een vraag naar aanleiding van het actieplan en was nog niet helemaal tevreden. Ik moet eerlijk zeggen dat ik de brief niet ken, maar ik wil in ieder geval toezeggen om dat gesprek aan te gaan. Ik ben wel benieuwd naar de achtergrond van die brief, ook in relatie tot wat ik u net meldde, over hoe dat zich tot elkaar verhoudt.

De heer Bushoff. Net als de heer Bushoff kan aanscherping van de wet mij niet snel genoeg gaan, zodat die excessen niet meer plaats kunnen vinden, maar ik vrees toch dat veel sneller dan voor de zomer gewoon niet gaat lukken. Ik hoop net als u dat ondertussen zorgorganisaties zelf zo verstandig

zijn om daarin de goede keuzes te maken. Ik vrees dat ik daar, behalve dit moreel appel, niet zo heel veel invloed op kan uitoefenen.

De heer Bushoff gaf ook aan -- ik ben op zich blij om dat te horen -- dat we bij de eigen bijdrage moeten kijken wat de effecten zijn van de mogelijke manieren waarop je die invult. Ik moet alleen even kijken hoe we dat precies in beeld kunnen brengen. Ik noem een voorbeeld. Stel dat je iets doet met inkomensafhankelijk, maakt het natuurlijk uit hoe je dat vormgeeft en hoe snel je die lijn laat oplopen of niet. Dat heeft natuurlijk weer effecten op inkomens van mensen en soms ook op de samenloop met andere maatregelen. Ik wil daarnaar kijken, maar ook in het licht van het onderzoek dat naar die stapeling gebeurt. Het gaat namelijk niet om één maatregel, maar er spelen daar natuurlijk meerdere maatregelen.

Ten slotte. De heer Vervuurt vroeg of ik bij die knoppen dan ook wil kijken naar de tijdigheid van wanneer iets ingaat. Ik meende dat in de eerste termijn al te hebben genoemd, maar we gaan daar uiteraard ook naar kijken. Misschien zijn er nog meer ideeën en nog meer manieren om daarnaar te kijken. Dat wil ik de komende weken gaan verkennen.

De **voorzitter**:

Meneer Bushoff, eigenlijk niet.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Eén punt. Mijn woorden werden namelijk wel erg ruim genomen door de minister. Het was een hele ruime interpretatie.

De **voorzitter**:

Dat kan, maar dat is echt politiek. U heeft een tweeminutendebat, dus ik zou zeggen ...

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dan gaan we het daar weer hebben over de eigen bijdrage en hoe dat risico ...

De **voorzitter**:

Het is wat het is. Dit is niet de laatste keer dat u dit onderwerp opbrengt, lijkt mij. Laten we het hierbij houden. Er is in ieder geval een tweeminutendebat aangevraagd door mevrouw Coenradie. Dat is bij dezen doorgeleid naar de

Griffie plenair. Er zijn verschillende toezeggingen gedaan. Die lees ik gewoon voor. U moet maar even meeluisteren om te horen of ik iets vergeet.

- Punt één. De minister informeert de Kamer voor het zomerreces over de voortgang omtrent het landelijk ruil- en inschrijfsysteem bij huisartsen.

- Punt twee. De minister informeert de Kamer voor het zomerreces over de gesprekken die zij gaat voeren over strategisch toelatings- en opleidingsbeleid in regio's waar huisartsentekorten zijn.

- Punt drie. De minister stuurt de Kamer voor het zomerreces een brief over de gesprekken die zij voert met de apothekersverenigingen en zal hierin onder andere ingaan op het thema geneesmiddelentekorten in tijden van onzekerheid.

Minister **Hermans**:

Voorzitter, als ik het mag specificeren: ik ga daarin in op de vraag die mevrouw Coenradie mij stelde, die ook zag op inkoop en de financiële onzekerheid die daarmee samenhangt in het geval van tekorten.

De **voorzitter**:

Ik denk dat dit een preciezere invulling is, dus dat voegen we nu toe.

- Punt vier. De minister stuurt de Kamer voor het zomerreces een brief over het AZWA en zal hierin ook ingaan op instrumenten zoals een noodfonds om financiële drempels inzake mondzorg te verlagen.

Minister **Hermans**:

Ja, voor minima. Dat was het debat dat ik met mevrouw Dobbe had.

De **voorzitter**:

Oké.

- Punt vijf. De minister informeert de Kamer voor het commissiedebat Arbeidsmarktbeleid in de zorg op 18 juni over haar reactie op het advies van het Capaciteitsorgaan en het aantal vast te stellen opleidingsplaatsen.

- Punt zes. De minister informeert de Kamer voor het zomerreces over de stand van zaken met betrekking tot de uitwerking van de invulling van de eigen bijdrage in de wijkverpleging.

- Punt zeven. De minister stuurt een brief over het groeipad richting budgetbekostiging voor onder andere de spoedeisende hulp.
- Punt acht. De minister stuurt voor de zomer een brief over PAIS en gaat hierin ook in op zaken omtrent C-support.

Minister **Hermans**:

Voorzitter, het is echt een brief over C-support.

De **voorzitter**:

Gewoon een algemene brief? Oké, check.

- Punt negen. De minister stuurt voor het zomerreces een brief over het actieplan omtrent onverzekerden.

Dank. Dan heeft mevrouw Wiersma waarschijnlijk nog een aanvullend punt.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

U noemde bij die opleidingsplekken en regio's expliciet de huisartsen, maar het gaat om medisch specialisten. Bij huisartsen is ook een heel groot probleem, maar het beperkt zich niet tot de groep huisartsen. Maar goed, ik denk dat dat goed overkomt. Bij dezen.

De **voorzitter**:

Het gaat erom dat het iets breder is.

Minister **Hermans**:

Ik moet even precies zijn. Volgens mij stelde mevrouw Wiersma mij de vraag in de context van het tekort aan huisartsen. Dat is ook hoe wij het gesprek voeren en de verkenning doen met OCW.

De **voorzitter**:

Ja, dat is de context.

Minister **Hermans**:

Ik ben altijd bereid om dat breder te trekken, dus naar medisch specialisten. Ik vind het echter wel belangrijk om de verwachtingen even te managen: de focus van wat ik nu met OCW bespreek, ligt op huisartsen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Wiersma nog?

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Dat is dan zo, maar het gaat wel om medisch specialisten in het algemeen. Het speelt namelijk breder dan de huisartsen.

De **voorzitter**:

Er is nog een tweeminutendebat, mevrouw Wiersma. Wellicht is dat het moment om daar nog op door te gaan. Ik dank u allemaal: de bewindspersonen, de Kamerleden, alle aanwezigen. Ik sluit de vergadering. Om 17.30 uur is er een technische briefing over de wijziging van de Embryowet naar aanleiding van de derde wetsevaluatie, zeg ik voor degenen die dat interessant vinden. Die technische briefing is om 17.30 uur in de Troelstra zaal.

Sluiting 17.18 uur.