

Vergaderjaar 2011–2012

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 29

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 8 november 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 11 oktober 2011 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten-Hyllner van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over totstandkoming nationaal Kwaliteitsinstituut voor de zorg (32 620, nr. 14).**

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

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), Smeets (PvdA), voorzitter, Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Van der Burg (VVD), Ouwehand (PvdA), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wolbert (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Uitslag (CDA), Elias (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Mulder (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Bruins Slot (CDA), Voortman (GroenLinks) en Klaver (GroenLinks).
Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Kuiken (PvdA), Omtzigt (CDA), Berndsén (D66), Klijnsma (PvdA), Ulenbelt (SP), De Liefde (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Vermeij (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Van Toorenburg (CDA), Lodders (VVD), Van der Ham (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Straus (VVD), Van Miltenburg (VVD), Ormel (CDA), Sap (GroenLinks) en Van Tongeren (GroenLinks).

Voorzitter: Venrooy-van Ark
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Venrooy-van Ark, Mulder, Leijten, Bruins Slot, Dijkstra, Agema, Wiegman-van Meppelen Scheppink en Van der Veen

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten-Hyllner van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld zijn van enkele ambtenaren van hun ministerie.

De **voorzitter**: Ik open dit algemeen overleg, en heet eenieder van harte welkom.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. De VVD-fractie is blij dat met het kwaliteitsinstituut wordt ingezet op samenwerking en dat versnippering wordt tegengegaan. Wij zijn wel bang voor regeldruk. We moeten oppassen dat er geen vinklijstjes komen, waardoor artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis staan te vinken, in plaats van bezig te gaan met kwaliteit. Hoe groot wordt het kwaliteitsinstituut, en wat zijn de kosten daarvan?

Mijn fractie begrijpt dat iets wat niet van de grond komt, moet worden doorgezet, zeker om patstellingen te doorbreken. Maar welke instrumenten heeft het kwaliteitsinstituut om dat te doen? Hoe snel gaat dat? Innovatie heeft een bepaalde doorlooptijd van soms wel tien jaar voordat iets is bedacht en helemaal is doorgedrongen op alle werkvloeren. En tegen welke prijs? Als ik zeg dat iets een goede kwaliteit moet hebben en ik noem daar geen prijskaartje bij, dan kan het heel duur worden. Hoe is het prijsaspect geborgd?

Op de keper beschouwd is het kwaliteitsinstituut een zwakgebod, want eigenlijk zouden de zorgverzekeraars die rol moeten spelen. Zij moeten kwalitatief goede zorg inkopen tegen een scherpe prijs. Wij hebben afgesproken dat zij selectief gaan inkopen. Wordt het kwaliteitsinstituut een soort vierde partij? Zo ja, is dat dan niet een taak voor zorgverzekeraars? Blijkbaar lukt dat niet. We hadden vorige week een presentatie van UVIT, waaruit ik heb begrepen dat artsen te weinig transparant zijn. Ze leveren blijkbaar de vereiste resultaatgegevens niet. Welke prikkels hebben we dan eigenlijk nog meer op het gebied van kwaliteit? We hebben het akkoord met de specialisten, met de 80/20-verhouding, waarbij geldt dat ziekenhuizen 20% van het budget kunnen gebruiken voor artsen die betere kwaliteit willen hebben. Je kunt de kwaliteit prikkelen door die verhouding te veranderen van 80/20 naar 70/30 of 60/40. Komen de experimenteer-DBC's, genoemd in het regeerakkoord, van de grond? Wij zijn gewezen op een rapport van de Boston Consulting Group over Zweden, waar resultaten en kwaliteiten van artsen openbaar worden gemaakt, wat blijkbaar een positief effect heeft op de kwaliteit. Gaat het kwaliteitsinstituut dat ook doen? Het mag de gegevens immers ter beschikking krijgen van zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Dan maakt het ze wellicht ook openbaar.

Kwaliteit komt niet van bovenop, je kunt kwaliteit niet opleggen. Het zijn eigenlijk de ondernemers in de zorg en de artsen die dat moeten doen. Loop je met dit kwaliteitsinstituut niet het risico dat je, als je richtlijnen in beton vastlegt, innovatie tegengaat? Stel we hadden een jaar of 40 geleden een kwaliteitsinstituut voor typemachines gehad, hadden we dan de PC gekregen? De PC heeft immers geen zwart lint en geen mechanische toets. Je loopt dus het gevaar met een kwaliteitsinstituut dat je richtlijnen in beton giet, zodat vernieuwing niet van de grond komt. Dat geldt ook voor de beroepsgroep: je moet de beroepsgroep mee laten werken aan de richtlijnen. Eens, maar het bezwaar daartegen kan zijn dat als een richtlijn door de beroepsgroep wordt bepaald – van die beroeps-

groep zijn ook de zwakkere en tragere broeders lid – die richtlijnen «middle of the road» kan zijn. Hoe krijg je de topartsen aan tafel als je richtlijnen maakt? Als je dynamiek wilt hebben, definieer dan de resultaten die je wilt bereiken. Dan kunnen zorgaanbieders kijken, op welke manier ze die resultaten kunnen bereiken. Zo krijg je dynamiek in het stelsel, want als je kijkt naar Zichtbare Zorg, zie je daarbij vooral procesindicatoren. We willen graag outcome-indicatoren.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat de VVD begint over typemachines, in relatie tot het kwaliteitsinstituut en de zorg, zegt meer over de VVD dan over typemachines. Gisterenavond hebben wij allemaal een mailtje gehad van een borstkankerpatiënt die super tevreden is over haar al gestarte behandeling door de Sionsberg. Zij is verzekerd bij CZ. Zij moet, terwijl haar behandeling loopt, waarover zij tevreden is, per 1 januari of naar het medisch centrum in Leeuwarden, of bijbetalen. Is dat nou een beslissing die gefundeerd is op kwaliteit, of op commercieel hobbyisme?

De heer **Mulder** (VVD): Dat is primair een zaak voor de zorgverzekeraars. Betrokkene is blijkbaar bij CZ verzekerd. Als je je daar verzekert, weet je wat de voorwaarden zijn. Als CZ die voorwaarden blijkbaar heeft en je bent daar verzekerd, zijn dat de regels die gelden. Kwaliteit en commercialisatie sluiten elkaar overigens niet uit. Als een ziekenhuis kwalitatief goed is, zijn de kosten per behandeling vaak laag.

Mevrouw **Leijten** (SP): De VVD vindt het dus geen enkel bezwaar dat, als een kankerpatiënt al met een behandeling is gestart, goedgekeurd door de verzekeraar, door het aanvaarden van andere normen, waarvan we niet weten welke kwaliteitseisen daaronder liggen – daarover is vorig jaar veel geruzied – deze vrouw per 1 januari verplicht is te verhuizen naar een ander ziekenhuis, terwijl de behandeling al is begonnen, of moet gaan bijbetalen. Nou, dat staat het systeem netjes!

De heer **Mulder** (VVD): Ik heb eerder gezegd dat dit geen zaak is van de VVD maar van de zorgverzekeraars. Collega Leijten probeert mij woorden in de mond te leggen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De heer Mulder snijdt een heel interessant thema aan. Hij zegt dat je de kwaliteitsnormen niet van bovenaf moet opleggen en dat de professionals daarvoor verantwoordelijk zijn. Tot nu toe was de situatie dat die professionals het zelf moeten doen. En laat ik het heel voorzichtig zeggen: het tempo van de ontwikkeling van de kwaliteitscriteria valt bij te houden. Vervolgens zegt de heer Mulder dat je de outcome moet definiëren. Wie doet dat?

De heer **Mulder** (VVD): Blijkbaar gaat de ontwikkeling van die kwaliteitsnormen traag. Ik zei al in het begin dat het goed is dat dit instituut er is, zodat het richtlijnen zelf kan ontwikkelen als die niet van de grond komen. Bij voorkeur niet, we hebben liever dat het veld dit zelf doet. Wie moet die outcome bepalen? In principe de zorgverzekeraars, maar als dat niet van de grond komt, kan het kwaliteitsinstituut dat bijvoorbeeld doen. Laat ik een willekeurig voorbeeld nemen. Je kunt als outcomecriterium nemen: na een herniaoperatie moet men binnen een maand weer pijnvrij kunnen lopen; zorgverzekeraars, doe dat op een goede manier. Op die manier krijg je innovatie, want je zegt wat ze moeten doen, niet hoe ze dat moeten doen. Als voor een bepaalde behandeling geen richtlijnen of kwaliteitsindicatoren zijn, kan het kwaliteitsinstituut het zo formuleren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De vraag is: hoe komen die zorgverzekeraars dan bij dat wachtcriterium? Een aantal zorgverzekeraars wil in het kader van de concurrentie er wel voor zorgen dat mensen binnen drie

weken pijnvrij fluitend rondlopen. Hoe komen de zorgverzekeraars dan aan die outcome? En wie doet dat? Als het aan de VVD ligt eerst de zorgverzekeraars. Als dat niet lukt, als ze niet van de grond komen, als de beroepsgroep dat nalaat, kan het kwaliteitsinstituut daarbij een rol spelen en helpen.

De heer **Mulder** (VVD): Het zou goed zijn als de zorgverzekeraars zeiden: wij weten het beter, in plaats van in vier weken kan het in drie weken. Zo krijg je dynamiek in het systeem. Maar die outcome-indicatoren moeten dus beschikbaar zijn. Als zij dat niet zijn, moet je ze ontwikkelen. Daar gaat het vaak om.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Leijten

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Gisteravond kregen we allemaal een mailtje van een mevrouw, die het niet erg vindt dat wij haar bij dit debat betrekken. Zij woont op Ameland, heeft borstkanker gekregen en haar behandeling in De Sionsberg is gestart. Ze is daar tevreden: «Ik ben zeer tevreden in De Sionsberg. Omdat het een klein ziekenhuis is, voel ik mij daar niet als een nummer, of als die mevrouw met borstkanker. Ik ben gewoon mevrouw Visser die op Ameland woont. Ik hoef mij niet iedere keer voor te stellen en het hele verhaal opnieuw uit te leggen. Die persoonlijke behandeling spreekt mij juist aan en daar kies ik voor.» Wat een pech dat ze verzekerd is bij CZ. Dient CZ het belang van de patiënt door van deze patiënt, die de behandeling dus al is gestart, per 1 januari te eisen dat zij bijbetaalt, of naar een ander ziekenhuis te verhuizen? Is dat in het belang van de kwaliteit? Is dit hobbyisme van een commerciële jongen, of is deze voorwaarde die CZ stelt – en andere zorgverzekeraars dus niet – zo ontzettend goed of niet? Vorig jaar had CZ een rammelende lijst waarmee ziekenhuizen uitsloot voor borstkankerbehandelingen. Sommige ervan hadden een roze lintje van de borstkankerpatiëntenvereniging, zoals ook De Sionsberg. Dit jaar is Slotervaart heel erg boos en dreigt het met juridische stappen. Ook wordt een academisch ziekenhuis uitgesloten van de inkoop. Minister, is dat academisch ziekenhuis, dat door CZ wordt uitgesloten van inkoop, zo ontzettend slecht? En als de uitgesloten ziekenhuizen daadwerkelijk zo ontzettend slecht zijn, waarom wordt daar dan nog behandeld? Waarom treedt de inspectie daar niet tegen op? Gisteren werd duidelijk dat in Zweden 2 mld. kan worden bespaard door het opstellen van kwaliteitsstandaarden, het publiceren daarover en het benchmarken van ziekenhuizen en hun gegevens. Dat is toch interessant. Daar heb je helemaal niet van die commerciële verzekeraars, die zeggen dat ze inkopen volgens kwaliteit? Dat wordt daar gewoon gefinancierd uit de belastingen en hebben ziekenhuizen er alle belang bij om mee te doen aan openheid, omdat de belastingbetaler dat van ze vraagt. Laat de minister mij eens uitleggen hoe dit systeem, dat nu wordt genoemd als voorbeeld voor hier, is te vergelijken met ons concurrentiemodel, waarin de zorgverzekeraar zogenaamd in het belang van de patiënt zorg inkoop. Het voorbeeld van mevrouw Visser uit Ameland hebben we net gehoord. Als het kwaliteitsinstituut echt van die kwaliteitsstandaarden gaat maken en gaat benchmarken – één uitkomst zegt immers niet veel zonder vergelijking – waren zitten de zorgverzekeraars daarbij dan aan tafel? Laat het kwaliteitsinstituut een ontmoetingsplek zijn van de beroepsverenigingen, wetenschappelijk onderzoek en de beleving van de patiënt. En laat dat inderdaad een stimulans zijn om snel standaarden te ontwikkelen. Waarom moet doelmatigheid hier ook weer vooropstaan? Mag het nou echt eens gaan over kwaliteit? Die vraag wordt maar niet beantwoord. Sterker nog, in de brieven en in het voorstel voor het instituut wordt meermalen de vraag opgeworpen wat kwaliteit nu eigenlijk is. Dat moeten we dus nog gaan opstellen, maar ondertussen verwachten we wel dat de

commerciële jongens van de zorgverzekeraars op dit moment op kwaliteit zouden kunnen inkopen.

Nog twee punten met betrekking tot het kwaliteitsinstituut. Bij de definitie van «kwaliteit» is er sprake van dat het cliëntgerichte zorg moet betreffen die veilig, op tijd, transparant, doeltreffend en doematisch is. En om te bepalen wat kwaliteit is, moet er een meer eenduidige taal komen. Ik vraag de minister of dit de taal gaat worden van de bureaucraten, van de NZa, van de mensen in de pakken met stropdassen, of wordt dat de taal van de mensen in de witte jassen? Dat laatste zou mijn fractie willen. Verder staat er dat de minister verantwoordelijkheid is voor de benoemingen bij het kwaliteitsinstituut. Garandeert zij dat het geen politiek orgaan zal worden, met politieke benoemingen?

De voorzitter: Ik wil een ordepunt voorleggen aan de commissie. Mevrouw Wiegman verzoekt of zij vanwege een ander overleg nu als spreker aan bod kan komen. Gaat de commissie daarmee akkoord? Dat is het geval. Ik geef het woord aan mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink van de ChristenUnie.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ongeveer een jaar lang is verschillende keren verwezen naar het nog op te richten kwaliteitsinstituut, op het moment dat zich allerlei problemen voordeden in de zorg. Het instituut is er nog niet, maar wel het concept. De ChristenUnie zou graag willen waarschuwen voor het risico van een nieuw instituut, met nog meer papier en nog meer protocollen, terwijl we het juist eenvoudiger willen maken. Ik heb een beetje het idee dat het instituut een doel op zich wordt. Wat gaan betrokkenen hieraan hebben?

Het valt mij op dat het instituut vooral op de cure is gericht. Maar wat gaat de care eraan hebben? Kwaliteit in de care betekent namelijk vooral kwaliteit van leven. Gisteren bezocht ik een instelling voor verstandelijk gehandicapten. Daar draait kwaliteit om voldoende vrijwilligers, tijd en geld om af en toe een feestje te bouwen, waarbij de oudste bewoner, ongeneeslijk ziek, voorop in de polonaise mag gaan en nog één keer langs zijn geboorteplaats mag varen. Wat zijn de kosten van een kwaliteitsinstituut? Wie gaat dat betalen? Hoeveel fte's zijn hiermee gemoeid? De fte's die naar dat instituut gaan, zullen geen handen aan het bed zijn. Het kwaliteitsinstituut staat of valt niet met politiek draagvlak, maar vooral met draagvlak in het veld. Nu krijg ik soms toch het idee dat het kwaliteitsinstituut nog vooral in allerlei conceptuele versies vanuit de ivoren toren van VWS is bedacht. Er zijn ontzettend veel ideeën die op ambtelijk niveau circuleren, maar uiteindelijk zal het instituut volledig moeten worden gedragen door onder andere patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In hoeverre is VWS nu al bezig met het vinden van voldoende draagvlak? Op welke niveaus vinden gesprekken plaats?

Uiteindelijk gaat het natuurlijk om het resultaat. De politiek, de zorgverzekeraars en het medische veld moeten zich maximaal inzetten voor het realiseren van kwaliteitsregistraties. Door nauwgezet de resultaten van medisch-specialistische behandelingen te registreren, kunnen ziekenhuizen en artsen van elkaars successen leren. Daardoor zal het aantal complicaties, heroperaties en heropnames dalen. Patiënten krijgen nog betere zorg, en er kunnen miljarden euro's worden bespaard. Zo luidt ook een conclusie van het rapport van het Managementadviesbureau Boston Consulting Group.

Bij het ontwikkelen van het instituut wordt een expliciete focus op patiënten gelegd, maar tegelijkertijd moeten professionele standaarden worden ontwikkeld. Hoe kunnen deze twee uitgangspunten samengaan? De richtlijnen die bijvoorbeeld zijn ontwikkeld voor heelkunde dienen vaak als voorbeeld. Als ik een richtlijn voor heelkunde bekijk, is dat een document met ruim 90 pagina's. Ik kan me zo voorstellen dat uit dit

document indicatoren kunnen worden ontwikkeld die geschikt zijn voor zorgverzekeraars om op in te kopen. Maar ik vraag me sterk af of dit ook kan worden vertaald in indicatoren waar een patiënt wat aan heeft. Zo geeft Actiz aan dat de afgelopen periode in verschillende branches duidelijk is geworden dat de ambitie om te komen tot één metastandaard aan zijn eigen gewicht ten onder dreigt te gaan. Die ene standaard kan niet tegemoet komen aan de diversiteit in het veld. In de cure wordt een andere taal gesproken dan in de care, er wordt vanuit verschillende zorgvisies gewerkt, de indicatoren zijn van een geheel andere orde of soms in het geheel afwezig. Hoe functioneel is uniformiteit? Het is belangrijk dat de ontwikkeling van verschillende professionele standaarden en indicatoren al in een eerste fase wordt gekoppeld aan prestatiebekostiging. Hoe vindt deze koppeling plaats? Hoe betrouwbaar en transparant worden de outcome-criteria? Hoe wordt omgegaan met bedrijfsgevoelige informatie? Het KWI moet over voldoende doorzettingsmacht beschikken, maar het is de vraag hoe deze doorzettingsmacht wordt vormgegeven. Ik ben bang dat, wanneer te veel doorzettingsmacht wordt uitgeoefend, dit op gespannen voet komt te staan met het draagvlak in het veld.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Het CDA is positief over deze concrete plannen. Het is natuurlijk jarenlang een wens van het CDA geweest om meer coördinatie in de kwaliteit van de zorg te krijgen, en dat te stimuleren. Het adagium van de vorige minister was: meer kwaliteit leidt tot meer doelmatigheid. Dit is een goede stap op weg naar de houdbaarheid van de gezondheidszorg. Er gebeurt op dit moment natuurlijk veel in de zorg. Zorgverzekeraars en -aanbieders krijgen meer ruimte voor onderhandelingen. Het is ook noodzakelijk dat de zorgverzekeraar zich kan baseren op goede standaarden. Daarbij is het wel zo dat de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen vaak stroef verlopen, wat natuurlijk geen gewenste ontwikkeling is. Het kwaliteitsinstituut kan hierin een goede rol spelen. De voorgenomen doorzettingsmacht ter zake is dan ook belangrijk.

Met de invoering van de prestatiebekostiging is de laatste jaren al meer aandacht voor de kwaliteit gekomen, want het hoort er allemaal bij. Het risico van meer volume is voor een deel echter ook levensgroot. Een kwaliteitsinstituut kan en moet volgens het CDA een grote rol spelen in de doorgroei naar duidelijke uitkomstindicatoren. Dat kan ook op basis van de outcome-financiering zijn. De RVZ slaat met het sturen op gezondheidsdoelen ook deze richting in. Dat lijkt veelbelovend, maar het vereist ook coördinatie binnen het zorglandschap, doorzettingsmacht en kaders. Het kwaliteitsinstituut kan een deel van deze rol op zich nemen, vanuit een wettelijke basis. Maar hoe moet het kwaliteitsinstituut er dan uitzien?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): U spreekt over het belang van doorzettingsmacht. Wat mij nu juist zo bezighoudt in de notitie, is dat ik geen duidelijkheid krijg over die doorzettingsmacht. Hoe stelt u zich dat voor?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Daar kom ik nog op. Inderdaad is het de vraag hoe je de doorzettingsmacht gaat toepassen. Je hebt doorzettingsmacht gekregen om het veld te pushen, maar als je te vaak daarvan gebruik moet maken, is dat natuurlijk ook geen goed signaal. Mevrouw Wiegman zei daar ook al iets over.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): U hebt daar dus ook geen antwoord op. Dan vind ik het wat lastig om te plaatsen dat u de doorzettingsmacht belangrijk vindt, terwijl u geen idee hebt waaruit die bestaat.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De doorzettingsmacht is belangrijk, om tempo te zetten op de ontwikkeling van goede standaarden, en om de

richtlijnen te implementeren. Daarvoor zou het kwaliteitsinstituut die doorzettingsmacht goed kunnen gebruiken. De vraag die ik net stelde, was hoe het kwaliteitsinstituut eruit moet zien. In goed Nederlands zou dat lean en mean moeten zijn: slank, soepel en slim, en niet verzandend in bureaucratie. Bureaucratische instellingen hebben we al genoeg in Nederland. Hoe kan dit uitgangspunt handen en voeten krijgen? Daarbij gaat het niet alleen om de omvang van het kwaliteitsinstituut, maar ook om de werkwijze. Het kwaliteitsinstituut mag volgens het CDA geen nieuw orgaan worden dat het veld met nog meer eisen confronteert, naast de Inspectie voor de Volksgezondheid en de Nederlandse Zorgautoriteit. Het kwaliteitsinstituut zal anderzijds ook beroepsgroepen en organisaties achter de broek aan moeten zitten voor resultaten. Hoe zorgen wij ervoor dat het kwaliteitsinstituut van meet af aan proactief optreedt? Hoe kan de benodigde innovatie van de grond komen? Ook onorthodoxe ideeën moeten immers gewogen worden, want we zitten natuurlijk met zijn allen niet te wachten op het behoud van het typelint. Er komt ook doorzettingsmacht voor het opstellen van richtlijnen, als de beroepsgroep achterblijft. Maar is er bijvoorbeeld ook een bevoegdheid ten aanzien van de naleving van de standaarden?

Het kwaliteitsinstituut kan ondersteuning bieden voor onderzoek. In de brief staat daar iets over. De budgetten die ZonMw heeft, worden overgeheveld. Maar hoe gaan de bewindslieden zorgen voor een goede afbakening tussen enerzijds het onderzoek van het kwaliteitsinstituut, en anderzijds de taken die ZonMw heeft?

Hoe verhoudt zich de komst van het kwaliteitsinstituut tot het feit dat we de zorgverzekeraars kunnen verplichten om ook gebruik te maken van deze standaarden? Handelen volgens professionele standaarden moet goed zichtbaar worden gemaakt. Voorwaarde hiervoor is dat het goed vergelijkbaar is, in gewoon Nederlands, kort en bondig. Vaak probeer je zaken goed inzichtelijk te maken voor de mensen, maar dan is het zo onduidelijk dat je niet weet hoe je een en ander moet wegen. Binnen de organisaties zie je dat het kwaliteitsinstituut nu wordt ondergebracht bij het CVZ. Wij vinden het goed dat die publiekrechtelijke inbedding er komt, en het is daarom goed dat het bij het CVZ wordt geplaatst, zodat we niet een andere grote instelling krijgen.

Is het CVZ innovatief en flexibel genoeg, en staat het open voor vernieuwing? Het kwaliteitsinstituut gaat uit verschillende instituten ontstaan. Hoe gaan we ervoor zorgen dat de samenvoeging van instituten goed plaatsvindt? Het kwaliteitsinstituut krijgt een bestuur. Is dat het bestuur van het CVZ? Hoe kun je ervoor zorgen dat de positie van cliënten- en patiëntenorganisaties goed is geborgd? Alleen een adviesraad is wellicht een wat smalle basis.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Terecht wordt gesignaleerd dat het kwaliteitsinstituut een publieke verantwoordelijkheid is. Maar hoe staat het CDA dan tegenover het feit dat het kwaliteitsinstituut een zbo wordt, waarvan Financiën heeft gezegd: nee, tenzij?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het CDA is voor de publiekrechtelijke inbreng, maar een extra zbo is in die zin niet wenselijk. Daarbij is samenvoeging met het CVZ wel een optie, zij het dat wij wel eerst nog willen weten hoe de minister dat precies ziet. Het CVZ doet pakketbeheer heel goed, maar er zijn ook minder goede kanten. Het CVZ is wat geslotener, wat minder flexibel, niet altijd even klantgericht, en juist het kwaliteitsinstituut moet heel erg aanbodgericht werken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De kwalificaties van het CVZ laat ik voor rekening van mevrouw Bruins Slot. Heeft zij ook moeite met de zbo-constructie rond het kwaliteitsinstituut?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De vraag is natuurlijk wat het alternatief is. De publiekrechtelijke inbedding kan ervoor zorgen dat het kwaliteitsinstituut in samenwerking met de andere instituten en het feit dat het een bepaalde doorzettingsmacht krijgt, goede controlerende bevoegdheden krijgt.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Eindelijk is het zo ver; er komt een nationaal kwaliteitsinstituut. Of moet ik misschien zeggen: hét nationale kwaliteitsinstituut? Wij vinden dat mooi, want als het goed is, wordt de patiëntenzorg er kwalitatief beter, veiliger, transparanter, doelmatiger en doeltreffender van. Wij willen dat zorginstellingen met elkaar wedijveren om de beste zorg voor de laagste prijs. Die twee zijn wat mij betreft onlosmakelijk met elkaar verbonden. Tot nu toe was het lastig om te concurreren op kwaliteit, want wie bepaalt of een arts het goed of minder goed doet? Voldoet de bejegening van een patiënt met Alzheimer aan de normen die verpleegkundigen en verzorgenden zichzelf stellen? Hoe interpreteren wij het cijfer 8,2 dat een ziekenhuisafdeling van een patiënt krijgt? Wat zegt de sluiting van een verpleeghuisafdeling door de Inspectie voor de Gezondheidszorg? Hoe weten wij waar je het best wordt behandeld voor blaaskanker of een oogafwijking? Het zijn allemaal kwaliteitsaspecten en het kan dus eigenlijk over van alles gaan. Wat ontbreekt, is een duidelijke samenhang. Als het allemaal goed loopt, gaat het kwaliteitsinstituut de zorginstellingen helpen bij het maken en toepassen van zorgstandaarden. Als die niet voldoen, grijpt het kwaliteitsinstituut in.

Op dat punt wordt het voor mij onduidelijk. Ik heb dat zojuist al aangegeven. Wat moet ik nu verstaan onder de doorzettingsmacht van het kwaliteitsinstituut en wat de bedoelt de minister als zij zegt dat het kwaliteitsinstituut het initiatief overneemt als het werkveld er zelf niet uitkomt? Hoe verhouden de te ontwikkelen zorgstandaarden zich tot de genoemde metastandaard van het kwaliteitsinstituut? Mevrouw Wiegman heeft er ook al aan gerefereerd. Doet die metastandaard nu wel recht aan de verschillende soorten zorg? De ervaring met zichtbare zorg leert nu juist dat prestatie-indicatoren moeten passen bij het type zorg. Ik zou het dan ook niet goed vinden als wij doorschoten in de uniformiteit. Bovendien loop je dan naar mijn smaak het gevaar van grote bureaucratie. Ik wil graag een reactie daarop van beide bewindslieden. Zorgverzekeraars onderhandelen met zorginstellingen en vergelijken hun prestaties. Ik vraag de minister om duidelijkheid over de rol van het kwaliteitsinstituut hierin. Bestaat niet het gevaar dat er een heel troebele relatie ontstaat? D66 vindt dat zorginstellingen moeten blijven innoveren. Door concurrentie op kwaliteit zullen sterkere prikkels ontstaan voor innovatie. Ik wil graag van de minister en de staatssecretaris horen hoeveel ruimte er voor die innovatie overblijft als wij met zorgstandaarden gaan werken. Hoe voorkomen wij daarmee dat gestandaardiseerd werken haaks komt te staan op de wens van professionals om nieuwe en betere werkwijzen uit te vinden?

Volgens de bewindslieden zal er extra aandacht zijn voor de inbreng voor patiënten en cliënten. Ik heb het misschien helemaal niet goed begrepen, maar als ik de notitie goed lees, maak ik daaruit op dat je subsidie moet aanvragen om inbreng te hebben in de zorgstandaarden van het kwaliteitsinstituut. Vervolgens ben je weer afhankelijk van datzelfde instituut voor het al dan niet ontvangen van subsidie. Ik begrijp niet wat ermee wordt bedoeld en ik vind het slecht voor de positie van de cliënten en de patiënten, die zo belangrijk zijn in dit systeem, zeker als het gaat om kwaliteit.

Het kabinet kiest ervoor, de jeugdzorg en de Wmo uit te sluiten van het kwaliteitsinstituut. Ik vind dat echt een gemiste kans, want als er ergens behoefte is aan richtlijnen, dan is het wel in de jeugdzorg en bij de gemeenten. Mijn collega Koşer Kaya heeft vorige week in het debat met

de staatssecretaris gepleit voor een duidelijk driestappenplan voor de stelselherziening van de jeugdzorg. Deelnemen aan de activiteiten van het kwaliteitsinstituut past hier naar mijn inzicht naadloos in. Ik doe het dringende verzoek aan de staatssecretaris om dit alsnog in gang te zetten. Graag krijg ik een reactie.

Voorzitter, ik rond af. Ik zou graag met beide bewindslieden afspraken maken over het traject voor 2013. In de brief staat dat de Kamer daarover wordt geïnformeerd, maar ik denk dat het voor alle betrokken partijen heel belangrijk is om aan de hand van een overzichtelijk stappenplan aan de slag te kunnen met het kwaliteitsinstituut. Ik vraag dan ook aan de beide bewindslieden om de Kamer nog voor de behandeling van de begroting zo'n stappenplan toe te zenden. Ik heb zojuist van de minister gehoord hoe verschrikkelijk druk het is, maar ik vraag het toch. Het hoeft niet heel uitgebreid, als wij maar weten wanneer wij waarop kunnen rekenen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Mijn fractie is een warm voorstander van een kwaliteitsinstituut. Wij hebben daar tijdens de onderhandelingen met veel enthousiasme voor gepleit. Wij zijn heel erg trots op de grote aandacht die het kwaliteitsinstituut krijgt in het gedoogakkoord, met name betrekking hebbend op de ouderenzorg. Het kwaliteitsinstituut zoals dat nu voorligt, heeft betrekking op de cure en de care. Daar ligt wel wat zorg. Als je kijkt naar de curatieve zorg en naar de langdurige zorg, zie je dat die twee verschillen van karakter. Bij de cure gaat het echt om de genezing. Je hebt te maken met een zeer omvangrijke exercitie, waarin de ontwikkelingen zich heel snel voltrekken. Wat dat betreft onderschrijf ik de zorgen van de heer Mulder, namelijk dat je soms al een innovatie te pakken hebt, zij het dat nog een oude standaard geldt. Daar moeten we dus behoedzaam mee zijn. Verandering van spijs doet eten. Laat het kwaliteitsinstituut geen remmende factor worden op de curatieve zorg. Een ander verhaal is wat ons betreft de care. Bij de gehandicaptenzorg gaat het om levenslange goede zorg, maar in de ouderenzorg gaat het natuurlijk vooral om een zo prettig mogelijk levenseinde. Dat heeft wel een ander karakter, kwalitatief gezien. Kwaliteit gaat dan ook om zaken zoals die zijn beschreven in het gedoogakkoord. Het gaat dan om doorligwonden, en waarom die in Duitsland drie keer minder voorkomen dan in Nederland. In de instellingen waar programma's tegen ondervoeding draaien, wordt de ondervoeding teruggedrongen van zo'n 25% naar 4%. Dat soort zaken is juist zo van belang in de langdurige zorg. Mijn vrees is dat, wanneer we alles in één kwaliteitsinstituut onderbrengen, alle aandacht zal uitgaan naar die heel ingewikkelde, zeer omvangrijke kwaliteit die we moeten bewerkstelligen in de curatieve zorg – dat moet ook gebeuren – maar dat die paar dingen die zo belangrijk zijn voor de langdurige zorg ondergesneeuwd raken.

We hebben ook vraagtekens over de verschillende rollen, waarbij het vooral gaat om het pakketbeheer van het CVZ, de verhouding met de NZa die de prijzen vaststelt, en het kwaliteitsinstituut. Hoe moet daarmee worden omgegaan, en hoe verhouden die drie zich tot elkaar? Is het wel zo handig om een kwaliteitsinstituut bij het CVZ onder te brengen, of niet? Dan is geen sprake van een extra organisatie, want er worden nu zes organisaties ondergebracht in één kwaliteitsinstituut. Ten slotte nog een vraag aan de staatssecretaris: ik heb vernomen dat de Stuurgroep ondervoeding, die zeer intensief bezig is met één van deze onderdelen, het einde van de financiering in zicht ziet komen. Loopt die nu door tot 2012/2013? Gaat de Stuurgroep ondervoeding hierin ook meedoen?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik wil een verhelderend antwoord. Mevrouw Agema heeft het over een aantal aspecten die, als het gaat om de langdurige zorg en om kwaliteit, niet aan de orde zouden komen als het zou worden ondergebracht bij het kwaliteitsinstituut. Dat begrijp ik niet helemaal. Waaruit maakt zij dat op?

Mevrouw **Agema** (PVV): Mijn vrees is dat het ondergesneeuwd raakt, omdat de opgave voor de curatieve zorg enorm omvangrijk is. Je kunt dan wel over duizenden standaarden spreken en over innovatieaspecten die elkaar snel zullen opvolgen. Je hebt vandaag een standaard, die morgen is achtergehaald. Bij de langdurige zorg bestaan veel minder onderwerpen, al zijn dat onderwerpen waarvan we heel lang plezier zouden kunnen hebben. Ik vrees vanwege de omvang van de curatieve zorg dat dit ondergesneeuwd raakt.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Dan hoor ik graag van mevrouw Agema wat haar alternatief is.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik vraag het in eerste instantie aan de bewindspersonen, van wie ik niet weet of zij mijn zorgen delen. Maar als dat wel zo is, hoor ik dat graag.

Mevrouw **Leijten** (SP): We hebben het over een kwaliteitsinstituut, want het is nodig dat we weten wat kwaliteit is, waarna er op kwaliteit kan worden ingekocht. Nu is er een zorgverzekeraar, CZ, die borstkankerbehandelingen uitsluit bij een aantal ziekenhuizen. Nu hebben wij gisteren allemaal een mailtje gekregen, waarnaar ik verwijs. Wat vindt de PVV hiervan?

Mevrouw **Agema** (PVV): De PVV vindt in ieder geval dat alle basiszorg in alle ziekenhuizen beschikbaar en aanwezig moet zijn. Maar als je het hebt over heel specialistische zorg, vinden wij het ook heel erg goed dat er specialistische ziekenhuizen zijn, zoals een oogcentrum, of ziekenhuizen die zich specialiseren in hartoperaties. Ik kan dit geval niet goed overzien en niet goed beoordelen. We kunnen het beste een reactie van de bewindspersonen vragen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat heb ik gedaan. Ik vind het verwonderlijk dat de PVV hierover geen oordeel heeft. Dit is het tweede jaar waarin we het hebben over de oliebollenlijstjes over borstkanker. Andere zorgverzekeraars kopen wel in bij het desbetreffende ziekenhuis, dus het is blijkbaar kwalitatief goed. De betrokken mevrouw staat voor een nogal lugubere keuze, terwijl haar behandeling al begonnen is. Ik ken de PVV als een partij die altijd wel een mening heeft. Wat vindt zij hier nou van?

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik deel die zorg van mevrouw Leijten wel, maar ik stel tegelijkertijd de vraag of ik hier zomaar in mee kan gaan. Ik kan me namelijk voorstellen, kijkend naar recente operaties in mijn eigen omgeving, dat er echt ziekenhuizen zijn die een bepaalde zorg beter kunnen bieden dan andere ziekenhuizen. Ik denk dat een kwaliteitsinstituut als dit zeker meer richting zal gaan geven als het gaat om specialistische zorg. Ik kan niet overzien hoe het zit in deze specifieke zaak en of er elders geen betere zorg kan worden gegeven.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. De gemiddelde burger in Nederland die zicht wil krijgen op de kwaliteit van zorg die geleverd is of nog geleverd moet worden, merkt dat het hele systeem één grote blackbox is. Alle inspanningen van de afgelopen jaren stemmen niet tot vreugde en tevredenheid. We lopen in Europees verband achter wat inzicht in de kwaliteit betreft. Alles moet uit de kast om dat inzicht wel te krijgen. De afgelopen jaren hebben we steeds drie punten ingebracht: inzicht in de kwaliteit van de zorg is een publieke verantwoordelijkheid, waarvoor de minister van VWS zorg draagt, en de uitvoering blijft wat ons betreft in publieke handen. De scores op kwaliteitsindicatoren moeten per zorgverlening verplicht openbaar worden gemaakt, er wordt één set indicatoren gebruikt, vastgesteld door de overheid, zodat er geen

onduidelijkheid ontstaat, omdat verzekeraars verschillende criteria gebruiken bij de inkoop. Dat gebeurt op dit moment. De ontwikkeling van zorgstandaarden heeft prioriteit, niet alleen om de zorgkwaliteit te verbeteren, maar ook om financiële prikkels voor niet-noodzakelijke zorg te beteugelen.

De Partij van de Arbeid maakt zich zorgen over de opzet van het kwaliteitsinstituut. Publieke verantwoordelijkheid en doorzettingsmacht worden zo klein mogelijk gehouden. Bij het ministerie worden zelfs taken weggehaald. Hierdoor zullen de nodige grote stappen niet worden gezet. De PvdA wil dat de kwaliteit van de zorg in de ziekenhuizen verplicht openbaar wordt gemaakt. De burger heeft daar recht op.

Ziekenhuizen verschillen in kwaliteit van de geleverde zorg, maar deze verschillen zijn voor patiënten, verzekeraars en overheid nog onvoldoende inzichtelijk. Wij willen de ziekenhuizen verplichten, de uitkomsten te registreren en te publiceren. Al jaren proberen kabinetten met polderen ziekenhuizen te verleiden, hun kwaliteit openbaar te maken. Dit heeft alleen nog niet geleid tot de gewenste openheid, terwijl onderzoek uitwijst dat de gevolgen van publicatie positief zijn. Het dwingt ziekenhuizen hun dienstverlening te verbeteren. Na invoering van kwaliteitsregistratie presteert Zweden bijvoorbeeld op tal van aandoeeningen het beste in Europa. Naast een kwaliteitsverbetering schrijft Boston Consulting Group dat invoering in Nederland ook kosten zou besparen, op termijn maar liefst 4,3 mld. Toch zet dit kabinet weer in op zelfregulering. Het verplichtstellen van zaken gaat het uit de weg. De PvdA vindt de minister van VWS onverantwoord terughoudend. De vrijblijvendheid heeft wat ons betreft lang genoeg geduurd. Wij willen ziekenhuizen verplichten, de kwaliteit van de zorgverlening openbaar te maken. Goede kwaliteit van de Nederlandse zorg is de kernverantwoordelijkheid van de minister van VWS, en daarom moet het kabinet verplichtende regelgeving voorbereiden. Er moet één uniforme set voor kwaliteit en parameters komen. De parameters moeten niet enkel ingaan op behandelingsuitkomsten van aandoeeningen, maar ook op de beleving van patiënten en de naleving van de veiligheidsregels. Het laatste is niet onbelangrijk. Zo kan men van elkaars successen leren, en zal het aantal complicaties, heroperaties en heropnames dalen. Het CPB waarschuwde meerdere malen dat de uitbreiding van marktwerking samen moet gaan met een verbetering van het inzicht in de zorgkwaliteit. Gebeurt dit niet, zo stelt het CPB, dan zal de zorgmarkt falen, omdat in plaats van de kwaliteit de prijs van behandeling doorslaggevend wordt voor de keuze van verzekeraars en verzekerden. Het kabinet-Rutte is nu bezig, de marktwerking in de zorg te vergroten. Verzekeraars krijgen meer vrije onderhandelingsruimte, winstuitkering wordt toegestaan, en de salarishoogte van de bestuurders blijft voor een deel vrij. Gelijktijdige verbetering van de kwaliteit wordt echter vergeten. Er is geen enkele concrete doelstelling om transparantie en competitie op kwaliteit te vergroten. Het kabinet kent van alles de kosten, maar niet de waarde. Als de zorgpremie en het eigen risico worden verhoogd en de zorgtoeslag wordt afgebouwd, wil de PvdA kwaliteitsmaatregelen, zeker als daarmee op termijn 4,3 mld. wordt bezuinigd. Met één verplichte set van kwaliteits- en uitkomstparameters, welke de ziekenhuizen moeten regisseren en publiceren, wordt kwaliteit eindelijk echt doorslaggevend. Dat moet ook. De PvdA wil zorgcompetitie op kwaliteit, en geen concurrentie op kosten. De PvdA is bereid te betalen voor een goede collectieve zorg, maar dan willen we ook weten in welk ziekenhuis de kwaliteit het beste is, omdat er zo druk ontstaat op andere ziekenhuizen om hun zorg te verbeteren. Door één landelijke set van indicatoren in te voeren, is het duidelijk waar een ziekenhuis op wordt beoordeeld. Mensen verwachten hierin een leidende rol van de overheid. De PvdA zal dit kabinet vandaag in de Kamer oproepen, door te pakken.

De PvdA is gecharmeerd van het hiervoor in Engeland gehanteerde NICE-model. De belangrijkste conclusie over de afgelopen jaren is dat de

zelfregulering in Nederland niet het beoogde resultaat heeft. NICE is een gedegen wetenschappelijk en onafhankelijk instituut, dat standaarden en indicatoren verplicht oplegt. Waarom wordt het kwaliteitsinstituut een zbo-constructie? Leidt de huidige opzet niet tot een enorme bureaucratie? Moet het instituut niet gebruik maken van de kennis van andere partijen in de zorg, zoals zorgverzekeraars, de farmaceutische industrie en dergelijke? Gaat de minister de publicatie van kwaliteitsscores nu eindelijk verplichten?

Minister Schippers: Voorzitter. De afgelopen jaren hebben wij heel veel initiatieven gezien die tot kwaliteitsverbetering moesten leiden, die tot transparantie moesten leiden en tot het delen van kennis, om sneller beter te worden. Er zijn veel debatten in de Tweede Kamer geweest. Is dat nu voldoende? Wat gaan we doen als de kwaliteitseisen en de transparantie niet snel genoeg van de grond komen? Toen is eigenlijk in overleggen in de Kamer zo'n beetje het kwaliteitsinstituut geboren. In mijn ogen moet het kwaliteitsinstituut voldoen aan drie eisen. Het eerste is het bundelen van alle initiatieven die heel veel goeds hebben opgeleverd, zij het dat ze te ongestructureerd zijn, en het te langzaam gaat. Eigenlijk moet worden overgegaan naar een meer integrale aanpak. Verder moet de vrijblijvendheid eraf. Het kwaliteitsinstituut moet doorzettingsmacht krijgen, en de kwaliteit moet transparant worden voor de patiënt. Die patiënt moet niet alleen kiezen op prijs, hij moet ook kunnen kiezen op kwaliteit. Hij moet weten waar het goed is, en waar het beter is. En tot slot moet de bureaucratie die we zien ontstaan rondom kwaliteit – het invullen van formulieren, het aanvinken van indicatoren – drastisch worden teruggedrongen. We hebben immers niets aan stapels indicatoren, we hebben alleen iets aan indicatoren die iets zeggen over de kwaliteit en die onderscheidend zijn. Een indicator die niet meer onderscheidend is voor goede of slechte kwaliteit, moet niet meer worden gebruikt. We moeten focussen, en we moeten aansluiten bij het primaire proces. Het moet zoveel mogelijk geïntegreerd worden in het primaire proces.

Dat kwaliteitsinstituut dat zal bestaan uit in ieder geval twee delen, zeg ik ook in reactie op mevrouw Agema, want zij heeft helemaal gelijk. De care en de cure zitten in zulke verschillende stadia en daarbij hebben wij ook te maken met zulke verschillende problemen ten aanzien van kwaliteit en transparantie. Zij verschillen ook zoveel van elkaar dat het ook geen meerwaarde heeft om zich in een afdeling te bundelen. Dus het kwaliteitsinstituut gaat twee gezichten krijgen. Het bestaat uit twee delen, één voor de cure en een voor de care. Het kan zijn dat die twee dus een verschillende aanpak kiezen en een verschillende methode, ook omdat deze twee zich in verschillende stadia bevinden.

We hebben gekozen om het bij het CVZ onder te brengen, maar niet alleen het kwaliteitsinstituut. Wij hebben ook nog innovatie van opleidingen en taakherschikking, waarvoor wij nu ook een commissie hebben die een beetje tussen zweeft. Wat wij eigenlijk willen is het CVZ ombouwen tot een club waar in verschillende innovatieve processen plaatsvinden, ten eerste ten aanzien van opleiding en taak herschikking, maar ook ten aanzien van het parket, wat men al doet. Dan ten aanzien van het kwaliteitsinstituut, dat wordt het derde en het vierde de verzekeringen, waarvoor men ook al een aantal uitvoeringstaken doet. Dus die vier taken willen onderbrengen in één instituut dat ook een andere naam krijgt. Deze vier zaken hebben heel verschillende kenmerken. Dan zul je ook zien dat daarbij verschillende culturen ontstaan.

Het is niet de bedoeling dat wij daar een nieuw instituut met heel veel mensen naar binnen trekken. Wij willen eigenlijk veel meer het model van de gezondheidsraad: weinig mensen in dienst, weinig mensen met een vast bureau, maar op basis van wat er aan de orde is haal je de expertise uit mensen die daadwerkelijk het werk doen in het veld. Daar ligt ook daadwerkelijk de expertise. Die betrek je tijdelijk bij de ontwikkeling van

waar je dan op dat moment mee bezig bent en dan is het af. Dus ga je die mensen niet in dienst nemen en uit een praktische werkveld trekken, dat is niet de bedoeling. Dus een beetje zoals bij de Gezondheidsraad: ieder instituut krijgt weer zijn eigen kenmerken, maar het is wel de bedoeling, dat wij een light touch instituut krijgen. En niet een groot instituut met een groot gebouw en zware bemensing.

Wat gaat men nu doen bij het kwaliteitsinstituut? Belangrijk is dat het veld zelf verantwoordelijk is en blijft voor de kwaliteit van zorg. Dat gaat het instituut niet overnemen. Dat zou heel onwenselijk zijn. Uiteindelijk gaat het om wat er aan het bed gebeurt en daar staat de professional, die zelf verantwoordelijk is voor wat hij daar doet, en wat hij daar niet doet. Het kwaliteitsinstituut krijgt drie hoofdtaken. Het bevorderen van de totstandkoming van professionele standaarden, met daarin opgenomen indicaties voor gepast gebruik van zorg, het stimuleren en ondersteunen bij de implementatie van gegeneerde standaarden en innovaties en het zichtbaar maken van de uitkomsten van zorg. Het kwaliteitsinstituut ziet erop toe dat alle partijen – dokters, cliënten, verpleegkundigen, verzorgenden – betrokken zijn bij de ontwikkeling van standaarden. Wij vinden de rol van de patiënt en cliënt ongelooflijk belangrijk en wij zullen daarvoor staan, die ervaart ze de zorg, die weet wat hij wel en niet prettig vindt. Die weet wat hij of zij aan kwaliteit ervaart. Die inbreng is dus ongelooflijk belangrijk en zal dus ook sterk zijn in dit instituut. Dat zullen wij goed borgen.

Het kwaliteitsinstituut is een partner van veldpartijen kan als dat nodig is verschil maken door zelf de regie over te nemen.

Om dus niet nog een bestuursorgaan toe te voegen is ervoor gekozen om dit te integreren in het CVZ, dat tegelijkertijd op andere taken geïntegreerd krijgt en wij dus echt gaan ombouwen.

Dan de vervolgstappen. De benodigde wetgeving wordt begin 2012 aan uw Kamer aangeboden. Wij mikken zo'n beetje op februari, het kan altijd een maandje uitlopen, weet ik uit ervaring. Het CVZ levert in november een plan van aanpak bij ons in, waarin aandacht wordt besteed wat het kwaliteitsinstituut concreet gaat doen, want de concrete planning is, wat de kosten zijn, de risicobeheersing, kortom, het stappenplannen waarom mevrouw Dijkstra vroeg. Dat gaat dus niet lukken voor de begroting. Het zal echt na de begroting komen. Het spijt mij, maar het is niet anders. Het zat ook een beetje in de planning. Wij hebben hen ook gevraagd om het in dat tempo te doen. Het is ook belangrijk genoeg om er goed naar te kijken of het zorgvuldig te doen. Dan hebben wij toch nog tijd genoeg om er met elkaar over te spreken.

Ook is gevraagd om nog in 2011 pilots te starten waarbij wordt bekeken hoe professionele standaarden kunnen worden opgezet, hoe partijen daarbij kunnen worden ondersteund en hoe best practices breed in het land kunnen stimuleren tot verbetering. Die pilots moeten dus nog starten, zij staan nu in de steigers. Wij zijn voornemens om de Kamer dit jaar middels een brief te informeren over de voortgang van dit alles.

Dan de vragen van de heer Mulder. Hij is bang voor regeldruk en vinklijstjes. Ik deel die zorg, maar wat ik wil is het omgekeerde. Wij hebben nu heel veel regeldruk en vinklijstjes. Als wij dat kunnen stroomlijnen en als er een integraliteit en de regie op komt, dan kunnen wij dat juist wegnemen. Over de omvang van het kwaliteitsinstituut en de begroting zult u in december een brief krijgen. Welke instrumenten zijn er voor doorzettingsmacht? Ik kan het hier niet vinden, maar ik kan het ook wel zo zeggen. Op een gegeven moment constateer je dat er ergens geen richtlijnen zijn en dat zij ook niet worden opgepakt en dat de wetenschappelijke vereniging van een bepaald specialisme daarmee niet bezig is. Dan ga je als kwaliteitsinstituut aan de gang. Dan heb je een commissie die je vult met experts uit dat gebied, dus die niet in dienst hebt maar die uit het veld haalt: patiënten, verpleegkundigen, iedereen die een rol speelt in die zorgverlening waarop je een richtlijn wilt maken. Dan maak je die dus in

overleg met die deskundigen, die wordt vastgesteld. Dat is dan de richtlijn en daar ophoudt de inspectie toezicht. Zo doe je dat. Dan is het dus ook zo dat vanaf het vaststellen dat de richtlijn is.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De minister voert hier een belangrijk punt aan: de doorzettingsmacht, ook in relatie tot de gekozen ZBO-constructie. Wat gebeurt er nu als er geen richtlijnen worden ontwikkeld? Wat is dan nog de taak van de minister? Stel dat het ZBO het dan ook laat lopen, kan de minister dan aanwijzingen geven dat de richtlijnen wel worden ontwikkeld?

Het tweede punt heeft te maken met de openbaarmaking. Stel dat er niet openbaar wordt gemaakt of heel vertraagd, kan de minister dan aanwijzingen geven aan het ZBO dat de gegevens met voortvarendheid openbaar gemaakt moeten worden?

Minister **Schippers**: Dat is ook het voordeel als het een zbo is. Ik kan daaraan aanwijzingen geven op beide punten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het zal aan mijn juridische kennis liggen. Ik haal niet helemaal uit het overzicht wat de minister en het zbo met elkaar te maken hebben. Het enige wat erop zou kunnen slaan is het vaststellen van de beleidsregels met betrekking tot de werkwijze van het orgaan. Valt het daaronder?

Minister **Schippers**: Ik stel het werkprogramma van het kwaliteitsinstituut vast. Daar kan ik natuurlijk dingen indoen of ik kan daar insturen. Ik stel ook het werkprogramma van de Nederlandse Zorgautoriteit vast. Ik kan hem dan ook vragen om zaken naar voren te halen. Dat heb ik zeer recent nog gedaan, of versneld te doen.

Dan gaat het over de financiering van het prijs aspect. Wie betaalt hier eigenlijk voor? Kwaliteit, richtlijnontwikkeling, protocollen is een verantwoordelijkheid van het veld. Die ontwikkelen dat. Zeker daar waar je al vrije prijzen hebt, moet dat in die vrije prijzen een plek vinden. Daar waar je geen vrije prijzen hebt, houdt de NZA met de tariefstelling er rekening mee of er nieuw iets wordt geïmplementeerd of wat de stand van zaken dan is. Dus in principe gaat dat dan niet anders dan nu.

De heer **Mulder** (VVD): Stel er komt een nieuwe richtlijn, maar als je de behandeling op die manier uitvoert is het ontzettend duur. Dat kan gebeuren. Is dat dan de richtlijn of wordt er ook bij het opstellen van de richtlijn rekening gehouden met de prijs, wetende dat je niet alles oneindig kunt betalen?

Minister **Schippers**: Doelmatigheid is een integraal onderdeel van het bepalen van kwaliteit en dus ook bij het bepalen van de richtlijnen. Dan de prijsprikkels. In het akkoord van de specialisten wordt uitgegaan van 80:20, een enorme stap vooruit wat mij betreft. Dat betekent dat men dingen kan afspreken waarop men kan financieren. Moet die verdeling ooit anders worden? Ik kan mij dat voorstellen. Je kunt het systeem heel lang houden, maar uiteindelijk wordt het tarief van de medisch specialisten integraal opgenomen in het DOT-tarief, in de prijs. Het is dus een tijdelijk systeem.

Dan de vraag of de experimentele dbc, de experimentele DOT, van de grond komt. Wij kijken ernaar, maar het wordt een experimentele DOT. Wij komen erop terug. Als er al een kwaliteitsinstituut was geweest, dan had ik die waarschijnlijk al betrokken bij hoe je dat zou moeten doen.

Zweden werkt al meer dan tien jaar aan registraties en uitkomstindicatoren. Wij zijn daar in Nederland sinds 2007 mee bezig, dus wij hebben iets minder geschiedenis wat dit betreft. Volgens mijn ambtenaren is een zwak punt in het Zweedse systeem dat het patiëntenperspectief er op zijn

zachtst gezegd niet optimaal bij wordt betrokken. Dat zal in ons systeem een veel grotere rol spelen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het kan best zijn dat ze in Zweden langer bezig zijn met de registratie- en uitkomstindicatoren en dat men die onderling benchmarked, zodat goed zicht ontstaat op welke kwaliteiten waar worden geleverd. Er wordt ook gesteld dat het daar goedkoper is, maar ik heb ook gevraagd naar het verschil in systeem. Men heeft daar toch geen zorgverzekeraars die op kwaliteit moeten inkopen? Daar loopt dit toch via de belastingen? Hoe gaat de zorginkoop door zorgverzekeraars op kwaliteit leiden tot kwaliteit?

Minister **Schippers**: Het kwaliteitssysteem in een land moet passen bij het zorgsysteem in dat land. Wij hebben een ander zorgsysteem. Wij zoeken bij ons zorgsysteem een kwaliteitssysteem. In Nederland zijn wij eraan gewend om dat ook te doen door middel van de betrokkenheid van patiënten. Ik weet dat wij daarover van mening verschillen, maar ik vind het niet erg als zorgverzekeraars bovenop wat wij met zijn allen goede kwaliteit vinden, extra kwaliteit, extra service inkopen. De kwaliteit die wij met zijn allen hebben vastgesteld, is goed. De inspectie handhaaft die ook, maar men kan er nog een schepje bovenop doen. Volgens mij leidt dat uiteindelijk tot een nog betere kwaliteit.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik ga ervan uit dat de minister de door mij gestelde vragen op dit punt nog verder beantwoord ...

Minister **Schippers**: Ik kom nog bij de vragen van mevrouw Leijten.

Mevrouw Leijten (SP): ... maar ik heb ook vragen gesteld over de vergelijking met Zweden en de uitkomsten van het onderzoek. Er wordt nu vrijelijk uit geshopt, in die zin dat wordt aangegeven wat er wordt overgenomen, maar als het systeem in Zweden zo anders is, kan dat dan wel op deze manier met het onze worden vergeleken? Als de minister die vraag nu niet kan beantwoorden, dan vind ik het prima als zij dat voor de begroting doet, want het lijkt me dat deze kwestie dan ook een grote rol gaat spelen.

Minister **Schippers**: Wat ons systeem betreft zijn wij tot de conclusie gekomen, ook in deze Kamer, dat de manier waarop wij het nu hebben geregeld, onvoldoende transparant en inzichtelijk maakt wie waar kwaliteit levert. In een systeem dat uitgaat van concurrentie, is dat heel belangrijk, omdat je anders alleen maar concurreert op prijs. Natuurlijk kijken wij in het kader van het kwaliteitsinstituut, waarmee wij bezig zijn, niet alleen naar Zweden, maar ook naar Engeland, met alle manco's in dat systeem. Ik heb begrepen dat de heer Van der Veen daar heel erg van is gecharmeerd, maar aan het systeem daar kleven ook een heleboel manco's. Het aardige is dat wij, kijkend naar die systemen, de goede dingen eruit kunnen overnemen. Natuurlijk kijken wij internationaal of wij kunnen leren van anderen, maar wij zien dan ook zaken die wij liever niet overnemen.

Innovatie is ongelooflijk belangrijk, maar ik heb twijfels over het idee dat daar waar geen richtlijn wordt opgesteld, innovatie beter van de grond komt. In Nederland komt het op een heleboel terreinen voor dat die vergelijking niet speelt en dat er geen sprake is van één taal zodat je kunt zien waar het beter is. Dat geldt zeker voor patiënten. Een richtlijn of protocol is ook niet in beton gegoten. Een arts kan te allen tijde afwijken van een richtlijn of een protocol. De bedoeling is echter dat wordt uitgegaan van de gouden standaard, van hoe een en ander met elkaar is bedacht, maar een arts kan van mening zijn dat zijn patiënt niet in het malletje past. Zijn patiënt heeft volgens de arts andere kenmerken,

waardoor hij besluit niet die, maar een andere standaard te nemen. In die situatie heeft de specialist erover nagedacht. Hij kan aangeven waarom hij van de standaard afwijkt, maar dat is een bewuste keuze van een professional. Dat gaan wij zeker niet tegen. Het gaat ons erom dat duidelijk is wat wij als de beste behandeling zien.

Het is inderdaad de bedoeling dat het kwaliteitsinstituut de gegevens openbaar gaat maken. Als er gegevens komen, dan worden die openbaar gemaakt, zodat anderen, met name patiënten, maar ook verzekeraars ernaar kunnen kijken.

Mevrouw Leijten vertelde over een mail van een mevrouw uit Ameland die tevreden is over haar behandeling. Terwijl de behandeling loopt, geeft CZ ineens aan dat deze mevrouw naar een ander ziekenhuis moet. Wij hebben CZ gevraagd hoe dit zit. De situatie is als volgt. CZ contracteert een bepaalde instelling. Iemand gaat naar die instelling en start daar een bepaalde behandeling. Het is niet zo dat, als dat contract aan het begin van het volgende jaar wordt beëindigd, de behandeling wordt afgebroken. Het is altijd lastig om op individuele situaties te moeten reageren, maar als deze mevrouw, met een naturapolis, met haar behandeling was gestart, zonder dat de instelling was gecontracteerd, dan zou het een andere situatie zijn geweest. Ik kan dit dus niet beoordelen. Wij hebben het echter bij CZ nagegaan. Iemand die wordt behandeld in een instelling die was gecontracteerd toen de behandeling begon, mag de behandeling zonder bijbetaling afmaken. Als de patiënt aan het begin van de behandeling bewust kiest voor een niet gecontracteerde behandelaar, dan is dat een eigen keus. Ik ken de situatie verder niet precies. Ik ken de specifieke kenmerken niet, dus ik kan er niet specifiek op ingaan.

Mevrouw **Leijten** (SP): Wat zegt dit over het gedrag van CZ? Waarom zou een behandeling die twee weken geleden is gestart, althans volgens de mail, op 1 januari niet meer worden ingekocht en dus niet goed meer zijn? Wat zegt dit over de kwaliteitscriteria van CZ? Gebeurt dit nu op basis van kwaliteit, of is dit commercieel hobbyisme?

De **voorzitter**: CZ heeft aangegeven dat, als iemand een behandeling start in een ziekenhuis waarmee CZ een relatie heeft, de behandeling gewoon kan worden afgemaakt als CZ de relatie met dat ziekenhuis per 1 januari van het jaar daarop stopt, om wat voor redenen dan ook.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat vroeg ik niet. CZ heeft een zwarte lijst. Er is goede borstkankerzorg en slechte borstkankerzorg. Mevrouw zit bij de Sionsberg en is tevreden, maar haar ziekenhuis komt op de zwarte lijst te staan. Is de zorg dan ineens slecht, doet CZ heel slecht werk, of is CZ bezig met commercieel hobbyisme door een zwarte lijst op te stellen, zonder daarvoor kwaliteitscriteria te hebben?

Minister **Schippers**: Ik weet niets van zwarte lijsten die door CZ worden opgesteld. CZ gaat al dan niet een relatie aan met een aanbieder. CZ heeft daarvoor bepaalde criteria, die in ieder geval voldoen aan wat wij goede basiszorg vinden. Als dat niet het geval is, dan moet de inspectie ingrijpen. Daar bovenop kunnen extra eisen worden gesteld. Het kan voorkomen dat je, misschien in samenwerking met de patiëntenbeweging of als gevolg van opgedane ervaringen, bij het opstellen van nieuwe contracten tot bepaalde aanpassingen komt en dat je zaken anders wilt doen, dat je extra dingen gaat vragen. Ik vul het zelf nu even in, want ik kan niet ingaan op specifieke zaken. Als je een en ander echter veralgemeent, dan kan het zijn dat je van het ene op het andere jaar extra eisen of extra service vraagt. Als iemand dat dan niet levert, dan kan ik me voorstellen dat het contract wordt opgezegd. Dat wil echter niet zeggen dat zo'n ziekenhuis ineens op de zwarte lijst staat. Je gaat er alleen geen contract meer mee aan.

Doelmatigheid is onderdeel van kwaliteit, let wel: een onderdeel. Ik zie niet in waarom goede kwaliteit niets te maken heeft met doelmatigheid. Het een heeft alles met het ander te maken. Wij zien dat ook in de praktijk. Doelmatige zorg is tevens goede kwaliteitszorg. Ik zie die tegenstelling dus niet.

Wat de eenduidige taal betreft: de taal moet niet de taal van bureaucraten zijn en eigenlijk ook niet die van de witte jas, maar een taal die de gezamenlijke partijen vaststellen: de cliënten, de verpleegkundigen, de dokters, de verzekeraars. Deze eenduidige taal moet men met elkaar afspreken.

Een volgend punt betreft de benoemingen. Gaat het om politieke benoemingen? Als wij politiek gaan benoemen, komen wij niet ver met het kwaliteitsinstituut. Wij moeten kijken naar mensen die gezag hebben in het veld. Welke mensen hebben veel verstand van kwaliteitsontwikkeling? Welke mensen zijn geschikt voor deze functie? Op basis daarvan moet je zoeken. Ons gaat het erom dat er in Nederland een kwaliteitsinstituut komt waar wij allemaal trots op kunnen zijn en waarvan wij zeggen: het doet ontzettend goed werk en is geen groot circuit waar papier heen en weer geschoven wordt. Daar zijn wij dus op uit.

Dan kom ik bij de bijdrage van mevrouw Wiegman. Is er draagvlak? Er wordt wisselend naar gekeken en dat begrijp ik wel. Van een aantal dingen kan nog niet helder ingeschat worden wat ze gaan betekenen. Ik weet dat de ziekenhuizen en de patiënten enthousiast zijn en dit steunen. Beroepsbeoefenaren zoals de medisch specialisten en de KNMG zijn gereserveerder. Uiteindelijk gaat het er natuurlijk om wat je gaat presteren met het kwaliteitsinstituut. Doe je dat op een manier waardoor het veld zich betrokken voelt en waarin het zich herkent? Dat is een verantwoordelijkheid die wij moeten waarmaken. Wij moeten iets neerzetten waar men zich in herkent. Is het altijd leuk? Nee, het zal niet altijd leuk zijn, zeker niet als het kwaliteitsinstituut doorzet en gebruikmaakt van zijn doorzettingsmacht. Dan zal niet iedereen blij zijn, maar dat is wel iets wat wij wensen en waar wij aan werken.

Mevrouw Wiegman gaf het voorbeeld van heelkunde. Hoe vertalen wij die 90 pagina's? Dit is iets van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Je zou het perspectief van de patiënt daarnaast moeten leggen. Je zou ook moeten kijken naar de positie van de verpleegkundige. Aan deze integraliteit hecht ik sterk. Wij moeten daarnaar streven in dit instituut. Dan moet je het vertalen in iets wat zich onderscheidt, wat hanteerbaar is en bij het primaire proces aangesloten is. Je moet niet een apart circus van formulieren creëren.

Onderschat je met een metastandaard niet de complexiteit van het veld? Eigenlijk is een metastandaard niets anders dan een toetsingskader: waar moet zo'n standaard aan voldoen qua uitkomsten, indicatoren en proces. Het gaat dus om het proces rondom het maken van een goede standaard; meer is het eigenlijk niet.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb ook gevraagd naar die metastandaard. Hoe zit het dan met de verantwoordelijk voor de totstandkoming van de zorgstandaarden? De minister heeft aangegeven dat dit aan het werkveld zelf is. Wat als het kwaliteitsinstituut ingrijpt? Eigenlijk worden er twee dingen met elkaar verbonden:

Minister **Schippers**: Het is de bedoeling dat het veld zijn eigen standaarden en richtlijnen maakt. Dat gebeurt nu ook, en steeds meer. Als iets goed wordt opgepakt, zie ik geen enkele rol voor de overheid. Daar waar het juist niet wordt opgepakt, daar waar het veld het laat zitten, kan het kwaliteitsinstituut het overnemen. Dat wil overigens niet zeggen dat dat helemaal los van iedereen kan worden gedaan, de betrokkenen moeten hierbij worden betrokken. Het begint in het veld, maar het kan overgenomen worden.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Maar wanneer is dat moment dan? Wie bepaalt dat? Wie is dan de regisseur?

Minister **Schippers**: Het kwaliteitsinstituut maakt een werkprogramma voor wat in een bepaald jaar gaat gebeuren. Ik stel het uiteindelijk vast. Als het veld zijn verantwoordelijkheid heeft genomen, hoeft het kwaliteitsinstituut dat niet te doen.

Het kwaliteitsinstituut maakt alleen die gegevens publiek waarover verzekeraars, cliëntorganisaties en verzekeraars hebben afgesproken dat ze publiek beschikbaar komen. Natuurlijk gaat het om wat we beschikbaar willen hebben. Ze krijgen geen bevoegdheid om systematisch brongegevens bij zorgverzekeraars of-aanbieders aan te vragen.

Tegen mevrouw Bruins Slot: ik ben het geheel eens met mijn voorganger, de heer Klink, die zei dat meer kwaliteit meer doelmatigheid is. Daar zit een heel sterke samenhang tussen.

Hoe moet het kwaliteitsinstituut eruit zien? Ik ben het met haar eens dat dat mean en lean moet zijn. In december komt er een brief naar de Kamer toe. Ik heb al aangegeven dat wij denken aan vier afdelingen, maar de precieze uitwerking zal in die brief staan.

Hoe zorgen we ervoor dat het kwaliteitsinstituut proactief optreedt? Het kwaliteitsinstituut staat helemaal midden in het veld. Het moet niet alleen op zoek gaan, maar het moet ook informatie krijgen. Het is als het goed is geen eenrichtingsverkeer. Wij denken ook aan een adviescommissie voor de cure en één voor de care, van externe deskundigen met een groot netwerk, die de signaleringsfunctie goed kunnen vervullen.

De bevoegdheid tot naleving van de standaarden ligt bij de inspectie.

We gaan bekijken, welke budgetten bij ZonMw zich ervoor lenen om te worden overgezet naar het kwaliteitsinstituut. Als dat scherp is afgebakend kunnen we ook aangeven, waarom we daarvoor hebben gekozen. We zitten nu nog midden in dat proces.

Zorgverzekeraars moeten sowieso zorg inkopen die voldoet aan de standaarden van de inspectie. Zij gaan zelf over eventuele extra zaken. Of het straks innovatief en flexibel genoeg gaat worden? Het is aan de Kamer om daarover te oordelen als wij straks met de plannen voor het kwaliteitsinstituut komen. Alles is er natuurlijk wel op gericht, dat te houden. Ook de betrokkenheid van diverse deskundigen op gebieden waar je mee bezig bent, garandeert dat je niet iemand inhuurt die na tien jaar achterloopt in de kennis waarvoor hij of zij is binnengehaald. Dat vind ik ook het mooie van de Gezondheidsraad. Bij de Gezondheidsraad weet je altijd dat er allerlei deskundigen in het land, die echt top zijn in hun vak, betrokken zijn bij zo'n advies. Die deskundigen houden ook hun kennis levend, want zij blijven in dat vak. Ze komen daar niet uit.

Is het bestuur van het kwaliteitsinstituut CVZ? We hebben een bestuur van het nieuwe instituut, een instituut vooralsnog zonder naam. Daar zitten vier poten in en iedere poot heeft zo zijn eigen gezicht en zijn eigen cultuur, afhankelijk van wat er gebeurt. U kunt zich voorstellen dat de poot verzekeringen echt heel andere mensen, een heel andere werkwijze en een andere structuur heeft dan de andere poten van hetzelfde bedrijf.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik wil nog heel even terugkomen op het feit dat de minister aangeeft dat het nieuwe kwaliteitsinstituut een afdeling cure and care krijgt en dat er gewerkt gaat worden met externe deskundigen. Hoe ziet de minister met die externe deskundigen een goede borging voor zich van de cliënten- en patiëntenorganisaties binnen het kwaliteitsinstituut? Je kunt wel hoogleraren uitnodigen en de beroepsbeoefenaars, maar er is natuurlijk ook een heel sterke stem nodig van cliënten en patiënten om ervoor te zorgen dat ook de manier waarop zij zorg beleven een stem krijgt in het kwaliteitsinstituut.

Minister **Schippers**: Je kunt gewoon zeggen: een richtlijn of een standaard komt zonder dat perspectief niet tot stand. Dat is de beste manier om het te borgen. Je moet ervoor zorgen dat je, als je een goede richtlijn maakt, alle perspectieven die bij die richtlijnen of die standaard noodzakelijk zijn, daar gewoon bij hebt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is sowieso goed om cliënten- en patiëntenorganisaties te betrekken bij richtlijnen en standaarden. Het is ook interessant dat de minister zegt: op richtlijnen heeft het kwaliteitsinstituut wel doorzettingsmacht, maar standaarden laten we over aan de inspectie. Het lijkt mij interessant om te bezien hoe die samenhang is. De minister geeft aan dat ze wil dat het kwaliteitsinstituut innovatief bezig is, maar dat is meer dan alleen maar het bouwen van standaarden. Het betekent ook dat je, als zaken bezig zijn, daarin ook cliënten en patiënten betrokken hebt om ervoor te zorgen dat de kwaliteit die neergelegd is in de standaarden, geborgd is, ook wat de beleving van die kwaliteit betreft.

Minister **Schippers**: Zeker, dat ben ik helemaal met u eens. Dat borgen we dus ook. Dat met die standaarden is overigens een misverstand. Het gaat om richtlijnen en standaarden en de inspectie ziet toe op de toepassing daarvan, als ze eenmaal zijn vastgesteld.

Ik heb hier hele pagina's over hoe de inbreng van cliënten bij professionele standaards georganiseerd zal worden. Het lijkt mij beter als ik dat opneem in de brief die wij de Kamer gaan toesturen. Hier gaat men ook aangeven hoe men dat precies gaat doen. Je moet er echter wel voor zorgen dat ieder product dat hier vandaan komt, betrokkenheid heeft van de verschillende groepen. De betrokkenheid van patiënten is onontbeerlijk.

Mevrouw Dijkstra van D66 had het uitgebreid over de vraag hoe wij de inbreng van cliënten willen borgen. De beste borging is volgens mij de eis dat ze betrokken worden bij het eindproduct. Dan heb je allerlei methodes waarop dat kan. Het kan op geaggregeerd niveau, bijvoorbeeld door enquêtes en focusgroepen van de PG-organisaties. Ook individuele ervaringen kunnen worden meegenomen. Ik kan van alles gaan oplezen over hoe je het doet. Het gaat erom dat het gebeurt en dat je in je proces borgt dat het gebeurt.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik had ook gevraagd hoe het zat met de subsidieaanvraag. Dat vond ik een tegenstelling in zichzelf in de notitie over het kwaliteitsinstituut. Ik wil echter ook aan de minister vragen of zij, als ze toch in een brief opschrijft hoe een en ander geborgd wordt, ook nog even wil terugkomen op het feit dat er zo gekort wordt op de subsidies voor patiënten- en cliëntenorganisaties, terwijl zij zo'n ontzettend belangrijke rol hebben ten opzichte van de andere sectoren in het veld die natuurlijk behoorlijk machtig zijn. Dan is het goed als de patiënten ook een belangrijke stem krijgen.

Minister **Schippers**: Op de subsidie kom ik terug, want er gaat bij mij niet echt een belletje rinkelen. Wij gaan niet zeggen: u moet betalen om mee te doen als wij u vragen wat u aan een behandeling belangrijk vindt. Ik zal ervoor zorgen dat dit een onderdeel is van de brief die wij in december naar de Kamer sturen over de nadere invulling.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Het staat op pagina 14 van de notitie over de verhouding van het kwaliteitsinstituut ten opzichte van organisaties van patiënten, dus van de PG-organisaties. Dat begrijp ik niet helemaal. Als de minister dat nu niet voor ogen heeft, moeten we daar nu niet verder op ingaan. Ik zou wel heel graag willen weten wat dit nu precies betekent.

Minister **Schippers**: Ik zal het meenemen in de brief van december.

De vraag of een metastandaard recht doet aan de verscheidenheid van zorg heb ik eigenlijk al beantwoord.

Ik begrijp van de voorzitter dat ik moet opschieten, maar het is ook zo'n administratie.

Waarom moet dit bij het CVZ, dat straks een nieuwe naam gaat krijgen? Het is niet de bedoeling dat we allemaal aparte zbo's oprichten. Het gaat ook heel moeizaam als je een nieuw zbo wilt oprichten. Wij hebben ons dus afgevraagd wat wij al hebben in de zorg en of wij daar niet een aantal dingen bij kunnen onderbrengen, die wij heel graag bij elkaar willen onderbrengen. Onder die dingen vallen de opleidingen, waar we echt onderdak voor zochten. Als je deze dingen bij elkaar onderbrengt, het pakket, het kwaliteitsinstituut care en het kwaliteitsinstituut cure, dan is het ook makkelijker om bij elkaar binnen te lopen. Die zaken hebben immers wel met elkaar te maken. Iemand die iets over opleidingen wil weten, komt dan nog eens even buurten bij het kwaliteitsinstituut. Dan krijg je daar ook uitwisseling en dan kan men elkaar versterken.

Mevrouw **Agema** (PVV): Wat ik me daarbij afvraag is of een vraag over de kwaliteit geen inbreuk doet op een vraag met betrekking tot het pakket en wat daar wel of niet in zit. Bijt dat elkaar niet?

Minister **Schippers**: Daarom zit het ook los van elkaar. Het zit wel in één gebouw, maar het zijn echt twee afzonderlijke poten. We hadden het natuurlijk in één poot kunnen samenvoegen. Dat is ook wel eens voorgesteld. Er is gezegd: zullen we het pakket en het kwaliteitsinstituut in één instituut onderbrengen? Dat doen we echter niet. We houden die dingen gescheiden. Het kan wel zijn dat je informatie met elkaar uitwisselt, dat je de ander vraagt: joh, hoe kijken jullie hier tegenaan? Dat je die inhoudelijke uitwisseling krijgt, is natuurlijk wel goed, maar het zijn twee afzonderlijke dingen.

De heer Van der Veen zegt: de publieke verantwoordelijkheid wordt door dit kabinet zo klein mogelijk gemaakt, evenals de doorzettingsmacht. Ik zie dat een slagje anders. We hebben het hier over een private verantwoordelijkheid en die krijgt nu een publiek duwtje in de rug. Dus dit is een steun in de rug. Dit is nu een private verantwoordelijkheid en wij zeggen dat wij eigenlijk vinden dat dit te langzaam gaat, dat we meer moeten weten, dat we er hogere eisen aan moeten stellen. Dat is nu precies wat we gaan doen met dit kwaliteitsinstituut. Daar gaan wij die doorzettingsmacht organiseren, door op een gegeven moment de regie over te nemen, een en ander vast te stellen en daarop te handhaven. Volgens mij gaat dat helemaal goed komen.

Dan het openbaar maken van de kwaliteit. Het is de hele inzet van het kwaliteitsinstituut dat wij openbaarheid krijgen op dingen die zich van elkaar onderscheiden. Je maakt enerzijds richtlijnen en standaarden, en anderzijds is transparantie een belangrijk item. We hebben www.kiesbeter.nl. Ik heb die site in de afgelopen weken zelf nog eens goed geraadpleegd, op zoek naar een en ander en ik moet u eerlijk zeggen: het valt onder mijn verantwoordelijkheid, maar daar moet echt heel veel aan verbeteren. Je kunt daar namelijk nu als patiënt helemaal niets mee. De transparantie en www.kiesbeter.nl houden we in overheidshanden. Dat komt bij de zbo, in ieder geval het frontoffice. Daar zal het kwaliteitsinstituut een enorme zet aan moeten geven, zodat we daar ook daadwerkelijk informatie kunnen vinden. Anders wekt zo'n site alleen maar ergernis.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb een vraag over het begrip «we». Het kwaliteitsinstituut heeft de bevoegdheid om richtlijnen te publiceren; het heeft de bevoegdheid om het tempo te bepalen waarin zaken ontwikkeld worden en het heeft een bevoegdheid inzake de relevantie van dingen die ontwikkeld worden. Dat ligt dus allemaal bij het kwaliteitsinstituut. Wij

denken dat de verantwoordelijkheid hiervoor juist bij de minister moet liggen, ook gelet op het belang en de voorgeschiedenis hiervan. Tot nu toe hebben we immers in Nederland niet echt gescoord met dit onderwerp. Kunnen wij de minister aanspreken op het feit dat er geen publicatie plaatsvindt van ontwikkelde criteriastandaarden? Kunnen wij de minister aanspreken op het tempo waarin zaken ontwikkeld worden? En kunnen wij de minister aanspreken op de relevantie van zaken die ontwikkeld worden?

Minister Schippers: Sterker nog, als dat werkprogramma jaarlijks wordt vastgesteld, dan kunt u hier in de Kamer nog meekijken en zeggen: wij vinden daar zelfs dingen in die we een slagje anders willen. Natuurlijk is dit niet een losgezongen geheel. Wij stellen gewoon het werkprogramma vast.

De heer Van der Veen: (PvdA): Stel dat het zbo dat niet doet. Het gaat mij met name om de publicatie van zaken. Daar hechten wij heel erg aan. Hoe kan afgedwongen worden dat het kwaliteitsinstituut de publicatie naar buiten toe gestalte geeft? Ik herhaal dat er nu alleen «bevoegdheid» staat, en niet wie erover gaat en wat er gebeurt als het niet wordt gedaan.

Minister Schippers: Voorzitter, als je in een werkplan vaststelt dat het kwaliteitsinstituut, gegeven alle budgetten die je hebt om mensen in te huren en gegeven de beperkingen die je in mankracht hebt... Als er bijvoorbeeld een verbetertraject moet komen – dat is natuurlijk een vreselijk bureaucratisch woord – om van www.kiesbeter.nl daadwerkelijk iets te maken waar patiënten wat aan hebben, dan maak je daarover toch met elkaar afspraken? Ik als minister maak er met het kwaliteitsinstituut afspraken over welke verbeteringen er wanneer te verwachten zijn. Je staat in een werkrelatie tot elkaar. Dit is wat de minister of de Kamer expliciet heeft aangegeven. Wanneer kunnen wij, gezien de mankracht en het tijdspad, afspreken dat daar resultaten van komen en welke resultaten zullen dat zijn? Ik ben het er niet mee eens dat er niet op transparantie en kwaliteit wordt ingezet. Er wordt juist ingezet op het maken van standaarden en richtlijnen. Dat is ongelofelijk belangrijk voor de kwaliteit. Er wordt ingezet op eenduidige taal, ook dat is ongelofelijk belangrijk voor de kwaliteit. Er wordt ingezet op transparantie.

De Kamer is erg gecharmeerd door het NICE-model uit Groot-Brittannië. Wat wij zien in de praktijk in Groot-Brittannië is dat het draagvlak voor die standaarden heel erg laag is. Er wordt bij bezoeken geconstateerd dat die standaarden in de praktijk gewoon niet worden gebruikt. Dan schiet je dus ook je doel voorbij. Wij zoeken de middenweg. Wij willen dat samen doen en wij willen in een versneld tempo tot verbeteringen komen. Volgens mij heb ik hiermee alle vragen beantwoord.

De voorzitter: Ik dank de minister voor haar beantwoording en geef het woord aan de staatssecretaris voor de beantwoording van de vragen die op haar terrein liggen.

Staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten-Hyllner: Ik hoop niet dat de verdeling symbolisch is voor de verhouding straks in het kwaliteitsinstituut, want ik zie dat heel nadrukkelijk anders.

Wat gaat de care merken van het kwaliteitsinstituut? De care heeft zich ontwikkeld in de schaduw van de cure en heeft daar eigenlijk nog steeds niet onderuit kunnen kruipen. Het kwaliteitsinstituut biedt de kans dat de onderdelen van de care, die eigenlijk nog nooit goed beluisterd zijn, een podium krijgen om de eigen professionaliteit te ontwikkelen. Het voordeel van de care is dat zij niet is gericht op de reparatie van een onderdeel van een patiënt, waar de cure in feite wel op gericht is. Care is gericht op het bevorderen van het welzijn. Daarbinnen zijn professionele onderdelen. De

kruisbestuiving zoals ik die voor me zie tussen de nieuwe ideeën die de care-onderdelen kunnen inbrengen in het kwaliteitsinstituut, geeft op meerdere elementen een impuls om de cliëntoriëntatie te versterken. Ten eerste oriënteren de care-beroepen zich sowieso, wat hun bestaansrecht betreft, op de tevredenheid van de klant. Een care-professional begint met de vraag: wat kan ik voor je doen? Vervolgens doet hij of zij een professioneel kunstje, en dan eindigt hij of zij met de vraag: gaat het goed zo, ben je tevreden? In essentie is dat de metastandaard. Wat mij betreft, zullen alle professionele standaarden bestaan uit drie zaken: de vraag wat kan ik voor je doen? Een kunstje waarvan de beroepsgroep zegt: dit is het allerbeste wat er op de wereld te vinden is voor deze beroepsgroep. En het eindigt met de vraag of je tevreden bent. Dat is de metastandaard in gewonemensentaal.

Wat de care betreft, beginnen we met de beroepen die vallen onder de langdurige zorg. Daar is het mee begonnen. Dat is dan niveau 2 en 3. Die benoem ik steeds, omdat ze in de care het primaire proces zijn, maar eigenlijk hebben ze nog geen professionele standaard mogen ontwikkelen. De outputcriteria op dat terrein – mevrouw Agema noemde ze, ik herken ze ook – zijn decubitus. Dat is een medisch begrip voor een late complicatie, terwijl je toch, als je over de zorg praat, wilt dat de professionele standaard zich richt op datgene wat een cliënt in 24 uur nodig heeft. Decubitus is belangrijk, maar het komt echt op een niveau dat aggregatieniveau heet bij de outputcriteria. Daar kunnen we een enorme verbeter slag maken. Dat is wat de care ervan gaat merken. Ten eerste komen er professionele standaarden voor de beroepsgroepen die nog niet aan bod zijn geweest. Ten tweede krijgen die groepen daarmee een emancipatiemogelijkheid tegenover de andere beroepen die er zijn en die nog wel een academische traditie hebben. Ten derde geeft het de mogelijkheid om, juist omdat hun beroepen zo georiënteerd zijn, het cliëntenperspectief tot de norm te maken. Die drie dingen zijn wat de care van het kwaliteitsinstituut zal merken.

Dan heeft mevrouw Wiegman nog een technische vraag gesteld. Hoe verhoudt zich een professionele standaard tot het perspectief van de cliënt? Is dat niet wat anders? Ik denk dat ik heb kunnen laten zien dat dit in de opdracht die ik zal geven, niets anders zou mogen zijn. Het moet juist het begin en het einde zijn.

Mevrouw Agema heeft heel terecht de vinger erop gelegd dat er sprake is van heel andere culturen. Dat is waar, dat hebben wij natuurlijk ook gemerkt toen we in de ontwikkelingsfase waren na onze brief. Er is bijvoorbeeld steeds gezegd: het lijkt wel alsof de staatssecretaris heel wat anders wil dan de minister. Dat klopt, want we hebben andere terreinen en we hadden dus vanuit het veld andere vragen. Daarom moet je heel nadrukkelijk onderscheid maken tussen die twee gebieden.

Aangaande de vraag hoe het kwaliteitsinstituut het gaat doen, moet het de onderlinge vergelijking doorstaan. Ik hecht daar erg aan, want dat is ook de emancipatie van de care. Hoe dat zal gebeuren, heeft te maken met de bemanning, met de mensen die er komen te staan en met de energie die dat met zich meebrengt. Ik heb het zelf meegemaakt, 25 jaar geleden, toen we als jonge beroepsgroep de kans kregen om een professionele standaard te ontwikkelen en onderwijsprogramma's te maken. Nou, dat is een gouden kans! Ik weet zeker dat ze zich niet laten ondersneeuwen door beroepen die in die dingen al gevestigd zijn. Ik wil benadrukken dat een en ander, behalve een professionele standaard die je onmiddellijk gaat toetsen, ook betekent dat de gewonnen inzichten worden meegenomen in de opleidingen, in de beroepscodes en in het eigen tuchtrecht. Dat zijn drie kwaliteitsinstrumenten die nog niet genoemd zijn. Ze zijn van de beroepsgroepen zelf en ze gaan een ontzettend grote invloed hebben als we eenmaal die standaarden hebben weten te ontwikkelen.

De volgende vraag van mevrouw Agema ging over de Stuurgroep ondervoeding. De vraag was of die in gevaar is. Ik denk het niet, want die

dingen hebben elkaar nog helemaal niet geraakt in hoe we erover praten. We zijn nog conceptueel bezig. Volgend jaar gaan we implementeren. Als ik het aan een voorbeeld mag ophangen: we hebben gesproken over de acht domeinen die voor een cliënt belangrijk zijn. Die hebben we vastgelegd in de Zorginstellingenbeginselenwet. Ik stel me voor dat je de cliëntenorganisaties in gesprek brengt met de beroepsgroepen. Een daarvan is goede voeding. Dan komt de Stuurgroep ondervoeding onmiddellijk weer in beeld. Vanuit de standaarden die het kwaliteitsinstituut ontwerpt, ga je dan kijken of er goede programma's worden uitgevoerd of dat die zich moeten moderniseren. Dat is ongeveer de omklap die je daarmee gaat maken.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik dank de staatssecretaris dat zij het belang onderschrijft van een stuurgroep ondervoeding. Kan zij hierop nog verder ingaan in een brief, omdat zij ook nog het een en ander moet uitzoeken?

Staatssecretaris **Veldhuijzen van Zanten-Hyllner** Dat zal ik doen, beloofd.

Mijn ogen gingen glimmen toen mevrouw Dijkstra vroeg of ik iets kan met de jeugd en de Wmo, want in eerste instantie zijn jeugd en Wmo nog niet meegenomen. Dat heeft een heel andere achtergrond. Het heeft namelijk met organisatorische aspecten van de twee in de stelselwijziging meegenomen groepen te maken. Maar als het gaat om de beroepen, ook in de jeugdzorg, waarvan voortdurend gezegd wordt dat men het tuchtrecht net niet zelf van de grond krijgt, en als het nadrukkelijk gaat om de beroepen in de maatschappelijke opvang, wordt inderdaad gevraagd waar men nu de energie, de creativiteit en de impuls vandaan haalt om dit van de grond te krijgen. Ik denk dat de expertise die straks in het kwaliteitsinstituut aanwezig is een gouden combinatie zal zijn, ook voor deze beroepen, dus ik zal daar zeker ook heel goed naar gaan kijken. Dan heeft mevrouw Dijkstra ook nog gevraagd hoeveel ruimte er is voor professionals om innovatief te werken binnen een zorgstandaard. Bij het ontwerpen van een zorgstandaard krijgen de professionals alle ruimte om hun allerlaatste inzichten erin te stoppen. Op het moment dat zij iets nog beters kunnen verzinnen omdat een bepaalde cliënt dat vraagt, mogen zij altijd afwijken van de standaard. Zij moeten dat dan alleen heel goed kunnen uitleggen, dus de standaard is nooit een keurslijf. Een standaard is altijd een springplank op weg naar de volgende innovatie.

De **voorzitter**: De minister heeft aangegeven nog één vraag te willen beantwoorden.

Minister **Schippers**: De heer Van Veen heeft mij namelijk nog gevraagd hoe de transparantie wettelijk verplicht wordt. De zorgaanbieders worden bij wet verplicht om informatie aan te leveren op vastgestelde indicatoren die door het kwaliteitsinstituut in het openbare register zijn opgenomen. De informatie zal moeten voldoen aan de eisen van vergelijkbaarheid en begrijpelijkheid. Zo nodig kunnen deze eisen bij wet worden vastgelegd. Daarnaast zal het kwaliteitsinstituut een rol krijgen in het rapporteren over de verzamelde data.

De **voorzitter**: Ik wil een korte concluderende tweede termijn houden waarin wij de vragen meenemen, van maximaal twee minuten per fractie.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. De staatssecretaris had het over de verdeling van de spreektijd tussen care en cure. Waar is nog de grootste kwaliteitsverbetering te behalen? Is dat bij de curatieve zorg? Gaat het kwaliteitsinstituut zich daarop dan ook richten?
Mijn fractie is blij dat de minister heeft gezegd: geen bureaucratie en geen afvinklijstjes.

Over innovatie heeft de minister gezegd dat dat niet in beton gegoten is en dat er ruimte is voor professionals. Mijn fractie is daar blij mee. Ik zeg het nogmaals. Er zijn altijd krachten in de zorg, gevestigde belangen, die zaken zo willen laten als zij zijn. Dus geef de toppers in de beroepsgroep ook de ruimte.

Ik ben blij dat de openbaarmaking van de gegevens wettelijk wordt geregeld. Dat vereist om die gegevens te leveren dan ook bij ziekenhuizen en artsen niet alleen procesgegevens maar ook uitkomsten. Dat betekent transparantie.

Als ik het heb over de curatieve zorg kan ik mij zo voorstellen – maar dat zeg ik over de hoofden van de bewindspersonen richting zorgaanbieders, huisartsen, ziekenhuizen en zorgverzekeraars – dat deze partijen het kwaliteitsinstituut zouden moeten willen kloppen. Zij zouden toch niet moeten wachten op richtlijnen maar zouden sneller moeten willen zijn voor hun beroepseer?

Mevrouw **Leijten** (SP): Misschien worden zij daarin juist wel ernstig gefrustreerd door een partij die hier overal doorheen fietst, namelijk de zorgverzekeraars. Hadden zij nu niet juist tot doel om op kwaliteit in te kopen? Als er geen transparantie is, vindt de concurrentie enkel plaats op prijs, zo heeft de minister heeft net gezegd. Precies, wat zijn wij hier dan nu aan het doen? Het gaat allemaal niet snel genoeg. Daarom gaan wij een publiekere rol vervullen in het opstellen van kwaliteitsstandaarden dan vanuit de private markt komt. Kan de minister dan toestaan dat er nu verschillende oliebollelijstjes bestaan, bijvoorbeeld over verschillende behandelingen van borstkanker? Dan zou ze moeten zeggen: stop nu, er komen heel snel standaarden die wij gaan handhaven. Het moet niet zo zijn dat een zorgverzekeraar het ene ziekenhuis uitsluit en het andere ziekenhuis niet. Je kunt het dan hebben over woordspelletjes of over zwarte lijsten. Zo komt het natuurlijk in de krant, want het komt heel stoer over wat CZ allemaal doet, maar uiteindelijk zijn de patiënten in verwarring en misschien is de professionele standaard in het ziekenhuis dat wordt uitgesloten wel heel goed. Het heeft niets met doelmatigheid te maken als een zorgverzekeraar ruzie heeft met verschillende ziekenhuizen, die vervolgens naar de rechter gaan om daar gelijk krijgen omdat er geen goede lijstjes gebruikt zijn.

Dus als de minister streng is, zegt zij: wij gaan eerst het kwaliteitsinstituut goed bemannen, de standaarden komen er vanuit het veld, met de patiëntenorganisaties en dan gaan wij ook volgens de kwaliteitsstandaarden de zorgverzekeraars hun rol laten spelen.

Dat de minister afstand deed van kiesbeter.nl is niet voor het eerst vandaag. Ik herinner mij nog heel goed dat ik met staatssecretaris Bussemaker destijds een vinnig debatje had, toen zij zei dat er sprake was van een revolutie in de zorg waardoor alles goed zou komen. Met de zelf aangeleverde transparante gegevens konden de patiënten optimaal gaan kiezen. Daar is niets van waar. Laat dit een heel wijze les zijn voor het nog te starten kwaliteitsinstituut, want wat daar is fout gegaan moeten wij niet nog een keer fout laten gaan. Laten wij ook eerlijk erkennen dat de zelfregulering van door zorgaanbieders zelf aangeleverde gegevens voor kiesbeter.nl, waarbij de inspectie pas na zes keer doorklikken aan bod komt, natuurlijk niets bijdraagt aan de transparantie.

Nog een vraag als u het mij toestaat. Waarom zegt de staatssecretaris dat niveau 2 en 3 inmiddels het primaire proces zijn geworden als het toch ook van belang is dat juist de hoger opgeleide en gespecialiseerde verpleegkundigen en verzorgenden bij standaarden worden betrokken en dat zij de kwaliteit van een heel team kunnen opkrikken? Is het niet zo dat in de gehandicaptenzorg het gemiddelde niveau 4 is?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Het CDA vindt het goed om te horen dat bij de invulling van deze nieuwe organisatie de uitgangspunten

slim en slank zijn en dat ook er echt bevoegdheden komen om bepaalde ontwikkelingen op het gebied van richtlijnen en uitkomstindicatoren door te zetten. Het kwaliteitsinstituut kan in de komende periode een aanjagende werking gaan vervullen.

Het is ook goed om te horen dat de staatssecretaris zegt dat de standaarden geen dwangbuizen worden en dat als er goede redenen zijn om af te wijken, omdat er bepaalde vernieuwingen in het veld zijn, het goed is om die uit te leggen.

Wij hebben het hier de hele tijd over een instituut gehad, maar uiteindelijk gaat het om de mensen op de werkvloer die de kwaliteit in de zorg moeten leveren. Zij moet standaarden ook niet als knellend ervaren maar juist als een stimulans om zo goed mogelijk hun werk te kunnen doen. Dank voor de toezegging om in de brief verder in te gaan op de betrokkenheid van cliënten- en patiëntenorganisaties.

Het kwaliteitsinstituut gaat inderdaad informatie opleveren over inzichtelijkheid en dergelijke. Laat het ook inzichtelijk voor iedereen zijn, want datgene wat de beroepsgroep begrijpt, is vaak niet wat een eenvoudig Kamerlid of iemand anders op straat ook begrijpt.

Wij verwachten veel van het kwaliteitsinstituut. Er komt voor het CVZ echt een periode aan van grote veranderingen. Hoe gaan de staatssecretaris en de minister ervoor zorgen dat in deze periode van veranderingen het kwaliteitsinstituut en de andere poten van de nieuwe organisatie ook direct met hun werk kunnen beginnen? Misschien is dat nog een aandachtspunt voor de volgende brief

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik dank de beide bewindslieden voor de beantwoording.

Ik ben blij met de helderheid die is gegeven over de transparantie. Mooi dat die wettelijk wordt geregeld. Dat is natuurlijk, zoals de minister ook aangaf, waar het allemaal om te doen is. We willen weten wat er gebeurt in de zorg en waar het goed gedaan wordt.

Ook ben ik blij dat het stappenplan komt, ook al had ik dat liever iets eerder gezien, maar ik begrijp van de minister dat dit zo in de planning zit. Daar leg ik mij dan bij neer. Wij zullen hier ongetwijfeld nog op terugkomen.

Aangegeven is ook dat de uitkomstindicatoren natuurlijk buitengewoon belangrijk zijn als het gaat om de kwaliteit. Ik wijs er nog even op dat er al een heel goede registratie van darmkankerbehandeling is, waaraan de minister in de nota zelf ook al refereert. Die behandeling wordt ook in alle ziekenhuizen al toegepast. Hoe is het met dit soort registraties? Zij moeten worden doorontwikkeld, ook voor andere vormen van kanker. Dat wordt nu gedaan door het DICA. Speelt dit ook een rol bij het kwaliteitsinstituut? Dat zou ik nog graag willen weten. Wordt het kwaliteitsinstituut daarvoor dan ook ingezet en valt dat ook onder dezelfde financiering?

Ten slotte dank ik de staatssecretaris dat zij nog zal terugkomen op de rol van de patiënten- en cliëntenorganisaties. Zij heeft net aangegeven dat zij het heel belangrijk vindt dat ook professionals in de jeugdzorg en de Wmo profiteren van het kwaliteitsinstituut. Ik begrijp niet helemaal of dat nu dan ook sneller gaat dan oorspronkelijk de bedoeling was.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Ik dank de bewindspersonen voor de beantwoording en voor de toezeggingen met betrekking tot de brief over de stuurgroep ondervoeding. Boven alles dank ik hen voor het feit dat het dus om twee aparte instituten gaat voor cure en care, vanwege het verschillende karakter daarvan als het gaat om de kwaliteit.

De heer **Van der Veen** (PvdA): voorzitter. Ik dank de bewindspersonen voor de beantwoording. Wij hebben hier weer een belangrijk onderwerp bij de kop. Alles wat het kwaliteitsinstituut doet, is bedoeld om uiteindelijk voor de patiënt inzicht te verkrijgen in de geleverde kwaliteit. Begrijp ik

het nu zo van de minister dat als die criteria ontwikkeld en bekend zijn zorgaanbieders dan verplicht zijn om hun scores ten opzichte van de ontwikkelde criteria te publiceren, zodat ook duidelijk is voor de burger, voor de patiënt, hoe een bepaalde dokter of een bepaald ziekenhuis kwalitatief scoort? Wordt dat verplichtend opgelegd aan de zorgaanbieders en aan de instellingen? Dat is wat ons betreft heel relevant. Als dat zo is, denk ik dat wij iets gewonnen hebben.

Ik blijf ermee zitten dat het veld in de manier waarop het tot nu toe gaat met het kwaliteitsinstituut heeft bewezen dat zelfregulering niet leidt tot een erg hoog tempo. Wij hebben nu ongeveer 6% van de kwaliteit omschreven. Ik blijf er twijfels over houden of het kwaliteitsinstituut in deze – ook juridische – vorm echt voldoende doorzettingsmacht heeft om ervoor te zorgen dat er nu ook echt in tempo ontwikkeld wordt. Laten wij dit dan maar het voordeel van de twijfel geven.

Wellicht is het mogelijk voor de minister om voor de begrotingsbehandeling duidelijk te maken wat dan de positie van de cliënten en patiënten in dit geheel is, want uiteindelijk gaat het daar ook om. Ik heb begrepen dat de minister daarmee in december wil komen. Als zij ons die informatie voor de begrotingsbehandeling kan geven zou zij ons zeer verplichten. Maakt het instituut ook gebruik van kennis van andere partijen in de zorg? Ik heb de zorgverzekeraars genoemd, die vaak een schat aan informatie hebben, naast de farmaceutische industrie en anderen.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Waar is de grootste kwaliteitsverbetering te halen, bij cure of care? Ik vind dat een oneigenlijke vergelijking. Wij hebben de ambitie om beide maximaal te verbeteren. Daarvoor zetten wij ons in. Wij zijn daar ambitieus op in. Alles wat sneller wordt opgepakt vind ik prima, dus dat is alleen maar goed.

Ten aanzien van de vraag van mevrouw Leijten heb ik al gezegd dat er niet veel gegevens bij patiënten zijn om te kunnen kiezen. Er is wel een schat aan gegevens bij de verzekeraars op basis waarvan zij ook inkopen, maar de patiënt ziet die gegevens niet en kent ze dus ook niet. Dat is onze inzet om dit transparanter te maken voor de partij waar het volledig om draait. Dan is er gevraagd naar de vrijheid van lijstjes. Er zijn ontzettend veel lijstjes, zoals een AD-lijstje, een Elsevierlijstje en ik weet niet hoeveel meer lijstjes. Iedereen mag lijstjes maken wat hij wil. Ons gaat het erom dat er een basiskwaliteit is op grond van richtlijnen en standaarden op basis waarvan de inspectie controleert en handhaaft. Daarbovenop mogen verzekeraars extra eisen stellen als dat extra kwaliteits- of service-eisen zijn.

Ook op kiesbeter.nl zie ik dat de vrijheid voorbij is. Het werkt dus niet als je vrijwillig gegevens aanlevert. Dat gaan wij dus ook wettelijk vastleggen zodat we daarbij daadwerkelijk iets te publiceren hebben.

De omschrijving «slim en slank» van mevrouw Bruins Slot vind ik heel mooi.

Dan de vraag hoe wij ervoor gaan zorgen dat de periode van veranderingen geen invloed heeft op het werk bij het CVZ. Dat is inderdaad een belangrijk aandachtspunt. Zo'n organisatie gaat dan weer in ontwikkeling. Het is ook een beetje aan de directie dat er rust blijft en dat men strak gefocust blijft op het werk. Dat is ook een kwestie van goed management. Daarvoor moeten wij zeker oog hebben.

Mevrouw Dijkstra zei dat ze het stappenplan liever eerder heeft maar dat zij zich neerlegt bij december, terwijl de heer Van der Veen zei dat hij toch voor de begroting zou willen hebben. Probleem hierbij is dat we een bepaald aantal ambtenaren hebben. Wij maken een werkplan op het ministerie. Daarin hebben wij gevraagd, bijvoorbeeld aan de mensen die betrokken zijn bij het kwaliteitsinstituut, om voor december bepaalde informatie aan te leveren. Wij hebben geen capaciteit om dan te vragen of dat niet even een maandje sneller kan, want dat is wat u eigenlijk vraagt. Ik zie dat u denkt dat dit een kwestie van onwil is, maar dat is niet zo. Wij

hebben op onze begroting een recordaantal vragen gekregen die wij natuurlijk met veel liefde gaan beantwoorden, maar we hebben ook een bepaalde capaciteit. Ik kan niet alles versnellen, hoe graag ik dat soms ook zou willen doen.

Dan de goede dingen die gebeuren in het veld, zoals de darmkankerregistratie en de vorderingen die daarbij gemaakt worden. Zo moet het dan ook. Als men dat goed doet, moeten wij dat vooral ook zo laten gebeuren als wij daarbij kunnen leren van anderen. Het aardige van zo'n kwaliteitsinstituut is nu juist dat je ook tussen verschillende specialismen van elkaar kunt leren en dingen in proces of in inhoud van elkaar kunt overnemen. We maken ook gebruik van de farmaceutische industrie en andere partijen die kennis, deskundigheid of betrokkenheid hebben. Dat gaan we zeker proberen.

Staatssecretaris **Veldhuijzen van Zanten-Hyllner**: Voorzitter. Ik heb nog drie vragen liggen.

Mevrouw Dijkstra heeft mij gevraagd of ik het kwaliteitsinstituut inderdaad ook zie als iets waarvan professionals kunnen profiteren en of daarvoor nu een extra impuls is gegeven in dit algemeen overleg. Die impuls is ook al gegeven door de beroepsgroepen. Er zijn drie verschillende grote dossiers waarin beroepsontwikkeling wordt besproken: Wmo, de jeugd en de langdurige zorg. In alle drie is gevraagd om hieraan een impuls te geven. Die drie vragen lijken erg op elkaar, dus het is wijsheid om ze van elkaar te laten profiteren.

Mevrouw Leijten antwoord ik dat ik niet niveau 4 noemde maar niveau 2 en niveau 3, omdat dat de mensen zijn die 24 uur per dag in contact zijn met cliënten. Ik noemde ook niet de fysiotherapeuten of de psychologen. Zelfs noemde ik niet de dokters, mijn eigen beroepsgroep, omdat heel nadrukkelijk niveau 2 en niveau 3 groepen zijn die de belangrijkste invloed hebben op het welzijn van cliënten en die nog weinig aan bod zijn geweest als het gaat om professionele ondersteuning. Daarmee zeg ik niets ten nadele van die andere beroepsgroepen, die er natuurlijk ook heel erg toe doen, maar ik gun het deze beroepsgroep zo dat zij op eigen kracht ook op eigen professionele benen kan staan. Dat doe ik het beste door ze iedere keer te noemen en ze heel nadrukkelijk het podium te gunnen.

De heer Mulder heeft mij nog gevraagd of meer resultaat te behalen is in de care of in de cure. Ik sluit mij aan bij mijn minister, want het is geen wedstrijd. Het is een ongelooflijk belangrijke kruisbestuiving die je kunt krijgen als je zorgt dat de care en de cure elkaar kunnen versterken. Ik dacht dat wij dat maar even wilden bewijzen, dus dank voor deze vraag.

De **voorzitter**: ik zet de toezeggingen even op een rijtje.

- Er komt een brief in december over het kwaliteitsinstituut.
- In 2012 komt de wet.

Dan wil ik nu graag kijken of er nog behoefte is aan een VAO of aan procedurele opmerkingen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Of er behoefte is aan een VAO is afhankelijk van het antwoord van de minister op de vraag of de zorgaanbieders worden verplicht om met hun kwaliteitsscore naar buiten te komen.

Minister **Schippers**: Ja, in de wet leggen wij vast welke dat zijn, dus dat komt in de wet. Er zal dus een wettelijke verplichting komen.

De **voorzitter**: Ik constateer dat er geen behoefte is aan een VAO.