

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk

4394006-1099361-PZO

Bijlage(n)

1

Uw kenmerk

31 765

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Datum 2 juli 2026

Betreft Schriftelijk Overleg (SO) inzake SO - Kwaliteitszorg (incl. Patiënten- en cliëntenrechten)

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u, mede namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de antwoorden op de vragen van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport toe in het kader van kwaliteitszorg (incl. Patiënten- en cliëntenrechten). De vragen zijn ingezonden op 26 mei 2026.

Hoogachtend,

de minister van Langdurige Zorg,
Jeugd en Sport,

Mirjam Sterk

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr.

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 2026

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport over het onderwerp Kwaliteitszorg (inclusief Patiënten- en cliëntenrechten).

Voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

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

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Markuszower

II. Reactie van de minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

•

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de stukken op de agenda van het schriftelijk overleg over kwaliteitszorg. Deze leden hebben hierover enkele vragen opgesplitst per onderwerp.

Transparantie van keuze-informatie

De leden van de D66-fractie lezen in de brief van de minister over transparantie van keuze-informatie voor patiënten dat de minister toewerkt naar een toekomstbeeld waarin patiënten vanuit huis inzicht hebben in behandelopties en verschillen tussen zorgaanbieders, zodat zij samen met hun zorgverlener een goed geïnformeerde keuze kunnen maken. Deze leden vinden het daarbij cruciaal dat er blijvende aandacht is voor uitkomsten die voor patiënten zelf van betekenis zijn, waaronder kwaliteit van leven, ervaren functioneren en de impact van behandelingen op het dagelijks leven. Deze leden waarderen dan ook dat de minister expliciet aangeeft dat juist dit soort informatie onderdeel moet zijn van toekomstige keuze-informatie voor patiënten.

Tegelijkertijd constateren deze leden dat de praktijk nog ver verwijderd is van dit toekomstbeeld. Uit onderzoek van het Zorginstituut Nederland en de Patiëntenfederatie blijkt immers dat voor een groot deel van de ziektelast binnen de medisch specialistische zorg nog geen kwaliteitsdata openbaar beschikbaar is. Ook lezen deze leden dat informatie over verschillen tussen zorgaanbieders vaak

ontbreekt of onvoldoende begrijpelijk beschikbaar is voor patiënten. Kan de minister aangeven welke concrete doelen zij zichzelf stelt voor de komende jaren om deze achterstand in te lopen? Op welke momenten en manieren wordt inzichtelijk gemaakt welke aandoeeningen inmiddels beschikken over begrijpelijke en openbaar beschikbare keuze-informatie voor patiënten en welke nog niet?

Verder lezen deze leden dat de minister veldpartijen aanmoedigt om versnelling aan te brengen in het realiseren van meer openbare en begrijpelijke keuze-informatie voor patiënten. Kan de minister nader toelichten welke instrumenten hierbij concreet gebruikt worden? Welke mogelijkheden heeft de minister wettelijk beschikbaar om naast aanmoediging ook meer sturende of dwingende instrumenten in te zetten om openbaarmaking van kwaliteitsinformatie te bevorderen?

Ook lezen deze leden in de brief over keuze-informatie voor patiënten dat de Wet kwaliteitsregistraties zorg een belangrijke rol moet spelen in het beter benutten van bestaande kwaliteitsregistraties voor keuze-informatie voor patiënten. Is deze wet volgens de minister voldoende toegerust om daadwerkelijk versnelling te realiseren? Op welke wijze kan deze wet concreet worden ingezet om verdere stappen te zetten richting meer transparantie voor patiënten? Welke beperkingen in het optreden van de overheid op het openbaar maken van kwaliteitsdata blijven volgens de minister bestaan, ook na de inwerkingtreding van deze wet? Kan de minister daarbij ook ingaan op de balans tussen transparantie en uitvoerbaarheid?

Tot slot vragen deze leden aandacht voor het feit dat de huidige inzet zich primair richt op de medisch specialistische zorg. Bestaat inmiddels meer duidelijkheid over een eventuele uitbreiding van de Wet kwaliteitsregistraties zorg naar andere sectoren, zoals de eerstelijnszorg, wijkverpleging of de geestelijke gezondheidszorg (ggz)? Wanneer verwacht de minister de Kamer hierover verder te informeren?

Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (*Wmcz*)

De leden van de D66-fractie lezen in de evaluatie van de *Wmcz* 2018 dat op verschillende punten ruimte voor verbetering bestaat in de wijze waarop medezeggenschap binnen zorginstellingen functioneert.

Deze leden onderschrijven het belang van goede medezeggenschap, omdat dit eraan bijdraagt dat zorg beter aansluit bij de behoeften van patiënten en cliënten. In de evaluatie wordt onder meer geadviseerd de inspraakcultuur binnen instellingen verder te versterken. Ook wordt gewezen op het belang van tijdige, volledige en begrijpelijke informatievoorziening richting cliëntenraden. Kan de minister aangeven hoe zij concreet gevolg geeft aan deze aanbevelingen?

Daarnaast lezen deze leden dat de huidige wet onvoldoende basis biedt voor medezeggenschap binnen regionale samenwerkingsverbanden. Juist nu samenwerking tussen verschillende zorgdomeinen steeds belangrijker wordt, bijvoorbeeld om capaciteitsvraagstukken aan te pakken en zorg beter rondom de patiënt te organiseren, achten deze leden dit een relevant knelpunt. Welke stappen zijn inmiddels gezet om medezeggenschap binnen regionale samenwerkingsverbanden beter te organiseren? Achten de minister aanvullende wet- of regelgeving nodig om cliënten en patiënten ook binnen regionale samenwerking goed vertegenwoordigd te laten zijn?

De leden van de D66-fractie merken daarnaast op dat een deel van de ervaren regeldruk in de zorg ook voortkomt uit verplichtingen die vanuit de overheid worden opgelegd, maar die weinig toevoegen. In deze evaluatie wordt bijvoorbeeld benoemd dat in de eerstelijnszorg cliëntenraden relatief veel tijd kosten terwijl de toegevoegde waarde beperkt wordt ervaren. Is de minister

bereid kritisch te kijken naar mogelijke knelpunten in de Wmcz 2018 voor de eerstelijnszorg, en te bezien of daar meer proportionele vormen van medezeggenschap mogelijk zijn? Is zij daarnaast bereid breder te kijken naar manieren om administratieve lasten, bijvoorbeeld rond jaarverantwoordingen en rapportages, verder te verminderen?

Uitkomstgerichte Zorg

De leden van de D66-fractie lezen in de voortgangsrapportages over Uitkomstgerichte Zorg en de begeleidende brief dat het programma Uitkomstgerichte Zorg bedoeld is om zorg beter af te stemmen op de behoeften, voorkeuren en waarden van patiënten en daarmee een belangrijke bouwsteen vormt voor passende zorg. Deze leden steunen die beweging nadrukkelijk. Zij zien hierin een belangrijke stap in de transitie van een systeem waarin productie centraal staat naar een systeem waarin de best mogelijke uitkomsten voor patiënten leidend zijn.

In de begeleidende brief van de rapportage uit 2024 lezen deze leden dat zorginstellingen actief zijn opgeroepen gebruik te maken van de WensenScan om instellingen te ondersteunen bij samen beslissen en het werken met uitkomstinformatie. Kan de minister aangeven of inmiddels zichtbaar is geworden dat dit instrument daadwerkelijk heeft bijgedragen aan zorg die beter aansluit bij de behoeften en voorkeuren van patiënten? Hoe heeft dit instrument zich de afgelopen jaren verder ontwikkeld? Zijn er inmiddels ook andere instrumenten ontwikkeld of breder ingezet om zorginstellingen actief te ondersteunen bij uitkomstgericht werken?

Verder lezen deze leden dat het programma sterk inzet op databeschikbaarheid en op betere toegankelijkheid van uitkomstinformatie voor patiënten en zorgverleners. Kan de minister toelichten op welke wijze de randvoorwaarden voor uitkomstgerichte zorg worden meegenomen in bredere digitaliseringsvraagstukken binnen de zorg, bijvoorbeeld in relatie tot de uitwerking van de European Health Data Space (EHDS)? Hoe wordt voorkomen dat verschillende trajecten naast elkaar ontstaan zonder voldoende samenhang in databeschikbaarheid, standaarden en governance?

Daarnaast merken deze leden op dat het programma zich vooralsnog richtte op de medisch specialistische zorg. Welke mogelijkheden ziet de minister om de lessen en ervaringen uit dit programma breder toe te passen, bijvoorbeeld in de eerstelijnszorg, wijkverpleging en de ggz?

Tot slot constateren deze leden dat het programma Uitkomstgerichte Zorg richting afronding gaat. Hoewel belangrijke stappen zijn gezet, zijn deze leden van mening dat de zorg als geheel nog niet klaar is met de omslag naar uitkomstgerichte zorg. Instellingen blijven volgens de rapportages zelfstandig doorgaan met verdere ontwikkeling, maar deze leden vragen de minister hoe deze ontwikkeling structureel wordt geborgd. Op welke wijze blijft de minister deze ontwikkeling actief stimuleren en ondersteunen, ook nu het programma formeel afloopt? Welke rol ziet de minister hierin voor haar eigen ministerie, Zorginstituut Nederland, zorgverzekeraars en eventueel voor andere betrokken partijen?

VVT

De VVT-sector werkt met het Generiek Kompas om richting te geven aan passende zorg, waarbij er meer nadruk wordt gelegd op het open gesprek met de cliënt, kwaliteit van leven en de kracht van samen, waardoor er meer regie bij de cliënt komt te liggen. De leden van de D66-fractie vragen op welke wijze de

minister beoogt dat de randvoorwaarden die relevant zijn voor het Generiek Kompas, zoals leren en ontwikkelen en de inzet van technologie, voldoende worden gerealiseerd?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de verschillende brieven aangaand de onderwerpen die betrekking hebben op kwaliteitszorg. Zij zijn van mening dat het verbeteren van het inzicht in de kwaliteit van zorg een van de belangrijkste manieren is om de belofte van de Zorgverzekeringswet waar te maken. Daarom vinden zij het goed dat hier aandacht voor is. Over de geagendeerde brieven hebben zij nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie zijn van mening dat het verbeteren van de beschikbaarheid van keuze-informatie voor patiënten een belangrijke stap is in het verbeteren van niet alleen de kwaliteit van zorg, maar ook van het vertrouwen daarin. Daarom zijn deze leden blij met het geschetste toekomstbeeld. Deze leden zien dat in Denemarken sprake is van een vergevorderde persoonlijke gezondheidsomgeving. Kan de minister aangeven in welke mate hier lessen uit getrokken kunnen worden voor de Nederlandse situatie? Zo ja, welke lessen zijn dit? Zo nee, welke verschillen zijn er tussen de Nederlandse en Deense situatie die het trekken van lessen onmogelijk maken?

Hoewel de leden van de VVD-fractie aan de ene kant blij zijn met de afspraken met medische specialistische zorg (msz)-partijen om tot meer keuze-informatie te komen voor patiënten, hebben zij vragen bij de effectiviteit hiervan. Kan de minister aangeven of zij enigszins vrijblijvende afspraken voldoende acht, of zal zij op een bepaald moment meer dwingende maatregelen nodig achten? Kan zij hierbij ook een reflectie geven op het gebrek aan vooruitgang op dit vlak sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet.

De leden van de VVD-fractie hebben eerder hun zorgen geuit over de gebrekkige voortgang in het programma Uitkomstgerichte Zorg. Sinds 2017 lijkt hier nauwelijks voortgang in geboekt, met name vanwege bestuurlijke drukte. Deze leden zijn blij dat er in 2025 meer resultaten geboekt zijn. Tegelijkertijd begrijpen zij dat – wederom – in Denemarken grote vooruitgang is geboekt op dit vlak, in het kader van de Danish Health Care Quality Programma (DHCQP). Kan de minister aangeven welke lessen zij hieruit trekt? Is hier wederom vrijblijvendheid voldoende om deze informatie beschikbaar te krijgen? Zo ja, waarom wel? Zo nee, welke stappen wil de minister verder nemen?

De leden van de VVD-fractie zijn verheugd te lezen dat het kabinet zich zo inzet voor vrouwen en dan specifiek voor de groep vrouwen met een dicht borstweefsel. Deze leden zijn ook blij te lezen dat er opdracht is gegeven tot het opstellen en uitvoeren van het implementatieplan. De leden van de VVD-fractie delen de frustratie van het kabinet over de tijd die alsnog nodig is om dit allemaal te realiseren. Zij erkennen dat dit voor een groot deel invloeden zijn die buiten het kabinet vallen en zijn verheugd te lezen dat het kabinet vaart maakt waar zij dit kan. Ziet de minister mogelijkheden om de implementatie van MRI-scans voor vrouwen met dicht borstweefsel sneller te realiseren? En zo ja, welke?

De leden lezen dat het kabinet extra alert is op dataveiligheid voornamelijk door een hack in het baarmoederhalskankeronderzoek. Door deze hack is het vertrouwen in bevolkingsonderzoeken gedaald. Hoe gaat de minister hier mee om? Denkt zij dat dit gevolgen heeft voor dit specifieke onderzoek? Hoe gaat zij ervoor zorgen dat er in dit onderzoek voldoende vertrouwen is?

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

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de stukken voor het schriftelijk overleg over kwaliteitszorg (inclusief patiënten- en cliëntenrechten). Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie merken op dat de huidige subsidieregeling patiënt- en gehandicaptenorganisaties (PG) loopt tot en met 31 juli 2028. In het coalitieakkoord is echter afgesproken dat de subsidiebudgetten bij departementen worden verlaagd, wat voor de begroting van het ministerie van VWS een bezuiniging van 30 miljoen euro zou betekenen vanaf 2027. Genoemde leden hebben signalen ontvangen van pg-organisaties dat zij zich hier zorgen over maken in verband met hun posities. Zou nader toegelicht kunnen worden op welke wijze deze bezuiniging van €30 miljoen verdeeld zal worden bij VWS en kan expliciet toegezegd worden dat de voorgenomen bezuiniging geen gevolgen gaat hebben voor de subsidieregeling PG's?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie maken zich ernstig zorgen over de huidige personeelstekorten binnen de zorg en eventuele gevolgen voor patiëntveiligheid. Zou nader toegelicht kunnen worden op welke wijze de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) toezicht houdt op situaties waarin er structureel sprake is van onderbezetting, met als gevolg dat er verhoogde veiligheidsrisico's zijn? Hoe reflecteert de minister op de huidige meldcultuur binnen zorginstellingen? Op welke concrete wijze wordt ook voldoende toezicht gehouden op zorginstellingen waarbij zorg wordt verleend aan kwetsbare personen, die niet altijd (verbaal) melding kunnen maken van overschrijdend gedrag of klachten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

Patiëntveiligheid

De leden van de PVV-fractie vragen de minister hoe zij in algemene zin beoordeelt of patiëntveiligheid in Nederland daadwerkelijk verbetert. Welke indicatoren gebruikt de minister om vast te stellen of patiënten nu veiliger zijn dan enkele jaren geleden? Welke signalen, meldingen of incidenten laten volgens de minister juist zien dat verbetering nog steeds noodzakelijk is?

Rapport labonderzoeksrapport RIVM naar mesh-implantaten

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van het RIVM-onderzoek naar mesh-implantaten. Deze leden vinden het belangrijk dat patiënten met langdurige klachten na plaatsing van een implantaat serieus worden genomen, ook wanneer klachten ingewikkeld zijn, moeilijk aantoonbaar zijn of niet meteen binnen een standaard medisch kader passen. Kan de minister aangeven wat er sinds het verschijnen van dit rapport concreet is veranderd voor patiënten met klachten na mesh-implantaten?

De leden van de PVV-fractie vragen hoeveel meldingen over mesh-implantaten sinds het rapport zijn ontvangen, bij welke instanties deze meldingen terechtkomen en wat daar vervolgens mee gebeurt. Hoe wordt voorkomen dat patiënten van loket naar loket worden gestuurd? Is er voor deze groep één duidelijke route voor melding, erkenning, medische beoordeling en nazorg?

Deze leden vragen of patiënten voorafgaand aan plaatsing van een implantaat voldoende begrijpelijke informatie krijgen over risico's, alternatieven en mogelijke langetermijnklachten. Hoe wordt gecontroleerd of *informed consent* in de praktijk meer is dan een handtekening onder een formulier? Wordt ook achteraf actief gevolgd hoe het met patiënten gaat?

Patiënten- en cliëntenrechten

De leden van de PVV-fractie vinden dat patiënten- en cliëntenrechten niet alleen op papier moeten bestaan. Kan de minister aangeven welke rechten patiënten en cliënten in de praktijk het vaakst niet weten te vinden of niet goed kunnen afdwingen? Welke concrete verbeteringen zijn de afgelopen jaren doorgevoerd om patiënten en cliënten sterker te maken tegenover grote zorgorganisaties, zorgverzekeraars of geschilleninstanties?

Deze leden vragen hoe de minister kijkt naar de informatiepositie van patiënten. Is de minister het met deze leden eens dat patiënten vaak afhankelijk zijn van informatie die door dezelfde instelling wordt geleverd waarover zij een keuze moeten maken of waartegen zij een klacht willen indienen? Hoe wordt die afhankelijkheid verminderd?

Beleidskader subsidiëring pg-organisaties

Kan de minister aangeven hoeveel geld jaarlijks naar pg-organisaties gaat en hoe wordt gemeten wat patiënten en cliënten daar concreet aan hebben? Welke eisen worden gesteld aan bereik, representativiteit en aantoonbare meerwaarde? Wordt ook gekeken of organisaties daadwerkelijk gedragen worden door hun achterban?

Rapportage ontwikkeltraject vertrouwenswerk en klachtenopvang

De leden van de PVV-fractie vragen wat het ontwikkeltraject vertrouwenswerk en klachtenopvang concreet heeft opgeleverd voor cliënten en patiënten. Is de toegang tot vertrouwenswerk eenvoudiger geworden? Weten mensen beter waar zij terecht kunnen? Zijn doorlooptijden korter geworden?

Deze leden vragen of de minister erkent dat het huidige landschap van vertrouwenswerk, klachtenfunctionarissen, geschilleninstanties en toezichthouders voor gewone mensen ingewikkeld kan zijn. Is de minister bereid om te werken aan één herkenbare en laagdrempelige route voor mensen die vastlopen in de zorg?

Evaluatie Wkkgz en verslag schriftelijk overleg

Deze leden vragen specifiek naar de positie van patiënten en cliënten in een klachtenprocedure. Staat de patiënt in de praktijk niet vaak tegenover een professionele zorgaanbieder met meer kennis, meer tijd en meer middelen? Hoe wordt die ongelijkheid gecorrigeerd?

De leden van de PVV-fractie vragen daarnaast naar de klachtenfunctionaris. Hoe onafhankelijk is een klachtenfunctionaris wanneer deze door of namens de zorgaanbieder wordt ingezet? Hoe wordt voorkomen dat patiënten het gevoel krijgen dat zij hun klacht moeten indienen binnen hetzelfde systeem waarover zij klagen?

Ook vragen deze leden hoe vaak klachten onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) leiden tot concrete herstelmaatregelen, excuses, aanpassing van beleid, schadevergoeding of toezicht door de IGJ. Kan de minister deze cijfers geven, uitgesplitst naar type zorgaanbieder?

De leden van de PVV-fractie vragen ook naar kleinere zorgaanbieders en solistisch werkende zorgverleners. Welke verplichtingen onder de Wkkgz zijn volgens de minister noodzakelijk voor patiëntveiligheid en welke verplichtingen leveren vooral administratieve belasting op? Is de minister bereid om de uitvoeringslast voor kleinere aanbieders te verlagen zonder de bescherming van patiënten te verminderen?

Onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg, normhandhaving, leren en herstel

Deze leden vragen hoe vaak de IGJ de afgelopen jaren heeft ingegrepen na herhaalde signalen van patiënten of nabestaanden. Hoe wordt voorkomen dat instellingen vooral intern reflecteren, terwijl patiënten vooral behoefte hebben aan erkenning, openheid en herstel?

Voortgangsrapportages Uitkomstgerichte Zorg

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de voortgangsrapportages over uitkomstgerichte zorg. Deze leden vinden het uitgangspunt begrijpelijk: patiënten moeten beter kunnen meewegen wat een behandeling betekent voor hun gezondheid, kwaliteit van leven en dagelijks functioneren. Tegelijkertijd vragen deze leden de minister waarom dit na zoveel jaren nog steeds vooral klinkt als een programma in ontwikkeling.

Kan de minister concreet aangeven wat patiënten vandaag meer weten dan vóór de start van het programma? Welke informatie over behandeluitkomsten is inmiddels openbaar, begrijpelijk en bruikbaar voor patiënten? Voor welke aandoeningen of behandelingen kan een patiënt nu daadwerkelijk beter kiezen?

Deze leden vragen hoeveel geld sinds de start van het programma is besteed aan uitkomstgerichte zorg en welke meetbare resultaten daar tegenover staan. Kan de minister aangeven welke onderdelen aantoonbaar succesvol zijn en welke onderdelen zijn gestopt omdat zij onvoldoende opleverden?

De leden van de PVV-fractie vragen ook hoe wordt voorkomen dat uitkomstgerichte zorg leidt tot extra registratiedruk voor zorgverleners. Welke registraties zijn geschrapt of vereenvoudigd? Hoe wordt geborgd dat verpleegkundigen, artsen en andere zorgverleners niet nog meer tijd achter het scherm doorbrengen?

Eindevaluatie Citrienfonds 2019-2022

De leden van de PVV-fractie vragen wat de eindevaluatie van het Citrienfonds concreet betekent voor patiënten. Welke projecten hebben geleid tot blijvende verbetering in de zorg? Welke resultaten zijn structureel ingebed? Welke projecten zijn niet voortgezet omdat zij onvoldoende meerwaarde hadden?

Deze leden vragen hoeveel geld met het Citrienfonds gemoeid was en hoe de minister beoordeelt of dit geld doelmatig is besteed. Is de minister bereid om bij toekomstige fondsen vooraf scherper vast te leggen welke concrete uitkomsten voor patiënten moeten worden bereikt?

Onderzoek geschilleninstanties Wkkgz en reactie daarop

De leden van de PVV-fractie maken zich zorgen over de positie van patiënten en cliënten bij geschilleninstanties. Wie een geschil begint, staat vaak tegenover een professionele zorgaanbieder met meer kennis, meer tijd en meer middelen. Kan de minister aangeven hoe wordt gewaarborgd dat de procedure eerlijk en begrijpelijk is voor gewone mensen?

Deze leden vragen waarom verdere professionalisering van geschilleninstanties nodig is als het stelsel al jaren bestaat. Wat zegt dit over de bescherming die patiënten en cliënten tot nu toe hebben gehad? Welke tekortkomingen zijn geconstateerd en wanneer zijn deze opgelost?

De leden van de PVV-fractie vragen of uitspraken van geschilleninstanties inmiddels op één vaste en goed vindbare plaats openbaar worden gemaakt. Zo nee, waarom is dit nog steeds niet geregeld? Zo ja, hoe wordt gezorgd dat patiënten hier daadwerkelijk iets aan hebben?

Deze leden vragen ook of de minister bereid is om de onafhankelijkheid, deskundigheid, doorlooptijden, kosten en begrijpelijkheid van geschilleninstanties periodiek openbaar te laten beoordelen.

Stichting Zorggeschil en Stichting Fokus

De leden van de PVV-fractie lezen dat in de kabinetsreactie op het Q-Consult-onderzoek naar sociale veiligheid, communicatie en bejegening binnen Fokus is aangegeven dat Fokus werkt aan herstel van vertrouwen en sociale veiligheid, dat het ministerie de relatie met Fokus heeft hersteld en dat VWS als systeemverantwoordelijke randvoorwaarden stelt aan het transformatieplan van Fokus en toezicht houdt op de uitvoering daarvan. Kan de minister aangeven wat op dit moment de actuele stand van zaken is bij de opvolging van de aanbevelingen uit het onderzoek?

Welke concrete stappen heeft Fokus sinds de kabinetsreactie gezet, welke aanbevelingen zijn inmiddels uitgevoerd en welke aanbevelingen vragen nog opvolging? Kan de minister daarbij ook ingaan op de stand van zaken van het transformatieplan en de externe ondersteuning op locaties waar veel meldingen zijn ontvangen?

De leden van de PVV-fractie vragen hoe VWS de voortgang van de opvolging van de aanbevelingen bewaakt. Welke randvoorwaarden heeft het ministerie aan het transformatieplan gesteld, op welke momenten wordt beoordeeld of de verbeteringen daadwerkelijk effect hebben en wanneer wordt de Kamer daarover opnieuw geïnformeerd?

Kan de minister daarnaast aangeven of er sinds de kabinetsreactie van 12 februari 2026 nog meldingen, signalen of klachten over Fokus bij VWS zijn binnengekomen? Zo ja, hoeveel meldingen betreft dit, wat is de aard daarvan en op welke wijze zijn deze opgepakt?

Handreikingen over vertegenwoordiging

De leden van de PVV-fractie vragen wat de handreikingen over vertegenwoordiging concreet veranderen voor patiënten, cliënten, naasten en zorgverleners. Hoe wordt gezorgd dat deze handreikingen niet in een la verdwijnen, maar daadwerkelijk worden gebruikt in de praktijk?

Deze leden vragen hoe wordt omgegaan met situaties waarin familie, vertegenwoordigers en zorgverleners verschillen van mening over wat in het belang van de cliënt is. Is de huidige ondersteuning voor vertegenwoordigers voldoende?

Laboratoriumdiagnostiek

Deze leden vragen of er signalen zijn dat druk op tarieven, personeelstekorten, concentratie van laboratoria of afhankelijkheid van leveranciers gevolgen hebben voor patiënten. Hoe wordt geborgd dat huisartsen, ziekenhuizen en patiënten tijdig toegang houden tot noodzakelijke diagnostiek?

De leden van de PVV-fractie vragen daarnaast hoe wordt voorkomen dat diagnostiek steeds verder van de patiënt af komt te staan. Wat betekent concentratie van laboratoriumdiagnostiek voor regionale beschikbaarheid, snelheid van uitslagen en de positie van huisartsen en streekziekenhuizen?

Onderzoek naar effecten van behandelingen en medicatie op vrouwen

De leden van de PVV-fractie vinden het belangrijk dat medische kennis ook voldoende is gebaseerd op vrouwen. Deze leden vragen welke concrete acties zijn ondernomen om verschillen tussen mannen en vrouwen in onderzoek, diagnostiek, medicatie en behandeling beter mee te nemen.

Kan de minister aangeven bij welke aandoeningen of geneesmiddelen inmiddels concrete verbeteringen zijn doorgevoerd? Hoe wordt voorkomen dat vrouwengezondheid blijft steken in erkenning van het probleem, zonder afdwingbare verandering in onderzoek en praktijk?

Deze leden vragen ook hoe de minister borgt dat richtlijnen, geneesmiddelenonderzoek en behandelprotocollen voldoende rekening houden met verschillen tussen mannen en vrouwen. Wie is hierop aanspreekbaar als verbetering uitblijft?

Alternatieve behandelwijzen en aanpak kwakzalverij

De leden van de PVV-fractie vinden keuzevrijheid belangrijk, maar patiënten mogen niet worden misleid, zeker niet wanneer zij ernstig ziek, kwetsbaar of wanhopig zijn. Kan de minister aangeven hoe vaak de afgelopen jaren is opgetreden tegen misleidende medische claims of aanbieders van onbewezen behandelingen?

Deze leden vragen of het huidige toezicht voldoende is om patiënten te beschermen tegen aanbieders die onbewezen behandelingen presenteren als alternatief voor noodzakelijke reguliere zorg. Welke rol hebben de IGJ, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Autoriteit Consument & Markt (ACM) en andere toezichthouders hierbij? Is die rol duidelijk genoeg?

De leden van de PVV-fractie vragen of de minister bereid is om steviger op te treden tegen aanbieders die valse hoop verkopen, zeker bij kanker, chronische ziekten, kinderen of andere kwetsbare groepen.

Misstanden bij een zorgaanbieder en de geschillencommissie zorg

De leden van de PVV-fractie vragen hoe de minister omgaat met signalen dat mensen niet alleen vastlopen bij een zorgaanbieder, maar vervolgens ook bij de geschillencommissie. Welke mogelijkheden hebben patiënten of cliënten nog als zowel de zorgaanbieder als de klachten- of geschillenroute geen oplossing biedt?

Deze leden vragen of de minister bereid is om te onderzoeken of er een laagdrempelige escalatiemogelijkheid nodig is voor ernstige of langdurige casussen waarin patiënten of cliënten aantoonbaar vastlopen. Hoe wordt voorkomen dat kwetsbare mensen het simpelweg opgeven omdat de procedure te ingewikkeld, te duur of te langdurig is?

Meer weten, beter kiezen

De leden van de PVV-fractie vinden het belangrijk dat patiënten begrijpelijke keuze-informatie krijgen. Een patiënt die een ziekenhuis of behandeling moet kiezen, heeft niets aan ingewikkelde rapporten of informatie die alleen voor professionals begrijpelijk is.

Kan de minister aangeven welke keuze-informatie op dit moment openbaar, begrijpelijk en goed vindbaar is voor patiënten in de medisch specialistische zorg? Voor welke aandoeningen is informatie beschikbaar over kwaliteit, wachttijden, complicaties en behandeluitkomsten?

Deze leden vragen waarom het realiseren van begrijpelijke keuze-informatie zo lang duurt. Welke afspraken zijn inmiddels gemaakt met ziekenhuizen, zorgverzekeraars en andere partijen? Wat gebeurt er als partijen onvoldoende leveren?

De leden van de PVV-fractie vragen ook hoe wordt voorkomen dat keuze-informatie vooral wordt ontwikkeld vanuit het perspectief van systemen en instellingen, in plaats van vanuit de patiënt die gewoon wil weten waar hij goed en snel geholpen wordt.

Uitvoeringstoets MRI voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel

De leden van de PVV-fractie vragen naar de actuele stand van zaken bij de uitvoering van het besluit om vrouwen met zeer dicht borstweefsel vanaf 2030 aanvullend een MRI aan te bieden binnen het bevolkingsonderzoek borstkanker. Licht het aangekondigde tijdpad nog op koers en wanneer ontvangt de Kamer het implementatieplan van het RIVM en Bevolkingsonderzoek Nederland?

Deze leden wijzen erop dat de Kamer op 10 maart 2026 de motie-Paulusma c.s. heeft aangenomen, waarin wordt verzocht vrouwen binnen het huidige bevolkingsonderzoek borstkanker, waar dat met bestaande onderzoeken en apparatuur mogelijk is, actief te informeren of bij hen sprake is van zeer dicht borstweefsel. Kan de minister aangeven welke opvolging inmiddels aan deze motie wordt gegeven? Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de uitwerking en implementatie?

Kan de minister aangeven of uitvoering van deze motie ertoe kan leiden dat vrouwen al vóór 2030 informatie krijgen over zeer dicht borstweefsel? Zo nee, welke belemmeringen staan daaraan in de weg? Zo ja, op welke termijn kan dit worden gerealiseerd en hoe wordt daarbij helder gecommuniceerd wat zeer dicht borstweefsel betekent voor de betrouwbaarheid van de mammografie en het handelingsperspectief voor vrouwen?

Ziet de minister mogelijkheden om de MRI voor vrouwen met dicht borstweefsel te versnellen? Bijvoorbeeld middels een pilot?

Kan de minister tot slot toelichten hoe de uitvoering van de aangenomen motie-Paulusma c.s. zich verhoudt tot het eerder gekozen ingroeimodel voor MRI-screening, de capaciteitsgestuurde instroom en de wens om de start van het MRI-aanbod zo veel mogelijk te versnellen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brieven van de minister over kwaliteitszorg. Deze leden hebben op dit moment geen aanvullende vragen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie

Algemeen

De leden van de JA21-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de geagendeerde stukken voor het schriftelijk overleg Kwaliteitszorg (inclusief Patiënten- en cliëntenrechten). Deze leden hechten aan goede kwaliteit van zorg, stevige patiënten- en cliëntenrechten en proportionele regelgeving. Zij willen de minister daarom nog enkele vragen voorleggen.

Beleidskader subsidiëring pg-organisaties

De leden van de JA21-fractie constateren dat in het schriftelijk overleg ook het Beleidskader subsidiëring patiënt- en gehandicaptenorganisaties (pg-organisaties) is geagendeerd. Deze leden vragen de minister welke betekenis de aangekondigde verlaging van subsidiebudgetten bij departementen vanaf 2027 kan hebben voor de subsidieregeling voor pg-organisaties. Kan de minister daarbij expliciet ingaan op de continuïteit van de regeling, de rol van pg-organisaties bij informatievoorziening, ondersteuning, signalering en belangenbehartiging?

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe wordt geborgd dat patiënten, cliënten, mensen met een beperking en hun naasten ook in de komende beleidsperiode voldoende onafhankelijk vertegenwoordigd blijven in beleid en uitvoering. Kan de minister aangeven op welke wijze ervaringskennis wordt meegewogen bij de herziening van het beleidskader en de daarop volgende subsidieregeling?

De leden van de JA21-fractie vragen de minister of bij de voorbereiding van het nieuwe beleidskader voor de Kamer inzichtelijk wordt gemaakt welke financiële scenario's worden onderzocht, welke criteria daarbij worden gehanteerd en welke gevolgen deze scenario's kunnen hebben voor kleinere en middelgrote pg-organisaties.

Wetsevaluatie Wmcz 2028

De leden van de JA21-fractie hebben kennisgenomen van de Wetsevaluatie Wmcz 2018. Deze leden onderschrijven het belang van inspraak van cliënten en patiënten, maar vinden dat medezeggenschap ook uitvoerbaar, proportioneel en passend bij de schaal en aard van de zorgaanbieder moet zijn.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister of het juist is dat de evaluatie in belangrijke mate is gebaseerd op gesprekken met enkel leden van cliëntenraden. Hoeveel eerstelijnszorgverleners zijn daadwerkelijk gehoord of betrokken geweest bij de evaluatie?

De leden van de JA21-fractie constateren dat eerstelijnszorgaanbieders signaleren dat het instellen en in stand houden van een cliëntenraad in de praktijk tijdrovend en belastend kan zijn, terwijl zij vaak al via laagdrempelig en direct patiëntcontact, patiëntenpanels of patiëntenenquête's input ophalen. Hoe beoordeelt de minister deze signalen? Welke concrete meerwaarde ziet de minister van een formele cliëntenraad bij kleinschalige eerstelijnspraktijken waar dit laagdrempelige contact al bestaat?

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe zij de uitkomsten beoordeelt van de flitspeiling van de Eerstelijnscoalitie, waaruit volgens de coalitie blijkt dat het draagvlak voor het inrichten van een cliëntenraad beperkt is, onder meer omdat het moeilijk is voldoende leden te vinden, het oprichten en onderhouden veel tijd kost en de gesprekken volgens respondenten weinig nieuwe informatie opleveren. Heeft het ministerie deze uitkomsten ontvangen en betrokken bij de beleidsreactie? Zo ja, op welke wijze?

De leden van de JA21-fractie vragen waarom bij de Wmcz 2018 is gekozen voor de verplichting tot het instellen van een cliëntenraad vanaf meer dan vijftientig zorgverleners. Waarom is destijds niet aangesloten bij de grens voor het verplicht hebben van een ondernemingsraad, te weten meer dan vijftig personen in dienst? Is de minister van mening dat de grens van vijftientig bij de wetsbehandeling arbitrair is gekozen? Wat zouden de juridische, praktische en financiële gevolgen zijn van het opheffen van deze grens?

De leden van de JA21-fractie ontvangen signalen dat zorgverleners afzien van het aanbieden van een stageplaats, een extra opleidingsplek of uitbreiding van hun praktijk om onder de grens van vijftientwintig zorgverleners te blijven en daarmee de verplichting tot het instellen van een cliëntenraad te vermijden. Is de minister hiervan ook op de hoogte? Acht zij dit wenselijk, mede gelet op de personeelstekorten en de noodzaak om voldoende opleidingsplekken in de zorg beschikbaar te houden?

De leden van de JA21-fractie vragen of de minister erkent dat de organisatie, schaal en aard van eerstelijnszorg wezenlijk verschillen van instellingen zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen. In hoeverre acht de minister het passend dat praktijkhouders die primair zorgverlener zijn, tijd moeten besteden aan formele overlegstructuren wanneer die tijd niet aan patiëntenzorg kan worden besteed en de opbrengst volgens betrokkenen beperkt is?

De leden van de JA21-fractie vragen welke ruimte de huidige Wmcz 2018 biedt aan kleinschalige zorgaanbieders, zoals huisartsen en tandartsen, om medezeggenschap op een lichtere of alternatieve manier vorm te geven zonder volledige formele structuur met advies- en instemmingsrechten. Kan de minister uiteenzetten welke vormen van cliënten- of patiënteninspraak binnen de huidige wet als toereikend kunnen worden beschouwd?

De leden van de JA21-fractie wijzen erop dat de Wet op de ondernemingsraden (WOR) voor ondernemingen met tien tot vijftig medewerkers een lichter medezeggenschapsregime kent. Is de minister bereid te onderzoeken in hoeverre een vergelijkbaar lichter regime binnen de Wmcz 2018 mogelijk en wenselijk is voor kleinschalige eerstelijnszorgaanbieders? Zo nee, waarom niet?

De leden van de JA21-fractie vragen of de minister mogelijkheden ziet om praktijkoverstijgend een cliëntenraad in te stellen wanneer de verplichting bestaat, bijvoorbeeld op wijk-, regio- of samenwerkingsverbandniveau. Kan de minister aangeven of dit binnen de huidige wettelijke kaders mogelijk is, en of dit volgens haar kan bijdragen aan minder administratieve lasten en meer inhoudelijke meerwaarde?

De leden van de JA21-fractie vragen de minister te reageren op een praktijkervaring die deze leden heeft bereikt, waarbij een huisartsenpraktijk met ongeveer veertig zorgverleners en de cliëntenraad na meerdere bijeenkomsten gezamenlijk tot de conclusie kwamen dat het nut en de noodzaak van voortzetting beperkt waren, omdat de belangrijkste onderwerpen inmiddels waren besproken en de agenda opdroogde. Welke wettelijke ruimte bestaat er in zo'n situatie om de cliëntenraad te beëindigen, tijdelijk te laten rusten of op een lichtere wijze voort te zetten? Welke gevolgen heeft dit voor verslaglegging, accreditatie en toezicht door de IGJ?

De leden van de JA21-fractie vragen of de minister inzicht heeft in de administratieve lasten en kosten die eerstelijnszorgaanbieders maken voor het oprichten, werven, ondersteunen en onderhouden van een cliëntenraad. Zo ja, kan zij dit inzichtelijk maken? Zo nee, is zij bereid dit alsnog te laten onderzoeken, en wel voornamelijk voor eerstelijnszorgaanbieders?

De leden van de JA21-fractie vragen of de minister bereid is te bezien of de Wmcz 2018 voor kleinschalige zorgaanbieders moet worden aangepast, en zo ja onder welke voorwaarden. Kan de minister daarbij betrekken dat cliënten- en patiënteninspraak waardevol is, maar dat deze inspraak ook proportioneel moet zijn en niet onnodig ten koste mag gaan van beschikbare tijd voor patiëntenzorg?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de geagendeerde stukken over kwaliteitszorg. Zij hebben hier nog een aantal vragen en opmerkingen over.

De leden van de SP-fractie constateren dat er de afgelopen jaren, onder druk van vrouwen en vrouwenrechtenorganisaties, meer aandacht is gekomen voor vrouwengezondheid. Tegelijkertijd zien ze dat de huidige kabinetsinzet nog fors achterloopt op wat er daadwerkelijk nodig is, met name als het gaat om de financiering voor vrouwengezondheid. Is de minister al bereid om vrouwengezondheid de prioriteit (en dus ook de financiering) te geven die het verdient?

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben de onderliggende brieven en stukken bij het schriftelijk overleg over kwaliteitszorg gelezen en zij hebben daarover vooralsnog geen vragen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Markuszower

De leden van Groep Markuszower hebben kennisgenomen van de voorliggende stukken en wachten de beantwoording van de minister met belangstelling af en hebben voor nu geen vragen en/of opmerkingen.

II. Reactie van de minister

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de stukken op de agenda van het schriftelijk overleg over kwaliteitszorg. Deze leden hebben hierover enkele vragen opgesplitst per onderwerp.

Transparantie van keuze-informatie

De leden van de D66-fractie lezen in de brief van de minister over transparantie van keuze-informatie voor patiënten dat de minister toewerkt naar een toekomstbeeld waarin patiënten vanuit huis inzicht hebben in behandelopties en verschillen tussen zorgaanbieders, zodat zij samen met hun zorgverlener een goed geïnformeerde keuze kunnen maken. Deze leden vinden het daarbij cruciaal dat er blijvende aandacht is voor uitkomsten die voor patiënten zelf van betekenis zijn, waaronder kwaliteit van leven, ervaren functioneren en de impact van behandelingen op het dagelijks leven. Deze leden waarderen dan ook dat de minister expliciet aangeeft dat juist dit soort informatie onderdeel moet zijn van toekomstige keuze-informatie voor patiënten.

Tegelijkertijd constateren deze leden dat de praktijk nog ver verwijderd is van dit toekomstbeeld. Uit onderzoek van het Zorginstituut Nederland en de Patiëntenfederatie blijkt immers dat voor een groot deel van de ziektelast binnen de medisch specialistische zorg nog geen kwaliteitsdata openbaar beschikbaar is. Ook lezen deze leden dat informatie over verschillen tussen zorgaanbieders vaak ontbreekt of onvoldoende begrijpelijk beschikbaar is voor patiënten. Kan de minister aangeven welke concrete doelen zij zichzelf stelt voor de komende jaren om deze achterstand in te lopen?

Het kabinet wil de achterstand in openbaar beschikbare kwaliteits- en keuze-informatie inlopen door bestaande kwaliteitsgegevens sneller openbaar en begrijpelijk beschikbaar te maken voor patiënten¹. De belangrijkste concrete doelen zijn:

1. Meer kwaliteitsinformatie openbaar maken via het Openbaar Databestand van het Zorginstituut.
Gegevens die al worden verzameld in kwaliteitsregistraties (bijvoorbeeld over resultaten van behandelingen en complicaties) worden openbaar gemaakt, tenzij er bijvoorbeeld niet aan statistische randvoorwaarden wordt voldaan.
2. De informatie vertalen naar begrijpelijke keuze-informatie.
Openbare kwaliteitsgegevens zijn niet alleen beschikbaar voor zorgverleners, maar ook voor patiënten en moeten worden omgezet in begrijpelijke informatie waarmee patiënten behandelingen en zorgaanbieders kunnen vergelijken.
3. Meer samenhang in kwaliteitsprogramma's.
Op langere termijn wil het kabinet komen tot één geïntegreerde governancestructuur voor kwaliteitsprogramma's, zodat kwaliteitsinformatie beter wordt gebruikt voor de doelen:
 - leren en verbeteren van zorg,
 - samen beslissen tussen patiënt en zorgverlener,
 - keuze-informatie voor patiënten.
4. Toewerken naar de landelijke ambitie van uitkomsten over 50% van de ziektelast transparant.
Partijen in de medisch-specialistische zorg hebben al jaren de afspraak dat voor 50% van de ziektelast openbare kwaliteitsinformatie beschikbaar moet zijn. Uit een nulmeting blijkt dat dit in 2026 slechts 11,5% is. Het inhalen van deze achterstand is daarom een expliciete doelstelling voor de komende jaren².
5. Wettelijke verplichting aanscherpen.
Zoals in de beleidsbrief aangegeven, werkt het kabinet aan een samenhangend pakket aan wet- en regelgeving dat passende zorg altijd en overal de norm maakt. Het kabinet verwacht na het zomerreces een advies van het Zorginstituut over het herijken van de kwaliteitstaken³. Mocht uit het advies van het Zorginstituut blijken dat het wettelijke bevoegdheden om keuze-informatie af te dwingen mist, dan is het kabinet bereid een wetsvoorstel tot wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) voor te bereiden. Daarmee kan ook het doel in de medisch specialistische zorg van openbaar inzichtelijke uitkomsten voor 50% van de ziektelast worden afgedwongen.

Op welke momenten en manieren wordt inzichtelijk gemaakt welke aandoeningen inmiddels beschikken over begrijpelijke en openbaar beschikbare keuze-informatie voor patiënten en welke nog niet?

Een afspraak vanuit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) is om jaarlijks te monitoren wat de stand van zaken is met betrekking tot transparantie. De eerste meting, de zogeheten nulmeting, is gedaan⁴. Voor 2025 was er volgens de meting voor 25 aandoeningen ten minste één openbare uitkomstmaat beschikbaar. Het kabinet zal de Kamer jaarlijks rapporteren over de resultaten van de herhaalmeting.

¹ Kamerstukken II, 2024-2025, 31765, nr. 42

² Kamerstukken II, 2025-2026, 31765, nr. 980

³ Kamerstukken II, 2024-2025, 25268, nr. 244.

⁴ Kamerstukken II, 2025-2026, 31765, nr. 980

Verder lezen deze leden dat de minister veldpartijen aanmoedigt om versnelling aan te brengen in het realiseren van meer openbare en begrijpelijke keuze-informatie voor patiënten. Kan de minister nader toelichten welke instrumenten hierbij concreet gebruikt worden?

In het kader van het AZWA zijn over de versnelling afspraken met veldpartijen gemaakt. De afspraken die partijen in de medisch-specialistische zorg hebben gemaakt, zijn erop gericht om op relatief korte termijn verdere stappen te zetten in de beschikbaarheid en bruikbaarheid van keuze-informatie. Partijen van het Bestuurlijk Overleg Kwaliteit zetten in op volledige transparantie voor patiënten. In beginsel betekent dit dat alle indicatoren in een kwaliteitsregistratie transparant worden gemaakt via het Zorginstituut en voor patiënten op een nader te bepalen vindplaats. Voorwaarden daarbij zijn dat:

- voldaan is aan de statistische randvoorwaarden (bijvoorbeeld te kleine aantallen, onvoldoende betrouwbaarheid en waar relevant wordt een casemixcorrectie toegepast).
- de informatie is voorzien van een goede en begrijpelijke uitleg voor de patiënt (zodat de patiënt daadwerkelijk iets met de informatie kan).
- het leidt tot betrouwbare informatie voor patiënten en geen misinformatie geeft over behandelingen, zorgaanbieders en zorgprofessionals.
- de administratieve lasten voor zorgaanbieders niet extra omhooggaan.

Partijen werken ook aan meer samenhang tussen kwaliteitsprogramma's om tot één geïntegreerde governancestructuur voor kwaliteitsprogramma's te komen, zodat kwaliteitsinformatie beter wordt gebruikt voor de doelen:

- leren en verbeteren van zorg,
- samen beslissen tussen patiënt en zorgverlener,
- keuze-informatie voor patiënten.

Daarmee wordt door partijen in de medisch-specialistische zorg ingezet op uitkomsten over 50% van de ziektelast transparant.

Welke mogelijkheden heeft de minister wettelijk beschikbaar om naast aanmoediging ook meer sturende of dwingende instrumenten in te zetten om openbaarmaking van kwaliteitsinformatie te bevorderen?

De Wkkgz biedt een grondslag voor het Zorginstituut voor verschillende sturende of dwingende instrumenten om de beschikbaarheid en openbaarmaking van kwaliteitsinformatie te bevorderen. Zo zijn zorgaanbieders op grond van de Wkkgz verplicht kwaliteitsinformatie aan te leveren overeenkomstig in het Register van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten opgenomen meetinstrumenten en kan het Zorginstituut deze informatie openbaar beschikbaar maken. Daarnaast kan het Zorginstituut via de Meerjarenagenda sturen op de ontwikkeling van meetinstrumenten en, indien veldpartijen onvoldoende voortgang boeken, gebruik maken van zijn wettelijke doorzettingsmacht. Zoals in de beleidsbrief aangegeven, werkt het kabinet aan een samenhangend pakket aan wet- en regelgeving dat passende zorg altijd en overal de norm maakt. Het kabinet verwacht na het zomerreces een advies van het Zorginstituut over het herijken van de kwaliteitstaken⁵. Mocht uit het advies van het Zorginstituut blijken dat het wettelijke bevoegdheden om keuze-informatie af te dwingen mist, dan is het kabinet bereid een wetsvoorstel tot wijziging van de Wkkgz voor te bereiden.

⁵ Kamerstukken II, 2024-2025, 25268, nr. 244.

Ook lezen deze leden in de brief over keuze-informatie voor patiënten dat de Wet kwaliteitsregistraties zorg een belangrijke rol moet spelen in het beter benutten van bestaande kwaliteitsregistraties voor keuze-informatie voor patiënten. Is deze wet volgens de minister voldoende toegerust om daadwerkelijk versnelling te realiseren?

Met de per 2026 gewijzigde Wkkgz (naar aanleiding van de inwerkingtreding van het wetsvoorstel kwaliteitsregistraties zorg) zijn zorgaanbieders verplicht om data aan te leveren aan kwaliteitsregistraties die het Zorginstituut opneemt in het Register voor kwaliteitsregistraties. Kwaliteitsregistraties in dat register mogen data verwerken voor de doelen leren en verbeteren en samen beslissen. Omdat deze data al wordt verzameld, kan deze data ook voor keuze-informatie voor patiënten worden gebruikt, zonder dat de administratieve lasten voor zorgaanbieders stijgen.

Tegelijkertijd verwacht het kabinet niet dat de gewijzigde Wkkgz op zichzelf voldoende is om alle uitdagingen rondom keuze-informatie voor patiënten op te lossen. Er lopen twee trajecten om te kijken of het wettelijke instrumentarium toereikend is: het project herijken van de kwaliteitstaken van het Zorginstituut en het project één governance. Binnen het project één governance worden drie kwaliteitsprogramma's (Kwaliteitsregistraties, Uitkomstgerichte Zorg en samenwerkingsafspraken Transparantiekalender) samengevoegd tot één governancestructuur. Er wordt daarmee gestuurd op het verbreden van kwaliteitsregistraties door naast de doelen leren en verbeteren en samen beslissen ook in te zetten op keuze-informatie.

Op welke wijze kan deze wet concreet worden ingezet om verdere stappen te zetten richting meer transparantie voor patiënten?

Als data door een kwaliteitsregistratie, die is opgenomen in het Register voor kwaliteitsregistraties, is verzameld, kan de data zonder extra administratieve lasten voor zorgaanbieders, ook gebruikt worden voor transparantie voor patiënten via het openbare databestand (ODB). Dat geldt bijvoorbeeld voor de minimale indicatorenset die de partijen van het Bestuurlijk Overleg Kwaliteit Medisch Specialistische Zorg hebben vastgesteld.

Welke beperkingen in het optreden van de overheid op het openbaar maken van kwaliteitsdata blijven volgens de minister bestaan, ook na de inwerkingtreding van deze wet?

Ten behoeve van keuze-informatie voor patiënten, blijft het noodzakelijk dat wordt bepaald welke uitkomsten relevant, betrouwbaar en voldoende vergelijkbaar zijn om openbaar te maken. Daarbij spelen ook methodologische vraagstukken, zoals casemixcorrectie en de interpretatie van uitkomsten, een belangrijke rol. Hierbij is ook de inbreng van kwaliteitsregistraties en veldpartijen nodig.

Daarnaast leidt de beschikbaarheid van kwaliteitsdata niet automatisch tot bruikbare keuze-informatie voor patiënten. Het omzetten van gegevens naar begrijpelijke, vergelijkbare en toegankelijke informatie vraagt aanvullende keuzes over presentatie, duiding en ontsluiting. Ook hiervoor is inbreng van het veld onmisbaar.

Kan de minister daarbij ook ingaan op de balans tussen transparantie en uitvoerbaarheid?

Door kwaliteitsregistraties zo optimaal mogelijk te gebruiken, wordt juist ingezet op de uitvoerbaarheid. Op die manier worden extra administratieve lasten voor zorgaanbieders zo veel mogelijk voorkomen. De data aan kwaliteitsregistraties moeten immers al worden aangeleverd.

Tot slot vragen deze leden aandacht voor het feit dat de huidige inzet zich primair richt op de medisch specialistische zorg. Bestaat inmiddels meer duidelijkheid over een eventuele uitbreiding van de Wet kwaliteitsregistraties zorg naar andere sectoren, zoals de eerstelijnszorg, wijkverpleging of de geestelijke gezondheidszorg (ggz)? Wanneer verwacht de minister de Kamer hierover verder te informeren?

Voor de ggz is de verkenning naar een systeem van kwaliteitsregistraties onlangs afgerond, en deze is met de Kamerbrief over het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord op 22 juni aan de Tweede Kamer verzonden. Komende periode wordt toegewerkt naar het vertalen in wet- en regelgeving, zodat behandelaars beter in staat worden gesteld om te leren en verbeteren. Er zijn geen plannen voor verbreding van de reikwijdte van de wet voor andere sectoren.

Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz)

De leden van de D66-fractie lezen in de evaluatie van de Wmcz 2018 dat op verschillende punten ruimte voor verbetering bestaat in de wijze waarop medezeggenschap binnen zorginstellingen functioneert.

Deze leden onderschrijven het belang van goede medezeggenschap, omdat dit eraan bijdraagt dat zorg beter aansluit bij de behoeften van patiënten en cliënten. In de evaluatie wordt onder meer geadviseerd de inspraakcultuur binnen instellingen verder te versterken. Ook wordt gewezen op het belang van tijdige, volledige en begrijpelijke informatievoorziening richting cliëntenraden. Kan de minister aangeven hoe zij concreet gevolg geeft aan deze aanbevelingen?

De onderzoekers concluderen dat de Wmcz 2018 meer juridische basis voor het versterken van de cliëntenraad en ruimte voor maatwerk biedt. Het daadwerkelijk invloed op de besluitvorming bij instellingen en jeugdhulpaanbieders kunnen uitoefenen, is voor een groot deel afhankelijk van de bestuurscultuur, bestuurshouding en de praktische invulling van de rechten. De onderzoekers zien geen reden om de wettekst aan te passen, maar geven aanbevelingen aan bestuurders en het ministerie om het animo bij cliëntenraden te vergroten en een cultuurverandering te bereiken. Voor de zomer wordt de Kamer geïnformeerd over de vervolgstappen naar aanleiding van dit rapport.

Daarnaast lezen deze leden dat de huidige wet onvoldoende basis biedt voor medezeggenschap binnen regionale samenwerkingsverbanden. Juist nu samenwerking tussen verschillende zorgdomeinen steeds belangrijker wordt, bijvoorbeeld om capaciteitsvraagstukken aan te pakken en zorg beter rondom de patiënt te organiseren, achten deze leden dit een relevant knelpunt. Welke stappen zijn inmiddels gezet om medezeggenschap binnen regionale samenwerkingsverbanden beter te organiseren? Acht de minister aanvullende wet- of regelgeving nodig om cliënten en patiënten ook binnen regionale samenwerking goed vertegenwoordigd te laten zijn?

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn concrete afspraken gemaakt om burgers en cliënten op landelijk en regionaal niveau beter te betrekken. Vanaf juni 2023 is

het onder het toenmalige kabinet gestart met het ontwikkelen van een landelijk dekkende infrastructuur van regionale participatiehubs. Dit zijn regionale netwerken van bestuurders, professionals, inwoners, cliëntenraden, patiëntenbewegingen en burgerinitiatieven die werken aan meer gelijkwaardige betrokkenheid van degene om wie het gaat bij regionale vraagstukken over gezondheid, zorg en ondersteuning. Doel van dit programma is om participatie van mensen om wie het gaat bij de regionale transitie in zorg en ondersteuning te bevorderen. Het veld van regionale samenwerking is volop in ontwikkeling. Daarbij wil het kabinet dat instellingen en cliënten op gelijkwaardig niveau, ieder vanuit zijn of haar eigen rol en verantwoordelijkheid, samenwerken aan toekomstbestendige zorg. De cliëntenraad kan daar in het netwerk van de participatiehubs een rol in spelen. Juist in een zorglandschap in transitie, is de stem van de cliënt bij deze transitie belangrijk.

De leden van de D66-fractie merken daarnaast op dat een deel van de ervaren regeldruk in de zorg ook voortkomt uit verplichtingen die vanuit de overheid worden opgelegd, maar die weinig toevoegen. In deze evaluatie wordt bijvoorbeeld benoemd dat in de eerstelijnszorg cliëntenraden relatief veel tijd kosten terwijl de toegevoegde waarde beperkt wordt ervaren. Is de minister bereid kritisch te kijken naar mogelijke knelpunten in de Wmcz 2018 voor de eerstelijnszorg, en te bezien of daar meer proportionele vormen van medezeggenschap mogelijk zijn?

In het voorjaar zijn door VWS gesprekken met het veld gevoerd. Ook is gesproken met de vertegenwoordigers van de Eerstelijnscoalitie (ELC).⁶ De ELC heeft ook haar eigen "ELC flitspeiling Cliëntenraad" aan het kabinet toegestuurd. Dit is een onderzoek dat zij bij haar eigen leden heeft uitgezet. In die flitspeiling constateert de ELC als eerste reden waarom geen cliëntenraad is ingericht door haar leden is gegeven dat haar leden onbekend zijn met de Wmcz 2018. Het kabinet ziet, net als de onderzoekers van de evaluatie, de onbekendheid van de Wmcz 2018 als een belangrijk knelpunt voor de juiste toepassing van de wet door eerstelijns zorgaanbieders. Door een onjuiste toepassing wordt de meerwaarde van de wet niet gezien en leggen zij zichzelf mogelijk onnodige regeldruk op. De Wmcz 2018 biedt juist ruimte om medezeggenschap proportioneel in te richten voor elke aanbieder. De wetsevaluatie laat zien dat de Wmcz 2018 voldoet, maar dat de daadwerkelijke invloed op de besluitvorming van instellingen sterk afhankelijk is van bestuurscultuur, bestuurshouding en praktische invulling van de rechten. Het kabinet neemt daarom vervolgstappen, en roept bovenal alle besturen van instellingen op om zich in te zetten voor de benodigde cultuurverandering en werk te maken van inspraak en medezeggenschap. Luisteren naar cliënten is immers onderdeel van goed bestuur, het draagt bij aan het verlenen van goede zorg aan cliënten. Voor de zomer wordt de Kamer geïnformeerd over de vervolgstappen naar aanleiding van deze knelpunten en aanbeveling.

Is zij daarnaast bereid breder te kijken naar manieren om administratieve lasten, bijvoorbeeld rond jaarverantwoordingen en rapportages, verder te verminderen?

Bij brief van 11 mei 2026 heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd dat op basis van de invoeringstoets wordt geconstateerd dat er een proportionele openbare jaarverantwoording is ontstaan.⁷ Het kabinet blijft in afstemming met betrokken partijen monitoren of de balans tussen regeldruk en een goede informatiepositie voldoende behouden blijft.

⁶ De Eerstelijnscoalitie (ELC), een samenwerkingsverband van de eerstelijnsorganisaties InEen, KNGF, KNMP, KNMT, KNOV, LHV, LVVP, NVM-mondhygiënist en ONT.

⁷ Kamerstukken II 2025/26, 34 767, nr. 69.

Uitkomstgerichte Zorg

De leden van de D66-fractie lezen in de voortgangsrapportages over Uitkomstgerichte Zorg en de begeleidende brief dat het programma Uitkomstgerichte Zorg bedoeld is om zorg beter af te stemmen op de behoeften, voorkeuren en waarden van patiënten en daarmee een belangrijke bouwsteen vormt voor passende zorg. Deze leden steunen die beweging nadrukkelijk. Zij zien hierin een belangrijke stap in de transitie van een systeem waarin productie centraal staat naar een systeem waarin de best mogelijke uitkomsten voor patiënten leidend zijn.

In de begeleidende brief van de rapportage uit 2024 lezen deze leden dat zorginstellingen actief zijn opgeroepen gebruik te maken van de WensenScan om instellingen te ondersteunen bij samen beslissen en het werken met uitkomstinformatie. Kan de minister aangeven of inmiddels zichtbaar is geworden dat dit instrument daadwerkelijk heeft bijgedragen aan zorg die beter aansluit bij de behoeften en voorkeuren van patiënten? Hoe heeft dit instrument zich de afgelopen jaren verder ontwikkeld? Zijn er inmiddels ook andere instrumenten ontwikkeld of breder ingezet om zorginstellingen actief te ondersteunen bij uitkomstgericht werken?

De WensenScan is een digitale vragenlijst die eenmalig in 2024 is uitgezet. De resultaten geven inzicht in de mate waarin samen beslissen is ingebed in medisch-specialistische zorginstellingen en welke ambities en ondersteuningsbehoeften er vanuit de instellingen zijn. Uit de resultaten blijkt dat alle instellingen⁸ samen beslissen in enige vorm toepassen, maar dat de mate van implementatie sterk verschilt. Hoewel er brede ambitie is om uitkomstinformatie structureel te gebruiken, stagneert de uitvoering door onder meer beperkte vaardigheden, tijdsdruk en technische en ICT-gerelateerde knelpunten.

Op basis hiervan heeft het programma Uitkomstgerichte zorg in 2024 het UZ-loket opgericht. Dit loket bestaat uit implementatieadviseurs van het programma Uitkomstgerichte Zorg, die medisch-specialistische instellingen zowel technische als veranderkundige ondersteuning bieden bij de implementatie van samen beslissen. Daarnaast liet de WensenScan een duidelijke behoefte zien aan scholing. Hierop is door het programma Uitkomstgerichte Zorg ingezet op aanvullend scholingsaanbod en verdiepende sessies, gericht op het versterken van vaardigheden en het beter toepassen van samen beslissen in de praktijk. Deze sessies worden landelijk aan zorgverleners aangeboden. Zo vond er onlangs een verdiepingssessie 'gespreksvaardigheden en diversiteit sensitief communiceren plaats', waarbij medisch specialisten, physician assistants, verpleegkundigen en AIOS aan de slag zijn gegaan met situaties uit de praktijk.

Verder lezen deze leden dat het programma sterk inzet op databeschikbaarheid en op betere toegankelijkheid van uitkomstinformatie voor patiënten en zorgverleners. Kan de minister toelichten op welke wijze de randvoorwaarden voor uitkomstgerichte zorg worden meegenomen in bredere digitaliseringsvraagstukken binnen de zorg, bijvoorbeeld in relatie tot de uitwerking van de European Health Data Space (EHDS)? Hoe wordt voorkomen dat verschillende trajecten naast elkaar ontstaan zonder voldoende samenhang in databeschikbaarheid, standaarden en governance?

De randvoorwaarde voor succesvolle Uitkomstgerichte zorg (UZ) is dat zorginformatie eenduidig en eenmalig aan de bron wordt geregistreerd in het primaire proces. De aansluiting op bredere digitaliseringsontwikkelingen verloopt o.a. via:

⁸ Een kleine 40% van de msz-instellingen heeft de WensenScan ingevuld (www.uitkomstgerichtezorg.nl)

- Standaardisatie aan de bron. Bij het opstellen van de Uitkomstgerichte Zorg-sets (UZ-sets) is aangesloten op bestaande standaarden binnen het informatiestelsel, zoals SNOMED CT en de Zorginformatiebouwstenen (ZIB's / BGZ). Dit zorgt ervoor dat uitkomstdata technisch en semantisch uitwisselbaar zijn.
- De komst van de European Health Data Space (EHDS) kan fungeren als vliegwiel voor UZ. De infrastructuur die voor EHDS wordt opgetuigd (voor zowel primair als secundair datagebruik), faciliteert het hergebruiken van uitkomstdata voor samen beslissen.
- Het Gezondheidsinformatiestelsel (GIS) is opgesteld om versnippering te voorkomen. Dit is randvoorwaardelijk voor primaire en secundaire gegevensuitwisseling. UZ lift mee op de landelijke kaders voor privacy, architectuur en wetgeving (zoals de Wegiz).

Het Gezondheidsinformatiestelsel (GIS) borgt een samenhang op databeschikbaarheid, standaarden en datagovernance in het Nederlandse informatiezorgstelsel. In de verschillende kwaliteitsprogramma's, zoals UZ, is het uitgangspunt om aan te sluiten bij het GIS. Onder het bestuurlijk overleg Kwaliteit en informatiebeleid (BO K&I) monitort een werkgroep of de samenhang goed gaat en hoe kwaliteit en informatiebeleid elkaar kunnen versterken in bestaande projecten en programma's.

Daarnaast merken deze leden op dat het programma zich vooralsnog richtte op de medisch specialistische zorg. Welke mogelijkheden ziet de minister om de lessen en ervaringen uit dit programma breder toe te passen, bijvoorbeeld in de eerstelijnszorg, wijkverpleging en de ggz?

Gedurende de looptijd van het programma Uitkomstgerichte Zorg is veel kennis opgedaan en zijn diverse producten, instrumenten en praktische handreikingen voor met name samen beslissen ontwikkeld. Samen dragen deze opbrengsten bij aan het versterken van UZ in de praktijk en het ondersteunen van zorgprofessionals en instellingen bij samen beslissen en het gebruik van uitkomstinformatie in de spreekkamer.

Het kabinet ziet vooral kansen in het breder toepassen van samen beslissen en de ontwikkelde leermaterialen hiervoor. Zo is er vanuit het programma Uitkomstgerichte Zorg een toolkit Gezondheidsvaardigheden gepubliceerd en is er een toolkit Samen Beslissen ontwikkeld om dit te ondersteunen tijdens bijeenkomsten met patiënten. Deze opgedane kennis uit de medisch-specialistische zorg is beschikbaar en kan worden gebruikt door andere sectoren om stappen te zetten in het samen beslissen.

Tot slot constateren deze leden dat het programma Uitkomstgerichte Zorg richting afronding gaat. Hoewel belangrijke stappen zijn gezet, zijn deze leden van mening dat de zorg als geheel nog niet klaar is met de omslag naar uitkomstgerichte zorg. Instellingen blijven volgens de rapportages zelfstandig doorgaan met verdere ontwikkeling, maar deze leden vragen de minister hoe deze ontwikkeling structureel wordt geborgd. Op welke wijze blijft de minister deze ontwikkeling actief stimuleren en ondersteunen, ook nu het programma formeel afloopt? Welke rol ziet de minister hierin voor haar eigen ministerie, Zorginstituut Nederland, zorgverzekeraars en eventueel voor andere betrokken partijen?

Eind 2026 loopt het programma Uitkomstgerichte Zorg af. Sinds 2018 heeft het programma zorginstellingen ondersteund bij het toepassen van uitkomstgericht werken. Vanaf 2026 start een nieuwe fase waarin instellingen zelfstandig verdergaan met het borgen en doorontwikkelen van deze manier van werken die passend is binnen de gemaakte afspraken in het Azwa. In deze laatste maanden van het programma Uitkomstgerichte Zorg ligt de nadruk op een duurzame verankering van uitkomstgericht werken binnen instellingen. Dit gebeurt onder meer door het beschikbaar stellen van trainingsmaterialen na afloop van de leersessies 'Samen beslissen in de praktijk'; het ontwikkelen van blauwdrukken die instellingen concrete handvatten bieden voor implementatie van bijvoorbeeld PROMs (Patient-Reported Outcome Measure) en dashboard en het blijvend online toegankelijk houden van alle producten die tijdens de programmaperiode zijn ontwikkeld.

Met de beweging naar het normeren van passende zorg⁹ blijft er vanuit het kabinet aandacht voor samen beslissen. Samen beslissen draagt bij aan passende zorg doordat zorgverleners en patiënten beter inzicht krijgen in de uitkomsten die voor patiënten relevant zijn, waardoor zorgkeuzes beter kunnen worden afgestemd op de situatie en wensen van de patiënt. Dit vraagt iets van de patiënt en hun naasten. Hiermee gaat de zorg niet meer om wat medisch kan, maar meer om wat daadwerkelijk waarde toevoegt aan de kwaliteit van leven. Over de uitwerking van de beweging naar passende zorg en wat dit betekent voor de verschillende partijen zoals het Zorginstituut Nederland en zorgverzekeraars, zal het kabinet de Kamer dit najaar verder informeren.

VVT

De VVT-sector werkt met het Generiek Kompas om richting te geven aan passende zorg, waarbij er meer nadruk wordt gelegd op het open gesprek met de cliënt, kwaliteit van leven en de kracht van samen, waardoor er meer regie bij de cliënt komt te liggen. De leden van de D66-fractie vragen op welke wijze de minister beoogt dat de randvoorwaarden die relevant zijn voor het Generiek Kompas, zoals leren en ontwikkelen en de inzet van technologie, voldoende worden gerealiseerd?

Met de kwaliteitsstandaard het Generiek Kompas wordt door het veld gewerkt aan kwaliteit van bestaan van ouderen. VWS ondersteunde de implementatie met subsidie en ondersteunt nu ook de doorontwikkeling van het Kompas met subsidie.

In het kader van het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg wordt momenteel gewerkt aan de uitvoering van afspraken die aansluiten bij het Generiek Kompas, zoals de inzet van technologie in de ouderenzorg, de ontwikkeling van een kwaliteitsdocument over reablement, en richtlijnenontwikkeling om de passende zorg een impuls te geven.

Richtlijnen zijn belangrijk om de kwaliteit van zorg te garanderen, omdat zij de basis zijn voor het praktisch handelen van zorgverleners. Daarom ondersteunt VWS de Stichting Kwaliteitsontwikkeling Langdurige Zorg (SKILZ) en het programma Richtlijnen Artsen Langdurige Zorg (RAILZ) financieel om de kwaliteit van de Wlz ouderenzorg te borgen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de verschillende brieven aangaand de onderwerpen die betrekking hebben op kwaliteitszorg. Zij zijn van mening dat het verbeteren van het inzicht in de

⁹ Kamerstuk 36800-XVI, nr. 191

kwiteit van zorg een van de belangrijkste manieren is om de belofte van de Zorgverzekeringswet waar te maken. Daarom vinden zij het goed dat hier aandacht voor is. Over de geagendeerde brieven hebben zij nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie zijn van mening dat het verbeteren van de beschikbaarheid van keuze-informatie voor patiënten een belangrijke stap is in het verbeteren van niet alleen de kwaliteit van zorg, maar ook van het vertrouwen daarin. Daarom zijn deze leden blij met het geschetste toekomstbeeld. Deze leden zien dat in Denemarken sprake is van een vergevorderde persoonlijke gezondheidsomgeving. Kan de minister aangeven in welke mate hier lessen uit getrokken kunnen worden voor de Nederlandse situatie? Zo ja, welke lessen zijn dit? Zo nee, welke verschillen zijn er tussen de Nederlandse en Deense situatie die het trekken van lessen onmogelijk maken?

Het kabinet is bekend met de ontwikkelingen in Denemarken. Ook in Nederland wordt binnen de Nationale Visie en Strategie (NVS) voor het gezondheidsinformatiestelsel gewerkt aan betere databeschikbaarheid voor burgers. Daarbij vindt het kabinet het belangrijk dat burgers meer regie krijgen over hun eigen gezondheidsgegevens.

De Deense situatie verschilt van de Nederlandse context. Denemarken beschikt over een nationale infrastructuur waarmee bepaalde gezondheidsgegevens landelijk beschikbaar worden gesteld, terwijl Nederland werkt aan een landelijk dekkend netwerk voor gegevensuitwisseling. Hiervoor wordt onder meer voortgebouwd op het MedMij-afsprakenstelsel en wordt gewerkt aan *Mijn Gezondheidsoverzicht*¹⁰, zodat burgers veilig en eenvoudig toegang krijgen tot hun gezondheidsgegevens. Daarnaast zet het kabinet in op betere databeschikbaarheid via PGO's¹¹ en de verdere ontwikkeling van de onderliggende digitale infrastructuur, in samenhang met de European Health Data Space (EHDS). VWS blijft daarbij actief kennis uitwisselen met andere landen, onder meer via de Global Digital Health Partnership en het eHealth Network. Ook in Denemarken wordt de nationale regie verder versterkt, mede met het oog op de implementatie van de EHDS. De ervaringen daar ondersteunen dat centrale regie noodzakelijk is om duurzame en goed functionerende gegevensuitwisseling mogelijk te maken. Deze inzichten zijn recent ook besproken tijdens een werkbezoek van VWS aan Denemarken, waar ervaringen zijn uitgewisseld over de inrichting van het gezondheidsinformatiestelsel en de randvoorwaarden voor succesvolle gegevensuitwisseling.

Hoewel de leden van de VVD-fractie aan de ene kant blij zijn met de afspraken met medische specialistische zorg (msz)-partijen om tot meer keuze-informatie te komen voor patiënten, hebben zij vragen bij de effectiviteit hiervan. Kan de minister aangeven of zij enigszins vrijblijvende afspraken voldoende acht, of zal zij op een bepaald moment meer dwingende maatregelen nodig achten? Kan zij hierbij ook een reflectie geven op het gebrek aan vooruitgang op dit vlak sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet.

Het kabinet deelt het belang dat de VVD-fractie hecht aan goede en toegankelijke keuze-informatie voor patiënten. De afspraken die met partijen in de medisch-specialistische zorg zijn gemaakt, zijn erop gericht om op relatief korte termijn verdere stappen te zetten in de beschikbaarheid en bruikbaarheid van kwaliteits- en keuze-informatie. Daarbij vindt het kabinet het van belang dat zorgaanbieders,

¹⁰ Kamerstuk 27529, nr. 304

¹¹ Kamerstuk 27529, nr. 355

patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en andere betrokken partijen gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor de totstandkoming van deze informatie.

Tegelijkertijd constateert het kabinet dat vooruitgang op dit terrein sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet achterblijft bij de oorspronkelijke verwachtingen. Hoewel er in de afgelopen jaren diverse kwaliteitsregistraties, indicatorensets en informatieproducten zijn ontwikkeld, heeft dit nog onvoldoende geleid tot breed beschikbare, vergelijkbare en voor patiënten goed bruikbare keuze-informatie. De oorzaken hiervan zijn divers, waaronder de administratieve belasting die gepaard gaat met gegevensverzameling, verschillen in informatiebehoeften van betrokken partijen en de versnipperde governance van het kwaliteitsdomein.

Het kabinet beschouwt de huidige afspraken met de msz-partijen niet als vrijblijvend en verwacht dat afspraken tussen partijen tot concrete resultaten leiden. Het kabinet zal de voortgang daarvan monitoren. Mocht blijken dat de voortgang onvoldoende is of dat noodzakelijke keuze-informatie uitblijft, dan is het kabinet bereid te bezien of meer sturende of verplichtende maatregelen nodig zijn. De uitkomsten van het traject rond de herijking van de kwaliteitstaken van het Zorginstituut^{[1][1]} kunnen daarbij mede richting geven aan de vraag welke rol de overheid en het Zorginstituut in de toekomst moeten vervullen om de beschikbaarheid van relevante keuze-informatie beter te borgen.

De leden van de VVD-fractie hebben eerder hun zorgen geuit over de gebrekkige voortgang in het programma Uitkomstgerichte Zorg. Sinds 2017 lijkt hier nauwelijks voortgang in geboekt, met name vanwege bestuurlijke drukte. Deze leden zijn blij dat er in 2025 meer resultaten geboekt zijn. Tegelijkertijd begrijpen zij dat – wederom – in Denemarken grote vooruitgang is geboekt op dit vlak, in het kader van de Danish Health Care Quality Programma (DHCQP). Kan de minister aangeven welke lessen zij hieruit trekt? Is hier wederom vrijblijvendheid voldoende om deze informatie beschikbaar te krijgen? Zo ja, waarom wel? Zo nee, welke stappen wil de minister verder nemen?

Het kabinet herkent dat de voortgang van het programma Uitkomstgerichte Zorg minder snel is verlopen dan aanvankelijk beoogd. Tegelijkertijd zijn belangrijke stappen gezet op het gebied van samen beslissen, uitkomstinformatie en implementatieondersteuning. Het kabinet deelt de constatering dat in 2025 zichtbare resultaten zijn geboekt en wil hier de komende jaren op voortbouwen. De leden van de VVD-fractie vragen naar de lessen die kunnen worden getrokken uit de ervaringen in Denemarken. De Deense aanpak kenmerkt zich door sterke landelijke regie, duidelijke kwaliteitsdoelen en een intensief gebruik van kwaliteits- en uitkomstinformatie voor leren en verbeteren¹². Deze lessen sluiten aan bij de koers die het kabinet heeft ingezet.

Het kabinet vindt dat kwaliteitsinformatie beter moet bijdragen aan keuze-informatie voor patiënten, samen beslissen en van leren en verbeteren. Hiervoor werkt het kabinet aan het samenbrengen van verschillende kwaliteitsprogramma's, waaronder Uitkomstgerichte Zorg, kwaliteitsregistraties en de Transparantiekalender, binnen één overkoepelende governance. Ook ondersteunt de wetswijziging kwaliteitsregistraties zorg, die per 1 januari 2026 in werking is getreden deze ontwikkeling door meer uniformiteit in gegevensverzameling af te dwingen.

Tegelijkertijd blijkt uit de nulmeting van de openbare kwaliteitsinformatie in de medisch-specialistische zorg dat de transparantie voor patiënten nog achterblijft¹³. Het kabinet onderzoekt daarom, via het project *Herijken kwaliteitstaken Zorginstituut Nederland*, hoe het Zorginstituut zijn kwaliteitstaken beter kan

^{[1][1]} Kamerstukken II, 2024-2025, 25268, nr. 244.

¹² www.regioner.dk (website koepelorganisatie regionale overheden Denemarken)

¹³ Commissiebrief inzake rapport Inzicht in openbare kwaliteitsinformatie in de medisch-specialistische zorg. Nulmeting van de huidige staat van transparantie.

inzetten om de beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie te vergroten. Mocht blijken dat het Zorginstituut hiervoor onvoldoende bevoegdheden heeft, dan is het kabinet bereid de Wkkgz aan te passen. Het kabinet zal de Kamer dit najaar informeren over het advies van het Zorginstituut en de kabinetsreactie daarop. Het kabinet ziet de Deense ervaringen daarmee vooral als een bevestiging van de ingezette koers: meer samenhang in kwaliteitsinformatie en een sterkere verbinding tussen keuze-informatie voor patiënten, samen beslissen en leren en verbeteren.

De leden van de VVD-fractie zijn verheugd te lezen dat het kabinet zich zo inzet voor vrouwen en dan specifiek voor de groep vrouwen met een dicht borstweefsel. Deze leden zijn ook blij te lezen dat er opdracht is gegeven tot het opstellen en uitvoeren van het implementatieplan. De leden van de VVD-fractie delen de frustratie van het kabinet over de tijd die alsnog nodig is om dit allemaal te realiseren. Zij erkennen dat dit voor een groot deel invloeden zijn die buiten het kabinet vallen en zijn verheugd te lezen dat het kabinet vaart maakt waar zij dit kan. Ziet de minister mogelijkheden om de implementatie van MRI-scans voor vrouwen met dicht borstweefsel sneller te realiseren? En zo ja, welke?

Op dit moment ziet het kabinet geen mogelijkheden om de implementatie van het aanvullende MRI-aanbod voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel te versnellen. De huidige planning is erop gericht om de eerste MRI's in 2030 aan te bieden, gebaseerd op de uitvoeringstoets van het RIVM van 1 oktober 2025¹⁴. Deze planning is gebaseerd op de tijd die nodig is voor een zorgvuldige voorbereiding en implementatie. Met de brief van 13 november 2025 is uw Kamer geïnformeerd over de stappen die daarvoor noodzakelijk zijn, waaronder het opstellen van een implementatieplan, het doen van een vergunningsaanvraag en starten van de aanbesteding.¹⁵ Deze stappen zijn nodig om de hoge kwaliteit en continuïteit van het bestaande bevolkingsonderzoek te waarborgen en om te voorkomen dat vrouwen die om andere redenen een MRI nodig hebben, worden verdrongen. Op 26 mei 2026¹⁶ heeft het kabinet met de Kamer gedeeld hoe zij invulling geeft aan de motie van het lid Paulusma c.s. over het meten en rapporteren van borstdensiteit in het bevolkingsonderzoek borstkanker¹⁷. In deze brief is toegelicht dat door uitvoering te geven aan deze motie, het aanbieden van MRI's in 2030 in ieder geval een halfjaar vertraging zal oplopen. Bovenstaande laat onverlet dat het kabinet elke mogelijkheid benut om de implementatie van MRI's in de borstkankerscreening te versnellen.

De leden lezen dat het kabinet extra alert is op dataveiligheid voornamelijk door een hack in het baarmoederhalskankeronderzoek. Door deze hack is het vertrouwen in bevolkingsonderzoeken gedaald. Hoe gaat de minister hier mee om? Denkt zij dat dit gevolgen heeft voor dit specifieke onderzoek? Hoe gaat zij ervoor zorgen dat er in dit onderzoek voldoende vertrouwen is?

Het kabinet betreurt dat het vertrouwen in het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker mogelijk negatief is beïnvloed door de datahack bij één van de laboratoria. Samen met Bevolkingsonderzoek Nederland en het RIVM zet het kabinet zich in voor herstel van dit vertrouwen. Dit gebeurt enerzijds door het blijvend aanbieden van een kwalitatief goed en toegankelijk bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Anderzijds door steeds zo duidelijk en transparant

¹⁴ Bijlage bij Kamerstukken II, 2025/2026, 31765, nr. 947

¹⁵ Kamerstukken II, 2025/26, 31 765, nr. 951

¹⁶ Kamerstukken II, 2025/26, 31 765, nr. 979

¹⁷ Kamerstukken II 2025/26, 31 765, nr. 970

mogelijk te communiceren over wat er is gebeurd bij het getroffen laboratorium en hoe dat wordt verbeterd.

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

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de stukken voor het schriftelijk overleg over kwaliteitszorg (inclusief patiënten- en cliëntenrechten). Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie merken op dat de huidige subsidieregeling patiënt- en gehandicaptenorganisaties (PG) loopt tot en met 31 juli 2028. In het coalitieakkoord is echter afgesproken dat de subsidiebudgetten bij departementen worden verlaagd, wat voor de begroting van het ministerie van VWS een bezuiniging van 30 miljoen euro zou betekenen vanaf 2027. Genoemde leden hebben signalen ontvangen van pg-organisaties dat zij zich hier zorgen over maken in verband met hun posities. Zou nader toegelicht kunnen worden op welke wijze deze bezuiniging van €30 miljoen verdeeld zal worden bij VWS en kan expliciet toegezegd worden dat de voorgenomen bezuiniging geen gevolgen gaat hebben voor de subsidieregeling PG's?

De huidige subsidieregeling heeft inderdaad de vervaldatum van 1 augustus 2028. Om de zoveel jaar wordt de subsidieregeling voor patiënten- en gehandicaptenorganisaties (hierna: pg-organisaties) herzien. Op dat moment wordt op basis van evaluatie ook bepaald welke aanpassingen nodig zijn om de patiënten- en gehandicaptenbeweging zo goed mogelijk te ondersteunen en mee te bewegen met de ontwikkelingen in de sector. De sector heeft echter ook tijd nodig om ontwikkelingen door te maken en vorm te geven, voordat deze eventueel een plek kunnen krijgen in een nieuwe subsidieregeling. Het kabinet is daarom voornemens om de huidige subsidieregeling een extra jaar te laten doorlopen. Zodoende wordt de gelegenheid gecreëerd om beweging in de sector te stimuleren en de nieuwe subsidieregeling aan te laten sluiten op de behoefte van de patiënten- en gehandicaptenbeweging. Het voornemen om de huidige subsidieregeling te verlengen zal in voorhang bij de Tweede Kamer worden aangeboden.

Op dit moment vindt interne besluitvorming plaats over de invulling van de bezuiniging van 30 miljoen euro op subsidiebudgetten vanaf 2027. De definitieve invulling zal landen in de Ontwerpbegroting 2027. Het kabinet kan daarom nog geen uitspraken doen over de gevolgen voor de subsidieregeling voor pg-organisaties.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie maken zich ernstig zorgen over de huidige personeelstekorten binnen de zorg en eventuele gevolgen voor patiëntveiligheid. Zou nader toegelicht kunnen worden op welke wijze de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) toezicht houdt op situaties waarin er structureel sprake is van onderbezetting, met als gevolg dat er verhoogde veiligheidsrisico's zijn? Hoe reflecteert de minister op de huidige meldcultuur binnen zorginstellingen? Op welke concrete wijze wordt ook voldoende toezicht gehouden op zorginstellingen waarbij zorg wordt verleend aan kwetsbare personen, die niet altijd (verbaal) melding kunnen maken van overschrijdend gedrag of klachten?

Wanneer de Inspectie in haar toezicht veiligheidsrisico's signaleert, vraagt zij altijd om verbetermaatregelen. Aanhoudende veiligheidsrisico's kunnen reden zijn tot handhaving. Ook bij structurele onderbezetting vraagt de Inspectie om verbeteringen om veiligheidsrisico's weg te nemen. Dat kan bijvoorbeeld door extra personeel in te zetten, de zorg af te schalen of de zorg anders te

organiseren. Daarbij moet zowel op de korte als op de lange termijn een passende oplossing worden gerealiseerd om de veiligheid en continuïteit van zorg te waarborgen.

Het kabinet hecht groot belang aan een open en veilige meldcultuur binnen de IGJ. Patiënten, cliënten, jongeren, kinderen, gebruikers van medicijnen en medische hulp en andere betrokkenen kunnen bij Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ) een klacht over de zorg en jeugdhulp melden. Het kabinet vindt het van belang dat meldingen serieus, zorgvuldig en onafhankelijk worden behandeld en dat iedereen zich gehoord en beschermd voelt wanneer zij hun zorgen uiten. Het LMZ heeft in 2025 12.244 klachten ontvangen. Het aantal klachten is de afgelopen jaren gemiddeld 20% per jaar gestegen. Deze stijging hangt deels samen met de toename van het aantal klachten over de jeugdhulp, een sector die momenteel sterk onder druk staat. Mogelijke andere verklaringen zijn de toegenomen naamsbekendheid van het Landelijk Meldpunt Zorg en de zichtbaarheid van de IGJ in de media.

Bij het maken van keuzes in het toezicht heeft de IGJ nadrukkelijk oog voor mensen in een kwetsbare positie. Vooral op het moment dat het systeem onvoldoende rekening met hen houdt. In 2026 kiest de IGJ ervoor om in het toezicht sectoroverstijgend twee doelgroepen centraal te stellen: mensen met psychische problemen en kwetsbare ouderen. De IGJ houdt actief en risicogestuurd toezicht op zorginstellingen, controleert de kwaliteit van de zorg en grijpt in bij misstanden of onveilige situaties. Aandachtsgebieden zijn onder andere: gedwongen zorg in de gehandicaptenzorg, mentale problematiek in de jeugdpreventieketen, kwetsbare ouderen thuis.

De klachten, vragen, meldingen en signalen van patiënten, cliënten, consumenten en andere betrokken zijn een belangrijke bron van informatie voor de inspectie. Het zijn signalen die de IGJ gebruikt voor het maken van keuzes in haar toezicht. Ook zorgaanbieders en fabrikanten geven ons informatie over de kwaliteit en veiligheid van de zorg en jeugdhulp. Sommige incidenten, misstanden of calamiteiten zijn zij verplicht aan de IGJ te melden. Al deze informatie geeft IGJ zicht op wat er speelt. Tegelijkertijd vormt het slechts een deel van het totaalbeeld. Het toezicht zelf is een belangrijke bron van informatie. Daarbij wordt waar mogelijk ook met cliënten of hun vertegenwoordigers gesproken.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

Patiëntveiligheid

De leden van de PVV-fractie vragen de minister hoe zij in algemene zin beoordeelt of patiëntveiligheid in Nederland daadwerkelijk verbetert. Welke indicatoren gebruikt de minister om vast te stellen of patiënten nu veiliger zijn dan enkele jaren geleden? Welke signalen, meldingen of incidenten laten volgens de minister juist zien dat verbetering nog steeds noodzakelijk is?

Zorgorganisaties werken continu aan het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van hun zorgverlening. Dit gebeurt in een context van uitdagingen zoals personeelstekorten, een groeiende en complexere zorgvraag en vraagstukken rondom de continuïteit van zorg.

In 2025 ontving het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ) 12.244 klachten, een stijging van gemiddeld 20% per jaar in de afgelopen jaren. Deze toename hangt deels samen met de groeiende druk in de jeugdhulpsector, maar ook met de toegenomen naamsbekendheid van het LMZ en de mediapresentatie van de IGJ. Uit analyse van de klachten blijken veel meldingen te gaan over organisatie en bestuur, diagnose en behandeling en het handelen van professionals.

Patiëntveiligheid is mensenwerk: fouten zijn onvermijdelijk, maar het is essentieel dat incidenten worden gebruikt om van te leren en herhaling te voorkomen. Zorgaanbieders moeten incidenten grondig onderzoeken om onderliggende oorzaken te achterhalen en passende maatregelen te nemen. De IGJ ziet dat de zorgsector de afgelopen jaren grote vooruitgang heeft geboekt op dit gebied, waardoor de focus in het toezicht verschuift: van *of* er goed onderzoek wordt gedaan, naar *of* er daadwerkelijk wordt geleerd en verbeterd.

Om de patiëntveiligheid in ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) te meten, wordt sinds 2004 de Monitor Patiëntveiligheid gebruikt. Het meest recente project, de Monitor Patiëntveiligheid medisch-specialistische zorg 2023-2027, brengt in kaart wat de aard, ernst en omvang zijn van zorggerelateerde schade, potentieel vermijdbare schade en sterfte. Deze indicatoren vormen de basis voor de beoordeling van patiëntveiligheid. De uitkomsten van deze zesde monitor zullen aan de Kamer worden gerapporteerd.

Het Jaarbeeld LMZ 2025 van de IGJ geeft inzicht in de signalen en meldingen die tussen 2019 en 2025 zijn ontvangen. De meeste meldingen betroffen de eerstelijnszorg, geestelijke gezondheidszorg, medisch-specialistische zorg, jeugdhulp en ouderenzorg. Het aantal meldingen per sector zegt echter niets over de kwaliteit van zorg in die sector, omdat sectoren sterk verschillen in omvang en aard van de klachten. Bijvoorbeeld: meldingen in de medisch-specialistische zorg gingen vaak over meningsverschillen tussen patiënten en zorgverleners over passende zorg, wat niet per definitie wijst op tekortkomingen in de kwaliteit.

Rapport labonderzoeksrapport RIVM naar mesh-implantaten

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van het RIVM-onderzoek naar mesh-implantaten. Deze leden vinden het belangrijk dat patiënten met langdurige klachten na plaatsing van een implantaat serieus worden genomen, ook wanneer klachten ingewikkeld zijn, moeilijk aantoonbaar zijn of niet meteen binnen een standaard medisch kader passen. Kan de minister aangeven wat er sinds het verschijnen van dit rapport concreet is veranderd voor patiënten met klachten na mesh-implantaten?

Het RIVM concludeerde in 2022 in haar rapport ¹⁸over mesh-implantaten dat patiënten met langdurige klachten nog steeds problemen ervaren, waaronder onvoldoende regie in de nazorg en onvoldoende erkenning en herkenning van hun klachten. Het RIVM stelde daarbij vast dat multidisciplinaire samenwerking wenselijk is, maar nog niet overal standaardpraktijk was.

De problematiek rondom mesh-implantaten heeft onder de voorgangers van het huidige kabinet onder andere geleid tot terughoudend gebruik van mesh-implantaten in gespecialiseerde ziekenhuizen, betere voorlichting via een specifieke patiënten folder¹⁹ en een leidraad²⁰ om de nazorg van mesh te verbeteren.

Daarnaast blijft het Meldpunt en Expertisecentrum Bijwerkingen Implantaten (MEBI) meldingen verzamelen en analyseren en zijn factsheets en attenderingen gepubliceerd om zorgverleners en patiënten beter te informeren.

De leden van de PVV-fractie vragen hoeveel meldingen over mesh-implantaten sinds het rapport zijn ontvangen, bij welke instanties deze meldingen terechtkomen en wat daar vervolgens mee gebeurt.

¹⁸ [Mesh-implantaten: een inventarisatie van langdurige gezondheidsklachten en mogelijke zorg](#)

¹⁹ [Mesh-implantaten en langdurige gezondheidsklachten | RIVM](#)

²⁰ [Leidraad-mesh-gerelateerde-klachten-november-2023.pdf](#)

Uit de MEBI-jaarrapportages blijkt dat sinds het verschijnen van het RIVM-rapport meldingen zijn ontvangen over verschillende typen mesh-implantaten. In 2023 ging het om zes meldingen over liesbreukmatjes en zes meldingen over bekkenbodematjes. In 2024 ging het om zes meldingen over liesbreukmatjes, drie over bekkenbodematjes, drie over buikwandmatjes en drie tension-free vaginal tapes (TVT). In 2025 ontving het MEBI meldingen over negen liesbreukmatten, acht TVT en vier darmmatten.

In 2023 ontving de IGJ vijf meldingen over liesbreukmatjes, vier meldingen over buikwandmatten, twee meldingen over TVT en één melding over FSCA multi mesh. In 2024 ging het om twaalf meldingen over liesbreukmatjes, twee meldingen over TVT, twee meldingen over FSCA multimesh, twee meldingen over bekkenbodematjes, één melding over borstmatten en één melding over darmmatten. In 2025 ontving de IGJ drie meldingen over liesbreukmatten, zes meldingen over TVT en twee meldingen over bekkenbodematjes.

De genoemde aantallen kunnen dubbeltellingen bevatten omdat complicaties op verschillende plekken kunnen worden gemeld.

Meldingen van vermoedelijke bijwerkingen van implantaten kunnen door burgers en zorgverleners rechtstreeks worden gedaan bij het MEBI en het Landelijk Meldpunt Zorg van de IGJ. Daarnaast kan de IGJ ook signalen ontvangen van fabrikanten en buitenlandse toezichthouders.

Het MEBI beoordeelt de meldingen, vraagt waar nodig aanvullende informatie op en kan nader onderzoek verrichten. Wanneer meldingen wijzen op nieuwe risico's of een toename van bekende risico's kan het MEBI hierover attenderingen, factsheets of andere openbare publicaties uitbrengen.

Wanneer de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) op basis van meldingen uit binnen- of buitenland een veiligheidsrisico signaleert kan zij zorgaanbieders daarover informeren. Zorgaanbieders kunnen vervolgens de betreffende patiënten informeren en zo nodig onderzoeken of behandelen.

In een brief²¹ over de stand van zaken medische technologie heeft het vorige kabinet de Kamer geïnformeerd dat deze meldstructuur beter kan. In deze brief werd aangegeven dat IGJ en MEBI in gesprek zijn over een heldere meldstructuur die versnippering van signalen moet voorkomen.

Hoe wordt voorkomen dat patiënten van loket naar loket worden gestuurd?

Patiënten met klachten na een mesh-implantaat kunnen zich melden bij hun behandelend arts. Binnen de beroepsgroep zijn verwijroutines bekend naar centra met expertise op het gebied van mesh-gerelateerde klachten. Indien klachten niet in de regio kunnen worden behandeld, kunnen patiënten worden verwezen naar gespecialiseerde centra, waaronder Amsterdam UMC en UMC Utrecht.

Is er voor deze groep één duidelijke route voor melding, erkenning, medische beoordeling en nazorg?

Het RIVM heeft in samenwerking met patiëntenorganisaties en beroepsverenigingen van medisch specialisten, waaronder de NVOG, een brochure opgesteld: "Brochure mesh-implantaten en langdurige gezondheidsklachten"²². Hierin worden de centra vermeld waar patiënten naar toe kunnen met implantaat-gerelateerde klachten. Afhankelijk van de aard van de klachten vindt zo nodig verwijzing plaats naar een gespecialiseerd centrum.

²¹ [Kamerstukken II, 2024-2025, 32805, nr. 188](#)

²² [Mesh-implantaten: een inventarisatie van langdurige gezondheidsklachten en mogelijke zorg. Liesbreukmatjes, midurethrale slings en bekkenbodematjes | RIVM](#)

Deze leden vragen of patiënten voorafgaand aan plaatsing van een implantaat voldoende begrijpelijke informatie krijgen over risico's, alternatieven en mogelijke langetermijnklachten.

Op grond van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) moeten patiënten voorafgaand aan een behandeling worden geïnformeerd over de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling, de verwachte gevolgen en risico's en mogelijke alternatieven. De hulpverlener moet een duidelijke uitleg geven die de patiënt goed kan begrijpen.

Voor mesh-implantaten is daarnaast aanvullende informatie beschikbaar gesteld via het RIVM, onder meer over mogelijke langdurige gezondheidsklachten en beschikbare zorgmogelijkheden.²³ . Daarbij worden ze dus mondeling en schriftelijk voorgelicht en wordt dit besproken in een indicatie-bespreking.

Hoe wordt gecontroleerd of informed consent in de praktijk meer is dan een handtekening onder een formulier?

Patiënten worden vooraf uitgebreid geïnformeerd over implantaat gerelateerde ingrepen. Zij krijgen mondelinge en schriftelijke informatie en er wordt geverifieerd of patiënten de informatie hebben begrepen. De keuze voor de operatie die verricht gaat worden, wordt in samenspraak met de patiënten gemaakt. Samen beslissen wordt vaak ondersteund door keuzehulp, folders, vragenlijsten en gesprekstechnieken die patiënten helpen hun voorkeuren duidelijk te maken. Het doel is dat de uiteindelijke keuze zowel medisch verantwoord is als aansluit bij wat voor de patiënt belangrijk is²⁴.

Wordt ook achteraf actief gevolgd hoe het met patiënten gaat?

Ja. Patiënten met een mesh-implantaat worden actief gevolgd. Voor transvaginale mesh geldt volgens het NVOG-standpunt een minimale follow-up van drie jaar. Daarnaast adviseert de NVOG in de leidraad implantaten²⁵ bij prolaps- en incontinentiechirurgie om patiënten langer te volgen, tot vijf à zeven jaar. Daarnaast worden alle implantaten geregistreerd in het Landelijk Implantaten Register (LIR) en in de Nederlandse Gynaecologische Registratie (NGR). Dit betekent dat zorgverleners en ziekenhuizen en zorgverleners verplicht zijn om gegevens aan te leveren.

Patiënten- en cliëntenrechten

De leden van de PVV-fractie vinden dat patiënten- en cliëntenrechten niet alleen op papier moeten bestaan. Kan de minister aangeven welke rechten patiënten en cliënten in de praktijk het vaakst niet weten te vinden of niet goed kunnen afdwingen?

Daarop is moeilijk een antwoord te geven. Een indicator daarvoor kan zijn over welke onderwerpen een klacht wordt ingediend door patiënten en cliënten. Het overgrote deel van deze klachten wordt tussen zorgaanbieder en cliënt, al dan niet met hulp van een klachtenfunctionaris, opgelost. Wanneer een cliënt er met zijn zorgaanbieder niet uit komt, heeft een cliënt de mogelijkheid de klacht voor te leggen aan de geschilleninstantie waar de zorgaanbieder bij is aangesloten. Ook kan een patiënt een melding doen bij het LMZ van de IGJ.

²³ [Mesh-implantaten en langdurige gezondheidsklachten | RIVM](#)

²⁴ [NVOG-Standpunt-Transvaginale-mesh-zorg-in-Nederland-18-6-2025-definitief.pdf](#)

²⁵ [NVOG Leidraad Gebruik van implantaten bij genitale prolaps- en urine-incontinentiechirurgie def december 2020](#)

Het LMZ ontving in 2025 12.244 klachten. Uit analyse van de klachten blijken veel meldingen te gaan over organisatie en bestuur, diagnose en behandeling en het handelen van professionals.

Welke concrete verbeteringen zijn de afgelopen jaren doorgevoerd om patiënten en cliënten sterker te maken tegenover grote zorgorganisaties, zorgverzekeraars of geschilleninstanties?

In de reactie op de evaluatie van de Wkkgz is een aantal maatregelen aangekondigd om de positie van de client verder te verstevigen.²⁶ Zo wordt aangekondigd dat cliënten, diens vertegenwoordiger of nabestaanden voortaan op verzoek een samenvatting van het calamiteitenonderzoek kunnen ontvangen. Inmiddels is een wijziging van de Wkkgz in internetconsultatie geweest, waarin hiervoor een voorstel is opgenomen. Overigens betekende de Wkkgz zelf als wet een belangrijke verbetering van de positie van de client. Een zorgaanbieder werd met de Wkkgz verplicht om richting een client openheid te geven over incidenten die voor de client merkbare gevolgen hebben of kunnen hebben, zorgaanbieders moesten verplicht toegang geven tot een klachtenfunctionaris en een laagdrempelige en effectieve klachtenregeling inrichten.

Wat betreft verbetering van de positie ten opzichte van zorgverzekeraars: per 2021 is de Wet verzekerden invloed Zorgverzekeringswet aangepast. Deze wet verplicht zorgverzekeraars om hun verzekerden structureel inspraak te geven in het beleid. Dit betekent dat verzekerden direct invloed kunnen uitoefenen op de bedrijfsvoering, klantenservice en afspraken met zorgverleners. De informatieverstrekking aan verzekerden is geregeld in een regeling van de NZa.²⁷ Hierin is opgenomen welke informatie een verzekeraar moet geven aan verzekerden. Deze regeling is in 2023 herzien. Hieraan verbonden is ook informatie over de contracteerstatus in het overstapseizoen. In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat verzekerden recht hebben op zorgbemiddeling door een zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars hebben hier de afgelopen jaren steeds meer in geïnvesteerd. Ten slotte kunnen cliënten naast de zorgverzekeraar met hun vragen ook terecht bij SKGZ. Vanaf 2024 heeft SKGZ één loket voor iedereen met vragen of klachten over de zorgverzekering. Met één loket wordt het voor burgers eenvoudiger en effectiever. De informatievoorziening door SKGZ is neutraal en onpartijdig. Daarnaast kunnen klachten aan SKGZ worden voorgelegd, nadat een cliënt deze eerst met de zorgverzekeraar heeft besproken. SKGZ is een onafhankelijke buitengerechtelijke geschilleninstantie, die als doel heeft om problemen tussen een cliënt en een zorgverzekeraar laagdrempelig op te lossen. Dit doen ze via bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen of geschilbeslechting door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

Wat betreft de positie richting geschilleninstanties: uit de evaluatie van de Wkkgz in 2021 en vervolgonderzoek door Kwink in 2023 kwam een zorgwekkend beeld naar voren over de geschilbeslechting in de zorg. Het kabinet heeft naar aanleiding van het onderzoek door de KWINK groep in een brief aan de kamer een aantal acties aangekondigd, waaronder het verstevigen van de kwaliteitscriteria waaraan geschilleninstanties moeten voldoen en het verbeteren van de clientondersteuning.²⁸ De aangekondigde acties hebben onder meer geleid tot een

²⁶ Kamerstukken II 2021/2, 32.402, nr. 76

²⁷ TH/NR-027 [Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten](#).

²⁸ Kamerstukken II 2023/24, 32.402, nr. 81.

wijziging van de Wkkgz, die in 2025 in internetconsultatie is geweest. Kijkend naar de reacties uit die consultatie wordt op dit moment vervolgonderzoek gedaan om de kwaliteitseisen concreter te maken en om een mogelijke minimum caseload voor geschilleninstanties te verkennen. De uitkomsten daarvan zullen met de Kamer worden gedeeld.

Deze leden vragen hoe de minister kijkt naar de informatiepositie van patiënten. Is de minister het met deze leden eens dat patiënten vaak afhankelijk zijn van informatie die door dezelfde instelling wordt geleverd waarover zij een keuze moeten maken of waartegen zij een klacht willen indienen? Hoe wordt die afhankelijkheid verminderd?

Het kabinet vindt de informatiepositie van cliënten en patiënten belangrijk. Die informatiepositie heeft betrekking op verschillende aspecten. In de eerste plaats de keuze voor zorgverlener en zorgverzekeraar. Het streven is om de keuze-informatie voor cliënten continu te verbeteren. Daarover is op 30 juni 2025 door het vorige kabinet een brief naar de Kamer gestuurd. Ook de informatiepositie van de patiënt voorafgaand en tijdens de behandeling is belangrijk. Het is de plicht van de zorgverlener om de cliënt op duidelijke en begrijpelijke wijze te informeren over onder meer zijn gezondheidstoestand, mogelijke behandelingen, de risico's van deze mogelijke behandelingen, maar ook over de mogelijkheden om niet te behandelen. Dat volgt uit de WGBO. Sinds een aantal jaren is bovendien het principe van "samen beslissen" in de WGBO opgenomen. Bij "samen beslissen" nemen de client en de zorgverlener samen de beslissing over de zorg die het best bij de cliënt past. Daarnaast moet een zorgaanbieder op grond van de Wkkgz een cliënt informeren indien zich bij de zorgverlening een incident heeft voorgedaan die voor de client merkbare gevolgen heeft of kan hebben.

De cliënt is niet uitsluitend afhankelijk van de instelling voor informatie. Wanneer het gaat om keuze informatie voor een cliënt kan deze informatie ook beschikbaar zijn via bijvoorbeeld de zorgverzekeraar of zorgkaart voor de keuze van een zorgverlener. Of via betrouwbare websites als thuisarts.nl en patiëntenorganisaties over verschillende soorten behandelingen. Daarbij is de relatie tussen zorgverlener en client geen eenrichtingsverkeer van de zorgverlener naar de client. De zorgverlener doet meer dan alleen informeren: in gesprek met de client beslist een zorgverlener samen met de patiënt wat passende zorg is. Daarbij is de vertrouwensband juist de basis van een goede keuze.

Wanneer een cliënt een klacht heeft over een instelling, kan hij – indien hij dat wenst – gebruik maken van de hulp van een klachtenfunctionaris. Een klachtenfunctionaris voert zijn functie onafhankelijk ten opzichte van de zorgaanbieder uit en is gericht op het komen tot een oplossing van de klacht met de zorgaanbieder. Daarnaast geeft ook een organisatie als de Patiëntenfederatie veel informatie over de rechten van een cliënt en wat te doen bij een klacht. Ook het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ) van de IGJ biedt advies en informatie over klachten en vragen over de zorg. Het LMZ lost de klacht van een cliënt niet op, maar kan wel helpen bij de vervolgstappen. Daarnaast zijn er in de zorg cliëntondersteuners (Wet langdurige zorg), clientvertrouwenspersonen (Wet zorg en dwang) en patiëntvertrouwenspersonen (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg) die een cliënt informatie verschaffen en ondersteunen. De vertrouwenspersonen zijn onafhankelijk ten opzichte van de zorgaanbieder. Op

deze wijze wordt de onafhankelijkheid van cliënten van informatie van de zorginstelling verminderd.

Beleidskader subsidiëring pg-organisaties

Kan de minister aangeven hoeveel geld jaarlijks naar pg-organisaties gaat en hoe wordt gemeten wat patiënten en cliënten daar concreet aan hebben? Welke eisen worden gesteld aan bereik, representativiteit en aantoonbare meerwaarde? Wordt ook gekeken of organisaties daadwerkelijk gedragen worden door hun achterban?

In het jaar 2026 is er in de subsidieregeling voor patiënten- en gehandicaptenorganisaties ruim €31 miljoen beschikbaar. Daarnaast kunnen patiënten- en gehandicaptenorganisaties (hierna: pg-organisaties) gebruik maken van opleiding en advies verzorgd door Involv (PGO-support) en kunnen zij via ZonMw projectsubsidies aanvragen voor specifieke ontwikkelingen die bijdragen aan betere vertegenwoordiging van de patiënten en cliënten. Pg-organisaties worden in deze ondersteuning gestimuleerd na te gaan of hun aanbod past bij de behoeften van de mensen met een aandoening die zij vertegenwoordigen. Verder zijn in de regeling eisen gesteld om in aanmerking te komen voor subsidie. Zo is een voorwaarde voor de subsidie dat de organisatie en de aangeboden activiteiten landelijk bereik hebben. Daarnaast moet een organisatie zich richten op mensen met een aandoening, om in aanmerking te komen voor subsidie. Om na te gaan of organisaties worden gedragen door hun achterban, geldt een minimumvereiste voor het aantal leden of donateurs.

Rapportage ontwikkeltraject vertrouwenswerk en klachtenopvang

De leden van de PVV-fractie vragen wat het ontwikkeltraject vertrouwenswerk en klachtenopvang concreet heeft opgeleverd voor cliënten en patiënten.

Voor de conclusies over het ontwikkeltraject vertrouwenswerk en klachtenopvang verwijst het kabinet graag naar de brief aan de Kamer van 12 september 2022²⁹.

Is de toegang tot vertrouwenswerk eenvoudiger geworden? Weten mensen beter waar zij terecht kunnen?

Het kabinet gaat er vanuit dat hiermee de patiëntvertrouwenspersoon (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg) en de cliëntvertrouwenspersoon (Wet zorg en dwang) worden bedoeld. De klachtenfunctionaris is geen vertrouwenspersoon. In de beleidsreactie aan de Kamer op de eerste evaluatie van de Wet verplichte ggz (Wvvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd) wordt een aantal maatregelen genoemd om de positie van deze vertrouwenspersonen te verstevigen en een betere toegang en bekendheid te organiseren.³⁰ Dat heeft er onder meer toe geleid dat de toegang tot de cliëntenvertrouwenspersoon Wzd de afgelopen jaren eenvoudiger is geworden. Met name de samenwerking tussen de vier verschillende aanbieders van cliëntenvertrouwenswerk Wzd heeft daaraan bijdragen. De vier aanbieders werken sinds 1 januari 2025 samen onder de naam Stemgever, met één gezamenlijk website, beeldmerk en informatiemateriaal. Het netwerk is landelijk dekkend en mensen die op zoek zijn naar cliëntenvertrouwenswerk Wzd worden via één loket naar de juiste aanbieder geleid.

Daarnaast heeft Vilans naar aanleiding van de bestuurlijke afspraken Uitvoering Wet zorg en dwang (december 2023) samen met veldpartijen de folder 'Leven in

²⁹ TK, 2021-2022, 33149, nr. 69.

³⁰ TK, 2022-2023, 25424, nr. 648.

vrijheid voor cliënten en hun naasten of vertegenwoordigers' uitgebracht.³¹ In de folder wordt in duidelijke taal uitgelegd wat de Wzd is en welke stappen zorgorganisaties moeten doorlopen bij het inzetten van gedwongen zorg aan cliënten. Daarin wordt ook nadrukkelijk ingegaan op de mogelijkheid om informatie, advies en ondersteuning te krijgen van de cliëntenvertrouwenspersoon Wzd. Uit de jaarcijfers van Stemgever³² blijkt dat voor het vierde jaar op rij het aantal cliënten dat contact met Stemgever opnam toenam. Dat geldt ook voor het aantal ondersteunings-vragen, locatiebezoeken en voorlichtingen. Om die groei mogelijk te maken is het beschikbare budget voor het cliëntenvertrouwenswerk Wzd de afgelopen jaren fors gestegen.

Zijn doorlooptijden korter geworden?

Daarover kan worden gezegd dat de patiëntvertrouwenspersoon en de cliëntvertrouwenspersoon zo spoedig mogelijk contact opnemen als zij door een client worden benaderd. Het ligt meer voor de hand om hier te spreken over beschikbaarheid in plaats van doorlooptijd. Die beschikbaarheid is geborgd. Wat betreft de doorlooptijd van de klachtafhandeling: de stichting PVP heeft recent signaleerd dat de termijn voor klachtafhandeling niet altijd wordt gehaald. Dit signaal wordt meegenomen in het wetsvoorstel Evaluatiewet Wvvgz/Wzd.

Deze leden vragen of de minister erkent dat het huidige landschap van vertrouwenswerk, klachtenfunctionarissen, geschilleninstanties en toezichthouders voor gewone mensen ingewikkeld kan zijn.

Ja, het kabinet erkent dat het huidige landschap ingewikkeld kan zijn voor gewone mensen, des te belangrijker is goede informatie door alle personen die betrokken zijn bij de afhandeling van klachten. Voor de cliënt moet duidelijk zijn waar hij terecht kan en wat hij van de verschillende personen kan verwachten.

Is de minister bereid om te werken aan één herkenbare en laagdrempelige route voor mensen die vastlopen in de zorg?

Er is reeds een laagdrempelige route. Dat is de route uit de Wkkgz. Zorgaanbieders zijn verplicht een regeling te treffen voor een effectieve en laagdrempelige opvang en afhandeling van klachten. De zorgaanbieder moet deze onder de aandacht van cliënten brengen. Ook zijn zij verplicht toegang te bieden tot een klachtenfunctionaris. Het doel van de klachtenprocedure van de Wkkgz is klachten in een zo vroeg stadium op te lossen en escalatie en juridisering te voorkomen.

Evaluatie Wkkgz en verslag schriftelijk overleg

Deze leden vragen specifiek naar de positie van patiënten en cliënten in een klachtenprocedure. Staat de patiënt in de praktijk niet vaak tegenover een professionele zorgaanbieder met meer kennis, meer tijd en meer middelen? Hoe wordt die ongelijkheid gecorrigeerd?

Het doel van de opvang en afhandeling van klachten is om deze in een zo vroeg mogelijk stadium op te lossen. De KNMG geeft in een richtlijn aan dat artsen een klimaat moeten bevorderen waar cliënten zich vrij voelen om klachten te uiten.^{[1][1]} De insteek is juist om als cliënt en zorgaanbieder of zorgverlener niet tegenover

³¹ <https://www.vilans.nl/kennis/folder-leven-in-vrijheid>

³² <https://stemgever.nl/over-stemgever/jaarverslagen>

^{[1][1]} KNMG-handreiking Omgaan met incidenten en klachten- wat wordt van artsen verwacht?, KNMG, november 2018.

elkaar te komen staan en samen het gesprek te voeren over wat er niet goed is gelopen. Een gesprek is belangrijk om het vertrouwen tussen arts en client te behouden of te herstellen. Ook kan een goed en open gesprek helpen om escalatie te voorkomen.

De cliënt heeft toegang tot de klachtenfunctionaris. Die toegang is gratis. De klachtenfunctionaris heeft meerdere taken: adviseren bij het indienen van een klacht, bijstaan bij het formuleren van de klacht en het onderzoeken van de mogelijkheden om tot een oplossing van de klacht te komen. De klachtenfunctionaris luistert en ondersteunt vanuit neutrale rol.

De klachtenfunctionaris informeert transparant over allerlei mogelijkheden, maar juist ook op het in contact brengen van zorgverlener en client. Zo vroeg en laagdrempelig mogelijk, binnen een overzichtelijke termijn, van mens tot mens. Gesprekken gaan heel vaak over toon, bejegening, informatie, waarin ook de zorgverlener kwetsbaar is. Er wordt gelet op taalgebruik en non-verbale signalen. Door onpartijdige opstelling en begeleiding draagt de klachtenfunctionaris bij aan een veilig en gelijkwaardig gesprek.

De leden van de PVV-fractie vragen daarnaast naar de klachtenfunctionaris. Hoe onafhankelijk is een klachtenfunctionaris wanneer deze door of namens de zorgaanbieder wordt ingezet? Hoe wordt voorkomen dat patiënten het gevoel krijgen dat zij hun klacht moeten indienen binnen hetzelfde systeem waarover zij klagen?

Uitgangspunt van de Wkkgz is dat klachten worden opgelost waar zij zijn ontstaan. In de Wkkgz is een artikel opgenomen dat waarborgt dat, indien een klachtenfunctionaris in dienst is van de zorgaanbieder, de zorgaanbieder waarborgt dat hij zijn werkzaamheden onafhankelijk en hem niet benadeelt wegens de wijze waarop hij zijn functie uitoefent. In het Uitvoeringsbesluit Wkkgz is onder meer opgenomen dat een klachtenfunctionaris de vrijheid heeft zijn werkzaamheden te verrichten overeenkomstig de voor hem geldende beroepsnormen en taakomschrijvingen en zonder inmenging van de zorgaanbieder. Ook in het beroepsprofiel en de beroepscode van de Vereniging van Klachtenfunctionarissen in de Gezondheidszorg (VKIG) wordt ingegaan op de onafhankelijkheid van de klachtenfunctionaris en op de do's en dont's. Zo mag een klachtenfunctionaris niet de zorgaanbieder vertegenwoordigen in een procedure bij de geschilleninstantie.

Ook vragen deze leden hoe vaak klachten onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) leiden tot concrete herstelmaatregelen, excuses, aanpassing van beleid, schadevergoeding of toezicht door de IGJ. Kan de minister deze cijfers geven, uitgesplitst naar type zorgaanbieder?

In 2025 ontving de IGJ meer dan 12.000 klachten over de zorg. Deze klachten, afkomstig van patiënten, cliënten, consumenten en andere betrokkenen, vormen een belangrijke informatiebron voor het toezicht. De IGJ gebruikt deze signalen om keuzes te maken in haar werkzaamheden. Ook zorgaanbieders en fabrikanten delen informatie over de kwaliteit en veiligheid van zorg en jeugdhulp, waarbij sommige incidenten, misstanden of calamiteiten verplicht moeten worden gemeld. Deze informatie biedt inzicht in wat er speelt in de sector, maar vormt slechts een deel van het totaalbeeld. Het aantal klachten hoeft niet direct te duiden op onvoldoende zorgkwaliteit: factoren zoals de omvang van de zorgaanbieder, de zwaarte van de zorg of media-aandacht kunnen het aantal meldingen beïnvloeden. Omgekeerd betekent het ontbreken van klachten niet automatisch dat alles goed verloopt. Daarom combineert de IGJ klachtinformatie altijd met andere bronnen.

De IGJ heeft geen cijfers over hoe vaak klachten leiden tot concrete acties. Dit komt doordat klachten te divers zijn (veel klachten hebben bijvoorbeeld geen schadecomponent), het aantal zorgaanbieders te groot is (tienduizenden) en het registreren van deze zaken zou leiden tot een enorme administratieve last voor zorgaanbieders én de IGJ.

De Wkkgz is gericht op leren en verbeteren ten behoeve van de zorgkwaliteit. In sommige gevallen is wettelijk voorgeschreven dat een zorgaanbieder maatregelen moet nemen, bijvoorbeeld bij melding van een calamiteit of geweld in de zorgrelatie. Daarnaast bieden richtlijnen, zoals die van de KNMG en de Gedragscode openheid medische incidenten (GOMA), aanbevelingen voor zorgverleners om in gevallen van fouten of tekortkomingen spijt te betuigen en, waar gepast, excuses aan te bieden.

De leden van de PVV-fractie vragen ook naar kleinere zorgaanbieders en solistisch werkende zorgverleners. Welke verplichtingen onder de Wkkgz zijn volgens de minister noodzakelijk voor patiëntveiligheid en welke verplichtingen leveren vooral administratieve belasting op? Is de minister bereid om de uitvoeringslast voor kleinere aanbieders te verlagen zonder de bescherming van patiënten te verminderen?

Patiëntveiligheid:

Doel van de Wkkgz is het verbeteren van de kwaliteit van zorg door te leren en verbeteren. In de Wkkgz is een hoofdstuk opgenomen waarin de kwaliteit en veiligheid van de zorg centraal staan. Kernbegrip in de Wkkgz is goede zorg. De zorgaanbieder heeft de verplichting om goede zorg te verlenen, dat is zorg die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. Wat goede zorg is, wordt vervolgens in de Wkkgz in een aantal bepalingen verder uitgewerkt. Zo heeft voor het verlenen van goede en veilige zorg de zorgaanbieder de verplichting om:

- de zorg zodanig te organiseren, ook wat betreft personeel en materieel, dat dit redelijkerwijs tot het verlenen van goede zorg;
- zich te vergewissen of de zorgverlener die zorg gaat verlenen geschikt is om zorg te verlenen;
- de kwaliteit van zorg systematisch te bewaken, beheersen en verbeteren;
- een interne procedure vast te stellen, waarin wordt aangegeven hoe wordt omgegaan met signalen van incidenten; en
- calamiteiten, geweld in de zorgrelatie en ontslag wegens disfunctioneren verplicht te melden bij de IGJ (verplichte meldingen).

Administratieve lasten

Uit de evaluatie van de Wkkgz bleek dat de verplichte meldingen bij de IGJ, met name de meldingen van calamiteiten, een groot beslag leggen op de capaciteit bij zorgaanbieders en op de capaciteit bij de IGJ.³³ Daarbij ging veel aandacht uit naar het op een juiste manier melden en onderzoeken. De nadruk was komen te liggen op de procedure, mede ook door de regeldichtheid van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz. Zorgaanbieders zijn heel goed geworden in het melden en onderzoeken van calamiteiten, maar de meerwaarde daarvan voor het verbeteren van de patiëntveiligheid was niet altijd duidelijk. Daarom is met ingang van 1 januari 2025 het Uitvoeringsbesluit Wkkgz aangepast met als doel afhandeling op maat van deze meldingen mogelijk te maken, waardoor de

³³ R.D. Friele e.a., Evaluatie Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, Den Haag ZonMw, 2021.

zorgaanbieder zich meer kan richten op leren en verbeteren en de IGJ haar capaciteit flexibeler en effectiever kan inzetten.³⁴

De Wkkgz is op veel onderdelen een 'kaderwet', waar het veld zelf invulling geeft aan de bepalingen van de wet, bijvoorbeeld aan de bepaling wat goede zorg is. Door de ruimte die de Wkkgz biedt om op een voor de sector passende wijze invulling te geven aan de Wkkgz (sectorale differentiatie), kunnen de administratieve lasten worden beperkt.³⁵

Onbedoelde en ongewenste uitkomsten in de zorg, normhandhaving, leren en herstel

Deze leden vragen hoe vaak de IGJ de afgelopen jaren heeft ingegrepen na herhaalde signalen van patiënten of nabestaanden. Hoe wordt voorkomen dat instellingen vooral intern reflecteren, terwijl patiënten vooral behoefte hebben aan erkenning, openheid en herstel?

Veel klachten over een sector of zorgaanbieder betekent niet automatisch dat de kwaliteit van zorg onvoldoende is. De omvang van de zorgaanbieder of de zwaarte van de zorg kan van invloed zijn op het aantal meldingen en klachten. Veel klachten kunnen ook een gevolg zijn van (media-) aandacht voor een onderwerp. Anderzijds betekent het ontbreken van klachten niet automatisch dat alles goed verloopt. Daarom combineert de IGJ informatie uit klachten altijd met andere bronnen. Het is daarom niet één op één aan te geven welke melding tot welke toezichtsinterventie heeft geleid. De informatie uit het Landelijk Meldpunt Zorg wordt altijd meegenomen in het risicogestuurde toezicht en indien nodig in incidententoezicht.

Zorg is mensenwerk. Waar mensen werken, worden fouten gemaakt. Het is belangrijk dat incidenten gebruikt worden om van te leren, zodat de kans op herhaling in de toekomst wordt verkleind. Zorgaanbieders moeten incidenten goed onderzoeken om de onderliggende oorzaken vast te stellen. Zo kunnen ze passende maatregelen nemen om deze oorzaken aan te pakken en de zorg steeds veiliger te maken.

Calamiteiten moeten binnen 3 dagen gemeld worden aan de inspectie. Een calamiteit is een incident met een ernstig schadelijk gevolg of overlijden.

Zorgaanbieders stellen bij na een calamiteit een calamiteitenrapportage op, welke door de IGJ wordt beoordeeld. Eén van de zaken die hierin door de IGJ gevraagd wordt is een beschrijving van de nazorg die is verleend aan de betrokkenen en aan de betrokken zorgverleners.

De IGJ vraagt daarnaast aan de zorgaanbieder wat de reactie is van de cliënt, bewoner, wettelijk vertegenwoordiger of nabestaande op de wijze waarop de calamiteit is afgehandeld en op de geboden nazorg. Op deze manier wordt geborgd dat niet alleen het leren binnen de organisatie centraal staat, maar ook dat openheid, erkenning en herstel richting betrokkenen voldoende aandacht krijgen.

Voortgangsrapportages Uitkomstgerichte Zorg

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de voortgangsrapportages over uitkomstgerichte zorg. Deze leden vinden het uitgangspunt begrijpelijk: patiënten moeten beter kunnen meewegen wat een behandeling betekent voor hun gezondheid, kwaliteit van leven en dagelijks functioneren. Tegelijkertijd vragen deze leden de minister waarom dit na zoveel jaren nog steeds vooral klinkt als een programma in ontwikkeling.

³⁴ Staatsblad 2024, 343.

³⁵ Kamerstukken II, 2022/23, 32.402, nr. 78.

Kan de minister concreet aangeven wat patiënten vandaag meer weten dan vóór de start van het programma? Welke informatie over behandeluitkomsten is inmiddels openbaar, begrijpelijk en bruikbaar voor patiënten? Voor welke aandoeeningen of behandelingen kan een patiënt nu daadwerkelijk beter kiezen?

Het kabinet vindt dat alle zorggebruikers op basis van goede informatie beter zelf kunnen bepalen en mee kunnen beslissen over de zorg die zij ontvangen. Het kabinet vindt dat openbaar inzichtelijke en begrijpelijke informatie daarvoor noodzakelijk is.

Sinds de start van het programma Uitkomstgerichte Zorg zijn belangrijke stappen gezet, waarbij de focus met name op samen beslissen ligt. Door het toepassen van samen beslissen in de spreekkamer komt er steeds meer aandacht voor wensen, voorkeuren en waarden van patiënten die bijdragen aan hun kwaliteit van leven.

Om samen beslissen in de spreekkamer te stimuleren, zijn diverse praktische hulpmiddelen ontwikkeld. Zo zijn er toolkits, e-learnings en andere ondersteunende materialen ontwikkeld voor zowel zorgverleners als patiënten. Ook is ingezet op kennisdeling van samen beslissen en praktijkvoorbeelden via conferenties, bijeenkomsten, werkbezoeken en inspiratiesessies. Daarnaast biedt het UZ-loket ondersteuning aan zorginstellingen bij de implementatie van samen beslissen en uitkomstgericht werken. Het merendeel van de medisch-specialistische zorginstellingen geeft aan³⁶ samen beslissen in de praktijk toe te passen. Hierdoor is er in de spreekkamer steeds meer aandacht voor de wensen, voorkeuren en persoonlijke situatie van de patiënt bij het maken van behandelkeuzes.

Tegelijkertijd stelt het kabinet vast dat de beschikbaarheid van openbare en voor patiënten bruikbare informatie over behandeluitkomsten achterblijft. Uit de nulmeting van Zorginstituut Nederland en Patiëntenfederatie Nederland blijkt dat voor slechts 11,5% van de ziektelast ten minste één uitkomstindicator openbaar beschikbaar is voor patiënten. Het kabinet vindt deze resultaten teleurstellend. Om hier versnelling in aan te brengen zijn belangrijke stappen gezet. Zo is per 1 januari 2026 de Wkkgz aangepast (naar aanleiding van het wetsvoorstel kwaliteitsregistraties zorg in werking getreden, waardoor ziekenhuizen verplicht worden gegevens aan te leveren aan kwaliteitsregistraties. Daarnaast wordt onderzocht hoe het Zorginstituut zijn kwaliteitstaken effectiever kan inzetten om de transparantie over zorguitkomsten te vergroten. Mocht blijken dat hiervoor aanvullende bevoegdheden nodig zijn, dan is het kabinet bereid te bezien of aanpassing van de Wkkgz noodzakelijk is.

Deze leden vragen hoeveel geld sinds de start van het programma is besteed aan uitkomstgerichte zorg en welke meetbare resultaten daar tegenover staan. Kan de minister aangeven welke onderdelen aantoonbaar succesvol zijn en welke onderdelen zijn gestopt omdat zij onvoldoende opleverden?

Het programma Uitkomstgerichte Zorg fase I (2018-2022) stonden vijf lijnen centraal³⁷: (1) het ontwikkelen van uitkomstensets en PROMs (Patient-Reported Outcome Measure) om zorguitkomsten inzichtelijk te maken, (2) het stimuleren van samen beslissen tussen patiënt en zorgverlener, (3) het ontwikkelen van uitkomstgerichte organisatie- en bekostigingsvormen, (4) het verbeteren van de beschikbaarheid en uitwisseling van uitkomstinformatie via digitale

³⁶ [Grote meerderheid ziekenhuizen ziet passende zorg als speerpunt | NVZ](#)

³⁷ Kamerstuk 31476, nr. 28

infrastructuren, en (5) het ondersteunen van implementatie door kennisontwikkeling, onderzoek en kennisdeling. Deze activiteiten legden de basis voor verdere toepassing van uitkomstgerichte zorg in de Nederlandse gezondheidszorg.

In fase I van het programma (2018-2022) is in totaal €60 miljoen aan het programma Uitkomstgerichte zorg uitgegeven. Dit geld is onder andere besteed aan het ontwikkelen van 33 uitkomstensets en andere producten die samen beslissen ondersteunen. Denk hierbij aan lesmaterialen, e-learningen en toolkits voor zorgprofessionals en patiënten. Ook is het programma organiseren en betalen bij ZonMW gefinancierd. Het doel was om kansrijke initiatieven te ondersteunen en inzicht te krijgen in welke organisatie- en contractvormen effectief zijn. Daarnaast is het Santeon Experiment gefinancierd voor het toegankelijk maken van het meten, verzamelen en gebruiken van zorguitkomsten voor de patiënten. Tot slot is geïnvesteerd in kennisontwikkeling en kennisdeling, onder meer via de Transparantiemonitor van het Nivel, de organisatie van landelijke conferenties en de ontwikkeling van het kennisplatform Uitkomstgerichte Zorg.

In fase II van het programma (2023-2026) is tot op heden in totaal ongeveer €13 miljoen besteed. Deze uitgaven hebben betrekking op de implementatie van het programma: het ontwikkelen en uitvoeren van het UZ-loket, het aanbieden van scholing op het gebied van samen beslissen, het ontwikkelen van blauwdrukken en het toekennen van subsidies voor werkzaamheden van de betrokken koepelpartijen.

Belangrijke opbrengsten van het programma

Binnen het programma Uitkomstgerichte Zorg zijn, zoals hierboven toegelicht, diverse producten ontwikkeld om samen beslissen te ondersteunen, waaronder competentiesets, lesmaterialen, e-learningen en toolkits voor zorgprofessionals en patiënten. Daarnaast is gewerkt aan de verankering van samen beslissen in medische en verpleegkundige opleidingen.

Via subsidieregelingen zijn verschillende initiatieven ondersteund, zoals het Santeon-project Experiment Uitkomstindicatoren, dat resulteerde in een routekaart en praktijkgerichte handvatten voor het gebruik van uitkomstinformatie, en het Dutch-Flemish PROMIS National Center, dat zorginstellingen ondersteunt bij de implementatie van patiëntgerapporteerde uitkomsten. Vanuit het ZonMw-programma Organiseren en Betalen is het project Zinnige InfectieZorg (ZIZ) voor de SOA-zorg gefinancierd. Binnen dit project worden e-health, snelle diagnostiek en slim datamanagement gecombineerd, waardoor patiënten sneller geholpen kunnen worden en zorguitkomsten beter inzichtelijk worden gemaakt. Inmiddels zijn meerdere locaties operationeel en opent binnenkort de vierde locatie in Nederland.

Ook is ingezet op kennisdeling via conferenties, bijeenkomsten, werkbezoeken en inspiratiesessies. Daarnaast biedt het UZ-loket ondersteuning aan zorginstellingen bij de implementatie van samen beslissen en uitkomstgericht werken.

Alle ontwikkelde producten, handreikingen, praktijkvoorbeelden en overige resultaten zijn beschikbaar via de website van Uitkomstgerichte Zorg, zodat de opgebouwde kennis ook na afloop van het programma toegankelijk blijft.

Niet alle onderdelen van het programma konden volgens planning worden voortgezet. Dit geldt met name voor de implementatie van de uitkomstensets. In de eerste fase van het programma (2018-2022) zijn 33 uitkomstensets ontwikkeld die met name voor patiënten relevante uitkomsten, zoals kwaliteit van leven en functioneren, inzichtelijk maken. Tijdens de implementatiefase (2023-2026) bleek echter dat brede toepassing in de praktijk complexer was dan

voorzien. Verschillen in gegevensregistratie en in de toepassing van informatiestandaarden maakten het lastig om de benodigde gegevens op een uniforme wijze uit zorgsystemen te ontsluiten.

Om deze knelpunten aan te pakken wordt binnen het traject *één governance voor kwaliteit* onderzocht hoe de doelen en de gegevens van o.a. de uitkomstensets beter kunnen aansluiten op bestaande kwaliteitsregistraties en andere kwaliteitsprogramma's. Dit moet leiden tot betrouwbare kwaliteitsinformatie waardoor patiënten beter inzicht krijgen in de kwaliteit van zorg en beter ondersteund worden bij het maken van passende keuzes.

De leden van de PVV-fractie vragen ook hoe wordt voorkomen dat uitkomstgerichte zorg leidt tot extra registratiedruk voor zorgverleners. Welke registraties zijn geschrapt of vereenvoudigd? Hoe wordt geborgd dat verpleegkundigen, artsen en andere zorgverleners niet nog meer tijd achter het scherm doorbrengen?

Uitkomstgerichte zorg richt zich niet alleen op medische uitkomsten, maar ook op uitkomsten die voor patiënten van belang zijn, zoals kwaliteit van leven en dagelijks functioneren. Het kabinet zet in op het samenbrengen van verschillende kwaliteitsprogramma's (Uitkomstgerichte zorg, Kwaliteitsregistraties, Transparantiekalender) binnen één overkoepelende governance. Het werken vanuit één governance moet leiden tot betrouwbare, samenhangende kwaliteitsinformatie die zowel zorgprofessionals ondersteunt bij leren en verbeteren als patiënten beter inzicht geeft in de kwaliteit van zorg en hen helpt bij het maken van passende keuzes. Door het uitvragen van gegevens beter op elkaar af te stemmen en waar mogelijk gebruik te maken van bestaande registraties, wordt voorkomen dat zorgverleners dezelfde informatie meerdere keren moeten vastleggen en neemt de registratielast af. Nog dit jaar wordt de gapanalyse afgerond die nodig is om deze governance van kwaliteit vorm te geven.

Eindevaluatie Citrienfonds 2019-2022

De leden van de PVV-fractie vragen wat de eindevaluatie van het Citrienfonds concreet betekent voor patiënten. Welke projecten hebben geleid tot blijvende verbetering in de zorg? Welke resultaten zijn structureel ingebed? Welke projecten zijn niet voortgezet omdat zij onvoldoende meerwaarde hadden?

Deze leden vragen hoeveel geld met het Citrienfonds gemoeid was en hoe de minister beoordeelt of dit geld doelmatig is besteed. Is de minister bereid om bij toekomstige fondsen vooraf scherper vast te leggen welke concrete uitkomsten voor patiënten moeten worden bereikt?

Het kabinet is van mening dat het Citrienfonds heeft bijgedragen aan concrete verbeteringen voor patiënten, waaronder het verminderen van onnodige zorg, betere gegevensuitwisseling en meer zorg op de juiste plek, bijvoorbeeld via telemonitoring. Projecten zoals Doen of Laten?, telemonitoring, regionale oncologienetwerken en Registratie aan de bron hebben geleid tot verbeteringen in de kwaliteit en organisatie van zorg. Een deel van deze resultaten is structureel ingebed via onder meer Zorg Evaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG), de doorontwikkeling van oncologische netwerken en landelijke trajecten voor gegevensuitwisseling.

Uit de eindevaluatie blijkt niet dat grote projecten zijn stopgezet vanwege onvoldoende meerwaarde. Wel blijkt dat niet alle resultaten in dezelfde mate zijn geborgd, onder meer door belemmeringen op het gebied van financiering, gegevensuitwisseling, ICT en regelgeving.

Voor Citrienfonds 2 was in totaal € 20 miljoen beschikbaar. De doelmatige besteding van deze middelen is gedurende de looptijd bewaakt door een onafhankelijke beoordelingscommissie van ZonMw en via externe evaluaties. Daarbij werd gewerkt met vooraf vastgestelde doelen, resultaten en go/no-go-momenten.

Het kabinet onderschrijft het belang van concrete resultaten voor patiënten. Daarom wordt in Citrienfonds 3 nadrukkelijk gestuurd op zichtbare resultaten, implementatie en opschaling, waarbij expliciet aandacht wordt besteed aan wat patiënten daarvan merken.

Onderzoek geschilleninstanties Wkkgz en reactie daarop

De leden van de PVV-fractie maken zich zorgen over de positie van patiënten en cliënten bij geschilleninstanties. Wie een geschil begint, staat vaak tegenover een professionele zorgaanbieder met meer kennis, meer tijd en meer middelen. Kan de minister aangeven hoe wordt gewaarborgd dat de procedure eerlijk en begrijpelijk is voor gewone mensen?

Op dit moment werkt het kabinet aan een wijziging van de Wkkgz, waarin aan de geschilleninstanties meer eisen worden gesteld met betrekking tot een begrijpelijke en toegankelijke informatievoorziening. Om deze eisen en andere eisen aan de geschilleninstanties zo concreet mogelijk te maken, doet de KWINK groep momenteel een onderzoek. Daarbij kijken de onderzoekers ook naar eisen aan de cliëntondersteuning. De Kamer wordt in het najaar geïnformeerd over de resultaten van dit onderzoek.

Deze leden vragen waarom verdere professionalisering van geschilleninstanties nodig is als het stelsel al jaren bestaat. Wat zegt dit over de bescherming die patiënten en cliënten tot nu toe hebben gehad? Welke tekortkomingen zijn geconstateerd en wanneer zijn deze opgelost?

De Wkkgz, waarin ook de kaders voor de geschilleninstanties in de zorg zijn opgenomen, is in 2021 geëvalueerd, vijf jaar na inwerkingtreding van de Wkkgz. Daarna is in 2023 – naar aanleiding van één van de aanbevelingen van de evaluatie van de Wkkgz – een verdiepend onderzoek naar het functioneren van de geschilleninstanties gevolgd. De Kamer is met een brief over dit onderzoek en de daarin gesignaleerde tekortkomingen aan de geschilbeslechting geïnformeerd.³⁸ De hoofdconclusie van de onderzoekers is dat de geschilbeslechting geprofessionaliseerd en doorontwikkeld moet worden. Zij doen daarvoor negen aanbevelingen, onder andere over het toegankelijker en begrijpelijker maken van de verstrekte informatie, het uitgebreider en explicieter waarborgen van de onafhankelijkheid van de geschilleninstanties en het op peil houden en vergroten van de expertise. De Kamer is op 4 juni 2024 geïnformeerd over de wijze waarop het kabinet de tekortkomingen wil oplossen.³⁹ Dan gaat het om de verstevigen van de kwaliteitscriteria waaraan geschilleninstanties moeten voldoen, het verbeteren van de cliëntondersteuning, het meer inzetten op kennisontwikkeling en het publiceren van alle uitspraken op één plek. Het kabinet is daar nu mee aan de slag. Op dit moment wordt onderzoek gedaan om de eisen die aan de geschilleninstanties worden gesteld concreter te maken.

De leden van de PVV-fractie vragen of uitspraken van geschilleninstanties inmiddels op één vaste en goed vindbare plaats openbaar worden gemaakt. Zo

³⁸ Kamerstukken II 2023/24, 32 402, nr. 80

³⁹ Kamerstukken II 2023/24, nr. 81

nee, waarom is dit nog steeds niet geregeld? Zo ja, hoe wordt gezorgd dat patiënten hier daadwerkelijk iets aan hebben?

Dat is nog niet geval. Op dit moment doet het CIBG een onderzoek wat ervoor nodig is om dit realiseren en welke kosten hiermee zijn gemoeid. De verwachting is dat rond de zomer hiervan een inschatting kan worden gemaakt. Een goede vindplaats voor uitspraken is van belang voor cliënten, zij kunnen dan wellicht beter inschatten of zij al dan niet een geschil aanhangig willen maken, en ook voor zorgaanbieders en de geschilleninstanties zelf. Zij kunnen leren van eerdere uitspraken. Overigens is bijna de helft van de geschilleninstanties aangesloten bij De Geschillencommissie. Zij publiceren reeds hun uitspraken op één plek.

Deze leden vragen ook of de minister bereid is om de onafhankelijkheid, deskundigheid, doorlooptijden, kosten en begrijpelijkheid van geschilleninstanties periodiek openbaar te laten beoordelen.

Op dit moment doet de KWINK-groep onderzoek naar een concretisering van de eisen waaraan geschilleninstanties moeten voldoen. Onderdeel van dat onderzoek is ook kijken naar de informatie die periodiek openbaar wordt gemaakt.

Stichting Zorggeschil en Stichting Fokus

De leden van de PVV-fractie lezen dat in de kabinetsreactie op het Q-Consult-onderzoek naar sociale veiligheid, communicatie en bejegening binnen Fokus is aangegeven dat Fokus werkt aan herstel van vertrouwen en sociale veiligheid, dat het ministerie de relatie met Fokus heeft herijkt en dat VWS als systeemverantwoordelijke randvoorwaarden stelt aan het transformatieplan van Fokus en toezicht houdt op de uitvoering daarvan. Kan de minister aangeven wat op dit moment de actuele stand van zaken is bij de opvolging van de aanbevelingen uit het onderzoek?

Welke concrete stappen heeft Fokus sinds de kabinetsreactie gezet, welke aanbevelingen zijn inmiddels uitgevoerd en welke aanbevelingen vragen nog opvolging? Kan de minister daarbij ook ingaan op de stand van zaken van het transformatieplan en de externe ondersteuning op locaties waar veel meldingen zijn ontvangen?

Fokus is volop aan de slag gegaan met de aanbevelingen vanuit het onafhankelijk onderzoek. Het transformatieplan van Fokus is daarbij tweeledig. Er wordt gewerkt aan een toekomstvisie voor het Fokusconcept, dit om ook op de langere termijn te bezien hoe de ADL-zorg behouden kan blijven. Hiervoor werkt Fokus toe naar een concreet plan van aanpak. Daarnaast wordt op de 98 locaties gehandeld om tot directie verbeteringen te komen. Zie hieronder de stand van zaken per aanbeveling.

Aanbevelingen over nieuwe bestemming:

- Fokus werkt aan een toekomstvisie. Fokus haalt hiervoor ook input op bij onder andere ZN, het Zorginstituut en het CIZ. Ook vanuit het ministerie zijn we hierbij betrokken. Ook is er veelvuldig contact met woningcorporaties, de verhuurders van de Fokuswoningen. Fokus ziet het belang van samenwerking met andere organisaties, waardoor de door Fokus aangeboden zorg en ondersteuning beter kunnen aansluiten op de vraag en soms ook bredere zorg- en ondersteuningsvraag van een Fokus-bewoner. Daarbij is de betrokkenheid van cliënten en medewerkers uiteraard ook van groot belang. In juni 2026 worden verspreid door het hele land bijeenkomsten gehouden. Met cliënten en medewerkers wordt gekeken naar wat er nodig is om Fokus toekomstbestendig te maken. De

cultuurverandering krijgt ook vorm vanuit de dagelijkse praktijk, waar de inzet van de nieuwe (regio)directeuren bijdraagt aan de verbetering van sociale veiligheid, zowel voor de bewoners als voor de betrokken medewerkers.

Aanbevelingen m.b.t. concrete verbeterpunten veilig klimaat:

- Fokus zet in op het versterken van zichtbaar leiderschap, zowel op landelijk, regionaal als lokaal niveau. In het najaar van 2025 zijn drie nieuwe regiodirecteuren aangesteld. Zij hebben samen met managers, teamleiders en ADL-teams gewerkt aan 1) een open cultuur, 2) duidelijke aansturing en 3) een betere communicatie tussen cliënten en ADL-assistenten en 4) een betere communicatie tussen medewerkers onderling. Verder hebben de teamleiders een training gevolgd op het gebied van persoonlijke communicatie.
- Op een aantal projecten zijn door de regiodirecteuren wijzigingen en veranderingen in het management doorgevoerd om voorgaande maatregelen te kunnen bestendigen. In lokale en regionale dialoogsessies met cliënten zijn en worden onderwerpen als sociale veiligheid, maatwerk en eigen regie en ethische dilemma's bespreekbaar gemaakt. Naast de interventies die de cultuurverandering ondersteunen worden verbeteringen van sociale veiligheid ook in de dagelijkse praktijk opgepakt, waar nodig met inzet van de regiodirecteuren
- Fokus heeft stevig ingezet op het realiseren van stabiele teams om continuïteit en kwaliteit van zorg te verbeteren. Per 1 juli 2026 is bij twee derde van de locaties de inzet van zzp'ers conform de wet DBA stopgezet en is herbezetting gerealiseerd. Voor de overige locaties gebeurt dit uiterlijk per 1 oktober 2026.
- Om in te grijpen op locaties met veel meldingen met soms ingewikkelde casuïstiek is via het ministerie ook externe ondersteuning beschikbaar gesteld voor Fokus. Hier is door Fokus naar gekeken, maar er is – mede met de komst van drie nieuwe regiodirecteuren en het versterken van het landelijk, regionaal en lokaal leiderschap – voor gekozen eerst samen met managers, teamleiders en teams voortvarend aan de slag te gaan. Daarnaast wordt in een beperkt aantal situaties het casuïstiekteam van VWS betrokken. Herstel van vertrouwen is zichtbaar en er wordt meer rust ervaren.
- Fokus heeft het thema sociale veiligheid ook met de onafhankelijke en externe klachtenfunctionaris van Quasir geïntensiveerd. Daarnaast heeft Fokus de rol van de vertrouwenspersonen voor cliënten en medewerkers opnieuw verhelderd en bevorderd.

Aanbevelingen m.b.t. concrete verbeterpunten systemische dynamieken:

- Het versterkte leiderschap heeft inmiddels gezorgd dat deze aanbeveling is opgevolgd: er is meer helderheid over bevoegdheden en besluitvorming en de besluitkracht is versterkt.
- De erkenning en grenzen van cliënt-assistent-relaties zijn onderdeel van bovengenoemde regionale en lokale dialoogsessies.
- Er is door het versterkt leiderschap ingegrepen met anti-roddel-interventies. Verder wordt tijdens de dialoogsessies nadrukkelijk ingezet op de onderlinge verbinding (wij-gevoel) en het echt luisteren naar elkaar.

De leden van de PVV-fractie vragen hoe VWS de voortgang van de opvolging van de aanbevelingen bewaakt. Welke randvoorwaarden heeft het ministerie aan het transformatieplan gesteld, op welke momenten wordt beoordeeld of de verbeteringen daadwerkelijk effect hebben en wanneer wordt de Kamer daarover opnieuw geïnformeerd?

Het ministerie bewaakt de voortgang aan de hand van een maandelijks gesprek met de raad van bestuur en directeuren. Hierin wordt zowel de voortgang op de aanbevelingen als de voortgang van het op te stellen transformatieplan gezamenlijk besproken. Tijdens de voortgangsgesprekken worden de stand van zaken, knelpunten en benodigde acties besproken. De randvoorwaarden die VWS aan Fokus stelt voor het transformatieplan zijn dat de transformatie leidt tot beter passende ADL-zorg, verbetering van de sociale veiligheid en een financieel houdbare zorg binnen Fokus. Op deze manier is de zorgcontinuïteit van de ADL cliënten zo goed mogelijk geborgd.

De toekomstvisie gaat ook gepaard met inzicht in de verschillende locaties. Fokus werkt op dit moment aan locatiescans. Daarmee worden per locatie zorg – en ondersteuningsvragen van cliënten doorgelicht, wordt aangegeven hoe de sociale veiligheid zich ontwikkelt en hoe de locaties er bedrijfsmatig voor staan. Aan de hand van deze informatie wordt VWS geïnformeerd. Deze informatie zal ook leiden tot een transformatieplan waar de toekomstvisie ook in is verwerkt en het ministerie vanuit de toezichthoudende rol mee kijkt.

Het kabinet zal de Kamer voor het eind van het jaar verder informeren.

Kan de minister daarnaast aangeven of er sinds de kabinetsreactie van 12 februari 2026 nog meldingen, signalen of klachten over Fokus bij VWS zijn binnengekomen? Zo ja, hoeveel meldingen betreft dit, wat is de aard daarvan en op welke wijze zijn deze opgepakt?

Klachten en signalen over Fokus worden primair afgehandeld binnen Fokus. Bewoners schakelen daarbij regelmatig ondersteuning in zoals een onafhankelijke cliëntondersteuner of ervaringsdeskundigen van Stichting Red mijn zorg. Ook de klachtenfunctionaris kan betrokken zijn. Hierbij wordt inmiddels goed samengewerkt met de locatiemanagers en/of de regiodirecteuren. In een beperkt aantal situaties wordt het casuïstiekteam van VWS betrokken. Sinds de vorige kamerbrief gaat dat om twee nieuwe casussen.

Handreikingen over vertegenwoordiging

De leden van de PVV-fractie vragen wat de handreikingen over vertegenwoordiging concreet veranderen voor patiënten, cliënten, naasten en zorgverleners. Hoe wordt gezorgd dat deze handreikingen niet in een la verdwijnen, maar daadwerkelijk worden gebruikt in de praktijk?

De handreikingen zijn ontwikkeld met als doel het vergroten van de kennis over vertegenwoordiging, het wegnemen van onduidelijkheden en misverstanden rondom vertegenwoordiging en het verbeteren van de inzet van vertegenwoordigers. Dit zorgt ervoor dat patiënten, cliënten, naasten en zorgverleners meer en beter zijn geïnformeerd over vertegenwoordiging in de zorg. Voor patiënten en cliënten biedt dit meer zekerheid dat hun wensen worden gerespecteerd als zij zelf (tijdelijk) niet in staat zijn om (volledig) zelfstandig beslissingen te nemen. Naasten krijgen handvatten om hun rol van vertegenwoordiger goed in te vullen en onderlinge misverstanden te voorkomen.

Zorgverleners weten met wie zij kunnen overleggen en welke besluiten rechtsgeldig zijn, waardoor besluitvorming zorgvuldig en efficiënt kan verlopen en de meest passende zorg voor de patiënt kan worden aangeboden. Vilans heeft deze handreiking opgesteld in samenwerking met KNMG, Mentorschap Nederland, Patiëntenfederatie Nederland, Raad op Maat en V&VN, en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft dit project gefaciliteerd. Het is aan partijen zelf hiermee aan de slag te gaan.

Deze leden vragen hoe wordt omgegaan met situaties waarin familie, vertegenwoordigers en zorgverleners verschillen van mening over wat in het belang van de cliënt is. Is de huidige ondersteuning voor vertegenwoordigers voldoende?

In de situatie waarin familie, vertegenwoordigers en zorgverleners verschillen van mening over wat in het belang van de cliënt is, moet de zorgverlener in beginsel de beslissing van de vertegenwoordiger volgen. De vertegenwoordiger moet handelen als een 'goed vertegenwoordiger' en zich laten leiden door de wensen en/of belangen van de cliënt. De zorgverlener hoeft de beslissing van de vertegenwoordiger echter niet te volgen als dat strijdig is met de zorg van een 'goed hulpverlener'. Op grond daarvan heeft hij de bevoegdheid om van het oordeel van de vertegenwoordiger af te wijken. Bijvoorbeeld als de beslissing van de vertegenwoordiger schadelijk is voor de patiënt, tegen de normen en waarden van de cliënt ingaat, of sprake is van activiteiten of handelingen die medisch zinloos zijn of in strijd met de professionele standaard. De verplichtingen voor de zorgverleners ten aanzien van de cliënt die voortvloeien uit de WGBO gelden in het geval van vertegenwoordiging ook ten opzichte van de vertegenwoordiger. Daarmee is de huidige ondersteuning voor vertegenwoordigers voldoende.

Laboratoriumdiagnostiek

Deze leden vragen of er signalen zijn dat druk op tarieven, personeelstekorten, concentratie van laboratoria of afhankelijkheid van leveranciers gevolgen hebben voor patiënten. Hoe wordt geborgd dat huisartsen, ziekenhuizen en patiënten tijdig toegang houden tot noodzakelijke diagnostiek?

De leden van de PVV-fractie vragen daarnaast hoe wordt voorkomen dat diagnostiek steeds verder van de patiënt af komt te staan. Wat betekent concentratie van laboratoriumdiagnostiek voor regionale beschikbaarheid, snelheid van uitslagen en de positie van huisartsen en streekziekenhuizen?

Het kabinet kent nu geen specifieke signalen over de druk op laboratoriumdiagnostiek en eventuele gevolgen voor de toegang voor patiënten. Het kabinet herkent wel dat er verschillende prikkels in de organisatie en bekostiging van diagnostiek bestaan, zoals eerder naar voren kwam in de analyse van de RVS ('Iedereen bijna ziek, over de keerzijden van diagnose expansie'). Het kabinet heeft in de beleidsreactie op dit advies daarom aangegeven ernaar te streven om deze prikkels te onderzoeken en beter op elkaar af te stemmen. Het is daarbij belangrijk om de ontwikkelingen goed in zicht te houden. Ten algemene, zoals onlangs meegegeven in de beleidsbrief aan de Kamer, zet het Kabinet in op passende zorg als norm, onder andere ten aanzien van een passend zorglandschap. Op die manier zet het Kabinet in op brede toegankelijkheid van zorg.

Onderzoek naar effecten van behandelingen en medicatie op vrouwen

De leden van de PVV-fractie vinden het belangrijk dat medische kennis ook voldoende is gebaseerd op vrouwen. Deze leden vragen welke concrete acties zijn ondernomen om verschillen tussen mannen en vrouwen in onderzoek, diagnostiek, medicatie en behandeling beter mee te nemen.

Kan de minister aangeven bij welke aandoeningen of geneesmiddelen inmiddels concrete verbeteringen zijn doorgevoerd? Hoe wordt voorkomen dat vrouwengezondheid blijft steken in erkenning van het probleem, zonder afdwingbare verandering in onderzoek en praktijk?

Het kabinet onderschrijft het belang van medische kennis die gebaseerd is op onderzoek met voldoende deelname van vrouwen. In de bestaande richtlijnen voor geneesmiddelenontwikkeling is daarom al vastgelegd dat sekseverschillen moeten worden onderzocht. Uit onderzoek van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) naar 153 klinische fase III-studies bleek dat gemiddeld 41% van de deelnemers vrouw was. Hoewel de verdeling niet volledig gelijk was, waren vrouwen in alle dossiers voldoende vertegenwoordigd om conclusies te trekken over veiligheid en werkzaamheid voor zowel vrouwen als mannen.

Ook na markttoelating worden geneesmiddelen continu geëvalueerd op effectiviteit en bijwerkingen. Wanneer verschillen tussen vrouwen en mannen worden vastgesteld, zien het CBG en het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) erop toe dat deze informatie wordt opgenomen in de productinformatie.

ZonMw stimuleert de integratie van sekse- en genderaspecten in onderzoek en de toepassing van deze kennis in de gezondheidszorg. De resultaten hiervan zijn beschreven in het begin 2025 gepubliceerde Impactrapport Taakopdracht Gender en Gezondheid.⁴⁰

Nieuwe inzichten worden vervolgens vertaald naar richtlijnen en scholing, zodat zij ook in de praktijk worden toegepast. Zo zijn bijvoorbeeld bij hart- en vaatziekten vrouw-specifieke risicofactoren nadrukkelijker opgenomen in richtlijnen en wordt bij geneesmiddelenonderzoek en bijwerkingenmonitoring steeds meer rekening gehouden met verschillen tussen vrouwen en mannen.

Deze leden vragen ook hoe de minister borgt dat richtlijnen, geneesmiddelenonderzoek en behandelprotocollen voldoende rekening houden met verschillen tussen mannen en vrouwen. Wie is hierop aanspreekbaar als verbetering uitblijft?

Het kabinet stimuleert dat sekse- en genderaspecten structureel worden meegenomen in onderzoek, richtlijnen en behandelprotocollen. Zo vraagt ZonMw onderzoekers expliciet aandacht te besteden aan deze aspecten en worden nieuwe inzichten actief gedeeld met de praktijk. Begin 2025 hebben zij een impactrapport gepubliceerd van de taakopdracht Gender en Gezondheid.⁴¹ In de richtlijnen voor geneesmiddelenonderzoek is ook opgenomen dat de effecten van sekse onderzocht moeten worden bij de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen. De ontwikkeling en actualisatie van professionele richtlijnen en behandelprotocollen is de verantwoordelijkheid van de betreffende beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen. Zij zijn daarmee ook aanspreekbaar op het tijdig verwerken van nieuwe wetenschappelijke inzichten. Voor geneesmiddelenonderzoek gelden nationale en Europese eisen voor kwaliteit, veiligheid en werkzaamheid. Internationale richtlijnen stimuleren daarbij dat klinische studies voldoende representatief zijn voor de populaties die het geneesmiddel uiteindelijk zullen gebruiken en dat relevante verschillen tussen patiëntgroepen worden onderzocht.⁴²

⁴⁰ [IDManager PDF Output](#)

⁴¹ [IDManager PDF Output](#)

⁴² [Investigation of subgroups in confirmatory clinical trials - Scientific guideline | European Medicines Agency \(EMA\)](#)

Alternatieve behandelwijzen en aanpak kwakzalverij

De leden van de PVV-fractie vinden keuzevrijheid belangrijk, maar patiënten mogen niet worden misleid, zeker niet wanneer zij ernstig ziek, kwetsbaar of wanhopig zijn. Kan de minister aangeven hoe vaak de afgelopen jaren is opgetreden tegen misleidende medische claims of aanbieders van onbewezen behandelingen?

Het kabinet vindt het belangrijk dat patiënten zelf keuzes kunnen maken ten aanzien van hun behandeling. Die keuzevrijheid vereist echter wel dat patiënten juist en volledig worden geïnformeerd. Misleidende medische claims zijn onwenselijk, zeker wanneer deze gericht zijn op ernstig zieke, kwetsbare of zelfs wanhopige patiënten.

Er bestaat geen centraal overzicht van het aantal keren dat in de afgelopen jaren specifiek is opgetreden tegen misleidende medische claims of aanbieders van onbewezen behandelingen. Toezichthouders registreren hun interventies doorgaans op basis van wettelijke bevoegdheden en toezichtdomeinen, niet op de noemer 'kwakzalverij' of 'onbewezen behandelingen'. Wel kan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) optreden wanneer sprake is van schade of een aanmerkelijke kans op schade voor patiënten, bijvoorbeeld wanneer patiënten worden afgehouden van noodzakelijke reguliere zorg, onbevoegd voorbehouden handelingen worden verricht of gevaarlijke middelen of apparatuur worden gebruikt. De IGJ publiceert regelmatig informatie over toezicht en handhaving binnen de alternatieve zorgsector.

Deze leden vragen of het huidige toezicht voldoende is om patiënten te beschermen tegen aanbieders die onbewezen behandelingen presenteren als alternatief voor noodzakelijke reguliere zorg. Welke rol hebben de IGJ, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Autoriteit Consument & Markt (ACM) en andere toezichthouders hierbij? Is die rol duidelijk genoeg?

Het huidige toezicht kent verschillende verantwoordelijkheden. De IGJ houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van zorg. Voor aanbieders van alternatieve zorg geldt dat zij geen schade of een aanmerkelijke kans op schade voor de gezondheid van cliënten mogen veroorzaken. De inspectie kan ingrijpen wanneer hiervan sprake is, bijvoorbeeld als patiënten worden ontmoedigd om reguliere zorg te gebruiken.

Ook is er sprake van een strafbaar feit als een behandelaar een aanmerkelijke kans op benadeling van de gezondheid van de cliënt veroorzaakt of als hij weet of ernstige reden heeft om te vermoeden dat zijn behandeling en advisering daartoe leidt. Hierover kan aangifte worden gedaan bij de politie of direct bij het Openbaar Ministerie.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) reguleert en houdt toezicht op de zorgmarkten. Hieronder valt ook de naleving van regels door zorgverzekeraars en zorgaanbieders, niet zijnde aanbieders van alternatieve zorg. De Autoriteit Consument & Markt (ACM) ziet toe op consumentenbescherming en eerlijke handelspraktijken, waaronder misleidende reclame-uitingen. Daarnaast kan de Autoriteit Persoonsgegevens betrokken zijn wanneer sprake is van overtredingen rond medische persoonsgegevens. Het kabinet is van oordeel dat de wettelijke verantwoordelijkheden van deze toezichthouders in beginsel duidelijk zijn afgebakend.

De leden van de PVV-fractie vragen of de minister bereid is om steviger op te treden tegen aanbieders die valse hoop verkopen, zeker bij kanker, chronische ziekten, kinderen of andere kwetsbare groepen.

Bepaalde groepen zijn extra gevoelig voor mis- en desinformatie.

De IGJ beschikt al over bevoegdheden om handhavend op te treden wanneer alternatieve zorg leidt tot schade of een aanmerkelijke kans op schade, bijvoorbeeld doordat patiënten worden afgehouden van noodzakelijke reguliere zorg.

De Kamer is in november jl. geïnformeerd over de eerste contouren van een strategie voor de aanpak onjuiste gezondheidsinformatie. De strategie wordt in de komende periode verder vormgegeven en uitgewerkt. Het doel van de strategie is om bij te dragen aan een veerkrachtige samenleving waarin mensen betrouwbare, begrijpelijke en toegankelijke gezondheidsinformatie kunnen vinden, herkennen en gebruiken.

Misstanden bij een zorgaanbieder en de geschillencommissie zorg

De leden van de PVV-fractie vragen hoe de minister omgaat met signalen dat mensen niet alleen vastlopen bij een zorgaanbieder, maar vervolgens ook bij de geschillencommissie. Welke mogelijkheden hebben patiënten of cliënten nog als zowel de zorgaanbieder als de klachten- of geschillenroute geen oplossing biedt?

Belangrijk is om te vermelden dat het overgrote deel van de klachten tussen zorgaanbieder en cliënt wordt opgelost. Maar een zeer klein deel van de klachten wordt uiteindelijk voorgelegd als geschil aan een geschilleninstantie. Wanneer het tot een uitspraak van de geschilleninstantie komt, dan is deze uitspraak bindend. Er kan niet in beroep worden gegaan tegen een uitspraak van de geschillencommissie. Wat wel kan is de zaak aan de rechter voorleggen voor een marginale toetsing. De rechter kan de uitspraak van een geschilleninstantie ongedaan maken, als hij vindt dat de uitspraak onaanvaardbaar is, bijvoorbeeld omdat de procedure niet goed is uitgevoerd of de instantie de redenen voor de uitspraak onvoldoende heeft toegelicht. De rechter doet geen inhoudelijke beoordeling van de zaak. Als de rechter de uitspraak van de geschilleninstantie ongedaan maakt, geldt die niet meer. De uitspraak kan niet meer voor een inhoudelijke beoordeling aan een rechter worden voorgelegd.

Deze leden vragen of de minister bereid is om te onderzoeken of er een laagdrempelige escalatiemogelijkheid nodig is voor ernstige of langdurige casussen waarin patiënten of cliënten aantoonbaar vastlopen. Hoe wordt voorkomen dat kwetsbare mensen het simpelweg opgeven omdat de procedure te ingewikkeld, te duur of te langdurig is?

De klachten- en geschilafhandeling is bedoeld als relatief snelle, laagdrempelige procedure. Er geldt op grond van de Wkkgz een vaste termijn waarbinnen een uitspraak moet zijn gedaan, te weten uiterlijk zes maanden na de voorlegging van het geschil. Bovendien is de procedure relatief goedkoop. Kijkend naar de uitkomsten van het eerder genoemde onderzoek naar de geschilleninstanties, wil het kabinet zoveel mogelijk voorkomen dat kwetsbare cliënten vastlopen door de clientondersteuning in een procedure bij de geschilleninstantie te verbeteren.

Meer weten, beter kiezen

De leden van de PVV-fractie vinden het belangrijk dat patiënten begrijpelijke keuze-informatie krijgen. Een patiënt die een ziekenhuis of behandeling moet

kiezen, heeft niets aan ingewikkelde rapporten of informatie die alleen voor professionals begrijpelijk is.

Kan de minister aangeven welke keuze-informatie op dit moment openbaar, begrijpelijk en goed vindbaar is voor patiënten in de medisch specialistische zorg? Voor welke aandoeningen is informatie beschikbaar over kwaliteit, wachttijden, complicaties en behandeluitkomsten?

Een afspraak vanuit het Azwa is om jaarlijks te monitoren waar het staat met transparantie. De eerste meting, de zogeheten nulmeting, is gedaan⁴³. Voor 2025 was er volgens de meting voor 25 aandoeningen ten minste één openbare uitkomstmaat beschikbaar. Het kabinet zal de Kamer jaarlijks rapporteren over de resultaten van de herhaalmeting.

Deze leden vragen waarom het realiseren van begrijpelijke keuze-informatie zo lang duurt. Welke afspraken zijn inmiddels gemaakt met ziekenhuizen, zorgverzekeraars en andere partijen? Wat gebeurt er als partijen onvoldoende leveren?

De oorzaken voor het achterblijven van keuze-informatie zijn divers. Het gaat onder andere om de administratieve belasting die gepaard gaat met gegevensverzameling, verschillen in informatiebehoeften van betrokken partijen en de versnipperde governance van het kwaliteitsdomein.

De afspraken die partijen in de medisch-specialistische hebben gemaakt, zijn erop gericht om op relatief korte termijn verdere stappen te zetten in de beschikbaarheid en bruikbaarheid van keuze-informatie. Partijen van het Bestuurlijk Overleg Kwaliteit zetten in op volledige transparantie voor patiënten. In beginsel betekent dit dat alle indicatoren in een kwaliteitsregistratie transparant worden gemaakt via het Zorginstituut en voor patiënten op een nader te bepalen vindplaats. Voorwaarden daarbij zijn dat:

- Voldaan is aan de statistische randvoorwaarden (bijvoorbeeld te kleine aantallen, onvoldoende betrouwbaarheid en waar relevant wordt een casemixcorrectie toegepast).
- De informatie is voorzien van een goede en begrijpelijke uitleg voor de patiënt (zodat de patiënt daadwerkelijk iets met de informatie kan).
- Het leidt tot betrouwbare informatie voor patiënten en geeft geen misinformatie over behandelingen, zorgaanbieders en zorgprofessionals.
- De administratieve lasten voor zorgaanbieders niet extra omhooggaan.

Daarbij vindt het kabinet het van belang dat zorgaanbieders, zorgverleners, patiëntenorganisaties en, zorgverzekeraars gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor de totstandkoming van deze informatie.

De leden van de PVV-fractie vragen ook hoe wordt voorkomen dat keuze-informatie vooral wordt ontwikkeld vanuit het perspectief van systemen en instellingen, in plaats van vanuit de patiënt die gewoon wil weten waar hij goed en snel geholpen wordt.

Patiëntenorganisaties en cliëntenvertegenwoordigers zijn en worden betrokken bij de ontwikkeling van keuze-informatie.

Uitvoeringstoets MRI voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel

De leden van de PVV-fractie vragen naar de actuele stand van zaken bij de uitvoering van het besluit om vrouwen met zeer dicht borstweefsel vanaf 2030 aanvullend een MRI aan te bieden binnen het bevolkingsonderzoek borstkanker.

⁴³ Kamerstukken II, 2025-2026, 31765, nr. 980

Ligt het aangekondigde tijdspad nog op koers en wanneer ontvangt de Kamer het implementatieplan van het RIVM en Bevolkingsonderzoek Nederland?

De huidige planning is erop gericht om de eerste MRI's in 2030 aan te bieden, conform de uitvoeringstoets van het RIVM van 1 oktober 2025⁴⁴. Deze planning is gebaseerd op de tijd die nodig is voor een zorgvuldige voorbereiding en implementatie. Met de brief van 13 november 2025 is de Kamer geïnformeerd over de stappen die daarvoor noodzakelijk zijn, waaronder het opstellen van een implementatieplan, het doen van een vergunningsaanvraag en starten van de aanbesteding⁴⁵.

Op 26 mei 2026⁴⁶ heeft het kabinet met de Kamer gedeeld hoe zij invulling geeft aan de motie van het lid Paulusma c.s. over het meten en rapporteren van borstdensiteit in het bevolkingsonderzoek borstkanker⁴⁷. In deze brief is toegelicht dat door uitvoering te geven aan deze motie, het aanbieden van MRI's in 2030 in ieder geval een halfjaar vertraging zal oplopen.

Bovenstaande laat onverlet dat het kabinet elke mogelijkheid benut om de implementatie van MRI's in de borstkankerscreening te versnellen. Zoals toegezegd in de brief van 13 november 2025 zal het kabinet de Kamer doorlopend op de hoogte houden over de voortgang van de voorbereidings- en implementatiewerkzaamheden.

Deze leden wijzen erop dat de Kamer op 10 maart 2026 de motie-Paulusma c.s. heeft aangenomen, waarin wordt verzocht vrouwen binnen het huidige bevolkingsonderzoek borstkanker, waar dat met bestaande onderzoeken en apparatuur mogelijk is, actief te informeren of bij hen sprake is van zeer dicht borstweefsel. Kan de minister aangeven welke opvolging inmiddels aan deze motie wordt gegeven? Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de uitwerking en implementatie?

Het kabinet heeft de Kamer op 26 mei 2026 geïnformeerd over hoe het kabinet uitvoering geeft aan de motie van het lid Paulusma c.s.⁴⁸

Kan de minister aangeven of uitvoering van deze motie ertoe kan leiden dat vrouwen al vóór 2030 informatie krijgen over zeer dicht borstweefsel? Zo nee, welke belemmeringen staan daaraan in de weg? Zo ja, op welke termijn kan dit worden gerealiseerd en hoe wordt daarbij helder gecommuniceerd wat zeer dicht borstweefsel betekent voor de betrouwbaarheid van de mammografie en het handelingsperspectief voor vrouwen?

Zoals in de brief van 26 mei 2026 staat beschreven is de verwachting dat het meten en rapporteren van borstweefsel vanaf begin 2028 geïmplementeerd zou kunnen zijn. In het eerste kwartaal van 2027 vindt echter een belangrijk beslismoment plaats. In die periode brengt de Gezondheidsraad advies uit over de aanvraag tot wijziging van de WBO-vergunning met het terugkoppelen van borstdensiteit zonder dat daar een vervolgaanbod bij is.

Vrouwen zullen bij de uitnodiging op de hoogte moeten worden gesteld over de mogelijkheid om geïnformeerd te worden over of ze zeer dicht borstweefsel hebben en wat dat precies inhoudt. Het kabinet vindt het belangrijk dat vrouwen ook de mogelijkheid krijgen om ervoor te kiezen de informatie over hun

⁴⁴ Bijlage bij Kamerstukken II, 2025/2026, 31765, nr. 947

⁴⁵ Kamerstukken II, 2025/26, 31 765, nr. 951

⁴⁶ Kamerstukken II, 2025/26, 31 765, nr. 979

⁴⁷ Kamerstukken II 2025/26, 31 765, nr. 970

⁴⁸ Kamerstukken II, 2025/26 31.765 nr. 979

borstdensiteit niet te ontvangen. Hoe de informatievoorziening er verder precies uitziet, wordt nu uitgewerkt door RIVM en Bevolkingsonderzoek Nederland.

Ziet de minister mogelijkheden om de MRI voor vrouwen met dicht borstweefsel te versnellen? Bijvoorbeeld middels een pilot?

Op dit moment ziet het kabinet geen mogelijkheden om de implementatie van het aanvullende MRI-aanbod voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel te versnellen. De huidige planning is erop gericht om de eerste MRI's in 2030 aan te bieden, gebaseerd op de uitvoeringstoets van het RIVM van 1 oktober 2025⁴⁹. Deze planning is gebaseerd op de tijd die nodig is voor een zorgvuldige voorbereiding en implementatie. Met de brief van 13 november 2025 is uw Kamer geïnformeerd over de stappen die daarvoor noodzakelijk zijn, waaronder het opstellen van een implementatieplan, het doen van een vergunningsaanvraag en starten van de aanbesteding.⁵⁰ Deze stappen zijn nodig om de hoge kwaliteit en continuïteit van het bestaande bevolkingsonderzoek te waarborgen en om te voorkomen dat vrouwen die om andere redenen een MRI nodig hebben, worden verdrongen. Het starten van een pilot is geen mogelijkheid om de implementatie van het MRI-aanbod te versnellen. Het RIVM heeft dit expliciet meegenomen in hun uitvoeringstoets. Voor pilots onder de regie van het bevolkingsonderzoek is namelijk ook de aanbestedingsregelgeving van kracht, evenals dezelfde kwaliteits- en opleidingseisen, waardoor dit niet zal leiden tot versnelling.

Kan de minister tot slot toelichten hoe de uitvoering van de aangenomen motie-Paulusma c.s. zich verhoudt tot het eerder gekozen ingroeimodel voor MRI-screening, de capaciteitsgestuurde instroom en de wens om de start van het MRI-aanbod zo veel mogelijk te versnellen?

Conform motie van het lid Paulusma c.s. wordt gewerkt aan de voorbereiding van het meten en rapporteren van borstdensiteit. Echter, het naar voren halen van verschillende implementatiewerkzaamheden en het schrijven van een aparte WBO-vergunningsaanvraag, zorgen voor een vertraging van een halfjaar in de werkzaamheden op de eerder gecommuniceerde planning voor de implementatie van de MRI's vanaf 2030. Het kabinet ziet op dit moment geen mogelijkheden tot versnelling. Gedurende de voorbereidingen blijft het kabinet samen met de betrokkenen voortdurend haar ogen open houden naar manieren om te versnellen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brieven van de minister over kwaliteitszorg. Deze leden hebben op dit moment geen aanvullende vragen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie

Algemeen

De leden van de JA21-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de geagendeerde stukken voor het schriftelijk overleg Kwaliteitszorg (inclusief Patiënten- en cliëntenrechten). Deze leden hechten aan goede kwaliteit van zorg,

⁴⁹ Bijlage bij Kamerstukken II, 2025/2026, 31765, nr. 947

⁵⁰ Kamerstukken II, 2025/26, 31 765, nr. 951

stevige patiënten- en cliëntenrechten en proportionele regelgeving. Zij willen de minister daarom nog enkele vragen voorleggen.

Beleidskader subsidiëring pg-organisaties

De leden van de JA21-fractie constateren dat in het schriftelijk overleg ook het Beleidskader subsidiëring patiënt- en gehandicaptenorganisaties (pg-organisaties) is geagendeerd. Deze leden vragen de minister welke betekenis de aangekondigde verlaging van subsidiebudgetten bij departementen vanaf 2027 kan hebben voor de subsidieregeling voor pg-organisaties. Kan de minister daarbij expliciet ingaan op de continuïteit van de regeling, de rol van pg-organisaties bij informatievoorziening, ondersteuning, signalering en belangenbehartiging?

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe wordt geborgd dat patiënten, cliënten, mensen met een beperking en hun naasten ook in de komende beleidsperiode voldoende onafhankelijk vertegenwoordigd blijven in beleid en uitvoering. Kan de minister aangeven op welke wijze ervaringskennis wordt meegewogen bij de herziening van het beleidskader en de daarop volgende subsidieregeling?

Het kabinet vindt het belangrijk dat patiënten, cliënten, mensen met een beperking en hun naasten een onafhankelijke stem hebben in beleid en uitvoering, ook in de toekomst. Patiënten- en gehandicaptenorganisaties (hierna: pg-organisaties) vervullen hierin een belangrijke rol door de belangen van hun achterban te vertegenwoordigen en signalen uit de praktijk onder aandacht te brengen. Met onder andere de subsidieregeling pg-organisaties, blijft het kabinet deze organisaties ook in de toekomst ondersteunen. Op regionaal niveau subsidieert het kabinet de oprichting van de Participatiehubs, waarin cliënten en burgers worden samengebracht met regionale afspraken rondom zorg en gezondheid. Op instellingsniveau kunnen cliënten invloed uitoefenen op het beleid van de zorginstelling. Daartoe zet het kabinet in op een versterking van de toepassing van de WMCZ 2018.

Ervaringskennis van patiënten, cliënten, mensen met een beperking en hun naasten vormt een belangrijk uitgangspunt van de subsidiëring van pg-organisaties. Via deze organisaties worden ervaringen en signalen uit de praktijk ingebracht in beleid en uitvoering. Dit blijft ook in de toekomst van belang. Zowel in het huidige kader, als in de herziening van de subsidieregeling voor pg-organisaties, die in 2029 gepubliceerd wordt, wordt waarde gehecht aan ervaringskennis. Via pg-organisaties kunnen patiënten, zorginstellingen en beleidsmakers immers gebruik maken van de ervaringsdeskundigheid die patiënten, cliënten, mensen met een beperking en hun naasten hebben.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister of bij de voorbereiding van het nieuwe beleidskader voor de Kamer inzichtelijk wordt gemaakt welke financiële scenario's worden onderzocht, welke criteria daarbij worden gehanteerd en welke gevolgen deze scenario's kunnen hebben voor kleinere en middelgrote pg-organisaties.

Het kabinet heeft per 2027 een verlaging van subsidiebudgetten aangekondigd. Op dit moment vindt de interne besluitvorming nog plaats over de vraag waar deze verlaging zal neerslaan. Dat zal in de Ontwerpbegroting 2027 duidelijk worden. Daarom kan nog niet ingegaan worden op de vraag welke betekenis dit heeft voor de subsidieregeling voor patiënten- en gehandicaptenorganisaties. Wel staat vast dat het kabinet hecht aan pg-organisaties en aan het ondersteunen van deze organisaties. Zij spelen een belangrijke rol in het waarborgen van de positie van de patiënt, cliënt en mensen met een beperking in het zorgstelsel. Patiënten- en gehandicaptenorganisaties dragen bij aan informatievoorziening,

lotgenotencontact en belangenbehartiging van mensen met een aandoening of beperking.

Wetsevaluatie Wmcz 2028

De leden van de JA21-fractie hebben kennisgenomen van de Wetsevaluatie Wmcz 2018. Deze leden onderschrijven het belang van inspraak van cliënten en patiënten, maar vinden dat medezeggenschap ook uitvoerbaar, proportioneel en passend bij de schaal en aard van de zorgaanbieder moet zijn.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister of het juist is dat de evaluatie in belangrijke mate is gebaseerd op gesprekken met enkel leden van cliëntenraden. Hoeveel eerstelijnszorgverleners zijn daadwerkelijk gehoord of betrokken geweest bij de evaluatie?

Het kabinet deelt dit standpunt niet. De wetsevaluatie Wmcz 2018 bestond uit een enquête en diepte-interviews. Aan de enquête hebben onder andere 150 eerstelijns zorgaanbieders (huisartsen, tandartsen en apothekers) meegedaan. Bij de diepte-interviews hebben onder andere twee cliëntenraden uit de eerste lijn deelgenomen. Volledigheidshalve wil het kabinet melden dat naast eerstelijns zorgaanbieders ook diverse andere partijen, zoals brancheorganisaties, zorgaanbieders, bestuurders en interne toezichthouders hebben deelgenomen.

De leden van de JA21-fractie constateren dat eerstelijnszorgaanbieders signaleren dat het instellen en in stand houden van een cliëntenraad in de praktijk tijdrovend en belastend kan zijn, terwijl zij vaak al via laagdrempelig en direct patiëntcontact, patiëntenpanels of patiëntenenquêtes input ophalen. Hoe beoordeelt de minister deze signalen? Welke concrete meerwaarde ziet de minister van een formele cliëntenraad bij kleinschalige eerstelijnspraktijken waar dit laagdrempelige contact al bestaat?

Medezeggenschap van patiënten en cliënten is van groot belang: het helpt de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Dat geldt voor elke grote instelling en is niet anders voor grote eerstelijnszorgaanbieders. In een organisatie waarin meer dan 25 natuurlijke personen zorg verlenen, loont het om een formele cliëntenraad op te richten. Dan is de omvang van de zorginstelling zo groot, dat direct patiëntencontact met de praktijkhouder niet langer een waarborg is dat de input van patiënten meegenomen wordt in de goede zorgverlening en bedrijfsvoering van de instelling. Ondanks dat direct patiëntencontact en instrumenten als patiëntenpanels en patiëntenenquêtes nog steeds aanvullend van grote toegevoegde waarde kunnen zijn. Bovendien wordt van bestuurders of praktijkhouders van instellingen ter grootte van 25 of meer personen ook een professionele bedrijfsvoering verwacht dat zij in staat zijn om een cliëntenraad op te richten en te ondersteunen. De verwachting van het kabinet is dat, zodra eerstelijnszorgaanbieders zich verder verdiepen in de eisen en mogelijkheden van de Wmcz 2018, hun zorgen kunnen worden weggenomen.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister hoe zij de uitkomsten beoordeelt van de flitspeiling van de Eerstelijnscoalitie, waaruit volgens de coalitie blijkt dat het draagvlak voor het inrichten van een cliëntenraad beperkt is, onder meer omdat het moeilijk is voldoende leden te vinden, het oprichten en onderhouden veel tijd kost en de gesprekken volgens respondenten weinig nieuwe informatie opleveren. Heeft het ministerie deze uitkomsten ontvangen en betrokken bij de beleidsreactie? Zo ja, op welke wijze?

In het voorjaar heeft VWS gesprekken met het veld gevoerd. Ook is gesproken met de vertegenwoordigers van de Eerstelijnscoalitie (ELC).⁵¹ De ELC heeft ook haar eigen "ELC flitspeiling Cliëntenraad" aan het kabinet toegestuurd. Dit is een onderzoek die zij bij haar eigen leden heeft uitgezet. In die flitspeiling constateert de ELC als eerste reden waarom geen cliëntenraad is ingericht door haar leden aangegeven dat haar leden onbekend zijn met de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 (Wmcz 2018). Het kabinet ziet de onbekendheid van de Wmcz 2018 als een belangrijk knelpunt voor de juiste toepassing van de wet door eerstelijnszorgaanbieders. Door een onjuiste toepassing wordt de meerwaarde van de wet niet gezien en leggen zij zichzelf mogelijk onnodige regeldruk op. De Wmcz 2018 biedt juist ruimte om medezeggenschap proportioneel in te richten voor elke aanbieder. In de wetsevaluatie Wmcz 2018 bevelen de onderzoekers het ministerie daarom aan om de bekendheid van de Wmcz 2018 te stimuleren. Voor de zomer wordt de Kamer geïnformeerd over de vervolgstappen naar aanleiding van deze knelpunten en aanbevelingen.

De leden van de JA21-fractie vragen waarom bij de Wmcz 2018 is gekozen voor de verplichting tot het instellen van een cliëntenraad vanaf meer dan vijftientwintig zorgverleners. Waarom is destijds niet aangesloten bij de grens voor het verplicht hebben van een ondernemingsraad, te weten meer dan vijftig personen in dienst? Is de minister van mening dat de grens van vijftientwintig bij de wetsbehandeling arbitrair is gekozen?

Alle instellingen moeten bij minimaal 10 natuurlijke personen die zorg verlenen een cliëntenraad inrichten. Bij amendement van de leden Stoffer, Van der Staaij en De Vries is de mogelijkheid gemaakt om bij algemene maatregel van bestuur (amvb) ambulante zorgaanbieders aan te wijzen die pas bij 25 natuurlijke personen die zorg verlenen een cliëntenraad moeten inrichten. Te denken valt in ieder geval aan instellingen voor huisartsenzorg, verloskundige zorg, kraamzorg, mondzorg, paramedische zorg, psychologenpraktijken waar geen psychiater werkzaam is en audiologische centra. Pas bij 25 personen die zorg verlenen, is de eerste lijn verplicht om een cliëntenraad in te richten. Het kabinet vraagt dus niet van elke kleine praktijkhouder om een cliëntenraad op te richten. Het kabinet acht het niet wenselijk om pas bij 50 medewerkers in dienst een cliëntenraad in te richten. Eerstelijnspraktijken bedienen vaak een ruime kring van patiënten. Tegelijkertijd betreft het ook instellingen met langdurige contacten met patiënten. Het belang van deze patiënten dient voorop te staan. Bij hele kleine instellingen is direct contact tussen cliënt en praktijkhouder eenvoudiger dan bij instellingen met 25 of meer personen die zorg verlenen.

Wat zouden de juridische, praktische en financiële gevolgen zijn van het ophogen van deze grens?

Als de grens wordt opgehoogd naar 50 natuurlijke personen die zorg verlenen, dan zijn de meeste eerstelijnszorgaanbieders uitgezonderd van de verplichting om een cliëntenraad te hebben. Deze cliënten hebben dan geen formele rechten meer om mee te praten over het beleid van de zorginstelling en de zorg die zij of hun familie krijgen. Er is daarom ook geen goede reden waarom andere zorginstellingen wel een cliëntenraad zouden hebben en eerstelijnszorgaanbieders, die vaak langdurige of intensieve patiëntenrelatie hebben, zoals huisartsen, niet. Zoals hierboven vermeld, is de cliëntenraad het middel bij uitstek om goede zorg aan te laten sluiten bij de behoefte, wensen en achtergrond van haar eigen cliënten. Wanneer eerstelijnsaanbieders geen cliëntenraad hoeven in te richten, zullen zij enerzijds geen kosten maken die verband houden met de cliëntenraad. Anderzijds ervaren zij ook geen financiële voordelen of lastenverminderingen die

⁵¹ De Eerstelijnscoalitie (ELC), een samenwerkingsverband van de eerstelijnsorganisaties InEen, KNGF, KNMP, KNMT, KNOV, LHV, LVVP, NVM-mondhygiënist en ONT.

voortvloeien uit de cliëntenraad. Door tijdig de cliëntenraad bij de besluitvorming over goede zorg en bedrijfsvoering te betrekken, kunnen bijvoorbeeld ook klachten en geschillen met cliënten achteraf worden voorkomen.

De leden van de JA21-fractie ontvangen signalen dat zorgverleners afzien van het aanbieden van een stageplaats, een extra opleidingsplek of uitbreiding van hun praktijk om onder de grens van vijftientig zorgverleners te blijven en daarmee de verplichting tot het instellen van een cliëntenraad te vermijden. Is de minister hiervan ook op de hoogte? Acht zij dit wenselijk, mede gelet op de personeelstekorten en de noodzaak om voldoende opleidingsplekken in de zorg beschikbaar te houden?

Het kabinet heeft dit signaal ontvangen. Daarom onderzoekt het kabinet of zij kan aansluiten bij de terminologie van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) voor de cliëntenraden. In de Wtza wordt de term zorgverleners gebruikt in plaats van natuurlijke personen die zorg verlenen. Door aan te sluiten bij de term zorgverleners tellen onder andere stagiaires niet meer mee voor de getalsgrens van 25. Met deze wijziging wordt dit probleem opgeheven. Het voorstel wordt door het ministerie voorbereid.

Daarnaast is het kabinet van mening dat het omzeilen van de getalsgrens voorbijgaat aan de nut en noodzaak van een cliëntenraad. Het omzeilen door géén stagiaires of ander personeel aan te trekken kan bovendien meer werk en werkdruk op leveren voor een aanbieder dan het moeten inrichten van een cliëntenraad. Een cliëntenraad kan laagdrempelig en passend bij de praktijk worden ingericht en hoeft niet veel tijd te kosten. Een cliëntenraad kan een praktijk veel positiefs opleveren. Het is een onjuiste keuze voor aanbieders om bewust de wettelijke verplichting tot het inrichten van een cliëntenraad te ontlopen door geen stageplaats, extra opleidingsplek of arbeidsplaats aan te bieden. Dit gaat ten kosten van studenten, nieuwe professionals, de werkdruk van zorgverleners bij de praktijk en van patiënten die langere wachttijden zullen ervaren. Dat weegt niet op tegen het inrichten en hebben van een cliëntenraad.

De leden van de JA21-fractie vragen of de minister erkent dat de organisatie, schaal en aard van eerstelijnszorg wezenlijk verschillen van instellingen zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen. In hoeverre acht de minister het passend dat praktijkhouders die primair zorgverlener zijn, tijd moeten besteden aan formele overlegstructuren wanneer die tijd niet aan patiëntenzorg kan worden besteed en de opbrengst volgens betrokkenen beperkt is?

Medezeggenschap van patiënten en cliënten is van groot belang: dat helpt de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Dat geldt voor elke grote instelling, en is niet anders voor grote eerstelijnszorgaanbieders. Het gaat niet enkel om de belangen van de zorgorganisaties, maar juist ook om de rechten van en goede zorg voor patiënten en cliënten.

De leden van de JA21-fractie vragen welke ruimte de huidige Wmcz 2018 biedt aan kleinschalige zorgaanbieders, zoals huisartsen en tandartsen, om medezeggenschap op een lichtere of alternatieve manier vorm te geven zonder volledige formele structuur met advies- en instemmingsrechten. Kan de minister uiteenzetten welke vormen van cliënten- of patiënteninspraak binnen de huidige wet als toereikend kunnen worden beschouwd?

Kleinschalige zorgaanbieders hoeven geen cliëntenraad met formele structuur op te richten. De gemiddelde kleine huisartsen- of tandartsenpraktijk heeft ook geen 25 personen die zorg verlenen en valt daarmee ook niet onder de verplichting. Enkel de grote zorgaanbieders zijn verplicht een cliëntenraad op te richten.

Als een zorginstelling een cliëntenraad moet inrichten dan kan deze niet worden ingericht zonder advies- en instemmingsrechten. De Wmcz 2018 is bedoeld als een minimumregeling. Dat betekent dat instellingen ten minste aan de eisen van de Wmcz 2018 moeten voldoen.

Daarnaast zijn ook andere vormen van inspraak of informele medezeggenschap mogelijk. Doel is juist om die vormen van informele medezeggenschap goed aan te laten sluiten bij de gesignaleerde behoeften van de cliënten.

In de medezeggenschapsregeling, die instellingen moeten opstellen volgens de Wmcz 2018, kunnen afspraken worden gemaakt om de cliëntenraad flexibeler en laagdrempeliger vorm te geven. Zo kan digitaal of fysiek vergaderd worden. Ook kan de frequentie van het vergaderen worden aangepast. Daarnaast kunnen afspraken gemaakt worden over de onderwerpen die de cliëntenraad wil behandelen en over welke onderwerpen zij wel of geen advies of instemming willen geven. Daarmee wordt deelname aan de cliëntenraad uitvoerbaar, haalbaar, reëel en afgestemd op de wensen van de cliënten en laagdrempeliger voor zorginstellingen.

De leden van de JA21-fractie wijzen erop dat de Wet op de ondernemingsraden (WOR) voor ondernemingen met tien tot vijftig medewerkers een lichter medezeggenschapsregime kent. Is de minister bereid te onderzoeken in hoeverre een vergelijkbaar lichter regime binnen de Wmcz 2018 mogelijk en wenselijk is voor kleinschalige eerstelijnszorgaanbieders? Zo nee, waarom niet?

Nee. Medezeggenschap van patiënten en cliënten is van groot belang: dat helpt de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Dat geldt voor elke grote instelling, en is niet anders voor grote eerstelijnszorgaanbieders. Pas bij 25 personen die zorg verlenen, is de eerste lijn verplicht om een cliëntenraad in te richten. Het gaat dus om omvangrijke eerstelijnszorgaanbieders met veel patiënten. Tegelijkertijd betreft het instellingen met langdurige of veelvuldige contacten met patiënten, zoals grote huisartsenpraktijken. Het kabinet vraagt dus niet van elke kleine instelling om een cliëntenraad op te richten.

De leden van de JA21-fractie vragen of de minister mogelijkheden ziet om praktijkoverstijgend een cliëntenraad in te stellen wanneer de verplichting bestaat, bijvoorbeeld op wijk-, regio- of samenwerkingsverbandniveau. Kan de minister aangeven of dit binnen de huidige wettelijke kaders mogelijk is, en of dit volgens haar kan bijdragen aan minder administratieve lasten en meer inhoudelijke meerwaarde?

De Wmcz 2018 is bedoeld als een minimumregeling. Dat betekent dat instellingen ten minste aan de eisen van de Wmcz 2018 moeten voldoen. Daarnaast is er ruimte voor andere vormen van inspraak en of de cliëntenraden andere vormen van informele medezeggenschap mogen inrichten. Doel is juist om die vormen van informele medezeggenschap goed aan te laten sluiten bij de gesignaleerde behoefte van de cliënten. Dat betekent dat een instelling op grond van de Wmcz 2018 vrijwillig een informele praktijkoverstijgende cliëntenraad kan inrichten. De Wmcz 2018 vormt hiervoor geen belemmering. Deze vorm van informele medezeggenschap wordt dan opgericht naast de cliëntenraad op instellingsniveau. Medezeggenschap moet namelijk altijd dichtbij de client – dus ook lokaal – worden gepositioneerd, omdat de belangen van verschillende groepen cliënten bij verschillende instellingen uiteen kunnen lopen. In dit geval beschikt een instelling vrijwillig over meerdere cliëntenraden. Een praktijkoverstijgende cliëntenraad kan naast een gewone cliëntenraad van meerwaarde zijn wanneer cliënten invloed kunnen hebben op de besluitvorming van dit samenwerkingsverband, die ook gevolgen heeft voor de zorg aan cliënten zelf. Het kabinet ziet geen directe

vermindering van de administratieve lasten vanuit deze informele medezeggenschap.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister te reageren op een praktijkervaring die deze leden heeft bereikt, waarbij een huisartsenpraktijk met ongeveer veertig zorgverleners en de cliëntenraad na meerdere bijeenkomsten gezamenlijk tot de conclusie kwamen dat het nut en de noodzaak van voortzetting beperkt waren, omdat de belangrijkste onderwerpen inmiddels waren besproken en de agenda opdroogde. Welke wettelijke ruimte bestaat er in zo'n situatie om de cliëntenraad te beëindigen, tijdelijk te laten rusten of op een lichtere wijze voort te zetten? Welke gevolgen heeft dit voor verslaglegging, accreditatie en toezicht door de IGJ?

Op basis van de Wmcz 2018 is de instelling verplicht over een cliëntenraad te beschikken. Een instelling kan wel samen met de cliëntenraad ervoor kiezen om minder frequent in een jaar bij een te komen, ook kan de cliëntenraad zelf aangeven welke onderwerpen zij inspraak willen hebben. Zo kan de cliëntenraad ervoor kiezen om nieuwe onderwerpen aan te kaarten of om gespreksonderwerpen juist te laten vervallen als er geen behoefte meer aan is. Kortom, maatwerk en flexibiliteit zijn hierbij mogelijk. Daarnaast is het van belang dat de zorginstelling de informatie op een dusdanige wijze aanbiedt aan de cliënten, dat zij in staat zijn deze te begrijpen en daarover inspraak kunnen geven. De IGJ houdt toezicht op de aanwezigheid van een cliëntenraad bij een aanbieder. In het kader van de openbare jaarverantwoording geeft de instelling aan dat zij beschikt over een cliëntenraad. Het kabinet gaat niet over de gevolgen voor de accreditatie van de beroepsvereniging.

De leden van de JA21-fractie vragen of de minister inzicht heeft in de administratieve lasten en kosten die eerstelijnszorgaanbieders maken voor het oprichten, werven, ondersteunen en onderhouden van een cliëntenraad. Zo ja, kan zij dit inzichtelijk maken? Zo nee, is zij bereid dit alsnog te laten onderzoeken, en wel voornamelijk voor eerstelijnszorgaanbieders?

In de memorie van toelichting van de Wmcz 2018 zijn de regeldrukeffecten opgenomen voor alle zorginstellingen die met meer dan 10 natuurlijke personen zorg verlenen. Het wetsvoorstel leidt tot een structurele regeldrukvermindering van € 15.916.020 voor bedrijven.⁵² Na het amendement van de leden Stoffer, Van der Staaij en De Vries zijn de gevolgen voor de regeldruk niet opnieuw berekend. Het kabinet ziet nu geen directe aanleiding om de gevolgen voor de regeldruk van een specifieke groep zorgaanbieders te laten berekenen. Deze daadwerkelijke kosten zijn ook verschillend per aanbieder en afhankelijk van de keuzes die aanbieders maken bij het oprichten, werven, ondersteunen en onderhouden van een cliëntenraad.

De leden van de JA21-fractie vragen of de minister bereid is te bezien of de Wmcz 2018 voor kleinschalige zorgaanbieders moet worden aangepast, en zo ja onder welke voorwaarden. Kan de minister daarbij betrekken dat cliënten- en patiënteninspraak waardevol is, maar dat deze inspraak ook proportioneel moet zijn en niet onnodig ten koste mag gaan van beschikbare tijd voor patiëntenzorg?

De Wmcz 2018 heeft al een aanpassing voor kleinschalige zorgaanbieders: onder de 10 zorgverleners is de cliëntenraad niet verplicht. De Tweede Kamer heeft deze uitzondering voor de eerste lijn al extra verhoogd naar 25 personen. Het gaat dus om omvangrijke eerstelijnszorgaanbieders met veel patiënten. Tegelijkertijd betreft het instellingen met langdurig en soms veelvuldig contact met patiënten.

⁵² Kamerstukken II 2017/18, 34 858, nr. 3.

Het kabinet vraagt dus niet van elke kleine instelling om een cliëntenraad op te richten. Daarmee wordt in de eerste lijn al meer ruimte gegeven ten koste van cliënten en patiënteninspraak. Medezeggenschap van patiënten en cliënten is juist van groot belang: dat helpt de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Dat kan niet zonder dat de zorginstelling goed luistert naar de patiënten. Het is de taak van het kabinet om de inspraak van de cliënt te waarborgen. Nog meer ruimte aan de zorgaanbieder zou de positie van de patiënt onevenredig hard treffen. Dat geldt voor elke grote zorginstelling, en is niet anders voor grote eerstelijnszorgaanbieders.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de geagendeerde stukken over kwaliteitszorg. Zij hebben hier nog een aantal vragen en opmerkingen over. De leden van de SP-fractie constateren dat er de afgelopen jaren, onder druk van vrouwen en vrouwenrechtenorganisaties, meer aandacht is gekomen voor vrouwengezondheid. Tegelijkertijd zien ze dat de huidige kabinetsinzet nog fors achterloopt op wat er daadwerkelijk nodig is, met name als het gaat om de financiering voor vrouwengezondheid. Is de minister al bereid om vrouwengezondheid de prioriteit (en dus ook de financiering) te geven die het verdient?

Het programma bij ZonMw rondom vrouwengezondheid loopt tot 2030. Er zijn middelen beschikbaar in deze hele periode voor dit programma. Het kabinet is van mening dat extra budget dit maatschappelijke vraagstuk niet gaat oplossen. Werkelijke vooruitgang vraagt om een fundamentele verandering in bewustwording, houding en prioritering rondom vrouwengezondheid. Dit vereist een lange adem.