

31 016	Ziekenhuiszorg
31 476	Patiënten- en cliëntenrechten
Nr. 108	VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG Vastgesteld 1 juni 2018

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 25 april 2018 overleg gevoerd met de heer Bruins, minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 juli 2017 ter aanbieding van het rapport Patiëntendialoog (Kamerstukken 29 214 en 31 476, nr. 75);
- de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 juni 2017 over de brede voortgang onafhankelijke cliëntondersteuning Wmo-Wlz (Kamerstukken 29 538 en 34 104, nr. 244);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 oktober 2017 ter aanbieding van het rapport "Heft in eigen hand: Zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen" van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) (Kamerstuk 29 538, nr. 248);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 8 februari 2018 ter aanbieding van de monitor Wet kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 maart 2018 over het ontwerpbesluit houdende vaststelling van het beleidskader inzake subsidiëring van patiënten- en gehandicaptenorganisaties 2019-2022 (Kamerstuk 29 214, nr. 77);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 20 april 2018 over het NIVEL-rapport inzake een onderzoek naar het opvragen van een kopie of inzage in het medisch dossier (Kamerstuk 27 529, nr. 155);
- de verzamelbrief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 januari 2016 inzake VWS januari 2016 (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 153);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 maart 2016 met de beleidsreactie rapport RIVM: "Lasereen en aanverwante behandelingen als voorbehouden handeling in de Wet BIG" (Kamerstuk 31 765, nr. 197);
- de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 april 2016 met de reactie op verzoek van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake het rapport "Societal Impact of Wireless Revolution in the Netherlands and Possible Measures" van de Rijksuniversiteit Groningen (Kamerstukken 34 104 en 23 235, nr. 122);
- de verzamelbrief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 maart 2016 over VWS-onderwerpen (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 155);
- de verzamelbrief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 maart 2016 inzake maart (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 158);
- de verzamelbrief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 mei 2016 inzake april (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 160);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juni 2016 ter aanbieding van het RIVM-Rapport "Siliconen borstimplantaten in Nederland" (Kamerstuk 32 805, nr. 47);
- de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 maart 2017 met de antwoorden op vragen commissie inzake beleidsvisie organisatorische en financiële inbedding cliëntvertrouwenspersoon in de zorg voor verstandelijk beperkte en psychogeriatrische cliënten (Kamerstuk 25 424, nr. 347);
- de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 maart 2017 ter aanbieding van het rapport inventarisatie schoonheidssalons (Kamerstuk 31 765, nr. 267);
- de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 april 2017 met de stand van zaken toezeggingen algemeen overleg Verzwijgen van medische missers van 15 december 2016 (Kamerstukken 31 016 en 33 149, nr. 101);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 juli 2017 over het inspectierapport onderzoek behandeling Cryoballon bij patiënten in het Erasmus MC (Kamerstuk 31 016, nr. 102);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 oktober 2017 ter aanbieding van het RIVM-rapport over gezondheidsklachten bij vrouwen met een siliconen borstimplantaat (Kamerstuk 32 805, nr. 57);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 september 2017 ter aanbieding van het rapport van het RIVM over complicaties van behandelingen van de huid met Energy Based Devices (Kamerstuk 31 765, nr. 284);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 oktober 2017 over het inspectierapport onderzoek behandeling Cryoballon bij patiënten in het Erasmus MC (Kamerstuk 31 016, nr. 103);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 28 november 2017 over de monitor Zorggerelateerde schade 2015/2016 ziekenhuizen (Kamerstuk 31 016, nr. 104);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 december 2017 met de kabinetsreactie op het rapport van het RIVM over complicaties van behandelingen van de huid met Energy Based Devices (Kamerstuk 31 765, nr. 292);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 22 januari 2018 over het NIVEL-dossieronderzoek Patiëntveiligheid binnen zelfstandige klinieken (Kamerstuk 31 016, nr. 105);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 februari 2018 over actualisering op het RIVM rapport "Siliconen borstimplantaten in Nederland" (Kamerstuk 32 805, nr. 60);
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 22 maart 2018 met de reactie op verzoek commissie inzake petitie "S.O.S. voor sepsis, gevraagd: een nationaal actieplan" door Sepsis;
- de brief van de minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 20 april 2018 over de aanpak vermijdbare sterfte ziekenhuizen (Kamerstuk 31 016, nr. 107).

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Aukje de Vries
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Agema, Pia Dijkstra, Dik-Faber, Ellemeest, Van Gerven, Sazias, Slootweg en Aukje de Vries,

en de heer Bruins, minister voor Medische Zorg en Sport.

Aanvang 13.42 uur.

De voorzitter:

Welkom allemaal bij het algemeen overleg patiënten-/cliëntenrecht en patiëntveiligheid. Ik wilde maar van start gaan, want volgens mij wil een aantal ook eerder weg. Mevrouw Agema met een punt van orde.

Mevrouw Agema (PVV):

Ja, voorzitter. Ik denk dat het wel goed is om de eerste termijn van de Kamer en die van de minister zo veel mogelijk af te ronden en om dan het debat rond een uur of drie te schorsen tot een later moment, in verband met de plenaire vergadering. Normaal gesproken zouden we een debat als dit verplaatsen, maar dat is niet gebeurd. Ik hoor veel geluiden over deelnemers aan dit debat die daar ook hun opwachting willen maken.

De voorzitter:

Ik kijk even naar de minister. Ontstaan daardoor problemen, bijvoorbeeld met het subsidiekader?

Minister Bruins:

Voorzitter. Dat weet ik natuurlijk niet precies, want ik ken uw vragen nog niet. Als we het erheen zouden kunnen leiden dat we de eerste termijn van beide kanten in ieder geval kunnen afronden, kijken we daarna wat er overblijft voor een tweede termijn aan uw kant. Dat hangt dus een beetje van de kwaliteit van mijn antwoorden af. Misschien kan ik daarna sommige dingen nog in een brief doen.

De voorzitter:

Goed, dan gaan we gewoon beginnen. We kijken dan na de eerste termijn eventjes hoe ver we zijn en besluiten dan hoe we verder gaan. Dan geef ik nu het woord aan de heer Slootweg van het CDA. De spreektijd bedraagt trouwens vijf minuten en ik wil het bij twee interrupties in tweeën houden.

De heer Slootweg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil in ieder geval beginnen met het subsidiekader voor pg-organisaties dat er ligt. Het CDA ziet graag een sterke rol voor patiënten- en gehandicaptenorganisaties. Er is een nieuw beleidskader inzake subsidiëring van

patiënten- en gehandicaptenorganisaties en elk nieuw kader leidt altijd tot discussies. We zouden graag willen weten van de minister of in kaart is gebracht voor de verschillende pg-organisaties wat het effect is van het afstappen van de vouchersystematiek. Heeft dit grote financiële gevolgen voor sommige organisaties? Hebben ze zich kunnen voorbereiden zonder dat dit tot al te grote reorganisaties gaat leiden? De wens om te komen tot professionelere organisaties is een begrijpelijke. In het beleidskader wordt dit gestimuleerd door een extra subsidie van €10.000 voor een gezamenlijke backoffice, maar kunnen organisaties dan nog wel hun eigenheid bewaren? Hoe ziet de minister dit? Het beleidskader bestaat uit twee subsidiestromen en bij subsidiestroom 2 is ons niet duidelijk wat nu leidend is. Zijn dat de criteria die van toepassing zijn, de genoemde drempelcriteria, organisatiecriteria en inhoudelijke criteria, of zijn dat toch de drie aangewezen koepels? Bestaat de mogelijkheid voor een koepel die aan beschreven criteria voldoet om in aanmerking te komen voor subsidiestroom 2?

Het CDA hecht aan goede lokale en regionale cliënten- en patiëntenorganisaties. Er is immers door het vorige kabinet veel gedecentraliseerd. We weten dat veel pg-organisaties lokaal en regionaal sterk verankerd kunnen zijn. Zorgorganisaties werken immers vaak regionaal en regionale projecten spelen een verbindende rol tussen landelijk en lokaal. Juist de organisaties die daarvoor opkomen lijken de boot te missen in het subsidiekader. Hoe kijkt de minister ertegenaan om een deel van de 4 miljoen die ZonMw ontvangt te reserveren voor regionale projecten waarop regionaal georganiseerde pg-organisaties en lokale organisaties kunnen intekenen?

Dat was het deel over het subsidiekader. Ik heb ook nog een aantal vragen over cliëntondersteuning. Het CDA vindt het belangrijk dat cliëntenraden en Wmo-adviesraden in staat worden gesteld om niet alleen mee te praten over beleid, maar ook naast de patiënt te gaan staan bij geschillen. Vandaar dat we het nog steeds schokkend vinden dat zo'n 30% van de zorginstellingen in Nederland geen cliëntenraad heeft. Om te laten zien waar dat toe kan leiden, een praktijkvoorbeeld. Mevrouw A. heeft een zich progressief ontwikkelende ziekte. Zij heeft een woning met 24 uursondersteuning. Doordat haar ziekte progressief is, heeft zij steeds meer ondersteuning nodig en dat is meer dan waarmee blijkbaar de zorgaanbieder rekening heeft gehouden. Die wil dan dat ze per 1 juli vertrekt. Op zoek naar hulp komt ze erachter dat de zorgaanbieder geen cliëntenraad heeft en ook geen klachtencommissie. Wanneer ze haar zaak voorlegt aan de geschillencommissie stelt deze haar in het gelijk, maar de zorgaanbieder legt de uitspraak naast zich neer. Kan de zorgaanbieder dit zomaar doen? En wat kan mevrouw A. nog doen in zo'n geval?

Dit voorbeeld staat niet op zich. Het kabinetsbeleid is bevorderen dat mensen zo veel als mogelijk in staat worden gesteld om regie te kunnen voeren over hun leven. Onafhankelijke cliëntondersteuning kan hier een belangrijke bijdrage aan leveren, maar dan moet deze wel toegankelijk en vindbaar zijn. De voorganger van de minister wilde samen met zorgkantoren en aanbieders van onafhankelijke cliëntondersteuning Wlz deze functie beter, duidelijker en herkenbaarder positioneren. Hoe staat het daarmee? Welke acties zijn ondernomen? Wordt gemonitord of de onafhankelijke cliëntondersteuning Wlz beter, duidelijker en zichtbaarder is geworden? Hoe kijkt de minister aan tegen de ontwikkeling dat mensen beperkt worden tot gecontracteerde cliëntondersteuners en dat ze niet onafhankelijk kunnen kiezen?

Ik wou het hier even bij laten.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is nu het woord aan mevrouw Ellemeet van GroenLinks.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil ook beginnen met het subsidiebeleid voor patiënten- en gehandicaptenorganisaties, want zij zijn cruciaal in het geven van een stem aan deze groepen voor en met wie we het allemaal samen doen. Bij het centraal stellen van die patiënt hoort een sterke patiëntenbeweging en hierin is de onafhankelijkheid van de, afgekort, pg-organisaties een heel belangrijke voorwaarde. GroenLinks is van mening dat financiering door derde partijen deze onafhankelijkheid in gevaar kan brengen.

De minister geeft zelf aan dat pg-organisaties hun legitimiteit ontleen aan het feit dat zij hun achterban goed vertegenwoordigen en activiteiten ondernemen die goed aansluiten bij de behoeften van deze achterban. Volgens GroenLinks is het juist daarom onwenselijk dat deze organisaties zich moeten bezighouden met het binnenhalen van aanvullende financiële middelen als ze deze tijd ook kunnen besteden aan het behartigen van de belangen van de patiënten en cliënten. Kan de minister aangeven hoe hij ervoor wil zorgen dat deze organisaties niet onevenredig afhankelijk worden of zijn van gezondheidsfondsen of farmaceutische bedrijven? Op basis van welke criteria heeft de minister ervoor gekozen om aandoeningsgerichte koepels niet te financieren?

Mijn collega Slootweg had het al over de decentralisaties en de gevolgen daarvan voor de rol van patiëntenorganisaties. Die decentralisaties in het sociale domein zorgen ervoor dat de regionale rol van de organisaties steeds belangrijker wordt. Niet alleen de hoeveelheid, maar ook de diversiteit in taken is door die decentralisaties enorm toegenomen. Zo wordt bijvoorbeeld het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap lokaal geïmplementeerd, maar hier zit nu geen apart subsidiekader aan vast. GroenLinks is van mening dat het betrekken van de cliënten op lokaal niveau een cruciale factor is in een goede uitvoering van de gedecentraliseerde zorgtaken. Organisaties met een landelijk bereik blijven natuurlijk een deel van het uitgangspunt in het nieuwe beleidskader en hoewel zij een heel belangrijke verbindende rol vervullen, kunnen zij gewoon niet bij iedere gemeente aan tafel zitten. Mijn vraag aan de minister is dan ook hoe hij gaat waarborgen dat de stem van de patiënt ook aan die regionale tafels goed gehoord zal worden. Ziet hij mogelijkheden om het subsidiekader nog beter af te stemmen op lokale en regionale behoeften? Is hij bereid om met de organisaties in gesprek te gaan over een aparte financiering voor de implementatie van het VN-verdrag, omdat dat nog zoveel meer domeinen beslaat dan de klassieke domeinen waar deze organisaties zich in eerste instantie op richten?

Dan het onderwerp cliëntondersteuning. Patiënten horen centraal te staan in de zorg, maar helaas gaat het nog steeds te weinig over wat mensen zelf willen en kunnen. Daarom is het goed dat de minister gaat kijken of cliëntondersteuning voldoende toegankelijk is en voldoende is toegespitst op specifieke doelgroepen. Voor GroenLinks is het van belang dat er goed wordt gekeken of cliënten voldoende ondersteuning en mogelijkheden krijgen om te bepalen welke zorg zij nodig hebben. Dat begint ermee dat zij met onafhankelijke ondersteuning de zorgvraag goed kunnen formuleren. Dat stadium slaan we soms over en dan denken we meteen vanuit het aanbod. Juist het formuleren van die zorgvraag moet onafhankelijk gebeuren. Dat moeten we goed borgen en daarvoor is die onafhankelijke

cliëntondersteuning ontzettend belangrijk. Dat is niet alleen belangrijk om de rechtspositie van de cliënt te beschermen, maar het is ook een voorwaarde voor kwalitatief goede zorg die aansluit bij de behoeften van de cliënt.

Het is wat GroenLinks betreft dan ook een verontrustende ontwikkeling dat steeds meer gemeenten beschikkingsarm werken. Nu veel gemeenten direct doorverwijzen naar een gecontracteerde zorgaanbieder heeft vaak niet de cliënt, maar de aanbieder de regie. Vaak betreft de aangeboden zorg algemene voorzieningen en wordt er niet gekeken naar de soms complexe behoeften van een cliënt. Is de minister het met de GroenLinksfractie eens dat het onwenselijk is dat de keuzevrijheid van cliënten in die mate wordt ingeperkt? Kan hij dit meenemen in de gesprekken over het verbeteren van de uitvoeringspraktijk met betrekking tot de cliëntondersteuning? Kan hij een toelichting geven op de precieze besteding van het budget dat in het regeerakkoord beschikbaar is gesteld voor de cliëntondersteuning?

Daar wilde ik het graag bij laten. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is het woord aan mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Voorzitter. Patiënten- en gehandicaptenorganisaties zijn onmisbaar in ons zorgstelsel. Ze dragen bij aan de kwaliteitsverbetering in de zorg, meer aandacht voor preventie en positieve gezondheid, maar vooral hebben ze een belangrijke taak op het gebied van informatievoorziening, lotgenotencontact en belangenbehartiging. Ook spelen pgo's, de patiënten- en gehandicaptenorganisaties, een belangrijke rol in de uitvoering van het VN-Gehandicaptenverdrag. Zo heeft bijvoorbeeld de Oogvereniging er in samenwerking met de NS en ProRail voor gezorgd dat alle stations toegankelijk zijn ingericht. Dit laat zien dat pgo's vaak op een breed terrein actief zijn. Deze brede opgave vraagt veel van de organisaties. Daarnaast zorgen de verschillende decentralisaties ervoor dat ook op lokaal en regionaal niveau stevige pgo's nodig zijn.

Mijn vraag is of het voorgestelde subsidiekader voldoende is toegespitst op de uitdagingen waar de pgo's voor staan. De minister wil dat andere partijen pgo's een vergoeding geven voor het inbrengen van hun ervaringsdeskundigheid, maar deze oproep van de minister mag niet vrijblijvend zijn. Is de minister bereid om met de VNG en andere partijen in gesprek te gaan over duurzame aanvullende financiering? Juist de betrokkenheid van de VNG vind ik hier essentieel nu veel patiëntenorganisaties zich ook lokaal of regionaal organiseren.

Patiëntenorganisaties voor specifieke zeldzame aandoeningen organiseren zich juist op Europees niveau. In het subsidiekader wordt dit niet erkend, laat staan gefaciliteerd. Van patiëntenorganisaties voor zeldzame ziekten wordt wel verwacht dat zij zich actief opstellen als expertisecentrum en dat zij deelnemen aan Europese referentienetwerken.

Mijn vraag is of dit geen omissie is in het beleidskader. Graag een reactie.

Projectsubsidies bij ZonMw worden getoetst op basis van impact. Dat klinkt goed, maar veel patiëntenorganisaties zijn relatief klein. Hoe behapbaar is dat dan voor hen? Mijn vraag is dan ook om de pg-organisaties actief te betrekken bij de opzet van het nieuwe subsidiesysteem.

Waarom vallen sommige organisaties buiten het subsidiekader, zoals Naar-Keuze? Ik noem deze specifiek, omdat ik het gewoon niet helemaal kon plaatsen. Welk criterium is hiervoor gehanteerd? Een andere vraag is hoeveel ruimte er is voor nieuwe organisaties en voor innovatie. Hoe wordt ervoor gezorgd dat de drempel voor nieuwe organisaties niet te hoog is?

Voorzitter, tot slot op dit onderdeel. Het voorgestelde kader is een tussenkader. Dat betekent eigenlijk dat er deze kabinetsperiode niet veel zal gebeuren en dat vind ik niet heel bevredigend. Ik vind een periode van vier of vijf jaar voor een tussenkader ook best lang eigenlijk. Daarom de vraag of er deze periode toch niet wat piketpalen geslagen kunnen worden voor het nieuwe subsidiekader.

Dan kom ik bij het Wetsvoorstel verzekerdenvloed, waar vooral door de ChristenUnie op is aangedrongen. Wanneer wordt dit wetsvoorstel naar de Kamer gestuurd? Ik heb nu al één vraag, namelijk hoe de inspraak van verzekerden wordt vormgegeven. Ik krijg namelijk signalen dat de inspraakregeling veel ruimte laat voor eigen invulling van verzekeraars, terwijl de representativiteit wel verplichtend wordt vastgelegd. Volgens mij is de kern van het voorstel dat we uniform vastleggen hoe verzekerden hun invloed kunnen laten geld en moeten we voorkomen dat er grote verschillen tussen verzekeraars ontstaan. Is de minister dat met mij eens?

Deze week kwam mijn collega Ellemeet, hier naast mij, met het goede voorstel om beter te kijken naar het nut van operaties in bepaalde situaties, in haar nota toegespitst op mensen op hoge leeftijd. Mijn fractie zegt al langer dat mensen inderdaad de keuze moeten krijgen om een operatie niet te doen. Dat vraagt om een goed gesprek tussen de arts en de patiënt. Al vaker heb ik een pleidooi gehouden voor advance care planning. Overbehandeling kost niet alleen geld, maar kan ook echt schadelijk zijn voor mensen. De ChristenUniefractie vindt het belangrijk dat patiënten altijd mee kunnen beslissen over hun behandeling. In het regeerakkoord is afgesproken dat het Zorginstituut bevordert dat dit een plek krijgt in de medische richtlijnen, met als doel dat behandeling maximaal bijdraagt aan de kwaliteit van leven. Kan de minister aangeven op welke wijze het Zorginstituut dit oppakt?

Dan de Wkkgz, vorig jaar in werking getreden. Er is sindsdien hard gewerkt aan de verbetering van de klachten- en geschillenbehandeling. In de monitor worden echter nog wel een aantal aandachtspunten genoemd. Zo is er nog veel sprake van verkokering. Het is belangrijk dat er één hoofdverantwoordelijke is die een patiënt kan begeleiden. Ook zijn individuele zorgverleners niet aangesloten bij een beroepsorganisatie, waardoor het onduidelijk is of zij een goede klachten- en geschillenregeling hebben. Wat gaat de minister daaraan doen?

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Mevrouw Dik-Faber heeft het over het plan van GroenLinks dat gaat over screening van oudere patiënten voor eventueel overbehandeling. Mijn vraag is waarom alleen van oudere patiënten. Is screening voor overbodige behandeling niet voor elke leeftijd van belang?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik vermoed dat mevrouw Ellemeet deze keuze gemaakt heeft omdat dit een bijzonder kwetsbare groep mensen betreft. Ik heb ook in de vervolgzinnen die ik zojuist heb

ingebracht nadrukkelijk aangegeven dat mijn fractie pleit voor advance care planning. Die gedachte is ook in het regeerakkoord terecht gekomen en wordt door de coalitiepartijen gesteund. Advance care planning is niet alleen van belang voor oudere mensen, maar ook voor jonge mensen. Die worden helaas soms ook geconfronteerd met de tijdelijkheid van dit leven, bijvoorbeeld doordat zij kanker hebben. Ik vind het belangrijk dat als je jong bent, misschien een jonge moeder bent, het goede gesprek plaatsvindt tussen arts en patiënt om te bekijken wat in de betreffende situatie de beste mogelijkheid is, of dat medisch ingrijpen in de vorm van een chemokuur of palliatieve zorg is. Of-of, dus. Dat is het gesprek dat in de behandelkamer moet plaatsvinden, dus heel graag breed.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Ik ben blij met de toelichting van mevrouw Dik-Faber. Daar kan ik het ook mee eens zijn. Maar kunt u begrijpen dat in elk geval vanuit onze achterban heel veel onrust komt, juist omdat toch iedere keer weer "de oudere" erbij wordt genoemd? Waarom moet dat genoemd worden? Kunt u begrijpen dat ouderen zich daardoor afgeschreven voelen en daar enorm van schrikken?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Volgens mij is dat zeker niet de bedoeling geweest van de initiatiefnota. Maar ik denk dat het goed was geweest als deze vraag was gesteld aan mevrouw Ellemeet, die daar de indiener van is. Dat gaat nu niet meer; zij heeft al gesproken. Ik begrijp dat dat vanmorgen al aan de orde is geweest in een debat waar ik niet bij was, maar ik zit hier nu tussen de beide personen in en ik weet het antwoord niet op die vraag. Ik vind het heel vervelend als ouderen zich hierdoor op een negatieve manier aangesproken voelen. We hebben volgens mij allemaal gewoon de beste kwaliteit van leven voor onze oudere medemens voor ogen. Het gesprek daarover wordt gevoerd in de behandelkamer. Ik vind het goed dat dat gesprek ook politiek wordt gevoerd, maar laat duidelijk zijn dat het gaat om de beste kwaliteit van zorg en daarmee ook de beste kwaliteit van leven. Ik hoop dat ik daarmee ongerustheid kan wegnemen.

De voorzitter:

Gaat u verder, mevrouw Dik-Faber.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Het is niet mijn bedoeling om ...

De voorzitter:

Nee, mevrouw Sazias, we hadden afgesproken om interrupties in tweeën te doen. Ik wil ook even naar de tijd kijken en een beetje tempo kunnen houden. Mevrouw Dik-Faber, gaat u verder.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Voorzitter. Ik was bij de Wkkgz. Wij vinden het belangrijk dat klachten niet alleen worden opgepakt, maar dat er ook geleerd wordt van de klachten, niet alleen binnen de

betreffende organisatie, maar ook breder in de zorg. Het lerend vermogen is volgens de monitor onvoldoende. Wat gaat de minister doen om dit te verbeteren?

Voorzitter. Mijn laatste punt is de onafhankelijke cliëntenondersteuning. Daar is ook al veel over gesproken. Ik wil nog specifiek aandacht vragen voor het mentorschap. Er is nog veel onbekendheid mee, terwijl het voor cliënten die wilsonbekwaam zijn en die geen naaste familie hebben om hen te vertegenwoordigen een goede uitkomst kan bieden. Ik breng het mentorschap dus even bij de minister onder de aandacht.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we over naar de heer Van Gerven, maar niet dan nadat ik aan de commissie heb gevraagd of ze ermee instemt dat hij het woord voert, want ik heb begrepen dat hij formeel nog geen lid is van de commissie. Maar ik neem aan dat daar geen bezwaar tegen is? Het woord is aan de heer Van Gerven van de SP.

De heer Van Gerven (SP):

Dank u wel. Ik wil ook beginnen met het subsidiekader voor patiënten- en cliëntenorganisaties. Wat ik positief vind aan de voorstellen is dat de motie van de SP is overgenomen om de basissubsidie te vergroten ten koste van de projectsubsidie, omdat het voor cliënten- en patiëntenorganisaties ontzettend belangrijk is dat ze zekerheid hebben. We vinden het dan wel weer vreemd dat er een bonus van €10.000 is als lokkertje om cliëntenorganisaties te laten samenwerken. Kan de minister nog eens toelichten wat daar het nut van is en waarom dat nodig is?

Een ander punt betreft de indexatie. Als ik goed ben geïnformeerd, zijn de patiëntenverenigingen niet meer geïndexeerd sinds 2012. Is de minister bereid om dat te repareren? Het was toen een andere tijd, maar het moet toch mogelijk zijn. Als er elk jaar niet geïndexeerd wordt, dan is dat toch weer een verkapte bezuiniging van 2 à 3%. Ik overweeg een motie op dat punt. Graag een toezegging, met name ook in het licht van de decentralisaties die er de afgelopen jaren zijn geweest en die ook voor veel patiëntenverenigingen extra werk hebben betekend.

Het nieuwe kader biedt eigenlijk geen ruimte voor samenwerkingsverbanden van patiënten- en gehandicaptenorganisaties die voor bepaalde aandoeningen zijn ontstaan. Zij dreigen een deel van hun inkomsten te verliezen. Waarom regelt de minister dat niet of lost hij dat niet op? Vindt de minister het niet onwenselijk dat aandoeningsgerichte pg-organisaties afhankelijker worden van projectsubsidies of subsidies van derden? En waarom mogen nieuwe organisaties wel projectsubsidies aanvragen, maar komen ze niet in aanmerking voor een structurele basissubsidie? Hoe verhoudt zich dat tot de beoogde ontwikkeling die de minister zo graag wil? Dat geldt ook als er een splitsing of een samenvoeging is van pg-organisaties. Dan ontstaan nieuwe rechtspersonen, die vervolgens niet in aanmerking komen voor instellingssubsidie, omdat het totale financiële kader gelijk blijft. Dat draagt niet erg bij aan de ontwikkeling. Graag een reactie van de minister daarop.

Dan een ander punt. De cliëntvertrouwenspersoon moet onafhankelijk zijn van de zorgaanbieder. Er is een toezegging van het kabinet gekomen dat dat zou gebeuren. Er zou een algemene maatregel van bestuur komen voor 1 januari van dit jaar, maar we

hebben die nog niet gezien. Ik hoor dus graag hoe de stand van zaken is en of wij die algemene maatregel op korte termijn kunnen verwachten.

Dan nog een punt met betrekking tot de patiëntveiligheid. Het gaat om het nieuws over de privéklinieken, de particuliere klinieken. Die komen er steeds meer. Ze schieten als paddenstoelen uit de grond. Er komen ook adviezen van bijvoorbeeld KPMG, dat zegt: je kunt heupvervangingen ook wel naar privéklinieken brengen. Dat is wellicht goedkoper - - dat suggereert KPMG -- maar de vraag is of dat ook goed is voor de patiëntveiligheid. Dat vraag ik met nadruk omdat bijvoorbeeld de rapporten van de inspectie op dat punt niet erg rooskleurig zijn. Veel van die klinieken voldoen niet aan normen en richtlijnen. Fundamentele voorwaarden voor goede zorg ontbreken soms zelfs. Dat zijn toch geen malse woorden. Er komen steeds meer van die klinieken, terwijl de veiligheid in het geding is. Wat gaat de minister nou doen om dat probleem te tackelen?

Voorzitter. Dan een laatste vraag. Die gaat over de Wet kwaliteit klachten en geschillen in de zorg. Die wet is niet van toepassing op de Wmo en de Jeugdwet. Mijn vraag aan de minister is of dat eigenlijk niet een weeffout is in de wet, en of het niet goed zou zijn om het werkingsgebied van de wet ook uit te breiden naar de Wmo. Gemeenten moeten de Wmo uitvoeren. Zij maken als het ware de wet: ze bepalen het recht en ze indiceren. Maar ze moeten ook toezicht houden en het klachtrecht goed regelen. Dat is allemaal heel erg ruim omkaderd. Zou het dus toch niet goed zijn om dat onafhankelijker en uniformer te maken, bijvoorbeeld via de Wkkgz?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is het woord aan mevrouw Sazias van 50PLUS.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. Dit zijn AO's die eigenlijk veel te groot zijn. Ik ga het even hebben over de cliëntenondersteuning, medicatieveiligheid, het subsidiekader en de screening van tumoren. Uit het recente rapport van NIVEL blijkt dat cliëntenondersteuning nog steeds niet structureel of automatisch wordt aangeboden vanuit gemeenten, terwijl we het daar toch iedere keer weer opnieuw over hebben. Patiënten en cliënten worden niet op de mogelijkheid gewezen, ook niet de kwetsbare groepen die het zo hard nodig hebben. Daarom is er weinig inzicht in de omvang van en de behoefte aan cliëntenondersteuning. Is de minister bereid dit te onderzoeken en de beoogde cliënten te betrekken bij het ontwikkelen van het aanbod, zoals in het rapport wordt geadviseerd?

Cliënten zijn zelf ook onvoldoende op de hoogte van hun recht op cliëntenondersteuning. Gemeenten zijn verplicht om ze daarvan op de hoogte te stellen, maar dat blijft een probleem. Wordt het geen tijd voor een nationale voorlichtingscampagne, zodat mensen zelf op de hoogte zijn en erom kunnen vragen?

Begin vorig jaar bleek uit het rapport Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid dat er jaarlijks nog tienduizenden mensen onnodig in het ziekenhuis komen of sterven door verkeerd medicijngebruik. Vooral ouderen zijn hier kwetsbaar voor, doordat ze vaak meerdere medicijnen gebruiken en ook vaak nog thuiskomen. Overigens is verkeerd medicijngebruik bij ouderen een van de belangrijkste oorzaken van valincidenten. Uw voorganger heeft begin vorig jaar een uitrol van medicatiebeoordelingen opgesteld.

Daarin was de ambitie om eind 2017 alle patiënten van 75 jaar of ouder die zeven of meer medicijnen gebruikten en een verminderde nierfunctie hadden een medicatiebeoordeling te geven. 50PLUS is erg benieuwd of dat gelukt is. De overige groep, de 65-plussers die voldoen aan de criteria van de Richtlijn Polyfarmacie, zouden vanaf 2018 een medicatiebeoordeling krijgen. Wat is hiervan de voortgang? Ook geeft uw voorganger in de brief aan dat zij zou bezien welke andere groepen in aanmerking komen voor een medicatiebeoordeling. Graag een reactie van de minister. In het rapport De juiste zorg op de juiste plek staan verschillende adviezen om medicatieveiligheid te bevorderen en daarbij kosten te besparen. Een van die adviezen is het inzetten van de medicatiebeoordeling op maat. Ook met het oog hierop vindt 50PLUS het nog steeds onbestaanbaar dat er zorgverzekeraars zijn die medicatiebeoordeling onder het eigen risico laten vallen. De minister zei tijdens de begrotingsbehandelingen dat zorgverzekeraars daar zelf over gaan, maar misschien kan de minister ze toch een extra duwtje in de goede richting geven.

Dan het subsidiekader. Het is al door heel veel mensen genoemd, maar 50PLUS vindt het ook enorm belangrijk dat patiëntenverenigingen worden betrokken bij beleid en evaluatie van beleid. Onafhankelijkheid is daarbij van groot belang. De inmenging door financiering door de farmaceutische industrie is wat ons betreft niet gewenst. Er wordt steeds meer gevraagd van de patiëntenverenigingen, maar daar staat geen navenante financiering tegenover. Bovendien is er al jaren niet meer geïndexeerd; dat is ook al eerder gezegd. Hoe gaat de minister zorgen voor een ruimere facilitering, ook financieel, van deze organisaties?

Tot slot nog een ander voor ons belangrijk punt. Bij de behandeling van kanker zijn er verschillende soorten chemo beschikbaar. Chemo is een van de duurste behandelingen, maar een chemobehandeling heeft ook een enorme impact op de patiënt. De ene tumor reageert beter op chemo A, en de andere weer beter op chemo B. Nu wordt dat vastgesteld door trial and error, wat soms betekent dat voor- of overbehandeling plaatsvindt. Bij borstkanker wordt bijvoorbeeld volgens protocol eerst met behandeling A begonnen. Slaat die niet aan, dan gaat men over naar behandeling B. Slaat die niet aan, dan probeert men behandeling C. U kunt zich voorstellen wat een enorme impact en bijwerkingen dat heeft voor de patiënt. Is het niet mogelijk om ervoor te zorgen dat iedere tumor voor de behandeling wordt getest? Waarom is dat niet standaard?

Tot zover, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is nu het woord aan mevrouw Agema van de PVV.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis wil het meest patiëntgerichte en patiëntveilige ziekenhuis van Nederland zijn. Het heeft onder andere een medisch specialist patiëntveiligheid om de openheid rond incidenten en het leren van medische fouten te vergroten. Het staat heel mooi op hun website, maar de praktijk is wel wat anders. Nog geen twee weken geleden schreef de moeder van baby Luna een noodkreet aan koningin Máxima, van moeder tot moeder. Ze vroeg om erkenning van de fouten gemaakt in het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 2014, waardoor hun dochtertje Luna maar tien dagen heeft geleefd. Dit is een strijd die al vier jaar duurt. Er was geen openheid na

deze medische misser. Er was geen erkenning. Er kwam geen onafhankelijk onderzoek. De inspectie deed niets. En dat is wat we überhaupt van Luna hebben gehoord. Dát we wat hebben gehoord is te danken aan de media, zoals het in deze zaken altijd gaat. Inmiddels hebben we een nieuwe wet, de Wkkgz. We hebben een Gedragscode Openheid medische incidenten. We hebben een project OPEN en een project calamiteiten delen. En er komt dit jaar wellicht nog een taskforce bij voor een effectieve aanpak van potentieel verwijtbare sterfte. Maar papier is geduldig. Wij zien meer in concrete oplossingen, zoals we al eerder aangedragen hebben, bijvoorbeeld het monitoren van handen wassen en camera's in de operatiekamer. De minister geeft zelf ook aan dat het in de praktijk moet gebeuren. Ik ben benieuwd aan wat voor praktijkmaatregelen hij dan denkt. Dat brengt mij op vraagtekens bij de conclusie uit de Monitor Zorggerelateerde Schade dat de focus moet verschuiven van checklists en protocollen naar een proactieve patiëntveiligheidscultuur. Checklists en protocollen houden onze luchtvaart al decennialang veilig. Ik vind dit dan ook het voorbeeld voor de zorg, en wil juist pleiten voor méér aandacht hiervoor. Kijk bijvoorbeeld naar de overtredingen in het kader van het project TIP, Toezicht infectiepreventie. Verpleegkundigen droegen sieraden, en artsen liepen met operatiekamerhandschoenen en handschoenen over de gangen. Er werd geen handalcohol gebruikt en de po's werden niet goed doorgespoeld. Dat pleit toch juist voor een striktere handhaving van de protocollen? Graag een reactie van de minister. Ik noemde net het project Toezicht infectiepreventie. We hebben een TIP 1 en een TIP 2 gehad. Mijn vraag is of er ook een TIP 3 komt. Is het wel verstandig geweest om de Werkgroep Infectiepreventie op te heffen, nu de cijfers over vermijdbare sterfte niet langer dalen? En hoe kijkt de minister aan tegen het onderzoek naar zorggerelateerde schade bij de zelfstandige klinieken? Zowel preoperatief als postoperatief werden verhoogde risico's geconstateerd. Er was geen delierscreening, geen BMI-screening en geen medicatiescreening. Heeft dit nog gevolgen, voorzitter? Van de 70 aangeschreven klinieken deden er trouwens maar tien mee aan het onderzoek. Wat had de rest voor excuus? Nu wordt een grotere deelname aan het vervolgonderzoek afgedwongen. Graag krijg ik een reactie van de minister.

Ik begon mijn inbreng met een noodkreet inzake een medische misser. Er is een bijzondere lezing geweest, de First Annual Adrienne Cullen Lecture on Open Disclosure After Serious Harm. Ook dit betreft de strijd van een vrouw om erkenning van een medische misser. De lezing werd gehouden bij en gesteund door UMC Utrecht, waar het incident plaatsvond. Hier lijkt een cultuuromslag plaats te vinden, ware het niet dat de wens om de lezing te filmen voor opleidingsdoeleinden niet werd gehonoreerd. Dat is dan wel weer een misser.

Ten slotte zou ik willen vragen wat nu eigenlijk de criteria zijn voor medische missers, willen ze op de lijstjes van de minister worden opgenomen. Als niet het linker- maar het rechterbeen wordt afgezet, is het wel duidelijk. Maar wat als er sprake is van kapitale inschattingfouten die zelfs de dood tot gevolg kunnen hebben en waarin de relatie tussen het een en het ander gemakkelijk kan worden ontkend? Zien wij er dan nog wel wat van in de lijstjes? Of breder: wij lazen het bericht van een gevaarlijke antibioticaresistente superziekenhuisbacterie in het Zaans Medisch Centrum, die andere bacteriën ook resistent kan maken tegen de allersterkste antibiotica. Het Zaans Medisch Centrum doet nu onderzoek onder 1.500 patiënten, maar de relatie met overleden patiënten kan nu natuurlijk niet meer worden meegenomen. Ik zou de minister willen vragen om hier wat

langer over door te gaan of, als deze casus wat te expliciet is, daar later in een brief op terug te komen.

Helemaal ten slotte: vorige week is er een debat aangevraagd door mevrouw Sazias over incidenten in verpleeghuis Leeuwenhoek. Er werd toen door Kamerleden gezegd dat dat debat bij dit algemeen overleg betrokken had kunnen worden. Ik heb niemand er meer over gehoord. Ik mag toch hopen dat wij, na de brief van minister De Jonge die gisteren of eergisteren is gekomen, dit onderwerp nog zullen zien terugkomen als het onderzoek van de inspectie naar deze situatie naar de Kamer gestuurd is, en dat het niet nu is afgedaan omdat vorige week bij de regeling is gezegd dat het maar bij dit algemeen overleg betrokken moest worden.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is het woord aan mevrouw Dijkstra van D66.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Het beleidskader inzake de subsidiëring van patiënten- en gehandicaptenorganisaties is vandaag een belangrijk punt op de agenda. Dat mag duidelijk zijn na alle voorgaande sprekers. Het gaat gelden van 2019 tot en met 2022. Ik heb daar een paar vragen over. Allereerst de constatering dat het beleidskader eigenlijk niet echt nieuw genoemd kan worden. Er wordt maar een beperkt aantal dingen gewijzigd. Ook de minister zelf noemt het een tussenstap. Ik zou van de minister willen weten: waarom is er dan niet gekozen voor een kortere periode dan vier jaar? Zou het niet heel goed zijn om nu al te beginnen met te bezien of je niet een nieuwe visie moet ontwikkelen op de patiënten- en gehandicaptenorganisaties? Ook vanuit de pgo-organisaties zelf horen wij veel zorgen over het overgangskader. Dat speelt onvoldoende in op de veranderende context. Zo worden de organisaties steeds vaker gevraagd om als partner aan tafel te zitten, waarmee de taken breder zijn geworden. De decentralisaties en de implementatie van het VN-verdrag waarbij iedereen "nothing about us without us", dus "niets over ons zonder ons", heeft onderschreven, maken een nieuwe visie gewenst. Ik hoor graag van de minister hoe hij aankijkt tegen de oproep om in 2020 het lopend kader te evalueren en duidelijkheid te geven over het subsidiekader dat geldt na 2022. Gezien de decentralisaties zijn ook de regionale en lokale verbanden van belang. Dat vinden we niet terug in dit subsidiekader. De vorige minister gaf aan dat witte vlekken moesten worden ingevuld. Ik kan mij op dit punt aansluiten bij vragen die anderen al hebben gesteld. Ik vraag aan de minister aanvullend daarop welke verantwoordelijkheid hij voelt voor die witte vlekken.

Ook de onafhankelijkheid van pgo-organisaties vind ik een heel belangrijk thema. Hoe kunnen wij borgen dat er sprake is van een gezonde financieringsmix? Ik zou van deze minister wel een reactie willen horen op het voorstel dat ik ooit heb gedaan om van elke zorgpremie een euro te besteden aan de financiering van pg-organisaties. Dat is iets wat nog steeds ergens in mijn achterhoofd zit. Zou dat een manier kunnen zijn, vraag ik maar even aan deze minister. Het gaat erom dat de organisaties niet afhankelijk worden van de industrie of gezondheidsfondsen.

Een van de aanpassingen is het afschaffen van de vouchersystematiek, maar wat ervoor terugkomt is voor mij niet duidelijk. Impact wordt een nieuw criterium, maar hoe wordt dit precies gemeten?

De inzet is om versnippering tegen te gaan en samenwerking te bevorderen. Er is een organisatie voor zeldzame en genetische aandoeningen, de VSOP. Die is verenigd in veel kleinere organisaties. Het is geen officiële koepel, maar wel kreeg het de vouchers van meer dan 60 patiëntenorganisaties toevertrouwd. Dat is een mooi voorbeeld van het bundelen van krachten. Maar het staat nu onder druk. Er is geen plek in deze systematiek voor zo'n organisatie. Graag hoor ik van de minister hoe hij de positie van samenwerkingsorganisaties ziet en of ook hij de meerwaarde erkent van deze organisatie. Zo ja, welke mogelijkheden ziet hij voor de instandhouding van deze functie?

Dan kom ik op de Wkkgz. Uit de monitor van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg komt naar voren dat mensen de klachten- en geschillenregelingen best goed weten te vinden. Veel klachten worden evenwel ongegrond verklaard. Die lenen zich dus mogelijk ook voor informele behandeling. De vraag is: hoe kan dit worden bevorderd?

Een ander aandachtspunt uit het advies is dat er nog steeds veel verschillende wegen bestaan voor het indienen van een klacht. Daardoor kan verkokering ontstaan, of komen de klachten niet op de juiste plek terecht. Hoe kunnen mensen worden geïnformeerd over waar ze op de juiste plek zijn voor een klacht?

De monitor stelt in mijn ogen terecht dat de reden waarom mensen een klacht indienen vaak is om ervoor te zorgen dat een gesignaleerd probleem zich niet opnieuw zal voordoen. Dat is lang niet altijd voor henzelf nog relevant, maar wel voor toekomstige patiënten. Ziet de minister een rol weggelegd voor de klachtenfunctionarissen om de klachten te analyseren, zodat er beter van geleerd kan worden?

De positie van aanbieders van cosmetische en alternatieve zorg en van zzp'ers is niet duidelijk. Hoe wordt ervoor gezorgd dat ook zij zich aansluiten bij een klachten- en geschillenregeling? Op welke manier weten hun patiënten waar zij een klacht kunnen indienen?

De voorzitter:

Wilt u afronden?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik ga heel snel afronden, moet u opletten! Nog even over veiligheid. Het onderzoek naar de zelfstandige klinieken met de specialismen oogheelkunde, orthopedie en plastische chirurgie laat zien waar mogelijke risico's op het gebied van patiëntveiligheid zitten in deze sector. Het is ook al door anderen gezegd. Maar tien klinieken hebben meegedaan aan het onderzoek naar hoe de sector ervoor staat. De minister wil verdergaan met het onderzoek en roept ook andere klinieken op om mee te doen. Mijn vraag is: hoe vrijblijvend is die oproep eigenlijk? De minister zegt ook: je weet niet als sector welke maatregelen ter verbetering je moet nemen als je niet weet hoe je sector ervoor staat.

Daarop vraag ik ook nog een reactie van de minister.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan draag ik nu het voorzitterschap even over aan mevrouw Dijkstra, zodat ik mijn bijdrage kan leveren.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Mevrouw De Vries, dat doe ik met veel plezier. Ik pak er wel even zo'n stopwatch bij.

De voorzitter:

Nou, u hebt zelf ook meer dan een halve minuut extra gebruikt.

Voorzitter: Pia Dijkstra

De voorzitter:

Het woord is aan mevrouw Aukje de Vries van de VVD.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Allereerst over het nieuwe subsidiekader: wij denken dat het belangrijk is dat er patiënten- en gehandicaptenorganisaties zijn voor de informatievoorziening en lotgenotencontact, maar ook belangenbehartiging. Net als een aantal eerdere sprekers vragen wij ons wel af waarom niet nu al een grotere slag is gemaakt naar aanleiding van het evaluatieonderzoek dat er ligt.

Omdat het een tussenkader is, vinden wij dat dit nieuwe subsidiekader snel bekend zou moeten zijn. Kan de minister toezeggen dat het in 2019/2020 al bekend wordt, zodat er tijdig duidelijkheid is voor de patiënten- en gehandicaptenorganisaties?

De VVD vindt het jammer dat er nu weinig ruimte is voor nieuwkomers en voor lokale en regionale organisaties en samenwerkingsverbanden. Wij vinden dat dit in het nieuwe beleidskader meer ruimte zou moeten krijgen, maar gaat dit ook daadwerkelijk gebeuren? Hetzelfde geldt voor het tegengaan van versnippering.

Een aantal mensen heeft ook al gesproken over de nieuwe subsidieregeling vanuit ZonMw vanaf 2019. Wij vragen ons af wanneer daar duidelijkheid over gaat komen. Wij vragen ook of er speciale aandacht is voor de toepasbaarheid van deze subsidies voor nieuwe en regionale organisaties en tussenkoepels. Hoe gaat die subsidieregeling eruitzien?

De patiëntveiligheid is wat ons betreft bij uitstek het hart van de kwaliteit van de zorg. Medische missers en calamiteiten moeten door zorgverleners altijd worden gemeld. Dat is een belangrijk onderdeel in het geheel van maatregelen voor de patiëntveiligheid. Zorg is natuurlijk mensenwerk en fouten zullen daarom gemaakt blijven worden, maar wij vinden het wel belangrijk dat fouten gemeld worden en dat men er open over is. Dat vraagt wat ons betreft om een cultuuromslag. Wij zijn benieuwd hoe de Inspectie voor de Gezondheidszorg die veiligheidscultuur, maar ook die open cultuur, gaat stimuleren.

Een goed voorbeeld -- mevrouw Agema noemde het net al -- is de recente bijeenkomst van UMC Utrecht over fatale fouten, maar er is wat ons betreft wel meer nodig. De VVD wil graag dat zwijgcontracten tussen zorgverleners en patiënten worden verboden. De vorige minister was daar nog niet heel enthousiast over. Wij zijn ook benieuwd naar de visie van deze minister daarop. Wij denken dat zo'n verbod een duidelijk signaal is dat het gewoon niet kan. Wij denken dat dit belangrijk is.

De minister heeft daarnaast aangegeven ondersteuning te willen geven aan de programmatische aanpak van patiëntveiligheid en het terugdringen van potentieel vermijdbare en zorggerelateerde sterfte. Wij zijn benieuwd hoe hij dat voor zich ziet. Hij heeft daarover ook nog een brief gestuurd. Daar stond een fors bedrag in. Ik denk vooral dat de zorgaanbieders zelf daar een heel belangrijke rol in hebben. Wij willen ook wel graag dat er specifiek aandacht is voor infectiepreventie. Wij hebben onlangs een petitie aangeboden gekregen over sepsis. Wij denken dat het belangrijk is om daar ook aandacht aan te besteden.

Een aantal collega's heeft het al gehad over patiëntveiligheid binnen zelfstandige klinieken. Die moet ook goed worden geborgd. Er is nu nog geen betrouwbaar beeld. Welke mogelijkheden zijn er om ervoor te zorgen dat er meer klinieken gaan meedoen? Wij vinden dat zij allemaal moeten meedoen.

Informatie-uitwisseling in de zorgketen is voor de patiëntveiligheid cruciaal, want dan kan men op de spoedeisende hulp alle informatie over de patiënt checken en kan de apotheker de medicatieveiligheid beter in de gaten houden. De VVD wil graag van de minister weten hoe hij dit de komende jaren stevig wil oppakken en stimuleren.

De apotheekhoudende huisarts moet per direct stoppen op het moment dat er een apotheek in de buurt komt, maar voor de patiëntveiligheid zou het goed zijn als er een soort overgangstermijn komt, bijvoorbeeld van drie maanden. Er is nu nog niets vastgelegd, maar is de minister bereid om dat ook te doen?

Mijn laatste punt over de patiëntveiligheid betreft de e-healthapps. Die zijn sterk in opkomst, bijvoorbeeld voor een eerste check op huidkanker. De VVD wil van de minister graag weten hoe hij de kwaliteit van dit type apps wil borgen, zonder dat nu direct voor alle apps weer iets bureaucratisch wordt opgetuigd.

Mijn laatste punt gaat over de Regulation on medical devices. Deze gaat over de medische hulpmiddelen en gaat in per 2020. Alle hulpmiddelen moeten opnieuw worden gecertificeerd door een zogenaamde notified body. Maar de vraag is of fabrikanten wel alle producten opnieuw zullen certificeren, vanwege de kosten en de bureaucratie. De vraag is of daardoor tekorten gaan ontstaan of dat sommige producten helemaal gaan verdwijnen. Dat kan natuurlijk gevolgen hebben voor de patiënt. Welke producten gaan er verdwijnen, waar ontstaan problemen en is er genoeg capaciteit voor de beoordeling door die notified bodies? Wat zijn de gevolgen van de brexit op dit punt?

Dat was het wat mij betreft, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw de Vries. Ik geef het voorzitterschap weer aan u terug.

Voorzitter: Aukje de Vries

De voorzitter:

Ik kijk even naar de minister hoeveel tijd hij nodig heeft voor de beantwoording.

Minister Bruins:

U heeft allemaal geweldig uw best gedaan om snel te spreken en dat is ook heel goed gelukt, maar u hebt er geen vraag minder om gesteld. Dat is ook goed, maar ik heb toch

wel een kwartiertje nodig om de boel een beetje op een rijtje te leggen. Sorry, maar anders ga ik woordjes rijgen.

De voorzitter:

Dat lijkt me prima. Laten we afspreken dat we om 14.45 weer beginnen.

De vergadering wordt van 14.27 uur tot 14.45 uur geschorst.

De voorzitter:

Het woord is aan de minister. Hij wil eerst even iets zeggen over het tijdpad voor het subsidiekader.

Minister Bruins:

Voorzitter. Ik begrijp dat u niet op twee plekken tegelijk kunt zijn en dat u dus een beetje haast heeft. Ik sla de algemene inleiding vanmiddag daarom over, hoewel ik vind dat we patiëntenorganisaties daarmee misschien wat tekortdoen. In navolging van u allen benadruk ik dat het heel belangrijk is dat er patiëntenorganisaties zijn en dat zij een krachtige functie vervullen. Laat ik het zo maar samenvatten, maar nogmaals, dat is dan wel een beetje karig van mijn kant op dit punt.

Waarom is het zo belangrijk dat het kader waarover wij vanmiddag spreken snel wordt gepubliceerd? Dat is nodig omdat wij dat kader op 1 juli willen publiceren, opdat pgo's voor 2019 hun aanvragen kunnen doen. Ze moeten die regels kennen. Het is daarom echt nodig dat u in dit debat, of zo snel als mogelijk maar dan voor 27 april -- en dat is echt snel -- nog opvattingen kenbaar maakt waarmee we rekening kunnen houden bij de voorbereiding van de regeling. Anders komen de pgo's in het gedrang en dat lijkt mij niet netjes.

Voorzitter. Langs de lijnen van de betogen van de verschillende sprekers zal ik een aantal vragen over het kader en een enkel ander punt beantwoorden. Ik zal proberen om zo concreet mogelijk te zijn. De heer Slootweg vroeg of de effecten die het afstappen van de vouchersystematiek zal hebben op de verschillende patiënten- en gehandicaptenorganisaties in kaart zijn gebracht. Ja, dat is onderzocht. Dat zit in dat rapport van Schuttelaar & Partners. Een belangrijke showstopper -- eigen woord -- was dat verschillende pgo's gezamenlijk een aanvraag moesten doen voor zo'n voucher. Dat was vaak een ingewikkeld proces. Ik verwacht dat dat met een subsidiesystematiek makkelijker en praktischer wordt. Dat is het oogmerk. We hebben Schuttelaar & Partners eerlijk gezegd ook niet voor niets aan het werk gezet -- mijn voorganger heeft dat gedaan -- want dit zijn ook opvattingen uit het veld. Het is dus geen top-downbenadering; we hebben echt geprobeerd om samen met patiënten- en gehandicaptenorganisaties te kijken naar wat er goed gaat en wat er beter kan.

Dat is ook de reden waarom dit een tussenkader is. Een aantal van u heeft daarnaar gevraagd. Wanneer wordt een pgo een gesubsidieerde pgo? Bij 100 leden en een aandoening, even huiselijk gezegd, te huiselijk gezegd. Waar willen we naartoe? Naar impact en bereik, dat is de ontwikkeling die we op gang willen brengen. Als we dat nu hadden gedaan, was dat te bruusk geweest. Dan hadden patiëntenorganisaties te weinig tijd gehad om zich van de ene naar de andere situatie te bewegen. Dat is de reden om nu niet meteen van de ene naar de andere situatie te gaan, maar om dat met een soort

tussenfase te doen zodat je langjarig hebt aangekondigd: jongens, we willen naar impact en bereik toe -- dat willen wij als overheid niet alleen, maar dat willen de patiëntenorganisaties natuurlijk net zo goed -- en daarom is de tussenliggende regeling er voor de komende periode, tot 2023, maar die is beperkt van wijzigingen en van aard. Ik hoop dat de samenwerking tussen patiëntenorganisaties wel voortgaat, ook in de komende jaren. Ik denk dat het gezamenlijk aanvragen van projectsubsidies langs de lijnen van een gezamenlijke thematiek, van een gezamenlijke aandoening, de samenwerking tussen sommige pgo's kan bevorderen. Dat is een beetje de hoofdlijn van dit tussenkader, wat dan weer jargon wordt, maar het is wel belangrijk om dat even te benoemen. Het gaat dus niet meer door middel van vouchers, maar door middel van een subsidieprogramma. Naast de huidige patiëntenorganisaties kunnen ook nieuwe patiëntenorganisaties op dat subsidieprogramma inschrijven. Nieuwe patiëntenorganisaties kunnen dus niet inschrijven op de instellingssubsidie, maar wel op het subsidieprogramma. Met ZonMw zal worden gekeken naar goede voorwaarden en goede thema's. We zullen ook kijken naar andere lessons learned uit de vouchersystematiek.

De heer Slootweg vroeg: bij subsidiestroom 2 uit het beleidskader is niet duidelijk wat leidend is; zijn dat de criteria die van toepassing zijn zoals de benoemde drempel-, organisatie- en inhoudelijke criteria, of zijn het toch de drie aangewezen koepels? Bestaat voor een koepel die aan de beschreven criteria voldoet de mogelijkheid om in aanmerking te komen voor subsidiestroom 2? Subsidiestroom 2 ziet op de instellingssubsidies voor de drie landelijke patiëntenkoepels. Dat gaat dan dus over de Patiëntenfederatie, Ieder(in) en MIND. Die koepels vertegenwoordigen landelijk de stem van de patiënt. De drie patiëntenkoepels moeten ook aan de criteria voldoen om in aanmerking te komen voor de instellingssubsidie. Dat is geen verandering ten opzichte van het huidige kader. Voor andere koepelorganisaties -- we kunnen er vele noemen: de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, maar ook de Dutch Brain Council en de VSOP -- is er nu geen ruimte. Naast de drie koepels zijn er al bijna 200 patiëntenorganisaties die subsidie ontvangen uit het kader. Een verdere versnippering lijkt mij ongewenst. De periode tot en met 2022 is bedoeld om samen met pgo's in den brede te kijken of tot een ander verdeelmodel kan worden gekomen. Dat richt zich dus op impact en bereik.

Er werd gevraagd of organisaties nog wel hun eigenheid kunnen behouden als ze de backoffice delen. Zoals ik ernaar kijk, kan dat wel. Bij de backoffice gaat het over het voeren van de administratie en misschien over zaken in de huisvestings sfeer, maar juist aan de voorkant, als het gaat over de inhoud, zit de eigenheid van de organisatie.

De voorzitter:

Er is een interruptie van mevrouw Dijkstra. Ik wil het aantal interrupties enigszins beperken, dus we gaan ook nu uit van twee interrupties per fractie in tweeën.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik zal het proberen, voorzitter. Ik heb ook gevraagd naar het vorige punt waar de minister het over had, de koepels. Mijn vraag is dan wel: wat moet er dan gebeuren om de samenwerkende organisaties, die eigenlijk een soort koepel vormen, toch gefinancierd te houden? Ze vallen namelijk niet onder deze systematiek; ze vallen erbuiten. Organisaties

die van groot belang zijn, hebben hierdoor niet meer de mogelijkheid om hun belangwekkende werk te doen.

Minister Bruins:

De portemonnee van de minister is niet dikker dan die van de vorige minister, dat is een beetje het probleem. Ik ben daarom ook maar een beetje duidelijk over de drie koepelorganisaties: het zijn er drie en het blijven er drie. Ik denk dat andere vormen van samenwerking of andere koepelorganisaties in een projectvorm een projectsubsidie zullen moeten aanvragen voor de komende jaren, en dus niet een instellingssubsidie.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Als ik de minister goed begrijp, zou dat betekenen dat deze organisaties per jaar weer een groot deel van hun tijd moeten besteden aan het aanvragen van zo'n subsidie. Ik probeer het even duidelijk te krijgen.

Minister Bruins:

Wij zijn die criteria met ZonMw nog een beetje aan het verduidelijken, maar een project, en dus ook dat waar mevrouw Dijkstra op doelt, hoeft niet een project van een jaar te zijn. Dat kan ook over een jaargrens vallen en een wat langere looptijd hebben. Zo'n subsidieregeling biedt dus wel een mogelijkheid voor een andere organisatie dan de genoemde drie koepelorganisaties. Ik zie die mogelijkheid wel.

De heer Slootweg (CDA):

Ik wil het toch nog even helder krijgen, want ik heb eigenlijk dezelfde vragen daarover als mevrouw Dijkstra. Op het moment dat een dergelijke organisatie aanklopt, bijvoorbeeld de VSOP, zegt de minister dus: probeer het langs de lijn van een projectsubsidie; dat kan ook meerjarig. Hij zegt dus dat ze op die manier moeten proberen om middelen te krijgen om hun werk te kunnen doen, waarbij het niet alleen gaat om werk dat ze voor hun achterban doen, maar ook om werk waaraan ze op verzoek van ministeries een bijdrage leveren.

Minister Bruins:

Zo is het precies. Die subsidie kan dus door een organisatie zoals de VSOP worden aangevraagd. Het is logisch dat als wij de bestelling plaatsen, er ook voor wordt betaald.

De voorzitter:

De minister gaat verder.

Minister Bruins:

Dat hoop ik. De heer Slootweg vroeg: wil de minister een deel van de gelden van ZonMw reserveren voor lokaal? Het antwoord daarop is ontkennend. Het uitgangspunt is dat er binnen ZonMw projecten worden ingediend die bijdragen aan de patiënt. Lokale initiatieven kunnen meedoen, maar ik wil ze niet op voorhand in een apart stramien plaatsen. Dat gaat namelijk weer ten koste van andere goede ideeën. Bij het inrichten van het programma om dat geld te verdelen wil ik het veld wel betrekken. Ik wil langs die weg wel in de gaten houden of er ook lokale initiatieven zijn, maar ik wil dat niet

afzonderlijk doen. Er komt geen Drents potje, of Twents potje, of iets in die sfeer. Of een Fries potje, ik haast me maar om dat te zeggen.

Voorzitter. Welke extra inzet op cliëntondersteuning zal door zorgkantoren worden gepleegd met de extra middelen die in het regeerakkoord beschikbaar zijn gesteld? Dat is ook een vraag van de heer Slootweg. ZN is met de zorgkantoren in gesprek over de wijze waarop zij een extra inspanning kunnen plegen op het versterken van de cliëntondersteuning met inzet van de extra gelden die via het regeerakkoord beschikbaar zijn gekomen. Het gaat dan om de doorontwikkeling van de functie van de cliëntondersteuning en dan in het bijzonder om het verbeteren van de bekendheid, de vindbaarheid, de doelmatige inzet en de kwaliteit van de onafhankelijke cliëntondersteuning. ZN zal daarbij ook afstemming zoeken met partijen zoals MEE en Zorgbelang. De verwachting is dat ZN en de zorgkantoren voor de zomer hun plannen gereed hebben voor die extra inzet.

Er werd mij ook gevraagd: hoe kijkt u aan tegen de keuze van cliënten voor gecontracteerde cliëntondersteuning versus het zelf en onafhankelijk kunnen kiezen? Ik vind het belangrijk dat cliënten een beroep kunnen doen op een onafhankelijke cliëntondersteuner, maar ik vind het ook van groot belang dat geborgd is dat de cliënt een beroep doet op een cliëntondersteuner die zijn werk verstaat en de cliënt kwalitatief hoogstaande ondersteuning kan bieden. Er zijn heel veel vormen van cliëntondersteuning. We hebben het daar onlangs ook in een ander debat over gehad. Er is echt een waaier aan verschillen. Ik ben van mening dat dat kwaliteitsstempel wel kan worden gezet middels de contractering van onafhankelijke cliëntondersteuning door zorgkantoren.

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de cliëntondersteuning? Welke acties worden ondernomen? Even een plaatsbepaling in de richting van de heer Slootweg: vooralsnog heeft 30% van de organisaties de cliëntondersteuning niet georganiseerd, dus 70% wel, maar 30% niet. Zorgkantoren hebben een belangrijke rol bij de toeleiding tot zorg, bijvoorbeeld bij de informatieverstrekking aan de cliënt en de cliëntondersteuning. De zorgkantoren zijn daar verantwoordelijk voor. Zij moeten ervoor zorgen dat die functie goed wordt ingericht. De NZa kijkt daar dan weer op toe. De criteria heb ik eigenlijk net benoemd. Waar kijken wij dan vooral naar? Waar kijkt de NZa naar? Die kijkt naar de bekendheid, de vindbaarheid en de kwaliteit van de ondersteuning. Dat is de manier waarop we er nu tegen aankijken. College De Jonge zal nog voor de zomer een brief aan de Kamer sturen over het thema cliëntondersteuning. Dat zit natuurlijk voor een flink deel op het vlak van de Wlz. Er zijn verschillende vragen over gesteld, maar dit is in hoofdlijnen de boodschap die u ook daarin in kunt terugzien.

De heer Slootweg vroeg ook: als de cliënt constateert dat er geen cliëntenraad is, kunnen zorgaanbieders die klacht dan zomaar naast zich neerleggen? Nee, dat kan niet. De inspectie ziet daarop toe. De inspectie houdt toezicht op de naleving van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen, en dus ook op de naleving van de aansluiting bij een geschilleninstantie. De reikwijdte van de wet is uitgebreid zodat ook zelfstandigen zonder personeel, zzp'ers, in de complementaire zorg en de cosmetische branche daaronder vallen. Men melde zich dus bij de inspectie als een klacht tussen de kade en het schip dreigt te vallen.

Dan de vragen van mevrouw Ellemeet. Toch eerst maar weer beginnen met het subsidiekader: is dat kader niet te krap en dwing je pgo's daarmee niet tot derdenfinanciering? Ik ben van mening dat het kader niet te krap is, omdat het budget niet

omlaag is gegaan. Beter nog, het basisbedrag dat een patiëntenorganisatie krijgt, gaat van €35.000 naar €45.000. Zo mooi was indexering nooit uitgevallen, zeg ik dan maar in de richting van de heer Van Gerven. Daarbovenop krijgen pgo's een bonus -- dat is hier misschien een gek woord -- van €10.000 als de backoffice efficiënt wordt ingericht, dus als de samenwerking daar wordt bevorderd. Daarmee kan een organisatie €55.000 ontvangen. Dat is toch meer dan het basisbedrag was in de bestaande situatie. Ook ontvangen de koepels extra middelen voor hun regierol. Daarnaast hebben we -- want anders lijkt het wel of al het geld via het pg-kader wordt vergeven en dat is natuurlijk niet zo -- in allerlei verschillende projecten, variërend van het VN-verdrag waar u zelf over sprak tot het programma MedMij, nog additionele projectfinanciering ten genoegen van pg-organisaties of koepelorganisaties. Ik geloof dus niet dat wij organisaties in de richting van derdenfinanciering dwingen. Het is, denk ik, wel heel goed mogelijk dat de kennis die in een pg-organisatie beschikbaar is, ook wordt vermarkt als zo'n patiëntenorganisatie dat zou willen. Die organisaties zouden hun kennis kunnen gebruiken in de richting van een gemeente, een verzekering of een ander soort partij.

De voorzitter:

Er is een interruptie van de heer Van Gerven van de SP.

De heer Van Gerven (SP):

Dat laatste, de opmerking van de minister dat de cliëntorganisaties zich moeten gaan vermarkten, lijkt mij niet zo'n geweldig idee. Maar ik wil nog even stilstaan bij die indexatie. Terecht zegt de minister dat die basissubsidie met €10.000 wordt opgehoogd, maar hoe zit dat dan naar de toekomst toe? Is er in de toekomst sprake van indexatie, of blijven die bedragen gefixeerd?

Minister Bruins:

Houdt u het maar op fixatie. Ik heb niet meer geld in de portemonnee zitten dan erin zit, dus daar moeten we het mee doen. Het is echt een sprongetje vooruit. We spreken hier over een verdeling van een dikke 20 miljoen per jaar. We subsidiëren 200 organisaties en daarnaast nog verschillende andere projecten variërend van het VN-verdrag tot MedMij. Er gaat dus veel geld in om. We vinden het ook belangrijk, maar er zit wel een einde aan de rek.

De voorzitter:

Een afrondende vraag, meneer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

Als je met de mond belijdt dat de patiëntenorganisaties moeten worden versterkt, moet je ook boter bij de vis leveren. Het lijkt mij volstrekt logisch dat je dan wel indexeert. Alles wordt geïndexeerd. Bij arbeidsvoorwaarden van personeel is er ook altijd sprake van indexatie ...

De voorzitter:

Uw vraag is?

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik neem aan dat er bij ambtenaren die in dienst zijn ook indexatie plaatsvindt.

De **voorzitter**:

Meneer Van Gerven, heeft u ook een vraag? Wat is de vraag aan de minister?

De heer **Van Gerven** (SP):

De vraag is toch of de minister daar nog eens goed naar wil kijken. Als je naar de totale begroting van VWS kijkt, dan kun je toch zeggen dat het hier niet om megabedragen gaat. Ik denk dan: waar een wil is, is een weg. Nogmaals, is de minister bereid om naar de toekomst toe toch die indexatie door te voeren?

Minister **Bruins**:

Meneer Van Gerven zegt dat het niet om veel geld gaat, maar ik vind het toch al heel mooi dat wij die basissubsidie ophogen van €35.000 naar €45.000 in de richting van €55.000. In aanvulling daarop: indexatie is eigenlijk niet mogelijk, maar kan wel plaatsvinden voor het deel dat aan loon wordt betaald. Maar ik haast mij dan om er meteen bij te zeggen dat niet elke patiëntenorganisatie beschikt over personeel en daarvoor kosten maakt. Eventjes precies gezegd: deze organisaties, de organisaties die niet beschikken over personeel, komen dus ook niet in aanmerking voor indexatie. Tot zover op dat punt.

De **voorzitter**:

Er is een interruptie van mevrouw Ellemeet van GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Er wordt nu wel een heel rooskleurig beeld geschetst van onder andere de koepelorganisaties en de patiëntenorganisaties. Die koepelorganisaties krijgen er geen extra geld bij, terwijl we weten -- meerdere collega's hebben dat ook aangegeven -- dat hun taken alleen maar complexer en uitgebreider zijn geworden, onder andere door de decentralisaties. De taken zijn toegenomen. Er moet uitvoering worden gegeven aan het VN-verdrag. Dat reikt ver over het zorgdomein heen en heeft ook betrekking op taken en verantwoordelijkheden die bij deze organisaties liggen. Het is dus niet meer dan redelijk dat daar ook een bedrag tegenover staat. Nog even in aanvulling op de opmerking van meneer Van Gerven: als er personeel in dienst is, is het gewoon goed opdrachtgeverschap of goed subsidiëntschap om daar ook een indexering tegenover te stellen.

Minister **Bruins**:

Over dat laatste heb ik net gezegd dat voor zover er personele kosten in het geding zijn, indexatie daarop van toepassing is. Maar voor organisaties die die kosten niet hebben of voor organisaties die andere kosten maken dan personele kosten, wordt niet geïndexeerd. Waar we naartoe willen met pg-organisaties en met het beleid daaromtrent, is dat het om impact en bereik gaat. We hebben dat niet vanuit de grote toren van VWS, maar met het veld bedacht. Zie het rapport van Schuttelaar & Partners. We willen niet koersen op het behouden van instellingssubsidies. Het gaat om impact en bereik. Die weg willen we op. Het was €35.000. Er is nu een tijdelijke verhoging van €10.000, waardoor het €45.000

wordt. Als je de backoffice gezamenlijk inricht, kun je in de richting gaan van €55.000 per organisatie per jaar. Ik vind dat een heel mooi bedrag. Daarnaast heb je die vouchermiddelen en daarnaast zijn er middelen voor de koepels. Ik denk dat dat eigenlijk toch wel heel mooi is. Ik wil niet een zonnig beeld schetsen, want het geld wordt er niet meer van, maar ik denk dat het aanjagen van die samenwerking, bijvoorbeeld door een gezamenlijk gebruik van de backoffice te stimuleren, kan helpen. Er komt dan geld vrij dat je ten goede kunt laten komen aan de echte taken van een pgo.

De voorzitter:

Ik zie dat mevrouw Ellemeet daarop wil reageren. Ik wil iedereen wel vragen om interrupties in de vorm van een vraag te plegen en om niet een heel betoog te houden zonder eigenlijk een vraag te stellen. Het verzoek is dus om het zo beknopt mogelijk te houden. Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Voorzitter, ik ga mijn best doen. Ik ben het helemaal met de minister eens dat het om impact en bereik gaat, maar gelet op de enorm verbrede opgaven waarvoor deze organisaties staan, vraagt het nogal wat om dat te realiseren. Ik vraag dus ook van de minister dat daar een realistische financiering tegenover staat. De minister zegt dat het niet zomaar uit de lucht komt vallen. Zou hij nog eens met de betreffende koepelorganisaties in gesprek willen gaan over de taken waarvoor zij staan en de financiering die daartegenover moet staan om de gewenste impact en het gewenste bereik te kunnen behalen?

Minister Bruins:

Ja, zeker weten. Ik wil ook niet de indruk wekken dat wij na vandaag de rolluiken naar beneden laten zakken en niet meer in contact willen treden. Nogmaals, ik hecht eraan om te zeggen dat we dit tussenkader ook aan de Kamer zullen voorleggen nadat we met de organisaties hebben gesproken. We willen dat gesprek voortzetten. Ik wil het tussenkader ook evalueren. Dat zal ergens in de komende jaren wel gebeuren. 2020 lijkt me een goed moment, in de aanloop naar 2023. Ik moet met de pgo's verder spreken over het vraagstuk van impact en bereik en niet meer langs de lijnen van aandoening en 100 leden. Misschien niet alle pgo's zien dat dat een eindig criterium is, om het zomaar uit te drukken, maar een aantal daarvan ziet dat ook.

Ik herken dat er steeds meer vragen worden gesteld aan patiëntenorganisaties, zoals mevrouw Ellemeet ook zegt. Ik denk ook dat dat goed is. In het licht van een van de eerste debatten die we hier hebben gevoerd, zeiden we ook: de patiënt centraal betekent ook een krachtige streep onder het belang van een pgo. We spreken vandaag over dat kader, maar daarnaast wordt er verschrikkelijk veel extra geld voor allerlei projecten voor patiëntenorganisaties beschikbaar gesteld. Denk aan dat project MedMij. Het ging in de afgelopen jaren echt om tientallen miljoenen euro's. Het is dus niet alleen die instellingssubsidie; het is het één bij het ander.

De voorzitter:

De minister vervolgt zijn beantwoording.

Minister Bruins:

Voorzitter, ik word erop gewezen dat de evaluatie van het tussenkader voor 2021 gepland staat. Nadat we twee jaar hebben geoefend met het kader, zullen we in de aanloop naar 2023, in 2021 een tussenevaluatie laten plaatsvinden.

Dan de lokale belangenbehartiging. Als ik kort wil zijn, verwijs ik naar het antwoord dat ik aan de heer Slootweg heb gegeven.

Op welke wijze kunt u de extra gelden uit het regeerakkoord voor cliëntondersteuning in de Wlz inzetten? We willen dat geld bestemmen voor verbetering van de algemene, onafhankelijke cliëntondersteuning, de OCO zoals die in de Wlz wordt genoemd, en voor een extra inzet op gespecialiseerde cliëntondersteuning voor specifieke doelgroepen in de Wlz. De inzet is erop gericht om de zichtbaarheid, de herkenbaarheid en de vindbaarheid van de onafhankelijke cliëntondersteuning te vergroten. Dat is eigenlijk waar uw vraag over ging; die ging over de vindbaarheid en de herkenbaarheid. Daarnaast wil ik voor specifieke doelgroepen de aard, de inhoud en de intensiteit van de behoeften in beeld krijgen en dan een aantal pilots starten.

Vervolgens vroeg mevrouw Ellemeet: de gemeenten werken steeds vaker beschikkingsarm en sturen mensen snel door naar zorgaanbieders; vindt de minister dat ook onwenselijk -- dat is een retorische vraag -- en wordt het meegenomen in de gesprekken met gemeenten? Eerst maar eens het punt dat gemeenten experimenteren met manieren om de bureaucratie in de toekenningen als gevolg van de Wmo en de Jeugdwet te verminderen. Daarbij is er uiteraard sprake van een ondergrens, want de toekenning van zorg en ondersteuning moet voldoen aan bepaalde normen. De bottomline is de Algemene wet bestuursrecht, zou ik willen zeggen. Daar moet het ten minste aan voldoen. Tot zover een aantal vragen van mevrouw Ellemeet.

Dan kom ik bij een aantal vragen die mevrouw Dik-Faber heeft gesteld. Zij vroeg: hoe gaat u ervoor zorgen dat er specifiek voor mensen op hoge leeftijd een goed gesprek met artsen wordt georganiseerd over de vraag of er wel of niet wordt behandeld? Laat ik zeggen wat ik zelf voor ogen heb. Dat goede gesprek gaat als het aan mij ligt over samen beslissen. Daarmee zitten we wat mij betreft in de hoek van de value-based healthcare, het leren van de ervaringen van andere patiënten en het ervoor zorgen dat de patiënt beslagen ten ijs komt, zodat hij werkelijk, al dan niet samen met iemand naast hem, goed kan beslissen. Op die manier beslist de arts niet over de patiënt, maar wordt het principe van het samen beslissen steeds normaler. Ik wil de Kamer daar afzonderlijk over berichten in een brief die ik voor de zomer wil sturen over de trits value-based healthcare/samen beslissen/uitkomsteninformatie.

Een heel ander vraagstuk dat in mijn beantwoording nog niet aan de orde is gekomen, maar dat hier volgens mij wel besproken moet worden, gaat over de aanpak van vermijdbare sterfte in ziekenhuizen. Een aantal van u heeft daarover gesproken. Ik deel de zorgen die u daar allemaal over heeft uitgesproken. Patiëntveiligheid raakt ons allen. Het gaat over de kernkwaliteit van de zorg. Er is dus blijvend verbetering nodig, zoals het NIVEL-rapport dat eind 2017 uitkwam ook laat zien. Ik heb de brancheorganisaties van de ziekenhuizen en de zorgverleners daarom ook uitgenodigd voor een goed gesprek, en een tweede goed gesprek inmiddels. Met de inspectie heb ik aangedrongen op maatregelen en een gezamenlijk plan dat leidt tot vermindering van de vermijdbare sterfte. Het gaat ruwweg om duizend vermijdbare sterftegevallen. Dat aantal moet echt omlaag.

Ik heb de Kamer zeer recent een brief daarover gestuurd. Tussen de regels door leest u dat ik mij een beetje zorgen maak over het tempo en de mate van concreetheid van de partijen die we om de tafel hadden. Het goede nieuws is dat partijen zich committeren aan een significante daling van vermijdbare sterfgevallen. Er zal een taskforce worden ingericht door de vier brancheorganisaties. Zij hebben daarvoor tot 1 oktober de tijd gevraagd. Ik ga ze die tijd geven, ook omdat ik denk dat het vanuit die organisaties moet gebeuren. Je kunt dit niet zomaar opleggen. Hier zit een cultuuraspect aan over open en transparant werken. Ik heb de organisaties zelf dus ook nodig. Maar u hoort wel aan mijn toon dat ik dat plan ook wil hebben als het 1 oktober is geweest en dat ik de Kamer dan ook snel mijn opvatting daarover zal toezenden.

Dan heeft mevrouw Dik gevraagd naar de uitvoering van het Gehandicaptenverdrag. Is het subsidiekader voldoende toegerust om die te borgen? Het antwoord is nee, want daar is het subsidiekader niet voor bestemd. Het subsidiekader is ervoor bestemd om de 200 pgo's als instellingen te organiseren, voor projectsubsidies. De uitvoering van het Gehandicaptenverdrag komt uit een ander potje, dus dat zit niet in de middelen waarover wij vanmiddag spreken. Ik hoop niet dat dat tot verbazing leidt. Ik hoor naast mij dat dit trouwens niet alleen een vraag van mevrouw Dik-Faber was, maar ook van mevrouw Ellemeet. Ik zie dat mevrouw Ellemeet het mij vergeeft.

Mevrouw Dik-Faber vroeg of ik ervoor ga zorgen dat de inzet van ervaringsdeskundigheid wordt vergoed. Ik vind het normaal dat gebruikers van patiëntenexpertise daar ook voor betalen, net zoals voor andere diensten in het maatschappelijk verkeer gebruikelijk is. Hun product of dienst wordt immers beter door de inbreng van patiënten. Ik roep veldpartijen inclusief gemeenten daarom op om te zorgen voor een vergoeding van die patiëntenexpertise. Ik ben benieuwd.

Dan heeft mevrouw Dik een vraag gesteld over de lengte van het tussenkader. Is dat niet aan de lange kant, tot 2023? Ik denk dat ik daarop ben ingegaan, of ik weet zeker dat ik daarop ben ingegaan, maar ik hoop dat ik daar een goed antwoord op heb gegeven.

Mevrouw Dik-Faber wees erop dat niet alle zorgaanbieders bij een geschilleninstantie zijn aangesloten. Het zijn er gelukkig wel steeds minder, maar er is inderdaad een groep zelfstandigen zonder personeel die niet zijn aangesloten bij een geschilleninstantie. Daar is recent een handreiking voor ontwikkeld samen met brancheorganisaties. Men moet daaraan voldoen. Ik zou de aandacht dus vooral willen richten op de bekendmaking van die handreiking aan zzp'ers en op het vergroten van de bekendheid daarmee.

Hoe ga je het lerend vermogen van zorgaanbieders verbeteren? Ik denk dat wij kunnen leren uit wat de Wkkgz ons brengt. Het gaat dan om zaken als openheid, het leren van en het spreken over klachten en incidenten, het aanjagen van veldpartijen om er onderling over te spreken en het aan ziekenhuizen vragen om transparant in hun doen en laten te zijn. Het zal hier toch om het goede gesprek gaan, want het is meer een cultuuraangelegenheid dan dat het een maatregel vanuit de overheid moet zijn.

Dan nog een vraag over het subsidiekader: gaat ZonMw een en ander afstemmen met de pg-organisaties? Het antwoord is ja. ZonMw zal samen met de patiëntenorganisaties het subsidieprogramma verder inrichten en zij gaat daarvoor een aantal bijeenkomsten organiseren. Dat waren mijn antwoorden op de vragen van mevrouw Dik-Faber, voorzitter.

De voorzitter:

Dat vraagt direct om een interruptie van mevrouw Dik-Faber.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik weet niet helemaal zeker of de minister al is ingegaan op mijn vraag over het wetsvoorstel over verzekerdenvloed. Die vraag is misschien blijven liggen. Ik heb ook nog een paar opmerkingen over hetgeen de minister zojuist naar voren heeft gebracht. Zal ik dat gelijk doen?

De voorzitter:

Ja, dat zou ik direct doen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

De minister gaf aan dat de uitvoering van het Gehandicaptenverdrag niet onder het subsidiekader valt. Ik kan het begrijpen dat hij dat zegt, maar er ligt wel een grote opgave, waarbij die ervaringsdeskundigheid zeer belangrijk is. De minister zei dat hij partijen oproept om met aanvullende financiering te komen. Ik heb zelf de VNG nog even genoemd. De minister zit in deze zaal, hij roept de partijen op, maar het komt op mij een beetje vrijblijvend over. Stuurt hij brieven? Nodigt hij partijen uit aan tafel op zijn ministerie? Ik vind het wel belangrijk dat het niet bij een oproep in deze zaal blijft, maar dat de minister daar voortvarend achteraan zit.

Minister Bruins:

Mevrouw Dik heeft daar wel een beetje gelijk in. Het is misschien een beetje flauw om daartoe op te roepen vanachter een veilig tafeltje in Den Haag, maar ik wil dat gesprek met de VNG graag aangaan, en dat zal ik ook doen. Ik zal ook eventjes kijken in hoeverre er een gezamenlijk opgave voor collega De Jonge en mij ligt, maar ik zal dat gesprek graag aangaan. Dat ten eerste. Ten tweede de verwijzing naar de implementatie van het VN-verdrag. Ik heb het nog even opgezocht: er is gewoon concreet buiten het pg-kader om een apart budget voor vorig jaar, dit jaar en volgend jaar beschikbaar gesteld aan een van de drie koepelorganisaties. Er zijn dus echt nog andere middelen buiten het pgo-kader om die kunnen worden ingezet. Dat is één voorbeeld. Andere voorbeelden zijn MedMij en de Zorgatlas, en zo zijn er nog vele andere.

En dan nog het wetsvoorstel over verzekerdenvloed. We gaan ons haasten om een antwoord daarover op te stellen. Daar mag u wel uit afleiden dat ik het antwoord nog niet weet, maar voor de tweede termijn weet ik dat wel.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Het ging echt ontzettend van de hak op de tak, maar ik heb het allemaal goed kunnen volgen, hoor. Ik wil nog even ingaan op het samen beslissen. De Kamer ontvangt een brief daarover -- daar ben ik blij om -- maar er zijn ook in het regeerakkoord zinnen daarover opgenomen. Het Zorginstituut zou bevorderen dat dit een plek krijgt in de medische richtlijnen met als doel dat de behandeling maximaal bijdraagt aan de kwaliteit van leven. Dat geldt natuurlijk niet alleen voor oudere patiënten, maar ook voor jongere patiënten die met een ernstige ziekte geconfronteerd worden. Ik wilde dit nog graag aan de minister meegeven. Hij heeft het verder niet gememoreerd, maar ik zou heel graag zien dat we het ook echt op die manier gaan verankeren. Ik hoop echt dat het

Zorginstituut niet wacht op de brief om dit op te pakken. Volgens kunnen ze daar nu al mee beginnen.

Minister Bruins:

Ze zijn daar al mee bezig, ook in internationaal verband. Dat samen beslissen is ongelofelijk belangrijk. Uw aankeiler, als ik het zo mag uitdrukken, was de oudere patiënt, maar het geldt natuurlijk niet alleen voor de oudere patiënt. Ik hoef dus ook nergens op te wachten. Ik moet er gewoon voor zorgen dat de Kamer voor de zomer mijn beleidsbrief over dit onderwerp heeft. Ik weet heel goed dat er in het regeerakkoord ook over wordt geschreven. Ik vind het een heel belangrijk onderwerp en ik vind dat overigens niet alleen; ik merk ook in het veld dat men het een belangrijk onderwerp vindt.

De voorzitter:

De minister gaat verder met de beantwoording van de vragen van de heer Van Gerven van de SP, denk ik.

Minister Bruins:

Nou, als u dat wilt, dan doen we dat. Eerst maar weer de vragen over het subsidiekader. De heer Van Gerven had het ook over die bonus van €10.000. Ik denk eerlijk gezegd dat ik daarop in eerdere betogen voldoende heb geantwoord. Over de indexering hebben we het inmiddels ook gehad. In antwoord op de vraag of die samenwerkingsverbanden al dan niet mogelijk zijn, heb ik betoogd dat die onder de nieuwe regeling goed mogelijk zijn aan de hand van projectsubsidies en dat ik dat een goed idee vind. Er is dus niet alleen ruimte voor bestaande organisaties, maar ook voor nieuwe initiatieven. Mogen ook nieuwe organisaties projectsubsidies aanvragen? Daar hebben we het ook al over gehad. Dan de vraag: zorg die onder de Wet maatschappelijke ondersteuning valt, valt niet onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg; zou dat niet zo georganiseerd moeten worden? Mijn antwoord daarop luidt als volgt. Zoals eerder aan uw Kamer en onlangs ook aan de Eerste Kamer gemeld, geef ik er de voorkeur aan om de resultaten van een paar onderzoeken af te wachten. Het gaat dan om het onderzoek Heft in eigen hand, dat de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving op dit moment doet, het onderzoek van Scheltema over de integrale afhandeling van geschillen en het evaluatieonderzoek over langdurige zorg van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Ik wil de resultaten van die drie onderzoeken graag hebben. In het najaar zal ik de Kamer daarover informeren, waarbij ik ook zal ingaan op de verhouding Wmo-Wkkgz.

Dan de advanced-careplanning. Dat gaat eigenlijk over het samen beslissen. In het betoog in de richting van mevrouw Dik-Faber heb ik daar het een en ander over gezegd.

Dan nog de vermijdbare sterfte in de particuliere sector. Zojuist hebben we het over het NIVEL-rapport gehad. Het NIVEL heeft een verkennend dossieronderzoek gedaan in klinieken voor oogheelkunde, orthopedie en plastische chirurgie. Dat laat zien waar mogelijke risico's zitten in deze sector, maar -- dat was ook een beetje de toon van het betoog van de heer Van Gerven -- de resultaten geven nog geen betrouwbaar beeld, omdat er maar tien klinieken bereid waren om mee te doen en omdat het onderzoek maar over een beperkt aantal vakgebieden ging. Ik vind het toch een belangrijk rapport, want er is een start gemaakt. Ik hoop dat het gaat dienen als een spiegel voor de sector. Wat mij

betreft is dat dossieronderzoek voor herhaling vatbaar. Ik zou het willen verbreden. Ik wil graag dat alle klinieken in de volgende ronde bereid zijn om mee te doen en dat de brancheorganisatie de achterban stimuleert om ook qua dossieronderzoek transparant te zijn. De urgentie van patiëntveiligheid moet worden benadrukt bij alle contacten met deze sector. Ik vind dat ik daar ook een rol in heb.

Voor 1 januari is een AMvB aan uw Kamer toegezegd met betrekking tot de onafhankelijkheid van de cliëntenvertrouwenspersoon. De heer Van Gerven heeft gevraagd wanneer ik daarmee kom. Rond de zomer wordt de AMvB zorg en dwang bij uw Kamer ingediend. Hierin worden ook nadere regels gesteld over de cliëntenvertrouwenspersonen. Het wordt rond de zomer. Als ik het zelf had bedacht, dan zou dat eigenlijk praktisch betekenen dat het na de zomer is. Maar rond de zomer is toch mooier; het klinkt mooier.

Ik kom bij de vragen van mevrouw Sazias over cliëntondersteuning. Een daarvan was: cliëntondersteuning wordt niet structureel aangeboden door gemeenten en er is te weinig inzicht in de behoeften van de cliënt; is de minister bereid om de cliënt erbij te betrekken om meer inzicht te krijgen? Ja, dat geldt voor de ene groep mensen misschien wat meer dan voor de andere, maar binnenkort start er een onderzoek naar de vraag onder cliënten naar cliëntondersteuning. Dat is dus een bevestigend antwoord op de vraag van mevrouw Sazias.

Dan de bekendheid van de functie van cliëntondersteuning. Daarvan heb ik gezegd dat er een brief van collega De Jonge in aantocht is over de wijze waarop hij de extra middelen voor dit onderwerp uit het regeerakkoord wil inzetten. Die brief komt in mei naar de Kamer.

Mevrouw Sazias stelde ook een vraag over de medicatieveiligheid. Zij vroeg of ik bereid ben om de medicatiebeoordelingen uit het eigen risico te halen. Dezelfde vraag kreeg ik ook van mevrouw Sazias bij de begrotingsbehandeling. Het antwoord is ook nog steeds hetzelfde: nee, ik ben niet bereid om medicatiebeoordelingen uit te zonderen van het eigen risico. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij verwachten dat patiënten die in aanmerking komen voor een medicatiebeoordeling hun eigen risico eerst volmaken en dat de medicatiebeoordelingen dus geen extra belasting van het eigen risico opleveren. Daarnaast hebben meerdere zorgverzekeraars de kosten van medicatiebeoordeling via de aanvullende verzekering buiten het eigen risico geplaatst. Daarmee hebben patiënten voldoende mogelijkheden bij het kiezen van een zorgverzekeraar -- het zijn er meerdere; ik heb er een heel lijstje van -- die past bij hun wensen ten aanzien van medicatiebeoordeling zonder dat dit ten laste komt van hun eigen risico.

Mevrouw Sazias vroeg ten slotte hoe ik ga voorkomen dat organisaties door de farmaceutische industrie worden gefinancierd. Ik vind het niet principieel bezwaarlijk dat pg-organisaties een bijdrage ontvangen van een farmaceutische onderneming. Dat zou wel bezwaarlijk zijn als dit zou leiden tot beïnvloeding ten aanzien van bijvoorbeeld medicijngebruik. Er zijn daarom een aantal waarborgen. De patiëntenorganisatie die een subsidie ontvangt, zorgt ervoor dat het bestuur van de organisatie onafhankelijk is en dat de onafhankelijke uitvoering van de gesubsidieerde activiteiten aantoonbaar is. Daarnaast zijn er de gedragsregels in de Gedragscode Geneesmiddelenreclame en de Gedragscode Fondsenwerving, die de Patiëntenfederatie Nederland onder haar leden verspreidt. Heb je daarmee een absolute garantie tegen het optreden van belangenverstrengeling? Nee, dat niet, maar je hebt wel een aantal waarborgen ingebouwd.

Ik kom bij de vragen van mevrouw Agema, maar ik zie dat zij thans niet aanwezig is.

De voorzitter:

Nee, mevrouw Agema is niet meer aanwezig. Zij is naar het debat in de plenaire zaal gegaan. Mevrouw Sazias heeft nog wel een interruptie.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Ik had nog een heel specifieke vraag over het screenen van tumoren voor chemobehandelingen.

Minister Bruins:

Ik ga werken aan dat antwoord. Mevrouw Sazias heeft gelijk. Mijn verontschuldiging. Dat antwoord komt in de tweede termijn.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Voorzitter, misschien kan het ook schriftelijk, want ik wil ook naar het debat in de plenaire zaal.

Minister Bruins:

Ik wil toch antwoorden. Ten eerste omdat ik het een belangrijke vraag vind, maar ook omdat ik de Kamer niet wil overspoelen met brieven. De vraag is welke mogelijkheden er zijn om vooraf te testen welke behandeling de meeste aangewezen behandeling van kanker is. Het concept waarbij vooraf wordt getest welke kankerbehandeling de aangewezen behandeling is, is een uitstekend idee, maar het aantal valide toepasbare testen is tot nu toe beperkt. Soms is het goed mogelijk om precision medicine toe te passen. Bij borstkanker kan door onderzoek bepaald worden of in de tumor de zogenaamde HER2/neu-receptor aanwezig is. Als die receptor in de tumor aanwezig is, wordt het antikankermedicijn Herceptin gegeven, maar anders niet. Er zijn ook andere voorbeelden te geven, maar helaas is een dergelijk precision medicine nog lang niet overal mogelijk. Hoe lastig het kan zijn, is gebleken bij de mammaprint die inmiddels ruim tien jaar geleden op de markt kwam. De mammaprint is een test waarmee in het tumorweefsel 70 genen worden geanalyseerd die geassocieerd zijn met het risico op het uitzaaien van borstkanker. Nog altijd vindt er discussie plaats over de feitelijke meerwaarde van de mammaprint. Recent nog werd geconcludeerd dat de mammaprint geen predictieve test is voor het effect van de chemotherapie. Dus het antwoord op de vraag van mevrouw Sazias is dat er in een aantal gevallen mogelijkheden zijn en dat wordt gezocht naar verbreding, maar dat dit niet een overallmogelijkheid is.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Natuurlijk is het nog niet overal mogelijk en is het nog in ontwikkeling. Enerzijds wil ik er bij de minister voor pleiten om, als het wel mogelijk is, het ook toe te passen, vooral om de impact op de patiënt te verkleinen. Anderzijds gaat het niet altijd alleen om het type chemo, maar ook om de mate van dosering.

Minister Bruins:

Ik ben het met mevrouw Sazias eens dat precision medicine een wenkend perspectief kan zijn. Het heeft haar aandacht. Dat beluister ik heel goed. Het heeft ook mijn aandacht. Als wij daar stappen in zetten, dan zal ik de Kamer daar graag over informeren. Want dat zou heel behulpzaam kunnen zijn voor patiënten. U mag hierbij dus een actieve houding van mij vragen.

De voorzitter:

Mevrouw Dik-Faber heeft te kennen gegeven dat zij gaat vertrekken. Ik heb doorgekregen dat nog één vraag resteert: is deelname aan Europese netwerken bij zeer zeldzame aandoeningen geen omissie in het beleidskader? Kan daar nog een antwoord op komen, eventueel schriftelijk?

Minister Bruins:

Daar moet ik in de tweede termijn of schriftelijk op antwoorden, voorzitter.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Heb ik nou goed begrepen dat het subsidiekader eind deze week in de Kamer afgerond moet zijn? Als de minister schriftelijk antwoordt, dan moet dat op heel korte termijn, want anders kunnen we daar niks meer mee. Misschien is het een heel bevredigend antwoord waarna ik het heel goed snap, maar misschien ook niet.

De voorzitter:

Ik heb van de minister begrepen dat 27 april de laatste datum is. Ik kijk nog even naar de minister.

Minister Bruins:

Ja, voorzitter, dat is juist. Het is niet dat ik halsstarrig wil zijn, maar ik wil graag dat wij dat kader vanaf 1 juli beschikbaar hebben, zodat pgo's daarop kunnen intekenen. Dus als we lang praten, dan heb ik ook nog een antwoord op uw vraag. Ik ga ervoor zorgen dat die vraag schriftelijk wordt beantwoord; voor 27 april heeft u dat antwoord.

De voorzitter:

27 april is vrijdag.

Minister Bruins:

Ik heb het niet paraat. Dus ik moet uw vraag even ...

De voorzitter:

De Kamer is de 27ste al met reces. Dus dat is ingewikkeld. Dan zou het dus morgenochtend moeten.

Minister Bruins:

Voorzitter, wat mij betreft mag het ook in de tweede termijn. Maar ik heb een beetje het gevoel dat u op hete kolen zit. Dat vind ik vervelend, maar ik kan niet met twee voeten in één schoen. Ik wil uw vraag heel graag in de tweede termijn beantwoorden, maar dan moet u mij die tweede termijn even gunnen.

De voorzitter:

Een punt van orde, mevrouw Dijkstra?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Even een procedurele opmerking, een suggestie. Ik neem aan dat er wel iemand meeluistert van de ChristenUnie. Ik denk dat de minister hierop gewoon in tweede termijn antwoord kan geven.

De voorzitter:

Prima. Laten we dat afspreken: in tweede termijn beantwoordt de minister ook die vraag nog. De medewerker van de ChristenUnie luistert dan mee.

De minister gaat verder met de beantwoording.

Minister Bruins:

Dat het langs die weg kan, stel ik erg op prijs.

Voorzitter. Mevrouw Agema sprak over de vermijdbare sterfte in ziekenhuizen. Dat thema is aan bod geweest. Daarnaast was er de vraag over de vermijdbare sterfte in de particuliere klinieken. In reactie op het betoog van de heer Van Gerven hebben we ook daarop gereageerd.

Dan de vraag van mevrouw Agema waarom de Werkgroep Infectie Preventie is opgeheven. Deze werkgroep is weliswaar opgeheven, maar er is voorzien in een doorstart zodat de aandacht voor de infectiepreventierichtlijnen wordt behouden en zeker niet weg is.

Dan een vraag over Humanitas en De Leeuwenhoek. De Kamer heeft hierover een brief van collega De Jonge ontvangen. Meer informatie dan in die brief staat kan ik u niet geven. Dat gaat over De Leeuwenhoek. De inspectie is hiermee aan de slag en verwacht in juni met een rapportage te komen. Collega De Jonge gaat over dat onderwerp graag dan met de Kamer in gesprek.

Mevrouw Agema heeft verder gevraagd wat nou eigenlijk de criteria zijn voor een medische misser. Het criterium is met name of de opgetreden complicatie vermijdbaar is. Dat is het criterium dat onder andere het NIVEL in zijn rapportage gebruikt.

Tot slot de vraag van mevrouw Agema over het verschuiven van de focus van de checklists naar een betere handhaving. Zij kreeg graag een reactie. De route naar de verbetering van de patiëntveiligheid verloopt via de aandacht van de professional voor de risico's van zorg. Toezicht is daarbij een sluitstuk, niet de dominante strategie. Het vraagstuk is eigenlijk: proberen om transparantie en openheid te realiseren en het goede gesprek met elkaar te voeren. Ik denk dat deze mantra hier in de komende jaren nog veel aan bod zal komen.

Ik kom bij de vragen die zijn gesteld door mevrouw Dijkstra. Over de termijn van het nieuwe kader en het tussenkader hebben we het gehad. Zij vroeg verder naar de kleinere koepelorganisaties, hun perspectief en de projectsubsidie. Daar hebben we het ook over gehad.

Zullen we het kader tussentijds evalueren? Ik heb u gezegd dat ik dat graag zou willen doen na twee jaar te hebben gewerkt met het tussenkader. Dan wil ik evalueren. Ik zeg u toe dat ik ook in de tussentijd met de patiëntenorganisatie in gesprek blijf.

Het is blijkbaar een idee dat mevrouw Dijkstra al eerder had: kan €1 van de zorgpremies worden besteed aan patiëntenorganisaties zodat zij niet afhankelijk worden van de gezondheidsfondsen van de industrie? Ik ben geen voorstander van een dergelijke wijze van financiering. De premie is bedoeld voor de zorg. Bovendien kan ik met het subsidie-instrument beter sturen op een toekomstbestendige patiëntenbeweging, namelijk door op impact en bereik te sturen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Misschien mag een vraag die ik heb gesteld nog even opnieuw stellen. Op impact sturen: dat kan ik me heel goed voorstellen, maar wie gaat vaststellen wat de impact is?

Minister **Bruins**:

Impact en bereik: dat is het onderwerp. Daarom kan ik ook zo makkelijk zeggen dat we de komende jaren gewoon in gesprek blijven met patiënten- en gehandicaptenorganisaties. De weg die wij willen gaan, is niet "iets van boven in de organisaties droppen", maar wel: de heel grote debatronde uit het rapport van Schuttelaar. U kunt de resultaten zien. Ik vind dat de manier om de komende jaren verder te akkeren. Ook de patiëntenorganisaties willen toe naar impact en bereik. Maar hoe en wat dan precies, zal ik ook met hen moeten bespreken. Dat zal dus niet worden opgelegd, maar in samenspraak plaatsvinden. We zullen het daar in ieder geval in een goed gesprek met de regio's over hebben.

Dan nog de impact van het vouchersysteem. Hoe gaat je die meten? Dat gebeurt via ZonMw. Dat verloopt ook weer via gesprekken. Er wordt een reeks van gesprekken met het veld gepland. Langs die kant kun je de impact beoordelen.

Dan de Wkkgz en de vele wegen om een klacht in te dienen. Gaat dat wel op de goede manier? Is dat niet te breed? Als ik het goed heb, is dat de vraag van mevrouw Dijkstra. Zijn er niet te veel wegen? Dit lijkt mij nou een heel goed onderwerp om in de loop van dit jaar met de patiëntenorganisaties te bespreken; dan kunnen we nagaan of we dat kunnen kanaliseren.

Kan ik ervoor zorgen dat de zzp'ers in de cosmetische zorg zich kunnen aansluiten bij een klachteninstantie? Daar hebben we het over gehad. Veel klachten worden ongegrond verklaard. Hoe kan de minister voorkomen dat dat zo blijft? Daar ga ik niet over. Dat is echt aan een onafhankelijke geschilleninstantie. Het is natuurlijk de bedoeling van de Wkkgz dat veel klachten informeel worden opgelost. Eerlijk gezegd, vind ik het prima als dat langs die weg gaat. Ik wil wel de vinger aan de pols houden bij de informele klachtoplossing. Ik stel mij voor dat we die informele klachtoplossing ergens in 2019 -- nadat dit een tijdje heeft gewerkt -- monitoren of dat we daarover dan een soort oordeel vormen aan de hand van de resultaten van de Wkkgz.

Dan tot slot de vragen die zijn gesteld door mevrouw De Vries van de VVD-fractie. Kan de vernieuwing wachten tot 2023? Waarom begin ik niet veel eerder? Ik hoop dat wij eerder kunnen starten en dat de gesprekken niet tot die tijd hoeven te wachten.

Ben ik bereid om de dialoog over het volgende subsidiekader nu al te starten? Ik heb eerder betoogd dat dat het geval is. Dat wil ik doen.

Is een programma bij ZonMw niet veel te wetenschappelijk voor patiëntenorganisaties? Ik paraphraseer de vraag van mevrouw De Vries nu maar. Ik denk het niet. Ik ga nog met ZonMw om de tafel zitten om te zorgen dat we dit op een praktische manier met korte

doorlooptijden organiseren, zodat het ook voor kleine organisaties goed behapbaar is. Ik zal op dit punt ook een paar informatiebijeenkomsten laten organiseren.

Dan het nieuwe subsidiekader. Is dat er al in 2019? Nee, dan nog niet. Maar de gesprekken daarover starten al wel. O, ik hoor nu dat het per 1 januari 2019 beschikbaar is. Sorry, dat gaat niet over het evalueren, maar over het inrichten van het voorliggende subsidiekader. Het is de bedoeling dat, als we werken aan de planning die we met elkaar hebben afgesproken en we de publicatiedatum van 1 juli halen, dit op 1 januari 2019 beschikbaar is.

Over de toegankelijkheid van het tussenkader voor nieuwe organisaties hebben we het inmiddels gehad. Over de rol van ZonMw hebben we het ook gehad.

Dan de cultuuromslag en de vermijdbare sterftegevallen. We kunnen niet voldoende benadrukken dat daar de winst in moet zitten. Ik heb eerder aan een van uw collega's geantwoord dat ik op 1 oktober een projectplan, een actieprogramma, wil hebben. Daar wil ik dan met u over spreken en dat betreft ook de mate van concreetheid van dat programma. Dat moet dus verder gaan dan datgene wat er in de brief staat die ik u een dezer dagen heb toegezonden.

Dan de medical devices regulation. Samen met de IGJ, de veldpartijen en de Europese collega's werk ik op dit moment aan een soepele overgang en aan een implementatie van deze verordening, zodat die op tijd klaar is en aan de nieuwe regels kan worden voldaan. We zijn daarbij in overleg met onder andere de fabrikanten en de leveranciers met als doel dat hulpmiddelen veilig en van hoge kwaliteit zijn en de noodzakelijke hulpmiddelen voor iedereen beschikbaar zijn en blijven. Overigens zijn heroverwegingen van productportfolio's door fabrikanten aan de orde van de dag. Dit is dus niet alleen afhankelijk van aanpassingen in de wetgeving. Ik wil de impact van de nieuwe regelgeving op fabrikanten en andere partijen niet onderschatten, maar ik wil wel aangeven dat ik ervan uitga dat fabrikanten op tijd communiceren over aanpassingen in hun portfolio's zodat eventuele tekorten door alle partijen op tijd kunnen worden ondervangen.

Dan het punt van de goede en veilige informatie-uitwisseling. Hoe ga ik daarvoor zorgen? Wanneer weet men of een app goed en veilig is? Dit punt komt aan de orde in het informatieberaad. Het informatieberaad spreekt eerst over het uitwisselen van gegevens en vervolgens over het borgen van veilig uitwisselen. Dat is een oerbelangrijk onderwerp en het zal nog veel van onze aandacht vragen. Ook bij de ontwikkeling van het concept van MedMij zal het vraagstuk van enerzijds gebruikmaken en delen van de informatie en anderzijds ervoor zorgen dat de privacy intact blijft en dat de patiënt aan het roer staat van zijn eigen gegevens ons de komende periode nog meermalen bezighouden. Zoals u weet is een gesprek met het Informatieberaad over een toelichting op de werkwijze in voorbereiding, zodat wij hier ook met elkaar op in kunnen gaan.

Dan de vaststellingsovereenkomsten, huiselijk gezegd de zwijgcontracten, in de zorg. Vaststellingsovereenkomsten met geheimhoudingsbepalingen staan een open en transparante cultuur in de weg. Een open cultuur is nodig voor goede en veilige zorg. Alleen dan is het mogelijk om met elkaar in gesprek te gaan over wat er niet goed is gegaan, kan daarvan worden geleerd en kan worden voorkomen dat zo iets nog eens gebeurt. Een aantal van u heeft de Adrienne Cullen-lezing in het UMC van 13 april in herinnering gebracht.

In april 2016 riep mijn voorganger gedupeerden die een zwijgcontract hebben getekend op om zich te melden bij de inspectie. Op basis daarvan heeft de inspectie in het voorjaar van 2017 een rapport gemaakt over 55 ontvangen meldingen. Acht van de betreffende overeenkomsten bevatten onwenselijke afspraken. De rapportage maakt inzichtelijk welke acties de inspectie heeft ondernomen naar aanleiding van de individuele meldingen. Zij ziet erop toe dat zorgaanbieders dergelijke afspraken niet meer zullen maken. Hebben we daarmee de garantie dat het nooit meer voorkomt? Nee. Keurt u ze af? Ja. Is elk vertrouwelijk contract een zwijgcontract? Nee, en daar zit meteen de spanning in. Ik heb dat laatst ook nog gedeeld met uw Kamer in een ander debat. Je weet niet altijd of er sprake is van een zwijgcontract. Daarvoor zijn we toch afhankelijk van meldingen. Ik prijs me gelukkig dat het aantal meldingen in de laatste periode niet hoog meer is: recent maar één. Maar aandacht vragen voor het onderwerp blijft altijd nodig, omdat we een cultuurverandering op gang willen brengen.

Dan heb ik nog één vraag, namelijk van mevrouw Dik-Faber. Nederland speelt een vooraanstaande rol binnen het beleid ten aanzien van zeldzame aandoeningen. Dit beleid heeft een belangrijke Europese dimensie. Is de minister bereid om de patiëntenverenigingen hierbij financieel te ondersteunen? Is hier niet sprake van een omissie? Deze patiëntenverenigingen komen niet in aanmerking voor instellingssubsidie uit het beleidskader. Dat past niet in het kader, omdat het een nationaal kader is. Uit dit kader kunnen dus geen Europese activiteiten, zoals deelname aan de European Patient Advocacy Groups, worden gefinancierd. Er is dus geen sprake van een omissie. Daarvoor moeten deze verenigingen primair bij EURORDIS zijn, de Europese belangenvertegenwoordiger van patiëntenverenigingen. Ik wil voorkomen dat er een scheefgroei ontstaat binnen Europa doordat de ene lidstaat wel ondersteunt en de andere dat niet doet. Via EURORDIS kan een uniforme lijn worden getrokken en worden afgestemd met de Europese Commissie. Voorzitter, tot zover.

De voorzitter:

Ik kijk nog even of er nog vragen zijn blijven liggen. Bij mij is nog één vraag blijven liggen over de apotheekhoudende huisarts. Misschien kan die in tweede termijn meegenomen worden. Ik zie dat dat het geval is. Dat is prima.

Ik wil een korte tweede termijn doen. Laten we een spreektijd van anderhalve minuut afspreken. Dan geef ik het woord aan de heer Slootweg.

De heer Slootweg (CDA):

Voorzitter. Ik ga dat proberen. In ieder geval hartelijk dank, voorzitter. Ook dank aan de minister voor het beantwoorden van de vragen. Het is wel een beetje een rommelig geheel en dat verdient dit onderwerp volgens mij niet. Laat ik nog even terugkomen op het subsidiekader. Ik begrijp dat de minister zegt dat hij eigenlijk geen zin heeft om geld te reserveren voor Twentse, Friese of Gooise patiëntenplatforms, maar het is voor mij van belang om te weten of die Twentse, Friese en Gooise patiëntenplatforms zo meteen wel een beroep kunnen doen op ZonMw. Op dit moment is nog niet helder wat de voorwaarden zijn die ZonMw stelt. Ik denk dat het wel van belang is dat er in ieder geval voor deze groepen helderheid daarover gaat ontstaan.

Dan nog een tweede vraag, die ik in elk geval niet helemaal beantwoord heb horen worden. Er zijn geschillencommissies, die doen uitspraken en toch krijgen wij nog

weleens signalen dat zorgaanbieders die naast zich neerleggen. Is er nou niet een mogelijkheid om toch de afspraak te maken dat als een geschillencommissie een uitspraak doet, de zorgaanbieders zich hieraan houden? Daar wil ik het bij laten.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is het woord aan mevrouw Ellemeet van GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de minister voor de beantwoording van de vragen. Het goede nieuws is dat ik de minister heb horen zeggen -- dat wilde ik nog even bevestigd krijgen -- dat de pg-organisaties wel degelijk geïndexeerd gaan worden voor het personeel. Precies, dat is een goede vraag.

Dan heb ik nog wat goede vragen. De minister is nog niet ingegaan op de lokale belangenbehartiging, die ook heel erg belangrijk is. Ik vroeg of die niet landelijke gefinancierd kan worden. En, zo nee, of de minister in gesprek zou kunnen gaan met de VNG over financiering van die lokale belangenbehartiging, omdat die gezien de decentralisaties veel belangrijker is geworden. Eenzelfde soort vraag heb ik over het VN-verdrag. Er is inderdaad financiering, maar die is zeer beperkt. De input die de pg-organisaties moeten leveren als het gaat om ervaringsdeskundigheid en hun eigen inzicht vindt nu plaats vanuit de bestaande financiering. Daar is voor die pg-organisaties dus niets extra's bij, terwijl we wel werk willen gaan maken van dat VN-verdrag. Mijn vraag aan de minister is dus hoe hij dit wil gaan organiseren, zodat ook al die pg-organisaties hier een bijdrage aan kunnen leveren.

Ten slotte nog de beschikkingsarme aanpak van de gemeenten, ook als het gaat om de cliëntondersteuning. Het gaat erom dat ook het formuleren van die zorgvraag onafhankelijk moet gebeuren en dat dreigt nu wat ondergesneeuwd te raken met die nieuwe aanpak. Ook graag daar nog een reactie op. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is het woord aan de heer Van Gerven van de SP.

De heer **Van Gerven** (SP):

Voorzitter. Allereerst even de indexatie, want er dreigt nu verwarring. Ik hoop dat de minister wil bevestigen dat het personeelsdeel inderdaad geïndexeerd wordt.

Dan een vraag over de criteria op basis waarvan subsidie wordt verstrekt in de toekomst. Het leden criterium wordt losgelaten en ik vind dat een slechte zaak. Bij "impact en bereik" krijg ik meteen associaties met uitkomstbekostiging en het woord "bureaucratie". Wat wordt dan de nieuwe meetlat? Als dat weer een heel bureaucratisch gedrocht wordt, zou ik zeggen dat een organisatie die zich bewijst en een plek heeft in de samenleving ook gewoon leden heeft. Ik zou dus niet weten waarom je dat criterium moet loslaten.

Dan de privéklinieken. De minister heeft het over het onderzoek van het NIVEL, dat over tien klinieken gaat. Er is ook een onderzoek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en die heeft het erover dat het achterblijven van die klinieken een structureel karakter heeft: 50% van de klinieken heeft geen time-out, in 59 van de onderzochte klinieken zijn geen functioneringsgesprekken en ga zo maar verder. Er deugt een heleboel niet. Die privéklinieken hebben vaak ook een commerciële inslag, wat een risico vormt voor de

kwaliteit van de zorg. Mijn vraag aan de minister is hoe hij dat nou gaat aanpakken. Dat probleem bestaat al zolang ik in de Kamer zit of met dat probleem bezig ben en ik zie eigenlijk geen wezenlijke verbetering als ik die cijfers zie. Hoe gaat de minister er nou voor zorgen om de kwaliteit van de zorg in privéklinieken te borgen voor mensen die daar gebruik van maken en welk doel heeft hij daarbij?

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is het woord aan mevrouw Dijkstra van D66.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter, dank u wel. Voor de duidelijkheid wil ik nog even een vraag opnieuw aan de orde stellen. Ik dank de minister wel voor de beantwoording, maar hier en daar is het me niet helemaal duidelijk. Ik heb gezegd dat in de Wkkgz veel klachten ongegrond worden verklaard. De minister interpreteerde mijn vraag als wat je daaraan kunt doen, maar dat was niet mijn vraag. Wat je hierdoor eigenlijk ziet, is dat veel meer vragen dan we misschien dachten zich lenen voor informele behandeling. Mijn vraag was hoe dat kan worden bevorderd. De minister heeft al aangegeven dat er monitor komt in 2019 of dat hij bereid is om te kijken naar wat zich nou voor informele behandeling leent. Dus even voor de duidelijkheid: bedoelt hij dit daar dan ook mee?

Dan nog een ander punt, als het gaat om de zzp'ers en de aanbieders van cosmetische en alternatieve zorg. De minister zegt dat die zich ook moeten houden aan die Wkkgz. Mijn vraag is hoe patiënten weten waar ze terecht kunnen. Hoe wordt gemonitord dat deze aanbieders ook aan hun informatieplicht voldoen? Daar wou ik het blij laten, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan wil ik het voorzitterschap graag weer overdragen aan mevrouw Dijkstra.

Voorzitter: Pia Dijkstra

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Voorzitter. Een paar vragen van mijn kant nog. De minister heeft aangegeven het tussenkader voor de subsidies in 2021 te willen evalueren. Ik hoop dan niet dat pas daarna duidelijk gaat worden hoe het uiteindelijke definitieve nieuwe beleidskader eruit gaat zien, want dat zou ik echt veel en veel te laat vinden. Misschien kan de minister daar nog op reageren.

Dan de subsidieregeling voor ZonMw. Er wordt gezegd dat die op 1 januari 2019 duidelijk is. Dat mag ik toch hopen, want dan begint zij volgens mij ook. De vraag is of er al eerder duidelijkheid is, zodat partijen daarop kunnen inspelen en zich erop kunnen voorbereiden. Ik zou het op prijs stellen als in elk geval de Tweede Kamer wordt geïnformeerd over hoe die subsidieregeling eruit gaat zien.

Dan de medical device regulation. De minister geeft aan dat hij denkt dat het wel los zal lopen, als ik het zo even mag interpreteren. Ik maak me daar iets meer zorgen over, dus ik zou het wel prettig vinden dat we als er signalen komen over het ontstaan van tekorten daar in ieder geval over geïnformeerd worden als Tweede Kamer en dat de minister daarover in gesprek blijft met de fabrikanten en de notified bodies.

Dan de zwijgcontracten. Ik vind het wel jammer dat de minister deze lijn volgt, omdat ik denk dat je een heel helder signaal geeft als je zegt dat die die dingen wilt verbieden. Ik vind gewoon niet dat het mag voorkomen. Ook al komen ze volgens de cijfers nu weinig voor, zou ik dat een heel duidelijk signaal vinden. We gaan nog even kijken hoe we daar verder op kunnen broeden.

De apotheekhoudende huisartsen heb ik al genoemd. Dan het dwingen van de zelfstandige klinieken. Ik ben er wel benieuwd naar hoe we die kunnen laten meedoen aan die onderzoeken. Wat betreft het plan van de ziekenhuizen over vermijdbare sterfte had ik nog specifiek gevraagd om te kijken naar de infectiepreventie en mogelijkheden om sepsis te voorkomen. Dat was het.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw De Vries. Ik geef u het woord weer als voorzitter.

Voorzitter: Aukje de Vries

De voorzitter:

Ik kijk even of de minister direct kan beginnen met de beantwoording. Dat is niet het geval. We schorsen tien minuutjes.

De vergadering wordt van 16.00 uur tot 16.12 uur geschorst.

De voorzitter:

Het woord is aan de minister.

Minister Bruins:

Voorzitter. Nog een enkele vraag en een enkel antwoord. De heer Slootweg vroeg of de Gooise vereniging, als voorbeeld van een lokale organisatie, een subsidieaanvraag kan doen, ja of nee. Het antwoord is ja. Als die maar wel binnen de termen valt van de subsidievoorwaarden, dat spreekt voor zich. Dan kan je zo'n aanvraag doen, ook als je een lokale organisatie bent.

Dan de uitspraken van de geschillencommissies. De heer Slootweg zegt dat men die uitspraken weleens naast zich neerlegt en vraagt of je dat kunt voorkomen. Zo'n uitspraak, zo'n advies, is bindend en dat kun je niet naast je neerleggen. Wat is de oplossing? Dat is de gang naar de rechter.

Dan de vragen van mevrouw Ellemeet. Ik zat niet goed over de indexatie van het personeel. Dat is de oude regeling en omdat die oude regeling veel gedoe heeft opgeleverd, zit in de nieuwe regeling geen vergoeding voor indexatie van personele kosten. Dat is dus niet het geval. Ik zal even voorlezen wat ik heb staan: "In het verleden keerde VWS de indexatie, de OVA, wel uit aan een deel van de patiëntenorganisaties, maar dit leidde tot ongelijkheid en veel onrust in het veld. In 2008 is dit afgeschaft. In de huidige subsidiesystematiek verantwoorden patiëntenorganisaties zich ook niet over personeelskosten. Dit zou betekenen dat een correctie voor loonkosten alleen naar grote organisaties of koepels gaat. Herintroductie van indexatie leidt daarom nog steeds tot ongelijkheid in het behandelen van patiëntenorganisaties." Dus daarom deze uitspraak over de indexatie. Het is maar goed dat u daar nog even naar heeft gevraagd, mevrouw Ellemeet.

Dan de vraag over beschikkingsarm indiceren. Die vraag kwam schriftelijk tot mij, maar mevrouw Ellemeet heeft hem ook uitgesproken. Kan onafhankelijke cliëntondersteuning helpen bij het vaststellen van de ondersteuningsvraag? Het antwoord daarop is dat het recht op gratis onafhankelijke cliëntondersteuning in de Wmo en de Wlz staat en dat dat altijd geldt, ook als een gemeente beschikkingsarm werkt. Ik vind dat als gemeenten zo werken, ze extra alert moeten zijn op de positie van de cliënt. Dat kan onder andere door individuele cliëntondersteuning actief aan te bieden. Ik heb u al eerder gezegd dat ik graag bereid ben om dat gesprek met de gemeenten te voeren. Dan het gesprek met de gemeenten over lokale belangenbehartiging. Dat loopt mee in een traject van de Wmo waar collega De Jonge over gaat. Ik roep in herinnering dat het hier een wettelijke taak betreft van gemeenten.

Mevrouw Ellemeet vroeg of er voldoende geld is gereserveerd voor de implementatie van het VN-verdrag. Ik meld daarover wat ik ook in eerste termijn zei: er loopt een aparte subsidie via de alliantie waar Per Saldo en ook andere organisaties in meedoen. Is dat voldoende? Misschien vindt u van niet en ik van wel, maar dat is een andere vraag dan we vanmiddag bespreken aan de hand van dit kader.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Zowel over het gesprek dat de minister met de VNG wil voeren over die lokale belangenbehartiging als dat over voldoende mogelijke inzet van pg-organisaties op het gebied van de implementatie van het VN-verdrag is mijn vraag of de minister kan toezeggen dat hij voor de zomer de Kamer informeert over de stand van zaken hieromtrent.

Minister **Bruins**:

Nee. Dat moet ik even overleggen met collega De Jonge, want het zit vooral daar. Het gaat over Wmo en Wlz. Ik wil met hem bespreken hoe dat overleg met de gemeenten het beste kan worden gevoerd, dus ik moet even ruimte hebben om te bekijken hoe ik daar het beste antwoord op kan geven. Ik heb behoefte om hier eerst met de collega over te spreken, om dit in afstemming te doen. Daarover wil ik u dan wel weer informeren.

De **voorzitter**:

Dat lijkt mij heel goed. Is daar een termijn bij te noemen?

Minister **Bruins**:

Het resultaat van die afstemming kan ik u voor de zomer wel vertellen.

De **voorzitter**:

Oké. Dan schrijven we dat in ieder geval op.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Tot de zomer afstemming met de collega? Dit vind ik wat onduidelijk. Wanneer kan deze minister vertellen of hij in overleg met zijn collega tot een afspraak is gekomen? Kan hij de Kamer voor de zomer op de inhoud informeren op de twee punten die ik net noemde?

Minister **Bruins**:

Ik zit niet goed genoeg in het onderwerp, dus ik heb behoefte aan overleg met De Jonge. Dat wil ik ergens in de komende weken wel doen. Als ik nou zeg dat ik dat in mei doe?

De voorzitter:

Prima. De minister gaat verder met de beantwoording.

Minister Bruins:

De heer Van Gerven vindt de criteria "impact" en "bereik" onduidelijk. Ik vind die eigenlijk helemaal niet zo onhelder en ik ben graag bereid om daar het gesprek met patiënten- en gehandicaptenorganisaties over te voeren. Het gaat dan over de criteria voor de nieuwe regeling. Dat zijn dus niet die voor het tussenkader, maar voor het nieuwe kader dat vanaf 2023 gaat gelden. Ik heb in de eerste termijn uitgebreid verteld dat we die uitwerking van "impact" en "bereik" samen met het veld willen gaan doen, dus van leden en aandoening naar impact en bereik. Dat willen we niet vanuit een hoge toren doen, maar samen met het veld.

De heer Van Gerven (SP):

De minister zei dat de patiëntenverenigingen erachter staan om naar de criteria "impact" en "bereik" te gaan. Ik weet dat nog zo net niet. Is de minister dan bereid om als patiëntenverenigingen bij de ontwikkeling van die meetlat zeggen dat het toch geen goede ontwikkeling is, geen goede weg is, daarnaar te luisteren? Kortom, is hij bereid om niet als noodzakelijk uitgangspunt te nemen dat het impact en bereik moeten worden?

Minister Bruins:

Het beleidskader dat nu bij uw Kamer voorligt, is bottom-up tot stand gekomen, dus door en voor het veld. Niet alleen de bekende koepels en de pg-organisaties, maar ook individuele patiënten, cliënten en mantelzorgers, gemeenten, verzekeraars en nieuwe netwerkorganisaties hebben wij betrokken bij de Patiëntendialoog. De afspraak met hen is dat wij stappen zetten naar een kader dat gestoeld is op impact en bereik. Ook was men het erover eens dat deze overgang niet in één big bang kan plaatsvinden. Dit is de route die ik graag wil gaan. Dat lijkt mij belangrijk voor de komende periode. Over de vorderingen zal ik u informeren.

Dan het punt van de particuliere klinieken. De heer Van Gerven heeft er terecht op gewezen dat er stringent toezicht wordt gehouden. Dat doet de inspectie al. Daar spreken wij over met de inspectie en ook met de koepelorganisatie van die privéklinieken. Morgen spreekt de inspectie alweer met die koepelorganisatie en ik denk dat die strikte aanpak voorlopig moet worden voortgezet.

Dan de vragen van mevrouw Dijkstra. Haar eerste vraag die er nog lag, ging over de ongegronde klachten in het kader van de Wkkgz. Daardoor is er veel sprake van informele behandeling. Ik denk dat zij en ik niet van mening verschillen. Kun je die informele behandeling bevorderen? Daartoe dient inderdaad die monitor die ik voornemens ben om volgend jaar uit te voeren.

Dan het punt over de cosmetische sector, de zzp'ers en het ontbreken van een plek waar je terecht kan met je klachten. De sector is bezig met het maken van een handreiking. Er komen ook bijeenkomsten. Ik denk dat voor de patiënt het allerbelangrijkst is: heeft u een klacht, meldt u zich bij het Landelijk Meldpunt Zorg van de inspectie. Dat wil ik ook

bekendmaken. Dat doe ik dan ook maar langs deze weg. Men moet zeker weten dat men daarvoor bij de inspectie terecht kan.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik heb daar nog een vraag over. Dat meldpunt hebben we natuurlijk al langer. De vraag is of mensen daar nu voldoende mee bekend zijn. Is het ministerie van plan om daar op de een of andere manier nog een keer opnieuw aandacht voor te genereren, om het nog eens onder de aandacht te brengen?

Minister **Bruins**:

Dat laatste is het geval. Als wij het overleg voeren met de koepel, zal ik het bestaan van het Landelijk Meldpunt Zorg met nadruk onder de aandacht brengen van de sector, van de koepel.

Dan zijn er nog een paar vragen van mevrouw De Vries. Eerst de evaluatie van het tussenkader. Weet je dan ook al wat over het nieuwe kader? Het antwoord is ja. Ik wil die gesprekken niet pas gaan voeren in 2021, maar ook al de komende periode. "Impact" en "bereik" zijn mooie woorden, maar die verdienen verduidelijking en ik wil ervoor zorgen dat we in de komende periode daar al ingrediënten voor beschikbaar hebben.

Dan de subsidieregeling van ZonMw. Die moet ver voor 1 januari bekend zijn. Daar moeten de organisaties op kunnen vertrouwen. We zullen ervoor zorgen dat die regeling voor 1 oktober beschikbaar is. Daar wil ik de Kamer over informeren, zodat zij mee kan lezen hoe die regeling in elkaar steekt.

Dan de medical device regulation. De vraag van mevrouw De Vries beschouw ik als een oproep om een vinger aan de pols te houden voor eventuele tekorten in de komende periode. Dat zal ik doen. Ik wil wel benadrukken dat het primair aan de fabrikanten en de leveranciers is om goede afspraken te maken. Maar ik zeg hier toe dat als er een dreiging is van tekorten, ik de Kamer daarover zal informeren.

Dan het punt van de zwijgcontracten. Kun je ze verbieden? We hebben met de inspectie over dit onderwerp gesproken en die heeft mij aangegeven dat de bestaande handhavinginstrumenten met betrekking het toezicht op ongewenste vaststellingsovereenkomsten vooralsnog toereikend zijn. In een verbod, waar we dan vervolgens weer een wet voor moeten timmeren, zie ik dus niet zo heel veel op dit moment. Maar dat ik het ten sterkste afkeur -- ik denk dat ik dat niet alleen namens mijzelf zeg, maar namens de gehele Kamer -- dat zwijgcontracten bestaan, wil ik wel uitdrukken en hier ook publiekelijk melden.

Mevrouw De Vries vroeg of we particuliere klinieken kunnen verplichten om mee te doen in het onderzoek naar vermijdbare sterfte. Verplichten kan ik ze niet, maar ik heb wel de indruk dat de koepel zichzelf heel serieus neemt en dat er steeds meer bereidheid is, ook bij de particuliere klinieken, om aan het vervolgonderzoek van het NIVEL mee te doen. Daar is mijn hoop nu op gesteld. Dan het onderzoek naar toezicht op infectiepreventie in ziekenhuizen. Dat rapport komt komende maand, in mei. Dat is TIP 3. Ik zal ervoor zorgen dat de Kamer dat ook krijgt.

Tot slot de apotheekhoudende huisartsen. Kunnen we in het kader van de patiëntveiligheid zorgen voor een overgangstermijn van drie maanden voor apotheekhoudende huisartsen die moeten stoppen als een apotheek zich in de buurt

vestigt. Ja, een overgangstermijn moet worden overwogen want medicatieveiligheid en -continuïteit moeten altijd prioriteit hebben.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik wil nog even terugkomen op de zwijgcontracten. De uitspraak van de minister is duidelijk. Mag ik dan concluderen dat als er een zwijgcontract opduikt, de inspectie voldoende middelen heeft om dat zwijgcontract onmogelijk te maken?

Minister **Bruins**:

Ja, daarvan heb ik mij verzekerd bij de inspectie.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik heb nog een nabrander, als het mag. Even echt voor mijn duidelijkheid. We hebben het gehad over het beleidskader. We hebben vastgesteld dat er drie koepelorganisaties zijn, prima, en dat de financiering voor andere organisaties die een beetje die koepelfunctie hebben straks niet meer mogelijk is. Het zit toch een beetje als een graat in mijn keel, omdat ik denk dat een organisatie als de VSOP -- het zullen er meerdere zijn -- ontzettend van belang is, met name omdat het gaat om weesziekten. Dat zijn dus heel kleine patiëntenorganisaties, want het is maar een heel kleine patiëntengroep. De minister zegt dat die dan een beroep moeten doen op projectsubsidies en dat dat ook langjarig kan. Kan hij mij nog een keer precies vertellen hoe lang langjarig dat kan zijn? Is het bijvoorbeeld mogelijk om zo'n subsidie te krijgen voor die tussenperiode?

Minister **Bruins**:

Laat ik hier nou niet iets uitspreken wat klinkt als een toezegging, maar ik zou menen dat als het project een vierjarig verloop heeft dat voor vier jaar kan zijn, dus tot het einde van het tussenkader. Langer kan het nooit zijn. Kortere wel.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Het is duidelijk. Ik probeer een beetje helderheid te krijgen, ook voor toch een heel belangrijke organisatie die toch in heel veel opzichten heel veel betekent. Ik zou het ontzettend jammer vinden als het werk van zo'n organisatie niet kan worden voortgezet. Dat geldt natuurlijk ook voor andere patiënten- en gehandicaptenorganisaties.

Minister **Bruins**:

Ik hoor het pleidooi goed. Ik denk dat ik ook wel weet op welke organisatie mevrouw Dijkstra doelt. De VSOP is in gesprek met ZonMw. Dat gebeurt ook al voor die criteria helemaal af en uitgekristalliseerd zijn. Daar hebben we dus goede hoop op. Maar het is wel een projectsubsidie, dus de inhoud van het project is dan leidend en maatgevend. Ik kan me uw voorzichtigheid wel voorstellen. Ik hoop dat u zich de mijne ook kunt voorstellen, omdat het wel een projectsubsidie moet zijn. Maar nogmaals, over die criteria zijn beide organisaties al met elkaar in gesprek.

De **voorzitter**:

Ik heb nog twee heel korte vragen, als woordvoerder. Eerst over de apotheekhoudende huisarts. Op dit moment krijgen wij signalen dat ze per direct moeten stoppen. Wij zijn

wel benieuwd waar dat dan in geregeld is of hoe dat geregeld zou moeten worden, want in het kader van de patiëntveiligheid is het wel belangrijk dat een goede overdracht kan plaatsvinden van de apotheekhoudende huisarts naar de nieuwe apotheek. Van de subsidieregeling van ZonMw hebben wij begrepen dat de aanvragen al voor 1 oktober 2018 moeten worden ingediend. Dan is het raar dat die op dat moment pas duidelijk zou zijn. Misschien kan de minister daar nog iets over zeggen.
Dan geef ik het woord aan de minister.

Minister Bruins:

Dat begrijp ik heel goed. Er wordt ook meegeluisterd met ons. Dan heb ik toch even behoefte aan een schorsing, want die twee passen nog niet op elkaar als op 1 oktober de boel moet worden ingeleverd en je hebt dan ook pas de criteria. Ik heb behoefte om daar naar te kijken.

De voorzitter:

Dat is prima. Dan schors ik voor een paar minuten.
De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Het woord is weer aan de minister.

Minister Bruins:

Ik heb nog twee vragen van mevrouw De Vries liggen en die wil ik graag beantwoorden. De ene gaat over die subsidieregeling. De komende periode vinden tien bijeenkomsten met het veld en ZonMw plaats over de criteria voor die subsidieregeling. Dat overvalt het veld dus niet. Op 1 oktober zijn de criteria voor die subsidieregeling helder. Dat is voor de eerste tranche 2019. Het is dus ook niet zo dat als je niet meeloopt in die eerste tranche er in de komende jaren geen geld meer is. De criteria zijn helder op 1 oktober. Omdat het veld al kan meekijken met de ontwikkeling van die criteria, denken zij dat ze vanaf 1 oktober niet zo heel veel tijd meer nodig hebben voor het doen van die subsidieaanvraag. Als dat zo is, kunnen wij ervoor zorgen dat op 1 januari het budget beschikbaar is bij de pgo. Ik hoop dat dat een helder antwoord is. Ik hoop dat het zo werkt voor de eerste tranche en ook voor de tweede tranche, enzovoorts, enzoverder. Dat over het subsidiekader.

Dan was er nog een vraag over de apotheekhoudende huisarts en de overgangstermijn. Wat betreft het verschil van inzicht over de vraag of de apotheekhoudende huisarts direct moet stoppen omdat zich een apotheek vestigt of er ook een overgangstermijn mogelijk is, houd ik toch vast aan het antwoord dat ik zojuist heb gegeven. Ik ben bereid om naar een overgangstermijn te kijken in het kader van de continuïteit van zorg. Dat spreek ik hier uit, want dan is dat maar vastgelegd. Als u er behoefte aan heeft dat ik dat nog op een andere manier vastleg, ben ik daar graag toe bereid.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is daarmee de tweede termijn van de minister ook afgelopen. Ik kijk even naar de toezeggingen die zijn gedaan. Dat zijn er redelijk wat geworden.

- Minister De Jonge stuurt voor de zomer een brief over cliëntondersteuning binnen de Wlz naar de Kamer.
 - De minister voor Medische zorg stuurt voor de zomer een brief over value based healthcare, Samen Beslissen en uitkomstinformatie naar de Kamer.
 - De betrokken organisaties -- dat zijn denk ik vooral de ziekenhuizen -- komen voor 1 oktober met een plan over vermijdbare sterfte. Hierna zal de minister dit plan en zijn opvatting hierover zo snel mogelijk toezenden aan de Kamer.
 - De minister wacht de drie lopende onderzoeken af over de zorg van de Wmo onder de Wkkgz en stuurt in het najaar het resultaat van deze onderzoeken met zijn standpunt naar de Tweede Kamer.
 - De minister treedt in overleg met zijn collega-minister op het ministerie over het overleg dat zij gaan voeren met gemeenten en informeert de Kamer hierover in mei. Dat gaat over belangenbehartiging, de vraag van mevrouw Ellemeet.
 - De Kamer wordt geïnformeerd over de subsidieregeling voor ZonMw die er uiteindelijk gaat komen.
 - Het onderzoek naar het toezicht op infectiepreventie komt in mei en zal ook aan Kamer worden verzonden.
- Ik denk dat ik daarmee alle toezeggingen genoemd heb, maar mevrouw Ellemeet is nog niet tevreden.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik heb nog een kleine toevoeging over die brief die voor de zomer ...

De voorzitter:

U wordt daarover in mei geïnformeerd.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja. Dat gaat dus inderdaad over de belangenbehartiging lokaal, maar ook over het VN-verdrag.

De voorzitter:

Oké. Dan voegen we dat nog toe. Dat waren de toezeggingen. Ik kijk even naar de heer Van Gerven, die mogelijk nog een motie wil indienen en dus een VAO wil aanvragen.

De heer **Van Gerven** (SP):

Vooralsnog niet, maar het zou nog kunnen. Dat hangt ook van anderen af, dus vooralsnog geen VAO.

De voorzitter:

Oké, dat is helder. Ik wil daar wel bij opmerken dat als het gaat om het subsidiekader er in ieder geval voor 27 april duidelijkheid moet zijn. Dat is vrijdag en de agenda is redelijk vol morgen, de enige dag waarop dat VAO nog zou kunnen plaatsvinden en aangevraagd zou moeten worden inclusief stemmingen. Dan zou het wel op korte termijn aangegeven moeten worden. Mocht het ergens anders over gaan, kan er na het meireces natuurlijk ook nog een VAO plaatsvinden.

Dank u wel. Dank ook aan de minister en de ondersteuning. Dan sluit ik hierbij de vergadering.

Sluiting 16.37 uur.