

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:

- **het wetsvoorstel De kwaliteit van zorginstellingen (Kwaliteitswet zorginstellingen) (23633).**

(Zie vergadering van 29 augustus 1995.)

De algemene beraadslaging wordt hervat.

□

Minister **Borst-Eilers**: Mijnheer de voorzitter! Ik heb er veel waardering voor dat de Kamer de Kwaliteitswet op zo korte termijn heeft willen behandelen. Het is een belangrijke wet die heel goed past in deze tijd. Er zijn immers op het ogenblik heel veel ontwikkelingen op het gebied van juist die kwaliteit van zorg. Daardoor hebben wij de laatste tijd veel nieuwe informatie daarover beschikbaar gekregen. Ik verwijs naar de recente onderzoeksbevindingen van het NIVEL en naar de nieuwe afspraken die gemaakt zijn op de in juni gehouden kwaliteitsconferentie in Leidschendam.

De gekozen systematiek van deze wet is in lijn met een algemene tendens binnen het openbaar bestuur die een scherpere afbakening van verantwoordelijkheden inhoudt. Het wetsvoorstel is dan ook naar mijn mening een voorbeeld van moderne wetgeving. De wet weerspiegelt de verdeling van de verantwoordelijkheden zoals die ook hoort te zijn: de zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor hun producten en voor hun activiteiten. Deze tendens kan dan ook worden teruggevonden in wetgeving van andere ministeries evenals in de Europese regelgeving. Ook daar staat meer en meer centraal de verplichting tot het afleggen van verantwoording.

De verantwoordelijkheid van de overheid ligt in de normstelling, in het toezicht en in de handhaving: het waarborgen dat de kwaliteit overal van verantwoord niveau is. De overheid neemt echter niet langer plaats op de stoel van de zorgaanbieder en die zorgaanbieder blijft primair verantwoordelijk voor de kwaliteit van het zorgaanbod.

Voordat ik nader inga op de inhoud van de wet, begin ik met de vraag die de heer Lansink gisteren heeft gesteld over de definitie van

het begrip "kwaliteit". Er is in de loop van de jaren in wetenschappelijke literatuur over de kwaliteit van de zorgverlening een groot aantal omschrijvingen van dat begrip gegeven. Het bleek nogal een weerbarstige materie te zijn. Het gevolg was dat de uitkomst telkens hetzelfde was, namelijk vrij abstracte definities. Nu zouden wij natuurlijk zo'n abstracte definitie in het wetsvoorstel kunnen opnemen, maar wij hebben daarvan afgezien omdat wij vinden dat een dergelijke algemene omschrijving zonder een echt onderscheid eigenlijk geen doel dient. Bovendien is zo'n omschrijving niet nodig voor een juist begrip van de bepalingen van het wetsvoorstel en draagt zij niet bij aan meer duidelijkheid over wat met dit wetsvoorstel eigenlijk precies wordt verwacht van die zorgaanbieders.

Een andere fundamentele vraag, gesteld door mevrouw Kamp, betreft de noodzaak van een kwaliteitswet. Daar reageer ik als volgt op. De overheid heeft de plicht om een verantwoorde zorgverlening te bevorderen en dat betekent dat de overheid het kwaliteitsstreven dat in het veld aanwezig is en op het ogenblik heel sterk leeft, moet ondersteunen. Die ondersteuning kan zich toch niet beperken tot het als een juichende supporter aan de zijlijn staan, hoe goed mijn staatssecretaris die rol ook zou kunnen vervullen, of tot de rol van een geldgevende sponsor. Wij denken dat de overheid haar verantwoordelijkheid echt moet kunnen waarmaken. Tot die verantwoordelijkheid behoort ten eerste het aangeven van een wettelijke norm waaraan de zorgverlening moet voldoen en ten tweede het scheppen van de mogelijkheid om in te grijpen als het veld niet aan die norm voldoet. Nogmaals, dat kan naar mijn mening alleen door middel van een wet. Dit ter inleiding.

Vrijwel alle fracties zijn ingegaan op de rol van de patiënt bij het kwaliteitsbeleid in de zorginstellingen. Ik had ook niet anders verwacht en ik denk dat het ook een ontzettend belangrijk punt is.

De patiënten/consumentenbeweging heeft zich de afgelopen vijf jaar heel sterk ontwikkeld. Dat is een verheugende ontwikkeling, omdat door die ontwikkeling sprake kan zijn van een beter evenwicht tussen de verschillende partners in de gezondheids-

zorg. Er zijn veel activiteiten ontplooid door de patiënten/consumentenbeweging. Zo is men bijvoorbeeld op het terrein van kwaliteit gekomen tot eigen kwaliteitscriteria, tot consumenteninformatie over kwaliteit ± een belangrijke, interessante ontwikkeling ± en tot externe kwaliteitsbeoordeling.

Ik constateer dat de organisaties van zorgaanbieders alsmede de organisaties van verzekeraars patiënten tegenwoordig meer en meer zien staan als een volwaardige partij. Tijdens de laatste Leidschendam-conferentie van 1995 blijkt die volwaardigheid nog eens heel duidelijk uit de afspraken die gemaakt zijn. Ik geef daarvan enkele voorbeelden. De koepels van zorgaanbieders zullen de integratie van de patiëntencriteria en hun kwaliteitsbeleid nastreven. De verzekeraars zullen overleggen met de patiëntenorganisaties over het gewenste kwaliteitsniveau.

Ik kom nu bij de individuele zorgaanbieders. Ook zij vertonen veel activiteit op het gebied van kwaliteit. Toch zijn de individuele zorgaanbieders nog niet allemaal doordrongen van die doorgemaakte emancipatiebeweging. Er zijn nog wat achterblijvers. Mede daarom is de Nederlandse patiënten/consumentenfederatie gekomen met een schaduw-kwaliteitswet. In tegenstelling tot de indruk die mevrouw Varma gisteren zei te hebben, vind ik dat wij uit dat alternatieve voorstel veel hebben overgenomen wat men terug kan vinden in het onderhavige wetsvoorstel. Ik noem als voorbeeld de nadere regels voor het begrip verantwoorde zorg, een bepaling over evaluatie van de wet, toezending van het jaarverslag aan het regionale patiënten/consumentenplatform, zwaardere eisen aan het kwaliteitsjaarverslag, onder andere omtrent contacten met patiënten/consumentenorganisatie over de kwaliteitsbeoordeling en over klachten en meldingen. Als laatste noem ik het concretiseren van het zelfbeschikkingsrecht in de bejaardenoorden. Ik vind het goed, hier nog eens te constateren dat wij deze aanvullingen op het wetsvoorstel, die naar mijn mening allemaal verbeteringen zijn, als het ware te danken hebben aan de inzet van het nationaal patiënten/consumentenplatform doordat zij het

Borst-Eilers

originele initiatief hebben genomen een schaduwwet op te stellen.

De voorstellen uit de schaduwwet zijn niet in alle opzichten door mij gevolgd. Dat betreft met name de toevoeging aan artikel 2, betreffende het begrip "verantwoorde zorg" dat door bijna alle sprekers is aangevoerd. Ik wil daarop graag wat dieper ingaan.

Het globale begrip "verantwoorde zorg" roept misschien een soort huiver op en vragen als: weten instellingen dan wel wat daaronder moet worden verstaan als zij daaraan inhoud moeten geven in hun concrete situatie; zal de inspectie er wel in slagen, op basis van zo'n globaal begrip te concluderen dat de kwaliteit in een bepaalde instelling bijvoorbeeld onvoldoende is, zodat van de nieuwe wettelijke instrumenten die de kwaliteit van zorg kunnen waarborgen ook daadwerkelijk gebruik kan worden gemaakt of is het begrip te globaal om dat allemaal mogelijk te maken?

Ik kan mij die angst wel enigszins voorstellen. Wij zijn, ook in de gezondheidszorg, gewend om kwaliteit te meten met concrete maatlaten, soms weleens letterlijk met cijfers en getallen. Wij kennen kwaliteitsnormen in de gezondheidszorg die heel gemakkelijk toepasbaar en ook heel gemakkelijk toetsbaar zijn. Wat natuurlijk wel een nadeel blijft van dat soort concrete normen is dat, als je ze allemaal bij elkaar optelt, je nog niet echt integrale kwaliteit van zorgverlening hebt. De veelvormigheid van het terrein en de omstandigheden waaronder de verschillende instellingen hun werk uitvoeren, maakt dat concrete maatlaten nooit zodanig kunnen zijn dat het totale functioneren van een instelling op die manier gevat kan worden.

Je kunt met concrete normen een paar dingen aanwijzen, maar daarmee heb je nog niet echt kwaliteit. Behalve dat gedetailleerde regels niet werken op het gebied van de totale kwaliteit van de zorgverlening, kunnen zij als zij al te gedetailleerd worden ook een contraproductief effect hebben.

Om al deze redenen hebben we toch besloten om gedetailleerde eisen achterwege te laten in het wetsvoorstel en om de wettelijke eisen aanzien van de output van de organisatie terug te brengen tot datgene waar het eigenlijk om gaat: dat een zorgaanbieder verantwoorde

zorg aanbiedt. We kennen dat begrip ook in andere wetgeving. Ik herinner bijvoorbeeld aan het begrip van een "goed hulpverlener" in de WGBO, waarvan je ook kunt zeggen: wat bedoel je daar nu precies mee?

De vraag is dan of het ons met de rest van de bepalingen in de wet toch lukt om dat te bereiken wat we willen. Ik denk van wel. De basis voor het slagen van het systeem ligt niet zozeer in het begrip "verantwoorde zorg", maar veel meer in datgene wat artikel 3 eist. Dat is dat de zorgverlener zijn werk zodanig organiseert en uitvoert, met voldoende mensen en middelen en met daarvoor gekwalificeerde mensen en middelen, dat het haast niet anders kan of er moet wel verantwoorde zorg uitrollen. Daar zit eigenlijk de concretisering en daar vindt de invulling van het begrip plaats door het opzetten van een organisatie waarin het leveren van verantwoorde zorg een bewust resultaat is van een goed geoliede machine.

De heer **Lansink** (CDA): Ik stem in grote lijnen met deze beantwoording in, maar ik heb één opmerking. U hebt zojuist, terecht, gezegd dat in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst sprake is van een goed hulpverlener. Daar is het criterium "goed" dus gebruikt in de wettekst, terwijl hier één van de basiskwaliteitseisen die destijds in de motie-Van Otterloo/Vriens-Auerbach was opgenomen, "een goed niveau" was. Dat zit er nu niet in. Is het dan niet denkbaar dat dat woord "goed" toch ergens wordt toegevoegd? Anders moet je een procedurele oplossing zoeken, zoals die door de NP/CF is voorgesteld. De andere basiskwaliteitseisen zijn wel opgenomen: het patiëntgerichte karakter, doeltreffendheid en doelmatigheid en voor de zorgbehoefte heeft de heer Middel inmiddels een amendement ingediend. Wat nog ontbreekt, is dus het punt van het goede niveau.

Minister **Borst-Eilers**: Ik kom straks terug op die motie en de opmerkingen die daar gisteren over gemaakt zijn. Ik wil eigenlijk het betoog over dit onderwerp even afronden, want ik kom met een, in mijn ogen, betere oplossing voor het probleem waar sommigen van u mee leefden. Misschien dat het dan beter

beoordeeld kan worden in zijn geheel.

Het is ook niet voor de concretisering van dat begrip "verantwoorde zorg", maar voor de uitvoering van artikel 3 dat je kernbronnen nodig hebt ± zoals dat zo mooi heet ± waaruit je kunt putten, zoals de adviezen van de Gezondheidsraad, normen die opgesteld zijn door koepels, protocollen die zijn opgesteld door de beroepsgroepen en dergelijke. Die geven eigenlijk de handvatten voor de systematische toetsing, waar artikel 4 opdracht toe geeft. Ik denk dan ook dat in de artikelen 3 en 4 het proces besloten ligt dat moet leiden tot de verantwoorde zorg die artikel 2 in die globale omschrijving eist. Ook uit de brief van de NP/CF proef ik dat die eigenlijk bij dat proces betrokken wil worden. Daar heb ik dan ook een voorstel voor, waar ik straks op terugkom.

Alle sprekers hebben benadrukt dat verantwoorde zorg er in de eerste plaats moet zijn voor de patiënt en dat de stem van de patiënt of van een organisatie die de patiënt vertegenwoordigt, gehoord moet worden. Die gedachte onderschrijf ik volledig. Ik voeg daaraan toe dat die stem gehoord moet worden daar waar belangrijke beslissingen over kwaliteit worden genomen en op het moment dat die aan de orde zijn. In verband hiermee kom ik, om tegemoet te komen aan de wensen van de Kamer en van de NP/CF, met een vierde nota van wijziging, die het volgende inhoudt: op het voor de patiënt belangrijkste moment, namelijk wanneer invulling wordt gegeven aan de organisatie-opzet en alles wat daarbij hoort ± dan zitten we dus in artikel 3 ± zal de instelling de patiënten door middel van patiëntenorganisaties in de vorm van overleg moeten betrekken en wel op zo'n manier dat ook dit overleg substantieel bijdraagt tot de vormgeving van verantwoorde zorg. Het gaat, denk ik, dus niet om het betrokken worden van de patiënten bij het definiëren van verantwoorde zorg; het gaat erom dat zij betrokken worden bij het vorm geven van die zorg. Artikel 3 zou er na die vierde nota van wijziging als volgt uit komen te zien: "De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, draagt zorg voor zodanige

Borst-Eilers

verantwoordelijkheidstoedeling en pleegt op zodanige wijze overleg met de organisatie die in de regio de belangen van de patiënten in algemene zin behartigt, dat een en ander leidt of redelijkerwijze moet leiden tot een verantwoorde zorg".

Dit werkt zo door in artikel 4. Daarin staat namelijk dat het uitvoeren van artikel 3 de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg omvat. Daar zijn de patiëntenorganisaties dus weer bij betrokken. Het tweede lid van artikel 4 houdt in dat de zorgaanbieder zorg moet dragen voor het verzamelen en registreren van gegevens, het op systematische wijze toetsen en op basis van toetsing zo nodig veranderen.

Doordat artikel 4 terugkoppelt naar artikel 3 en de betrokkenheid van de patiënten in artikel 3 nog eens is vastgelegd en verplicht gesteld, denk ik dat daarmee precies tegemoetgekomen wordt aan datgene waaraan de patiënten/consumentenfederatie nog behoefte heeft. Ik ben natuurlijk heel benieuwd naar de reactie van de Kamer in tweede termijn.

De heer **Middel** (PvdA): Toen de minister deze vierde nota van wijziging begon uit te leggen, hoorde ik haar het woord "instemming" gebruiken. Mag ik daaruit afleiden dat het overleg met de betrokken patiëntenorganisaties inhoudt dat er instemming moet zijn van de zijde van de derde partij, zoals ik het maar even noem, aangaande de vormgeving van de zorg waar wij het nu over hebben?

Minister **Borst-Eilers**: Nee, wat ik zojuist heb voorgelezen, is de formele tekst. Als ik het woord "instemming" heb gebruikt, meen ik dat ik daar onmiddellijk op terug moet komen. Ik heb namelijk in het begin gezegd dat de systematiek van de wet is dat alleen de zorgaanbieder verantwoordelijk is. En die wordt daarop aangesproken.

Om twee redenen willen wij de zorgaanbieder niet in de situatie brengen dat anderen met dat beleid moeten instemmen. Je spreidt dan de verantwoordelijkheid niet op een goede manier. Als inspectie kun je de patiëntenorganisaties daar ook niet op aanspreken. Nogmaals, ~~aan~~ is er maar verantwoordelijk en dat is de zorgaanbieder. Die wordt wel

verplicht om dat overleg te voeren, maar niet om daar instemming te verkrijgen. Voorts kan er sprake zijn van geen instemming. Dan is er een soort verlamende situatie. Het woord "instemming" neem ik dus terug. Dat heb ik ten onrechte in de mond genomen.

De heer **Middel** (PvdA): Maar is het gevaar dan niet groot dat het niet meer is dan een overleg pro forma? Wanneer de organisatie die de patiënten/consumenten vertegenwoordigt er niet mee instemt, kan de zorgaanbieder namelijk verder gewoon zijn of haar gang gaan.

Minister **Borst-Eilers**: Ja, formeel kan die inderdaad zijn of haar gang gaan; de wet schrijft niet alleen bepaalde dingen voor, maar heeft ook een handhavings- en toetsingsregime. Als "de eigen gang gaan" leidt tot niet-verantwoorde zorg, is de inspecteur er om dat ter plekke te constateren. Zo werkt het systeem volgens mij.

Mevrouw **Nijpels-Hezemans** (AOV): Ik wil de minister graag nog enige verduidelijking vragen. Het is een beetje moeilijk om straks te reageren op een tekst die ik nog niet helemaal voor mij heb. De minister spreekt over (vertegenwoordigers van) patiënten die bij het overleg betrokken moeten worden. Ik hoop dat de minister daarbij ook doelt op (vertegenwoordigers van) bewoners in verzorgings- en verpleeghuizen.

Minister **Borst-Eilers**: Het gaat over de organisatie die in de regio de belangen van de patiënten in algemene zin behandelt. Dit is omschreven in de vierde nota van wijziging. Als er geen sprake is van een dergelijke organisatie, maar wel van een cliëntenraad in huis, wordt de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen van kracht, althans als die straks is ingevoerd. Het is bekend dat dit laatste nog even niet het geval is. Volgens mij voert een instelling met de eigen patiënten, de eigen klanten, zo zou ik bijna zeggen, vanzelfsprekend dit soort overleg.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Voorzitter! Even iets procedureels. De minister spreekt over een vierde nota van wijziging. Ik begrijp dat zij die ingediend heeft. Kunt u er misschien voor zorgdragen dat wij een exemplaar daarvan krijgen?

De **voorzitter**: Dat spreekt voor zichzelf. Maar daar hebben wij wel enige tijd voor nodig. Het is niet veel, maar als iets wordt ingediend, is het nog niet rondgedeelde, laat staan vermenigvuldigd.

De heer **Lansink** (CDA): Voorzitter! Mijn eerste indruk is dat die nota van wijziging wel kan voldoen aan hetgeen is opgemerkt, maar tegelijkertijd geeft zij natuurlijk een geweldige overlapping met andere zaken. Laat ik even een parallel trekken met de Wet op de ondernemingsraden, waar je wel eens ziet dat een centrale ondernemingsraad of werknemers in een bedrijf zeggen, in reactie op plannen, dat men ermee akkoord gaat, terwijl een hogere instantie dat niet doet. Het zou hier kunnen gebeuren dat een regionale patiëntenorganisatie meent, dat zij er nog niet uit is en dat van een verantwoorde zorg geen sprake is, terwijl de cliëntenraad van een instelling zegt dat het wel zo is. Waar ligt dan het punt: wie heeft de doorslaggevende stem in deze constructie?

Minister **Borst-Eilers**: De zorgaanbieder is, doordat deze verantwoording moet afleggen en verantwoordelijk is, degene die, na met partijen overlegd te hebben, uiteindelijk besluit dat het op een bepaalde manier gaat gebeuren. Ik denk dat er bij dit soort kwesties weinig reden is om aan te nemen, dat er allerlei tegenstrijdigheden zullen optreden. Als je spreekt met leidinggevend in instellingen die al veel met klanten werken en er gevraagd wordt wat men vindt van de kwaliteit van de zorgaanbieder, dan gaat het om zaken als wachtlijsten, wachttijden, bejegening en het inefficiënt georganiseerd zijn van het hele proces. Dat overleg levert signalen op ten aanzien van waar het beter kan. Dan gaat men vervolgens proberen het beter te doen en dat is natuurlijk ook weer een proces. Ik zie dus niet zo'n rol voor verschillende groepen van patiënten, in huis of buitenshuis, die er allemaal weer verschillende opvattingen over hebben, maar misschien ben ik te optimistisch.

De heer **Lansink** (CDA): Voorzitter! Maar is het dan, vanuit de minister gezien, niet verstandiger om vast te houden aan het beeld van de moderne wetgeving dat zij terecht

Borst-Eilers

heeft geschetst, waarbij de instelling verantwoordelijk is en verantwoording aflegt aan verschillende organen, terwijl de overheid normstellend is? Dit is terecht gezegd, maar dan zou de overheid ook moeten vaststellen wat de norm is en er meer over moeten zeggen. Dan moet het goede niveau er ook in, zo lijkt mij, en dan vervalt het probleem van de overlapping, alsmede het probleem van de zeggenschap; dat is overigens een andere zaak, waar de heer Middel zojuist ook een vraag over stelde.

Minister **Borst-Eilers**: Ik denk dat de overheid en de cliënten op andere elementen toetsen. De overheid toetst op de criteria doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht. Dat is toch iets anders dan zoals de patiënten het willen. De patiënten/cliëntenbeweging toetst op de kwaliteitsaspecten die patiënten/cliënten zelf kunnen beoordelen en aan den lijve ondervinden; punten waar zij klachten over hebben. Het zijn aldus twee verschillende dingen en in beide gevallen is de zorgaanbieder degene bij wie het allemaal bij elkaar komt en deze probeert zowel de normen van de overheid in te vullen, alsook te luisteren naar de patiënten/cliënten.

De reden dat ik de vierde nota van wijziging aan de Kamer voorstel, is dat ik het een belangrijk signaal vind dat de NP/CF, ook nadat ik persoonlijk met hen overlegd had, toch nog op dit punt bleef hangen en dat gisteren in de Kamer zoveel van de woordvoerders dat verzoek gesteund hebben. Dan proef ik een behoefte om bij het vormgeven aan het proces van verantwoorde zorg de patiënten/cliënten beter te betrekken.

De heer **Lansink** (CDA): Ik heb al gezegd dat ik op zichzelf zeer veel begrip heb voor de nota van wijziging en dit ook wel kan volgen. Ik reageer tegelijkertijd op discussie die daarna gaat ontstaan, ook hier in de Kamer, over de vraag of dat nu de beste oplossing is. Ik geloof dat het een goede oplossing is, maar dan moeten wij ook vasthouden aan het feit dat de normstelling een zaak voor de overheid is en niet voor het nieuwe overleg.

Minister **Borst-Eilers**: Ja.

De heer **Van Boxtel** (D66): Voorzitter! Ik zal in tweede termijn

terugkomen op dit nieuwe voorstel; ik moet het nog even goed lezen. Maar wel heb ik nu één vraag.

De door de minister gekozen oplossing geeft de patiëntenorganisaties een rol op instellingsniveau. Zo lees ik de aanpassing van de artikelen 3 en 4. Dit, terwijl de bedoeling van mijn inbreng, ook gisteren, was om de patiëntenorganisaties ook een rol te geven in het overleg tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Dat is een driehoeksverhouding die nu in feite uiteengetrokken wordt. Ik wil de minister alleen maar vragen of ik dit goed zie, want ik vind het vrij belangrijk om mee te wegen in de beoordeling.

Minister **Borst-Eilers**: Ik denk dat de heer Van Boxtel dit goed ziet, mijnheer de voorzitter. Het tripartiete overleg is een overleg ± ik kom er straks nog over te spreken en wij komen er later bij de Wet ziekenhuisvoorzieningen uitvoeriger over te spreken ± op bijvoorbeeld het niveau van het regio-overleg, waar men met elkaar, als drie partijen, ook spreekt over het organiseren van de zorg in de regio.

Mijnheer de voorzitter! Ik zou nu over willen gaan tot het onderwerp "kwaliteit in de praktijk". Dan kom ik bij de heer Van Boxtel, die geïnformeerd heeft naar de ontwikkelingen sinds de eerste Leidschendamconferentie, in 1989. Hij vroeg wat er sindsdien allemaal gebeurd is. Daar zal ik een selectie uit moeten maken, want er is inderdaad het een en ander gebeurd. Heel algemeen samengevat kan ik zeggen dat vrijwel alle zorginstellingen in Nederland nu op de een of andere manier met het onderwerp "kwaliteit" bezig zijn. Dat betekent overigens niet dat alle zorginstellingen al een integraal kwaliteitssysteem hebben. Sommigen proberen dat te realiseren en velen zijn nog bezig de eerste stappen te zetten, maar het is nog lang niet overal het geval. Maar ik geloof niet dat dat iets is dat wij op dit moment zouden kunnen verwachten en zouden moeten eisen. De Kwaliteitswet eist dat instellingen de kwaliteit van zorg systematisch bewaken, beheersen en verbeteren, er eigenlijk continu aan werken. Een dergelijke systematiek zal op termijn wel voor alle instellingen in een kwaliteitssysteem gaan resulteren.

Ik vind wel dat de ontwikkelingen in de zorgsector toch snel gaan, zeker als je dat vergelijkt met

ontwikkelingen die in een soortgelijke fase het bedrijfsleven heeft doorgemaakt. Op een gegeven moment is het echt in een heel hoog tempo geraakt en ging iedereen meedoen.

Daarnaast zijn er natuurlijk ook andere ontwikkelingen, waarvan ik er enkele zal noemen: het ontstaan van normen uit het perspectief van zorgaanbieders en uit het patiëntenperspectief, een start van de ontwikkeling van tripartiete normen: aanbieders, patiënten, verzekeraars, het tot stand komen van landelijke en regionale overleggen in allerlei vormen, de ontwikkeling van protocollen, richtlijnen en professionele codes.

Ik heb onlangs van de Nederlandse specialisten een dik boek in ontvangst mogen nemen, waarin alle specialistische verenigingen beschrijven, ook in maat en getal, hoe ver ze zijn met hun kwaliteitsbeleid. Ook dat is een enorme stap vooruit vergeleken bij bijvoorbeeld een jaar geleden.

Dan zijn er visitatie-activiteiten bij instellingen, zowel bij ziekenhuizen als bij de gehandicaptenzorg. Ook de beroepsbeoefenaren hebben visitatiesystemen opgetuigd en zijn daarmee bezig. Hoewel dat een niet-verplichtend karakter heeft ± geen van die visitaties heeft een verplichtend karakter, het zijn onderlinge afspraken ± kan ik de heer Van Boxtel toch zeggen dat men hier actief aan deelneemt en dat het blijkbaar op vrijwillige basis goed op gang komt.

De heer **Van Boxtel** (D66): Dat laatste kan ik ook uit eigen ervaring onderstrepen. Maar mijn vraag van gisteren was of u niet vindt ± u heeft het in toespraken al regelmatig gezegd en dat werkt ook stimulerend ± of er niet iets meer sprake moet zijn van sturing. Ik weet uit een eerdere functie dat sommige branche-organisaties dat naar hun leden toe ook als een soort certificering zien waar men zich aan moet onderwerpen. Maar dat hebben wij nog niet in de zorgsector. Interessant is te horen of u bereid bent dat te stimuleren. Want als je visitatie aan de vrije werking overlaat, kan de één het goed doen en de ander het gewoon laten. Dan gaat er geen dwingende normstelling van uit.

Minister **Borst-Eilers**: Wij zijn in



Mevrouw Oedayraj Singh Varma (GroenLinks)

overleg met zowel de instellingen als met de beroepsverenigingen over de wijze waarop ze dat doen. Er wordt van onze kant ook altijd heel sterk op aangedrongen dat men met objectieve criteria werkt, dat men niet zomaar gaat visiteren en maar zo'n beetje de sfeer opsnuift, maar dat het echt gaat om harde zaken die ook voor iedereen hetzelfde zijn, controleerbaar, transparant zijn. Enfin, u kent al die begrippen wel. In die zin wordt er dus ook door ambtenaren van mijn ministerie aan al die projecten intensief meege- werkt. Dus ik heb daar een goed zicht op.

De heer **Van Boxtel** (D66): Mijn vraag is erop gericht of u wilt bewerkstelligen, en dan behoef ik geen wettelijke verankering, dat bijvoorbeeld koepelorganisaties onder druk van uw departement dat ook echt systematisch gaan organiseren bij de bij hen aangesloten leden.

Minister **Borst-Eilers**: Ja, ik wil heel graag toezeggen dat ons streven daarop gericht is.

Dan zijn er op verschillende plaatsen kwaliteitsjaarverslagen te signaleren. Men doet ook heel veel wetenschappelijk onderzoek en toegepast onderzoek naar de kwaliteit van zorg. Er worden ook instrumenten ontwikkeld, ook door

verpleegkundigen. Kortom, alle beroepsgroepen zijn er mee bezig.

Ten slotte is er inderdaad het initiatief waarop de heer Van Boxtel daarnet doelde voor het stroomlijnen van externe kwaliteitsbeoordeling en voor het ontwikkelen van certificatie.

In juni 1995 zijn in Leidschendam weer nieuwe afspraken gemaakt, onder meer over uitwerking van referentiekaders voor kwaliteit door de partijen gezamenlijk. Ook het begrip "ketenkwaliteit" waar mevrouw Kamp het gisteren over had, kwam daarbij ter sprake. Ik denk dat dit een heel belangrijk begrip is. Het komt natuurlijk in de zorgsector heel vaak voor dat zorgaanbieders met elkaar moeten samenwerken. Voor de patiënt moet die samenwerking een continu in elkaar overvloeiende keten zijn. Dat is natuurlijk nog lang niet altijd het geval. Verantwoorde zorg betekent naar mijn mening dan ook dat zorgaanbieders in zulke gevallen zorgen voor een goede afstemming en coördinatie.

Mevrouw Kamp vroeg zich af, hoe verantwoorde zorg kan worden gemeten. Bij het meten van kwaliteit is het uitgangspunt de wijze waarop de wettelijke eisen ingevuld zijn. Voor invulling van het kwaliteitsbegrip staan de zorgaanbieders een groot aantal kenbronnen ter beschikking, zoals protocollen en richtlijnen, de uitkomsten van

consensusbijeentkomsten, onderzoek, onderwijs, vakbladen, standpunten van patiënten en verzekeraars, wet- en regelgeving, jurisprudentie, uitspraken van tuchtcolleges, enzovoorts, enzovoorts. Bij toetsing moet goed worden afgesproken, welke kenbronnen gehanteerd worden zodat duidelijk is waaraan men op een gegeven moment getoetst wordt. Zo is het bijvoorbeeld algemeen bekend dat de uitspraken van tuchtcolleges en adviezen van de Gezondheidsraad ± ik spreek nu over toetsing van de medische beroepsuitoefening ± belangrijke toetsstenen zijn.

De systematiek van kwaliteitsactiviteiten is een belangrijk uitgangspunt voor toetsing door de inspectie. Daarnaast zal de inspectie ook kijken naar de kwaliteit van de feitelijk geleverde zorg, naar de manier waarop de zorg georganiseerd is, hoe de verantwoordelijkheden in een instelling verdeeld zijn, en naar de toedeling van materieel en personeel. De inspectie kijkt natuurlijk zonder enige twijfel ook naar het kwaliteitsjaarverslag.

Over dat jaarverslag heeft mevrouw Varma nog een vraag gesteld. Zij heeft een voorkeur voor het uitgebreid in de wet stellen van eisen aan het kwaliteitsjaarverslag, zoals geformuleerd door de NP/CF. Zij sprak in dit verband over een amendement. Het voorstel van de NP/CF inzake kwaliteitsjaarverslagen heb ik uiteraard met aandacht bestudeerd. Ik heb het ook besproken met de voorzitter van de NP/CF. Zoals ik reeds zei, hebben wij een groot deel van die voorstellen overgenomen in de Kwaliteitswet. De huidige formulering, die ook het gevolg is van het overleg met de NP/CF, is immers "een verslag waarin verantwoording wordt afgelegd over het beleid inzake de artikelen 2, 3 en 4". De eisen betreffen onder meer de kwaliteitsdoelen, het overleg met de consumenten, de werking van het kwaliteitssysteem, de kwaliteitsbeoordeling, de evaluatie en eventuele bijstelling van het eigen kwaliteitsbeleid, acties die genomen zijn naar aanleiding van fouten en ongevallen, toedeling van materieel en personeel en de verantwoordelijkheidstoedeling. Naar mijn mening zitten daarin impliciet al die dingen die volgens de NP/CF en mevrouw Varma nog toegevoegd zouden moeten worden in de vorm

Borst-Eilers

van een artikel 5a. Ik vind het overbodig dat op te nemen. Het zit er immers impliciet reeds in. Bovendien, wanneer het allemaal op deze manier in de wet wordt opgenomen, wordt het wel erg gedetailleerd. U weet dat wij streven naar deregulering van wetgeving. Ik vind dat zo'n lijst daarin niet past. Wij hebben het nu beter opgelost door te verwijzen naar de artikelen 2, 3 en 4.

De heer **Lansink** (CDA): In de derde nota van wijziging is de minister terecht de NP/CF in belangrijke mate tegemoetgekomen. Het tweede lid van artikel 5 geeft echter de indruk, dat er sprake is een limitatieve opsomming. Zou er niet moeten staan: in dat verslag geeft de zorgaanbieder tevens aan? Ik begrijp namelijk uit het eerste lid, dat de uitvoering van de artikelen 2, 3 en 4 maar inhoudt dan wat vervolgens in het tweede lid staat. Zou het woord "tevens" niet moeten worden toegevoegd?

Minister **Borst-Eilers**: Daarin zou de heer Lansink wel eens gelijk kunnen hebben. Tenzij juristen mij ervan overtuigen dat het niet zo is, zal ik dat opnemen.

Er was nog een vraag over dat jaarverslag. De heer Van der Vlies vroeg zich af, aan wie instellingen met een bovenregionale functie hun jaarverslag moeten sturen. Ik denk dat wij van bovenregionaal werkende instellingen niet kunnen verwachten dat zij hun kwaliteitsverslag gaan toesturen aan alle regionale patiënten/consumentenplatforms in Nederland. Zij kunnen volstaan met het zenden van hun verslag aan die NP/CF die functioneert in de regio waar de instellingen zich bevinden. Gezien de uitstekende samenwerking tussen NP/CF en de regionale platforms lijdt het geen twijfel dat alle RP/CP's die behoefte hebben aan inzage van zo'n verslag daartoe ook de gelegenheid krijgen.

Mijnheer de voorzitter! Zoals ik al zei, zijn jaarverslagen een instrument bij de toetsing. Bij de toetsing zal de inspectie natuurlijk ook kijken naar wat er gebruikelijk is. De huidige situatie is voor een belangrijk deel een neerslag van de kwaliteitswetgeving die er nu al is. Het is niet zo dat wij helemaal blanco beginnen. Het is eerder zo dat de Kwaliteitswet erkent dat op basis van bestaande regels al een bepaald niveau bereikt is. Het voorstel neemt dit niveau als

het ware als uitgangspunt en bouwt daarop verder, deels door instellingen die daaraan toe zijn meer ruimte en verantwoordelijkheden te geven voor hun eigen beleid en deels door voor instellingen die geen of nog geen voldoende verantwoorde zorg leveren een adequaat handavingsregime in te stellen.

De inspectie krijgt nieuwe bevoegdheden bij haar taken in het kader van deze wet. De heer Van Boxtel heeft in dit verband gevraagd wanneer de inspectie nu een bevel geeft en wanneer zij een spoedvoorziening aanvraagt. Het gaat als volgt. Laat ik eerst zeggen dat een bevel slaat op de organisatie van de zorgverlening. De inspectie geeft een bevel als het nemen van maatregelen redelijkerwijs geen uitstel kan lijden in verband met gevaar voor de veiligheid of de gezondheid. Daarvan kan sprake zijn als bijvoorbeeld de accommodatie waarin de zorgverlening plaatsvindt niet alleen ongeschikt doch zelfs gevaarlijk is voor de gezondheid van patiënten of personeel. Als de zaak niet in orde is, kan de oorzaak daarvan ook liggen bij een individuele beroepsbeoefenaar. In dat geval kan, naast de bevelsmogelijkheden uit de Kwaliteitswet zorginstellingen of de Wet BIG, tevens het tuchtrecht van toepassing zijn indien de individuele beroepsbeoefenaar kennelijk de hierop betrekking hebbende regels geldend voor de beroepsgroep heeft geschonden. Dat kan al dan niet met een spoedvoorziening. Dat is afhankelijk van de haast.

De heer Middel vroeg zich af of de Kwaliteitswet tandoos is. De inspectie ziet er nu ook al op toe dat zorginstellingen waarop zij toezicht uitoefent, verantwoorde zorg leveren. Maar met de introductie van het begrip verantwoorde zorg in de Kwaliteitswet krijgt dit begrip, dat in de praktijk al gebruikt werd, nu een wettelijke grondslag. Dat betekent dat er fundamenteel iets verandert. Er komen nu ook mogelijkheden tot handhaving. Voor het eerst in de geschiedenis van het staatstoezicht ± die geschiedenis strekt zich uit tot het jaar 1865 ± kan het staatstoezicht nu een bevel geven. Ik heb gehoord van de hoofdinspecteur dat er ook in dat beroemde jaar 1865, dus in de tijd van Thorbecke, al gediscussieerd is over de vraag of de inspectie niet een dergelijk instrument zou moeten hebben. Men heeft er toen toe besloten dat de inspectie maar eens

moest proberen om door overreding en overtuiging het veld tot betere gedachten te brengen. Dat is dus sinds 1865 geprobeerd, hier en daar ook met succes. Maar nu denken wij toch dat het tijd is dat de inspectie een wat krachtiger instrument krijgt in de vorm van dat bevel. Nogmaals, het is een historisch moment in de geschiedenis van het staatstoezicht. Ik denk dat wij nu zeker niet kunnen spreken van tandoos. Er is nu sprake van verstrekking van een echt gebit aan het staatstoezicht.

De heer **Middel** (PvdA): Voorzitter! Dit antwoord is op zichzelf helder. Maar er ging aan mijn vraag nog het nodige vooraf. De inspectie moet zich kunnen baseren op de geëmplenteerde dan wel geoperationaliseerde voorschriften uit de wet. Die wet komt in de plaats van erkenningseisen, van subsidie-regelingen, van rijksbijdrageregelingen. De eerste vraag, waarop de minister niet is ingegaan, is of de eisen wel zodanig zijn geformuleerd dat zij inderdaad in de praktijk "operationaliseerbaar" zijn. De inspectie moet er immers een instrument aan kunnen hebben bij het toezicht.

Minister **Borst-Eilers**: De inspectie, die uiteraard een belangrijke adviseur is geweest bij de totstandkoming van dit wetsvoorstel, is van mening dat het zonder meer kan. Zij weet precies hoe zij hiermee wil en zal omgaan. Het is een traditioneel antwoord, maar dit zal bij de evaluatie blijken. Bij de inspectie is het vertrouwen daarin volledig aanwezig.

Voorzitter! Om pragmatische redenen is ervoor gekozen om het toezicht, de aanwijzingsbevoegdheid en de toepassing van bestuursdwang bij de bejaardenoorden, die tot de provinciale bemoeiing behoren, te handhaven op provinciaal niveau zolang de Wet op de bejaardenoorden nog van kracht is. Het lijkt ons niet goed werkbaar de handhaving ten aanzien van de kwaliteit van de bejaardenoorden bij de minister te leggen, terwijl voor de overige aspecten de provinciale overheid nog bevoegd is. Gezien de samenhang tussen de verschillende aspecten van de zorg heeft het onze voorkeur de bevoegdheden tijdelijk in de hand te laten, in die van de provincie, en ze in de toekomst over te hevelen.

Borst-Eilers

Eigenlijk buiten het terrein van deze wet ligt het onderwerp certificatie. Daar hebben de heren Middel en Lansink vragen over gesteld. De Kwaliteitswet regelt dit onderwerp niet. Toetsing in het kader van de Kwaliteitswet vindt plaats door de inspectie. Daarmee is naleving van de eisen in de Kwaliteitswet sluitend bewaakt. Certificatie is een bruikbaar instrument als de zorgaanbieders hun eigen kwaliteitsbeleid extern willen laten toetsen, maar een certificaat hoeft niet te betekenen dat aan de eisen van de wet is voldaan. De inspectie kan tot de conclusie komen dat een instelling die een certificaat heeft op bepaalde punten toch geen verantwoorde zorg levert. Certificatie staat dus helemaal los van de kwaliteitswetgeving. Premature of kwalitatief slechte certificatie heeft inderdaad negatieve kwaliteitseffecten. Daarom heeft een informateur vorig jaar onderzocht of de partijen in de zorgsector zelf voor stroomlijning van de certificatie kunnen zorgdragen. Zijn bevindingen waren, zoals de Kamer weet, positief. Onlangs is een stichting opgericht die zich richt op stroomlijning van de activiteiten op het terrein van de externe kwaliteitsbeoordeling en de certificatie. Dat is een initiatief van patiënten, verzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk.

Dan de geestelijke verzorging. De heren Lansink en Van der Vlies zijn ingegaan op de plaats van de geestelijke verzorging in dit wetsvoorstel. De heer Lansink kwam met een amendement op dit punt. Geestelijke verzorging is ook naar mijn mening een geïntegreerd en vanzelfsprekend onderdeel van een kwalitatief hoogwaardige hulpverlening. Dat is ook precies de reden waarom geestelijke verzorging niet als apart facet van kwaliteit van zorg in het voorontwerp van wet is opgenomen. Aanvankelijk was er in de toelichting wel een passage over opgenomen, om dat nog eens te onderstrepen. Die passage is geschrapt en staat dus niet meer in de huidige memorie van toelichting, omdat inmiddels een aparte wet voor de geestelijke verzorging werd voorbereid. Dat wetsvoorstel geestelijke verzorging moet worden opgevat als een verbijzondering van de eisen die de Kwaliteitswet oplegt aan instellingen. Het heeft derhalve ook een aanvullende betekenis. De argumenten tegen het opnemen van

het begrip in de wettekst zelf blijven dezelfde als die ik zou hebben tegen iedere explicitering van het begrip "verantwoorde zorg". Die wekken namelijk de indruk dat het vooral om de desbetreffende detail-eis gaat. Nogmaals, naar mijn mening is het een geïntegreerd en vanzelfsprekend onderdeel. Daarom wil ik het niet apart in de wet opnemen. Dat is ook de reden dat ik de aanneming van het amendement ontraad.

De heer **Lansink** (CDA): Voorzitter! Deze reactie verbaast mij. De minister stelt zelf dat het wetsvoorstel geestelijke verzorging in de justitiële inrichtingen en de zorginstellingen een verbijzondering inhoudt, een aanvulling is op deze wet. Dan moet wat deze wet sprake zijn van een verankering, om te behaupt een aanvulling te kunnen vormen. Bovendien is het echt niet de bedoeling om het als detail eruit te lichten. Daar gaat het niet om. Ik heb het amendement ingediend, omdat hier en daar een misverstand zou kunnen ontstaan over de vraag of geestelijke verzorging wel bij de kwaliteitsbeoordeling hoort. Dat is ook niet bijzonder en nieuw, want ook in eerdere discussies is over dit punt gesproken. Het kabinet heeft het toen niet afgewezen. Dat was weliswaar in de vorige periode, maar ik houd staande dat het niet kan worden geïnterpreteerd op de manier zoals de minister nu doet, om het hier als het ware weg te krijgen. Het is een integraal onderdeel, maar het vergt wel degelijk een kwaliteitsbeoordeling. Op zichzelf is het ook een kwaliteitseis, juist omdat het een integraal onderdeel is.

Minister **Borst-Eilers**: Wat de heer Lansink zegt over het aanwezig moeten zijn van adequate geestelijke verzorging in een instelling, zeker in een instelling waarin residentieel verbleven wordt, maar ook in ziekenhuizen waar men een aantal etmalen verblijft, dat ben ik roerend met hem eens. Juist omdat dit echter ook voor zoveel andere voorzieningen geldt, zie ik geen reden om de geestelijke verzorging daar bij uitzondering in op te nemen. Ik ben het ook met u eens dat de geestelijke verzorging misschien enigszins bedreigd wordt; er is dan ook reden om daarvoor nog eens aparte wetgeving te realiseren, maar niet door haar in deze wet gewoon maar te noemen.

De heer **Lansink** (CDA): Wat is nu het feitelijke bezwaar? Van detailtering is immers geen sprake; ik kan wel meer voorbeelden in het wetsvoorstel noemen. Zo redenerend hoeft je er behalve het begrip "verantwoorde zorg" bijna niets in op te nemen. Ik wijs ook nog eens op de discussies die in 1991 zijn gevoerd over de nota.

Minister **Borst-Eilers**: Om een meer exacte voorziening als voorbeeld te geven; in een ziekenhuis moeten geestelijke verzorging en maatschappelijk werk aanwezig zijn, er moet een mogelijkheid zijn voor fysiotherapie en intensive care. Er moet zo veel zijn. Waarom zouden wij ernaar daarvan in de wet opnemen?

De heer **Lansink** (CDA): Omdat de geestelijke zorg volgens mij een andere plaats heeft in deze instellingen ± waar het gaat om leven en dood, maar vooral om het behoud van leven ± dan bijvoorbeeld een bloedtransfusiedienst of een klinisch chemisch laboratorium. Ik meen dat ook te beluisteren uit de mond van de heer Van der Vlies en uit het interruptiedebat tussen de heren Middel en Van der Vlies. Het betrof de vraag of het alleen om godsdienst of ook om levensovertuiging gaat, en de uitkomst was: ook levensovertuiging.

Minister **Borst-Eilers**: U begrijpt uit deze gedachtenwisseling wel dat er geen inhoudelijk verschil van mening is over de noodzaak van geestelijke verzorging. Het past naar mijn opvatting niet in de systematiek van dit wetsvoorstel om haar apart te noemen. Maar misschien is het goed dat ik nu maar zeg dat ik het oordeel over uw amendement graag aan de Kamer overlaat.

De heer **Lansink** (CDA): Dat is een iets andere benadering dan ontraden. Daar ben ik u erkentelijk voor.

Minister **Borst-Eilers**: Ik kan er mee leven, maar ik vind het wel een schoonheidsfout.

De heer **Lansink** (CDA): Ik vind het een aangelegen punt. Er is in mijn fractie over gesproken en er is ons veel aan gelegen dat het op een of andere manier wordt meegenomen. Ik heb daarvoor een manier kunnen vinden, die velen aanspreekt.

Borst-Eilers

Minister **Borst-Eilers**: Mijnheer de voorzitter! Ik neem het amendement niet over, maar ik kan er wel mee leven. Ik laat het oordeel dus aan de Kamer over.

De heer **Middel** (PvdA): Ik heb een vraag aan de minister, in aanvulling op wat de heer Lansink naar voren heeft gebracht, zonder dat ik overigens namens de PvdA-fractie al een oordeel uitspreek over zijn amendement, want daarover heb ik in tweede termijn nog een vraag aan hem. De minister zegt dat de geestelijke zorg in een andere wet geregeld kan worden, naar ik aanneem niet alleen in de gezondheidssector maar ook elders.

Minister **Borst-Eilers**: Bijvoorbeeld in justitiële inrichtingen.

De heer **Middel** (PvdA): Maar zo'n wet is er nu niet.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Die is al ingediend.

De heer **Middel** (PvdA): En dus is hij nog niet in werking. De heer Lansink wil nu iets regelen. Gisteren hebben wij gesproken over invulling van de kwaliteit; verantwoorde zorg, toegesneden op de behoeften van de patiënt. De heer Lansink heeft er gelijk in dat als de zorg wordt toegesneden op die patiënt of cliënt, je de eis van geestelijke verzorging kunt stellen. Vanuit die redenering past de geestelijke verzorging bij de invulling van het begrip "kwaliteit" dan wel "verantwoorde zorg". Ik wil de discussie iets tillen boven het niveau van de vraag of men voor dan wel tegen een amendement is. Het gaat mij om de invulling van het begrip "verantwoorde zorg" dan wel "kwaliteit".

Minister **Borst-Eilers**: Mede daarom heb ik er helemaal geen behoefte aan. Volgens mij is geestelijke verzorging nu juist impliciet begrepen in verantwoorde zorg. In het gesprek met patiënten/consumentenorganisaties zal het ook als zodanig worden beleefd en verwoord. Ik heb dus uitdrukkelijk geen behoefte aan het amendement, maar ik vind het ook niet onaanvaardbaar.

De heer **Lansink** (CDA): Ik vind het wel goed dat een stellingname tijdens het debat kan veranderen.

Eerst was het "ontraden" en nu is het "oordeel aan de Kamer". Maar de reactie op de belangwekkende interruptie van collega Middel vind ik wat teleurstellend, want de minister zei dat zij helemaal geen behoefte heeft aan het amendement, of uitdrukkelijk geen behoefte. Los van de discussie in welke wet het wordt geregeld; wanneer geestelijke verzorging wordt ondergebracht bij de kwaliteitseisen, is er wel degelijk behoefte aan. In elk geval heeft een deel van de Kamer er grote behoefte aan, zelfs zozeer dat het mede het oordeel over de wet moet bepalen.

Minister **Borst-Eilers**: Ik moet mijn woorden dan toch even verduidelijken. Ik heb niet gezegd dat ik geen behoefte heb aan de aanwezigheid van geestelijke verzorging in zorginstellingen. Integendeel. Ik heb echter geen behoefte aan het opnemen van dat punt in deze wettekst, omdat het, zoals ik de wet lees, er gewoon een impliciet onderdeel van uitmaakt. De enige reden waarom ik mij dan toch een beetje in de richting van de heer Lansink heb bewogen, is dat ik vind dat hij wel een zeker punt heeft als hij zegt dat er allerlei aspecten in het ziekenhuis zijn die vanzelf spreken, zoals het koken van eten. Er zijn allerlei dingen, die als ze er niet zijn, zichtbare ongelukken veroorzaken. De heer Lansink zegt dat dat bij de geestelijke verzorging misschien net iets anders ligt. Men houdt ook zonder dat het leven wel. Het is dus geen primaire, direct aan de medische en verpleegkundige verzorging gerelateerde zaak. Daarom zeg ik dat ik er enig gevoel voor heb. Als de heer Lansink wil dat het apart wordt genoemd, kan ik daarmee leven.

Over het verband tussen deze wet en de verzekeringswetgeving en de vraag welke relatie de wet heeft met het zorgstelsel en met het nieuwe stelsel van de drie compartimenten het volgende. Aan mevrouw Kamp wil ik antwoorden dat het wetsvoorstel onafhankelijk is van de financiering van zorg en dus ook los staat van het stelsel. Zorginstellingen moeten verantwoorde zorg leveren en daarbij maakt het niet uit op welke manier ze gefinancierd worden. De verwijzing naar de Ziekenfondswet en de AWBZ in artikel 1 van de wet dient alleen om de vormen van zorg aan te geven en

niet om een relatie te leggen met de financiering.

Dat de erkenningen voor kwaliteit vervallen met de inwerkingtreding van deze wet betekent niet dat het erkenningstelsel als geheel wordt verlaten. Voor kwaliteit alleen komen andere eisen, maar voor de behoefte en de spreiding van het zorgaanbod blijft de erkenning overeind en die gaan wij voortaan ter onderscheiding "toelating" noemen.

Hiermee is ook een deel van de vraag van de heer Lansink over het stelselneutrale karakter van de wet beantwoord. Ik voeg hier nog aan toe dat, aangezien de Kwaliteitswet los staat van AWBZ en Ziekenfondswet, die wet geen rechtstreekse repercussies heeft voor de overeenkomsten in het kader van die beide wetten. Dat neemt niet weg dat de verzekeraar wel in het kader van de overeenkomsten afspraken kan maken, als hij dat wil, over de kwaliteit. Maar die zullen niet mogen leiden tot een onverantwoord niveau.

De heer Van Boxtel vroeg in dit verband naar de mate van de overheidsverantwoordelijkheid bij meer marktwerking. Hij heeft ook zorgen geuit. Wat betreft de kwaliteit komt in het onderhavige wetsvoorstel de overheidsverantwoordelijkheid volledig tot zijn recht. Wat betreft het stelsel zal er bij de vormgeving op worden toegezien dat ook daar de overheid, waar nodig, haar verantwoordelijkheid waar kan maken. Ik denk toch ± de heer Van Boxtel duidde daar gisteren ook al op ± dat de vragen of verzekeraars niet te veel macht en invloed krijgen, of dat nog voldoende door de overheid is te beoordelen en of de overheid niet te veel uit handen geeft, een beetje buiten het kader van deze wet vallen. De heer Van Boxtel zei gisteren ook al dat die beter bij de behandeling van de begroting kunnen worden gesteld. Ik wil voorstellen dat de discussie op deze punten dan ook daar gaat plaatsvinden.

Mevrouw Kamp maakte zich zorgen over de mogelijkheden voor nieuwkomers om tot de markt toe te treden. De Kwaliteitswet geldt uiteraard voor alle zorgaanbieders, ook voor degenen die al een gevestigde positie hebben. Die hebben dus geen voorsprong op nieuwkomers, hoewel zij door naamsbekendheid natuurlijk wel enige voorsprong hebben. Maar aanbod en kwaliteit staan los van

Borst-Eilers

elkaar. Als er vraag is naar nieuwkomers zal dat moeten worden betaald en op grond van behoefte worden vastgesteld. Zodra de financiering dan rond is, speelt de Kwaliteitswet een rol. Zo zou ik het ongeveer willen zien.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Zo gaat het in theorie, maar een aantal branches hebben al certificeringen of zijn daar ver mee. Dat zijn bestaande instellingen. In hoeverre worden die normgevend voor de nieuwe? Ik gaf al het voorbeeld van nieuwe thuiszorginstellingen die wat betreft flexibiliteit en zorg op maat soms hoger scoren dan de reguliere instellingen.

Minister **Borst-Eilers**: En dan misschien toch geen certificatie hebben. Hier is volgens mij een heel belangrijke rol weggelegd voor de countervailing power van patiënten en verzekeraars. Patiënten kunnen ook in dit opzicht met de voeten stemmen, hoewel dat bij thuiszorg misschien een wonderlijk beeld is. Een persoonsgebonden budget is met nadruk een instrument om ervoor te zorgen dat patiënten kunnen laten merken waar het beter bevalt, ook al heeft de gekozen instelling nog geen certificaat. Ik wil daar ruimte voor laten.

Ik kom op de kwestie van de bekostiging, met name de kosten en baten van de Kwaliteitswet. Deze wet hoeft niet tot hogere kosten te leiden. Een verantwoorde zorg betekent onder meer dat die zorg doelmatig is. Dat betekent in de eerste plaats dat er geen overbodige verrichtingen plaatsvinden. Een ander belangrijk aspect is ook dat het zorgproces zo efficiënt mogelijk wordt georganiseerd. In de praktijk blijkt dat verhoging van doelmatigheid, efficiency, kostenverlagend is. Als een patiënt bijvoorbeeld niet meer aan onnodige handelingen wordt onderworpen, dus als daar zuinig en zinnig mee wordt omgegaan, zoals de bekende uitdrukking van prof. Dunning luidt, wordt de kwaliteit gunstig beïnvloed en worden de kosten niet hoger dan noodzakelijk. Er gaat zelfs een kostendrukkend effect van uit. Ik ben dan ook niet bang voor een blijvende kostenverhoging. Als men echter in de implementatiefase bijvoorbeeld met een kwaliteitssysteem begint en men stelt een kwaliteitsmanager aan of men stelt iemand vrij om het

gehele proces in gang te brengen, heeft dat een zekere kostenverhoging tot gevolg, maar de kost zal toch snel door de baat worden ingehaald. Bovendien zijn kwaliteitseisen voor instellingen op zichzelf ook niet nieuw. Wij verwachten nu ook van instellingen dat zij kwalitatief goede zorg leveren. Daar wordt enorm hard aan getrokken.

Ik kom hiermee op een vraag van de heer Schutte, die meent dat het implementeren van een kwaliteitssysteem te veel van het goede kan zijn voor met name kleine instellingen. Hij noemde als voorbeeld de duopraktijk van een tandarts. In de wettekst staat dat al deze maatregelen genomen moeten worden naar aard en omvang. Er is in de wet dus al een zeker begrip opgenomen, dat aan een heel kleine organisatie niet dezelfde eisen kunnen worden gesteld op het gebied van een kwaliteitssysteem als aan een groot ziekenhuis.

De heer Schutte geeft zelf ook al aan dat de invloed van een klein verband op de totale kwaliteit van zorgverlening klein zal zijn. Het kwaliteitssysteem van zo'n heel klein verband hoeft dan ook alleen maar op die kleine invloed betrekking te hebben. Ik heb hier ook met de inspectie over gesproken en zij heeft mij verzekerd dat men zal toetsen met een groot gevoel voor proportionaliteit.

De heer Schutte vreest ook voor een glijdende schaal in de kwaliteit als er schaarste aan middelen ontstaat, dus als die schaarste die er per definitie altijd al enigszins is, toeneemt. Schaarste kan tot vermindering van aanbod leiden, maar schaarste aan middelen mag niet leiden tot een vlucht in een onaanvaardbaar kwaliteitsniveau. De inspectie zal daarop toezien en regelmatig aan mij rapporteren, zoals dat nu ook reeds gebeurt.

Mevrouw Kamp heeft een relatie gelegd tussen het kosten/batenvraagstuk en de toenemende professionalisering van de zorg. Een toenemende aandacht voor het niveau van zorg kan natuurlijk tot kostenverhoging leiden, als men dat almaar op een hoger en mooier plan wil brengen. Ik heb reeds gezegd dat de systematische aandacht voor kwaliteit daar tegenover staat, waaronder mede wordt verstaan het tegengaan van ondoelmatigheid. Dat zal zonder enige twijfel ook besparingen met zich brengen. Wij

zullen de ontwikkelingen op dit punt moeten afwachten, maar ik heb geen reden voor grote zorg.

Onder de noemer "verband met andere wetgeving" is een aantal vragen gesteld. Alvorens die te beantwoorden, verwijs ik naar een brief over dit onderwerp die ik onlangs naar aanleiding van de motie-Middel bij de behandeling van de Wet klachtrecht aan de Kamer heb gezonden. De brief ging onder andere over de relatie Wet klachtrecht, Kwaliteitswet en de Wet BIG.

Ik ga eerst in op de Wet BIG. Ik ben blij met de vragen van de heer Van Boxtel over de verhouding tussen de Wet BIG en het onderhavige wetsvoorstel, omdat uit zijn vragen blijkt dat wij in de stukken niet voldoende duidelijk zijn geweest. Ik zal proberen om die verhouding nog eens uiteen te zetten. De Wet BIG geldt voor alle beroepsbeoefenaren, ongeacht het organisatorische kader waarbinnen zij dat beroep uitoefenen. Het gaat om de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening, met als norm: zich gedragen als een goed hulpverlener. En een tuchtnorm luidt: een handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij/zij behoort te betrachten. Een overtreding van die norm wordt tuchtrechtelijk gesanctioneerd.

Voor iedere solistisch werkende beroepsbeoefenaar kent de Wet BIG in artikel 40 normen die betrekking hebben op de organisatorische kant van zijn werk. In artikel 40 wordt die beroepsbeoefenaar dus aangesproken als organisator, en dan is hij opeens vergelijkbaar met de zorgaanbieder in de Kwaliteitswet. Dit is ook in de sanctionering terug te vinden: op overtreding van artikel 40 staat als sanctie een bevel. En een bevel slaat altijd op de organisator van de zorg. Dat kan dus een ziekenhuisdirectie zijn, maar ook een solistisch werkende, individuele zorgaanbieder.

De vraag van de heer Van Boxtel was vervolgens: als zo'n individuele beroepsbeoefenaar nu in een ziekenhuis werkt, is hij dan veilig voor die maatregelen? Die individuele beroepsbeoefenaar kan dan inderdaad door een bevel alleen nog maar indirect getroffen worden. Als er bijvoorbeeld sprake is van het disfunctioneren van een bepaalde chirurg, dan kan de inspectie de directie van die instelling opdragen om die activiteiten te beëindigen.

Borst-Eilers

Ook als er om andere redenen bijvoorbeeld een afdeling of operatiekamercomplex gesloten wordt, worden individuele beroepsbeoefenaren daardoor getroffen. Als zij in een grotere organisatie werken, worden zij dus getroffen door een bevel dat aan hun directie of leiding van de instelling wordt gegeven. Alleen als zij solistisch werken, wordt het bevel rechtstreeks aan henzelf geadresseerd. Het blijft ingewikkeld, geloof ik.

De heer **Van Boxtel** (D66): Met dank voor de uiteenzetting, maar in feite herhaalt de minister wat ik gisteren ook als vraag heb opgeworpen. Men kan namelijk slechts indirect geraakt worden als men binnen een instelling werkt. Dat staat in artikel 40. Dan blijft dus de discrepantie bestaan tussen de solistisch werkende arts of hulpverlener die rechtstreeks wordt aangesproken en de hulpverlener die in een instelling werkt. De vraag was hoe wij het nu moeten interpreteren en of wij accepteren dat men, in het geval men binnen een organisatie werkt, indirect wordt geraakt.

Minister **Borst-Eilers**: Ik had het misschien anders moeten formuleren. Zo'n bevel is gericht aan de organisator van de zorg. In het ene geval is dat een ziekenhuis of een bejaardenhuis, en in het andere geval een solistisch werkende arts. De heer Van Boxtel zegt dat het als een arts alleen werkt, wel kan. Maar hij wordt dus niet als arts, maar als organisator van zorg getroffen.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Ik heb altijd begrepen dat een solistisch werkend arts in een ziekenhuis in een uitzonderingssituatie twee keer getroffen kan worden als hij niet goed werkt: één keer in het kader van de Wet BIG als hij zijn werk niet goed heeft gedaan en daarop individueel aanspreekbaar is, en één keer omdat hij de organisatie van de zorg niet goed heeft gedaan. Deze persoon valt dus onder twee wetten.

Minister **Borst-Eilers**: Als hij in het ziekenhuis werkt en de zorg is niet goed georganiseerd, is hij daar zelf ook niet verantwoordelijk voor, omdat dan altijd in een verband met anderen wordt gewerkt en de leiding van de instelling verantwoordelijk is voor de organisatie van de zorg. Maar als iemand solistisch werkt,

heeft hij twee rollen: hij is hulpverlener, maar ook nog "directeur van zichzelf".

Mevrouw **Kamp** (VVD): In dat geval heeft hij dus met beide wetten te maken?

Minister **Borst-Eilers**: Ja.

De vraag van de heer Van der Vlies, waarin het nader beraad over het wetsvoorstel inzake medezeggenschap inmiddels heeft geresulteerd, kan ik op dit moment nog niet beantwoorden. De staatssecretaris en ik voeren nog steeds beraad. Het zomerreces hebben wij even als pauze genomen, maar ik kan wel zeggen dat wij hopen en verwachten het wetsvoorstel dit najaar op enigerlei wijze weer vlot te kunnen trekken.

Ik ben het eens met mevrouw Kamp dat wij moeten vermijden dat zorgaanbieders op verschillende tijdstippen met verslagen naar buiten moeten treden. Het was op deze korte termijn niet mogelijk om zowel de betrokken wetten te inventariseren als na te gaan waarom nu precies voor de daarin neergelegde data was gekozen. Ik wil echter graag toezeggen dat ik bij de eerste gelegenheid zal zorgen voor een goede onderlinge afstemming. Ik dank mevrouw Kamp voor dat advies.

In dit kader wil ik graag ingaan op de vraag van de heer Lansink naar de uitvoering van de motie-Van Otterloo/Vriens-Auerbach. Hij vraagt waarom afgezien is van overname van de zogenaamde basiskwaliteits-eisen in de wet. Ik ben het niet met de heer Lansink eens, dat afgezien is van overname van de genoemde motie. Met de omschrijving van de verantwoorde zorg immers in artikel 2 als een zorg die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is, wordt juist aangesloten bij de strekking van deze motie, althans voor zover de in deze motie genoemde elementen van verantwoorde zorg onder de reikwijdte van dit wetsvoorstel vallen. Wat de heer Lansink misschien mist in die omschrijving is het onderdeel van de motie waarin wordt gezegd dat de zorg moet zijn afgestemd op de behoefte van de patiënt. Ook de heer Middel heeft naar dat onderdeel van de motie gevraagd. Hij sprak daarbij zowel over het micro- als over het macroniveau.

Over de afstemming van de zorg op de zorgbehoefte op het microniveau wil ik vooral tegenover de heer Middel opmerken dat deze naar mijn mening buiten het bestek van dit wetsvoorstel valt. Het gaat er bij de afstemming van de zorg op dat microniveau om, dat er voldoende zorg is om tegemoet te komen aan de zorgbehoefte van de patiënt. Dan hebben wij het bijvoorbeeld over aantallen en spreiding van ziekenhuisbedden in een regio, voldoende verpleeghuisbedden in een regio en dergelijke. Wij hebben het dan eigenlijk over planningswetgeving, over wettelijke maatregelen die gaan over de capaciteit van instellingen en over de regiovisies. Het wetsvoorstel dat wij vandaag bespreken gaat niet over dat soort zaken. Op die regiovisies kom ik dadelijk nog even terug.

De zorgverlening op microniveau, dus binnen de instellingen, moet tegemoetkomen aan de zorgbehoefte van de patiënt. Dit wordt gedekt door de bepaling in het wetsvoorstel dat verantwoorde zorg op de patiënt gericht is. Ik merk daarbij op dat het voldoen aan de zorgbehoefte van de patiënt niet steeds een noodzakelijke voorwaarde is om verantwoorde zorg te kunnen verlenen, want de zorg waaraan een patiënt behoefte denkt te hebben, is natuurlijk niet altijd de zorg die de patiënt ook daadwerkelijk nodig heeft. Een patiënt kan wel eens een ingreep wensen die niet verantwoord is en zelfs niet goed is voor hem of haar. Het kan zelfs tot het verlenen van niet verantwoorde zorg leiden als men in bepaalde gevallen tegemoetkomt aan de behoeften van de patiënt.

Zorg wordt eigenlijk pas echt goed en verantwoord als zij het resultaat is van een combinatie van de deskundigheid van de hulpverleners, artsen en verpleegkundigen die daarvoor opgeleid zijn, en de wensen van de patiënt. Als dat samen kan komen en als men het er samen over eens kan worden wat er wel of niet moet gebeuren, dan is het moment bereikt dat de zorg verantwoord is en voldoet aan de behoeften van de patiënt.

De heer **Lansink** (CDA): Voorzitter! Ik heb inderdaad gisteren een fout gemaakt, in die zin dat ik over "integrale overname van de motie-Van Otterloo/Vriens-Auerbach" had moeten spreken. Deze motie

Borst-Eilers

bevatte vier basiskwaliteitseisen. Twee daarvan zijn inderdaad opgenomen in het wetsvoorstel, te weten het "patiëntgerichte karakter" en de "doelmatigheid" en daar is zelfs het woord "doeltreffendheid" nog aan toegevoegd. Het ging mij om de zorgbehoefte, waar de heer Middel een amendement over heeft ingediend, en het goede niveau van de zorg, waar ik straks nog even op terugkom. Nu ga ik eerst even in op die behoefte, hoewel de heer Middel natuurlijk meer recht heeft om hier vragen over te stellen. Die behoefte heeft niet alleen een kwantitatief, maar ook een kwalitatief karakter, bijvoorbeeld de geestelijke verzorging. Ik neem aan dat de heer Middel het in dit geval niet over planning had, want dat is een ander onderwerp.

Minister **Borst-Eilers**: De planning is inderdaad op macroniveau.

De heer **Middel** (PvdA): Voorzitter! Ik kan de minister niet volgen. Dat gebeurt niet vaak. Dat komt niet door mij, maar dat is haar verdienste. Als zij de toelichting bij het amendement nog eens naleest, dan zou zij zien, dat macroniveau alles te maken heeft met de controle van het kwaliteitsbeleid. Het gaat niet om kwantiteit of om planning. Het gaat wel degelijk om de kwaliteit van de zorg. Zolang de regiovisie ontbreekt in dit wetsvoorstel en er nog geen wettelijke basis is voor een regiovisie is het van belang, het micro/macro-aspect hierbij te betrekken. Dat is een extra overweging geweest om in aansluiting op hetgeen al geformuleerd is in de motie-Vriens-Auerbach/Van Otterloo dit punt hierbij te betrekken. Ik zou het jammer vinden als de minister de discussie versmalt door alleen op de kwantitatieve aspecten in te gaan. Dat bedoelt dit amendement absoluut niet. Het valt ook niet op te maken uit de toelichting.

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! Dat is mij duidelijk. Het was niet de bedoeling de discussie te versmallen. Dat is waarschijnlijk een misverstand. Misschien heb ik mij niet genoeg verdiept in de motie. Bij zorgbehoefte op macroniveau gaat het vooral om de vraag waaraan wij in een bepaalde regio behoefte hebben op het punt van het al dan niet aanwezig zijn van bepaalde voorzieningen en de omvang

daarvan. Als de heer Middel dit kwantitatief vindt omdat naar zijn mening de kwaliteit daarbij betrokken dient te worden, dan is mij niet duidelijk hoe ik vervolgens een en ander moet vertalen. Hoe moet ik dat kwalitatieve aspect op macroniveau een rol laten spelen in de Kwaliteitswet?

De heer **Middel** (PvdA): De minister heeft zelf in het begin van haar antwoord het een en ander gezegd over de verantwoordelijkheid van de overheid ten aanzien van kwaliteit. De overheid geeft op landelijk niveau in zekere zin de criteria aan voor de kwaliteit op zichzelf. Misschien kunnen wij daarop in tweede termijn wat uitgebreider terugkomen. Er ligt mijns inziens nadrukkelijk een taak voor de overheid om op macroniveau de kwaliteitsaspecten inhoudelijk verder uit te werken. Zij dient daarbij ook anderen te betrekken. Dat alles is meer dan de behoefte aan zorg in cijfers uitdrukken. Als zij de lijn uit het begin van haar betoog doortrekt, komen wij dicht bij elkaar.

Minister **Borst-Eilers**: Het gaat inderdaad om meer dan cijfers en aantallen van hetgeen aanwezig is. In het kader van continuïteit en samenwerking is het heel belangrijk dat alle zorgaanbieders in een regio goed met elkaar samenwerken. Dat is een deel van wat ik noem kwaliteit bezien vanuit de inspectie die een hele regio in ogenschouw neemt. Als je echter naar de letter van deze wet kijkt, is ieder van de zorgaanbieders gehouden, binnen het begrip verantwoorde zorg te werken met afstemming, samenwerking enzovoorts. Op die manier komt dat aspect in deze wet toch aan de orde. Als wij nog steeds langs elkaar heen praten, kan de heer Middel misschien een voorbeeld geven van wat hij bedoelt.

De heer **Middel** (PvdA): Voorzitter! Ik zal de tweede termijn met name gebruiken om dit punt verder te verduidelijken.

Minister **Borst-Eilers**: Daarop verheug ik mij.

Mijn conclusie was dat ik het verstandig vind om in het wetsvoorstel de omschrijving van verantwoorde zorg niet direct te koppelen aan het tegemoetkomen aan de zorgbehoefte van een patiënt. Beide sluiten niet op die manier op elkaar

aan. Het begrip patiëntgerichtheid in de wet vind ik goed. Zoals ik de motie heb begrepen wordt de strekking in dat begrip goed ondervangen. Als resultaat daarvan had ik willen zeggen dat ik het amendement op stuk nr. 13 ontraad. Nu ik hoor dat er in tweede termijn nog een uitvoerige toelichting komt, zal ik dat oordeel ook tot mijn tweede termijn opschorten.

Dan kom ik nu nog even bij de regiovisie, waar de heren Van Boxtel en Middel ook op zijn ingegaan. Zij hebben opmerkingen gemaakt over de relatie tussen de regiovisie en de rol van de provincie en van grote steden in het zorgstelsel en het onderhavige wetsvoorstel. Ook hier is volgens mij in zekere zin sprake van een misverstand over de reikwijdte van het wetsvoorstel zoals we dat vandaag bespreken en ook over de reikwijdte en de doelstelling van regiovisies. Naar mijn mening gaan het onderhavige wetsvoorstel en de regiovisie over twee verschillende zaken en hebben zij eigenlijk ook geen relatie met elkaar. Bij dit wetsvoorstel is namelijk de kwaliteit van zorg aan de orde, zoals verleend door de instellingen ± zeg maar de hoedanigheid van de daadwerkelijke zorgverlening, de micro-kwaliteit ± en bij regiovisies gaat het om iets wezenlijks anders. Bij regiovisies gaat het om: hoe richten wij het regionale zorgaanbod in? Hoe moet het zorgaanbod in deze regio eruit zien, gezien de samenstelling en spreiding van de bevolking? Dan hebben we het toch weer over vragen als: hoeveel ziekenhuizen, hoeveel verpleeghuizen, hoe groot moet de capaciteit zijn, hoe zouden we hier de transmurale zorg en de netwerkvorming willen zien en dat soort zaken. Dat noem ik dan, in mijn terminologie, de macro-kwaliteit. De vraag of de handhaving van de Kwaliteitswet niet meer bij de provincies en de grote steden ligt, beantwoord ik dus met ja. De vraag of die medeoverheden in die situatie nog wel een rol kunnen spelen bij het opstellen van de regiovisies, kan bevestigend worden beantwoord, omdat het bij de regiovisie over iets anders gaat en dat wordt door deze wet helemaal niet onmogelijk gemaakt.

De heer **Van Boxtel** (D66): Ik ben het helemaal eens met het verhaal tot nu toe, maar de achtergrond ± om die nog maar eens goed voor het

Borst-Eilers

voetlicht te brengen ± was dat in de oude kwaliteitswet het mesoniveau wel degelijk een rol had. Dat is gewijzigd door dit kabinet. Daar waar in deze wet die rol weg is, maar we op een ander front niet weten hoe het met de Gezondheidswet zit en iedereen op andere terreinen blijft praten over regiovisie en wie nu regisseur is in de zorg en daar waar overheden, verzekeraars en aanbieders elkaar allemaal betwisten wie nu de beste regisseur van die gezondheidsfilm moet worden, had mijn fractie de behoefte om dit onderwerp hier toch nog eens in dat kader te bespreken. Dat was in feite de achtergrond.

Minister **Borst-Eilers**: De heer Van Boxtel heeft het nu over het bespreken van dat onderwerp. Nogmaals: dat was naar mijn mening toch een beetje buiten het bestek van wat we vandaag met elkaar bespreken, maar ik wil daar direct bij zeggen dat het natuurlijk wel op afzienbare tijd uitvoerig aan de orde komt wanneer we gaan praten over de voorgestelde wijzigingen in de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Het hoort ook uitdrukkelijk in dat kader thuis. Ik wil wel alvast zeggen dat ik denk dat de provincies en de grote steden bij het tot stand komen van die regiovisie een spelfunctie moeten vervullen en misschien wel een regisseursfunctie, om dat begrip even over te nemen. Ik heb al eerder gezegd dat ik in de praktijk ook zie dat provincies en grote steden dat in toenemende mate doen. Ik begrijp dat de heer Van Boxtel behoefte heeft aan een formele ordening op dat punt. Bij de Wet ziekenhuisvoorzieningen moeten we daar maar eens uitgebreid verder over spreken.

De heer **Middel** (PvdA): Op zich is dat helder, maar de vraag die ik in dat verband heb gesteld, is niet door de minister beantwoord: ligt het, zelfs als je over twee niveaus spreekt, niet voor de hand om het begrip "verantwoorde zorg" te toetsen aan een regiovisie? Ik praat dus niet over de verantwoordelijkheden, maar over de inhoudelijke afstemming tussen beide niveaus. Zou dat, als u antwoord op die vraag hebt gegeven, op zich geen aanleiding kunnen zijn om het begrip "regiovisie" een wettelijke verankering te geven, bijvoorbeeld in deze

wet, zolang er geen aparte wetgeving voor bestaat?

Minister **Borst-Eilers**: Nee, ik voel er echt niets voor om het begrip een wettelijke verankering in deze wet te geven, want u weet waarschijnlijk dat ik zelfs twijfels heb of het nodig is om een wettelijke verankering te geven in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Ik blijf toch van mening dat de regiovisie meer datgene betreft waar ik het nu over heb en dat dat meer over de vraag gaat of daar een verpleeghuis moet komen en, zo ja, van welke omvang en voor welke categorie patiënten en dat deze wet pas aan de orde is wanneer het verpleeghuis er eenmaal staat en functioneert: wordt daar ook verantwoorde zorg verleend? Ik blijf dat als twee verschillende dingen zien.

Voorzitter! Tot slot nog de vraag van de heer Middel hoe de voorlichting over deze wetgeving geregeld is. Dat is een heel goede vraag. Goede voorlichting over de kwaliteitswetgeving kan natuurlijk belangrijk zijn voor het effect van die wetgeving. Op het ministerie hebben wij daar veel aandacht voor. Het is bekend dat wij over de Wet BIG en de WGBO voorlichtingscampagnes opgezet hebben. Dat zal ook gebeuren voor de Kwaliteitswet.

Maar de Kwaliteitswet is in die zin anders dat wij ons daarbij toch op een iets andere doelgroep richten. Het gaat hierbij namelijk over een proces gericht op grotere verantwoordelijkheid voor de direct betrokkenen. De overheid en de veldpartijen zijn daar gelijkelijk bij betrokken. Daarom is er bij de voorlichtingscampagne van het begin af sprake geweest van intensieve interactie tussen overheid en veld. Die interactie gaat gepaard met een regelmatige voorlichting over de beleidsvoornemens. Daar overheid en veld daarover eigenlijk al zo lang in gesprek zijn, heeft naar mijn mening de Kwaliteitswet al een ruime bekendheid heeft in de zorgsector. Bij de voorlichtingscampagne zullen wij er rekening mee houden dat er voor de aanbieders niet meer zo heel veel uitgelegd hoeft te worden. Het is wel belangrijk voor het publiek dat men weet wat er, als deze wet in het Staatsblad komt, voor hen en hun rol verandert.

De vergadering wordt van 14.48 uur tot 15.05 uur geschorst.

□

De heer **Lansink** (CDA): Voorzitter! Ik dank de minister zeer voor haar gedegen en goede beantwoording. Vrijwel alle punten zijn aan de orde gekomen in het antwoord; ik ben er erkentelijk voor. Ik kom dan ook niet meer terug op punten die voldoende zijn toegelicht, zoals het punt van de certificatie en het stelselneutrale karakter van de wet; het budgettaire neutraal zijn ervan moeten wij overigens afwachten. Ik wilde nog even ingaan op het punt van de definitie, op de vertaling van de motie van de oud-collega's Van Otterloo en Vriens-Auerbach, op de vierde nota van wijziging, op de geestelijke verzorging en ten slotte op de toetsing.

Eerst de definitie, voorzitter. Ik heb in eerste termijn een idee gegeven hoe het begrip kwaliteit zou kunnen worden omschreven. Dit idee kwam niet van mij, maar van de KNMG. Er zijn, zoals de minister zegt, meer definities geweest. Zij voelt weinig voor het opnemen van een definitie in de begripsbepalingen, omdat zo'n definitie te algemeen zou zijn, te abstract en weinig zou toevoegen. Ik heb wel een voorstel gemaakt, maar dit nog niet rondgedeeld, omdat ik op zichzelf begrip heb voor de argumenten. Ik wilde de minister nog wel de vraag voorleggen of later, bij de handhaving van de wet en zeker wanneer er conflicten zouden kunnen ontstaan, niet iemand zal opmerken dat er geen begripsomschrijving is van het woord "kwaliteit", terwijl het wel in de titel en de considerans van de wet voorkomt. Dat is een punt waar ik nog even de aandacht voor wil vragen. Het is niet moeilijk, technisch gezien, een amendement te maken, maar ik zou de minister toch willen vragen of zij op dit punt nog even wil ingaan: kan er later geen probleem ontstaan van juridische aard, doordat het begrip "kwaliteit", een centraal begrip in de wet, niet in de begripsbepalingen voorkomt?

Dan kom ik bij de vertaling van de motie. Inderdaad heb ik gisteren gezegd dat ik graag de basiskwaliteitseisen alle in de wet zou zien. Ik heb vergeten erbij te zeggen dat er twee in de wet voorkomen: doeltreffendheid/doelmatigheid en patiëntgerichtheid. Maar twee punten

Lansink

uit het dictum van de motie van de collega's Van Otterloo en Vriens-Auerbach komen niet in de feitelijke wettekst voor. Het betreft het punt van de behoefte aan zorg; collega Middel heeft daar een amendement over ingediend. Uit het antwoord van de minister, zojuist gegeven, begrijp ik dat zij vooral bezwaar heeft tegen het woord "macro". De kwantitatieve invulling van deze toevoeging zou wel eens problemen zou kunnen opleveren ten aanzien van een later te regelen regiovisie in een andere wet. Dat argument lijkt mij op zichzelf wel sterk en ik zou de heer Middel willen vragen of het niet beter is om de woorden "micro" en "macro" weg te laten. De wet ziet trouwens voornamelijk op het mesoniveau, op de instellingen. Als je nu alleen zegt "afgestemd op de zorgbehoefte van de patiënt" en als wij hier afspreken dat wij daar bij voorrang het kwalitatieve karakter bedoelen ± en later, wanneer de kwantiteit getoetst kan worden, ook het andere ± dan is dat wellicht een oplossing. Op zichzelf heb ik gisteren al kenbaar gemaakt dat ik zijn wijzigingsvoorstel ondersteun, omdat het ook onderdeel uitmaakte van die motie.

Wat nog ontbreekt, is het vierde punt, te weten het goede niveau van de zorg. Ik heb inmiddels een amendement laten ronddelen, voorzitter, op stuk nr. 14, waarin dat niveau ook is toegevoegd. Dan hebben wij als het ware het hele pakket compleet. Ik heb de vrijheid genomen om dat te doen, omdat wij in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst ook het criterium "goed" kennen. Op zichzelf kan hier dus geen bezwaar tegen bestaan. Het geeft degenen die later moeten toetsen, bijvoorbeeld gedeputeerde staten en anderen, een handvat om dat te doen.

De heer **Van Boxtel** (D66): Voorzitter! Ik heb een vraag aan de heer Lansink. Ik heb tot nu toe "verantwoorde zorg" ook impliciet begrepen als goede zorg. Bij de Wet voorzieningen gehandicapten hebben wij in feite exact dezelfde formulering van verantwoorde zorg gebruikt ± maar dan in termen van verantwoorde voorzieningen ± als die welke nu vastligt in de Kwaliteitswet. Vanuit die redenering zou je moeten zeggen dat ook daar verantwoorde voorzieningen zijn verstaan als goede

voorzieningen, respectievelijk als een goed niveau van voorzieningen.

De heer **Lansink** (CDA): Dat is juist. Ik erken voluit dat het niet wil zeggen dat de wet zonder deze toevoeging niet mogelijk zou zijn. Maar ik wijs op de parallel met de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst, waarin het criterium "goed" wel voorkomt. En die wet is een pendant van deze. Destijds heeft de Kamer niet voor niets de motie van de al genoemde collega's aanvaard, in de veronderstelling dat die vier basiskwaliteitseisen alle van belang waren en er ook samen onderdeel er zouden gaan uitmaken.

Bovendien is "verantwoorde zorg" op zichzelf een aardig begrip, maar het afleggen van verantwoordelijkheid is al in het begrip zelf sterker verwoord dan waarover de verantwoordelijkheid wordt afgelegd. Maar ik wil hier geen taalkundige discussie van maken. Ik vraag nog even de aandacht van de minister voor dit punt. Vandaar mijn wijzigingsvoorstel op stuk nr. 14.

Ik deel de opvatting van de minister dat wij de regiovisie als zodanig in een andere wet moeten regelen. Tegen die tijd zal het mede een toetsingsgrondslag voor gedeputeerde staten zijn. Maar dat is een andere zaak dan de toetsing volgens deze wet.

Zoals ik al bij interruptie heb gezegd, geloof ik dat de vierde nota van wijziging een verbetering inhoudt, omdat hij de patiëntenorganisaties ook regionaal de mogelijkheid biedt mee invulling te geven aan de kwaliteit van de zorg, althans daarover te spreken en buiten de normstelling te blijven.

Hoewel het voorstel van de NP/CF sympathiek is, heb ik er gisteren toch bezwaar tegen geuit, omdat daarin over andersoortige normen wordt gesproken. Er kan nog een probleem ontstaan, namelijk wanneer een regionale patiëntenorganisatie een andere opvatting heeft dan de patiënten zelf in een instelling. Het lijkt mij dat wij maar eens moeten afwachten hoe dat loopt. Dus ik steun de vierde nota van wijziging.

Over de geestelijke verzorging hebben wij al een heel interruptiedebat gehouden. Ik heb gisteren tijdens het interruptiedebat tussen de collega's Middel en Van der Vlies al stilzwijgend kenbaar gemaakt dat het daarbij niet uitsluitend om godsdienstige zaken gaat. Het gaat om de

geestelijke verzorging in brede zin, om de levensovertuiging, het Humanistisch Verbond en dergelijke. Geestelijke zorg is een belangrijk aspect.

Misschien mag ik de minister nog eens een citaat voorhouden, hoewel zij eerder vanmiddag al kenbaar heeft gemaakt dat zij het oordeel aan de Kamer overlaat. Ik citeer uit een uit het zittingsjaar 1989-1990 daterende nota met criteria voor de steunverlening aan godsdienstige en levensbeschouwelijke instellingen, stuk 20868, nr. 2. De toenmalige minister van Binnenlandse Zaken schrijft daarin: "Het valt te betreuren dat door een toenemende verzakelijking van de zorg, de schaalvergroting en afnemende middelen, de geestelijke verzorging in de instellingen onder druk is komen te staan." Dat betekent dat er hier en daar geen sprake meer is van integratie. Dit lijkt mij een extra argument om de geestelijke verzorging toch in de kwaliteitseisen mee te nemen.

De heer **Middel** (PvdA): Ik heb al laten blijken dat ik uw amendement in eerste instantie zeer sympathiek vind overkomen. Maar of ik mijn fractie kan adviseren ervoor te stemmen, hangt toch echt af van het antwoord op de volgende vraag. In het amendement staat de tussenzin: "...de aard en de doelstelling van de instelling alsmede de personen die daar verblijven in aanmerking genomen,...". Ik vind die tussenzin een beetje onduidelijk. Want wij praten hier over de gesubsidieerde en vooral gepremieerde sector. De signatuur van een bepaalde instelling hoeft niet te betekenen dat alle mensen die in die instelling opgenomen zijn ook tot die signatuur behoren. Met mijn eigen overtuiging als uitgangspunt heb ik dan ook de concrete stelling: als in een humanistisch tehuis iemand die gereformeerd is behoefte heeft aan de komst van een dominee, moet dat gewoon kunnen.

De heer **Lansink** (CDA): Op zichzelf, ja.

De heer **Middel** (PvdA): Niet "op zichzelf", maar altijd, neem ik aan. Is dat ook de strekking van uw amendement?

De heer **Lansink** (CDA): Ja.

Lansink

De heer **Middel** (PvdA): Dat betekent dus dat die tussenzin op zichzelf uit uw amendement kan worden verwijderd.

De heer **Lansink** (CDA): Ik ben geadviseerd om dit zo te doen. Ik zal nog even nagaan of het nodig is die tussenzin op te nemen. Maar ik denk dat het antwoord op de vraag duidelijk is. Ik zou het zeer op prijs stellen als de Kamer dit amendement wil steunen.

Tot slot de toetsing van de wet. In reactie op vragen vanuit de Kamer heeft de minister over de inspectie gesproken, over de provincies, gedeputeerde staten, over al degenen die later bij de handhaving betrokken zijn. Ik neem aan dat het nog een hele toer wordt om de wet niet alleen qua voorlichting goed op de rails te krijgen ± die voorlichting is toegezegd, ik dank de minister daarvoor ± maar ook om de wet goed te laten gaan werken. Het begrip verantwoorde zorg en alles wat daarmee samenhangt, is gemakkelijker opgeschreven dan waargemaakt; niet alleen in de instellingen zelf maar ook als het gaat om het controleren daarvan. Er zullen hoe dan ook verschillen ontstaan. Die moeten gevangen kunnen worden in het algemene kader van de verantwoorde zorg.

Voorzitter! Mijn fractie heeft zowel in het verslag als gisteren in eerste termijn aangegeven dat wij het nut en de noodzaak van deze wet erkennen. Ik neem aan dat bij de stemming over de verschillende wijzigingsvoorstellen zal blijken dat de verbeteringen die aangebracht worden door de Kamer de steun voor het wetsvoorstel nog kunnen vergroten.

□

De heer **Van Boxtel** (D66): Voorzitter! Ik dank de minister voor de zorgvuldige antwoorden op de gestelde vragen.

Laat ik beginnen met het gisteren door mij aangekondigde mogelijke amendement op artikel 2 om de positie van patiëntenorganisaties te waarborgen in de driehoeksverhouding met zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Ik hecht daar nog steeds aan, maar ik ben wel gevoelig voor de ingebrachte vierde nota van wijziging. Daarmee heeft de patiëntenorganisatie in ieder geval een plek in de wet gekregen en is zij

met name op instellingsniveau ook gesprekspartner van de aanbieder. Het enige dat deze nota van wijziging frustreert, is de mogelijkheid dat, wanneer zorgaanbieders en zorgverzekeraars op landelijke niveau tot een normstelling zouden komen, de patiëntenorganisatie daarvan geen deel uitmaakt en zich pas kan mengen in het debat op het moment dat een en ander vertaald wordt in de individuele instelling. Ik zou een amendement om artikel 2 uit te breiden achterwege kunnen laten als de minister bereid is de vierde nota van wijziging een hele kleine aanpassing te geven, namelijk het verwijderen van de woorden "in de regio". Wanneer dat gebeurt, blijft helder dat de patiëntenorganisatie op lokaal c.q. regionaal niveau kan meepraten. Bovendien wordt de mogelijkheid opgehouden dat, indien op landelijk niveau zorgaanbieders en verzekeraars komen tot gouden standaarden die geïmplementeerd moeten worden op instellingsniveau, de patiëntenorganisatie daarin betrokken kan worden. Het gaat mij niet om een beslissende stem of om een mogelijkheid om de zaak te blokkeren, het gaat erom te illustreren dat op al die niveaus de belangen van de patiëntenorganisaties serieus genomen worden. Ik verneem hierop graag de reactie van de minister.

Ik ben dankbaar voor de uitleg over de verhouding tussen de Wet BIG en de Kwaliteitswet met betrekking tot bevel en aanwijzingsbevoegdheid. Ik interrumpeerde daarstraks de minister omdat het mij niet helemaal duidelijk was. Ik heb nog eens goed nagedacht over de manier waarop zij dat verantwoordde, namelijk een strikte scheiding tussen de tuchtrechtelijke kant en de organisatorische kant. Ik meen dat dit goed uiteengezet is.

Ik deel de zienswijze van de minister dat wij op het mesoniveau ± provincie/vier grote steden ± geen directe rol zien weggelegd voor de provincies bij vraagstukken van kwaliteit. Nogmaals, ik sprak gisteren over de regiovisie omdat de provincies oorspronkelijk een rol hadden in deze wet. Door dit kabinet zijn de provincies eruit gehaald. Bovendien weten wij nog niet precies hoe het zit met de Gezondheidswet, heeft er ook nog geen discussie plaatsgevonden over de Wet ziekenhuisvoorzieningen en ±

dat is een schotje voor de boeg ± zal er in ieder geval door de fractie van D66 met het kabinet gestoeid worden over de vraag, op welke wijze de positie van de medeoverheden, als hoeder van het algemeen belang, in territoriaal gedecentraliseerde vorm een tegenwicht kan bieden bij een verder uiterst functioneel georganiseerde zorgkolom.

Ook de fractie van D66 staat sympathiek tegenover de wens en de vraag van de heer Lansink ten aanzien van het incorporeren van de geestelijke zorg in instellingen als een onderdeel van verantwoorde zorg. Ik ben het van harte eens met de opmerking van de minister dat dit vanzelfsprekend is. Wij krijgen daarnaast ook nog andere wetten. Ik vind het dan ook echt overbodig om daarover een apart amendement in te dienen. En als het gaat om die tussenzin heb ik dezelfde bezwaren als de heer Middel. Die tussenzin roept een hoop vragen op.

De heer **Lansink** (CDA): Die laatste bezwaren heb ik weggenomen, voorzitter, met mijn antwoord op de gestelde vraag. Over de tekst valt natuurlijk nog te spreken. Verder merk ik op dat het niet vanzelfsprekend is. Ik kan fantastische voorbeelden noemen. Ik heb ook niet voor niets de passage voorgelezen uit een document van de regering uit 1989. Ik kan met voorbeelden aangeven dat de geestelijke verzorging niet vanzelfsprekend is. Ik heb het dan niet over godsdienstige verzorging. Ik heb het over geestelijke verzorging in algemene zin. In deze sector is dat een kwaliteitseis van de hoogste orde. Als D66 dat niet ziet, valt er heel wat uit te leggen.

De heer **Van Boxtel** (D66): In alle eerlijkheid, ik zie het heel goed. Maar het is de vraag of je het apart wilt regelen.

De heer **Lansink** (CDA): Maar wat is er dan op tegen? Immers, het is een nadrukkelijke wens. Bovendien is aangetoond dat het een essentiële zaak is, ook voor de kwaliteit.

De heer **Van Boxtel** (D66): Laten wij eerst constateren dat wij gelijkgestemd zijn over de gedachte dat het een uiterst wezenlijk onderdeel is van verantwoorde zorg. Voor geen enkel onderdeel van verantwoorde zorg wordt ervoor gekozen om het in deze wet te duiden of uit te werken.

Van Boxtel

Waarom moet voor dit onderdeel dan een expliciete uitzondering worden gemaakt?

De heer **Lansink** (CDA): Het is geen onderdeel. Het is meer. Het overstijgt de onderdelen van de zorg. Het is een houding. Uiteraard geldt dit voor degenen die daar behoefte aan hebben en die het kunnen leveren. Het is geen onderdeel. Het is bijvoorbeeld geen bloedtransfusiedienst.

De heer **Van Boxtel** (D66): U doet over die tussenzin niet moeilijk. Ik neem dit dan ook van harte mee naar de fractie. Daar zullen wij de afweging nog een keer maken. Het is niet een absoluut "nee". Ik heb alleen maar aangegeven dat ik mij in de redenering van de minister kon vinden. Zij zei: ik vind dat het er expliciet bij hoort, het is overstijgend, eventueel zelfs als het gaat om het wezenlijk belang ervan. Die gedachte deel ik. De vraag is nu een wetstechnische: moet je het apart incorporeren in de wettekst? Of gaan er van de wettekst en de discussie daarover al genoeg signalen uit naar de instellingen?

□

De heer **Van der Vlies** (SGP): Mijnheer de voorzitter! Ik dank de minister voor haar beantwoording. In elk geval is op al mijn vragen geantwoord, natuurlijk niet altijd precies zoals ik dat wenste. Maar daarvoor zijn wij ook bij elkaar in een discussieruimte.

Ik begin met de discussie over de eventueel nodige aanvulling op artikel 2. Ook ik heb hieraan gisteren woorden gewijd. De betrokkenheid bij de normering van het begrip verantwoorde zorg en de uitwerking daarvan, ook op instellingsniveau, van patiënten en consumenten ligt ook de SGP-fractie uiteraard na aan het hart. Het gaat er nu om hoe je dat precies doet. Het lijkt mij dat de nota van wijziging die de minister aan de Kamer heeft voorgelegd, als toereikend kan worden ervaren. Zou er in enig stadium een probleem ontstaan van, laten wij zeggen, zeggenschap, dan kun je verwijzen naar de wet die daarop is toegesneden en die nog onderweg is. Daarin wordt die samenspraak op instellingsniveau nu juist geregeld. Daarin is ook voorzien in het antwoord op de vraag: hoe om te

gaan met een impasse, een conflict, het niet tot overeenstemming kunnen komen over de in die wet als essentieel geachte criteria, waarden, omgevingsfactoren van de patiënt respectievelijk de cliënt? Kortom, daar moet uit te komen zijn. Voor de SGP-fractie is de nota van wijziging een adequaat antwoord op het gesignaleerde probleem.

Voorzitter! In dit kader wil ik een streep zetten onder de stelling die in de schriftelijke uitwisseling van gedachten, maar ook in deze discussie in de Kamer ook door de minister opnieuw is betrokken, namelijk dat de zorgaanbieder alleen verantwoordelijk is te achten voor de kwaliteit van de aangeboden zorg. Wij moeten in formele zin natuurlijk strak blijven redeneren, maar een zorgaanbieder die zich van zijn verantwoordelijkheid bewust is, zal zich optimaal verstaan met de andere partijen.

Mijn vragen over het jaarverslag zijn bevredigend beantwoord. De minister heeft gezegd dat een bovenregionaal of landelijk functionerende instelling kan volstaan met de aanbidding van het jaarverslag aan de relevante instanties binnen de eigen regio. Dat is als het ware een openbaarmaking. Ieder die daarin is geïnteresseerd, kan het jaarverslag opvragen. Het ligt immers ter inzage. Dat lijkt mij afdoende. Daarmee zijn enkele vragen die mij uit het veld werden aangereikt adequaat beantwoord. Daarover is nu duidelijkheid.

Ten slotte kom ik bij de geestelijke verzorging. Ik prijs de minister voor haar stelling dat de geestelijke verzorging een vanzelfsprekend onderdeel van de zorgverlening is en de kwaliteit daarvan ook bepaalt. Ook ik verzucht een beetje, in navolging van collega Lansink die terecht herinnerde aan een discussie hierover in 1989: was dat voor iedereen maar zo vanzelfsprekend! Ik wijs wat dat betreft op de praktijkvoorbeelden. Doorgaans gaat het natuurlijk naar behoren, maar als er een conflict is, als het niet goed gaat, dan komt de wet op tafel. Helaas zijn die voorbeelden er. Dat was ook de aanleiding voor het Interkerkelijk contact in overheidszaken, het ICIO, om daarover in 1989 met de kamercommissie te spreken. Op dat moment is door de toenmalige bewindslieden ± wij zitten niet in een nulsituatie; er is ook een voorgeschiedenis op dit punt ± toegezegd

dat daar in de Kwaliteitswet in zou worden voorzien; zie ook het voorontwerp.

Het is duidelijk dat de geestelijke verzorging in de kwaliteitsbeleving van de patiënt een voornaam onderdeel is. Dan doet de vraag zich voor: en als het er nu niet naar behoren is? In welke mate is het dan afdwingbaar? De maaltijdverstrekking en het bed zijn afdwingbaar; de intensive care zo nodig ook. Er is wel eens sprake van een capaciteitsprobleem, maar in principe is daar geen discussie over. Dat hoort erbij, maar die dominee aan je bed, is dat nu afdwingbaar op de geëigende momenten? Daar is helaas discussie over. Daarom hecht ook de SGP-fractie eraan dat die verzorging als kwaliteitseis is verankerd in de wet. Het zou de fracties in de Kamer sieren als zij nog een keer zouden nadenken over het amendement en als zij zich daarbij de ruimhartige bejegening van de minister zouden herinneren, in die zin dat zij het oordeel daarover aan de Kamer overlaat. In politieke zin is dat natuurlijk een volstrekt helder signaal.

□

Mevrouw **Oedayraj Singh Varma** (GroenLinks): Voorzitter! Natuurlijk is gebruik gemaakt van de voorstellen in de schaduw-kwaliteitswet. Het is dan ook aan deze schaduw-kwaliteitswet van de NP/CF te danken dat de Kwaliteitswet waarover wij het nu hebben meer body heeft gekregen. Ik heb in eerste termijn proberen aan te geven dat de fractie van GroenLinks weliswaar voor de wet is, maar dat zij vindt dat die niet helemaal compleet is. De essentie lag wat ons betreft met name bij artikel 2. Er is nu een vierde nota van wijziging ingediend. Die komt een eind in de goede richting, maar ik zou graag zien dat de minister antwoord geeft op de door de heer Van Boxtel gestelde vragen. Het gaat de fractie van GroenLinks namelijk om de belangen van de patiënten/consumenten, niet alleen wat betreft het in overleg treden, maar vooral wat betreft het meedoen, het meepraten en het onderdeel zijn van het geheel. De argumenten van die patiënten/consumenten zijn ook van groot belang, omdat zij kunnen aangeven wat voor kwaliteit zij in de gezondheidszorg willen hebben. Ik

Oedayraj Singh Varma

vraag de minister om daar wat duidelijker over te zijn.

De minister heeft in een toelichting aangegeven dat zij de bedoeling van mijn uitgebreide amendement om een artikel 5a toe te voegen, overneemt. Daar ben ik blij om en ik trek het amendement dan ook in.

De **voorzitter**: Aangezien de amendementen-Oedayraj Singh Varma (stuk nr. 12, I en II) zijn ingetrokken, maken zij geen onderwerp van beraadslaging meer uit.

Mevrouw **Oedayraj Singh Varma** (GroenLinks): Ik kom toe aan het amendement van collega Lansink over de geestelijke verzorging. Ik ben blij dat er een wet komt op de geestelijke verzorging, maar die wet is er nog niet. Er zijn nog steeds grote problemen; geestelijke verzorging is geen vanzelfsprekendheid. Ik doel niet op de gebruikelijke, christelijke geestelijke verzorging maar op die van hindoes en moslims. Ik heb toevallig deze week nog een gesprek gehad met de geestelijke leiders van deze groeperingen en toevallig ging dat over de gezondheidszorg. Dat kwam mij goed van pas. In de grote steden zijn instellingen van gezondheidszorg natuurlijk iets toegankelijker, maar dat geldt niet voor het hele land. Er zijn nog te veel knelpunten en problemen. Ik ben blij dat het amendement is ingediend, waardoor alle problemen kunnen worden opgelost en de toegankelijkheid voor hindoes, moslims en mensen met andere, niet-christelijke geloofsovertuigingen kan worden verbeterd. Dan hebben wij geen problemen meer en worden er geen klachten ingediend. Die geestelijke leiders van de hindoes en moslims hebben mij namelijk gevraagd of ik een gesprek met de bewindslieden kan arrangeren, omdat er zo ontzettend veel problemen zijn, ook met vooroordelen. Het is van belang dat dit amendement wordt overgenomen, zodat die problemen van mensen met andere godsdienstige overtuigingen dan de gebruikelijke, dominante opgelost kunnen worden.

De heer **Van Boxtel** (D66): Voorzitter! De heer Middel en ik hebben aan de indiener van het amendement, de heer Lansink, gevraagd om nog eens heel kritisch te kijken naar een tussenzin. Hoe denkt mevrouw

Oedayraj Singh Varma over die tussenzin?

Mevrouw **Oedayraj Singh Varma** (GroenLinks): Ik ben het daarover met u eens, maar de heer Lansink heeft al gezegd dat hij er nog eens naar zal kijken en die tussenzin eventueel zal weglaten. Ik neem aan dat hij dat ook doet.

Ik heb al aangegeven dat wij dit wetsvoorstel zullen steunen.

De heer **Lansink** (CDA): Dank voor de ondersteuning van het wijzigingsvoorstel. Ik heb toegezegd dat ik goed naar de tekst zal kijken. Er waren verscheidene argumenten om die zin op te nemen. Ik sluit niet uit dat ik de tekst wijzig, maar helemaal zeker is dat niet. Uiteraard zal het vóór de stemming duidelijk zijn.

□

Mevrouw **Kamp** (VVD): Voorzitter! Ik dank de minister voor de uiteenzetting en de verdediging van het wetsvoorstel. Ik dank haar vooral voor de toezegging dat zij op een later tijdstip zal kijken naar de data in verschillende wetten, waarop de zorgaanbieder iets moet doen, waardoor de coördinatie tot stand kan komen.

Ik steun het wetsvoorstel, dat primair gericht is op zelfregulering. De verantwoordelijkheid wordt gelegd bij de zorgaanbieder en deze moet worden aangesproken op de zorg die hij biedt. Dit moet echter niet worden verward met wat de zorg is, waardoor de inspraak van de cliënten tot stand komt. Het kwaliteitsbeleid moet volgens mij vooral worden gezien als een proces. De inhoud moet meer nadruk hebben dan procedures. Daarover heb ik zorg. Hoe meer wij de zaak optuigen, hoe meer de mensen altijd gaan praten over de procedures, terwijl het moet gaan om een mentaliteitsverandering.

De toekomst zal uitwijzen wie gelijk heeft; de minister of ik. Ik vind haar zeer optimistisch waar zij aangeeft dat er op den duur geen financiële verhogingen zullen optreden. Zij stelt dat de zorg doelmatiger zal worden, waardoor geld vrijkomt dat weer gebruikt kan worden. Nogmaals, de toekomst zal het leren. Ik ben toch wel bezorgd over het kostenverhogend aspect, namelijk de teneur van maximalisatie van de zorg in plaats van optimalisatie.

Ik wens die teneur niet maar zij is wel realiteit. Wij leven bovendien in een juridisering van de zorg.

Over het onderwerp van de geestelijke verzorging en het amendement dat door de heer Lansink is ingediend, het volgende. Hier doet zich iets interessants voor. Het wetsvoorstel geestelijke verzorging is ingediend door het vorige kabinet en door de Raad van State ontraden. Het was door dit kabinet aangehouden. Het kabinet heeft zich erover beraden en heeft aan de Kamer een brief gestuurd, waarin aan de Kamer werd gevraagd of zij verder wilde gaan met dit wetsvoorstel, zonder dat er een enkele wijziging in was aangebracht. De Kamer heeft daarover een schriftelijk verslag uitgebracht. Als ik nu zie wat het amendement van de heer Lansink inhoudt ± nogmaals, mijn fractie is zeer voor scheiding van kerk en Staat ± dan zouden, als het zou worden aangenomen, instellingen die cliënten hebben die daar een etmaal verblijven, dan dwingend worden voorgeschreven dat zij geestelijke verzorging moeten hebben. Ik respecteer overigens het veel bredere begrip van geestelijke verzorging.

De heer **Lansink** (CDA): Dat etmaal zou ook twee etmalen kunnen zijn. Dat is puur een beperking in de dienstverlening, omdat bij dagverpleging geestelijke verzorging geen of een heel andere rol speelt. De kern van de discussie gaat over het punt dat de collega's hebben genoemd. Je kunt erover twisten of dat zo moet zijn. Ik zal daar goed over nadenken. Dit punt is echter puur een beperking in de omvang, omdat bij dagverpleging heel andere zaken een rol spelen. Ik meen dan ook niet dat dat een bezwaar hoeft te zijn. In de toelichting staat het nu een beetje stellig. Ik had ook kunnen schrijven: ondergetekende beoogt de geestelijke verzorging een plaats te geven in het wetsvoorstel. Het is niet bedoeld als een richtinggevende zaak, maar in de zin als ik in dit debat heb toegelicht. Ik zeg toe dat ik nog eens goed naar de tekst van het artikel zal kijken. Het is dan een kleine moeite om de toelichting ook aan te passen.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Mijn fractie stelt het op prijs om het wetsvoorstel kwaliteit af te handelen en het onderwerp geestelijke verzorging

Kamp

daar niet bij te betrekken. Ik wijs het kabinet op haar eigen houding ten opzichte van dit wetsvoorstel.

Over de kwaliteitseisen het volgende. Ik heb al eerder gezegd dat mijn fractie de motie-Vriens-Auerbach/Van Otterloo, waarin wordt gevraagd alles gedetailleerd weer te geven, niet heeft gesteund. Daaruit kan worden afgeleid dat wij geen behoefte hebben aan amendementen die die richting uitgaan.

Ten aanzien van de vierde nota van wijziging hebben collega's gevraagd in hoeverre het begrip "regio" eruit zou kunnen. Dan wordt er volgens mij weer te veel geregeld. De heer Van Boxtel zei ook al dat er dan op landelijk niveau afspraken moeten worden gemaakt. Dan krijgen wij echter weer een standaardisatie die wordt opgelegd aan de regio. Het lijkt mij dan ook wel zinvol dat in de vierde nota van wijziging het begrip "regio" wordt gebruikt. Men is dan namelijk niet afhankelijk van hetgeen op landelijk niveau wordt afgesproken. Het is volgens mij dan ook zinvol om het woord "regio" erin te laten staan.

De heer **Van Boxtel** (D66): Ik begrijp die benadering wel, maar dan laat je open staan dat op landelijk niveau zorgverzekeraars en aanbieders op koepelniveau gouden standaarden ontwikkelen voor een bepaalde sector, waardoor niet door patiëntenorganisaties kan worden meegesproken. De portee van mijn opmerking was, die deur voor de patiëntenorganisaties op dat niveau open te houden, zodat men mee aan tafel kan gaan zitten. Ik begrijp dat mevrouw Kamp nu zegt dat dat voor haar niet hoeft.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Het vraagstuk dat u aankaart, gaat over de financiering en het overeenkomstenstelsel. Daarin kan de kwaliteit worden geregeld, eventueel landelijk. Hier gaat het erom dat een instelling ergens verantwoorde zorg moet bieden. Het is een procesmatige zaak en het gaat er in dat proces juist om, de patiëntenverenigingen in de regio erbij te betrekken. Dat kan het beste worden geregeld in artikel 3. Maar als vervolgens wordt gesteld dat het woord "regio" moet worden geschrapt, omdat dan landelijke patiëntenverenigingen om de tafel kunnen zitten, lijkt dat mij juist niet de bedoeling.

De heer **Van Boxtel** (D66): Ik noem een voorbeeld. Op landelijk niveau spreken de verzekeraars en de aanbieders onderling af dat de maximum wachttijd voor de behandeling van een tenniselleboog of voor een meniscusverwijdering zes weken is. Dat wordt door de koepels algemeen geaccepteerd en doorgedrukt. De instellingen hebben zich dus te houden aan die landelijke richtlijn. De patiëntenorganisaties op instellingsniveau hebben dan ± om beeldend te blijven ± geen poot meer om op te staan! Als landelijk een gouden standaard voor die behandeling tot stand kan komen, wil ik juist dat een patiëntenorganisatie op dat niveau zich kan uitspreken over de vraag of zes weken wel acceptabel is. Zij hoeft haar zin niet te krijgen, maar als zij niet eens de kans krijgt om mee te praten, kan er op instellingsniveau hoog en laag worden gesprongen, maar dan is er niets meer aan te doen. Vandaar het verzoek om "in de regio" tussen haakjes te zetten of te schrappen. Ik pleit er dus voor om dat open te laten, afhankelijk van het niveau waarop afspraken worden gemaakt.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Het voorbeeld lijkt mij in het kader van dit wetsvoorstel niet relevant. De zorgaanbieder moet uitleggen wat verantwoorde zorg is. Misschien komt men in het door de heer Van Boxtel genoemde geval wel tot een wachttijd van vier of acht weken. Het wetsvoorstel betreft de systematische opbouw van de argumentatie van wat in de desbetreffende situatie verantwoorde zorg is.

De heer **Van Boxtel** (D66): Voorzitter! Ik ben het principiële niet eens met die redenering. Als er landelijk een standaard wordt ontwikkeld en deze houdt een wachttijd van zes weken in, betreft dat wel degelijk een vraagstuk van verantwoorde zorg. Het is dan nog maar de vraag of een patiënt dat ook vindt. Dat is niet iets wat instellingen en verzekeraars onderling afspreken.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Wij verschillen van mening over de vraag in hoeverre de landelijke standaard direct effect heeft op het zorgaanbod van de zorgaanbieder ter plekke. Dat hoeft op basis van dit wetsvoorstel niet zo te zijn.

□

De heer **Middel** (PvdA): Voorzitter! Het is altijd een plezier om met deze minister te debatteren. De antwoorden zijn "to the point" en zeer deskundig. De wijze waarop er gediscussieerd wordt, is heel plezierig, hetgeen overigens niet betekent dat wij het met alles eens zijn.

Uit het eerste deel van het betoog van de minister kreeg ik de indruk dat zij kwaliteit van zorg in zekere zin ziet als het resultaat van dienstverlening door zorgaanbieders. De PvdA-fractie had gehoopt en ook verwacht dat op basis van deze wet in zekere zin vooraf een norm zou worden gesteld ten aanzien van de kwaliteit van zorg, waarna implementatie plaats kan vinden. Voorzitter! Ik hoop dat ik de minister enigszins verkeerd heb begrepen. Natuurlijk moet kwaliteit het resultaat zijn van hetgeen de zorgaanbieder levert, maar kwaliteit moet ook vooraf als norm gesteld kunnen worden, niet alleen per instelling, maar in haar totaliteit. Ik kom nog terug op de totaliteit met betrekking tot het macroniveau.

Een volgend punt betreft de vierde nota van wijziging. Ik sluit mij aan bij de heer Van Boxtel. Hij heeft hierover alles al gezegd, inclusief hetgeen ik over de gouden standaard naar voren heb gebracht, die naar onze mening bijzonder gewenst is. Voor zover ik patiënten- en consumentenorganisaties ken, heb ik nooit de indruk gekregen dat zij de behoefte hebben om te participeren in een of ander bureaucratisch gedoe en dat allerlei procedures een doel op zich zijn. Ik vind dat de woorden "in de regio" geschrapt moeten worden. Er hoeft dan ook geen amendement meer ingediend te worden.

Voorzitter! De regiovisie. Ik heb gisteren half schertsend, maar voor de andere helft toch zeker serieus naar voren gebracht dat de heer Van Boxtel en ik een initiatiefwetje kunnen voorbereiden op dat punt. Maar als de minister weet te regelen dat die regiovisie in de WZV een wettelijke verankering krijgt, dan kunnen de heer Van Boxtel en ik nog even wachten. Dan hoeft ik nu ook niet de motie in te dienen die ik gisteren in zekere zin heb aangekondigd. Die motie komt dus niet.

Voorzitter! Op één aspect uit mijn eerste termijn heeft de minister niet gereageerd en dat betreft de positie

Middel

van de verzekeraars. Zij is wel ingegaan op de zogenaamde budgettaire neutraliteit en kosten die voor de baten uitgaan, maar niet op de vraag of verzekeraars kwaliteit ook als basis voor hun contracten zullen zien en of dat ook een gevolg zal hebben voor de budgetten. Ik zou graag willen dat de minister hierop alsnog haar visie geeft.

Ik kom bij de hoofdmoot van mijn tweede termijn en die heeft te maken met het door mij ingediende amendement op stuk nr. 13 over het micro- en macroniveau. In de toelichting wordt overigens gesproken over het amendement op stuk nr. 14 van de heer Lansink; het spreekt vanzelf dat ik mijn fractie zal adviseren, dat amendement van harte te ondersteunen. Het amendement op stuk nr. 13 betreft de toevoeging die zowel op macro- als op microniveau is afgestemd op de behoefte van de patiënt. De minister heeft gezegd dat met nadere concretisering van het begrip "verantwoorde zorg" een paar dingen kunnen worden aangewezen, maar dat daarmee nog geen kwaliteit wordt gewaarborgd: als een en ander te gedetailleerd wordt vastgelegd, is het risico dat dit contraproductief werkt. Ik heb het idee dat wij hier toch vergeten, de gulden middenweg te belopen. Het gaat ons immers niet om een gedetailleerde uiteenzetting in de wet van alle zaken die in een instelling geregeld moeten worden om het predikaat "kwaliteit" te verdienen. Het gaat om vier basiseisen, zoals die ook al in de oorspronkelijke nota Kwaliteit van zorg werden genoemd, en die vervolgens zijn neergelegd in de motie-Vriens-Auerbach/Van Otterloo die door de Kamer is aangenomen. De minister heeft een deel daarvan overgenomen en het andere deel proberen de heer Lansink en ik nu, elk op onze eigen wijze, te regelen.

Voorzitter! Nu zich een mogelijkheid voordoet om de afstemming te regelen van het zorgaanbod op de behoefte van de patiënt in termen van verdeling van bedden ± somatisch of psycho-geriatriesch ± spreiding, bereikbaarheid en wachtlijsten, is het van belang om dit zolang er geen regiovisie is, ook vast te leggen zoals voorgesteld in mijn amendement. Het gaat dan niet om gedetailleerde geboden voor instellingen, maar om een minimum-eis die gelijk is aan de eisen van

doelmatigheid, doeltreffendheid en patiëntgerichtheid zoals die nu wel in de wet staan. Met andere woorden: het is een eis die past binnen een wet die de kwaliteit van zorg regelt. Nu zegt de minister wel dat ik in de war ben met planning en dergelijke, maar een goede planning is een deel van een kwalitatief goed zorgaanbod. Zorgaanbieders gaan niet zelf plannen, maar vullen hun deel van het begrip "verantwoorde zorg" in.

De minister vroeg mij om eens een voorbeeld te geven en dat zal ik doen. Laten wij eens kijken naar het aantal psycho-geriatrische bedden in een bepaalde regio. Daar kunnen er op een bepaald moment te weinig van zijn en dan kan de overheid, gezien de planningstaak die zij heeft, erop wijzen dat er in een andere regio te veel zijn en dat dit geregeld kan worden, als dat althans op dat moment budgettair mogelijk is. Maar het is ook heel goed mogelijk dat de overheid wel de behoefte ziet, maar het niet meteen kan regelen. Dan moet, binnen het concept van kwaliteit, een instelling de mogelijkheid gegeven kunnen worden om binnen de regio naar alternatieven te zoeken om het tekort op te heffen. Zij moet dus in overleg kunnen gaan met andere instellingen om bijvoorbeeld dagbehandeling te creëren en om toch te voldoen aan de wensen en eisen die er liggen, bijvoorbeeld patiëntgerichtheid.

Hiermee raak ik eigenlijk de kern van de discussie en het enige punt dat nog een beetje is blijven hangen in de discussie tussen het kabinet en de PvdA-fractie. Ik krijg, met alle respect, toch een beetje de indruk dat de minister de naam van de wet heel letterlijk neemt: "De kwaliteit van zorginstellingen", terwijl wij bij "kwaliteit" ook denken aan de kwaliteit van de zorg, dus aan verantwoorde zorg, niet alleen per instelling, maar in zijn totaliteit. Volgens ons gaat het dus om een wetsvoorstel dat integraal de kwaliteit van zorg in Nederland probeert te waarborgen met behulp van de wet. Ik hoop dat de minister zich daarbij kan aansluiten en dus ook iets anders gaat aankijken tegen ons amendement.

De heer Lansink vroeg aan mij of ik dat "macro" en "micro" weg wilde laten. Ik heb geprobeerd aan te geven dat het niet nodig is, maar ik kan ongelijk hebben en dan kan het toch tot onduidelijkheden leiden. Ik wil daarom in overweging nemen

om het alsnog weg te laten. Ik hoop echter dat de intentie nu duidelijker is.

Ten slotte ga ik nog heel kort op twee punten in. De motie-Middel van enige maanden geleden heeft geleid tot een brief. Wij zijn blij met die brief. Gisteren heb ik echter gezegd dat de inhoud daarvan een beetje minimaal is, omdat daarin op bilaterale relaties wordt ingegaan. Maar dat kan ook aan de opsteller van de motie-Middel hebben gelegen die de zaak niet goed heeft geformuleerd. Toen ik de minister hoorde antwoorden op de vraag van de heer Van Boxtel over de afstemming tussen de Wet BIG en deze Kwaliteitswet kwam bij mij de gedachte op dat wij eigenlijk een integraal verhaal zouden moeten hebben. Wij hebben nu een aantal wetten en maatregelen en dus is een deel gerealiseerd. Nu zijn wij met een belangrijk deel bezig en een ander deel zal nog komen. Probeer nu eens een samenhangend verhaal te maken waarbij ook in de samenhang tussen de verschillende regio's, micro, macro en meso, is aangegeven hoe het een en ander zich tot elkaar verhoudt. Dat kan toch in een paar A4'tjes. Dan zien wij precies hoe wij ervoor staan. Met alle respect, dat is nog niet helemaal helder.

Mijn laatste punt gaat over het amendement van de heer Lansink over de geestelijke verzorging. Het is vanzelfsprekend dat die geestelijke verzorging er moet zijn, maar zij is er vaak niet. Geestelijke begeleiding is in de gezondheidszorg en bij hulpverlening van buitengewoon groot belang. Voorts zijn zingevingsvraagstukken juist in die sector, ongeacht het geloof of de overtuiging van iemand, zo wezenlijk dat dit op zichzelf al rechtvaardigt dat je daarover een aparte opmerking maakt. Dat kun je wel weerleggen met een verhaal over de wets-systematiek of wetsvervuiling, dat zal allemaal wel, maar dat neemt niet weg dat het zo belangrijk is dat ik mijn fractie zal adviseren om het amendement van de heer Lansink te ondersteunen, als hij tenminste bereid is ± dit is overigens geen vorm van chantage of zo ± om de onduidelijkheid weg te nemen die er nu in zit. Ik doel nu op de passage tussen de komma's, die toch de indruk kan wekken ± ik geef nu een voorbeeld ± dat er maar één soort geestelijke verzorging mogelijk is als



Mevrouw Borst-Eilers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

je te maken hebt met een katholieke instelling: mijnheer de pastoor. Dat is niet de bedoeling van de heer Lansink en ook niet die van mij. Ik vraag hem dan ook dat weg te halen. Hij krijgt mijn steun en ik zal er mijn uiterste best voor doen om ook de steun van de Partij van de Arbeid te krijgen. Daarbij verwacht ik geen problemen.

De heer **Lansink** (CDA): Voorzitter! Ik heb ook gezegd dat het eerste niet de bedoeling is. Ik heb nu even de tijd gehad om er beter naar te kijken en ik meen dat het inderdaad mogelijk is om de tekst te verbeteren.

De heer **Middel** (PvdA): Voorzitter! Ik geloof de heer Lansink op zijn woord, maar het vervelende is dat de 36 fractiegenoten van mij dit interessante debat niet meemaken.

De heer **Lansink** (CDA): Voorzitter! Ligt dat aan mij of ligt dat aan het amendement?

De heer **Middel** (PvdA): Het ligt niet aan de heer Lansink.

Voorzitter! Ik realiseer mij dat ik misschien overkom als iemand die nooit helemaal tevreden is, maar ik hoop dat de minister de overblijvende punten nog in de tweede termijn wil behandelen.

□

Mevrouw **Nijpels-Hezemans** (AOV): Voorzitter! Ik dank de minister hartelijk voor de beantwoording, met name voor de tegemoetkoming door middel van de vierde nota van wijziging. Zij erkent in ieder geval de belangrijke rol van patiënten en consumenten en de ontwikkeling die deze rol de laatste jaren heeft doorgemaakt.

Ik maak nog een enkele opmerking over de vierde nota van wijziging. In de wijziging wordt alleen over patiënten gesproken. Ik vraag de minister daar het woord "consumenten" aan toe te voegen. Dat past in het jargon en bovendien zijn bewoners van verzorgingshuizen, verpleeghuizen en instellingen voor gehandicapten en cliënten van de thuiszorg niet altijd ziek en dus niet altijd patiënt. Zij worden vaak meer ondersteund en begeleid. Er zijn zowel op regionaal als op landelijk niveau organisaties die de belangen van die bewoners behartigen.

Ik ondersteun overigens het verzoek van de heer Van Boxtel om "in de regio" weg te laten.

Ik ga nu in op het amendement van de heer Lansink op stuk nr. 11 over de geestelijke verzorging. Het kan in de ogen van de minister vanzelfsprekend zijn dat geestelijke verzorging een geïntegreerd onderdeel is van verantwoorde zorg.

Dat is ook in mijn ogen zo of zo zou dat in ieder geval moeten zijn. Dat kan voor anderen evenwel minder vanzelfsprekend zijn, zeker als de financiële middelen beperkt zijn. Mijn fractie is van mening dat geestelijke verzorging hoort bij de kwaliteit en dus expliciet in deze wet vermeld kan worden, omdat anders die vanzelfsprekendheid wel eens over het hoofd kan worden gezien. Mijn fractie steunt dan ook het amendement van de heer Lansink. Ik zal niet weer over de tussenzin beginnen. Wat ons betreft, mag die komen te vervallen.

Het amendement van de heer Middel wil ik nog even met mijn fractie bespreken. Bovendien wil ik eerst de reactie van de minister afwachten. Bij de stemming zal onze positie duidelijk zijn.

In het amendement op stuk nr. 14 wordt voorgesteld de woorden "van een goed niveau" toe te voegen. Ik vind die woorden overbodig. Een goed niveau valt mijns inziens onder verantwoorde zorg. Ook dat amendement zal ik nog met mijn fractie bespreken.

□

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! Ik dank de geachte afgevaardigden voor hun inbreng in tweede termijn. Mijn reactie zal kort kunnen zijn, omdat veel sprekers op een aantal punten het met elkaar eens zijn geworden.

Ik begin met de opmerking van de heer Lansink. Aanvankelijk had hij een vraag. Er was nog geen definitie van het begrip "kwaliteit van zorg". Zal later, zo vroeg hij, niet iemand opstaan en zeggen dat er bij deze wet een groot probleem is omdat nergens staat wat onder kwaliteit wordt verstaan, terwijl die wet nota bene zo heet? Hoe vreemd het ook mag klinken, in deze wet is geen behoefte aan een definitie van kwaliteit. Als je je namelijk afvraagt welke kwaliteitseis in deze wet gesteld wordt, dan luidt de kwaliteitseis: de aanbieder moet verantwoorde zorg leveren. Dat is een kwaliteitseis. Zo lees ik de wet althans. Vandaar dat ik geen behoefte heb aan een definitie van kwaliteit in de wet zelf.

Vervolgens wil ik ingaan op het amendement van de heer Lansink op stuk nr. 14. In de toelichting zegt hij het wenselijk te achten als basis-kwaliteitseis van verantwoorde zorg

Borst-Eilers

tevens het begrip "een goed niveau" op te nemen. Ook dit is een kwestie van taal en woorden, van interpretaties. Verantwoorde zorg is naar mijn stellige mening een vertaling van zorg van goed niveau. Verantwoorde zorg is meer dan dat. In het begrip verantwoord zit niet alleen ingesloten dat een aanbieder zorg van goed niveau moet leveren, maar ook dat hij daarvoor verantwoording kan afleggen in bredere zin, bijvoorbeeld over de manier waarop de middelen besteed zijn. Vandaar dat het begrip "doelmatigheid" is opgenomen. Er moeten keuzen gemaakt worden. Er zijn voorbeelden van ziekenhuisdirecties of van instellingsdirecties die worstelen met de vraag of zij dit of dat zullen aanschaffen. Op zichzelf verhoogt die aanschaffing het niveau, maar kost zij veel geld waardoor zij andere dingen weer niet kunnen doen. Die afweging wordt toegevoegd aan het oordeel over hetgeen goed is. Samen leveren zij het begrip "verantwoord" op. Met andere woorden: ik blijf dus van mening dat ik dit geen goede aanvulling vind. Ik ontraad haar dus.

De heer **Lansink** (CDA): Voorzitter! Ik wil nog een poging wagen. Ik sluit aan bij hetgeen de heer Middel in zijn tweede termijn heeft gezegd. Hij heeft onder andere gezegd dat wij niet vanaf niveau nul beginnen. De Kamer heeft een nota ontvangen. Daarover is uitvoerig gediscussieerd. De Kamer heeft bij grote meerderheid in een motie vastgesteld wat onder verantwoorde zorg zou moeten worden verstaan. Er werden vier elementen genoemd, namelijk een goed niveau, de behoefte, de doeltreffendheid/doelmatigheid en het patiëntgerichte karakter. Wij draaien in een cirkel rond als wij zeggen dat verantwoorde zorg goede zorg is. Verantwoorde zorg is zorg die voldoet aan de vier genoemde criteria. Alle vier moeten dan ook in de wet worden opgenomen. De Kamer heeft hierover uitvoerig gediscussieerd en de uitkomst in een motie vastgelegd. Om die reden komen de heer Middel en ik steeds weer op die punten terug. Dat wij dat vanuit verschillende invalshoeken doen, blijkt uit het debat. De kern van het debat destijds was dat verantwoorde zorg bestond uit de vier zojuist genoemde globale begrippen.

Ik heb nog een extra argument. In de WGBO komt de kwalificatie

"goed" ook voor, zoals anderen al hebben gezegd. De kwalificatie "redelijkerwijze" komt in wetgeving ook voor.

Minister **Borst-Eilers**: Het laatste argument, de WGBO, is al eerder door de heer Lansink genoemd en overtuigt mij niet zo erg, omdat het bij "een goed hulpverlener" om een persoon gaat die je de kwalificatie geeft dat hij een goed hulpverlener moet zijn en je omschrijft wat je daarvoor verstaat. We spreken immers niet van "verantwoorde hulpverleners". In dit wetsvoorstel is heel sterk de systematiek en de invalshoek gekozen dat verantwoordelijkheden worden toegedeeld en dat verantwoording moet worden afgelegd. Het begrip "verantwoorde zorg" is een soort sleutelbegrip geworden, waar ik zeg het nogmaals ± het begrip "goed" in zit. Maar wij blijven het dus oneens over de noodzaak om dat op te nemen. U handhaaft uw amendement en we moeten dus maar zien hoe de Kamer daarover oordeelt.

De heer **Lansink** (CDA): Ik doe nog één poging om de minister te overtuigen. In "verantwoorde zorg" zit van alles, ook het verantwoording afleggen. Dan moet toch elders worden aangegeven op welke aspecten verantwoording wordt afgelegd, zoals het niveau van de zorg, doelmatigheid, doeltreffendheid en het patiëntgerichte karakter? Ik zie niet in welk bezwaar daartegen bestaat.

Minister **Borst-Eilers**: In het begrip "doelmatig" zit ook al weer het niveau. We hebben een zekere ontwikkeling doorgemaakt en het is nu ondenkbaar dat je nog eens apart moet uitleggen dat het begin van het hele verhaal is dat de zorg van een goed niveau moet zijn. Het is toch niet voor te stellen dat je met het niveau van zorg begint op een gebrekkig niveau en dan vervolgens nog wel met al die andere begrippen in de slag gaat?

De heer **Van Boxtel** (D66): Ik kom de heer Lansink te hulp en val toch de minister een beetje bij.

Minister **Borst-Eilers**: Dat is knap werk!

De heer **Van Boxtel** (D66): Van Dale zegt bij "verantwoord": goed

gefundeerd, weloverwogen. De term "goed gefundeerd" duidt dus op dat goede niveau. Ik sta helemaal niet onsympathiek tegenover die gedachte, maar voor mij is het zo impliciet ± daarin wordt ik bevestigd door Van Dale ± dat ik denk: waar praten we nu over?

De heer **Middel** (PvdA): We kunnen er nu wel een spelletje van maken.

De heer **Van Boxtel** (D66): Nee, dat doe ik niet.

De heer **Middel** (PvdA): Nee, dat doet u niet, mijnheer Van Otterloo... sorry, mijnheer Van Boxtel. Dat was echt een verspreking. Het begint me in zoverre een beetje te irriteren dat als de Kamer naar aanleiding van de behandeling van de kwaliteit van zorg in grote meerderheid een motie aanneemt ± de motie-Vriens-Auerbach/Van Otterloo ± waarin heel nadrukkelijk staat aan welke vier eisen verantwoorde zorg moet voldoen, dan ligt het toch voor de hand dat diezelfde Kamer, in haar consequentheid, ook van het kabinet verwacht dat die vier eisen vervolgens in de wet worden opgenomen? Als het kabinet daarvan afziet, zal het daar argumenten voor hebben en die kunnen dan gewisseld worden, maar dan moeten we niet met woordenboeken gaan rondlopen en zeggen dat we de één bijvallen en de ander ook. Dan zijn we toch niet meer serieus met dit debat bezig? Ik heb dus een beetje moeite met de manier waarop het nu dreigt te gaan lopen.

De heer **Lansink** (CDA): Nog één opmerking, in reactie op de minister. Zorg kan van een goed niveau zijn en toch ondoelmatig. Dat dekt elkaar helemaal niet. Het kan zijn dat we een geweldig goed niveau hebben bereikt, maar dat de middelen ondoelmatig worden besteed. Het is dus van belang om die begrippen ± het goede niveau en de doelmatigheid ± naast elkaar vast te stellen en hetzelfde geldt voor het patiëntgerichte karakter.

Minister **Borst-Eilers**: Onder het motto "de aanhouder wint" vraag ik de heer Lansink wat hij ervan zou vinden als de tweede zin van artikel 2 zou luiden: "Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau die in ieder geval ook doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend". Dat vind ik

Borst-Eilers

namelijk mooier klinken dan wat de heer Lansink heeft gezegd.

De heer **Lansink** (CDA): Dat vind ik uitstekend: een mondelinge nota van wijziging.

Minister **Borst-Eilers**: Nou, vooruit dan maar. Ik moet een beetje het niveau van onze discussie bewaren.

De **voorzitter**: Mag ik vaststellen dat dit een nota van wijziging is die mondeling is ingediend en dus verwerkt zal worden?

Minister **Borst-Eilers**: Ja.

De heer **Lansink** (CDA): Ik trek dus het amendement op stuk nr. 14 in.

De **voorzitter**: Aangezien het amendement-Lansink (stuk nr. 14) is ingetrokken, maakt het geen onderwerp van beraadslaging meer uit.

Minister **Borst-Eilers**: Ik dank de heer Lansink voor zijn steun bij de vierde nota van wijziging en kom nu bij de heer Van Boxtel. Eerst ga ik in op het amendement op artikel 2 en de vierde nota van wijziging. Hij heeft, later gesteund door mevrouw Varma, de heer Middel en mevrouw Nijpels, voorgesteld om "in de regio" weg te laten. Ook hier is nog een alternatief denkbaar, namelijk dat je zegt "in de regio of op nationaal niveau", maar ik weet niet of de heer Van Boxtel een voorkeur heeft voor het weglaten van beide of het expliciet noemen van beide.

De heer **Van Boxtel** (D66): Ik wil het laatste ondersteunen. "Nationaal niveau" geeft namelijk aan: als er een mogelijkheid is voor de gouden standaarden, is de patiëntenorganisatie daarbij expliciet uitgenodigd.

Minister **Borst-Eilers**: Dit is nog een nota van wijziging: in de regio of nationaal de belangen van patiënten/consumenten. Hierin heb ik gelijk de suggestie van mevrouw Nijpels verwerkt om te spreken over patiënten/consumenten. Ik dank haar nog voor deze aanvulling. Ik denk dat het in de haast is wegge gevallen. In de hele wet wordt namelijk over patiënten en consumenten gesproken.

De **voorzitter**: Is ook dit een mondelinge nota van wijziging?

Minister **Borst-Eilers**: Jawel.

De **voorzitter**: Dan is hiermee ook deze wijziging in het wetsvoorstel aangebracht.

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! Ik ben blij dat ook de heren Van Boxtel en Middel van mening zijn dat wij later nog maar eens goed van gedachten moeten wisselen over de regiovisie. Ik zeg dus graag toe dat wij daar bij de behandeling van de Wet ziekenhuisvoorzieningen uitvoerig op terugkomen. Ik denk dat dan ook gediscussieerd moet worden over de vraag of het al dan niet wettelijk verankerd moet worden.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Het kabinet heeft in de stukken en de brieven ter zake aangegeven dat het niet voor een wettelijke verankering is. De minister zegt nu dat daarover later bij de behandeling van de WZV verder gediscussieerd kan worden, maar er is al een kabinetsstandpunt over.

Minister **Borst-Eilers**: Ja, er is een kabinetsstandpunt. Maar de heer Middel gebruikte zoëven een formulering die opviel door de behendigheid waarmee hij die toepaste. Hij zei namelijk zo iets als: wanneer u kunt regelen dat er straks een wettelijke regiovisie komt bij de Wet ziekenhuisvoorzieningen, ga ik akkoord. Vandaar mijn reactie: dat zeg ik niet toe, wel een discussie daarover. Om die reden heb ik het nog even benadrukt.

Voorzitter! Ik dank ook de heer Van der Vlies voor zijn steun aan de vierde nota van wijziging.

In mijn reactie op de vragen en opmerkingen van de heer Van Boxtel heb ik die van mevrouw Varma betrokken. Ik ben blij dat zij tevreden is met mijn uitleg over het kwaliteitsjaarverslag in verband met artikel 5. Zij heeft daarop besloten om haar amendement op dat punt in te trekken omdat ook zij ervan overtuigd is geraakt dat het eigenlijk overbodig is.

Mevrouw Kamp wilde graag nog een toelichting op de standpunten van de regering die haar als uiteenlopend voorkwamen: enerzijds wel de aparte wet over de geestelijke verzorging in zorginstellingen en justitiële inrichtingen naar de Kamer

brengen en anderzijds niet dat aspect in deze wet willen opnemen. Wat het eerste betreft, merk ik op dat mevrouw Sorgdrager en ik inderdaad het kabinet hebben voorgesteld om dat wetsvoorstel te handhaven, omdat wij het beiden heel belangrijk vinden dat in dit soort justitiële en zorginstellingen adequate geestelijke verzorging beschikbaar is voor de mensen die daar verblijven.

Dat ik nog steeds het oordeel over het amendement van de heer Lansink aan de Kamer wil overlaten, komt toch doordat ik het in de systematiek van deze wet niet noodzakelijk vind om het erin op te nemen. Het hoort er ook niet helemaal in thuis. Als het amendement wordt aangenomen, zullen wij dat feit overigens aanvaarden. Om redenen die ik zojuist heb aangegeven, neem ik het amendement toch niet over. Dit is meer een principieel wetstechnisch punt dan een principieel inhoudelijk punt. Dit wordt immers nog eens onderstreept door het voorstel dat mevrouw Sorgdrager en ik het kabinet gedaan hebben.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Wij delen de visie van de minister dat wij daar uitvoerig op terugkomen bij de behandeling van het wetsvoorstel over de geestelijke verzorging. Als de minister het oordeel over het amendement aan de Kamer overlaat, heb ik een vraag over het begin van het amendement waarvan de strekking is dat de overheid nu al voorstelt dat er bij opname gedurende een etmaal geestelijke verzorging aanwezig moet zijn. En "ontraden van aanvaarding van dit amendement" naar "het oordeel daarover aan de Kamer overlaten", vind ik een grote stap.

Minister **Borst-Eilers**: Nou ja, ik vind het niet zo'n grote stap. Het is een kwestie van iets zodanig jammer vinden als zo iets in deze wet terecht komt, omdat het er niet in thuishoort, dat je het zelf niet wilt voorstellen. Maar als de meerderheid van de Kamer daaraan hecht, moet er maar een schoonheidsfoutje in de wet komen. Dan gaat de inhoud voor de vorm.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Ik steun de visie van het kabinet in dezen. Nu vraag ik alleen aan de minister een oordeel, omdat er de mogelijkheid is dat het amendement wordt

Borst-Eilers

aangenomen. Het gaat er daarbij om dat de overheid, de wetgever, voorschrijft dat in iedere instelling waar een patiënt een etmaal verblijft, geestelijke verzorging aanwezig moet zijn. Daar kan ik niet mee leven en ik zal mijn fractie niet voorstellen om voor dit amendement te stemmen. Dat is ook mijn vraag aan de minister, namelijk of zij met dit amendement kan leven.

Minister Borst-Eilers: Dat ene etmaal is misschien wat scherp aangepunt, maar de heer Lansink gaat zich nog over de etmalen beraden. Er zijn immers instellingen waar men een bepaalde behandeling ondergaat, er één nacht verblijft en de volgende ochtend naar huis gaat, bijvoorbeeld in het kader van controle, om te kijken of het goed gaat en of er geen nabloedingen zijn. Ten aanzien van al die kleine chirurgische ingrepen heb je instellingen, waarbij er net geen sprake is van dagbehandeling, maar waar het gaat om één dag en één nacht. Als je daar een dienst geestelijke verzorging, en ook nog voor alle gezindten, moet gaan instellen, dan zou mij dat wat overdreven lijken.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Maar er zijn ook andere voorbeelden, zoals tehuizen voor daklozen en instellingen voor ongehuwde-moederzorg. Als wij dit amendement aanvaarden, betekent dit de aanwezigheid daar van het brede scala van geestelijke verzorging.

Minister Borst-Eilers: Ik denk dat u dan een vraag aan de heer Lansink heeft, namelijk of hij nog een begrenzing voor het type instellingen zou willen aanbrengen.

De heer **Van Boxtel** (D66): Voorzitter! Die vraag wilde ik ook aan de heer Lansink stellen. Het betreft hier een onderdeel, waarbij hij gekozen heeft voor een begrip waar iets meer in zit dan alleen een dag, maar het is wel erg sterk.

De tweede vraag die ik hem zou willen stellen ± het betreft niet mijn tweede termijn ± is deze. Als de Wet geestelijke verzorging hier aan de orde is en er zou een bepaling in de Kwaliteitswet worden opgenomen die wetstechnisch beter in die andere wet past ± een bepaling die probeert te realiseren wat hij nu vraagt ± is hij dan bereid om te zeggen dat de

bepaling meteen bij die wet weer uit de Kwaliteitswet kan?

De heer **Lansink** (CDA): Nee, voorzitter, dat vind ik een merkwaardige benadering en het past, eerlijk gezegd, ook niet in het debat dat wij gevoerd hebben. Er zijn, even los van hetgeen de indiener heeft gevonden, ook anderen geweest in de Kamer, mevrouw Varma en de heer Middel, die to the point hebben aangeven wat de essentie kan zijn. Er is, in navolging van de heer Middel, gevraagd of ik de tekst kan veranderen ten aanzien van het punt dat misverstand kan wekken. Daar zal ik naar kijken. Maar om nu, omdat mevrouw Kamp er geweldige moeite mee heeft, ineens een verdere begrenzing te vragen... Kijk, het etmaal is een stuk techniek. Het mogen ook twee etmalen zijn; dat is het punt niet. Maar als mij gevraagd wordt of in een tehuis voor daklozen geestelijke verzorging mag zijn en of dit niet nuttig zou zijn, dan zeg ik daar volmondig ja op. Ik kan op verschillende van die instellingen wijzen waar het ook werkt.

De heer **Van Boxtel** (D66): Dat was mijn vraag niet.

De heer **Lansink** (CDA): Maar u begint mij nadere vragen te stellen naar aanleiding van...

De heer **Van Boxtel** (D66): Naar aanleiding van het antwoord van de minister. De minister heeft nog eens gezegd dat zij het uit een oogpunt van wetssystematiek beter vindt een dergelijke bepaling op te nemen in de Wet geestelijke verzorging, die hier nog aan de orde komt. Ik begrijp uw invalshoek, in die zin dat u zegt dat het misschien een hele tijd duurt en dat u in de tussentijd in deze wet vastgelegd wilt hebben, gelet op misstanden in het land en gelet op problemen, dat er adequate geestelijke bijstand is naar gelang van levensovertuiging of geloofsovertuiging, even los van het aantal etmalen. Mijn vraag aan u is deze: op het moment dat het ergens geregeld zou kunnen worden waar het wetstechnisch beter past dan hier, zegt u dan dat bij die wet bij wijze van spreken weer een aanpassing gepleegd zou kunnen worden?

De heer **Lansink** (CDA): U maakt niet helemaal dezelfde denkfout als

mevrouw Kamp; zij maakt die wel, maar daar kan zij op reageren. Dit gaat namelijk niet over de regeling van de zorg; dit gaat over de Kwaliteitswet. Dat blijft er dus eigenlijk in, net zo goed als andere dingen erin staan. De minister heeft bezwaren op grond van de wets-systematiek. Dat hebben wij overigens bij andere punten ook beleefd en daar kan ik ook wel enigszins in komen. Zij heeft ook bezwaren aangetekend tegen de wijzigingsvoorstellen die de heer Middel en ik hebben ingediend op basis van die motie. Wij hadden er hier een aardige woordenwisseling over; in dat verband kan sprake zijn van een wijzigingsvoorstel dat nog beter is dan wat ik had ingediend.

De discussie over dit wijzigingsvoorstel betreffende de geestelijke verzorging gehoord hebbende, zal ik kijken of ik nog een betere tekst kan maken, die voldoet aan hetgeen is ingebracht door met name de heer Middel; mevrouw Varma heeft zich daarbij aangesloten. Maar een zodanige beperking dat het niet veel voorstelt, kan natuurlijk niet. Dat is één.

In de tweede plaats: wat er later moet gebeuren bij aanvaarding van de andere wet ± wat betreft dwarsverbanden ± kunnen wij bezien als die wet wordt behandeld.

De heer **Van Boxtel** (D66): Dat was mijn vraag.

Minister Borst-Eilers: Dan kom ik nu bij de opmerkingen van de heer Middel in tweede termijn terecht. Het belangrijkste punt dat zeker om een reactie vraagt, is het amendement op stuk nr. 13, het voorstel om toe te voegen: "...en die zowel op macroniveau als op microniveau is afgestemd op de behoefte van de patiënt". Ik heb niet zo heel veel meer toe te voegen aan wat ik daar in eerste termijn over heb gezegd. Ik vind "op microniveau afgestemd op de behoefte van de patiënt" een begrip dat riskant is. Ik heb geprobeerd uit te leggen dat dat het geval kan zijn en dat dat dan toch tot onverantwoorde zorg leidt. Dus daar voel ik echt helemaal niets voor. Op het punt van het macroniveau heeft de heer Middel geprobeerd zijn voorstel met het voorbeeld te verduidelijken, dat een instelling in een regio bij een tekort aan psycho-geriatrische bedden, waaraan door de overheid verder niets wordt

Borst-Eilers

gedaan in de zin van planning, ook door gebrek aan geldmiddelen, toch de mogelijkheid moet hebben om daar iets aan te doen.

Natuurlijk, dan kan de instelling daartoe een initiatief ontwikkelen. Ik hoop dat niemand dan die instelling een strobreed in de weg legt als die instelling daar op verantwoorde wijze invulling aan geeft. Maar hoe moet nu toch in 's hemelsnaam de inspectie in die regio die zorgaanbieders daar dan op toetsen? Moeten zorgaanbieders die niet zo'n initiatief nemen, bestempeld worden als zorgaanbieders die geen verantwoordelijke zorg leveren? Dat past toch niet op elkaar? Je kunt toch in deze wet niet anders doen dan de zorginstellingen ter verantwoording roepen over wat zij doen, maar niet over wat zij nalaten. Ik beschouw het echt als een wet op de kwaliteit van de zorginstellingen. Zij kunnen een bepaald probleem in de regio niet in hun eentje oplossen. Je moet het natuurlijk met elkaar oplossen. Maar nogmaals, daarover zullen wij met elkaar spreken bij de behandeling van de regiovisie. Want er moet natuurlijk ook een instantie zijn die stuurt op die samenhang en die bevordert dat die aanbieders in samenhang met elkaar gaten opvullen. Maar nogmaals, ik zie niet hoe dat in deze wet past. En ik blijf dus gewoon tegen dit amendement.

De heer **Middel** (PvdA): In eerste instantie heb ik al gezegd dat ik overweeg om de passage "zowel op macroniveau als op microniveau" te schrappen, zodat alleen overblijft "afgestemd op de behoefte van de patiënt". Dat is een mogelijkheid. Maar onderliggend aspect bij ons interpretatieverschil is dat ik mij toch niet aan de indruk kan onttrekken dat u deze wet bekijkt naar de letterlijke betekenis, namelijk de kwaliteit van zorginstellingen afzonderlijk. Maar de fractie van de Partij van de Arbeid denkt juist dat deze wet in zijn totaliteit meer is dan de som der delen, namelijk dat je met deze wet een integrale kwaliteitszorg kunt waarborgen. Nu wreekt zich dus het ontbreken van die regiovisie. Want als die er zou zijn, zou een groot deel van het probleem al zijn opgelost.

Maar aangezien die er niet is en wij ook niet weten of die er komt, is het althans naar onze overtuiging toch goed om die zinsnede "afgestemd op de behoefte van de patiënt" expliciet in de wet op te

nemen. Dat is een inhoudelijk argument, waarmee u het dan misschien niet helemaal eens bent, al is dat misschien een beetje verbeterd na mijn toelichting. Maar dan blijft nog niet zozeer het procedurele, maar wel het politieke feit dat de Kamer niet voor niets in de motie-Vriens-Auerbach/Van Otterloo die vier basiseisen heeft neergelegd. Als wetgever moet je consequent blijven als je die motie in dit wetsvoorstel probeert te vertalen.

Mijn laatste opmerking is van technische aard. In de toelichting op het amendement wordt verwezen naar het amendement op stuk nr. 14. Dat amendement is ingetrokken. Nu moet daar staan: naar aanleiding van de zesde nota van wijziging, zoals die mondeling door de minister is weergegeven.

Minister **Borst-Eilers**: Mijnheer de voorzitter! De heer Middel en ik blijven op dit punt van mening verschillen. Ook als je de woorden "zowel op macroniveau als op microniveau" weghaalt, blijft nog de formulering over "afgestemd op de behoefte van de patiënt". Ik kan nu wel weer een heel taalkundig verhaal ophangen dat dat naar mijn mening allemaal al impliciet in die termen verwoord is. Ik wil van mijn kant deze discussie beëindigen en de Kamer aanvaarding van dit amendement ontraden.

De heer Middel heeft nog gesproken over de positie van de verzekeraars. Hij vroeg zich af, of die kwaliteit zullen zien als onderdeel van contracten. Zeker als je de huidige ontwikkelingen ziet, de manier waarop de drie partijen met elkaar overleggen, de verzekeraars met elkaar concurreren op de verzekeren en het feit dat zij, los van concurrentie-overwegingen, hun verzekeren een goed produkt willen aanbieden, zullen zij zich steeds meer ± maar wel in heel globale zin ± op de hoogte willen stellen of de aanbieder die zij contracteren, goede kwaliteit levert. Zij zullen daarover zeker kritische opmerkingen maken. Ik heb er wel vertrouwen in dat zij in de situatie zoals die nu is de kwaliteit zeker mee zullen wegen.

Ik heb mevrouw Nijpels reeds bedankt voor het feit dat zij mij geattendeerd heeft op een ommissie op het punt van de consumenten.

Voorzitter! Ik denk dat het oordeel van de regering over de amendementen inmiddels duidelijk is. Ik wil

nog even de aandacht vestigen op een vijfde nota van wijziging die u hopelijk inmiddels ontvangen heeft. Die nota slaat ook op opmerkingen van de Kamer in tweede termijn. Inderdaad in artikel 5, tweede lid, zou moeten staan: "In dat verslag geeft de zorgaanbieder daartoe onder meer aan:..." omdat anders inderdaad lid 1 als het ware zijn hele zeggingskracht verliest. Ik zou u willen voorstellen dat bij het wetsvoorstel te betrekken.

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Ik stel voor, aanstaande dinsdag te stemmen.

Daartoe wordt besloten.

De vergadering wordt van 16.22 uur tot 16.30 uur geschorst.

Aan de orde is de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet buitengewoon pensioen 1940-1945, de Wet buitengewoon pensioen zeelieden-oorlogsslachtoffers, de Wet buitengewoon pensioen Indisch verzet, de Wet uitkeringen vervolgingslachtoffers 1940-1945 en de Wet uitkeringen burger-oorlogsslachtoffers 1940-1945 (herziening aanpassingssysteem wetten voor oorlogsgetroffenen) (24115).**

De algemene beraadslaging wordt geopend.

□

De heer **Middel** (PvdA): Mijnheer de voorzitter! Op het eerste gezicht lijkt dit wetsvoorstel als hamerstuk afgedaan te kunnen worden. Er is immers niets in te brengen tegen een aangepaste wijze van indexering van de vijf wetten voor oorlogsgetroffenen. Maar toch zit er een adder onder het gras, zoals ook al uit de schriftelijke voorbereiding bleek. Dat is voor mijn fractie reden, dit wetsvoorstel toch plenair te behandelen.

Het gaat de PvdA-fractie met name om de terugwerkende kracht in geval van verlaging van pensioenen en uitkeringen. Anders dan bij vaststelling van ambtenarensalarissen is er geen sprake van een of andere vorm van overleg of onderhandelingen. Bij