

2

Wet cliëntenrechten zorg

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en andere wetten in verband met de taken en bevoegdheden op het gebied van de kwaliteit van de zorg (33243).**

De voorzitter:

Ik heet de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van harte welkom in de Eerste Kamer. Ik begrijp dat de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport niet aanwezig is en ook niet zal zijn.

Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

Voorzitter. Ik weet niet of het is toegestaan om al zo vroeg te interrumperen, maar ik wil hieraan toevoegen dat ik, mocht het voor de minister onoverkomelijk zijn om bepaalde vragen te beantwoorden, ervan uitga dat de staatssecretaris wel zal komen om die vragen te beantwoorden.

De voorzitter:

Ik ga daarvan uit. Het is natuurlijk toch al spijtig dat de staatssecretaris er niet is, terwijl hij wel was uitgenodigd.

Ik geef het woord aan mevrouw Frijters-Klijnen. Ik meld nog even dat er wat leden gestrand zijn onderweg.

De beraadslaging wordt geopend.



Mevrouw Frijters-Klijnen (PVV):

Voorzitter. Dit wetsvoorstel strekt ertoe, de bestaande taken en verantwoordelijkheden op het gebied van goede zorg, die op dit moment zijn ondergebracht bij verschillende organisaties, efficiënter vorm te geven. Daarmee wordt het makkelijker om te komen tot een permanente verbetering van de cliëntgerichtheid, kwaliteit, veiligheid, doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorg. Efficiënter vormgeven van taken en verantwoordelijkheden houdt in dat deze worden gebundeld en ondergebracht in één, onafhankelijk van de minister opererende organisatie.

Om te voorkomen dat een extra instituut in de gezondheidszorg wordt opgericht, wordt aangesloten bij een bestaand bestuursorgaan, namelijk het College voor zorgverzekeringen. Het CVZ zal voortaan het Zorginstituut Nederland heten. De taken op het gebied van de kwaliteit van de zorg zullen worden uitgevoerd door het Kwaliteitsinstituut, dat als een aparte sectie van het Zorginstituut Nederland wordt vormgegeven.

Het Kwaliteitsinstituut heeft altijd de warme belangstelling gehad van de PVV. Dat dateert nog uit de tijd van het gedoogakkoord en ik citeer daaruit:

"Om de kwaliteit van de instellingen te verbeteren, zal het veld ondersteund worden bij het opstellen van normen en het uitwisselen van best practices. Intercollegiale toetsing zal worden bevorderd. Er wordt daartoe een Kwaliteitsinstituut opgericht ter ondersteuning van de instellingen in de ouderenzorg. Normen uit kwaliteitsprogramma's die zich inmiddels bewezen hebben, zoals onder andere programma's tegen doorliggen en ondervoeding, worden sectorbreed ingevoerd door ze

op te nemen in de kwaliteitsnormen van de IGZ. Normen uit toekomstige nieuwe kwaliteitsprogramma's moeten, zodra zij zich bewezen hebben, ook onderdeel worden van de kwaliteitsnormen van de IGZ."

Op deze formulering hebben we destijds lang gestuurd, waarbij de mogelijkheden werden afgewogen. Ondervoeding bijvoorbeeld komt bij ongeveer 24% van de bewoners van instellingen voor. Op het moment dat er gewerkt wordt met een kwaliteitsprogramma, kan de ondervoeding worden teruggebracht tot zo'n 4%. Dat is precies de reden waarom de PVV een Kwaliteitsinstituut wilde. Als kwaliteitsprogramma's de standaard worden, kun je de kwaliteit van instellingen, of het nu gaat om de cure of care, enorm verhogen. Met name ten aanzien van de langdurige zorg wil de PVV fractie benadrukken erg blij te zijn met de toezegging van de staatssecretaris dat het Kwaliteitsinstituut dit expliciet gaat opnemen in het werkprogramma en het meerjarenplan. Daardoor zullen er kwaliteitsverbeteringen te realiseren zijn, zoals terugdringing van het aantal doorligwonden, van ondervoeding, van het aantal complicaties en van de hersteltijd na de operatie. Dat is niet in geld uit te drukken, maar het kan wel een Kwaliteitsinstituut enorm waardevol laten zijn.

Wat is de doelstelling van het nieuwe instituut? Het stimuleren van professionele zorgstandaarden met als uitgangspunt het gezichtspunt van de patiënt. Alle betrokken beroepsgroepen, artsen maar ook verpleegkundigen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars en dus patiënten, hebben inbreng bij het opstellen van een richtlijn. Mochten de partijen in het veld er samen niet uitkomen, dan kan het Kwaliteitsinstituut een adviescommissie vragen, een professionele standaard op te stellen.

Om de normen te halen, rekening houdend met doelmatige en patiëntgerichte zorg, is het belangrijk dat zorgaanbieders de bedrijfskundige benadering toepassen. Het effect is dat er minder sprake is van verspilling van zorg en dat de verleende zorg beter op de patiënt is afgestemd. Op grond van artikel 22 van de Grondwet is de overheid verantwoordelijk voor het treffen van maatregelen ter bevordering van de gezondheidszorg. Hierbij moet de overheid via wetgeving een kwaliteitskader ontwikkelen, waardoor de zorgaanbieders worden gestimuleerd om voldoende kwaliteit van zorg te waarborgen voor de patiënt.

Wie kent er niet de spraakmakende affaire van de Twentse neuroloog Jansen Steur, waarbij de kwaliteit van de gezondheidszorg in diskrediet is gebracht? Vandaag hoort hij zijn strafeis, las ik vanmorgen. Dit geval is illustratief voor hoe het mis kan gaan als er niet genoeg controle is. Uit een dergelijke casus kan geleerd worden welke maatregelen er getroffen moeten worden door professionals en andere betrokkenen om het vertrouwen van de patiënt aangaande verantwoorde zorg in de toekomst niet meer te beschamen.

Om te beschamen stelt zich op het standpunt dat interne kwaliteitsverbetering verantwoorde zorg bewerkstelligt (preventieve werking) en aan het licht brengt of ergens in de organisatie onder de professionele standaard wordt gehandeld (repressieve werking). Daarbij bevordert transparantie dat de externe zorgactoren toezicht kunnen houden. De externe druk zorgt ervoor dat zorgaanbieders extra waakzaam zijn en meer hun best doen om de kwaliteit te waarborgen (preventieve werking). Zij zullen zich in positieve zin willen onderscheiden ten opzichte van de collega-zorgaanbieders. Als een zorgaanbieder daarentegen onverantwoorde zorg levert, kunnen de externe zorgactoren

ren deze hierop attent maken en het kwaliteitsbeleid afdwingen (repressieve werking).

Deze wetswijziging is wat de PVV-fractie betreft een stap in de goede richting naar een permanente verbetering van de cliëntgerichtheid, kwaliteit, veiligheid, doeltreffendheid en doelmatigheid van zorg.



Mevrouw **Dupuis** (VVD):

Voorzitter. Graag wil ik met de minister spreken over een aantal onduidelijkheden in het voorliggend wetsvoorstel en ook wil ik een aantal punten van kritiek kort behandelen. Ik noem deze punten alvast om een overzicht te geven.

Ik wil spreken over de noodzaak voor dit wetsvoorstel, waarover wij enige twijfel hebben en vooral over het aanbrengen van weer een bureaucratische laag in de aansturing van de gezondheidszorg. Verder wil ik spreken over de onwenselijke uitbreiding van de professionele standaard met het patiëntenperspectief. Ik zal dat later uitleggen. Ik vraag aandacht voor het gebrek aan begrip voor de noodzaak van verschillende toetsingskaders voor cure en care. Ik wil het vervolgens hebben over het ontbreken van een erkenning van de complexiteit van kwaliteitstoetsing met het oog op de zeer verschillende doeleinden en de consequenties daarvan. Vervolgens zal ik de minister een verzoek doen om een aantal zaken te regelen.

Ik kom bij het eerste punt: de noodzaak voor dit wetsvoorstel. Wat doet de sector zelf al? Dat is natuurlijk cruciaal. Mevrouw Frijters suggereert dat het nogal tegenvalt. Wij zijn een andere mening toegedaan, omdat wij vinden dat er juist heel veel gebeurt. Ook dit wetsvoorstel is weer een poging van de overheid om de greep op de gezondheidszorg te vergroten. Als liberalen zijn wij er natuurlijk altijd zeer op gespitst als een wetsvoorstel de invloed van de overheid vergroot. Wij zijn dan per definitie kritisch. Dat weet de minister inmiddels wel.

Wij delen overigens met de regering het verlangen naar een kwalitatief goede gezondheidszorg. Dat spreekt vanzelf. Maar ook de meeste werkers in de gezondheidszorg hebben die wens. Dit blijkt onder andere uit het feit dat er door vele instellingen, beroepsgroepen, en die weer gedifferentieerd in vele specialismen, al jaren met inzet gewerkt wordt aan standaarden, protocollen, richtlijnen en wat al niet meer, zoals de minister ook in de memorie van antwoord bevestigt. Ik citeer uit de memorie van antwoord onder punt 3: "De afgelopen jaren zijn zowel in de curatieve als in de langdurige zorg veel inspanningen geleverd om afspraken te maken over goede zorg. Op de website van de koepel van medisch specialisten zijn alleen al enkele honderden richtlijnen te vinden. Daarnaast zijn er meerdere zorgstandaarden in ontwikkeling, ook voor chronische ziekten."

Je zou dan zeggen: waarom dan nog een Kwaliteitsinstituut? Omdat er volgens de minister nog heel wat te verbeteren valt; ik citeer: "omdat patiënten te maken krijgen met meer complexe gezondheidsproblemen, waardoor zij met verschillende hulpverleners in verschillende delen van de zorgketen te maken krijgen". Dit betreft een organisatiekwestie en gaat niet over de kwaliteit van de inhoud van de zorg. Ik vind dit geen goed argument voor wetgeving op kwaliteit. Deze kwestie is bovendien door een aantal professionals allang onderkend. Het is echt geen nieuws wat hier in de memorie van antwoord staat, en zeker geen adequate argumentatie. Maar er zijn wel

andere argumentaties. Ook is er volgens de minister een ongewenste praktijkvariatie. We hebben het dan eigenlijk over de indicatiediscipline van artsen of andere zorgverleners. Dit punt speelde al bij de commissie-Dunning in 1991 en het is nog steeds een punt. Ook op dit punt doet de sector al veel. Hierover is onlangs een rapport van de commissie-Vierhout verschenen, waarin een zeer genuanceerd beeld wordt geschetst met betrekking tot de interdoktervariatie. Veel standaarden zijn al met het oog hierop aangescherpt en er is sprake van belangrijke verbeteringen. Gaarne vernemen wij of de minister dit rapport kent en zal betrekken bij de beantwoording van onze vragen.

Ook de ziektekostenverzekeraars letten op de praktijkvariatie, door bij een ziekenhuis uit te vragen als dit een aanzienlijk groter aantal van bepaalde verrichtingen doet dan gemiddeld. Mogelijk kan trouwens ook een verandering van het vergoedingssysteem impact hebben op de praktijkvariatie. Interdoktervariatie zal er altijd in zekere mate zijn. Het moet echter zeker beperkt worden en mag niet worden gestimuleerd door het vergoedingssysteem. Maar ons punt is: er gebeurt al zo veel, en waarom dit proces niet uit zichzelf laten voortgaan. Dan is in elk geval zeker dat er sprake is van een breed draagvlak in de beroepsgroep. En overigens – laten we dit toch met elkaar vaststellen, ondanks andere berichten in de media – geldt dat externe beoordelaars de Nederlandse gezondheidszorg de hoogste score geven. Het gaat hier om de Euro Health Consumer Index. Al met al is de kwaliteit van onze gezondheidszorg dus goed. Waarom dan deze wet?

Mijn tweede punt betreft de professionele standaard. Ik ga hierop in omdat dit een punt is waar wij moeite mee hebben. Het is ernstig en bepaald onjuist om, zoals de wet doet, een verbinding te leggen tussen de professionele standaard en het perspectief van de patiënt. Laten we even zien waarover het gaat. De professionele standaard is het wetenschappelijk referentiepunt van de arts. Dit is zijn centrale "body of knowledge": indicaties stellen voor diagnostiek, en vervolgens al of niet verder (be)handelen. Dit is gebaseerd op zijn wetenschappelijke kennis en klinische of praktijkervaring. Een patiënt kan nog zo graag een MRI willen, of antibiotica, of wat dan ook, maar de arts gaat over de indicatie voor een handeling of behandeling. Ik sluit graag aan bij de kritiek van de KNMG op deze invulling van de betekenis van de professionele standaard. Die voegt er namelijk het perspectief van de patiënt aan toe. De vraag is wat de minister precies verstaat onder het perspectief van de patiënt? Wat voegt dit toe? De gehele indicatiestelling is toch gericht op het belang van de patiënt en enkel en uitsluitend op diens persoon en individuele klachten? Wat valt er nog meer aan dat perspectief toe te voegen? Of is deze uitbreiding bedoeld als een aanzet voor een claimrecht voor patiënten? Dat is het laatste dat wij moeten willen.

Zelfbeschikking van patiënten is een groot goed – ik heb er altijd voor gestreden – maar het is primair gericht op het mogen weigeren van behandelingen en helemaal niet op het eisen van behandeling. Dit is in de WGBO goed geregeld. Van een claimrecht is geen sprake; een recht dus om alles te mogen eisen wat je als patiënt een goed idee lijkt. Dat is er niet. Dit mag niet even in ons gezondheidsrecht onder de vlag van meer kwaliteit worden binnengesmokkeld. Het zal ook de vreugde van artsen in het dokteren ernstig verminderen. Afgezien van dit principiële punt, is er ook nog de vraag of de minister, die juist graag en terecht de kosten van de gezondheidszorg in de

Dupuis

hand wil houden, een eventueel claimrecht van de patiënt zou moeten willen. Dat kunnen wij niet geloven. Het is niet een weg om te gaan. We wachten met spanning op een antwoord van de minister. Het mag niet zover komen dat patiënten zaken mogen eisen die hen nuttig lijken. Hier moet de arts echt het laatste woord hebben. Het is voor mijn fractie van groot belang dat de minister hierop uitgebreid ingaat, want deze verandering van de positie van de patiënt is werkelijk in niemands belang, zeker ook niet in dat van de patiënt zelf.

Dan het toetsingskader voor de cure. Dat is anders dan voor de care. Over dit punt is in de langdurige zorg grote onrust ontstaan.

Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

Mevrouw Dupuis zegt dat dit uitgangspunt onacceptabel is en dat zij een verandering zou willen. Dit hele wetsvoorstel draait juist om een professionele standaard die mede door patiënten wordt voorgedragen. Hoe ziet mevrouw Dupuis dit wetsvoorstel dan?

Mevrouw Dupuis (VVD):

Door bijvoorbeeld aan de minister te vragen om afstand te nemen van dit punt in deze context. Natuurlijk is het perspectief van de patiënt van groot belang, maar niet bij de professionele standaard. Dat is eigenlijk al 20 jaar een gegeven waar de gehele gezondheidszorg mee leeft, mee kan leven en waar zij ook blij mee is. Ik heb nooit klachten daarover van patiëntenorganisaties gehoord. Dit is echt een systematische fout in het wetsvoorstel. Volgens mij kan dat met een technische handeling verbeterd worden.

Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

Ik ben benieuwd naar het antwoord van de minister hierop. Ik denk dat er dan een novelle zou moeten komen.

Mevrouw Dupuis (VVD):

Daar kunnen we altijd over praten, mevrouw Slagter.

Voorzitter. Een volgend punt is dus de onrust die in het veld is ontstaan over de toepassing van criteria die zijn ontwikkeld in het kader van de cure op de langdurige zorg. De langdurige zorg is maar voor een beperkt deel medisch gericht, zoals de minister weet, en indien al, dan met name bij de ouderenzorg. Bij de zorg voor verstandelijk en lichamelijk gehandicapten is dat veel minder het geval. Hier vindt meestal "levensondersteuning" plaats. De sector langdurige zorg is zeer bereid de eigen kwaliteit van handelen te toetsen, en heeft daar een eigen toetsingsinstrumentarium voor ontwikkeld, dat door panels van deskundigen extern wordt beoordeeld. Dus daar wordt aan gewerkt. Het zou heel onjuist zijn als nu, vanwege de aanname van een algemeen landelijk toetsingskader, dit weer op losse schroeven komt te staan. De VVD-fractie wil graag van de minister horen of zij het ermee eens is dat het in de cure en de care om geheel verschillende soorten toetsingen gaat. In de memorie van antwoord wordt steeds de overeenkomst benadrukt, maar er wordt wel bij gezegd dat er ruimte moet zijn voor verschillende invullingen. Dat onderstreep ik heel graag.

Overigens vinden wij het gemak waarmee de minister in de memorie van antwoord ingaat op onze kritische vragen over toetsen van kwaliteit van leven en welbevinden, niet goed te begrijpen. Dit is geen eenvoudige zaak. Ik kom hierop nog terug.

Mijn vierde punt betreft de verhouding tussen bestaande richtlijnen – waarvan de minister zegt dat er honder-

den zijn – en een alsnog op te stellen toetsingskader door het Kwaliteitsinstituut. Het gaat dan om de belangrijke vraag hoever de beoordeling door het Kwaliteitsinstituut interfereert met de door de sector zelf opgestelde richtlijnen, standaarden et cetera. Hier zit een adder in de omvang van een boa constrictor onder het gras. Wat het wetsvoorstel suggereert, is dat er een soort vast model voor kwaliteitstoetsing zou moeten worden gerealiseerd, waarbinnen de specifieke toetsingskaders moeten passen; dit met het oog op de vergelijkbaarheid van kwaliteit. Dit is ogenschijnlijk een logische eis, maar in feite ook een zeer grote beperking van de vorm van kwaliteitstoetsing. Dat het wetsvoorstel hierop aanstuurt wordt op vele plekken in de memorie van toelichting en in de memorie van antwoord gesuggereerd, maar het betekent wel een veronachtzamen van de grote systematische problemen die toetsing van gezondheidszorg met zich brengt.

Als wij het goed zien, gaat het bij toetsing van kwaliteit van zorg om tenminste vier verschillende zaken. Het eerste is de toetsing op kwaliteit – wat al gebeurt – met het oog op de verbetering van het eigen handelen. Dan gaat het over de behandelaars zelf. Die doen dat ook. Die stellen richtlijnen op en die zijn tevens een toetsingscriterium voor het bekijken van de kwaliteit van het eigen handelen. Dus hier gaat het over de behandelaars.

Een andere vorm van toetsing van kwaliteit is het mogelijk maken van een externe beoordeling, bijvoorbeeld door de IGZ en wellicht door andere organen zoals NZa en ACM. Er zijn er genoeg. Dit is een andere groep die bediend moet worden.

Vervolgens is toetsing van kwaliteit, met name volgens de minister, van belang om een externe vergelijking met andere zorg mogelijk te maken. Maar dat veronderstelt dezelfde methodieken, dezelfde taal. Dat is weer heel iets anders dan bij de eerste twee vormen van toetsing het geval is. Dan gaat het over de zorgvragers. Het is echter de vraag of hun belang daarmee zo gediend is.

Ten slotte is toetsing van kwaliteit een kwestie die speelt bij de inkoop van zorg. Die speelt voor de ziektekostenverzekeraars en eventuele toekomstige uitvoerders van de kern-AWBZ. Die willen graag een indicatie hebben van de in te kopen zorg. Daarvoor kijken zij ook naar kwaliteit. Dan is de vraag of een van de drie andere vormen van toetsing daarvoor kan dienen of niet. Dit punt verdient veel aandacht en ik geef het ook zeker mee aan het Kwaliteitsinstituut als deze wet wordt doorgevoerd.

Wij merken op dat het bijna onmogelijk, nee, dat het onmogelijk is om alle doeleinden van kwaliteitstoetsing in één systeem samen te vatten, tenzij dat een heel licht systeem is. Dan zou het kunnen. Het is de vraag of de minister het moet willen. Volgens de fractie van de VVD denkt zij veel te optimistisch over het opstellen, invullen en toepassen van een toetsingskader voor kwaliteit. Wij verwijzen ook naar de afdeling gezondheidszorg van de Rekenkamer, die in dit huis ten behoeve van de VWS-woordvoerders een presentatie over dit onderwerp heeft verzorgd. Daarin wordt veel aandacht besteed aan de complexiteit van kwaliteitstoetsing. Deze heeft er volgens de Rekenkamer toe geleid dat in 16 jaar alle investeringen die zijn gedaan nog niet tot een overtuigend resultaat hebben geleid, en dit is nog zwak uitgedrukt. Dit zo zijnde, want daaraan twijfelen wij niet, wat is dan volgens de regering de rol van het Kwaliteitsinstituut? Wij willen daarover een goed verhaal van de minister horen, waarin zij ingaat op de minstens vier genoemde doelen van toetsing, die ik zojuist beschreef, en het verschil dat deze op-

leveren. Volgens de VVD-fractie is het vooral de diversiteit van de beoogde doelen van kwaliteitstoetsing – het lijkt wel een college; mijn excuses, maar het is van belang – die het probleem om dit goed te doen, zo ingewikkeld maakt.

Wij merken op dat de honderden verschillende standaarden waarover de minister in de memorie van antwoord spreekt primair handelingsaanwijzingen zijn, maar impliciet ook de standaardkwaliteit vastleggen. Het is de vraag of we er iets mee opschieten als dat geëxpliciteerd moet worden, want dan moet er weer gedacht worden over wat de meest illustratieve toetsingspunten zijn die werkelijk een goede indruk geven van het handelen. En dan is er weer zoals al aangegeven, ook nog de spanning tussen de kwaliteitstoetsing van de verschillende sectoren in de zorg, met name cure en care. Maar je kunt ook aan preventie denken, waarbij de toetsing het meest ingewikkeld is.

Tot slot heb ik een aantal verzoeken aan de minister om de risico's van bureaucratisering, waar wij zeer bevreesd voor zijn – en met ons vele anderen, zoals in de loop van de ochtend wel duidelijk zal worden – te beperken. In het verlengde van de vele debatten die wij over dit wetsvoorstel al gevoerd hebben en van de debatten over het wetsvoorstel fusietoets vragen wij de minister om meerdere zaken. Allereerst willen wij graag een uitgebreide evaluatie binnen twee jaar van de impact van dit wetsvoorstel, dat wil zeggen van het optreden van het Kwaliteitsinstituut, op de administratieve lasten in de sector gezondheidszorg. Ook wensen wij als tweede punt het voorleggen van dit wetsvoorstel aan Actal. Dat kan misschien niet voordat de wet is aangenomen, maar dan nog kan het een goede zaak zijn om Actal erbij te betrekken. Wij vragen ons af of dit al gebeurd is en, zo nee, waarom dat niet gebeurd is. Dit is wel degelijk een wetsvoorstel dat heel veel bureaucratisering meebrengt.

Vervolgens vragen wij ten derde of er wellicht een slagvaardig klachtenbureau kan worden ingesteld waar de sector terecht kan met klachten over de stapeling van bureaucratische maatregelen, die de sector overigens nu al teisteren. Het wordt er alleen maar slechter op. Daarnaast hebben wij ten vierde nog een wens met betrekking tot klachten over beslissingen van het Kwaliteitsinstituut. Waar kan men heen als hier voor een sector onaanvaardbare beslissingen worden genomen? Dit is dus een geheel ander chapter, dat de inhoud van maatregelen betreft die het Kwaliteitsinstituut op zou leggen. Gaarne vragen wij een uitvoerig antwoord van de minister op al deze kwesties.

Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

Als ik mevrouw Dupuis hoor, lijkt het bijna alsof zij zelf als een boa constrictor optreedt. Zij heeft het bijvoorbeeld over principiële punten, zaken die bepaald onjuist zijn. Wij hadden zojuist al een gedachtewisseling over punten die zij onacceptabel vindt. Dan vraag ik mij in gemoede af wat er allemaal concreet zou moeten veranderen aan dit wetsvoorstel voordat de boa constrictor haar prooi loslaat.

Mevrouw Dupuis (VVD):

Vele suggesties heb ik al gedaan, mevrouw de voorzitter, en dat weet mevrouw Slagter ook. Het kan zijn dat er moties moeten worden ingediend om het wetsvoorstel dragelijk te maken voor de sector. Maar daarover willen wij graag eerst in overleg.

De voorzitter:

Dan is nu het woord aan mevrouw Slagter-Roukema. De heer Ganzevoort zal later het woord voeren. Hij zit nu nog in de file. Er zijn allemaal verkeersproblemen. Hij zal pas aan het eind van de eerste termijn aan het woord komen.

Voorzitter: Franken



Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

Voorzitter. Tussen droom en daad staan wetten in de weg en praktische bezwaren. Deze woorden uit het bekende en vlijmscherpe gedicht "Het Huwelijk" van Willem Elsschot schoten me te binnen toen ik me boog over het wetsvoorstel dat wij vandaag bespreken.

De droom. Als het de afgelopen jaren over een Kwaliteitsinstituut ging, hadden velen van ons een instituut vergelijkbaar met het Engelse National Institute for Health and Clinical Excellence voor ogen, dat als onafhankelijke en objectieve instantie nauwkeurig zou kunnen vaststellen wat we moeten verstaan onder goede zorg. Gevoerd werd op de vele richtlijnen en standaarden, veelal door beroepsgroepen zelf vastgesteld zonder inspraak van patiënten, op de variatie in het gebruik ervan door de verschillende zorgaanbieders en -praktijken. Ook werd gewezen op het gebrek aan transparantie en goede kwaliteitsindicatoren en op de wens, het zorgproces te kunnen beoordelen aan de hand van goede uitkomstindicatoren.

Ook was er een brede wens om te komen tot duidelijke definiëring van wat één gewonnen levensjaar zou mogen kosten. Bij discussies waarin de politiek het maar moeilijk vond om knopen door te hakken, bijvoorbeeld bij die over de ziekte van Pompe en ook vorige week nog over de kosten van de nieuwere middelen tegen kanker, werd gewezen op het Kwaliteitsinstituut dat de dilemma's in kaart gaat brengen en met de registratie van zorgstandaarden goede en gepaste zorg dichterbij zal brengen.

Het voorliggende wetsvoorstel strekt ertoe om de bestaande taken en verantwoordelijkheden op het gebied van goede zorg, die op dit moment zijn ondergebracht bij verschillende organisaties, efficiënter vorm te geven. Er komt één onafhankelijk van de minister opererend Kwaliteitsinstituut. De taken gericht op verbetering van de cliëntgerichtheid, kwaliteit, veiligheid, doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorg worden hierin ondergebracht. Het instituut vindt onderdak bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ), dat als nieuwe naam Nederlands Zorginstituut (NZi) krijgt.

Vastgesteld moet worden dat er sinds de introductie van de Zorgverzekeringswet ook al veel is veranderd. Zorgaanbieders zijn ervan doordrongen geraakt dat verantwoording over kwaliteit moet met het oog op de keuzevrijheid van patiënten en met het oog op de zorgverzekeraars die op basis van transparantie goede zorg voor hun verzekerden willen inkopen. En ook heeft een aantal incidenten zowel met betrekking tot het functioneren van medisch specialisten als met betrekking tot de patiëntveiligheid in ziekenhuizen – Almelo – en ook in de care – Onnen – een grote impuls gegeven aan de bewustwording. Er is geen zichzelf respecterende raad van toezicht meer in de zorg in Nederland die niet zijn eigen commissie kwaliteit en veiligheid heeft en geen zorginstelling meer die geen weet heeft van NIAZ/HKZ /praktijkaccreditatie, VIM, VMS-indicatoren, CO-index en verwachte en onverwachte bezoeken van de inspectie. Een groot bureaucratisch en

soms ook wel dwangmatig circuit is het geworden waar bij de strijd om de hoogste plek in weer een top 100 uitsluitend gericht lijkt op het manipuleren van de indicatoren die die plaats bepalen. Niet de kwaliteit van zorg wordt gemeten, maar de manier van presenteren naar buiten; niet de inhoud maar de buitenkant.

Met dit in het achterhoofd begrijpt mijn fractie wel dat de minister heeft willen snoeien in het aantal organisaties met taken en verantwoordelijkheden op het gebied van goede zorg door een aantal van hen als Kwaliteitsinstituut onder te brengen bij het CVZ; het CVZ dat al de taken pakketbeheer en verzekeringen, waaronder risicoverevening, uitvoerde en die met het aanvaarden van dit wetsvoorstel Nederlands Zorginstituut zal gaan heten.

Het rapport van de Algemene Rekenkamer moet voor de minister een bevestiging zijn geweest van de juistheid van haar beslissing. In dit rapport van 28 maart 2013 wordt immers geconstateerd dat er in de afgelopen vijf jaren 31 miljoen euro is uitgegeven aan de ondersteuning van het veld bij de ontwikkeling van indicatoren maar dat de bruikbaarheid ervan tegenvalt. Er zijn ambitieuze doelstellingen opgesteld, stuurgroepen en werkgroepen hebben vergaderd en visies geformuleerd, maar kwaliteit en stabiliteit van de meeste indicatorensets zijn beperkt. De website www.kiesbeter.nl die in 2007 is gestart, zou in 2011 inzicht moeten geven in het aanbod en de kwaliteit van bijna de gehele zorg. Dat doel is in geen enkel opzicht gehaald. En indicatoren om de uitkomst van de zorgverlening te meten, blijken nog nauwelijks te zijn ontwikkeld.

Als we nu het voorliggend wetsvoorstel bekijken, kan een tussenconclusie zijn dat mijn fractie mee kan gaan in de noodzaak te komen tot de oprichting van een Kwaliteitsinstituut. De daad, de uitwerking van de droom in een wet, stuit echter wel op een aantal praktische bezwaren wat ons betreft. Dit betreft allereerst de organisatie van het NZi; de taken en bevoegdheden en de relatie tussen die beide. Volgens het organogram van juli 2013 van het CVZ vallen onder de raad van bestuur van drie leden, de secties Verzekeringen, Zorg en Staf en Ondersteuning.

Mevrouw Frijters-Klijnen (PVV):

Ik heb geen vraag maar een opmerking. Mevrouw Slagter gebruikt steeds de term Nederlands Zorginstituut, maar het is toch echt Zorginstituut Nederland geworden. Ik zeg dit om verwarring te voorkomen.

Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

Mevrouw Frijters geeft hiermee aan dat er nogal wat verwarring is. In het voortraject hebben wij uitgebreid geprobeerd om duidelijk te krijgen wat nu precies de termen betekenen en wat de onderlinge relatie is. Daar ga ik nu op in.

Mevrouw Frijters-Klijnen (PVV):

Die verwarring ontstaat omdat mevrouw Slagter een verkeerde term gebruikte. Het Nederlands Zorginstituut bestaat niet meer, maar het wordt Zorginstituut Nederland.

Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

Volgens mij zit het anders, maar de minister zal hier ongetwijfeld adequaat op reageren. Dat is nog niet gebeurd tijdens het voorbereidend onderzoek.

Onder Zorg, een poot van het Nederlands Zorginstituut dan wel het Zorginstituut Nederland – what's in a name – vallen pakket, kwaliteit en innovatie zorgberoepen en -opleidingen. Onder kwaliteit zal naar wij aannemen het

Kwaliteitsinstituut vallen. De memorie van antwoord vermeldt dat de adviescommissie Kwaliteit, een commissie bestaande uit maximaal vijftien externe deskundigen het NZi advies kan geven met betrekking tot taken op het gebied van kwaliteit. Zo bestaat er ook een adviescommissie Innovatie Zorgberoepen en -opleidingen en een adviescommissie Pakket. Wil de minister verduidelijken hoe de lijnen lopen? Hoe krijgt het NZi – ik bedoel het oude CVZ – nu input met betrekking tot de kwaliteit? Wat is de relatie tussen afdeling en adviescommissie Kwaliteit van de zorg? Kan er een discrepantie liggen tussen adviezen van de afdeling en van de commissie?

Hoe onafhankelijk kunnen de afdelingen Kwaliteit en Pakket van elkaar opereren als ze beide dezelfde raad van bestuur adviseren en hoe onafhankelijk kan de raad van bestuur beslissen als belangen van Kwaliteit en Pakket niet in elkaars verlengde liggen? De raad van bestuur moet de minister over beide zaken adviseren. Hoe wordt geborgd dat de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verschillende afdelingen gescheiden blijven? En hoe transparant is het proces van totstandkoming van een advies van de raad van bestuur van het Zorginstituut aan de minister? Een duidelijke beantwoording van deze vraag, die tot nu toe is uitgebleven, zal naar de overtuiging van mijn fractie bijdragen aan draagvlak.

Tot de taken en bevoegdheden van het NZi behoren het tot stand brengen van een eenduidig kwaliteitskader door het stimuleren en zo nodig initiëren van de ontwikkeling van professionele standaarden en betrouwbare meetinstrumenten. De minister heeft in een toelichting gezegd, te streven naar een versobering van het aantal professionele standaarden en richtlijnen, er zijn er vele, zowel als standaard voor de diagnostiek en behandeling van een enkele ziekte, als ook voor complexe ziekten. Zowel medisch specialisten als huisartsen als ook zorgverleners in de langdurige zorg hebben hun handelen daarin vastgelegd en zijn daarop te toetsen. Bij de totstandkoming waren vaak ook patiëntenorganisaties betrokken.

Hoe gaat het Zorginstituut nu handelen met het oog op registratie van de al bestaande standaarden en richtlijnen en meetinstrumenten? Wie moet hierin het voortouw nemen? Zullen alle huisartsgeneeskundige standaarden, vrij in te zien zijn op de website van het NHG en worden alle standaarden van de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten een-op-een overgenomen of moeten ze alle getoetst worden aan het concepttoetsingskader – en door wie dan wel – of verwacht de minister dat eerst de verschillende bij een standaard betrokken veldpartijen met elkaar tot overeenstemming komen over de inhoud van een bepaalde standaard of mogelijke samenvoeging van bepaalde standaarden, waarna gezamenlijke aanbieding volgt?

Het concepttoetsingskader was overigens, gelet op de geluiden uit het veld, wederom een uitgebreid bureaucratisch gebeuren waar ook de minister niet blij mee was. Is het inmiddels aangepast en daardoor beter werkbaar? Wie zijn de veldpartijen? Zijn dat beroepsorganisaties, wetenschappelijke verenigingen, de NPCF, een ziektegerelateerde patiëntenorganisatie of de CG-raad? En hoe ziet een afvaardiging van zorgverzekeraars er uit? Hoe representatief moeten c.q. zullen de verschillende organisaties zijn? Wie bepaalt hun mandaat? En hoe wordt de gezamenlijkheid georganiseerd?

Het Zorginstituut stelt samen met deze veldpartijen een meerjarenagenda op en maakt een prioritering. Ook gaat het de veldpartijen ondersteunen en stimuleren bij de

ontwikkeling en implementatie van standaarden en ontwikkel- en verbeterprogramma's op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Het Zorginstituut kan zelfs het initiatief overnemen als het veld in gebreke blijft, want daar waar veldpartijen in gebreke blijven om een professionele standaard of een meetinstrument aan te leveren, kan het NZi deze zelf vaststellen en in het openbare register plaatsen. Ik vraag de minister waar deze doorzettingsmacht is geregeld. Wat zijn de kaders? Is er een ministeriële regeling of iets dergelijks in te zien? Tevens heb ik de vraag hoe de afdeling Kwaliteit van het NZi dat allemaal zal kunnen overzien en bemensen – dat kost ook geld – gelet ook op het feit dat voor de ontwikkeling van een goede gedragen standaard al snel een termijn van enige jaren staat, evenals overigens voor de implementatie. Updaten is daarbij ook geregeld aan de orde als gevolg van nieuwe therapieën. Krijgt het NZi hiermee niet een veel te grote broek aangemeten? Hoe groot is eigenlijk de ondersteuningscapaciteit van het NZi? Wat is overigens de reden dat bij de taken van het NZi niet de kwaliteit van de openbare en preventieve gezondheidszorg en arbeidsgerelateerde zorg wordt genoemd? Dienen deze vormen van zorg niet te voldoen aan standaarden en inzichtelijk gemaakt te worden? Of is dat gewoon een blinde vlek?

Zorgverzekeraars hebben, de minister wijst daar ook op, veel inzicht in het gebruik van professionele standaarden en in praktijkvariatie. Tot nu toe zetten zij die kennis niet echt in als het gaat om het inzichtelijk maken van kwaliteit. Wat zou daarvan de reden zijn en waarom denkt de minister dat zij die kennis wel zullen inzetten als er gezamenlijk met zorgaanbieders en cliënten een zorgstandaard moet worden voorgedragen? Navraag bij het NHG leerde mijn fractie in ieder geval dat zich nog nooit een zorgverzekeraar heeft aangeboden om mee te denken over een huisartsgeneeskundige standaard. Kan het NZi de zorgverzekeraars dwingen dat te doen? Zorgverzekeraars worden overigens geacht om met elkaar te concurreren en daarom zullen zij mogelijk niet zo scheutig zijn met bedrijfsgevoelige informatie. Mijn fractie betwijfelt of het haalbaar zal zijn, nog afgezien van de vraag hoe wenselijk het is dat zorgverzekeraars invloed op een standaard hebben.

Mevrouw Dupuis (VVD):

Hoe denkt collega Slagter dat dit probleem moet worden aangepakt. Zij heeft veel twijfels over de problemen die ontstaan bij het gebruik van professionele standaarden en het te lijf gaan van de praktijkvariatie. Wij zijn het er helemaal over eens dat dit lastig is. Wat zou mevrouw Slagter voorstellen als zij lid was van het Kwaliteitsinstituut? Ik heb zelf het probleem dat het moeilijk is om te bedenken hoe het zou moeten, maar misschien heeft de SP-fractie wel het ei van Columbus.

Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

We hebben wel een aantal eieren waar wij op broeden, maar ook wij zien problemen. Eén daarvan is dat de term "de zorgverzekeraars" wordt gebruikt. Er zijn veel zorgverzekeraars die allemaal hun informatie hebben. Uit mijn eigen praktijkervaring weet ik dat zorgverzekeraars aan huisartsen spiegelinformatie kunnen bieden. Huisartsen zetten daar vaak toetsgroepen op waarin je elkaar bevraagt op eventuele praktijkvariëaties. Ik denk dat zorgverzekeraars daar veel meer mee naar buiten moeten treden. Daarbij gaat het niet alleen om het bekende voorbeeld van het aantal amandelverwijderingen in bepaalde gebie-

den. Dat is maar een heel klein puntje. Zorgverzekeraars kunnen veel duidelijker zijn. De praktijkvariatie is gekoppeld aan de inkoop en dat betekent dat het ook om bedrijfsgevoelige informatie gaat. Ik vraag de minister dan ook hoe zij dit ziet. Ik zie in ieder geval niet hoe een Kwaliteitsinstituut dat zou kunnen oplossen. Misschien moet men eerst eens hierover brainstormen met Zorgverzekeraars Nederland. Mijn ervaring is dat het vaak stukloopt op het feit dat zorgverzekeraars moeten concurreren. Ik weet dat dit geen erg duidelijk antwoord is, maar ik leg mijn twijfels hierover op tafel. Ik ben er eigenlijk zeker van dat de minister die met mij deelt. Dat zullen wij straks horen.

De minister snakt naar stabiele betrouwbare uitkomst-indicatoren, want deze hebben de grootste informatieve waarde, als indicator voor de kwaliteit van de geleverde zorg en zijn daarom van belang voor de keuzemogelijkheden van de cliënt en de zorginkoper. Tot nu toe is het aantal van dit soort indicatoren ver achtergebleven bij de planning. Eigenlijk is dat ook niet zo bijzonder want het is zoals de minister zelf ook schrijft in de memorie van antwoord " ... complex om goede indicatoren te ontwikkelen die daadwerkelijk iets zeggen over de invloed van de geleverde zorg op de gemeten uitkomst. Voorkomen moet worden dat er perverse effecten ontstaan, zoals het weren van patiënten met een zware gezondheidsproblematiek ". Mijn fractie vindt deze opmerking ook een tikje pervers en zou graag van de minister een toelichting willen op deze stelling en ook een uitleg van de wijze waarop zij perverse effecten denkt te voorkomen. Dit geldt temeer daar zij ook zegt dat het NZi een rol heeft bij het betaalbaar houden van ons zorgstelsel en daarom gepast gebruik dient te bevorderen. Misschien is het zinnig om het Kwaliteitsinstituut eerst te vragen om te analyseren waarom er zo weinig uitkomstindicatoren zijn en waarom de bestaande indicatoren niet erg stabiel zijn. Ik denk aan de discussies over sterftecijfers van ziekenhuizen, waarbij ieder jaar de vraag opkomt hoe representatief die cijfers zijn.

Mijn fractie juicht het toe dat er met de instelling van het Kwaliteitsinstituut ook meer aandacht komt voor kwaliteitsindicatoren in de langdurige zorg. Ook de zorgverleners in deze sector hebben hun eigen professionele standaarden en het is belangrijk dat de best practices in deze vorm van zorg verspreid worden. Afspraken over wat goede zorg is, zijn van belang omdat cliënten er soms levenslang van afhankelijk zijn. Hiermee citeer ik met instemming de memorie van antwoord. ActiZ heeft gewezen op het spanningsveld dat er kan ontstaan omdat de langdurige zorg in de toekomst deels onder de Wmo valt – en dus door gemeenten moet worden georganiseerd – en deels onder de AWBZ of de Zorgverzekeringswet zal vallen. Kan de minister ingaan op de consequenties hiervan? In mijn oorspronkelijke tekst vroeg ik de staatssecretaris om hierop in te gaan. Ik vraag het nu de minister om dit in het kielzog of als zijn voorloper te doen; het is maar net hoe je er tegenaan kijkt. De opmerking in de memorie van antwoord over het toezicht van de IGZ op het toepassen van de professionele standaarden door zorgaanbieders in de langdurige zorg – zij doet dat samen met gemeentelijke toezichthouders en brengt verslag uit aan de gemeente – heeft ons verbaasd en daarom willen wij hier graag een toelichting op. Hoe kan dit vormgegeven worden?

Tot slot constateert mijn fractie dat de term "professionele standaard" in dit wetsontwerp niet aansluit bij de term zoals die in de WGBO wordt gebruikt, artikel 453. In

dat artikel wordt de eigen verantwoordelijkheid van de hulpverlener benadrukt die door de wensen van de patiënt niet opzij kan worden gezet. Met de introductie van de term "professionele standaard" in dit wetsvoorstel wordt onduidelijkheid geschapen. Wij vinden het verwarrend dat er in de WGBO onder professionele standaard iets anders wordt verstaan dan in het voorliggende wetsvoorstel. Dat is niet uit te leggen. Dit was ook gemakkelijk te voorkomen geweest door in dit wetsvoorstel te spreken van de zorgstandaard of de kwaliteitsstandaarden.

Mevrouw Dupuis (VVD):

Is mevrouw Slagter het met mijn kritiek eens dat het vanzelfsprekend is dat de patiënt de kern is van de professionele standaard? Alles is gericht op het belang van de patiënt. De manier waarop een en ander in de wet aan het patiëntenperspectief wordt gekoppeld is onjuist. Mevrouw Slagter gebruikt andere woorden, maar ik neem aan dat wij het hierover eens zijn.

Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

Dat denk ik wel. Ik vind het wel heel belangrijk dat het patiëntenperspectief wordt meegenomen. In mijn ervaring gebeurt dat al in de professionele standaarden zoals die in de WGBO genoemd worden. Ik vind het zelf heel zorgelijk dat er met het oog op het handelen van de inspectie of het medisch tuchtrecht twee professionele standaarden voor de kwaliteit van medische zorg worden gehanteerd. Voor degene die hierop aangesproken wordt, zal het niet altijd duidelijk zijn naar welke professionele standaard wordt gewezen en op welke manier betrokkene eventueel ter verantwoording wordt geroepen. Dit is overigens ook niet duidelijk voor de gedupeerde cliënt. Wij vinden het erg jammer dat het Kwaliteitsinstituut dat zich juist moet inspannen om inbreng van cliënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk te laten plaatsvinden eigenlijk al op achterstand staat omdat het steeds het begrip "professionele standaard" in dit wetsvoorstel moet verduidelijken.

Het gedicht Het Huwelijk van Willem Elsschot eindigt tamelijk treurig: "Hij vrat zich op van spijt". De discrepantie tussen de droom van dit wetsvoorstel en de uitvoering ervan stelt ons niet gerust. Het is niet voor niets dat de fractie van de SP in de Tweede Kamer ertegen heeft gestemd. Desondanks zien wij de beantwoording van de bewindsvrouw tegemoet en zullen daarna ons standpunt bepalen.

De voorzitter:

Dan is nu het woord aan de heer Ganzevoort. Die inmiddels is bijgekomen van het naar deze zaal rennen.

□

De heer Ganzevoort (GroenLinks):

Voorzitter. Dank voor uw flexibiliteit. Als goed GroenLinkser ga ik natuurlijk meestal met de trein. Vanmorgen liep dat anders en de straf volgt onmiddellijk op de zonde. Maar ik ben er nu en ik dank de sprekers die vóór mij het woord wilden voeren.

Mijn fractie dankt de minister voor de vele verhelderende antwoorden en de collega's voor hun grondige voorbereidende werk in de schriftelijke rondes. Er is wat ons betreft op zichzelf genomen niet veel discussie nodig over het nut van een grondige borging van de kwaliteit van de zorg. We leven in een tijd waarin medisch-technisch ge-

zien veel kan en economisch gezien veel minder. We leven in een tijd waarin patiënten en cliënten terecht veel mondiger zijn geworden, mee willen praten over wat goede zorg is en willen weten dat de zorg die zij ontvangen optimaal aansluit bij hun behoefte. En dus ligt het meer dan ooit voor de hand dat we proberen te omschrijven wat goede zorg is. Toch zit daar wel een addertje onder het gras. Immers, hoe preciezer en objectiever we proberen te beschrijven wat die goede zorg is, des te meer beperken we ons tot de objectiveerbare aspecten van die zorg. En dat betekent dat de valkuil van het protocolliseren en proceduraliseren levensgroot voor ons ligt. Maar hebben we daarmee ook het hart geborgd van wat goede zorg uitmaakt?

Natuurlijk is dit te generaal. Het maakt heel veel uit over welk deel van de zorg wij het hebben. Niet voor niets is er in de schriftelijke uitwisseling al onderscheid gemaakt tussen de acute en de langdurige zorg, maar het is nog wel wat specifiekere dan dat. Bij specifieke medische ingrepen en psychiatrische behandelingen is wellicht vrij precies te beschrijven wat goede zorg is. Ook dat is altijd met de kennis van nu, want die precieze beschrijving zal bij allerlei aandoeningen in de loop van de tijd nogal veranderd zijn. Of het nu gaat om borstkanker, maagzweren of psychotrauma de standaard voor goede zorg is in de loop van de tijd regelmatig aangepast. Dat is geen reden om geen standaard vast te leggen, maar wel om terughoudend te zijn in onze pretenties. Maar in allerlei andere situaties is die standaard minder precies te definiëren, bijvoorbeeld omdat de kern van de zorg in de zorgrelatie zelf zit. Dat geldt op veel plaatsen in de langdurige zorg. Het geldt voor een belangrijk deel in de psychotherapeutische zorg, waarbij de niet-specifieke factoren een essentiële rol spelen. Precies die niet-specifieke factoren zijn niet zo goed in zorgstandaarden te objectiveren. Zorg is vaak in de eerste plaats een relatie, in de tweede plaats een te omschrijven handeling en pas in de zoveelste plaats een declarabel product.

De minister beseft dit en spreekt daarom over meer kwalitatieve en narratieve benaderingen die daar zouden moeten worden gebruikt. Ze heeft het ook over procesmetingen in plaats van of naast uitkomstmetingen. En er is juist hier veel te doen met de patiënt- of cliënttevredenheid. En op dit punt horen wij graag van de minister of zij meent dat in de standaarden ook principiële en ethische afwegingen thuis kunnen horen over wat zinvolle zorg is. Maar hier zit wel een spannend punt. Niet alle uitkomsten van zorg zijn objectiveerbaar en meetbaar te maken op een manier die zorgverleners, cliënten of patiënten, zorgverzekeraars en de minister voldoende informatie geeft om de goede keuzes te maken. Met andere woorden: ook al lijkt het voorstel goed in te spelen op de zo verschillende zorgcontexten, de vraag blijft toch staan of het breed in de zorg zo wel kan en wat er gebeurt als we het op deze manier regelen.

Op dit punt zit ook de vrees van verschillende veldpartijen, waar de minister in haar stukken wat makkelijk langs heengaait en waarover we in dit debat daarom graag meer duidelijkheid willen. Ik ga achtereenvolgens in op de reikwijdte en begrenzingen, de balans tussen de betrokkenen, de bevoegdheden en de invoering en handhaving.

Onze eerste vraag betreft de reikwijdte van de wet. Het is ons duidelijk geworden dat die beperkt is tot die zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Er zijn vragen gesteld over de toepasbaarheid van deze wet

op de AWBZ-zorg. Terecht zegt de minister dat ook daar goede zorg gewaarborgd moet zijn. Uiteraard en natuurlijk is op specifieke onderdelen ook in de AWBZ heel goed te bepalen wat goede zorg is. Maar de vraag is of hier professionele standaarden in het algemeen de goede weg zijn. Als goede zorg primair een goede zorgrelatie is, dan is die niet in een standaard te vangen. Als goede zorg draait om eigen regie van de cliënt of patiënt en vertrouwen in de professional, dan is dat niet in een standaard te vangen. En als goede zorg is ingebed in een relatienetwerk met mantelzorgers, vrijwilligers, multidisciplinaire teams, informele zorg, enzovoorts, enzovoorts, hoe zullen we daar dan een professionele standaard op leggen? Er zijn ervaringen dat een goed restaurant in de instelling of een aangename omgeving heilzamer kunnen zijn dan een meer medische benadering, maar hoe maak je daar ruimte voor in een professionele standaard? Inspirerende voorbeelden van goede zorg zijn vaak onorthodox, meer gericht op welbevinden dan op meetbare en afrekenbare zorgproducten. Natuurlijk zal de zorgverlener moeten kunnen verantwoorden hoe hij dat doet, maar het past lang niet allemaal in het boekje. Is de minister het met mijn fractie eens dat er (A) al van alles gebeurt op het terrein van verantwoording van andere vormen en invullingen van zorg, (B) dat er een vrij duidelijke consensus is over wat goede zorg is en (C) dat dat niet allemaal te vangen en te regelen is? Deelt zij de visie dat juist in de langdurige zorg de uitkomst door zo veel andere factoren bepaald wordt dat we zeer terughoudend moeten zijn om een professionele standaard tot het centrale ijkpunt te maken voor de zorgkwaliteit? Welke opdracht krijgt het Kwaliteitsinstituut mee als het gaat om deze niet-objectiveerbare zorgkwaliteit?

Zonder iets af te doen aan die vragen bevreedt het ons dat de Wmo-zorg en de jeugdzorg niet onder de reikwijdte van de wet worden gebracht, als wij het goed zien tenminste. Wat de Wmo betreft, zijn de stukken nog wat schimmig, want tegelijk staat er wel in de beantwoording: "Het wetsvoorstel maakt daarbij de door gemeenten gecontracteerde aanbieders van maatschappelijke ondersteuning ook direct verantwoordelijk voor de toepassing van daartoe geformuleerde landelijke professionele standaarden." Maar is daarmee de Wmo-zorg de facto niet ook onder de reikwijdte van deze wet gebracht? Is er al meer te zeggen over het onderzoek op dit punt dat de staatssecretaris aan de Tweede Kamer heeft toegezegd? Zo ja, gelden dan niet dezelfde vragen als ik voor de AWBZ noteerde? Klopt de interpretatie dat de gemeenten straks wel verantwoordelijk zijn voor het integrale kwaliteitsbeleid, maar niet mogen bepalen wat zij onder goede zorg verstaan omdat dat in de landelijke professionele standaarden en kwaliteitskaders bepaald wordt? Hoe ziet de minister de spanning die hier hoe dan ook ontstaat? En waarom niet ook voor de jeugdzorg? Daar zouden dezelfde argumenten voor te geven zijn en dezelfde vragen bij te stellen. Graag een toelichting van de minister op de reikwijdte en grenzen van de wet.

Ons tweede punt betreft de balans tussen de betrokkenen. De zorg is een complex samenspel waarin het uiteindelijk allemaal draait om de cliënt of patiënt. Het is dan ook terecht dat dat perspectief bij herhaling benadrukt wordt, al is het vreemd om dan te spreken over een professionele standaard. Hier is de uitleg af en toe wat hybride. Dat cliëntperspectief staat namelijk centraal, maar tegelijk gaat het om de stand van de wetenschap en de praktijk. Dat zijn bij uitstek zaken die de zorgverleners

kunnen overzien en de cliënten niet altijd, al zeg ik erbij dat sommige patiëntenverenigingen zeer deskundig zijn. En dan nog is het per sector verschillend: de medisch specialisten hebben waarschijnlijk een goed beeld van de stand van de wetenschap rond een bepaalde aandoening of behandeling, maar het is de vraag of de verzorgenden in de ouderenzorg dat ook hebben en bovendien zijn zij veel minder goed georganiseerd, zoals al is opgemerkt. Dan zit de IGZ er ook nog bij om te kijken of het wel uitvoerbaar is als meetinstrument en de zorgverzekeraars omdat zij zicht zouden hebben op praktijkvariatie. Dat laatste vindt mijn fractie niet zo'n sterk argument. Als de beroepsgroep betrokken is bij het ontwikkelen van een professionele praktijkstandaard waar ze vervolgens op afgerekend wordt, dan zorgt zij er heus wel voor dat de praktijkvariatie recht wordt gedaan. Het is wat ons betreft zeer de vraag of de zorgverzekeraars aan tafel dienen te zitten bij het bepalen van de professionele standaarden. De professionele verantwoordelijkheid voor de zorg ligt toch bij de professionals, zo vraag ik de minister? Maakt zij hiermee niet feitelijk de financiële doelmatigheidsmotieven die zorgverzekeraars nu eenmaal moeten hebben toch medebepalend voor de professionele standaarden?

Wij zouden wel graag willen horen hoe de minister dit proces voor zich ziet. Hoe heeft zij geborgd dat de cliënten aan tafel zitten zodat hun perspectief kan meeklinken? Wie neemt het initiatief tot het opstellen van zo'n standaard en hoe komen de cliënten ook feitelijk aan tafel? En hoe heeft de minister geborgd dat de professionele verantwoordelijkheid bij de zorgverleners blijft liggen? Hoe voorkomt zij dat de zorgverzekeraars en andere marktpartijen te veel invloed krijgen? Het gaat hier om de fijnregeling van checks-and-balances die in ons stelsel essentieel is. In dat stelsel verdienen de posities van de zorgverlener en de patiënt of cliënt vooral versterking. Maar wij vrezen dat die toch onder druk komen te staan als bij de kern van het bepalen van wat goede zorg is zij niet voluit het voortouw krijgen. Als professionele standaarden een belangrijke rol gaan spelen bij het bepalen welke zorg al dan niet gedeclareerd kan worden, dan sluipen er onmiddellijk allerlei motieven en belangen in het proces die ons ongewenst lijken. Natuurlijk moet er ook een afweging op kosten gemaakt worden, maar niet op het moment dat je definieert wat goede zorg is. Die definitie moet toch echt een inhoudelijke zijn. Deelt de minister die mening?

Ons derde punt betreft de bevoegdheden. Als mijn fractie het goed ziet, is het primair aan de beroepsgroepen en cliënten- of patiëntengroepen om het initiatief te nemen om een standaard te ontwikkelen. Vervolgens is het aan de adviescommissie om daar iets van te vinden en aan het Kwaliteitsinstituut om de standaard in te schrijven na een enkel procedurele toetsing. De vraag is echter wie de standaard vaststelt. Ligt die bevoegdheid bij het Kwaliteitsinstituut? Of bedoelt de minister met autorisatie door het veld dat de beroepsgroep uiteindelijk de standaard vaststelt? Welk gremium heeft ze dan concreet op het oog? Waar wordt een standaard tot de officiële standaard gemaakt die vervolgens kan worden opgelegd? Hoe wordt er omgegaan met veldpartijen die het dan oneens zijn met een bepaalde standaard? Worden die overruled door de meerderheid? Kunnen zij ergens bezwaar aantekenen? Kan er verschil van inzicht zijn binnen het veld? En als het gaat om een standaard waarvoor de adviescommissie het initiatief heeft genomen, hoe is dan geborgd dat deze gedragen wordt door cliënten of patiënten en door de beroepsgroep? Is deze bevoegdheid van

Ganzevoort

de adviescommissie niet te sterk geformuleerd? Kan op deze manier het Zorginstituut met de door hem benoemde adviescommissie niet de facto buiten de patiënt en professional om, een standaard vaststellen die vervolgens door de inspectie en de zorgverzekeraar kan worden opgelegd? Is dat mogelijk? Zo nee, waar is dan geregeld dat het niet mogelijk is? Hoe wordt voorkomen dat er allerlei ongewenste elementen in worden opgenomen? Ik noem maar een pijnpunt van deze Kamer, een bepaalde allergie misschien wel: is het mogelijk dat er buiten de wensen van de beroepsgroep om, een verplichting in de standaard wordt opgenomen om aan iets EPD-achtigs mee te werken? Waar is het allemaal geborgd? Mijn fractie vreest dat dit allemaal te zwak is. Ze wordt graag door de minister gerustgesteld. Als standaarden worden ontwikkeld, vastgesteld en vervolgens opgelegd, luistert het namelijk wel nauw hoe dit gebeurt.

Wanneer eenmaal een professionele standaard is ingeschreven in het register en kennelijk is vastgesteld – we horen nog waar, hoe en door wie – wordt hij de basis voor meetinstrumenten voor de inspectie en declaratiestructuren voor de zorgverzekeraar. Ook hier hebben wij nog een vraag over. Het is de bedoeling dat standaardisering zal leiden tot vermindering van administratieve druk bij de controle. Is de minister het ermee eens dat dat alleen zal gebeuren wanneer bijvoorbeeld de inspectie en de zorgverzekeraars terughoudend zullen zijn om naast de standaarden nog allerlei andere indicatoren te gebruiken? Is dat niet een ijdele hoop, gezien het feit dat veel aspecten van de zorg niet in standaarden gevangen zijn en ook niet gevangen kunnen worden? Volgens ons zijn professionele standaarden primair nuttig in de horizontale verantwoording tussen collega's onderling en tussen zorgverlener en zorgontvanger. Allerlei ander gebruik, waar het nu ook over gaat, lijkt ons riskant. We horen daar graag nog een toelichting op.

Ik kom op de invoering van de standaarden na vaststelling. Wellicht hebben we het over het hoofd gezien, maar we horen graag of er een minimumperiode voorzien is tussen het moment van vaststellen van de standaard en het moment dat de zorg op naleving van die standaard wordt beoordeeld, zodat de beroepsgroep de standaard ook kan implementeren.

Mevrouw **Dupuis** (VVD):

Wat vindt collega Ganzevoort de juiste interpretatie van de term "professionele standaard"? Hij spreekt steeds over het patiëntenperspectief. Daarnaast ziet hij kennelijk met instemming dat het over de wetenschappelijke body of knowledge en de praktijkervaring gaat. Wat is het nu volgens hem? Ik heb daar een groot punt van gemaakt, omdat volgens mij de nadruk hoort te liggen op de wetenschappelijke kant. Er is geen twijfel over dat dit gericht is op het belang van de patiënt, maar daar past geen inbreng van de patiënt. Is de heer Ganzevoort dat met mij eens?

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Ik weet niet of ik het in detail met collega Dupuis eens ben. Dat zal nog moeten blijken als ik haar tekst lees. Daarvoor was ik helaas te laat. Ik denk dat we heel dicht bij elkaar komen. De basis van een professionele standaard moet in onze ogen liggen in de deskundigheid van de professional, dus in de wetenschappelijke visie, achtergrond en praktijk. Een en ander moet wel gericht zijn op de cliënt of patiënt. Het welbevinden van de patiënt of

cliënt moet dus een grote rol spelen in de vraag wat goede zorg eigenlijk is. Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat niet alles wat medisch-technisch mogelijk is, gewenst is vanuit een zorgperspectief voor de cliënt. In die balans zit het ergens.

Mevrouw **Dupuis** (VVD):

De heer Ganzevoort stond inderdaad nog in de file. Ik pleit ervoor om niet te focussen op het patiëntenbelang. Het ligt namelijk bij de arts. De patiënt moet geen claimrecht krijgen. Het is niet de bedoeling dat er met deze kwaliteitswet een claimrecht wordt ingevoerd voor de patiënt. De WGBO kent dat ook helemaal niet. De WGBO introduceert een schildrecht. De patiënt kan altijd weigeren en dat is natuurlijk absoluut noodzakelijk. De patiënt kan echter niet eisen. Dat heb ik bepleit. Ik ben erin geïnteresseerd of de fractie van GroenLinks het in dat opzicht met mij eens is.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Ik vind dat we heel voorzichtig moeten zijn met claimrecht. Ik lees echter niet in dit wetsvoorstel dat het om claimrecht gaat. Het gaat meer om de vraag hoe je tot een goede definitie komt van goede zorg bij een bepaalde behandeling of aandoening. Dan hebben we het er niet over welke rechten een patiënt hieraan ontleent. Voor het definiëren van die goede zorg lijkt het ons wel van belang dat de patiënten daarin een stem hebben. Dat wil niet zeggen dat die stem per se bepalend is. Daarom hebben we de minister ook gevraagd hoe het zit met de checks-and-balances. Hoe wordt de fijnregeling gedefinieerd? Aan de ene kant is er de eigenstandige verantwoordelijkheid van de professional, gebaseerd op de wetenschap en alles wat daarbij hoort. Aan de andere kant is er de ervaring van patiënten, die in het verleden bij het definiëren van bepaalde behandelingen weleens te weinig heeft meegeklonken. Dat betekent niet dat patiënten op grond van een standaard van alles en nog wat kunnen eisen. Dat is wat anders. Dat wordt volgens mij ook niet in deze wet geregeld.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Wat vindt de heer Ganzevoort van de term "professionele standaard" in dit wetsvoorstel, als je deze zet naast de definiëring in de WGBO?

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Ik heb gezegd dat ik de uitleg van deze term in dit wetsvoorstel hybride vind. Ik vind het wat ongelukkig om een professionele standaard zo breed te definiëren. Uiteindelijk kan ik er wel mee leven, als wordt omschreven wat de professional moet doen met het oog op de patiënt of cliënt. Zo lees ik het dan maar, maar taalkundig gezien is het een vrij welwillende lezing.

Ik vervolg mijn betoog. Ik had het over de invoering van de standaarden na vaststelling. Wellicht hebben we het over het hoofd gezien, maar we horen graag of er een minimumperiode is tussen het moment van vaststellen en het moment dat de zorg op naleving van een bepaalde standaard wordt beoordeeld, zodat de beroepsgroep de standaard ook kan implementeren. Ook willen we iets meer horen van de minister over de ruimte om te experimenteren en te innoveren. De memorie van toelichting noemt het belang daarvan met het oog op bijstelling van de standaarden, maar dat wordt ingewikkeld als je te sterk op de naleving van die standaarden wordt af-

Ganzevoort

gerekend. Hoe kun je die veranderen? Hoe kun je ook buiten die misschien smalle box stappen, terwijl je daar niet de ruimte voor hebt en wordt afgerekend op het gehoorzamen? Hoe is in deze wet de experimenteerruimte van zorgverleners gewaarborgd?

Mijn fractie steunt de gedachte dat het goed is om te kijken of we preciezer in beeld kunnen krijgen wat goede zorg is. Ik heb de indruk dat alle betrokkenen het daar op zichzelf wel over eens zijn. De vraag is echter hoe. Moet het op deze manier? Mijn fractie begrijpt dat een bundeling van eerdere initiatieven in één Kwaliteitsinstituut op zichzelf kan helpen. Onze vragen zijn erop gericht om de uitgangspunten, die ook geformuleerd zijn in de stukken, heel nadrukkelijk overeind te houden. Leg de verantwoordelijkheid daar waar zij hoort, namelijk primair bij de professionals. Maak er alstublieft geen bureaucratisch top-downsysteem van. We zien uit naar de antwoorden.

Voorzitter: Broekers-Knol



Mevrouw **Ter Horst** (PvdA):

Voorzitter. Als het zorgveld een tabula rasa was, zou de PvdA bij dit wetsvoorstel staan te juichen. Echt waar. Het is namelijk prachtig: er komt één instituut dat belast wordt met de taken en bevoegdheden op het gebied van de kwaliteit van zorg. Eén instituut dat ervoor zorgt dat er voor alle vormen van zorg, hoe ingewikkeld ook, professionele standaarden komen. Het instituut beoordeelt of die standaarden op de goede wijze tot stand zijn gekomen en volledig zijn. Echt, in één woord: fenomenaal.

Bestaat die professionele standaard alleen uit datgene wat de beroepsgroep verstaat onder goede zorg? Nee hoor, van eenzijdigheid is geen sprake. Patiënten en zorgverzekeraars spelen ook een heel belangrijke rol, zelfs zo belangrijk dat in de definitie van de term "professionele standaard" alleen het perspectief van de cliënt wordt genoemd en niet dat van de andere betrokkenen. Daar was niet eens een amendement van de Tweede Kamer voor nodig. Sterker nog, het kabinet heeft het advies van de Raad van State om het perspectief van de patiënt uit de definitie te schrappen, naast zich neergelegd. Mooier kan het toch bijna niet, zult u zeggen.

Maar, helaas, helaas, het zorgveld is geen tabula rasa. Op drie niveaus is de zaak veel ingewikkelder dan het op het eerste gezicht lijkt. En dat baart de fractie van de Partij van de Arbeid grote zorgen.

Het eerste niveau is het institutionele niveau. Behalve het instituut dat ik bedoelde – mevrouw Frijters heeft gelijk – namelijk het Zorginstituut Nederland, zijn er een aantal andere instellingen die zich met de kwaliteit van zorg bezighouden. De woordvoerder van de VVD in deze Kamer vroeg de minister in onze schriftelijke ronde om de precieze verhoudingen tussen de Nederlandse Zorgautoriteit, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het Zorginstituut uiteen te zetten. En dat was niet voor niks. Dat ziet ook de minister als zij antwoordt dat de genoemde partijen "zich ervan bewust zijn dat er raakvlakken tussen hun taken en bevoegdheden zijn". Er zijn, geeft de minister toe, formele en informele afspraken nodig om die taken en verantwoordelijkheden op elkaar af te stemmen.

Dan zijn er nog de zorgverzekeraars. Hoewel zij betrokken zijn bij de totstandkoming van de professionele standaarden, is er niets wat hun verbiedt om zorgverleners op hun geheel eigen wijze te bevragen op de geleverde pres-

taties. Wie beschermt de zorgverlener tegen al die administratieve lasten, zo vraag ik de minister.

De bedoeling van de minister is dat het Zorginstituut de professionele standaarden alleen op de gevolgde procedure zal toetsen. De KNMG meldt ons echter dat daar geen enkele sprake van is en dat een zeer gedetailleerd toetsingskader dreigt. Voorts begreep ik dat twee medewerkers van het Zorginstituut drie weken fulltime bezig geweest zijn met het invullen van aanmeldingsformulieren om één zorgstandaard in het register te kunnen opnemen. In dit geval was de invulling een soort try-out die door het Zorginstituut is gedaan, maar de bedoeling is natuurlijk dat zorginstellingen dat in het vervolg zelf doen. Wat ben ik blij dat de minister bij het debat in dit huis over de fusietoets, de Partij van de Arbeid-motie heeft omarmd en de toename van de regeldruk van onder andere dit wetsvoorstel zal laten berekenen.

Het is namelijk onze zorg dat dit wetsvoorstel veel extra werk betekent voor zorgverleners, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en niet te vergeten voor het Zorginstituut zelf. Je hoeft geen helderziende te zijn om te kunnen voorspellen dat het Zorginstituut in vijf jaar twee keer zo veel medewerkers heeft of dat in vijf jaar nog niet de helft van het aantal professionele standaarden in het register is opgenomen. Ik verzoek de minister op dat punt in te gaan en ons te informeren hoe zij borgt dat het Zorginstituut doet waar het voor is, namelijk het procedureel toetsen van professionele standaarden. Misschien zou de minister ook kunnen aangeven hoeveel professionele standaarden er uiteindelijk in het register zullen worden opgenomen.

Het tweede niveau waarop eenvoudig gesuggereerd wordt die er niet is, betreft de partijen die betrokken zijn bij het tot stand komen van de professionele standaard: de zorgverleners, de patiënten en de zorgverzekeraars. Vooral de zorgverleners zijn er in alle soorten en maten. Misschien wil de minister nog eens aangeven hoe zij voor zich ziet dat er een professionele standaard tot stand komt voor de gecombineerde eerstelijnszorg, de specialistische zorg en de langdurige zorg aan patiënten met meerdere chronische ziekten.

Acht de minister het voorts denkbaar dat zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars het niet eens worden over hoe de professionele standaard voor bepaalde zorg eruit zou moeten zien? Acht zij het denkbaar dat er een professionele standaard tot stand komt zonder goedkeuring van de relevante beroepsgroepen? Wat betekent dit dan voor het handelen van een individuele zorgverlener? Die wordt geacht de richtlijn van zijn beroepsgroep te volgen en handelt dan dus in strijd met de professionele standaard. Als de minister het ondenkbaar acht dat er een professionele standaard tot stand komt zonder de instemming van de relevante beroepsgroepen, wat betekent dan nog de expliciete formulering dat alleen het perspectief van de patiënt wordt genoemd in de definitie van de professionele standaard? Blijft alles, als het puntje bij het paaltje komt, dan toch weer bij het oude?

Het derde niveau waarop de werkelijkheid de hinderlijke neiging heeft ingewikkelder te zijn dan de theorie, is het niveau van de professionele standaard zelf. Het begint al met de naamgeving. In de memorie van antwoord geeft de minister licht ijzerenheilig aan dat de regering het advies van de projectgroep toetsingskader om de term "professionele standaard" niet te gebruiken, niet overneemt. Maar wie schetst onze verbazing als wij zien dat in het organogram van het Zorginstituut uit juli 2013 de term "professionele standaard" niet wordt gebruikt en

gesproken wordt van "kwaliteitsstandaard", precies zoals de projectgroep heeft geadviseerd. Is hier sprake van voortschrijdend inzicht bij de minister of is het instituut eigenwijs en gebruikt het een term die hem goeddunkt, maar die afwijkt van de wetstekst? De minister mag het zeggen. Ik houd mij maar even aan de wetstekst en blijf de term "professionele standaard" hanteren.

Mijn fractie had de hoop dat de professionele standaard bepaalt wat goede zorg is en daarmee andere, reeds bestaande instrumenten vervangt. Maar uit de memorie van antwoord blijkt helaas iets geheel anders. De professionele standaard is een overkoepelend begrip waaronder kan worden verstaan modules, indicatoren, richtlijnen, normen en zorgstandaarden. De Partij van de Arbeid vreest met grote vreze dat er in het woud van de meetinstrumenten een nieuwe bijkomt of dat het oude wijn in nieuwe zakken is.

Ik neem aan dat de minister het advies kent dat in februari van dit jaar door professor Legemaate is opgesteld op verzoek van het CVZ. Het CVZ wilde namelijk weten of het opnemen van professionele standaarden in een register juridische gevolgen heeft voor die standaarden of voor de zorgaanbieders. Het antwoord is even simpel als alarmerend, namelijk "nee". Er zijn geen juridische gevolgen voor de standaard noch voor de zorgaanbieders. Ook voor de inspectie en de zorgverzekeraars betekenen de professionele standaarden niets. En misschien nog belangrijker: de standaarden brengen geen verandering aan in de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders jegens de patiënt. Opneming in het register dient namelijk alleen de transparantie. Zo luidt het advies.

Alleen ten behoeve van de transparantie tuigen we dus een instituut op dat een toetsingskader ontwerpt, dat alle bestaande richtlijnen, standaarden en modules aan een procedurele toetsing onderwerpt. Hoeveel mankracht van instituut en zorgveld gaat hiermee gepaard, zo vraag ik de minister. Waarom heeft men het voorstel van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen niet opgevolgd, namelijk om vast te leggen dat alleen de standaarden die in het register worden opgenomen, gehandhaafd worden door de inspectie en als voorwaarde gesteld worden door de verzekeraars? Dat is ook in de ogen van de Partij van de Arbeid de enige weg om orde in een dreigende chaos te scheppen. Als de minister dit voorstel niet overneemt – zij was er in de memorie van antwoord kritisch over – hoe kan zij dan in vredesnaam waarmaken dat – ik citeer uit de memorie van antwoord – "dit wetsvoorstel bedoeld is om te voorkomen dat bij de ontwikkeling van professionele standaarden en meetinstrumenten dubbel werk wordt gedaan"?

Als de opname van de professionele standaarden in het register alleen de transparantie dient, heeft de minister dan overwogen om de ontwerpers van richtlijnen, modules, en wat dies meer zij een cc'tje te laten sturen naar info@register.nl? Daarmee zou toch hetzelfde bereikt worden?

Is de fractie van de Partij van de Arbeid misschien te kritisch? Wij zien echt de noodzaak in van het afleggen van verantwoording over de kwaliteit van zorg. Wij zien echt het belang in van de inbreng van patiënten. Wij zien echt het nut in van de betrokkenheid van zorgverzekeraars hierbij. Wij zien echt de goede bedoelingen van de minister, maar wij zijn zeer bezorgd dat dit wetsvoorstel in zijn uitvoering problematisch zal blijken te zijn en dat er van dit wetsvoorstel niets overblijft dan een register met professionele standaarden waar niemand zich aan houdt,

wat vervolgens door niemand wordt opgemerkt. Graag vernemen wij van de minister waarom zij van mening is dat er voor de zorg van de Partij van de Arbeid geen enkele grond is.

Ik heb nog twee punten. Als er geregistreerde professionele standaarden komen, ziet de fractie van de Partij van de Arbeid er de noodzaak van in dat die ook voor de langdurige zorg en de ouderenzorg moeten gelden. Wel vraagt zij zich af of de organisatie voor thuiszorg Nederland, BTN, een punt heeft als zij stelt dat het ontwikkelde toetsingskader voor de care minder goed van toepassing is. Graag een reactie van de minister.

Tot slot zou de Partij van de Arbeid-fractie van de minister willen weten of er ook voor de niet-reguliere geneeskundige zorg professionele standaarden gemaakt zullen worden, of deze standaarden ook in het openbare register worden opgenomen en of er door de betreffende zorgverleners op welke manier dan ook enig recht of enige positie ontleend kan worden aan de opname in het register.

□

Mevrouw **Scholten** (D66):

Voorzitter. De grondslag van dit wetsvoorstel is de verbetering van de zorg door zorgaanbieders. Cruciaal in dit wetsvoorstel is artikel 2, lid 2, van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Ik zal het even voorlezen, want het is belangrijk. "Personen die de zorg verlenen, handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hen geldende professionele standaard, waaronder de overeenkomstig artikel 66b van de Zorgverzekeringswet in het openbaar register opgenomen voor hen geldende professionele standaard." De zorgverlening wordt beter, is de verwachting van de minister, wanneer de zorgaanbieder handelt volgens deze standaarden.

Clëntenrechten gaan deze minister zeer aan het hart. Versnippering moet worden tegengegaan. Dit wetsvoorstel geeft daaraan een bijdrage door de verschillende standaarden te coördineren, te toetsen op kwaliteit en zichtbaar te maken. Deze minister wil dit belangrijke onderwerp niet aan het veld overlaten. Dit klinkt allemaal goed. Iedereen is gebaat bij goede zorg volgens professionele standaarden. Wie kan daar nu tegen zijn?

Toch had de Raad van State de nodige aarzeling over het wetsvoorstel. De Raad vreest, kort samengevat, dat de relatie tussen de zorgaanbieder en de cliënt nodeloos onder druk kan komen te staan en vreest ook voor verdergaande juridisering van die relatie. Daarom vraagt ook mijn fractie zich af of met dit wetsvoorstel niet afbreuk wordt gedaan aan het zo belangrijke vertrouwen tussen zorgaanbieders en de cliënt. Iedere zorgaanbieder zal toch vanuit zijn individuele en maatschappelijke verantwoordelijkheid zijn uiterste best doen om volgens de voor hem geldende professionele standaard zo goed mogelijke kwaliteit op zijn vakgebied te leveren?

Nee, zal de minister zeggen – ik beantwoord die vraag maar vast voor haar – er hebben zich incidenten voorgedaan die het vertrouwen ondermijnen en dat is de reden van deze wet. De professionele standaarden van de zorgaanbieders moeten voor iedereen ter inzage worden gelegd en op kwaliteit worden getoetst. Ook incidenten moeten worden geopenbaard. Dat zal allemaal gebeuren met dit wetsvoorstel.

Dit betekent dat de zorgaanbieder steeds meer moet. Biedt hij de professionele standaarden niet aan, dan volgt

controle door de NZa met eventueel de route van bestuursdwang, het opleggen van een bestuurlijke boete en openbaarmaking van het tekortschieten van de zorgaanbieder. De met dit wetsvoorstel ook op te richten adviescommissie kwaliteit neemt dan de taken over. De touwtjes worden strak aangehaald.

De vragen van mijn fractie hebben betrekking op de uitvoerbaarheid en effectiviteit van dit wetsvoorstel. De vraag is of dit wetsvoorstel gaat werken. De minister heeft, eerlijk genoeg, in het debat aan de overkant toegegeven dat ze dat ook niet weet maar er wel goede verwachtingen van heeft.

Eerst heb ik een serieuze klacht over de leesbaarheid van het wetsvoorstel. We behandelen nu de Wijziging Wet cliëntenrechten zorg onder nummer 33243. Een aantal artikelen in dit wetsvoorstel wordt na het aannemen van de Wet cliëntenrechten zorg onder nummer 33402 onmiddellijk vervallen verklaard. Na enig speurwerk blijkt dat die vervallen artikelen alweer deels zijn opgenomen in dit wetsvoorstel, maar met andere artikelnummers. Zo is artikel 47a van de Wet cliëntenrechten zorg en volgende omgenummerd naar artikel 66 en volgende, omdat het artikel is verplaatst naar de Zorgverzekeringswet. Dit is maar een enkel voorbeeld.

In wetsvoorstel 33402 wordt artikel 2, lid 2 Kwaliteitswet zorginstellingen uitgebreid met een lid c waarin de positie van de cliënt nog eens extra wordt benadrukt. Dat artikellid gaat luiden: "De rechten van de cliënt worden zorgvuldig in acht genomen en de cliënt wordt met respect behandeld." Over een dergelijke toevoeging kun je van mening verschillen vanwege de overbodigheid ervan, maar mijn vraag aan de minister is meer specifiek: waarom wordt dit artikellid over het zo vanzelfsprekende respect voor de cliënt, dat is opgenomen in het artikel waarin de definitie van goede zorg opnieuw wordt vastgesteld, niet nu maar pas in het volgende wetsvoorstel toegevoegd? Betekent dit niet dat we straks de discussie over goede zorg weer zullen overdoen, zo vraag ik de minister.

Het heeft mij – en ik ben niet de enige – veel tijd gekost om in dit doolhof mijn weg te vinden. Ik verwijs naar de schriftelijke schermutselingen die we hebben gehad in de commissie voor de zorg, voordat we uiteindelijk toekwamen aan de inhoudelijke behandeling van dit wetsvoorstel. Ik vind dat een wetsvoorstel van deze omvang niet op deze manier mag worden aangeboden. Als de minister het oorspronkelijke wetsvoorstel na inspraak van diverse groeperingen niet goed genoeg vond, had het haar gesierd om de wetsvoorstellen op een deugdelijke manier in drie delen in te dienen, niet zoals dat nu is gebeurd.

Los daarvan kom ik nu op de inhoud. Ik heb met grote belangstelling de inbrengen van de overige fracties in dit debat gehoord. Ik ben benieuwd naar de antwoorden van de minister, want ook mijn fractie deelt de zorgen. De aanvliegroute van mijn fractie is vandaag echter anders. Ik wil het graag met de minister hebben over de doorzettingsmacht. Ik heb drie punten.

Het eerste punt betreft de wettelijke systematiek van de besluitvorming van het Zorginstituut. Een van de belangrijkste punten van het wetsvoorstel is het opnemen van professionele standaarden in het register van het Zorginstituut. Zorgaanbieders dienen daarnaar te handelen en verplichten zich, zich daarnaar te gedragen. Dat is mooi, maar gaat het niet verder? En als dat zo is, zijn de verwachtingen dan niet te hoog gespannen? Dan gaat het met name om de vraag of de cliënt dat handelen volgens de voor de zorgaanbieder geldende standaard kan

afdwingen. Gaat die standaard gelden in de relatie tussen de zorgaanbieder en de cliënt?

Door een aanpassing in artikel 453, boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, in het hoofdstuk over de geneeskundige behandelingsovereenkomst, is de in het register opgenomen professionele standaard de geldende norm in de overeenkomst. De professionele standaard wordt daarmee volgens het wetsvoorstel onderdeel van de overeenkomst tussen zorgaanbieder en cliënt. Daar kan ik me iets bij voorstellen, maar is dat werkelijk het geval? Wordt die standaard als zodanig vastgesteld? Wat gebeurt er als niet de zorgaanbieder maar de adviescommissie kwaliteit de professionele standaard opstelt? De totstandkoming daarvan valt dan geheel onder verantwoordelijkheid van het Zorginstituut. Zijn de zorgaanbieders daaraan dan gebonden?

Deze vraag behoeft wellicht uitleg. Het Zorginstituut is een zelfstandig bestuursorgaan. Deze kan de bevoegdheid krijgen algemeen verbindende voorschriften, zoals een professionele standaard, vast te stellen, maar dat moet dan zijn benoemd als een aparte bevoegdheid van het Zorginstituut. Het is de vraag of het wetsvoorstel er iets over zegt dat het Zorginstituut die standaarden als zodanig kan vaststellen. Dat vaststellen wordt namelijk niet genoemd als een bevoegdheid van het Zorginstituut of van de adviescommissie kwaliteit. Volgens de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen moet dat wel. De vraag is dus of de door het Zorginstituut opgestelde professionele standaard, op advies van de adviescommissie kwaliteit, geacht moet worden deel uit te maken van de geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen zorgaanbieder en cliënt. Zijn de zorgaanbieders ook dan gehouden deze standaard mee te nemen bij de behandeling? Hoe zal de rechter oordelen als de zorgaanbieder deze standaard bestrijdt omdat deze niet voor hem geldt en omdat deze niet is vastgesteld? Hoe zal de rechter oordelen als de zorgaanbieder deze standaard niet voor zijn verantwoordelijkheid wil nemen?

Ik weet dat het gaat om het juridische verschil tussen het woord "opstellen" en het woord "vaststellen", maar het kan in de techniek van deze wetgeving verschil maken. Met het ontbreken van een vaststellingsbevoegdheid is het de vraag of de rechten van de cliënt, die de minister met dit wetsvoorstel beoogt te beschermen, wel voldoende zijn geborgd en of het wetsvoorstel hiermee niet een lacune bevat die gerepareerd zou moeten worden. Datzelfde geldt voor de vaststellingsbevoegdheid van meetinstrumenten die door de adviescommissie kwaliteit zijn opgesteld. Ik ben benieuwd naar de reactie van de minister. Ik geef mijn mening graag voor een betere.

Mijn tweede punt betreft de verhouding tussen de bevoegdheid van het Zorginstituut en de strafbepaling in artikel V. Zorgaanbieders worden verplicht kwaliteitsgegevens aan te leveren overeenkomstig de in het register opgenomen meetinstrumenten. Dat staat in dit wetsvoorstel onder artikel 66d, lid 2 Zorgverzekeringswet. Dit is een vrij cruciaal artikel in het wetsvoorstel, omdat het telkens terugkomt in de handhaving. Niet-naleving van deze verplichting wordt een economisch delict. Dit is voor de zorgaanbieder een ernstig gevolg, dat vereist dat de besluitvorming rond meetinstrumenten zorgvuldig gebeurt. Ook hier wrekt zich het verschil tussen het opstellen en het vaststellen. Voor het vaststellen van de materiële norm van een strafbaar feit is een voorafgaand overheidsbesluit nodig. In deze context is het dus van belang dat er een orgaan is dat bevoegd is om die meetinstrumenten vast te

stellen. In het wetsvoorstel is de bevoegdheid of procedure om te komen tot deze materiële norm, niet opgenomen. Ziet mijn fractie dat goed? Ook hier bevat het wetsvoorstel dus mogelijk een lacune, waardoor het in artikel 66, lid 2, van de Zorgverzekeringswet genoemde gedrag geen strafbaar feit zou opleveren. De vraag van mijn fractie is of de bevoegdheid tot het vaststellen van de norm door het Zorginstituut volgens de minister is opgenomen in het wetsvoorstel. Zo ja, waar is die opgenomen en hoe moet er geoordeeld worden als de adviescommissie kwaliteit zelf een meetinstrument heeft opgesteld? Ook op dit punt horen wij graag een reactie van de minister.

Mijn derde punt is de handhaving. Het wetsvoorstel biedt daarvoor tal van mogelijkheden. De NZa kan bij niet-naleving van artikel 66d, lid 2, van de Zvw door de zorgaanbieder een last onder bestuursdwang of dwangsom opleggen aan de zorgaanbieder, ze kan de gedragingen van de zorgaanbieder in de openbaarheid brengen – dat is een reparatoire sanctie – of een bestuurlijke boete opleggen, wat een punitieve sanctie is. De bestuurlijke boete kan met toepassing van artikel 85 Wet marktordening gezondheidszorg oplopen tot 5 miljoen of 10% van de omzet als dat meer is. Het was een heel gepuzzel, maar we zijn eruit gekomen. Tot die conclusie kwam ik. Daarnaast is, zoals we al hebben gezien, het niet-naleven van artikel 66d, lid 2, van de Zvw in het wetsvoorstel een economisch delict. Dat is ook een punitieve sanctie. Op overtreding daarvan staat volgens de Wet op de economische delicten (WED) gevangenisstraf tot zes maanden, taakstraf of een geldboete van de vierde categorie. Dat is dan geen 5 miljoen, maar € 19.000 maximaal.

Voorzitter. Ik maak daar graag nog twee opmerkingen over. Ten eerste heeft het mijn fractie verbaasd dat de minister zo veel handhavingsinstrumenten wil, en ten tweede zit er een groot en disproportioneel verschil tussen de bestuurlijke en strafrechtelijke sancties, waarbij ik de gevangenis- en de taakstraf gemakshalve maar even buiten beschouwing laat, want die lijken me voor een ziekenhuis toch vrij lastig te doen. Beide sancties hebben een punitief karakter. Graag nodig ik de minister uit om het belang van de hoeveelheid van die handhavingsinstrumenten nog eens aan ons uit te leggen. Daarbij heb ik ook een vraag over de proportionaliteit van de bepaald omvangrijke bestuurlijke boetemaatregel. De aloude discussie over de lange arm van de overheid, zonder dat de rechter eraan te pas komt, zie ik alweer oplaaien. Mijn fractie is daar bepaald bezorgd over. In hoeverre wordt hierbij de zorgvuldigheidsnorm in acht genomen? Hoe is de waarheidsvinding procedureel ingebed? Graag horen wij daarop een reactie van de minister.

Mijn vierde en laatste punt is het Europeesrechtelijk kader. Daarna stop ik echt. Het Zorginstituut krijgt te maken met Europa door zijn taak ten aanzien van grensoverschrijdende zorg naar aanleiding van Richtlijn 2011/42, zo las ik in de memorie van antwoord. De implementatie van die richtlijn had al voltooid moeten zijn, want de deadline was 25 oktober 2013, alweer volgens de memorie van antwoord. Mijn vraag is wanneer we dat wetsvoorstel tegemoet kunnen zien en ook of het nog verstrekkende invloed heeft op dit wetsvoorstel.

Voorzitter. Ik rond af. Over de uitvoering en het effect van dit wetsvoorstel hebben wij de nodige juridische twijfels. Ik wacht de antwoorden van de minister met meer dan grote belangstelling af.

Mevrouw **Frijters-Klijnen** (PVV):

Voorzitter. Ik heb een korte vraag. Mevrouw Scholten noemde tweemaal het bedrag van 5 miljoen, maar in haar tekst staat € 500.000. Dan is de discrepantie toch een stuk minder. Ik wil eigenlijk wel graag van haar weten wat het nu is.

Mevrouw **Scholten** (D66):

Ik had er even moeite mee, het op te lezen toen ik het in cijfers uitgeschreven zag. Ik beloof mevrouw Frijters dat ik het nog even nakijk, maar het zou best € 500.000 kunnen zijn. Misschien hebt u daar gelijk in.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Scholten. Ik geef het woord aan de heer Flierman.

□

De heer **Flierman** (CDA):

Voorzitter. Dank u wel. Meestal is het een voorrecht als je het laatste woord hebt, want dan blijft je tekst hangen. Ik had er in dit geval in het belang van de kwaliteitszorg zelf om gevraagd, maar de implicatie is natuurlijk ook dat je dingen gaat herhalen die al eerder gezegd zijn. Laten we dan maar vaststellen dat dit de betekenis en het belang van die opmerkingen nog eens onderstreept.

Veel sectoren kennen inmiddels een instituut dat zich verantwoordelijk weet voor het ontwikkelen van normen en standaarden op het gebied van kwaliteit en voor de kwaliteitsontwikkeling, en het is goed dat er ook in de zorgsector nu één instituut gaat komen. De CDA-fractie staat dan ook in principe, net als een aantal andere fracties, positief tegenover de oprichting van het Kwaliteitsinstituut, waarbij we hopen dat het de nodige helderheid en eenduidigheid brengt.

Wel hebben we nog de nodige vragen bij de uitwerking van een en ander. Die vragen betreffen in de eerste plaats de administratieve lastendruk en bestuurlijke drukte. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat dit nieuwe instituut niet leidt tot meer, maar juist tot een substantiële vermindering van die druk? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de kwaliteitszorg wel een thema van het primair proces blijft? We willen het hebben over de kwaliteit en het gebruik van gegevens, ook in relatie tot kostenbeheersing. Als derde punt zou het interessant zijn om kwaliteit ook in termen van "outcome", het resultaat van zorgprocessen, te kunnen meten. Ten slotte willen wij graag nog even stilstaan bij nieuwe ontwikkelingen, zowel in de cure als de care. Op deze punten wil mijn fractie graag nog een nadere toelichting van de minister.

Ten eerste de administratieve lastendruk. Er is al veel over gezegd, ook vanochtend. Die hangt natuurlijk ten nauwste samen met het aantal standaarden dat moet worden ontwikkeld, inclusief het totstandkomingsproces en de omvang en detaillering van de standaard, en met de "eigen initiatieven", laten we ze zo maar even noemen, van uit verschillende belangen, sectoren of disciplines, om tot nieuwe standaarden te komen. Is er een beperking van het aantal standaarden inclusief meetinstrumenten et cetera dat er wordt ontwikkeld? En hoe borgen we dat een standaard voldoende tot hoofdzaken wordt beperkt, en niet eindeloos verder wordt gedetailleerd? Als dat wordt overgelaten aan het veld en aan de onderhandelingen tussen partijen, dan vrees ik alleen maar meer regels en details. Wie heeft in sturende zin de regie op

dit proces als geheel? Heeft het nieuwe instituut in dit opzicht voldoende sturende bevoegdheden, en zal het waar nodig adequaat genoeg kaders kunnen stellen? Op al deze vragen hoor ik graag een reactie van de minister.

Het Zorginstituut gaat standaarden procedureel toetsen. De vraag is natuurlijk wat de meerwaarde van zo'n toets is. Je zou de totstandkoming van zo'n standaard als proces toch ook in de richtlijnen vooraf kunnen meenemen, waardoor de toets achteraf veelal achterwege kan blijven. Is zo'n louter procedurele toets overigens überhaupt mogelijk? Op sommige plaatsen in de toelichting menen we ook al een opening naar een inhoudelijk oordeel te zien, bijvoorbeeld als men nagaat of er iets ontbreekt in de standaard. Dat is toch eigenlijk een inhoudelijk oordeel? Moet het Kwaliteitsinstituut naast procesbewaker niet eerder een soort poortwachter zijn, die het totaal aan standaarden, normen en kengetallen binnen aanvaardbare grenzen houdt? De administratievelastendruk wordt in ieder geval beperkt als we het totaal aan uitvraag van gegevens in de hand weten te houden. Is het denkbaar dat ten minste op de terreinen waar kwaliteitsstandaarden zijn vastgelegd, geen andere gegevens meer worden uitgevraagd, of althans dat men daar niet aan hoeft mee te werken? Dat is al eerder gesuggereerd. We horen graag een reactie van de minister op deze vragen.

De totstandkoming van een kwaliteitsstandaard vergt overleg tussen alle betrokkenen partijen, patiënten, professionals, zorgorganisaties, verzekeraars enzovoorts, ieder met een eigen belang. Per standaard ontstaat een soort poldermodel, waarbij het Zorginstituut zo nodig een knoop kan doorhakken. Dat zal men echter met een zekere terughoudendheid doen, wil men het gezag niet van meet af aan verspelen. Bovendien zal dat oordeel primair procedureel van aard zijn. Hoe voorkomen we nu dat met de oprichting van het Kwaliteitsinstituut het proces van vaststelling van kwaliteitsnormen op dezelfde, trage wijze voortgaat, waarbij ieder zijn ding doet of inbrengt, zonder dat je echt flinke voortgang ziet? We horen hier graag een reactie op van de minister.

In het kader van de beperking van de lastendruk wil ik de minister nog een gedachte voorleggen, waarin de beperking van de lastendruk gecombineerd zou kunnen worden met een stimulans op het gebied van kwaliteit. De suggestie richt zich dan, wellicht een beetje buiten het perspectief van dit wetontwerp, niet zozeer op kwaliteitszorg in een enkel behandelproces, maar eerder op de borging van kwaliteitszorg op het niveau van instellingen. Bij mijn weten kennen we nu in de sector naast het gewone toezicht alleen het verscherpt toezicht. Is het denkbaar dat een zorginstelling die haar kwaliteitszorg echt boven het gemiddelde op orde heeft, met een "beperkt" of "verlicht" regime te maken krijgt? Dan is er een reële beloning voor organisaties die hun kwaliteitszorg op orde hebben. Ter informatie van de minister voeg ik daar maar aan toe dat deze gedachte in het hoger onderwijs inmiddels verkend wordt. "Verdiend vertrouwen" noemt minister Bussemaker dat in de toelichting op haar voorstel van de Wet versterking kwaliteitswaarborgen, dat hier vandaag als hamerstuk op de agenda staat. Nu beide departementen in hetzelfde gebouw zijn gehuisvest, kan de minister misschien toezeggen dat zij eens bij de benedenburen nagaat of dit idee ook voor de volksgezondheid werkbaar kan zijn.

De procedurele, en deels kwantitatieve invalshoek die bij veel standaarden lijkt te worden gekozen, zou ook het

risico kunnen inhouden dat de kwaliteitszorg, als vervolg op het ontwikkelen van standaarden, geen onderdeel van het primair proces meer is, maar een eigenstandige activiteit van kwaliteitszorgmedewerkers wordt. Echter, uiteindelijk gaat het ons allemaal niet om die standaarden, maar om de toepassing in de praktijk. Dat leidt immers tot meer kwaliteit. Kwaliteitszorg is alleen succesvol als het onderdeel van het primaire proces in de zorg blijft, en niet weggeorganiseerd is bij een staffunctie. Daarom is peer review ook zo'n interessante werkwijze, die professionals in het primair proces met elkaar confronteert. Ik hoor graag nog eens van de minister hoe zij de verhouding tussen peer review en andere, veelal meer kwantitatieve, methoden van kwaliteitsmeting ziet.

In dit opzicht voorzie ik nog een spanningsveld. Terwijl we het bij deze wet hebben over kwaliteitseisen zoals professionals die formuleren, legt de staatssecretaris – hij is afwezig, maar in de geest toch zeker hier bij ons – ons uit dat we meer een beroep op mantelzorg door familie of de naaste omgeving moeten gaan doen. Dat is heel begrijpelijk en het CDA is daar ook van harte voor, maar die zorg is welhaast per definitie niet professioneel. Hoe past deze zorg dan in het stelsel van kwaliteitszorg? Gelden daarvoor de standaarden niet, en door wie en hoe wordt er bepaald wat er wanneer wel en wanneer niet van toepassing is? Wij gaan er graag van uit dat er meer dan voldoende ruimte blijft voor zorg die door de naasten wordt geboden en die dus buiten het kader van deze wet zou vallen.

De wet stelt geen eisen aan de kwaliteit van gegevens die gepresenteerd worden. Nu zou een aparte beoordeling daarvan ook tot extra lastendruk leiden, maar toch. Is enige vorm van certificering van de gepresenteerde informatie niet zinvol – juist waar forse belangen op het spel staan – als we de kwaliteit dan al zo belangrijk vinden? Zou de accountant van de instelling hier een rol in kunnen spelen? Of controleert iemand anders, de IGZ bijvoorbeeld, eventueel steekproefsgewijs de betrouwbaarheid van de gepresenteerde informatie? We horen hierop graag een reactie van de minister.

We willen natuurlijk de hoogste kwaliteit, maar we willen ook graag dat de kosten worden beheerst. Ook dat is vanochtend al aan de orde geweest. Deze minister is op dat terrein bepaald niet onverdienstelijk bezig. Zij zegt terecht dat pakketvaststelling bij het Zorginstituut een andere taak is, maar behalve bij de vaststelling van pakketten kan de discussie over kostenbeheersing versus kwaliteit ook aan de orde zijn bij zaken die we gewoon tot het pakket rekenen. Ook daar kan de vraag opkomen of de beste kwaliteit nog betaalbaar is. Die vraag hangt samen met gepast gebruik en met de begrenzing van de toepassing van bepaalde kwalitatief hoogwaardige werkwijzen. Kortom, er komt ongetwijfeld druk op de kosten vanuit de kwaliteitsseisen ten aanzien van de inhoudelijke of organisatorische kant van zorgprocessen. Zijn wij daartegen bestand, voor zover we dat willen? Hoe wil de minister daarmee omgaan? We horen daar graag nog een reactie op.

Het cliëntperspectief is ook al vaker genoemd. De minister stelt terecht dat het cliëntperspectief niet hetzelfde is als de wens of het belang van de cliënt. Dat begrijpen we. Eén stap verder, en we hebben het over de outcome of het resultaat van zorgprocessen. Bij alle discussie over kwaliteit draait het uiteindelijk om de vraag wat de gezondheidswinst is. Juist op dat punt, zo erkent de minister, is nog niet zo heel veel bekend of bereikt. Komt de voorliggende wet dan eigenlijk niet te vroeg? Dat kun

Flierman

je vragen, want uiteindelijk wordt kwaliteit natuurlijk bepaald door de daadwerkelijke gezondheidswinst. Is dat dan ook het einddoel en het toekomstperspectief van de kwaliteitsbeoordeling? Kan de minister ons zeggen welke stappen ze op dit punt nog voorziet? Overigens, ondanks de vragen rond dit thema, lezen we in de brief over de bekostiging van de huisartsenzorg dat outcome al wel als bekostigingsparameter wordt benoemd. Hoe kan dat dan al wel?

Tot slot het thema innovatie. Protocollering van een werkwijze, zoals met de kwaliteitsstandaarden wordt beoogd, staat in de regel innovatie in de weg. De minister zegt dat bewezen innovaties in de standaarden opgenomen kunnen worden. Echter, voordat er van een innovatie is aangetoond dat zij succesvol is, moet er wel een periode van experimenteren kunnen zijn. Natuurlijk moet daarbij het belang van de patiënt worden bewaakt, maar toch, als we alleen bewezen innovaties accepteren, besluiten we dat Nederland niet meer aan vernieuwing en ontwikkeling doet. Dat zou weer een diskwalificatie van het excellente onderzoek in deze sector zijn, en dat is vast niet de bedoeling. Hoeveel ruimte ziet de minister nu om, uiteraard goed gemotiveerd, van richtlijnen af te wijken? En als het gaat om radicale, dus niet-incrementele verbeteringen, hoe worden die geïntroduceerd? Zou ze ons nog eens willen schetsen hoe ze dat ziet?

Ten slotte. Hetzelfde dilemma speelt op gemeentelijk vlak. Ook dat is hier al gezegd. De regering geeft de gemeenten meer verantwoordelijkheid – ik ga nog maar even voorbij aan de vraag welke taken dit precies zal betreffen – en veronderstelt dat de gemeenten de budgetkorting opvangen door meer mantelzorg, meer maatwerk en door flexibel lokale mogelijkheden te benutten. Dat klinkt aantrekkelijk, nee, dat is aantrekkelijk, tot het moment waarop de speelruimte op lokaal niveau door landelijke kwaliteitsnormen weer flink wordt beperkt. Ik heb eerlijk gezegd de indruk dat de regering dit dilemma nog niet heeft opgelost. Het voorliggende wetsvoorstel lijkt nog te komen uit de periode van voor de grote decentralisaties en is daar niet op aangepast. Ziet de minister, of ziet de staatssecretaris, voldoende ruimte voor lokaal maatwerk, niet alleen binnen, maar juist ook innoverend en verkennend buiten de kaders van de kwaliteitsstandaarden? Misschien moet het begrip "outcome" ons daarbij nog wel te hulp komen.

We zien de reactie van de minister met veel belangstelling tegemoet.

De voorzitter:

Dank u wel, mijnheer Flierman. Wenst een van de leden in eerste termijn nog het woord? Dat is niet het geval. Ik heb van de minister bericht gekregen dat de staatssecretaris aanwezig zal zijn bij de eerste termijn van de kant van de regering.

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.