

Wet cliëntenrechten zorg

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

(Zie vergadering van 23 januari 2013.)

De algemene beraadslaging wordt hervat.



Minister Schippers:

Voorzitter. Ik dank de leden voor hun inbreng in eerste termijn. Ik heb een heel korte inleiding om even duidelijk te stellen waar wij nu eigenlijk een Kwaliteitsinstituut voor nodig hebben. Vervolgens ga ik in op de vragen die de leden mij gesteld hebben.

Welke bevoegdheden krijgt het Kwaliteitsinstituut? Het Kwaliteitsinstituut krijgt tot taak het stimuleren en ondersteunen van het veld bij de totstandkoming van professionele standaarden, het ondersteunen van het veld bij de implementatie van professionele standaarden en innovatie, het inzichtelijk maken van de kwaliteit van verleende zorg door het verzamelen en beschikbaar maken van gegevens over kwaliteit van zorg ten behoeve van keuze- en toezichtsinformatie en het bevorderen van gepast gebruik hiervan, en het tegengaan van zinloos medisch handelen. Dit zijn ook de speerpunten van het beleid van dit kabinet.

Om die taken goed te kunnen uitvoeren, krijgt het Kwaliteitsinstituut de bevoegdheid, een toetsingskader vast te stellen dat eisen bevat waaraan professionele standaarden moeten voldoen, een meerjarenagenda vast te stellen die duidelijk maakt op welk moment een professionele standaard moet worden aangeboden en door wie, de regie over te nemen door de Adviescommissie Kwaliteit te vragen, een professionele standaard te ontwikkelen wanneer veldpartijen in gebreke blijven – let wel: de verantwoordelijkheid ligt bij het veld en blijft daar ook expliciet – professionele standaarden in een register op te nemen en tot slot keuze-informatie over de kwaliteit van zorg te verzamelen, samen te voegen en beschikbaar te maken.

Het is belangrijk dat het Kwaliteitsinstituut er komt. Sommigen zeggen: het is niet nodig; het veld lost dit zelf wel op. Misschien wel, misschien niet. Het tempo is in ieder geval niet zoals wij dat voor ogen hadden. Ik constateer dat het cliëntenperspectief niet zomaar een plekje krijgt in de richtlijnen, laat staan dat dit perspectief centraal staat. Ik denk aan goede uitwisseling van informatie over behandelmogelijkheden tussen arts en patiënt – dat kan ook zijn: niet behandelen – het gezamenlijk beslissen op basis van die informatie, de gevolgen van een behandeling op het leven van de patiënt, op zijn werk en op zijn hobby's, pijnbestrijding, moeheid en de gevolgen hiervan voor de behandeling. Ik constateer ook dat in de praktijk standaarden voor complexe gezondheidsproblemen waarbij verschillende zorgverleners zijn betrokken, moeilijk van de grond komen. Het is nog steeds nodig, expliciet aandacht te besteden aan het thema "veiligheid" als onderdeel van goede zorg. Ik constateer dat de patiënt mondjesmaat informatie krijgt over kwaliteit en dat ondui-

delijk is hoe betrouwbaar die informatie is. Er is geen vast punt waar je die informatie up-to-date kunt vinden.

Er is door veel mensen hard gewerkt aan de verbetering van kwaliteit en de ontwikkeling van standaarden, richtlijnen en protocollen. Mijn complimenten daarvoor, maar het gaat te langzaam en het gaat onvoldoende systematisch. We gaan geen nieuwe organisatie oprichten. Bundeling van kennis en kracht is het motto. Het Kwaliteitsinstituut wordt onderdeel van het College voor zorgverzekeringen na inwerkingtreding van de Wet Zorginstituut Nederland. De bevoegdheden die daar al bestaan ten aanzien van het pakketbeheer zijn en blijven gescheiden van die van het Kwaliteitsinstituut. Leden van de Adviescommissie Kwaliteit kunnen geen lid worden van de Adviescommissie Pakket en vice versa. De taken zijn verschillend. Het Kwaliteitsinstituut gaat over de vraag wat goede zorg is. De Adviescommissie Pakket gaat over de vraag of die zorg voor rekening van het collectief moet komen. De verschillende taken vertonen wel samenhang en kennis moet gedeeld worden als dat nodig is, maar – dat ben ik met onder anderen mevrouw Agema eens – de verantwoordelijkheden zijn gescheiden. Dat is ook belangrijk.

Het Kwaliteitsinstituut is geen nieuwe bureaucratische moloch die onnodige regels en voorschriften geeft die niet aansluiten bij de praktijk en die de professional voor de voeten loopt. Veel Kamerleden hebben hiernaar gevraagd. Ik ben het er van harte mee eens dat dit niet moet gebeuren. Geen papierschuiffabriek! De wirwar aan bestaande voorschriften en regels moet juist worden gestroomlijnd – zo nodig afgeschaft – en worden teruggebracht tot een set hanteerbare registraties die op zo'n manier bij de praktijk van alledag aansluiten dat de professional er juist op vooruitgaat. Dit blijkt geen wishful thinking te zijn. Onderzoek wijst uit dat de lasten daadwerkelijk omlaag gebracht kunnen worden. Dat is een heel belangrijk aandachtspunt voor het nieuwe Kwaliteitsinstituut. Wij zullen daar ook in de toekomst op blijven letten.

Mevrouw Bruins Slot vroeg hoe gewaarborgd is dat het veld blijft gaan over professionele standaarden. De verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van de inhoud van professionele standaarden blijft liggen bij de veldpartijen. Zij bepalen gezamenlijk wat goede zorg is, passend bij specifieke zorgvragen. Als deze niet of niet snel genoeg tot stand komen, kan het Kwaliteitsinstituut de regie op de ontwikkeling overnemen en de adviescommissie vragen om een standaard te ontwikkelen. De adviescommissie kan daarvoor experts vragen die wederom uit het veld komen. De organisaties van zorgaanbieders, cliënten en verzekeraars blijven betrokken, maar hebben geen doorslaggevende invloed meer. Dat is mijns inziens een goede prikkel voor die organisaties om zelf hun verantwoordelijkheid te nemen.

Waarom kan de minister naast het werkprogramma niet ook de meerjarenagenda vaststellen, vroeg mevrouw Bruins Slot. De meerjarenagenda wordt opgesteld op basis van input van verschillende partijen, uiteraard van cliëntenorganisaties en zorgaanbieders, maar ook van verzekeraars, de inspectie en het ministerie. De Adviescommissie Kwaliteit prioriteert deze inbreng op basis van een afwegingskader. Het Zorginstituut Nederland stelt de agenda op basis van dit advies vast. Ik hecht aan deze onafhankelijke vaststelling van de meerjarenagenda. Dit blijft zo dus ook een interactie met het veld.

Hoeveel kost het grosso modo om een richtlijn te laten ontwikkelen? Daar heb ik geen eenduidig antwoord

Schippers

op, omdat de ene richtlijn de ander niet is. Hoe meer multidisciplinair een richtlijn is, hoe ingewikkelder die bijvoorbeeld is vast te stellen. Als gekeken wordt naar de kosten die in het verleden zijn gemaakt bij bijvoorbeeld programma's van ZonMw, liggen de kosten ergens tussen € 100.000 en € 200.000. Het lijkt soms wel alsof die kosten oplopen naarmate een ander dan de beroepsgroep zelf ervoor betaald.

Mevrouw Bruins Slot, mevrouw Dijkstra en de heer Mulder vroegen of het verhalen van de kosten van het overnemen van de regie door de adviescommissie wettelijk kan worden geregeld. Veldpartijen zijn en blijven verantwoordelijk voor de ontwikkeling van standaarden. De middelen hiervoor zitten al in de tarieven voor zorgverlening versleuteld. De verwachting is dat zij de ontwikkeling zelf ter hand nemen, want anders verliezen zij hun doorslaggevende invloed op standaardontwikkeling. Ik verwacht daarom dat het verhalen van kosten niet nodig zal zijn. Signalen uit het veld ondersteunen deze verwachting. Ik wil het veld ook de ruimte geven om te laten zien dat het zijn verantwoordelijkheid oppakt. Kortom, ik wil pas iets in de wet regelen als blijkt dat dit echt nodig is. Als dat blijkt, zullen de middelen die hiervoor in de tarieven versleuteld zitten, uit de tarieven worden gehaald ter dekking van de kosten. Wij zullen dit tijdig voorbereiden. Als wij zien aankomen dat het niet goed gaat, zullen wij alvast een wetswijziging voorbereiden.

Wie heeft de taak om aan te geven dat een professionele standaard in de praktijk niet goed uit te voeren is? Kan de minister dan ingrijpen? Er is veel discussie geweest over de vraag of organisaties van zorgaanbieders en verzekeraars bij de ontwikkeling van standaarden betrokken moeten zijn. Ik vind die betrokkenheid van groot belang, mede omdat juist die partijen kunnen aangeven of een standaard uitvoerbaar is. Cliënten hebben immers geen baat bij een standaard die zo is opgesteld dat bij wijze van spreken geen enkel ziekenhuis in Nederland meer die zorg zou kunnen leveren of dat de standaard zo duur is dat die niet meer uitgeoefend kan worden, omdat hij onbetaalbaar is geweest.

Hoe ziet de minister het proces van ontwikkeling van een professionele standaard? Hoe zorgt zij voor voldoende betrokkenheid van partijen?

De voorzitter:

Mevrouw Bruins Slot heeft een vraag over het vorige punt.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Inderdaad. Het kan natuurlijk voorkomen dat de zorgverzekeraar denkt dat hij iets met die norm kan, maar dat de minister op een gegeven moment ziet dat de invoering van een professionele standaard een onwenselijk effect in het zorglandschap gaat veroorzaken. Wanneer is er een rol voor de minister weggelegd?

Minister Schippers:

Als ik denk dat dit de zorginfrastructuur, waarvoor ik verantwoordelijk ben, schaadt, grijp ik in. Als voorbeeld noem ik de richtlijn voor verloskundige zorg die zó strak was dat we wisten dat we er de komende vijftien jaar geen mensen voor zouden kunnen opleiden. Daardoor zouden heel veel kleine ziekenhuizen in Nederland geen verloskundige zorg meer kunnen geven. Ik vind dat de infrastructuur door een dergelijke richtlijn zodanig zou worden aangetast dat ik zeg: de inspectie kan niet toezien op

de naleving van die richtlijn. De crux is namelijk dat de inspectie toeziet op de naleving van richtlijnen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

In het wetsvoorstel is voor de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders een formele rol bij het goedkeuren van professionele standaarden weggelegd, maar er is geen formele rol voor de minister weggelegd. Waar baseert de minister dan haar wettelijke rol op?

Minister Schippers:

Uiteindelijk beslissen we hier in de Kamer over de manier waarop het met de zorg gaat. Ik krijg bijvoorbeeld een advies over een pakketbeslissing, maar wij beslissen hier in de Kamer of dat advies daadwerkelijk wordt opgevolgd. Richtlijnen laten wij aan de beroepsgroep over en dan grijp ik liever niet in. Als het echter niet anders kan, kan ik natuurlijk ingrijpen. Daar heb ik dit wetsvoorstel niet voor nodig. Dat doe ik ook al.

Betekent aanlevering van informatie over de kwaliteit bij het Kwaliteitsinstituut ook dat andere partijen, zoals zorgverzekeraars en de inspectie, geen uitvraag meer mogen doen? Ik vind het van groot belang dat de administratieve lasten zo laag mogelijk blijven. Daarom moeten de NZa en de inspectie hun toezicht mede baseren op de gegevens van het Kwaliteitsinstituut. Beide houden een eigenstandige bevoegdheid om informatie over de kwaliteit op te vragen, maar zij dienen daar terughoudend mee om te gaan als het een uitvraag onder alle aanbieders in een bepaalde sector betreft. Ik hanteer daarbij het "pas toe of leg uit"-principe voor de inspectie, de NZa en het Kwaliteitsinstituut. Als zij dus een extra algemene uitvraag doen, moeten zij daarvoor goede redenen hebben. Zij moeten dan ook uitleg geven. Ook zorgverzekeraars en cliënten kunnen gebruikmaken van de openbare gegevens. Ik kan hen echter niet verbieden om aanvullende informatie te vragen. Het staat aanbieders overigens vrij om het verstrekken van aanvullende informatie te weigeren.

Mag het Zorginstituut wildgroei signaleren in de ontwikkeling van beroepsgroepen? Zo ja, wat doe ik dan? De Sectie Zorgberoepen en Opleidingen kan mij gevraagd en ongevraagd adviseren over feitelijke vernieuwingen en verbeteringen in de structuur van beroepen in de zorg. Indien zij wildgroei constateert, kan zij mij daarover dus adviseren, ook ongevraagd. Ik zal per advies bekijken of ik dan iets moet doen en, zo ja, wat ik dan moet doen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik heb een vraag over het vorige punt. Sommige zorgaanbieders en cliënten worden letterlijk gek van de hoeveelheid informatie die zij over verschillende zaken moeten aanleveren. De minister zegt dat zorgaanbieders kunnen weigeren om bepaalde informatie aan zorgverzekeraars te leveren, maar vaak is dan de consequentie dat zij het volgende jaar niet gecontracteerd worden. Je weigert dus iets dat tot gevolg heeft dat je het volgende jaar geen contract hebt met de desbetreffende zorgverzekeraar.

Minister Schippers:

Ja, maar in ons systeem stellen wij de basiszorg vast. Een verzekeraar kan daarnaast aanvullende eisen voor zijn cliënten of verzekerden stellen. Een zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld andere, internationale normen voor borstkankerzorg hanteren. Die normen kunnen hoger zijn. Die zorgverzekeraar kan dan zeggen: ik wil de beste zorg voor

Schippers

mijn verzekeren en daarom contracteer ik alleen ziekenhuizen die aan die hogere normen voldoen. Dat wil niet zeggen dat ziekenhuizen die aan de basisnorm voldoen, slechte zorg leveren, maar die verzekeraar wil betere zorg. We willen toch dat verzekeraars ook op de kwaliteit letten?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Het gaat simpelweg over het aanleveren van informatie waaruit de zorgverzekeraar iets kan afleiden. Die informatie is vaak ook ergens anders al beschikbaar. Eigenlijk betreft het dus een beperking van de vrijheid van de zorgaanbieders, want zij hebben geen enkel instrument om een keer te zeggen: ja, maar ik heb die informatie al tien keer aangeleverd. De zorgverzekeraars moeten dus samen met de inspectie en het Kwaliteitsinstituut optrekken om iets te kunnen doen aan de vreselijke bureaucratische lasten waar iedereen uit de zorg gek van wordt.

Minister **Schippers**:

Ja, maar hiermee gaan we nu juist kwaliteitsinformatie stroomlijnen. We hebben nu vijf uitvragers en straks hebben we er nog maar één. Met de NZa en de inspectie moeten zij hun informatie delen. In uitzonderlijke gevallen kan het anders, maar dan moet men wel uitleggen waarom. Bijvoorbeeld als men als inspectie onder alle aanbieders iets wil vragen, moet men aangeven waarom men dat niet via die algemene weg kan doen. Wij stroomlijnen met dit wetsvoorstel de informatievoorziening dus juist enorm, ook voor zorgverzekeraars. Die halen nu ook overal plukjes vandaan; dat wordt ook gestroomlijnd. In het debat is gevraagd of je kunt voorkomen dat een zorgverzekeraar om extra kwaliteit gaat vragen. Dat kunnen wij niet verbieden. Wel kunnen wij zorgverzekeraars vragen om hun formulieren op elkaar af te stemmen, zodat alle verzekeraars dezelfde formulieren gebruiken. We kunnen vragen om de uitvraag van informatie te stroomlijnen. Dat willen wij doen in het Programma Administratieve Lastenverlichting, maar dat heeft wat minder met dit wetsvoorstel te maken.

Mevrouw **Leijten** (SP):

In een uitgebreide eerste termijn en bij het meedenken over de vraag hoe dit wetsvoorstel kan worden verbeterd, heb ik het volgende aangegeven. Wat de SP betreft moet een duidelijke eis worden verbonden aan het formuleren van een kwaliteitsinstituut dat professionele standaarden opneemt, namelijk dat zorgverzekeraars niet met nog allerlei oliebollenlijstjes met allerlei extra normen kunnen aankomen. Wat voegt het dan immers nog toe? De minister is nog geen tien minuten bezig en zegt nu al: de zorgverzekeraars gaan wij natuurlijk niet dwingen om zich te houden aan die professionele standaard, die mogen nog extra eisen opleggen. Wat zijn wij dan eigenlijk aan het doen?

Minister **Schippers**:

Wij bepalen met elkaar de minimumkwaliteit in Nederland. Als zorgverzekeraars zeggen dat zij aanbieders willen die extra kwaliteit bieden, dan is dat in ons systeem niet verboden. Het zit juist in ons systeem dat zij dat gaan doen. Jarenlang mochten verzekeraars alleen inkopen op basis van prijs. Als zij dan naar de kwaliteit kijken en daar eisen aan stellen, kunnen wij hun moeilijk gaan verwijten dat zij er eisen aan stellen. Dat hebben we hun de laatste tien jaar juist gevraagd om te gaan doen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Er zijn nu kwaliteitsstandaarden. Daar wordt ook op gehandhaafd. De minister moet niet doen alsof wij nu iets nieuws doen en alsof er tot nu toe geen kwaliteit is. Hopelijk komt ze ook nog toe aan mijn vraag welk probleem hiermee precies wordt opgelost. Mij ging het om het volgende. Of de zorgverzekeraars zijn helemaal betrokken bij het organiseren van zo'n professionele standaard en houden zich daar ook aan óf er wordt een professionele standaard ontwikkeld door de mensen die de zorg verlenen en dan wordt dat het handhaafcriterium. Nu gaan zij in alle processen beslissen en blijven wij vastzitten aan die oliebollenlijstjes. Waarom hebben wij dan een kwaliteitsinstituut nodig?

Minister **Schippers**:

Nee, er lopen nu een aantal dingen door elkaar. Op de richtlijnen wordt gehandhaafd door de inspectie. Dat is zo. En hoe meer richtlijnen we hebben, hoe beter de handhaving kan zijn. Maar het is niet zo dat een verzekeraar geen extra kwaliteitseisen kan stellen, bijvoorbeeld aan de service, zorg op afstand of hoe vaak een operatie wordt uitgevoerd. Daaraan kan een verzekeraar gewoon eisen stellen. Dat wordt met dit wetsvoorstel niet geregeld. Hiermee wordt geregeld dat wij vijf instituten samenvoegen tot één, vijf stromen samenvoegen tot één, dat we de kwaliteitsinformatie bij elkaar brengen en transparant maken en dat wij doorzettingsmacht creëren waar die tot dusverre soms ontbreekt. Dat is het doel van dit wetsvoorstel.

Ik vervolg mijn betoog. Wordt de zelfstandige bevoegdheid van de inspectie om informatie uit te vragen beperkt door dit wetsvoorstel? Nee, die wordt niet beperkt. Wel zal de inspectie een deel van haar informatie via dat kwaliteitsinstituut krijgen. Het gaat dan om gegevens die zorgaanbieders verplicht moeten aanleveren over de indicatoren in het register van het kwaliteitsinstituut. Ik wil niet dat de inspectie daarna nog eens hetzelfde gaat vragen. De inspectie heeft en houdt echter wel de bevoegdheid om individuele zorgaanbieders aanvullend om informatie te vragen. In de toezichtspraktijk zal de inspectie daarnaast ook signalen ontvangen dat zorgvragers risico op gezondheidsschade lopen, bijvoorbeeld via meldingen van aanbieders zelf of van burgers. Soms zijn die signalen aanleiding voor de inspectie om bij meerdere instellingen informatie op te vragen. Die uitvraag verloopt dan niet via het loket van het Kwaliteitsinstituut. De inspectie moet daarbij wel rekening houden met de administratieve belasting van zorgaanbieders en moet de bevoegdheid voor deze meer explorerende vraag spaarzaam gebruiken. Uiteindelijk moet zij haar taak wel goed kunnen uitvoeren.

Kunt u de garantie geven dat het Kwaliteitsinstituut de verbetering van kwaliteit aanpakt op een manier die mensen energie geeft in plaats van kost, zo vroeg de heer Slob. Het Kwaliteitsinstituut moet mijns inziens juist bijdragen aan energie. Van medewerkers in de zorg hoor je vaak dat het helpen van cliënten hen energie geeft. Het Kwaliteitsinstituut stimuleert dat voor de medewerkers in de zorg helder wordt hoe zij cliënten het beste kunnen helpen. De professionele standaarden moeten vanuit het cliëntperspectief worden opgesteld en met betrokkenheid van verpleegkundigen en verzorgenden. Dat is heel belangrijk, want een eenzijdige focus op alleen de medisch-technische aspecten van de medisch specialisten is wat mij betreft niet genoeg. Ik wil juist ook de invalshoek van de verzorgenden, de verplegenden en de cliën-

Schippers

ten. Als wij dat doen, kunnen de standaarden veel herkenbaarder worden voor de handen aan het bed. Daarnaast moet het Kwaliteitsinstituut stimuleren dat de indicatoren meer aansluiten bij wat er al geregistreerd wordt in de zorg, in plaats van een aparte stroom te organiseren. Dat voorkomt extra lasten en laat aan de medewerkers die de registratie bijhouden zien dat er daadwerkelijk wat met de gegevens gebeurt.

Hoe voorkomt u dat er geen maatwerk meer mogelijk is door professionele standaarden? De heer Slob en mevrouw Leijten zeiden dat standaarden geen ijzere wet of doel op zichzelf mogen worden. Een professionele standaard is een afspraak over wat goede zorg is. De standaard is geen doel op zich, maar een middel om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Om ervoor te zorgen dat deze zo veel mogelijk aansluit bij de wensen van cliënten is betrokkenheid van cliëntenorganisaties bij de ontwikkeling van professionele standaarden van groot belang. Zorgverleners dienen eenmaal vastgestelde professionele standaarden te volgen. Belangrijk is echter dat zij, wanneer dat in het belang van de cliënt is, moeten afwijken van de standaard, uiteraard in overleg met de cliënt. Dat gaat dan niet zomaar, maar beargumenteerd. In die zin wordt altijd maatwerk geleverd. Dat geldt ook voor de langdurige zorg, waarin de afspraken die mede op basis van de standaarden met een cliënt worden gemaakt, in het zorgplan worden opgenomen.

De heer Slob vroeg mij of de Tweede Kamer over twee jaar geïnformeerd kan worden over de vermindering van de administratievastelastendruk in de zorg. Ik vind het daadwerkelijk zichtbaar verminderen van de administratieve lasten erg belangrijk. Een evaluatie over twee jaar vind ik eigenlijk net te krap. Ik wil dus wel toezeggen om over drie jaar, drie jaar na inwerkingtreding van de wet, opnieuw te onderzoeken hoe het is gesteld met de administratieve lasten die gerelateerd zijn aan de transparantie van kwaliteit en de Tweede Kamer daarover te informeren.

De heer **Slob** (ChristenUnie):

Als wij de systematiek van het wetsvoorstel zouden volgen, zou het pas na vijf jaar zijn. In dat opzicht ben ik wel blij dat de minister zegt dat het sneller moet, maar wat is haar bezwaar tegen twee jaar? Dat is toch best een behoorlijke periode? Ik heb zelf in eerste termijn ook aangegeven dat het draagvlak, het enthousiasme en de energie waarover wij het hadden, alleen maar toenemen, als mensen in de praktijk ervaren dat het Kwaliteitsinstituut een vermindering van de lastendruk tot gevolg heeft. Hoe sneller en hoe eerder wij dat inzichtelijk kunnen maken, hoe beter dat is.

Minister **Schippers**:

Ja, dat is zo, maar het Kwaliteitsinstituut moet natuurlijk opstarten. Dat maakt een meerjarenagenda. Dat doet het in overleg met het veld, want die komt natuurlijk niet uit de lucht vallen. In de meerjarenagenda staat wanneer het veld zelf iets afgerond moet hebben. Als dat niet afgerond is, gaat daarna het Kwaliteitsinstituut aan de slag. Het kost dus wel even om zo'n instituut op te starten. Laten wij daarom drie jaar nemen. Dan geven wij het instituut eigenlijk een jaar de tijd om daadwerkelijk te gaan werken en hebben wij iets meer gegevens om de resultaten te zien. Ik verwacht namelijk positieve resultaten. Anders had ik het anders ingedeeld. Je moet zo'n nieuw instituut echter wel de kans geven om op te starten.

De heer **Slob** (ChristenUnie):

Dit debat zal nog even duren. Ik zal hier dus nog even over nadenken.

Minister **Schippers**:

Blijven de bestuurders van Zorginstituut Nederland onder de balkenendenorm, zo vroeg de heer Slob. De bestuurders vallen nu onder de balkenendenorm. Dat zal na inwerkingtreding van de wet zo blijven.

Hoe zorgt u ervoor dat de taken van pakketbeheer en het Kwaliteitsinstituut duidelijk gescheiden blijven? Zoals ik al in mijn inleiding zei, houdt het Kwaliteitsinstituut zich bezig met de vraag wat goede zorg is. De vraag of die collectief verzekerd moet worden, is aan de andere adviescommissie. Zij kunnen niet lid worden van beide.

Mevrouw Leijten vroeg: hoeveel professionele standaarden zijn er nu en waar zitten volgens u de lacunes? Er zijn meer dan 1.200 richtlijnen, 10 zorgstandaarden en een aantal zorgmodules ontwikkeld. Deze worden de komende maanden langs de meetlat van het toetsingskader gelegd. Na die toetsing zal er een beter beeld van de lacunes bestaan, maar zullen er ook waar mogelijk meerdere richtlijnen voor dezelfde zorgvraag naast elkaar bestaan. Dan hebben we dus juist de dubbelingen die we niet willen. Hoewel er al veel is ontwikkeld, kunnen ook deze standaarden verbeterd worden, met name door ze meer vanuit het cliëntenperspectief op te stellen.

Welk probleem is er als vijf organisaties apart blijven bestaan? Wat is het voordeel van het samenvoegen tot één instituut, zo vroeg mevrouw Leijten. Wanneer de organisaties apart blijven bestaan, wordt op verschillende plekken gewerkt aan de totstandkoming van kwaliteit. Dat is inefficiënt, leidt tot meer bureaucratie voor de zorgaanbieders en tot dubbelingen. Het grote voordeel van bundeling is dat standaarden en meetinstrumenten in samenhang kunnen worden ontwikkeld. Er is dan één helder kader in plaats van het naast elkaar bestaan van diverse kaders voor het ontwikkelen van standaarden en indicatoren. Dat maakt het juist voor aanbieders en cliënten veel helderder.

Mevrouw Leijten vroeg hoe een patiënt ooit gelijkwaardig kan zijn aan de arts. Moet een cliënt er eigenlijk niet gewoon van uit kunnen gaan dat de zorg die hij krijgt kwalitatief in orde is? De inspectie houdt er toch toezicht op? De nadruk op het perspectief van de cliënt staat naast de inbreng van wetenschappelijke kennis en expertise van de beroepsgroepen. Ik beschouw het als een team waarbij iedereen zijn eigen verantwoordelijkheid en eigen invalshoek heeft, maar samen tot iets kan komen, tot het besluit kan komen om een behandeling wel of juist niet te doen, of voor een andere behandeling te kiezen. De cliënt hoeft niet hetzelfde te weten als de arts. Dat is natuurlijk ook niet het geval. De arts moet wel aan de cliënt kunnen uitleggen wat hem mankeert en wat de voor- en nadelen van verschillende behandelingen zijn. Door het opstellen vanuit het perspectief van cliënten komt in de professionele standaarden ook aandacht voor zaken zoals moeheid, pijnbestrijding en goede communicatie, maar ook de impact van de behandeling op bijvoorbeeld het werk van de patiënt. Helaas laat de praktijk zien dat er sprake is van grote verschillen in kwaliteit. De inspectie heeft daarom zowel professionele standaarden als informatie over kwaliteit nodig om toezicht te kunnen houden. Met de komst van het Kwaliteitsinstituut wordt dus ook het werk van de inspectie ondersteund.

Schippers

Wat is er precies misgegaan met kiesBeter en de hoge doelen ten aanzien van transparantie? Wat is uw analyse en hoe voorkomen we herhaling? Die vragen werden gesteld door mevrouw Leijten en mevrouw Dijkstra. Op kiesBeter is nog steeds te weinig informatie te vinden voor mensen die willen weten door welke dokter of welke instelling zij het beste kunnen worden behandeld. Ik vind het nog steeds een mooie uitdaging voor het Kwaliteitsinstituut om van het nieuwe kiesBeter.nl een succes te maken. Dat zal onder meer kunnen omdat de site zich alleen zal richten op informatie over kwaliteit van zorg. Ik realiseer mij dat het opzetten van een goede site over zoiets divers als kwaliteit geen eenvoudige opgave is. Maar om ervoor te zorgen dat de nieuwe site zo veel mogelijk aansluit bij de gebruikers van de informatie, zal het Kwaliteitsinstituut bij het ontsluiten van keuze-informatie ook rekening houden met de gebruikers.

Moeten de sterftecijfers straks ook worden gepubliceerd? Wat zeggen die cijfers eigenlijk? Zijn ze wel betrouwbaar? Die vragen werden gesteld door mevrouw Leijten en de heer Mulder. Zorgaanbieders hebben zelf de toezegging gedaan om de sterftecijfers openbaar te maken. Ik verwacht van zowel individuele instellingen als brancheorganisaties dat zij op korte termijn concrete initiatieven ontplooiën om die toezegging en hun verantwoordelijkheid in dezen waar te maken. Dat zou erin moeten resulteren dat de ziekenhuizen vanaf het verslagjaar 2014 hun sterftecijfers moeten kunnen publiceren. Dit is belangrijk omdat sterftecijfers een indicatie geven over de kwaliteit van zorg, mits er betrouwbaar wordt gemeten. Een hoog sterftecijfer kan aanleiding zijn voor een verdiepend onderzoek naar mogelijke kwaliteitsproblemen. Het is belangrijk om sterftecijfers te beoordelen in samenhang met andere kwaliteitsindicatoren. Sterftecijfers zeggen op zichzelf natuurlijk weinig over de kwaliteit. Dat geldt ook voor de huidige sterftecijfers. Dat betekent echter niet dat we achterover kunnen leunen en kunnen zeggen: ze zeggen weinig, dus dat was het. Dat betekent dat we moeten werken aan verbetering, opdat die sterftecijfers steeds meer zeggen over de kwaliteit van zorg.

Mevrouw Leijten vroeg of de leden van de adviescommissie al benoemd zijn en hoe de samenstelling eruitziet. Op dit moment zijn de leden van de voorlopige adviescommissie benoemd. Zij zijn dan ook de beoogde leden van de definitieve commissie, die na inwerkingtreding van het wetsvoorstel wordt benoemd. De leden van de commissie hebben zitting op persoonlijke titel. Deze commissie wordt dus niet aangejaagd door zorgaanbieders, zorgverzekeraars of welke andere belangenvereniging dan ook. Ik heb de Kamer in mijn brief van 12 april vorig jaar de lijst met leden toegezonden.

Bij de evaluatie over vijf jaar zou de eerste vraag moeten zijn: is het Kwaliteitsinstituut nog nodig? De heer Mulder vroeg of ik het met die stelling eens ben. Het lijkt me een uitstekend uitgangspunt dat voor elk publiek orgaan regelmatig de vraag wordt gesteld of het nodig is of niet. Als we over vijf jaar kunnen zeggen dat het niet meer nodig is, dan hebben we iets geweldigs bereikt. Dan is de zaak namelijk kwalitatief op orde. Dan hebben we transparantie. Dan komen de richtlijnen tot stand zonder druk van buitenaf. Het zou me dus een lief ding waard zijn als het zo is. Ik vraag me echter wel af of dit haalbaar is.

De vraag werd gesteld of het niet voor de hand ligt om de 56 databestanden op het gebied van kwaliteit die reeds in de zorg bestaan, te koppelen. In veel gevallen gaat het om databestanden die door de beroepsgroepen zijn op-

gezet. Ik vind het belangrijk dat de meetinstrumenten zo veel mogelijk gebruikmaken van deze databestanden, omdat daarmee de administratieve lasten beperkt blijven en er gebruik wordt gemaakt van gegevens die de beroepsgroepen zelf belangrijk vinden. Deze bestanden hoeven niet gekoppeld te worden, want daarmee wordt onnodig inbreuk gemaakt op de opzet van deze bestanden en ontstaan er onnodige discussies over wie wat mag inzien. Publieke bestanden met gegevens over kwaliteit moeten wel in samenhang kunnen worden ontsloten. Ik werk daaraan door het opzetten van een landelijk register zorgaanbieders.

De heer Mulder vroeg of ik ervoor kan zorgen dat de informatie uit het zogenaamde dbc-informatiesysteem transparant wordt gemaakt, zodat het gebruik van deze informatie kan worden geoptimaliseerd. Ik ben het met hem eens dat het DIS enorm veel informatie bevat. Ik heb de aansturing van DBC-Onderhoud, inclusief het DIS, belegd bij de NZa en deze gevraagd om mij uiterlijk 1 april te adviseren over het eindmodel voor de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de NZa, veldpartijen en DBC-Onderhoud betreffende onder andere de wijze waarop de ontsluiting en openbaarheid van informatie uit het dbc-informatiesysteem in de toekomst gegarandeerd blijven. Ik heb de NZa ook gevraagd om aan te geven hoe de informatie uit het DIS bij de totstandkoming van het in oprichting zijnde Kwaliteitsinstituut kan worden betrokken. Daarnaast heeft de NZa in de overeenkomst met DBC-Onderhoud ten aanzien van de eigendomsrechten opgenomen dat er in het eindmodel geen belemmeringen zijn voor het gebruik van de data door de NZa of door een derde in opdracht van de NZa.

De heer Mulder stelde dat er nooit een pc zou zijn gekomen als er een standaard voor het maken van een typemachine was geweest. Hij vroeg hoe we voorkomen dat het Kwaliteitsinstituut innovatie in de weg staat. Standaarden voor goede zorg staan mijns inziens innovatie en toepassing van nieuwere en betere methoden niet in de weg. Ze leggen wel vast wat goede zorg is, maar niet hoe zorgverleners die dienen te leveren. Het bestaan van professionele standaarden ontslaat zorgverleners niet van de plicht om bij te leren en nieuwe ontwikkelingen mee te nemen. Innovaties ontstaan mijns inziens juist doordat mensen die standaarden gebruiken, op een gegeven moment denken dat het beter of juist anders kan en moet. Het voorbeeld van de heer Mulder geeft dat ook weer. Er zijn standaarden voor de typemachine geweest, zoals voor de plek waar de toetsen zich moeten bevinden, maar dat heeft de ontwikkeling van de pc en andere attributen niet in de weg gestaan, al moet ik zeggen dat het toetsenbord overal is gebleven. Misschien kan dat ook wel innovatiever. Om ervoor te zorgen dat bestaande professionele standaarden worden aangepast aan nieuwe inzichten, is het wel noodzakelijk dat ze regelmatig worden geëvalueerd. De frequentie waarmee dat gebeurt, kan verschillen per standaard en moet worden vastgelegd in de standaard zelf.

De heren Mulder en Van der Staaij vroegen mij hoe ik aankijk tegen de stelling dat door verschillen in inzichten en door verschillende perspectieven en belangen het vinden van consensus moeilijk kan worden. Ik kan me voorstellen dat er soms flink zal worden gediscussieerd bij de ontwikkeling van standaarden. Dat lijkt me ook goed, want daarmee wordt iedereen op scherp gezet. Dit kan bijdragen aan betere richtlijnen. Als er onverhoopt geen consensus ontstaat, kan de adviescommissie worden ge-

Schippers

raadpleegd. Die kan, onafhankelijk van specifieke belangen, een advies geven. Als er dan nog geen oplossing komt, kan het Kwaliteitsinstituut uiteindelijk de regie overnemen en de adviescommissie vragen om de standaard te ontwikkelen of af te maken.

Mevrouw Leijten (SP):

Precies hierover, namelijk over het mogelijke gevaar dat daarin zit, heb ik een week geleden een paar keer een vraag gesteld. Ziet de minister er ook een gevaar in dat er een professionele standaard is ontwikkeld of in een richtlijn is opgenomen die niet wordt gedragen door de beroepsverenigingen en de wetenschappelijke verenigingen die die moeten uitvoeren?

Minister Schippers:

Dat is natuurlijk een risico, maar standaarden en richtlijnen worden vastgesteld op de laatste stand van de wetenschap, evidencebased. Het is niet zomaar een slag die men in de lucht kan slaan. Het moet wel degelijk gegrond zijn in de laatste stand van de wetenschap.

Mevrouw Leijten (SP):

Het is nu juist zo jammer dat de definitie van "professionele standaard" in de wet daar niet van spreekt en sterker nog, dat je in de wettekst nergens de betrokkenheid van beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen terugvindt. Daarom heb ik voorgesteld om de definitie van "professionele standaard" aan te passen, waardoor die volgens mij duidelijker wordt. Daardoor kunnen wij ook voorkomen dat straks professionele standaarden worden ontwikkeld door allerlei partijen in het veld, maar niet door degenen die ze uitvoeren met het risico dat er geen draagvlak is voor een richtlijn. Ik zou graag zien dat de minister er iets serieuzer op ingaat dan in de schriftelijke beantwoording.

Minister Schippers:

Het kan niet anders dan dat je een standaard of een richtlijn medisch-technisch gezien op de laatste stand van de wetenschap vaststelt, maar dat is voor mij onvoldoende. Ik wil namelijk ook dat die richtlijn of die standaard iets zegt en tegemoetkomt aan de handen aan het bed, aan wat de verzorgende, de verplegende en de cliënt van zo'n richtlijn verwachten. Door die groepen niet allemaal specifiek te benoemen, maar ze wel bij elkaar te zetten en samen die richtlijn te laten ontwikkelen, krijg je een richtlijn die ook wordt gedragen door de verpleegkundige. Daardoor zal de verpleegkundige die richtlijn veel meer toe passen dan zij nu doet. Wij hebben expres geen specifieke groepen benoemd, omdat wij willen dat iedereen die te maken heeft met en betrokken is bij die ziekte er in gelijke mate, dus niet de ene groep boven de andere, over meedenkt wat in zo'n richtlijn moet komen.

De voorzitter:

Mevrouw Leijten, tot slot.

Mevrouw Leijten (SP):

Anders kom ik wel een keer terug, want is wat mij betreft het heikele punt van het wetsvoorstel. Ik ben het met de minister eens. Iedereen die betrokken is bij het primaire proces – natuurlijk de patiënt, maar zeker de professionals die het moeten uitvoeren – moet betrokken zijn bij de professionele standaard. Er staat nu in de definitie dat het vanuit het cliëntperspectief moet zijn en dat het ook van

uit de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder geformuleerd moet worden. Die laatste twee hebben wat mij betreft helemaal niets te zeggen over een professionele standaard. Zij moeten ervoor zorgen dat die wordt uitgevoerd en dat het personeel daarvoor is toegerust. Ik mis de beroepsgroepen, de beroepsverenigingen, de wetenschappelijke verenigingen en wat dies meer zij. Die staan gewoon niet in de wettekst. Wat is het bezwaar om de definitie van professionele standaard aan te passen, bijvoorbeeld op een voorstel van de KNMG, om te verzekeren dat de uitvoerders van de professionele standaard echt inhoudelijk betrokken zijn? In de huidige wettekst is die zekerheid er niet.

Minister Schippers:

Het is ondenkbaar dat het zonder de artsen gebeurt. Het is wel denkbaar dat het zonder de verzorgenden, zonder de verpleegkundigen en zonder de cliënten gebeurt; dat gebeurt nu al in de praktijk. Het medisch-technisch handelen – hoe behandel je een bepaalde ziekte? – gebeurt volgens de laatste standaard der wetenschap. Ik heb ook gelezen wat de KNMG wil. Die gooit die andere groepen eruit en stelt ze ondergeschikt aan hun positie. Dat wil ik in dat kwaliteitsinstituut nu juist voorkomen. Ik wil dat in die richtlijn ook de specifieke kennis en kunde van die verpleegkundige serieus wordt meegenomen. Die is anders dan die van de arts, maar ook heel belangrijk voor de verzorging of genezing van iemand die zo'n ziekte heeft. Het is niet zo dat de wetenschappelijke verenigingen eigenlijk bepalen wat er gebeurt en dat de rest eraan vast hangt. Nee, ze zijn gelijkwaardig aan alle andere partijen. Die gelijkwaardigheid vind ik juist zo belangrijk.

De voorzitter:

Er is nog een tweede termijn. U hebt echt een meningsverschil.

Mevrouw Leijten (SP):

Nee, voorzitter. Juist die verpleegkundige en die verzorgende die de minister hier vurig benoemt – daarin ga ik met haar mee – zijn niet genoemd in het wetsvoorstel. Zoals het nu geformuleerd is, worden zij er niet bij betrokken. Dat is echt een hiaat in de wet. Ik vind het jammer dat de minister blijkbaar zo vastzit dat zij niet open wil kijken naar wat wij bedoelen en wat wij daarmee willen verbeteren aan haar voorstel. Juist degenen die het moeten uitvoeren, artsen, verpleegkundigen, mensen die werk doen in de zorg, staan niet in de definitie van het ministerie geformuleerd. Dat is wat mij betreft een gebrek van dit wetsvoorstel.

Minister Schippers:

Over die tekst is diep nagedacht. De tekst garandeert juist de betrokkenheid van alle groepen die bij een behandeling betrokken zijn. Het is het uitgangspunt van het wetsvoorstel, en het moet vanuit het cliëntenperspectief. Vanuit dat perspectief kun je soms tot heel andere conclusies komen dan vanuit het behandelaarsperspectief. Dat cliëntenperspectief hebben wij opgeschreven. Om te voorkomen dat we de ene groep boven de andere stellen, bepalen wij dat de verpleegkundigen, de verzorgenden, de cliënten, de medisch specialisten allemaal bij de opstelling van de richtlijn betrokken moeten zijn.

Hoe wordt voorkomen dat de traagste leden van de beroepsorganisatie het tempo van het proces bepalen? Binnen de wetenschappelijke en beroepsverenigingen

Schippers

botsen de belangen soms. Mogelijk dalende inkomsten als gevolg van een standaard kunnen op de achtergrond meespelen. Door een duidelijke deadline in de meerjarenagenda voor de totstandkoming van de professionele standaarden wordt de prikkel voor de beroepsgroepen om de traagste mee te krijgen vergroot. Immers, als de standaard niet op tijd voltooid is, kan het Kwaliteitsinstituut de regie op de ontwikkeling overnemen en verliest de beroepsgroep zijn doorslaggevende invloed op de inhoud van de standaard.

Zorgt het toetsingskader ervoor dat het proces zo simpel mogelijk verloopt? Het toetsingskader heeft een aantal eerdere methoden voor richtlijn- en standaardontwikkeling gebundeld in een kader. Alleen al door een duidelijk kader wordt het proces versimpeld. Het Kwaliteitsinstituut zorgt ervoor dat een eenvoudige checklist bij de toetsingskaders wordt uitgegeven, zodat partijen snel kunnen inschatten of de standaard die zich ontwikkelt aan de eisen voldoet.

Is het voorkomen van praktijkvariatie een eis in het toetsingskader? Een van de oorzaken van praktijkvariatie is onduidelijkheid over de indicatiestelling voor het uitvoeren van bepaalde verrichtingen. Het toetsingskader stelt daarom de eis dat de indicatiestelling voor het uitvoeren van bepaalde verrichtingen helder is omschreven in een standaard. Dit kan bijdragen aan de vermindering van de ongewenste praktijkvariatie. De standaard geeft immers aan wat gepaste zorg is.

Wordt het gebruik van professionele standaarden tijdens de opleiding gestimuleerd? Ja, hier wordt in de opleiding aandacht aan besteed.

Wat zijn de uitkomsten van de pilots die in de voorbereiding op taken van het Kwaliteitsinstituut zijn gestart? Deze zijn oktober 2012 van start gegaan en op dit moment in volle gang. Wij kunnen nog geen uitkomsten geven. Het Kwaliteitsinstituut heeft bij alle pilots specifieke vragen uitgezet om te kunnen leren van de ervaringen in de pilots. De uitkomsten zijn dus nog niet bekend, maar de uitvoering wordt door de deelnemende partijen al wel als waardevol ervaren.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):
Wanneer verwacht de minister wel duidelijke resultaten van de pilots?

Minister Schippers:
Ik moet daarvoor even naar mijn ambtenaren kijken. Ik zie dat het dit jaar gaat lukken.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):
Dit jaar duurt nog heel lang.

Minister Schippers:
Ik zal proberen in tweede termijn iets specifieker te zijn. Welke termijn geldt alvorens de adviescommissie ingrijpt als er geen professionele standaarden van de grond komen? Dit is in de meerjarenagenda aangegeven. Daarin staat namelijk een prioritering voor de totstandkoming van professionele standaarden. Partijen weten dan precies wat er van hen verwacht wordt. Voor het ontwikkelen van een goede standaard is twee à drie jaar nodig, zeker wanneer deze met meerdere disciplines ontwikkeld wordt. Als de standaard niet tot stand is gekomen op het moment dat daarvoor in de meerjarenagenda voorzien was, kan het Kwaliteitsinstituut de regie overnemen.

Hoe gaat de minister borgen dat de adviescommissie adviseert, knopen doorhakt en geen werkmaatschappij wordt? Ik ben het met mevrouw Dijkstra eens dat de adviescommissie vooral moet adviseren en niet aan de lopende band zelf standaarden moet gaan maken. Ik verwacht ook niet dat zij dat hoeft te doen. De doorzettingsmacht is als stok achter de deur bedoeld. Het is een goede prikkel om de partijen in het veld hun verantwoordelijkheid te laten oppakken.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):
Op het gevaar af dat mij wordt verweten dat ik steeds maar termijnen wil weten, wijs ik erop dat de minister aangeeft dat je twee à drie jaar nodig hebt om een zorgstandaard te ontwikkelen. Zij heeft ook gezegd dat het Kwaliteitsinstituut gaat ingrijpen als dat niet lukt. Wanneer is dat dan?

Minister Schippers:
Als die termijn is afgelopen.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):
Dus na die twee tot drie jaar?

Minister Schippers:
Ja.

Komen er snelle procedures voor het opnemen van innovaties in de professionele standaarden en aan welke termijnen denk ik dan, vraagt mevrouw Dijkstra. Als er innovaties zijn die bewezen beter en doelmatiger zijn, is het natuurlijk zaak dat deze zo snel mogelijk in een standaard terechtkomen. Standaarden moeten regelmatig worden geëvalueerd. In beginsel stelt het veld zelf vast hoe vaak dat moet. Ik kan mij echter voorstellen dat wanneer echt duidelijk is dat een bestaande standaard verouderd is, de evaluatie wordt geprioriteerd in de meerjarenagenda. Ik zie dat nu sommige innovaties heel moeilijk in een richtlijn of standaard terechtkomen. Daarom zal ik ervoor zorgen dat wij hier een soort monitoring op zetten. Jarenlange vertraging, zoals wij nu soms zien, is namelijk niet acceptabel. Ik koppel deze monitoring aan de tussentijdse administratieve evaluatie na drie jaar, die ik de heer Slob heb toegezegd.

Mevrouw Leijten (SP):
Wij hebben heel interessante innovaties. Je kunt bijvoorbeeld tegenwoordig een total body scan laten doen. Daarmee kom je bij een uitspraak van een CZ-voorman dat een gezond persoon iemand is die niet goed genoeg is onderzocht. Aan iedereen is immers wel iets te sleutelen als je je best doet. Wij weten dat artsorganisaties zich ontzettend verzetten tegen bijvoorbeeld de total body scan. Zij vinden het niet in het belang van de volksgezondheid om op zo'n manier bevolkingsonderzoek te doen. Wij weten echter dat er ergens anders een groot belang is om die total body scan in te voeren. Immers, aan iedere gezonde persoon kan nog iets worden gedaan. Hoe voorkomen we nu dat dit soort zorginnovaties te snel door toedoen van een lobby wordt opgenomen, als wij de beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen als laatste standaard niet meenemen?

Minister Schippers:
Ik heb een advies gevraagd aan de Gezondheidsraad over de total body scan. Daar zitten allerlei professoren en des-

Schippers

kundigen op dat gebied in. Zij gaan mij adviseren over de voor- en nadelen, de gevolgen ervan et cetera.

Het gaat mij om het volgende. Stel dat er een belangrijke innovatie is, een innovatie waarmee mensenlevens kunnen worden gered, en het jaren duurt voordat die in Nederland wordt toegepast. Dat vind ik voor de patiënten eigenlijk niet acceptabel. Dan moeten wij die sneller opnemen in ons systeem. Die innovatie moet natuurlijk wel voldoen aan de wetenschappelijke standaard, aan wat de beroepsgroep en de wetenschap als de gouden standaard beschouwen. Je neemt zoiets immers niet willekeurig op. Ik wil dat echt heel grote verbeteringen die in het belang zijn van de patiënt niet jarenlang op zich laten wachten. In zo'n geval zouden wij de beroepsgroep – ik doel op verpleegkundigen, artsen, verzorgenden en cliëntenorganisaties – moeten kunnen vragen om er met zijn allen naar te kijken en om de richtlijn te veranderen. Die richtlijn wordt vervolgens getoetst voor zij wordt opgenomen.

Mevrouw Leijten (SP):

Hier worden telkens weer niet de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars bij genoemd, die ook aan tafel zitten. Het lijkt mij verstandig dat de minister die erbij noemt. Zij heeft immers in de schriftelijke beantwoording geschreven dat die cruciaal zijn voor het ontwikkelen van professionele standaarden, waar de SP overigens heel anders over denkt. Wat als de belangen zoveel anders zijn? Wat als er zo'n grote lobby is? De metaal-op-metaalheup is ook aangeprezen en ingezet, terwijl er van de gezondheidsinspecties in Australië en andere landen signalen kwamen dat je ermee moest oppassen omdat er heel ernstige dingen gebeurden. Wij hebben allerlei debacles gehad rond bekkenbodematjes en borstimplantaten. Wij moeten toch niet hebben dat bij het vaststellen van een professionele standaard commerciële belangen de bovenaan gaan voeren?

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Leijten.

Mevrouw Leijten (SP):

Staat de minister hier voor de patiëntveiligheid of vindt zij dat innovaties zo snel toegepast moeten worden dat patiënten mogelijk risico lopen?

Minister Schippers:

Naar mijn mening zijn de voorbeelden die mevrouw Leijten hier noemt geen onderdeel van een standaard of een richtlijn. Ik denk niet dat dit straks allemaal wel het geval is. Het is gewoon de beroepsgroep. Het zijn de artsen die deze zaken toepassen. Wat ik op dit terrein wil doen, is een register instellen zodat wij weten bij wie die heupen en die bekkenbodematjes zijn toegepast.

Waarom zitten de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars erbij? Dat wil ik wel even toelichten. Die zorgaanbieders zitten erbij zodat wij weten dat dingen die wij in de richtlijnen opnemen, ook uitvoerbaar zijn. Daar weten die zorgaanbieders alles van, want die organiseren de zorg. Waarom zitten de zorgverzekeraars erbij? Nou, precies om de reden die mevrouw Leijten zegt. Als alles kostenopdrijvend werkt maar verder weinig zin heeft, dan is het ook belangrijk dat er iemand zit die let op de doelmatigheid, opdat wij de richtlijnen en standaarden ook nog kunnen betalen. Misschien wordt de patiënt er namelijk niet minder van, maar de premiebetaler wel, zodat wij het straks niet meer met elkaar kunnen opbrengen. Het zou

mij dus niet verbazen als een zorgverzekeraar van de bodyscan zegt: alles goed en wel, maar dit drijft de kosten zo op dat ik niet wil dat dit in de richtlijnen komt.

Mevrouw Leijten (SP):

Voorzitter ...

De voorzitter:

Mevrouw Leijten, ik probeer in een debat rekening te houden met iedereen, maar ik probeer interrupties te beperken tot twee interrupties per keer. Wij kunnen niet bij elke vraag in drieën interrumperen. Dat dreigt nu wel te gebeuren.

Mevrouw Leijten (SP):

Dan zou ik graag uw toestemming krijgen om één aanvullende vraag te stellen. Als de minister zegt dat zij de zorgverzekeraars aan tafel wil hebben omwille van de professionele standaard om de kosten doelmatig te houden, waarom zou een deel van Zorginstituut Nederland dan nog dat pakketbeheer doen?

De voorzitter:

Dank u wel.

Mevrouw Leijten (SP):

Er zou een strikte scheiding zijn, maar dit gaat dan toch door elkaar lopen?

De voorzitter:

Uw vraag is duidelijk.

Minister Schippers:

Nee, want wij kunnen natuurlijk zeggen dat onze standaard, die in heel Nederland moet worden toegepast, een diamant met een gouden randje is, maar dat kunnen wij dan allemaal niet betalen. Dus uiteindelijk is alles een afweging van goede kwaliteit die uitvoerbaar moet zijn. Daarom moeten er mensen in zitten die naar de uitvoerbaarheid kijken voor een organisatie, en moet iemand letten op de doelmatigheid, want dat hoort allemaal bij elkaar.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Wij kunnen het antwoord van de minister voor een groot deel volgen, maar hebben nog wel een vraag. Wij vinden het heel belangrijk dat iedereen om tafel zit om de totstandkoming van een richtlijn draagvlak te geven, maar wie heeft nou de overhand in zo'n besluit: de zorgverzekeraar, een arts of een patiënt? Dat is de eerste vraag.

De tweede vraag is of de totstandkoming van zo'n richtlijn ook openbaar wordt. Daarmee kan namelijk de schijn van belangenverstrengeling worden voorkomen van mensen die bijvoorbeeld geld aan iets verdienen.

Minister Schippers:

Niemand is de baas. Dat is ook het lastige, want dan kun je in conflicten komen waar je niet uitkomt. In de huidige situatie zie je overigens precies hetzelfde. Daarbij weet men conflicten soms ook niet tot een goed einde te brengen. Uiteindelijk wil je dat mensen rond de tafel zitten in het belang van de patiënt, vanuit het patiëntenperspectief denken en er uitkomen.

Dan de totstandkoming. Er komt een werkagenda. Daar staat in dat zo'n richtlijn tot stand moet komen. Dat is al veel transparanter dan nu. Dan kun je zien dat een en an-

Schippers

der niet tot stand is gekomen. Dan zullen wat er aan werk is gedaan en waar de conflicten liggen, uiteindelijk worden overgenomen door het Kwaliteitsinstituut. Dat werk is overigens niet voor niks gedaan, want het Kwaliteitsinstituut zal gewoon bekijken: waar staan we? Dat zal vrij snel weer verder kunnen gaan. Dat voorwerk zal dus nooit weggegooid zijn. Alles wat opgenomen wordt, wordt langs de meetlat van het Kwaliteitsinstituut gelegd. Als het daar niet aan voldoet, wordt het ook niet ingeschreven.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Ik ben een klein beetje in verwarring, want de minister zegt aan de ene kant heel transparant dat je mag hopen dat alle partijen het patiëntbelang centraal stellen. Daar zijn wij het zeer mee eens. Maar aan de andere kant zit ook een zorgverzekeraar met een financieel belang aan tafel. Die kan weer afbreuk doen aan het patiëntbelang.

Minister Schippers:

Dat is een van de toetsingscriteria van het Kwaliteitsinstituut.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Uiteraard, maar is er een mogelijkheid te bedenken om de totstandkoming van zo'n richtlijn zo transparant mogelijk te maken, zodat ook openbaar wordt welke keuzes worden gemaakt en waarom? Dan kun je namelijk mogelijke belangenverstremming voorkomen en is het voor iedereen inzichtelijk. Daarmee wordt de beste garantie gegeven dat het ook echt om de patiënt draait.

Minister Schippers:

Maar er zijn allerlei kwaliteitseisen gesteld aan een standaard en een richtlijn. Dus voor ze worden ingeschreven, moeten ze daaraan voldoen. Anders worden ze überhaupt niet ingeschreven. Het hele Kwaliteitsinstituut is opgericht om vanuit de cliënt te gaan denken. Daarom vind ik het zo belangrijk dat dat cliëntenperspectief uitgangspunt is van de richtlijn. Dat is nieuw. Daar zullen ook de bestaande richtlijnen op moeten worden getoetst. Een richtlijn zal aan allerlei dingen moeten voldoen zoals een gouden standaard, maar daar zijn discussies genoeg over mogelijk, vooral als je verschillende disciplines bij elkaar zet. Wij weten dat vanuit de geestelijke gezondheidszorg. Daar zitten wij al jaren op een multidisciplinaire richtlijn te wachten. Je krijgt de ene discipline en de andere discipline en een derde discipline, en het botst met elkaar. Welke belangen hebben voorrang? Je gaat dan namelijk ook gedeeltelijk over belangen van die discipline. Ik weet niet of zij daar in openbaarheid over vergaderen. Dat zou ik even moeten navragen voor de tweede termijn. Ik weet overigens niet of het altijd helpt voor het tempo van een proces als alle verslagen in de openbaarheid komen. Dat betekent namelijk ook dat mensen niet meer zeggen wat ze willen, maar op andere manieren zaken gaan blokkeren. Ik weet dus niet of het heel erg helpt.

De voorzitter:

Mevrouw Bouwmeester, dit is ook een vraag. Ik weet dat ik het zojuist bij mevrouw Leijten heb toegestaan. Gaat uw gang, maar we zitten hier zo meteen om drie uur vanavond nog en dat was volgens mij niet de intentie van het debat.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Ik zal proberen om het aantal interrupties tot het minimum te beperken. Volgens mij zitten wij helemaal op één lijn met de minister. Als je echter, als de richtlijn er eenmaal is, zegt dat op de een of andere manier transparant moet worden gemaakt hoe die tot stand is gekomen, is het een stok achter de deur zonder dat zo'n richtlijn nog eens veel langer duurt omdat je tussendoor alles gaat publiceren, zoals de minister terecht opmerkt. Als de minister daar in tweede termijn op terug kan komen, heel graag.

Minister Schippers:

Het is helder dat de inhoud van de richtlijn openbaar wordt als de richtlijn klaar is. Als de richtlijn niet klaar is, kijkt het Kwaliteitsinstituut ernaar met objectieve ogen, pakt uit het gestokte proces wat het eruit wil pakken en maakt een nieuwe richtlijn. In beide gevallen is dus uiteindelijk transparant wat er uitkomt.

Waarom staat niet expliciet in de wet dat het stimuleren van het gebruik van professionele standaarden een taak is van het Kwaliteitsinstituut, met als doel dat de patiënt daadwerkelijk profiteert van de standaarden? Dat vroeg mevrouw Dijkstra. Die taak is niet uitgewerkt in de wet, omdat hiervoor geen wettelijke bevoegdheden nodig zijn, maar het Kwaliteitsinstituut heeft wel degelijk als taak om te stimuleren dat zorgstandaarden in de praktijk ook gebruikt worden. Die opdracht staat als zodanig in de memorie van toelichting omschreven. Een deel van de capaciteit van het Kwaliteitsinstituut zal daar dus op worden ingezet.

Mevrouw Dijkstra vroeg ook hoe ik de privacy van individuele patiënten waarborg. De gegevens over de kwaliteit van de zorg zijn niet te herleiden tot de personen aan wie de zorg is verleend. De kwaliteitsgegevens die worden gevraagd, zijn, zeker wanneer het kleine praktijken betreft, vaak wel herleidbaar tot de individuele beroepsbeoefenaar die de zorg heeft verleend. Dat is ook gewenst. De gegevens dienen immers ter bevordering van de transparantie over de kwaliteit van zorgverlening. De kwaliteitsgegevens raken niet aan de persoonlijke levenssfeer van de zorgverlener. Op die persoonlijke levenssfeer is, net als op de gegevens over de cliënt, de Wet bescherming persoonsgegevens van toepassing.

Ook vroeg mevrouw Dijkstra naar de stand van zaken rond de motie-Smilde en de rol van het Kwaliteitsinstituut daarbij. Naar aanleiding van de motie-Smilde heb ik vorig jaar een onderzoek laten uitvoeren naar verschillende methoden van uitkomstbepaling. Het rapport is de Kamer toegezonden. Daarop wordt nu een vervolgonderzoek uitgevoerd, waarvan ik de resultaten in maart verwacht. Naar aanleiding van dat rapport zal ik uw Kamer informeren over de aanpak. Het Kwaliteitsinstituut stimuleert de totstandkoming van professionele zorgstandaarden en van informatie over plaatsen waar kwalitatief goede zorg wordt geleverd. Dat stimuleert de verdere totstandkoming van uitkomstbepaling.

De heer Van der Staaij vroeg welke drempel er is om te voorkomen dat het Kwaliteitsinstituut te snel taken van het veld overneemt en daarmee ontmoedigt dat het veld zelf taken oppakt. Ik heb dat eigenlijk al aangegeven. Het is hun directe invloed op de standaarden waar zij zeer aan hechten, die zij dan eigenlijk afstaan.

Gaan de administratieve lasten niet juist omhoog door dit voorstel? Kan de minister de daling met 18,7 miljoen nader onderbouwen? Dat vroeg de heer Van der Staaij. De

Schippers

administratieve lasten zullen met dit voorstel omlaaggaan doordat de transactiekosten lager worden, doordat er nog maar één loket is waar gegevens moeten worden aangeboden. Ook wordt gestimuleerd dat meetinstrumenten zo veel mogelijk gebruikmaken van reeds bestaande registraties. Daarnaast gaan de administratieve lasten omlaag doordat er alleen een wettelijke verplichting blijft op het leveren van keuze-informatie en toezichtsinformatie. Uit het onderzoeksrapport komt naar voren dat er een besparing mogelijk zou moeten zijn van 14,3 miljoen tot 18,7 miljoen euro. Door de tussentijdse evaluatie weten we snel of we daaraan komen, of helemaal niet, of eroverheen gaan.

Zou het niet helpen als het Kwaliteitsinstituut zorgaanbieders zou helpen bij het opstellen van een goede en eenmalige registratie van kwaliteitsinformatie aan de bron voor meermalig gebruik? Het Kwaliteitsinstituut heeft daar al een rol bij. Het zal toetsen of in de professionele standaarden aandacht is besteed aan de informatie die moet worden vastgelegd om goede zorg te kunnen verlenen en of aandacht is besteed aan informatie die zorgverleners onderling moeten uitwisselen om goede zorg te kunnen verlenen. Dat wordt ook wel de informatiestandaard genoemd. Op die manier wordt bevorderd dat er eenmalig wordt vastgelegd voor meervoudig gebruik.

De heer Van der Staaij vroeg op welke manier wordt bepaald of het veld in gebreke is gebleven bij ontwikkeling van de standaarden. De meerjarenagenda is richtinggevend voor het veld en bepaalt wanneer een standaard gereed moet zijn. Er is dus sprake van een heel voorspelbaar proces. De meerjarenagenda komt niet uit de lucht vallen. Die wordt samengesteld op basis van allerlei adviezen van de inspectie, van de zorgverzekeraars, van het ministerie en van allerlei mensen uit het veld. Het Kwaliteitsinstituut kan aan de hand van die agenda bepalen wanneer het veld in gebreke is gebleven.

Komt het toetsingskader in een openbaar register? Het toetsingskader is een openbaar document. Het concept is al raadpleegbaar op de website van het CVZ.

In de memorie van toelichting staat dat het Kwaliteitsinstituut alleen marginaal toetst. De heer Van der Staaij vroeg: beoordeelt het instituut de standaard niet inhoudelijk? Het instituut toetst inderdaad marginaal. Dit houdt in dat het toetst of de standaard aan de eisen van het toetsingskader voldoet. Het Kwaliteitsinstituut toetst daarmee niet of de inhoud van de standaard klopt, maar kan bijvoorbeeld wel signaleren dat de relevante partij niet betrokken is geweest of dat er onderdelen in de standaard missen zonder dat daar een goede reden voor is. In die gevallen zal de standaard niet goedgekeurd kunnen worden.

De heer Van der Staaij vroeg wat de reacties van de veldpartijen zijn op het voorlopig toetsingskader. Veldpartijen zijn betrokken geweest bij het opstellen van het voorlopig kader. Daarvoor is een aantal bijeenkomsten georganiseerd. De reacties van veldpartijen waren wisselend van aard en zijn zo goed mogelijk verwerkt. De komende tijd moet het kader zich gaan bewijzen. Het kader zal regelmatig geëvalueerd worden en zal op basis van de ervaringen in de praktijk waar nodig worden aangepast.

Worden bestaande richtlijnen opgenomen in het register, in hoeverre zijn de veldpartijen daar klaar voor en is dat niet veel extra werk voor hen? Net als de heer Van der Staaij vind ik het van belang dat het werk van de afgelopen jaren niet verloren gaat. Daarom streeft het Kwa-

liteitsinstituut ernaar om deze richtlijnen op te nemen in het register. Het proces daarvoor is als volgt. Het veld kan het concept-toetsingskader langs de eigen richtlijnen leggen en waar nodig aanpassen. Het kan ze daarna aanbieden aan het Kwaliteitsinstituut. Wanneer de richtlijn al voldoet aan het kader, wordt deze opgenomen in het register. Als dat nog niet zo is, zal het Kwaliteitsinstituut aangeven wat er nog moet gebeuren en voor wanneer dat moet. Meestal zal niet het hele ontwikkelingsproces opnieuw doorlopen hoeven te worden. Vaak betreft het aanpassingen die aan de richtlijn moeten worden gedaan.

Het Kwaliteitsinstituut ondersteunt de implementatie op verschillende manieren. Er wordt expliciet aandacht gevraagd voor het toetsingskader. Het verzamelt kennis over goede voorbeelden, het verspreidt die kennis via de website, via social media en via bijeenkomsten en het publiceert gegevens over de kwaliteit van zorg, wat ook bijdraagt aan de implementatie.

Wie controleert de betrouwbaarheid van de aangeleverde informatie en is daarvoor voldoende capaciteit beschikbaar? Dat vroeg de heer Van der Staaij. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om betrouwbare informatie aan te leveren. Dat past bij een "high trust, high penalty"-relatie met het veld. Wanneer in de toezichtpraktijk blijkt dat de geleverde gegevens niet overeenkomen met de waarneming van de inspecteur, dan kan de NZa daar maatregelen tegen nemen.

Het Kwaliteitsinstituut moet verantwoordelijk worden voor een centraal informatiepunt over kwaliteit van zorg, toezichtgegevens en het meldpunt verspilling. Het punt moet een aantrekkelijke naam krijgen, zodat het gevonden wordt. Mevrouw Bouwmeester vroeg mijn reactie op dit voorstel. Het Kwaliteitsinstituut krijgt de taak om de gegevens die het over kwaliteit van zorg ontvangt, openbaar te maken. Het is een goed idee van mevrouw Bouwmeester om dat op één punt samen te voegen, één punt waarin de relevante informatie over kwaliteit in de zorg in brede zin ontsloten wordt. Dat kan bijvoorbeeld door via de site die het instituut ontwikkelt, snel door te linken naar andere informatie. Die hoeft niet allemaal op die site te vinden te zijn. Je kunt een link naar het BIG-register plaatsen, naar de inspectie en dus naar alle relevante organisaties. Het Kwaliteitsinstituut neemt al dergelijke opties mee voor de ontwikkeling van de nieuwe keuzesite. KiesBeter is een inmiddels ingeburgerde naam, maar heeft ook negatieve connotaties. Het verzinzen van een eventueel nieuwe naam laat ik graag aan het Kwaliteitsinstituut. Wellicht levert de oproep van mevrouw Bouwmeester aan het publiek nog goede suggesties op.

Is het mogelijk om een jaarlijkse rapportage over het werkprogramma van het Kwaliteitsinstituut te krijgen en is het mogelijk dat deze gezamenlijk met de rapportages over de NZa en de IGZ aan de Kamer wordt gestuurd? Dit was een vraag van mevrouw Bouwmeester. Het CVZ en de NZa sturen als zelfstandig bestuursorgaan zelf jaarlijks het verslag van hun werkzaamheden aan de Tweede Kamer. Zij zijn hiertoe verplicht op basis van de Kaderwet zbo's. Ik zie geen noodzaak om deze ook zelf nog aan de Kamer te zenden. Het jaarverslag van de inspectie stuur ik de Kamer altijd toe. Ik wil de Kamer wel toezeggen, ernaar te streven deze jaarlijks rond hetzelfde tijdstip dat het CVZ en de NZa hun stukken sturen, aan de Kamer te zenden. Zo kan de Kamer ze in samenhang bekijken.

Schippers

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik dank de minister voor de toezegging voor één centraal informatiepunt. Mijn tweede vraag ging over het bundelen van de informatie. Daarop heb ik ook een toezegging gekregen. De minister heeft toegezegd ernaar te streven alles ongeveer tegelijk naar de Kamer te sturen. Mijn vraag betrof echter heel specifiek de terugkoppeling van het meerjarenprogramma. Hoe gaat dat met het Kwaliteitsinstituut? Wat is de voortgang? Wat zijn de eventuele belemmeringen? Daarop heb ik nog geen toezegging gekregen. Het zou heel goed zijn als deze informatie met de andere rapporten wordt gebundeld. Dan doen we er een strikje omheen en kunnen we één groot overleg houden over dit onderwerp.

De voorzitter:

Een interruptie duurt meestal kort.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik zal proberen mijn interrupties in te korten, voorzitter.

Minister Schippers:

Ik zal een terugkoppeling van het meerjarenprogramma als onderdeel van het CVZ-stuk aan de Kamer sturen.

De heer Slob (ChristenUnie):

Ik heb nog een vraag over die site waar alles wat met kwaliteit te maken heeft, op moet. Ik hoorde mevrouw Bouwmeester vorige week zeggen dat ook uitgelekte rapporten en dergelijke op die site zouden moeten komen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Nee. Sorry voorzitter, maar voor de Handelingen is dit zeer belangrijk. Wij willen geen uitgelekte stukken op die site, maar slechts kwaliteitsgegevens en feitelijke gegevens over medische missers. Ik heb wel het volgende gezegd. Als er heel veel onrust is over bijvoorbeeld een rapport dat gelekt is, dat mogelijk nog gewijzigd wordt, dat niet definitief is, waarover nog niet besloten is, zou je eraan kunnen denken om op die site te zetten: dames en heren, het is nog niet officieel en zolang het niet officieel is, is het nog geen stuk.

De voorzitter:

U zei dat u deze opmerking voor de Handelingen wilde maken, maar dit staat al in de Handelingen. Het staat er nu dus twee keer in.

De heer Slob (ChristenUnie):

Ik dank mevrouw Bouwmeester voor de toelichting. Het is voor mij weer helder nu mijn geheugen wat is opgefrist. Ik denk dat het belangrijk is dat we nauwkeurig met elkaar vaststellen wat wel en niet op de site terecht moet komen. Heeft de minister daar al een beeld van? Hoe gaat dit verder lopen? Geven we dit uit handen? Zeggen we tegen het Kwaliteitsinstituut "dit is ongeveer de bedoeling; veel succes"? Hoe gaat dat?

Minister Schippers:

Als een patiënt iets wil weten, weet hij nu eigenlijk niet goed waar hij dat moet zoeken. Moet je op de inspectie-site of in het BIG-register kijken? Waar zit dat BIG-register eigenlijk? Het lijkt mij goed dat wij één informatiesite hebben waar je de kwaliteitsinformatie kunt zien. Het Kwaliteitsinstituut levert die informatie aan. Wij hoeven die informatie niet op die site te zetten, maar we kunnen

wel een link in de kantlijn zetten. "Wilt u iets weten over uw arts, klik dan hier voor het BIG-register"; of: "Klik hier voor de inspectie". Zo maken wij het makkelijker voor iemand die op zoek is naar kwaliteitsinformatie. In ieder geval voor de informatie die door overheidsinstanties wordt geleverd, kunnen wij linkjes maken om door te klikken. Daarbij wil ik wel twee dingen uit elkaar houden: pakket en kwaliteit. Dat hebben wij besloten en die scheiding zit ook in dit wetsvoorstel. De kwaliteitszaken zou ik op deze manier toegankelijk willen maken voor mensen die op zoek zijn naar die informatie.

De heer Slob (ChristenUnie):

Het is dus de bedoeling dat bestaande informatie via doorkliksites – ik noem het maar even zo – in een klap voor mensen toegankelijk is? Zij kunnen dan vanaf die ene site bij alle informatie komen en hoeven niet zelf nog eens met zoekmachines rond te surfen op het world wide web.

Minister Schippers:

Precies. Wij hoeven niet alle informatie te kopiëren naar die site, want dan krijg je natuurlijk een veel te zware site. Je kunt er gewoon linkjes op zetten, als een soort dienstverlening aan iemand die op zoek is in de wirwar van organisaties en informatie die wij in de zorg hebben.

Hoe garandeert de minister dat er inzicht in de effecten van zorg ontstaat en dat er meer inzicht is dan via de oliebollijstjes? Door meetinstrumenten zo veel mogelijk te koppelen aan professionele standaarden kan echt inzicht worden verkregen in de vraag of volgens de standaard wordt gewerkt en wat de kwaliteit van zorg is. Dat levert keuze-informatie op en ook informatie waarmee de zorg verder kan worden verbeterd. Omdat het leveren van gegevens over meetinstrumenten wordt verplicht, garandeert dit wetsvoorstel dat dit inzicht daadwerkelijk ontstaat.

Welke prioriteit krijgt het toezicht van de NZa op transparantie? Wie bepaalt eigenlijk die prioriteit? Het toezicht op kwaliteit moet door de NZa opgepakt worden. Tot nu toe kon de NZa niet goed toezien, omdat zij nog niet naar indicatoren kon verwijzen waarover aanbieders transparant moeten zijn. De NZa gaat zelf geen indicatoren stellen, maar verwijst naar de meetinstrumenten die in het register van het Kwaliteitsinstituut komen te staan. In mijn jaarlijkse aandachtspuntenbrief aan de NZa kan ik aangeven waar zij de prioriteit in haar werkzaamheden moet leggen. Toezicht en handhaving vind ik daarbij zeker een aandachtspunt.

Mevrouw Leijten (SP):

Het veld heeft een professionele standaard ontwikkeld. In een openbaar register staat waar een zorgaanbieder aan moet voldoen. Dat kan een patiënt allemaal opzoeken. Als een patiënt dan naar een bepaald ziekenhuis of een bepaalde zorginstelling wil, kan de zorgverzekeraar zeggen: dat mag niet, want wij hebben extra kwaliteitseisen. Vindt de minister dat wenselijk?

Minister Schippers:

Wij hebben een systeem. Ik weet dat mevrouw Leijten de visie die ten grondslag ligt aan dat systeem niet deelt. Zij kan mij dus honderd keer dezelfde vragen stellen, maar zij deelt die visie niet. De visie achter het systeem is dat je kunt kiezen voor een zorgverzekeraar en dat die zorgverzekeraar voor jou de beste kwaliteit contracteert tegen

Schippers

de scherpste prijs. Dat is de kern van het verzekeringssysteem. Als ik mij verzekert, weet ik nog helemaal niet dat ik een blindedarmoperatie nodig heb. Dan kan ik die dus niet inkopen bij een zorgaanbieder. Dat doet de verzekeraar voor mij. Ik kan kiezen tussen een naturapolis en een restitutiepolis. De wet schrijft voor dat de naturapolis aan degene die zich via die polis verzekert, voldoende keuzemogelijkheden moet geven onder de aanbieders die gecontracteerd worden. In deze Kamer ligt een wetsvoorstel waarin ook nog eens staat dat de verzekeraar voor november moet aangeven wie hij precies gecontracteerd heeft, zodat iemand die voor een naturaverzekering kiest, echt weet welk ziekenhuis wel en niet gecontracteerd is. Als iemand dit niet wil, moet hij voor een restitutiepolis kiezen. Hij betaalt dan wat meer premie en kan overal heen. Dat is de basis van ons systeem.

Mevrouw Leijten (SP):

Wij discussiëren zo vaak over dit systeem dat de minister en ik heel goed weten over welk systeem wij het hebben. Wij horen vandaag de hele tijd van de minister dat er een site komt met openbare informatie. De cliënt – ik zou liever over de "patiënt" spreken – kan zich op die site volledig informeren over waar hij de zorg kan krijgen op het niveau van de laatste professionele standaard. Daar is een Kwaliteitsinstituut voor nodig. Ik kom nu toch in een spagaat terecht. Stel dat ik de patiënt ben. Ik kan mij informeren. Ik kan bij die openbare informatie. Ik kan zien dat een instelling aan de eisen voldoet. Maar als ik dan tegen mijn zorgverzekeraar zeg dat ik naar die instelling wil, mag dat niet. Dan hinkt het systeem toch op twee gedachten of niet? Ik ben heel erg voor openbare kwaliteitsgegevens. Ik wil dat je alles kunt zien en dat de inspectie behulpzaam is.

De voorzitter:

Uw vraag is helder, mevrouw Leijten.

Mevrouw Leijten (SP):

Doen wij dit vandaag nu voor de patiënt of eigenlijk toch niet? Voor wie doen wij het dan?

Minister Schippers:

Iedereen moet voldoen aan die standaarden. Ik kan dus niet op de site kijken en vaststellen dat ziekenhuis 1 voldoet aan de standaard en ziekenhuis 2 niet. Als dat op de site staat, moet de inspectie als de duivel naar ziekenhuis 2. Dat ziekenhuis moet namelijk ook aan de standaard voldoen, omdat dat de basiskwaliteit is. Op die site kun je kwaliteitsindicatoren zien waarop de een beter scoort dan de ander. Iedereen kan die informatie zien. De zorgverzekeraar kan die gebruiken bij zijn inkoop. Hij kan zeggen: jij scoort daar wel bijzonder laag, waarom zou ik dit bij jou inkopen? Ook de patiënt en de moeder van de patiënt kunnen daar kijken. Ziekenhuizen kunnen zelf kijken en denken: verdorie, we staan helemaal onderaan; het wordt tijd dat we de boel een beetje opporren en de kwaliteit verbeteren. Dat schijnt nog het beste te werken. Ik hoor dat ook van artsen die spiegelinformatie van hun verzekeraar krijgen over doorverwijzen en het voorschrijven van medicijnen. Dat vinden artsen een voordeel. Daarmee kunnen zij zich namelijk aan hun collega's spiegelen en zich afvragen: goh, waarom schrijf ik eigenlijk veel meer medicijnen dan mijn collega voor? Dan word je op je professionaliteit aangesproken.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De minister zegt dat je vrij kunt kiezen. Als het namelijk geen gecontracteerde zorg betreft, dan gebruik je een restitutiepolis. Maar de regering is toch van plan om de restitutiepolis voor de basisverzekering af te schaffen? Dan is het antwoord van de minister toch een sigaar uit eigen doos?

Minister Schippers:

Ik begrijp niet dat het woord "afschaffen" steeds in de Kamer terugkomt. De restitutiepolis wordt helemaal niet afgeschaft, maar die behoort niet meer tot de basisverzekering. Wij hebben het idee dat de basisverzekering er voor iedereen in Nederland moet zijn, ongeacht leeftijd, inkomen of wat dan ook. Als het medisch noodzakelijk is dat iemand iets krijgt, dan moet dit in het basispakket zitten. Dit gaat over iets extra en dat hoort in een aanvullende verzekering. Dat is de gedachte die wij daarbij hebben. Je kiest er zelf voor op basis van informatie die je via de kwaliteitswebsite kunt krijgen en informatie die je zorgverzekeraar voor november moet publiceren. Je weet dan ook of een naturaverzekering alleen maar bestaat uit ziekenhuizen die op alle lijstjes onderaan bungelen. Je kunt dan zeggen dat je zo'n polis niet wilt, omdat je hebt gezien dat alle ziekenhuizen in die polis onderaan bungelen bij het Kwaliteitsinstituut. Dan kun je zeggen: die naturapolis wens ik niet, ik wens een andere polis. Ik kan mevrouw Bruins Slot echter verzekeren dat een verzekeraar geen naturapolis aanbiedt met alleen maar ziekenhuizen die onderaan bungelen, want dat is de verzekeraar absoluut zijn eer te na.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De minister spiegelt de werkelijkheid mooier voor dan zij is. 85% van de zorg zit namelijk in het basispakket. Slechts 15% valt onder de aanvullende verzekering. Met de maatregel voor de restitutiepolis wordt de vrije keuze om een arts te kiezen dus voor 85% van de zorg beperkt. De minister kan dus niet beweren dat de keuzevrijheid blijft bestaan en dat de kwaliteit nog steeds gekozen kan worden.

Minister Schippers:

Als je extra keuze wilt, houdt dit niet in dat je daar niet extra voor hoeft te betalen. Als je extra dingen wilt, moet je daar altijd extra voor betalen. Waarom zouden wij allemaal betalen omdat een aantal mensen iets extra wil? Dat is ook een vraag die wij onszelf kunnen stellen. Het gaat mij om het volgende. Voordat je kiest, moet je weten welk ziekenhuis bij een bepaalde naturapolis hoort en op welke plek dat ziekenhuis op de kwaliteitslijstjes staat. Dan kun je namelijk pas echt een keuze tussen verzekeraars maken, terwijl nu iedereen kiest op basis van de prijs. Iedereen kijkt en zegt: die verzekeraar kies ik, want die is het goedkoopst. Dat gebeurt omdat niemand een idee heeft van wat een verzekeraar eigenlijk voor de kwaliteit doet. Dat hebben we namelijk helemaal niet transparant gemaakt.

Wat is de rolverdeling tussen het Kwaliteitsinstituut en de NZa? Het Kwaliteitsinstituut neemt goedkeurende meetinstrumenten op in het openbaar register. Zorgaanbieders moeten daarover gegevens aanleveren aan het Kwaliteitsinstituut. De NZa ziet daar op basis van artikel 38 van de WMG op toe. Het Kwaliteitsinstituut zal de NZa erop wijzen als zorgaanbieders ook na een reminder in gebreke blijven. Daarop kan de NZa maatregelen nemen.

Schippers

Hoe is gewaarborgd dat verschillende partijen informatie over misstanden met elkaar delen, waardoor zij daadkrachtig kunnen optreden zodat situaties zoals in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis voorkomen kunnen worden? De zorg zal helaas nooit 100% incidentenvrij zijn. Wel wil ik ervoor zorgen dat de kans op incidenten zo klein mogelijk is. Het ontwikkelen van professionele standaarden helpt daarbij. Daarnaast is het van belang dat verschillende organisaties snel gegevens kunnen uitwisselen. In diverse wetten zijn daarover artikelen opgenomen. De precieze uitwerking krijgt haar beslag in de samenwerkingsovereenkomst die partijen met elkaar sluiten.

Wat is precies het doel van de normstelling; gaat het om een minimumnorm of een streefnorm? De professionele standaarden zijn de minimumnormen waaraan de zorgverlening moet voldoen. Zorgaanbieders moeten in ieder geval voldoen aan kwaliteitseisen die in de standaard zijn opgenomen. Dat kunnen soms ook volumenormenten zijn. Gezien de voorwaarden die aan de ontwikkeling van professionele standaarden worden gesteld, biedt de minimumnorm al de garantie op goede zorg. Uiteraard mogen zorgverzekeraars ernaar streven de beste te worden, net zoals het verzekeraars vrijstaat om bijvoorbeeld alleen zorg in te kopen bij aanbieders die beter dan gemiddeld scoren.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

De minister zegt heel terecht dat het heel belangrijk is dat toezichthouders samenwerken en hun kennis delen. Helaas weten we uit de praktijk dat het niet altijd vlekkeloos verloopt. Vervult het Kwaliteitsinstituut hierin een nieuwe rol of houden we alles zoals het is? Dan hebben we geen oplossing voor het probleem van de inmiddels vier toezichthouders op de zorg die niet altijd even goed samenwerken.

Minister Schippers:

Nee, het Kwaliteitsinstituut vervangt eigenlijk vijf bestaande instituten. Daardoor zal die rol krachtiger worden en zullen ook de resultaten krachtiger uitvallen. Als die resultaten helderder zijn, kan er ook beter worden toegezien door een andere toezichthouder. Ieder zijn eigen taak, zou ik willen zeggen. De NZa ziet toe op het eerlijk verstrekken van gegevens. Het maakt niet uit of het gaat om declaraties of om kwaliteit: die taak heeft zij allang.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

De NZa heeft die taken al heel lang, maar is er de afgelopen jaren niet in geslaagd om bijvoorbeeld kwaliteitsinformatie af te dwingen. Het Kwaliteitsinstituut helpt haar daarbij. De vraag is echter of men daar de juiste prioriteiten stelt en of men daar voldoende capaciteit heeft om die gegevens op te vragen. Daar heb ik een aantal vragen over gesteld waar ik nog geen antwoord op heb gekregen.

Minister Schippers:

Die vragen heb ik wel beantwoord. Men heeft de capaciteit. Die zal men daarvoor vrijmaken. Ik geef ook bij hen aan dat zij daar prioriteit aan moeten geven.

Wat wordt de rol van verzekeraars? Wat is hun invloed en welk belang zal straks de overhand krijgen? Hoe wordt de invloed van de farmacie gewerd? De kwaliteit van zorg komt tot stand in de driehoek tussen zorgaanbieders, cliënten en verzekeraars. Bij het maken van afspraken over wat goede zorg is, moeten daarom ook de verzeke-

raars betrokken worden. Zij hebben kennis over bestaande, ongewenste praktijkvariatie en zij kunnen bij de ontwikkeling van professionele standaarden aandacht houden voor doelmatigheid in de professionele standaard. Ik vind het daarom van belang dat zij erbij betrokken worden. De standaarden moeten gezamenlijk worden aangeboden. Geen van de belangen heeft de overhand boven het belang van een goede zorg voor de cliënten.

Ik ben van mening dat de farmaceutische industrie niet geheel geweerd hoeft te worden. Farmaceutische bedrijven hebben niet per se geen plaats. Het is belangrijk om, waar dit van meerwaarde is, kennis en expertise vanuit de farmaceutische industrie te benutten. Alle partijen hebben eigen belangen, ook de farmaceutische industrie. Die moeten worden meegewogen bij de keuzes in de ontwikkeling van de standaarden. In het verantwoordingsdocument dat bij de professionele standaard wordt ingediend, staat aangegeven waarom bepaalde keuzes gemaakt zijn. Transparantie is hierbij de beste waarborg. Overigens is dit ook het antwoord op de vraag hoe die transparantie wordt gewaarborgd, namelijk door middel van verantwoordingsdocumenten.

Wanneer worden gegevens over kwaliteit openbaar? Op dit moment zijn al gegevens openbaar die op basis van het Programma Zichtbare Zorg moesten worden aangeleverd. Het Kwaliteitsinstituut is bezig met de ontwikkeling van zowel een databank waarin gegevens over de meetinstrumenten moeten worden aangeleverd, alsook met een website waarop die gegevens zijn vertaald naar de keuze-informatie over kwaliteit. Die site zal vanaf 1 januari 2014 in de lucht zijn. Tot die tijd is kiesBeter.nl nog actief.

Wie controleert op naleving van de professionele standaarden? De naleving wordt op diverse manieren gesticuleerd. Doordat de professionele standaarden én de ledenversie daarvan in een openbaar register staan, kan de inspectie beter controleren of professionele standaarden worden nageleefd, kunnen zorgverzekeraars deze standaarden gebruiken bij hun inkoop en cliënten het gesprek over de zorg die zij mogen verwachten, aangaan in de spreekkamer. Daarnaast zal het Kwaliteitsinstituut bijdragen aan verspreiding van kennis over goede voorbeelden en professionele standaarden.

Is het wetsvoorstel zo te lezen dat, als het veld er niet uitkomt, het Kwaliteitsinstituut met een voorstel komt dat alsnog draagvlak heeft? Wanneer er een impasse ontstaat bij de ontwikkeling, zal de Adviescommissie Kwaliteit eerst proberen te bemiddelen. Mocht dat niets opleveren, dan kan het Kwaliteitsinstituut de adviescommissie de opdracht geven de professionele standaard te ontwikkelen. Dat zal de adviescommissie niet in een ivoren toren doen. Zij zal daarvoor experts uit het veld inschakelen en zij moet de veldpartijen consulteren. Op basis van die informatie wordt de professionele standaard opgesteld, die vervolgens wordt voorgelegd aan het veld. Het is echter niet zo dat de veldpartijen daar vervolgens hun goedkeuring aan moeten verlenen. Zij zijn hun doorslaggevende invloed in die zin dus kwijt wanneer het Kwaliteitsinstituut de regie overneemt. Ik verwacht daarom dat het veld zijn verantwoordelijkheid zelf zal oppakken. Overigens zal een professionele standaard die door het Kwaliteitsinstituut is opgesteld, waarschijnlijk geen grote verrassingen voor veldpartijen bevatten. De bestaande evidence en best practices zullen immers als basis voor de standaard dienen.

Schippers

Mevrouw Dijkstra vroeg wanneer er resultaten zijn van de pilots. De pilots hebben een looptijd van maximaal één jaar. Sommige kunnen eventueel met een jaar verlengd worden. Dit jaar kunnen de resultaten van de dan afgeronde pilots worden verwacht.

Ik heb een aantal amendementen becommentarieerd in de tekst. Ik heb er nog een paar amendementen bij gekregen. Ik hoop dat ik het goed op orde heb, maar dat blijkt niet het geval. Voorzitter, vindt u het goed als ik ze in tweede termijn bespreek? Ik heb hier antwoorden en allerlei losse amendementen liggen. Volgens mij gaat het sneller als ik het in tweede termijn doe.

De voorzitter:

Ja, realiseert u zich dat u daarmee een derde termijn riskeert, als er dan nog een probleem is?

Minister Schippers:

Klopt het dat de PVV een amendement op stuk nr. 20 heeft ingediend, waarmee wordt beoogd om twee aparte adviescommissies voor kwaliteit in te richten, één voor de curatieve zorg en één voor de langdurige zorg? Ik constateer dat dit klopt. Het is juist dat het idee initieel was om het in twee delen te splitsen: een curatief deel en care-deel. Daaraan refereerde mevrouw Agema. Dat was vanuit het oogpunt dat die twee zich in heel verschillende fases bevonden. Het care-deel had een enorme inhaalslag te maken ten opzichte van het curatieve deel. Toch hebben wij het niet gedaan, omdat wij meer overeenkomsten zagen dan verschillen. Curatieve zorg bestaat uit fysiotherapie, maar ook uit cardiologische zorg. Die hebben net zo weinig met elkaar te maken als bijvoorbeeld de behandeling in een verzorgingshuis. Daartussen zitten dus ook heel grote verschillen. Bovendien kent een ziekenhuisopname ook verzorging en verpleging als onderdeel van de behandeling. Eigenlijk zie je dat de cure en care nu al, maar zeker in de toekomst, steeds meer naar elkaar zullen groeien. Wij hebben dus heel scherp in de gaten gehouden in de adviescommissies dat daar een evenwichtige verdeling was, zodat wij daar uiteindelijk een goede taakverdeling zouden krijgen. De staatssecretaris gaat straks nader in op het werkplan en op het aandeel van de care daarin.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik vind dit toch een wat teleurstellende ontwikkeling, vooral ook omdat eerder in een algemeen overleg aangegeven was dat het twee adviescommissies zouden worden. Ik hoor het betoog van de minister, maar ik kan daar niet echt in meegaan, helemaal vanwege het programma dat nu al vaststaat voor dit jaar. Dat gaat over kindrobesitas, nierfalen, hartfalen, polyfarmacie, astma en COPD. Dat zijn allemaal heel belangrijke onderwerpen, maar het zijn allemaal cure-onderwerpen. Onze onrust is dus wel terecht. Ik verzoek de minister of zij haar standpunt wil heroverwegen.

Minister Schippers:

De staatssecretaris zal straks uitleggen waar dat verschil in zit. Daar zal ik nu niet nader op ingaan. Omdat ik erbij was en ik degene was die aan mevrouw Agema heb voorgesteld om het splitsen, zal ik haar aangeven waarom wij er uiteindelijk niet voor gekozen hebben om het splitsen. Het is veel meer verweven en de onderdelen hebben veel meer met elkaar te maken dan wij initieel dachten. Als je daar twee losse pijlers van maakt, loop je ook het gevaar

dat je de interactie kwijtraakt die je graag wilt tussen verzorging, verpleging en behandeling.

Dan kom ik op het amendement op stuk nr. 19 van de PVV, waarmee wordt beoogd de scheiding tussen pakket-beheer en het Kwaliteitsinstituut te verduidelijken. Ik ben het met de PVV eens dat deze scheiding helder moet zijn. Veldpartijen gaan gezamenlijk over de inhoud van de professionele standaard. Zorginstituut Nederland bepaalt of aan de procedurele eisen is voldaan. De politiek besluit of de zorg wel of niet in het basispakket hoort. Met het amendement wordt verduidelijkt dat Zorginstituut Nederland alleen procedureel mag toetsen. Ik zie het amendement als ondersteuning van mijn beleid. Ik laat het oordeel hierover aan de Kamer.

Het amendement-Leijten op stuk nr. 21 vervangt het amendement-Leijten op stuk nr. 13. Daarmee wordt een aanwijzingsbevoegdheid richting Zorginstituut Nederland beoogd. Die bevoegdheid heb ik al. Dat is geregeld in de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen. Daarom is het amendement overbodig.

Mevrouw Leijten (SP):

Het amendement-Leijten op stuk nr. 13 heb ik expres vervangen door het amendement-Leijten op stuk nr. 21, omdat ik iets heb toegevoegd aan de toelichting. De minister heeft inderdaad de mogelijkheid om in te grijpen in het kader van artikel 21 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen. Het gaat mij er echter om dat zij het ook kan overnemen. Het gaat dus verder. Ik geef de minister hiermee extra zeggenschap. Het gaat dus niet alleen om het vernietigen of het terugnemen van een besluit, maar om het overnemen. Het is niet zo dat ik het op voorhand niet vertrouw, maar ik wil dat de minister hiermee een politiek middel krijgt als het Zorginstituut Nederland iets doet wat tegen het belang van de volksgezondheid in zou kunnen gaan. Ik wil dat de minister het dan kan overnemen. Ik geef hiermee dus een extra bevoegdheid aan de minister. Ik zie niet in waarom daar zo krampachtig op gereageerd moet worden.

Minister Schippers:

Het gaat hierbij niet om de vraag of het krampachtig is, maar om de vraag waarom je taken bij een zbo neerlegt. Je legt zaken bij een zbo neer omdat zbo's onafhankelijk zijn. Anders had ik die taken zelf kunnen doen. Ik leg ze bij een zbo neer, omdat ik ze niet over wil nemen. Een aanwijzingsbevoegdheid is voldoende om te garanderen dat er geen dingen gebeuren die in tegenstrijd zijn met het belang van de zorg of de gezondheid of die in tegenstrijd zijn met andere belangen die wij hier met zijn allen formuleren. Met die aanwijzingsbevoegdheid wordt dus voldoende garantie geboden dat de dingen die mevrouw Leijten niet wil, niet gebeuren. Mevrouw Leijten wil dat ik die taken overneem, maar we leggen ze niet voor niets bij een zbo neer.

Mevrouw Leijten (SP):

Wat zou nou het bezwaar ertegen zijn om dit in een gereedschapskist van de minister te hebben? Dit hoeft niet te zeggen dat zij het moet toepassen. Zij kan alleen wel op een zeker moment de situatie overnemen. Een aanwijzing kan ook niet opgevolgd worden. Er kan een conflict ontstaan. Dat kan nog weleens acuut zijn. Het lijkt mij goed dat de minister het middel heeft om over te nemen. Dit hoeft niet in te houden dat zij het moet toepassen. De minister kan ook bij de NZa besluiten vernietigen. Dat wil

Schippers

helemaal niet zeggen dat de minister dat dagelijks doet. Sterker nog, dat heeft zij nog nooit gedaan. Het gaat om de vraag welke middelen je hebt of wilt hebben.

Minister Schippers:

We hebben deze taken bij een zbo neergelegd omdat ze onafhankelijk moeten worden uitgevoerd. Als ik ze zou overnemen, worden ze niet meer onafhankelijk uitgevoerd. Het is wel van belang dat ik een aanwijzing kan geven. Dat kan ik al. Er gebeurt dus helemaal niets waarvan wij met zijn allen zeggen dat het niet zou moeten. Daar kan ik immers al een aanwijzing op geven. Maar het overnemen van taken gaat mij net een stap te ver.

De voorzitter:

Mevrouw Leijten en de heer Mulder hebben nog een vraag. Mevrouw Leijten, ga uw gang, want wie het eerst komt, wie het eerst maalt.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik heb lang gekauwd op dit wetsvoorstel en ik heb mij telkens de vraag gesteld: wie wordt er nou eigenlijk gediend? Misschien zou de minister kort in twee zinnen duidelijk kunnen maken waarom dat wat er nog niet is, er moet komen. Wie wordt precies gediend met dit wetsvoorstel?

Minister Schippers:

Met dit wetsvoorstel is in de eerste plaats de patiënt gediend, want de patiënt krijgt zorg die veel meer vanuit zijn perspectief wordt geleverd omdat cliëntenorganisaties betrokken zijn bij het maken van de richtlijn. Omdat verzorgenden en verplegenden betrokken zijn bij de richtlijn, krijgt de patiënt ook veel betere verzorging. De verzorging en verpleging dragen namelijk ook die richtlijn. Er komen betere richtlijnen en daarmee is één groep het beste af, namelijk de cliënten. De tweede groep die hiermee goed af is, is die van de professionals. Door goede standaarden en richtlijnen weten zij namelijk veel beter wat gepaste zorg is en wat niet-gepaste zorg is. De professional kan daarvan wel afwijken, namelijk als hij beargumenteerd aangeeft dat een standaard niet van toepassing is op zijn patiënt. De professionals hebben dan echter wel een richtlijn, een guidance, een gids in hun werk. Dat is ontzettend belangrijk.

Het gaat dus om deze twee: de patiënten, voor wie de kwaliteit van zorg belangrijk is, en de professionals. Zij zijn degenen die het meest gebaat zijn bij deze wet.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik formuleer de vraag die ik al een paar keer heb gesteld, dan maar in concluderende zin. Ik begrijp dan niet waarom de minister datgene wat de SP voorstelt, namelijk om deze twee te positioneren als de eigenaar van de professionele standaard, afwijst. Het zijn niet de zorgaanbieders, want die hebben een organisatiebelang, en het zijn ook niet de zorgverzekeraars, want die hebben een inkoopbelang, dat heel erg kan ingaan tegen dat van de patiënt en zijn hulpverlener. Ik begrijp niet waarom de minister het voorstel afwijst om deze twee groepen, voor wie de wet zou moeten zijn, echt eigenaar te laten zijn van de professionele standaard. Dat vind ik een gemiste kans in dit wetsvoorstel.

Minister Schippers:

Het wetsvoorstel is heel bewust geformuleerd zoals het is geformuleerd. Bij sommige richtlijnen zullen bepaalde beroepsgroepen niet betrokken hoeven zijn omdat ze er niet mee van doen hebben. Bij andere richtlijnen moeten juist weer wel andere groepen betrokken zijn. We willen in ieder geval betrokkenheid van de cliënt. Die willen we niet, zoals de SP in de eerste termijn voorstelde, achteraf, waarbij de cliënt achteraf alleen maar kan zeggen: goed, niet goed of over. We willen de cliënt vanaf het begin betrekken bij het maken van de richtlijnen, zodat vermoeidheidsklachten worden meegenomen, zodat pijnbestrijding wordt meegenomen, zodat allerlei dingen die cliënten belangrijk vinden een grote, voorname rol krijgen in het maken van de richtlijnen. Dat vind ik ongelooflijk belangrijk.

Ik heb ook gezegd, en dat staat ook heel duidelijk in de memorie van toelichting, hoe deze richtlijnen moeten worden opgesteld. In deze wet staat heel duidelijk dat we de betrokkenheid van iedereen willen. In de memorie van toelichting van deze wet staat heel helder hoe we dat voor ons zien. We willen alleen niet de ene groep boven de andere stellen. We vinden alle groepen belangrijk. Allemaal moeten ze werken vanuit het cliëntenperspectief.

De voorzitter:

Mevrouw Leijten, dit is wel weer de derde keer.

Mevrouw Leijten (SP):

Als het patiëntenperspectief en het perspectief van de zorgprofessionals echt de kern zouden zijn, dan zou het geen enkele probleem zijn om de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars van tafel te halen bij het ontwikkelen van een zorgstandaard. En dat wordt nu pertinent door deze minister afgewezen. Dat is toch een beetje meel in de mond.

Minister Schippers:

Uiteindelijk moet een richtlijn of een zorgstandaard wel uitvoerbaar zijn in de organisatie waar die moet worden toegepast. Je kunt wel net doen alsof dat niet relevant is, maar als een organisatie er niet mee uit de voeten kan, dan heb je een groot probleem, bijvoorbeeld als een richtlijn totaal onbetaalbaar of ondoelmatig is. Het gaat om doelmatigheid. De kwaliteitsnorm kan gaan over heel dure zorg, over heel veel geld. Die hebben we ook. Dat is ook goed, zolang die maar doelmatig, kosteneffectief is. We vinden het belangrijk dat een behandeling kosteneffectief is. Daar heb je een verzekeraar voor nodig. Bovendien heeft een verzekeraar door de gegevens in zijn systeem een enorm goed zicht op gepast gebruik van zorg en ongepast gebruik van zorg. Het zou dus heel dom zijn om de verzekeraar ervan uit te sluiten, want dan mis je enorm veel kennis die je nodig hebt bij het maken van de richtlijnen.

De heer Anne Mulder (VVD):

Ik heb in mijn eerste termijn gevraagd of patiëntveiligheid een plek kan krijgen in de meerjarenagenda en het werkplan van het Kwaliteitsinstituut. Kan de minister daarop een toezegging doen?

Minister Schippers:

Ja. Ik dacht dat ik die al had gedaan, maar misschien heb ik het in alle snelheid niet gedaan. Ik kan het echter zeker toezeggen, want patiëntveiligheid is voor mij onderdeel van kwaliteit.

Schippers

De heer **Anne Mulder** (VVD):
Dank.

De voorzitter:

Ik dank de minister. Ik geef nu het woord aan de staatssecretaris voor zijn beantwoording in eerste termijn.



Staatssecretaris **Van Rijn**:

Voorzitter. De minister heeft in haar inleiding de noodzaak van de totstandkoming van het Kwaliteitsinstituut uitgebreid aangegeven. Die noodzaak geldt misschien nog wel meer voor de langdurige zorg. Een aantal leden van de Kamer heeft gevraagd of de care voldoende aandacht krijgt in het programma van het Kwaliteitsinstituut, of je dezelfde soort redeneringen van toepassing kunt verklaren in de care en in de cure en of het Kwaliteitsinstituut voor de care zal werken.

In de langdurige zorg werken veel mensen die allemaal heel betrokken zijn bij het welzijn van hun cliënten. Inderdaad is de individuele relatie tussen de zorgverlener en de cliënt in de langdurige zorg, misschien wel meer dan in de curatieve zorg, van grote invloed op de ervaren kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven. Soms wordt die individuele relatie aangegrepen als hét argument waarom er minder makkelijk of misschien wel geen professionele standaarden zoals richtlijnen zouden kunnen worden ontwikkeld voor de langdurige zorg. Het mag duidelijk dat ik het daar niet mee eens ben. De kwaliteit in de care is een zeer belangrijk onderwerp en zou hoger op de agenda moeten komen. Ik vind dat het Kwaliteitsinstituut daarin een heel belangrijke rol kan spelen. Juist voor de langdurige zorg zijn afspraken over wat goede zorg is van belang. De term "professionele standaarden" hoort daarbij. Dat geeft aan dat ook in de langdurige zorg op een professionele wijze met de kwaliteit moet worden omgegaan. Juist als er sprake is van een langdurige relatie is dat van belang. Als de kwaliteit niet goed is, heb je er simpel gezegd langer last van. Ook in de care kunnen wij ons baseren op diverse best practices in de langdurige zorg, zoals in de gehandicaptenzorg. De VGN wijst er ook op. Juist in de care is het van belang om de emancipatie van de beroepsgroep en de sector een stapje verder te helpen.

In de langdurige zorg zie je dat er nog veel praktijkvariatie is. Mevrouw Leijten gaf een heel mooi voorbeeld, toen zij de zoektocht naar een goed verpleeghuis beschreef. Je komt bij een paar instellingen terecht en je ziet dat de ene goed is en de andere niet goed is. Dat is een beetje een vorm van fingerspitzengefühl, maar kennelijk zijn er ook grote verschillen in praktijkvariatie onder dezelfde omstandigheden. Belangrijke taken van het Kwaliteitsinstituut de komende jaren op het gebied van de langdurige zorg zijn dan ook het doen van onderzoek naar de vraag hoe bepaald kan worden of een bepaalde goede praktijk een best practice genoemd kan worden, het verspreiden van kennis over die best practices en het stimuleren dat de best practices in professionele standaarden worden omgezet. Deze standaarden dienen ook in de care richtinggevend te zijn voor het professionele handelen van zorgverleners. Daarbij geldt overigens net als in de curatieve zorg dat er in het individuele zorgplan afspraken moeten worden gemaakt mede op basis van die standaard. Het blijft mensenwerk en geen protocollenzorg.

De heer Slob heeft gevraagd hoe er langzaam maar zeker een beter inzicht in de kwaliteit in de langdurige zorg

tot stand kan worden gebracht. Al eerder heeft uw Kamer via de motie-Van Dijk mij verzocht om een plan van aanpak voor de verbetering van het inzicht in de kwaliteit van de langdurige zorg. Ik ben het ermee eens dat het inzicht in de kwaliteit van de langdurige zorg moet worden verbeterd, dus niet alleen de kwaliteit, maar ook het inzicht daarin. Ik stuur u daarover dit voorjaar een brief, maar ik kan u nu alvast zeggen dat het Kwaliteitsinstituut bij het verbeteren van dat inzicht zeker een rol zal spelen door te stimuleren dat er afspraken over worden gemaakt hoe de kwaliteit van de zorg kan worden gemeten en hoe informatie over die kwaliteit kan worden gepubliceerd.

Zoals ik net al zei, wordt soms aangegeven dat de kwaliteit in de langdurige zorg niet goed kan worden gemeten. Het argument is dan dat langdurige zorg het leveren van bijdragen aan de kwaliteit van leven van cliënten is en dat nog veel meer factoren bijdragen aan die kwaliteit. Dat is waar, maar dat wil niet zeggen dat het niet gemeten kan worden. Ook in de curatieve zorg is de uitkomst van die zorg immers niet alleen afhankelijk van de wijze waarop de arts behandelt. Er zijn inmiddels in het eerdere programma Zichtbare Zorg ook indicatoren ontwikkeld, maar je moet het misschien wel iets anders doen. Ik kan mij voorstellen dat je andere methoden gebruikt: meer narratieve methoden in plaats of misschien wel naast de CQ-index. Ik denk dat het Kwaliteitsinstituut ook daarnaar verder onderzoek zou moeten doen. De kwaliteit in de care is inderdaad anders, misschien wat minder gemakkelijk, maar het moet wel en het moet ook meer gemeengoed worden. Mevrouw Agema wees er al op dat er soms meetbare zaken bij zitten. Hoe zit het met het voorkomen van drang en dwang, hoe zit het met valincidenten, hoe zit het met medicatieveiligheid, hoe zit het met decubitus, hoe zit het met de aanwezigheid van activiteiten, hoe zit het met ondervoeding? Daarnaast gaat het om zaken als het inschakelen van mantelzorg en vrijwilligerswerk. Hoe zit het met de medewerkerstevredenheid en cliënttevredenheid?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik heb een verduidelijkende vraag. De staatssecretaris noemt waardevolle zaken waar je naar moet kijken bij de professionele standaarden in de langdurige zorg, maar hij geeft ook aan dat het Kwaliteitsonderzoek er een heelboel onderzoek naar moet doen. Is het de bedoeling van de staatssecretaris dat het Kwaliteitsinstituut al dat onderzoek gaat doen? Of moet het veld het doen?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik denk dat het vooral het veld zal zijn dat het onderzoek zal doen, overigens ook gestimuleerd door het Kwaliteitsinstituut. Mevrouw Bruins Slot heeft gezegd dat het instituut dat niet te vroeg moet overnemen. Dat ben ik met haar eens. Het Kwaliteitsinstituut moet het niet te snel overnemen omdat er nog zaken ontwikkeld moeten worden.

Mevrouw Bruins Slot heeft gevraagd hoe we de betrokkenheid van verpleegkundigen en verzorgenden bij de werking van het Kwaliteitsinstituut kunnen versterken. Het instituut kan een bijdrage leveren aan het versterken van die betrokkenheid. Met misschien te grote woorden kun je spreken van het verder versterken van de emancipatie van de sector en de verpleegkundigen en de verzorgenden. Zij zijn degenen die in de langdurige zorg de meest directe relatie met de cliënt hebben. Daarom is hun betrokkenheid in het toetsingskader van het Kwaliteitsinsti-

Van Rijn

tuut als een voorwaarde gesteld voor de ontwikkeling van de standaarden. Ook voor de langdurige zorg benadruk ik dat het Kwaliteitsinstituut niet van voren af aan begint. Er is al veel bereikt. Ik noem bijvoorbeeld het normenkader voor verantwoorde zorg. Maar er is nog heel veel te bereiken. Daarom ben ik blij dat wij vandaag over het wetsvoorstel praten dat de bevoegdheden van het Kwaliteitsinstituut regelt en dat een impuls kan zijn voor een scherper aan de wind varen voor de kwaliteit in de care.

Ik kom op de beantwoording van specifieke vragen. Een daarvan heb ik al een beetje behandeld. Hoe ga ik ervoor zorgen dat de ontwikkeling van standaarden voor de care tot stand komt? Hoe zorg ik ervoor dat de beroepsgroepen eigenaar van het Kwaliteitsinstituut worden? Het Kwaliteitsinstituut kent geen eigenaren als zodanig, maar het zorgt er wel voor dat beroepsgroepen, ook uit de langdurige zorg, onder wie verpleegkundigen en verzorgenden, beter betrokken worden bij de ontwikkeling van afspraken over wat goede zorg is. Die betrokkenheid is een eis in het toetsingskader. Het Kwaliteitsinstituut zal controleren of zij erbij betrokken zijn geweest. Het instituut spreekt met de diverse partijen, waaronder de V&VN, om te bekijken hoe die betrokkenheid bij de standaarden het best tot stand kan komen. Daarbij wordt geluisterd naar de opvattingen van de beroepsgroep zelf. Daarnaast zal het Kwaliteitsinstituut zich samen met ZonMw richten op meer onderzoek naar best practices in de langdurige zorg. Dat kan bijdragen aan een verdere ontwikkeling van die standaarden. Ik ben het erg eens met de opmerking van mevrouw Bruins Slot: het betekent dat het Kwaliteitsinstituut het niet te snel moet overnemen van het veld.

Er is een aantal opmerkingen gemaakt als zou het Kwaliteitsinstituut zich te veel op de cure richten. Hoe voorkomen wij dat dit scheefgroeit? Een deel van het antwoord is al door de minister gegeven. De kwaliteitsontwikkeling in de care is misschien anders en misschien wat minder gemakkelijk, maar moet er wel een paar tandjes bij krijgen. In het werkprogramma van het Kwaliteitsinstituut staan heel veel dingen die in de cure zijn ontwikkeld en die tot standaarden leiden. De ontwikkeling van carestandaarden zit nog heel erg in de onderzoeksfase. Dat is helemaal niet erg. Het betekent dat wij daar het been moeten bijtrekken. Waar wij in de cure al echt bezig zijn met standaardiseren, publiceren en registreren, zijn wij in de care op een aantal plekken nog echt bezig met onderzoek. Tegen mevrouw Agema zeg ik dat dit niet betekent dat de care er een beetje voor spek en bonen bij zit. Ik weet niet of zij wel eens spek en bonen heeft gegeten, maar dat vergeet je niet snel.

De voorzitter:

Ik kan er nu van alles bij bedenken, maar ik geef toch maar het woord aan mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik ben niet zo heel vlegig, maar ik zal het eens proberen.

Ik zou heel graag mijn fractie adviseren om voor deze wet te stemmen. Ik heb in mijn eerste termijn een aantal haakjes genoemd. Ik heb zojuist van de minister gehoord dat een van onze amendementen het advies oordeel Kamer krijgt, waarmee een van de haakjes is opgelost. Twee andere staan nog. Eentje betreft deze adviescommissie. Er is er nu een van, geen twee. Ik zou mij er graag van willen laten overtuigen dat ons amendement daarover overbodig is, maar ik ben daar nog niet van overtuigd. Wij zien dat het het werkprogramma zich vooral richt op al-

lerlei onderwerpen die betrekking hebben op de cure. De reden dat wij aanvankelijk voor deze wet waren, is dat er heel veel programma's zijn in de langdurige zorg ten aanzien van bijvoorbeeld ondervoeding, uitdroging en doorligwonden. Die programma's zijn heel succesvol in de instellingen die ze gebruiken. Wij willen heel graag dat deze programma's landelijk worden ingevoerd, omdat juist die de kwaliteit omhoog zullen brengen.

De voorzitter:

Wat is uw vraag mevrouw Agema?

Mevrouw Agema (PVV):

Sorry, het is echt een lange interruptie. Ik begrijp het. Maar misschien is het dan in één keer duidelijk. Ik vraag de staatssecretaris mij te overtuigen. Kan hij mijn zorgen wegnemen, vooral met betrekking tot deze zo belangrijke standaarden?

Staatssecretaris Van Rijn:

Sommige best practices zijn al bewezen. Het Kwaliteitsinstituut kijkt dan of zij voldoen aan de voorwaarden die worden gesteld aan de totstandkoming van dat soort standaarden, zoals of de beroepsgroep voldoende betrokken is en of de resultaten voldoende meetbaar zijn. Als dat het geval is, kan het Kwaliteitsinstituut die best practice tot standaard verheffen. Het is van groot belang dat dit juist in de care gebeurt. Er zijn vele best practices, maar wij moeten nog wel even kijken of die echt als best practice kunnen worden bestempeld. Wij constateren namelijk ook dat het soms heel lang duurt voordat iets daadwerkelijk tot stand komt in de sector.

Ik zal een vergelijkbaar voorbeeld geven uit de care. Er is vele jaren gediscussieerd over de beste behandeling van borstkanker. Heeft jaren geduurd, misschien wel veertien jaar, voordat dit tot een standaard heeft geleid die breed in de sector wordt gebruikt. Er zijn ook in de care inmiddels heel goede voorbeelden – mevrouw Agema noemde ze al – bijvoorbeeld rond ondervoeding, valincidenten en inschakeling van mantelzorgers en vrijwilligers bij het werk van een care-instelling. Ik denk dat het heel goed is om na te gaan of dit echt best practices zijn. Is de beroepsgroep voldoende betrokken geweest? Zijn de resultaten meetbaar? Als dat het geval is, staat niets in de weg om die zo snel mogelijk, gebruik makend van de ervaringen in het veld, in te brengen. Overigens ben ik bereid, misschien wel op verzoek van mevrouw Agema, om nog eens met het Kwaliteitsinstituut te bezien of dit nog wat beter, harder en steviger in het werkprogramma kan worden verwoord.

Mevrouw Agema (PVV):

De staatssecretaris komt een heel klein beetje onze kant op, maar ik vind het nog niet voldoende. Die richtlijnen zijn al de best practices. Wij kunnen het ons niet veroorloven om daar nog jaren mee te wachten. De staatssecretaris zegt dat hij wil kijken. Ik vraag hem om wat concreter te zijn, of hij de toezegging wat scherper kan aanzetten. Wellicht kan hij de Kamer toezeggen dat het Kwaliteitsinstituut een inspanningsverplichting krijgt om in elk geval de bewezen effectieve richtlijnen tegen ondervoeding, uitdroging en doorligwonden prioritair te behandelen en ze in het werkprogramma voor dit jaar op te nemen.

Van Rijn

Staatssecretaris Van Rijn:

Ik wil die inspanning wel doen, maar ik plaats er één kanttekening bij. De kern van het Kwaliteitsinstituut is dat het via een gestandaardiseerde methode probeert te definiëren wat goede kwaliteit is. Dat betekent dat je dit methodisch doet en wetenschappelijk goed onderbouwd, dat je de verschillende beroepsgroepen erbij betrekt en dat je het resultaat meetbaar maakt. Als er in de praktijk best practices zijn die aan die eisen voldoen, is er niets tegen om die met voorrang door het Kwaliteitsinstituut te laten toetsen en vervolgens te besluiten om die tot standaard te verheffen. Maar ik vind wel dat het Kwaliteitsinstituut moet kijken of dat ook echt voldoet aan de standaarden die wij met zijn allen stellen.

De voorzitter:

Mevrouw Leijten.

Mevrouw Agema (PVV):

Het is "mevrouw Agema". Dit was overigens mijn eerste interruptie.

De voorzitter:

Excuses. Excuses.

Mevrouw Agema (PVV):

Mag ik het dan iets concreter vragen? Is dit een toezegging dat de staatssecretaris binnen een afzienbare termijn, binnen een aantal weken, hierover met een voorstel naar de Kamer komt?

Staatssecretaris Van Rijn:

Ik kan toezeggen dat ik met het Kwaliteitsinstituut zal bespreken of er een aanvulling op het werkplan kan komen waarin met name staat hoe tot een versnelde procedure kan worden gekomen om de best practices in het veld tot standaard te maken.

De heer Slob (ChristenUnie):

Er is inderdaad zorg over de vraag of er vanuit het Kwaliteitsinstituut wel voldoende aandacht is voor de care. Ik kan goed volgen hoe de staatssecretaris daar nu op reageert. Hij neemt een deel van de zorgen weg, maar het is ongelooflijk belangrijk dat goed inzichtelijk wordt gemaakt dat het Kwaliteitsinstituut dat ook echt gaat oppakken. Dat kan natuurlijk in de werkprogramma's maar ook in de meerjarenagenda. Daarin kan het expliciet rapporteren over caregerelateerde onderwerpen. Wil de staatssecretaris doorgeven dat dat een wens is vanuit de Kamer? Eventueel kunnen wij die ook via een motie uitspreken. Dat kan het vertrouwen in het instituut ontzettend versterken, ook van alle mensen die in de care werkzaam zijn. Dat hebben wij nu nodig om een goede start te kunnen maken.

Staatssecretaris Van Rijn:

Dat zeg ik de heer Slob bij dezen toe.

De voorzitter:

"Mevrouw Agema" zou ik bijna willen zeggen, maar ik bedoel natuurlijk "mevrouw Leijten".

Mevrouw Leijten (SP):

Sommige grapjes zijn leuker dan andere, niks ten nadele van mevrouw Agema.

Ik had gevraagd hoe de staatssecretaris het been gaat bijtrekken, maar in de interrupties die al geweest zijn, is die vraag al beantwoord. Maar dan hebben wij het volgende probleem. Wij hebben een heel goede module over omgaan met ondervoeding bij doorligwonden. De voorzitter weet daar overigens alles van als oud-woordvoerder. Dat was ook altijd een succes in zorginstellingen waar dat werd opgepakt, omdat die dat vrijwillig deden. Er werd altijd uitgegaan van zelfregulering in de sector. Er waren dan wel wat subsidies, maar niet iedereen deed daaraan mee. Wat is nou de garantie voor de staatssecretaris dat de succesvolle programma's die zich bewezen hebben en geëvalueerd zijn, tot professionele zorgstandaard worden verheven wanneer die straks op de tafel komen waaraan de zorgaanbieders ook beslissen?

Staatssecretaris Van Rijn:

Ik veronderstel maar even wat, maar misschien zit het probleem juist in een punt dat mevrouw Leijten zelf heeft aangedragen. Zij zei het volgende. Als je tot standaardontwikkeling komt die onvoldoende met de beroepsgroep is doorgesproken, dan zul je bij het vaststellen van een standaard of een best practice het probleem hebben dat een bepaalde groep dat misschien wel heel mooi vindt, maar dat er onvoldoende draagvlak is in de beroepsgroep en er dus vertraging optreedt bij de implementatie. Dat is nou juist zo mooi van een Kwaliteitsinstituut. Dat kijkt of er best practices zijn in het veld. Daar worden de vragen op losgelaten of dat een beetje gestandaardiseerd gebeurt, of dat wetenschappelijk onderbouwd is en of de beroepsgroep is betrokken. Als het Kwaliteitsinstituut dan – hopelijk snel – kan zeggen of het een standaard wordt, ook voor de care, dan is er niet alleen een standaard die is vastgesteld, maar ook eentje die op zodanig draagvlak in de sector kan rekenen dat die met de nodige snelheid wordt geïmplementeerd.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik was bang voor iets anders. Stel er is een bepaalde werkwijze die in de praktijk is getoetst en die wordt gedragen door beroepsgroepen. Gezien zijn geschiedenis in de gezondheidszorg, op het ministerie en als toezichthouder van een grote zorginstelling moet de staatssecretaris weten dat dat bestaat. Wat is dan altijd de politieke discussie geweest als het ging om de vraag waarom iets niet in de hele sector werd opgenomen? Dat is omdat het om zelfregulering zou gaan. Garandeert de staatssecretaris dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars geen kwalitatieve werkwijzen voor bewoners tegenhouden die getest zijn en waarvan wij weten dat ze lukken, als de beroepsgroepen zeggen die te willen?

Staatssecretaris Van Rijn:

Dat is toch juist een van de beweegredenen om te komen tot het Kwaliteitsinstituut? Dat doen we niet omdat er al heel veel best practices zijn, maar juist om met doorzettingsmacht voor elkaar te brengen dat standaarden worden ontwikkeld, dat standaarden wetenschappelijk zijn onderbouwd, dat de beroepsgroep erbij betrokken is, dat zorgaanbieders erbij betrokken zijn en dat goede standaarden geïmplementeerd kunnen worden. Ik ben ervan overtuigd dat er, als dit de werking van het Kwaliteitsinstituut is, een snellere manier van kwaliteitsontwikkeling in de care zal plaatsvinden.

Van Rijn

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Dank voor de toezegging van de staatssecretaris om juist te zorgen voor een impuls en voor aandacht voor de langdurige zorg in het Kwaliteitsinstituut. Kan hij, ter lering, ook nog aangeven hoe het komt dat dit tot nu toe bij de gehandicaptenzorg en andere organisaties onvoldoende uit de verf kwam, en het bevreemding wekte dat dit niet tot uitdrukking kwam in de meerjarenagenda?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik denk dat het denken in termen van kwaliteit, het systematisch denken aan kwaliteit en het ontwikkelen van standaarden in de cure, ook door de aard van het vak, misschien iets verder is gevorderd. Daardoor kan men eerder tot standaardisering komen. In de care is nog veel discussie over de vraag hoe je precies moet meten, welke groepen daarbij betrokken zijn en hoe je moet omgaan met langdurige cliënt-zorgverlenersrelaties. Ik kom daar straks nog even over te spreken. Als je de jeugdsector erbij trekt, kun je nog een andere analyse maken. Dat been moet dus een stukje worden bijgetrokken. Er zijn veel best practices, maar er is misschien nog niet zo veel gesystematiseerd nagedacht over de vraag hoe je die ontwikkelt tot een standaard die kan gelden voor de hele sector en niet alleen voor een, twee of enkele instellingen. Daarom ben ik helemaal niet zo bevreemd voor het signaal dat de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland afgeeft. Als de standaard, de best practice die daar ontwikkeld is, voldoet aan de eisen die het Kwaliteitsinstituut stelt – is het meetbaar, is de beroepsgroep goed betrokken, kunnen we het voor de hele sector invoeren? – dan voorzie ik een vrij snelle procedure. Nogmaals, met het timmermansoog bekijken zie ik daar geen groot probleem.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Dat is heel goed, maar juist als er een achterstand is, als er een been bijgetrokken moet worden, mag je verwachten dat de aanjagende rol van het Kwaliteitsinstituut inhoudt dat het instituut er extra aandacht aan gaat besteden.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Dat is ook de reden waarom ik mij met het Kwaliteitsinstituut zal verstaan om die aandacht tot uitdrukking te brengen, niet alleen in het werkplan maar ook in het meerjarenplan, zoals zojuist is gevraagd.

Ik doe een poging om het laatste haakje bij mevrouw Agema weg te halen rondom de twee adviescommissies. De minister heeft daar al een aantal zaken over gezegd, die ik niet zal herhalen. De focus ligt in de care anders, maar ik denk dat de methode om verbetering en transparantie tot stand te brengen, niet wezenlijk anders is dan de processen in de curatieve zorg. De zorg aan individuele cliënten in de cure en die in de care lopen steeds vaker naast elkaar, bijvoorbeeld bij ouderen. Het is daarom ook van belang dat beide sectoren van elkaar kunnen leren. Door te kiezen voor één commissie, kan de onderlinge kennisdeling op gang komen. Zo kan bijvoorbeeld de cure nog veel leren van de intensieve band en de wijze van communiceren tussen cliënten en zorgverleners in de care. Dat geldt ook voor de brede blik op de cliënt. Niet alleen de zorg, maar ook de kwaliteit van leven staat centraal. Dat kan meer doorklinken in de cure. De care kan nog veel leren van het systematische kwaliteitsdenken dat in de curesector wat verder voortgeschreden is. Ik ben er dus van overtuigd juist het instellen van één commissie

de impuls voor de kwaliteit in de langdurige zorg verder zal kunnen versterken.

Een aantal leden heeft gevraagd of het Kwaliteitsinstituut zich ook richt op de Wmo. Professionele standaarden beschrijven wat goede zorg is vanuit een bepaalde zorgvraag. Die zorgvraag moet centraal staan en niet de wijze waarop de zorg wordt gefinancierd. De reikwijdte van de bevoegdheden van het Kwaliteitsinstituut zijn nu gelinkt aan de AWBZ in de Zorgverzekeringswet, maar wanneer grote delen van de AWBZ overgaan naar de Wmo, moet inderdaad voorkomen worden dat de aandacht voor de verbetering van de kwaliteit in de langdurige zorg afneemt. Ik kan mij daarom voorstellen dat het Kwaliteitsinstituut voor de onderdelen die uit de AWBZ overgaan naar de Wmo wel een rol blijft spelen. Ik zal de Kamer daarover in het kader van de overheveling langdurige zorg nader informeren.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

De staatssecretaris zegt heel duidelijk dat het niet gaat om de financiering, maar om de geleverde zorg. Het punt is dat de Wmo bij de gemeenten ligt. Worden de zorgstandaarden door gemeenten overgenomen? Hoe wordt geborgd dat de standaarden die bij het Kwaliteitsinstituut tot stand komen worden uitgedragen?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

We zijn in het kader van de nieuwe Jeugdwet uitgebreid in overleg met de VNG om te bekijken welke kwaliteitswaarborgen in de wet moeten zitten. Ik heb er goede hoop op dat wij het eens zullen worden over één landelijk kwaliteitskader, ook voor de zorg die in dat kader wordt geleverd, en dat er passend toezicht zal komen. Ik ben daarover positief gestemd.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Kan de staatssecretaris nog iets duidelijker maken hoe dat eruitziet?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

De kwaliteitseisen die aan de beroepsgroep worden gesteld zullen dezelfde zijn, ook als men in het kader van de Wmo werkt. Er zal landelijk toezicht op kunnen worden uitgeoefend.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Het is belangrijk om dit verder uit te werken. Als gemeenten de beleidsvrijheid krijgen om de Wmo zelf in te vullen, vraag ik mij af in hoeverre we kunnen tegengaan dat de kwaliteitsstandaarden niet worden gehanteerd.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

We komen hierover uitgebreid te spreken bij de behandeling van de nieuwe Jeugdwet. Dit is een heel belangrijk onderwerp daarbij. Je kunt de zorg op heel veel verschillende manieren organiseren. We willen de gemeenten juist heel veel beleidsvrijheid geven in de wijze waarop de zorg georganiseerd kan worden. Dat moet ook, want alleen op die manier kunnen zij integrale zorg verlenen. Als zij dan zorg inroepen van een bepaalde beroepsgroep of een bepaalde manier van zorg, zullen aan die beroepsgroep of aan die wijze van zorg de kwaliteitseisen gesteld moeten worden die horen bij het vak. Daarover is niet zo veel discussie. De vraag is hoe je dat in de nieuwe Jeugdwet verwoordt en regelt en hoe je daarop toezicht uitoefent. We voeren daarover constructief overleg met

Van Rijn

de VNG. Ik stel mij voor dat dit bij de behandeling van de Jeugdwet in deze Kamer een expliciet onderwerp van discussie zal zijn. Ik ben daarvan zelfs overtuigd, want er zit een aantal kwaliteitsparagrafen in diezelfde wet.

De voorzitter:

Ik denk dat dit een goede suggestie is van de staatssecretaris, mevrouw Dijkstra. Ik denk dat dit ook geldt voor de overheveling naar de Wmo.

De heer Van der Staaij (SGP):

Begrijp ik goed dat de staatssecretaris op de overheveling naar de Wmo zal terugkomen in de hoofdlijnenbrief met de intentie om te bezien of de werking van deze wet ook op die domeinen betrekking kan krijgen?

Staatssecretaris Van Rijn:

Dat klopt.

De heer Slob (ChristenUnie):

Ik ben heel blij met dit antwoord, maar wij krijgen van organisaties door, waaronder Alzheimer Nederland, dat ze contact hebben gehad met het Kwaliteitsinstituut en dat het instituut heeft aangegeven dat het daarvoor niet de wettelijke mogelijkheden heeft. Het is van belang dat dit heel duidelijk wordt vastgesteld. Als dit wetsvoorstel wordt aangenomen, is die ruimte er dan op het moment dat dit soort initiatieven en decentralisaties gaan plaatsvinden?

Staatssecretaris Van Rijn:

Het Kwaliteitsinstituut test op dit moment de toepasbaarheid van het toetsingskader kwaliteit in de praktijk. Dat bouwt voort op het model zorgstandaarden van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Er is een zorgstandaard dementie ontwikkeld op basis van dit model. Daarin komt zowel cure als care aan bod. Ik verwacht dat dit toetsingskader flexibel genoeg is om dat te kunnen honoreren. Ik zie eerlijk gezegd weinig problemen als het gewoon voldoet aan de standaarden die we met het Kwaliteitsinstituut aan het zetten zijn.

De heer Slob (ChristenUnie):

De staatssecretaris verwacht dat het flexibel genoeg is. Wij moeten beslissen over een wetsvoorstel waarbij deze discussie gevoerd wordt en willen duidelijkheid hebben op dit punt. Het is van belang dat we dit heel nauwkeurig kunnen vaststellen voordat wij voor of tegen het wetsvoorstel moeten stemmen, dat nogal wat implicaties heeft.

Staatssecretaris Van Rijn:

Een ding is erg van belang. We beogen met het Kwaliteitsinstituut dat kwaliteitsstandaarden aan de hand van een standaardmethode worden ontwikkeld. Ik heb het al een paar keer herhaald: wetenschappelijke standaarden, betrokkenheid van de beroepsgroep, een manier om te meten. Het lijkt mij erg goed dat het Kwaliteitsinstituut borgt dat kwaliteitsstandaarden op een gestandaardiseerde manier worden vastgesteld met betrokkenheid van degenen die erbij betrokken moeten worden. Er zijn inmiddels waarschijnlijk al standaarden en best practices. Iedereen die deze gemaakt heeft, zal vragen: ik krijg er toch geen last van dat dat Kwaliteitsinstituut er komt en dat het misschien een andere opvatting heeft over de best practices die ik al heb uitgevonden? Als de best practices die

al ontwikkeld zijn in het veld, voldoen aan de normen die het Kwaliteitsinstituut stelt, is er geen probleem. Ik kan mij voorstellen dat iedereen die nu iets ontwikkeld heeft, zegt: ik ben eigenlijk al klaar; ik wil geen last hebben van het Kwaliteitsinstituut. Ik denk dat daar een simpele stap tussen zit. Als de standaard, het protocol of de best practice voldoet aan de eisen die we in de Kamer stellen bij aanneming van het wetsvoorstel, is er geen probleem. Als er wel een vraag is, bijvoorbeeld of de beroepsgroep erbij betrokken is, zal het Kwaliteitsinstituut die best practice niet overnemen, maar tegen de betrokken sector zeggen: toon maar aan dat die best practice tot stand is gekomen volgens de standaarden die wij daarvoor vastgesteld hebben; als je dat kunt aantonen, is er helemaal geen probleem.

Mevrouw Agema (PVV):

De staatssecretaris zegt in de hoofdlijnenbrief terug te zullen komen op de reikwijdte van de wet, vooral met betrekking tot de Wmo. Kan de staatssecretaris alvast een tipje van de sluier oplichten? Wat is zijn intentie? Strookt zijn intentie met de wens dat de nieuwe wet ook betrekking moet hebben op de Wmo? Die wens wordt immers toch wel breed gedragen in de Kamer.

Staatssecretaris Van Rijn:

Ik zie weinig verschil tussen de intentie van de Kamer en die van mijzelf op dit punt.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik wil het toch helemaal scherp hebben. Hoe verhouden deze professionele standaarden zich straks tot de gemeentelijke beleidsvrijheid?

Staatssecretaris Van Rijn:

Je kunt op verschillende manieren naar de gemeentelijke beleidsvrijheid kijken. Wij willen dat de gemeente zo vrij mogelijk is om de zorg dicht bij de burger te organiseren in combinatie met andere voorzieningen op gemeentelijk niveau, zodat sprake is van integrale zorg. Als onderdeel van dat zorgpakket – dit kan per gemeente verschillen, afhankelijk van de bewoners, de wijk, de buurtzorg – worden er zorgwerkers ingeschakeld. Zij moeten voldoen aan de professionele eisen die de beroepsgroep stelt en aan de standaarden van het Kwaliteitsinstituut. De gemeenten zullen beleidsvrijheid krijgen – die moeten zij ook hebben – om op eigen wijze de zorg te organiseren in hun plaats, hun wijk, hun buurt. Als er dan zorg ingeschakeld wordt, moet deze natuurlijk voldoen aan de kwaliteitseisen die daaraan gesteld zijn. Daar kan geen discussie over bestaan.

We moeten voorkomen – die discussie voeren we nu met de VNG – dat er een wirwar van kwaliteitseisen komt. Wij streven ernaar het eens te worden en een kwaliteitskader in te stellen dat landelijk geldt, met een eenduidige vorm van toezicht.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Daar zit inderdaad de crux. De staatssecretaris zegt nu dat de gemeente het proces mag organiseren en dat dit de meest efficiënte manier is om het zorgproces te organiseren. Tegelijkertijd zegt hij dat we niet 418 gemeenten moeten krijgen met eigen kwaliteitseisen voor langdurige zorg. Heb ik dat zo goed begrepen? Gaan we uiteindelijk toe naar één kwaliteitseis die alle gemeenten in ieder geval als minimumvoorwaarde zullen hanteren?

Van Rijn

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Laat ik een voorbeeld geven. Wij willen allemaal dat er op wijk- en buurniveau integrale ouderenzorg plaatsvindt. Soms is dat begeleiding, soms is dat verzorging en soms is dat verpleging. Dat zullen gemeenten misschien op verschillende manieren organiseren, maar als er een verpleegkundige wordt ingeschakeld in die wijk- en buurtzorg, moet die toch voldoen aan de professionele eisen die voor dat vak worden gesteld?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Bij vorige overhevelingsdiscussies is altijd gezegd dat de reikwijdte van het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt ingeperkt; het toezicht stopt op dit punt omdat het de beleidsvrijheid van de gemeente betreft. Begrijp ik nu goed uit de antwoorden van de staatssecretaris dat de inspectie bij de overheveling van de huidige AWBZ-taken naar de gemeenten toch toezicht zal houden? Dat is immers een onderdeel van het voorstel van het Kwaliteitsinstituut. Het is een professionele standaard: dat wordt getoetst door de inspectie.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Als er zorg wordt verleend door beroepsgroepen die moeten voldoen aan de professionele standaarden en het Kwaliteitsinstituut heeft daar standaarden voor opgesteld, dan vindt daar natuurlijk ook toezicht op plaats. Dit is overigens niet veel anders dan nu. Ik wijs even op het gebied van de jeugdzorg. Die zorg valt nu onder verantwoordelijkheid van de provincies en deels onder die van de grote steden en gemeenten. Er zijn inspectierapporten over het functioneren van de jeugdzorg in een instelling. Die rapporten worden uitgebracht en soms worden er ook maatregelen genomen. De provincies en de gemeenten worden daarvan op de hoogte gesteld.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik zie dit als een eerste winstpunt. Het feit dat de inspectie geen toezicht meer moest houden, was een van de grote struikelblokken voor de Kamer vorig jaar bij het toenmalige wetsvoorstel voor de overheveling van begeleiding naar de gemeenten. Dat is nu dus geregeld. Het is fijn dat dit in ieder geval opgehelderd is.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Wees gerust. Wij zullen nog uitgebreid te spreken komen over alle wetsvoorstellen die te maken hebben met de overheveling van de Wmo. Ik heb zomaar het idee dat mevrouw Leijten dan nog uitgebreid zal vragen of het allemaal wel goed geregeld is.

De **voorzitter**:

Dit is bijna uitlokking.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Dat was niet mijn bedoeling, voorzitter.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik heb een vraag ter verduidelijking. De zorg die overal, landelijk, verleend wordt, moet aan kwaliteitsvoorwaarden voldoen. Met dit wetsvoorstel wordt bekeken op welke wijze dat beter kan. Men valt al onder het toezicht van de IGZ en dat houden wij ook zo. Daar verandert dus eigenlijk niets in als je dit overhevelt naar de gemeenten. Zijn er nu nog vormen van zorg die overgeheveld worden naar de Wmo, die niet onder de standaardprotocollen en

het toezicht gaan vallen? Als dit zo is, welke vormen van zorg zijn dat dan? Wil de staatssecretaris voor die vormen van zorg met lokale aanbieders en de VNG om tafel gaan zitten om te bezien hoe men daarnaar kijkt?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik kan mij dit voorstellen. Deze discussie speelt een beetje bij de jeugdzorg. Er zijn allerlei methoden en technieken van preventieve zorg die nog sterk in ontwikkeling zijn en nog niet uitgevoerd worden door bijvoorbeeld BIG-deskundigen. Daarbij wordt nog heel erg geëxperimenteerd met nieuwe vormen van zorg die nog niet onder zo'n standaard vallen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik dank de staatssecretaris voor het duidelijke antwoord. Is de staatssecretaris bereid om deze vormen van zorg en eventueel andere vormen van zorg van de Wmo, waarvan nog niet helemaal duidelijk is welke standaard daarvoor geldt en op welke wijze wij die gaan toetsen, mee te nemen in het overleg over de overheveling? Dan wordt het vooral een proces dat vanuit het veld zelf op gang komt. Volgens mij moeten wij in de Kamer namelijk niet gaan bepalen op welke wijze dit allemaal geregeld moet worden.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik ben het daarmee eens. Laten wij in dezen ook een beetje vertrouwen op de professionalisering van de verschillende beroepsgroepen. Er zullen veel meer verschillende zorgvormen ontstaan, juist om lokaal, maat- en buurtgericht, zorg te kunnen verlenen. Die zorgverlening kan ook plaatsvinden in combinatie met maatschappelijk werk, jeugdhulpverlening en -participatie. Er zullen nieuwe professionals ontstaan die daarin deskundigheid en expertise ontwikkelen. Zij zullen vervolgens vanuit hun professionaliteit weer komen tot best practices, voorbeelden en standaarden die verder ontwikkeld moeten worden. Misschien zou je het in de grossen en ganzen een beetje zo kunnen zien dat wij in de cure al heel ver zijn met het kwaliteitsdenken en de manier waarop je dat verder kunt standaardiseren. In de care zijn er wel al heel veel best practices, maar eigenlijk moet daar een tandje bij, zodat wij op dezelfde manier kwaliteit realiseren. Op het gebied van de jeugdzorg, bijvoorbeeld, is zowel de professionalisering van de sector als de ontwikkeling van standaarden voor jeugdzorg nog in een vroeger stadium van ontwikkeling. Met die verschillende ontwikkelingsstadia in de sector zullen wij in de komende periode een beetje rekening moeten gaan houden. Het is erg goed dat het Kwaliteitsinstituut er komt. Dat kan niet alleen kwaliteitsdiscussies stimuleren, maar de standaarden die er inmiddels zijn, ook certificeren.

Mevrouw **Bouwmeester** vroeg of ik in gesprek wil gaan met het zorgkantoor dat de instelling De Hoven contracteert. Door de opstelling van het zorgkantoor dreigt het experiment in het kader van regelvrije instellingen in het water te vallen. Mijn ambtenaren zijn nauw betrokken bij deze pilot. Wij zijn op de hoogte van de problematiek en hebben hierover in december al gesproken met het zorgkantoor. Er wordt nog verder gesproken met Zorgverzekeraars Nederland. Mijn insteek daarbij is dat het experiment de ruimte moet krijgen om daadwerkelijk resultaat te kunnen blijven boeken.

Van Rijn

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik hoorde de staatssecretaris twee keer zeggen dat een van de voordelen kan zijn dat het kwaliteitsdenken in de care versterkt wordt door het Kwaliteitsinstituut. Wat bedoelt hij daar precies mee? Werken mensen daar niet op basis van kwaliteitsbesef en hun opleiding? Of versta ik het verkeerd?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik dacht dat wij het daarstraks erover eens waren dat er heel veel best practices zijn die wij bij de ontwikkeling van de kwaliteit, ook in de care, kunnen gebruiken. Wij zijn het ook erover eens dat er nog heel veel praktijkvariatie is wat betreft de kwaliteit van care-instellingen. Het Kwaliteitsinstituut zou bestaande best practices in het zonnetje kunnen zetten zodat wordt gezegd: dit is een best practice die wij kunnen gebruiken omdat die aan wetenschappelijke standaarden voldoet, die op betrokkenheid van de beroepsgroep kan rekenen en waarvoor draagvlak bestaat bij zorgaanbieders en financiers. Aldus kan een dergelijke best practice sneller geïmplementeerd worden. Zo bezien, kan het Kwaliteitsinstituut ook voor de care een belangrijke impuls zijn voor de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsdenken, met gebruikmaking van de heel goede voorbeelden en de inzet die in de care al onder andere bij de beroepsgroep bestaat.

Mevrouw **Leijten** (SP):

De suggestie wordt gewekt dat in de care nu niet vanuit de kwaliteit gedacht wordt. Dat vind ik vervelend. Wie bedoelt de staatssecretaris precies, de mensen die het werk doen, de sector zelf? Of wat is er beter in de cure? Ik zou het namelijk vervelend vinden als blijft hangen dat wij een kwaliteitsinstituut moeten oprichten omdat het kwaliteitsdenken in de care niet of onvoldoende is ontwikkeld. Volgens mij is dat niet het geval, het gaat alleen op een totaal andere manier dan in ziekenhuizen.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik maak bezwaar tegen deze voorstelling van zaken. Mevrouw Leijten hangt iets op, gaat staan kijken en zegt: wat gek dat het hier blijft hangen; dit is niet zo goed. Zowel in de cure als in de care of misschien straks in andere takken van sport zoals de jeugdzorg, zullen wij voortdurend bezig blijven met het maken en verbeteren van kwaliteitsstandaarden. Dat wij in de care misschien meer kwaliteitsstandaarden gaan maken, zegt helemaal niets over de professionaliteit van de sector of de inzet van de medewerkers. Sterker nog, we kunnen de inzet van de medewerkers juist heel goed gebruiken om vanuit het veld van best practice tot standaard te komen. Vervolgens kan zo'n best practice over de hele sector worden uitgerold. Het Kwaliteitsinstituut is juist bedoeld voor het betrekken van de beroepsgroep bij de ontwikkeling van standaarden. Dat is ook een voorwaarde van het Kwaliteitsinstituut. Ik ben het met mevrouw Leijten eens dat de beroepsgroep daarbij onontbeerlijk is.

De **voorzitter**:

Hiermee is er een einde gekomen aan de eerste termijn van de regering. Ik stel voor dat wij direct doorgaan met de tweede termijn. Ik constateer dat daar geen bezwaar tegen bestaat.

□

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. Het is in dit debat inderdaad belangrijk om voor ogen te houden dat zorg mensenwerk is en dat het niet om protocollenzorg gaat. Een van de doelstellingen van het Kwaliteitsinstituut is dat wij altijd voor ogen moeten houden dat zorg allereerst mensenwerk is. Professionele standaarden zijn bedoeld om dat mensenwerk makkelijker te maken en inzichtelijker te maken wat de kwaliteit is. Als het nodig is, moet je ook gemotiveerd van dat soort protocollen kunnen afwijken.

Het CDA heeft de hoop dat het met het Kwaliteitsinstituut mogelijk is om een aantal kwaliteitsvraagstukken in een stroomversnelling te brengen. Het Kwaliteitsinstituut moet echter geen dam opwerpen doordat het allerlei bureaucratische maatregelen neemt en zelf dingen naar zich toetrekt. Het is goed om in de beantwoording van de minister en de staatssecretaris te horen dat zij het uitgangspunt ondersteunen dat het Kwaliteitsinstituut lean-and-mean moet zijn en dat zij niet van plan zijn om het tot een bureaucratische moloch te laten verworden. Het is vooral belangrijk om de kennis en kunde uit de praktijk te gebruiken. Om dat te onderstrepen, dien ik de volgende motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat in de kortdurende en langdurige zorg allerlei organisaties bezig zijn met het professionaliseren van standaarden;

van mening dat kwaliteit zo veel mogelijk in de praktijk tussen zorgvrager en zorgprofessional tot stand moet komen;

van mening dat organisaties door de oprichting van een nieuw instituut voor kwaliteit niet met extra administratieve lasten geconfronteerd moeten worden;

verzoekt de regering, het Kwaliteitsinstituut op te roepen zo veel mogelijk gebruik te maken van reeds bestaande professionele standaarden waar organisaties nu mee werken,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door de leden Bruins Slot en Slob. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 22 (33243).

□

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

De minister heeft het idee omarmd om tot één website te komen waarop alle informatie over de kwaliteit van zorg gevonden moet worden. In de beantwoording heb ik niet gehoord dat de minister en de staatssecretaris ook van plan zijn om die site extra goed toegankelijk te ma-

Bruins Slot

ken voor laaggeletterden en mensen met een beperking. Daarom dien ik de volgende motie in, waarvan ik hoop dat zij overbodig is.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en andere wetten in verband met de taken en bevoegdheden op het gebied van de kwaliteit van de zorg betrekking heeft op de kortdurende maar ook de langdurige zorg;

van mening dat transparantie van kwaliteit zowel voor de kortdurende als de langdurige zorg belangrijk is;

van mening dat het verzamelen van informatie over kwaliteit op één website voor alle doelgroepen toegankelijk moet zijn;

roept de regering op, deze informatie toegankelijk te maken voor mensen met laaggeletterdheid en mensen met een beperking,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Bruins Slot. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 23 (33243).



Mevrouw Bruins Slot (CDA):

In eerste termijn heb ik onder anderen met de collega van de VVD een interruptiedebat gevoerd over het belang van patiëntveiligheid en het voortbestaan van het programma Veilig Management Systeem. De minister heeft ook aangegeven dat zij het Kwaliteitsinstituut, het Zorginstituut Nederland, een rol wil geven bij het in ieder geval openbaar en toegankelijk maken van de best practices in patiëntveiligheid. Echter, dat heeft geen enkele zin als de ziekenhuizen onvoldoende vaart maken met de verbetering van de patiëntveiligheid. Het VMS-programma loopt op 1 mei 2013 af. De heer Joustra is er ook zeer duidelijk over geweest dat het onderwerp patiëntveiligheid bovenaan de agenda moet blijven staan. De Kamer is nu al een tijdje in afwachting van de veiligheidsagenda die de sector voor 2012 tot en met 2015 zou opstellen. Het is inmiddels 2013, en we hebben die agenda nog steeds niet ontvangen. Daarom dien ik de volgende motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de activiteiten van het VMS-veiligheidsprogramma per 1 mei 2013 aflopen;

constaterende dat de sector heeft toegezegd een veiligheidsagenda 2012–2015 op te stellen, maar dat dit nog niet gebeurd is;

verzoekt de regering, de sector aan te sporen om voor 1 mei 2013 met een veiligheidsagenda te komen, waarbij de minister in overleg treedt met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Stichting Algemene Ziekenhuizen en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, indien 1 mei 2013 niet wordt gehaald,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Bruins Slot. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 24 (33243).



Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Voorzitter. Ik kom tot een afsluiting. Eén vraag uit eerste termijn is blijven liggen. Het Zorginstituut Nederland krijgt ook een taak met betrekking tot de structuur van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg. In artikel 66a wordt het als iets positiefs geformuleerd dat het Zorginstituut Nederland de feitelijke ontwikkelingen inzake vernieuwingen en verbeteringen gaat signaleren. Maar eigenlijk lopen we regelmatig aan tegen het feit dat er een wildgroei is in het aantal opleidingen en dat er niet altijd sprake is van een samenhangend geheel. Welke mogelijkheid heeft het Zorginstituut Nederland om juist ook negatieve ontwikkelingen te signaleren? En welke actie neemt het Zorginstituut Nederland bij het signaleren van de negatieve ontwikkelingen?

Tot slot wens ik de medewerkers van het Zorginstituut Nederland en vooral ook van het Kwaliteitsinstituut heel veel succes met hun werkzaamheden. Ik hoop dat zij een actieve bijdrage kunnen leveren aan de ontwikkeling van de kwaliteit van zorg. Daarbij is de wens van het CDA om dit zo veel mogelijk vanuit het veld, vanuit de patiënt, vanuit de zorgaanbieder en vanuit de zorgprofessional tot stand te laten komen.



De heer Slob (ChristenUnie):

Voorzitter. Ik dank beide bewindspersonen voor hun beantwoording in eerste termijn. Hoewel het een onderwerp is waar ongelooflijk veel jargon in omgaat, is het wel een ongelooflijk belangrijk onderwerp. Dat heb ik in eerste termijn ook aangegeven. In gesprekken met mensen die werken in de zorg, heb ik gemerkt dat kwaliteit en kwaliteitsbeleid niet meer bij slechts een of twee personen wordt neergelegd, maar steeds meer een aangelegen zaak aan het worden is. Men beseft steeds meer dat dit, als men het goed doet, het functioneren van de instelling en de zorg die men mag leveren aan mensen ten goede kan komen en dat het het werkplezier enorm kan bevorderen. Kwaliteitsbeleid moet dus geen papieren tijger zijn, maar het moet uiteindelijk een plekje krijgen in het dagelijks handelen van alle mensen die vaak de benen uit hun lijf lopen in de zorginstellingen.

In dat opzicht hebben wij ons ervan laten overtuigen dat het Kwaliteitsinstituut – ik noem het nog maar even

Slob

zo – een toegevoegde waarde kan hebben. Ik heb in eerste termijn aangegeven dat er bij ons op voorhand enige scepsis was, maar ik ben ervan overtuigd dat dit een goede richting is. Dat heeft ook de steun van de ChristenUnie. Wij moeten er wel voor waken dat het een papieren tijger wordt. Dat zal de praktijk moeten gaan worden. Het moet niet een soort nieuwe moloch worden. Daar is toch wel angst voor. Die angst komt niet zomaar uit lucht vallen. Daarom is het ontzettend belangrijk dat er vertrouwen is met name bij de mensen die er straks mee te maken krijgen, dat het zo gaat functioneren als wij het op papier bedoeld hebben.

In dat opzicht ben ik blij dat de minister de toezegging heeft gedaan dat de lastendruk omlaag moet en dat daar verwachtingen voor zijn, maar dat zij niet nog een keer vijf jaar gaat wachten om dat allemaal inzichtelijk te maken. Daar dank ik de minister voor. Zij heeft toegezegd dat zij daarover na drie jaar zal rapporteren. Dat had wat mij betreft twee jaar mogen zijn, maar ik leg mij neer bij dit aanbod. Ik hoop dat de verwachtingen die wij nu hebben, dan waargemaakt kunnen gaan worden. Dan kan dat stimulerend werken voor alle mensen die in de zorg actief zijn, want als er iets is waaraan men een ongelofelijke hekel heeft, dan is het de enorme bureaucratische last die op ze drukt. Wij moeten er voortdurend aan werken om die naar beneden te krijgen. Daaraan kan het Kwaliteitsinstituut en alles wat daaruit voortkomt een bijdrage leveren.

Inzake vertrouwen is er inderdaad heel veel discussie geweest over de vraag of de care voldoende uit de verf komt in de taken die het Kwaliteitsinstituut krijgt en de aandacht die ervoor is. Ik denk bijvoorbeeld aan de bestaande pilots. Ik ben de staatssecretaris erkentelijk dat hij met veel gevoel voor de care heeft aangegeven dat alles erop gericht is om het Kwaliteitsinstituut daaraan een bijdrage te laten leveren. Hij heeft daar toezeggingen voor gedaan. In de richting van de ChristenUnie heeft hij toegezegd dat het Kwaliteitsinstituut zal worden opgedragen om nadrukkelijk expliciet bij de meerjarenagenda te rapporteren over care-gerelateerde onderwerpen. Mag ik het zo in mijn woorden samenvatten? Daarvoor zijn wij dankbaar. Ook is er een toezegging gedaan in de richting van mevrouw Agema ten aanzien van de echte agenda, de afspraken die daarover worden gemaakt om de care daarin een plek te geven. Ik moet zeggen dat dit ons wel het nodige vertrouwen geeft, maar het zal wel in de praktijk moeten gaan blijken. Wij zullen daarop nauwgezet toezien. Deze twee toezeggingen hebben er in ieder geval voor gezorgd dat ik geen moties indien. Als het gaat om ons eigen kwaliteitsbeleid, is dat misschien heel goed.

Tot slot kom ik op de Wmo. Die blijft een heikel punt, want op het moment dat de verdere decentralisaties zullen gaan plaatsvinden, is het de vraag of het kwaliteitsbeleid voldoende geborgd is na die decentralisaties. Dat zijn natuurlijk onderwerpen die wij aan de orde kunnen stellen, als wij verder zullen spreken over de decentralisaties ten aanzien van de jeugdzorg, AWBZ en noem maar op. Ik weet dat de heer Van der Staaij een motie zal indienen om vanuit de Kamer een vinger aan de pols te houden. Daar staat mijn naam onder. Ik laat het verder aan hem om die toe te lichten.

Wij hopen dat de bestaande verwachtingen rond het Kwaliteitsinstituut, ook met de afspraken die de regering met de Kamer heeft gemaakt, voldoende zijn om ervoor te zorgen dat dit echt een succes gaat worden. De tijd zal het leren. Wij zullen hieraan in ieder geval onze steun geven.

□

Mevrouw **Leijten** (SP):

Voorzitter. In mijn eerste termijn heb ik meerdere keren de vraag gesteld wie er gediend is bij dit wetsvoorstel. Welke taal spreken wij eigenlijk, als wij het hebben over goede zorg? De staatssecretaris zegt dat wij organisaties nodig hebben voor de uitvoerbaarheid van kwalitatief goede zorg. Dat klopt, zeker. Maar uiteindelijk gaat de professional er samen met de patiënten en de bewoners toch over wat die professionele standaard moet zijn? Dan moet de zorgaanbieder toch dienstbaar zijn en dat uitvoeren? In het kader van de vraag welke taal er wordt gesproken, wil ik de staatssecretaris voorhouden dat er zorgaanbieders in Nederland zijn die zorgroutes ontwerpen. Dat laten zij niet ontwerpen door hun medewerkers maar door adviesbureaus. Zij kijken aan de hand van het zorgzwaar-epakket hoeveel tijd er kan worden besteed aan een bewoner en hoe zo effectief en efficiënt mogelijk de zorgroute kan worden gelopen, zodat er met minimale inzet van personeel maximale minuten aan zorg kunnen worden geleverd. Er wordt over het algemeen niet geluisterd naar de medewerkers als dit soort zorgroutes worden afgezworen of worden weggehoond. Nee, er moet eerst media aan te pas komen en in het ergste geval Kamervragen, en dan neemt iedereen er afstand van. Maar toch horen we volgens mij allemaal dagelijks hoe zorgaanbieders beslissen wat het personeel zou moeten doen en in welke tijd. Hoe vaak horen wij niet van medewerkers dat zij zo graag extra collega's zouden hebben? Hoe vaak horen wij niet van bewoners dat zij zo graag willen dat er wat meer aandacht voor hen zou zijn? Hoe gaan we dat belang dienen als de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars, de inkoopers, cruciaal worden bij het opstellen van zorgstandaarden?

De minister heeft net Kamervragen beantwoord over de inkoop van logopedie. De zorgverzekeraar zet het mes op de keel van logopedisten voor de administratie die zij moeten leveren om te verantwoorden wat voor zorg zij leveren. En dan zou een zorgverzekeraar aan tafel zitten om de ondoelmatigheid aan te pakken? Zij leiden tot heel veel ondoelmatigheid. Dat zegt een hele beroepsgroep, die de noodklok luidt. Als daar vragen over worden gesteld, is de minister niet thuis, maar zij positioneert zich op een cruciaal moment op het gebied van het opstellen van zorgstandaarden.

Ik ben er blij mee dat de staatssecretaris en de minister vandaag vaak over de beroepsgroepen hebben gesproken in het kader van het belang van het ontwikkelen van een richtlijn. In artikel 47a staat echter: "Het Zorginstituut houdt een openbaar register bij waarin op voordracht van organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk dan wel van de Adviescommissie Kwaliteit een professionele standaard wordt opgenomen." Waar is hier de beroepsgroep? Waar is hier de wetenschappelijke vereniging? Zij zijn niet verankerd? Dat is nou juist zo jammer. Met het amendement op stuk nr. 16 stel ik voor om de professionele standaard te laten opstellen door de beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen, en die goed te laten keuren door organisaties van cliënten en beroepsgroepen die er niet bij betrokken zijn. Daarmee stel ik een andere werkwijze voor. Misschien gaat dat te ver voor de Kamer. Die goedkeuring is echter ontzettend belangrijk.

Als dit te ver gaat, dan heb ik zelfs nog een amendement, namelijk het amendement-Leijten op stuk nr. 17,

Leijten

waarmee ik het wetsvoorstel volg, maar waarmee ook wordt beoogd dat een professionele standaard wordt opgenomen op aanvraag van cliënten, beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen samen. Als dit werkelijk de kern zou moeten zijn van dit wetsvoorstel, dan is er toch niets mis met dit amendement?

We kunnen verschillend denken over de vraag hoeveel macht zorgverzekeraars mogen hebben, maar zij hebben een belangrijke rol bij de zorginkoop. Zij hebben wat minder een rol bij het vaststellen van kwaliteit, althans, zo denken wij erover. Wij vinden het gevaarlijk om te zeggen dat zorgaanbieders aan tafel komen te zitten bij het opstellen van de professionele standaard. Wat als medewerkers in de zorg allemaal zeggen dat zij willen werken met het uitgebreid geteste en geëvolueerde protocol tegen ondervoeding? Via deze werkwijze kan ondervoeding worden gesignaleerd en kan worden bepaald hoe daarmee moet worden omgegaan. Dat protocol was een succes bij de zorginstellingen die het hebben gehanteerd. Het is nooit uitgerold, omdat de zelfregulering in de sector wel zou maken dat het overal zou komen. Het is weggevallen. Maar wat als zorgaanbieders zeggen: het is allemaal goed en wel met die professionele standaard, maar die leidt tot meer kosten voor personeel en daarom doen we het niet? Wat dan? Wie trekt er dan aan het langste eind? Denkt de staatssecretaris echt dat, in dit geval, de werkgever en de gene die de zorg inkoop, de zorgverzekeraar, in een gelijke verhouding aan tafel zitten? Of zijn de machtsposities toch nog een beetje anders? Dat vraag ik zomaar aan de staatssecretaris, maar ook aan de minister.

Ik zei vorige week dat het Kwaliteitsinstituut een meerwaarde heeft als we ervoor zorgen dat er professionele standaarden komen om te voorkomen dat er "oliebollenlijstjes" komen van zorgverzekeraars met extra eisen. Zo'n beetje de eerste zin van de minister was: nee, dat voorkomt het Kwaliteitsinstituut niet. Zorgverzekeraars kunnen allerhande eisen blijven stellen boven op de professionele standaard. Ik vind dat totaal ongewenst. Het Kwaliteitsinstituut moet namelijk de professionele autonomie vergroten, niet aantasten. We moeten straks over professionele standaarden geen armpje drukken gaan krijgen tussen beroepsgroepen, wetenschappelijke verenigingen en het Kwaliteitsinstituut. Er moet draagvlak zijn voor de professionele standaarden die zijn vormgegeven, die niet zijn doorgedruwd door een Kwaliteitsinstituut waarbij ook de zorgorganisaties en de zorginkopers, de zorgverzekeraars, belang hebben. Ik dien daarom de volgende motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat het onwenselijk is dat zorgverzekeraars het recht houden om extra eisen te stellen boven op een professionele standaard;

van mening dat het voor "het veld" demotiverend is als een zorgverzekeraar "oliebollenlijstjes" boven op een professionele standaard kan zetten;

van mening dat juist het Kwaliteitsinstituut een einde zou moeten maken aan de vele verschillende opvattingen van "kwaliteit";

verzoekt de regering, met maatregelen te komen om te voorkomen dat zorgverzekeraars bij hun zorginkoop alerhande eisen mogen stellen bovenop een professionele standaard,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Leijten. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 25 (33243).



Mevrouw Leijten (SP):

Ik zei het al: er wordt een beetje gezegd dat de uitvoerbaarheid en de doelmatigheid niet aan tafel zijn als je het alleen overlaat aan de beroepsgroepen en de patiënten- of cliëntenorganisaties of hoe je ze ook wilt noemen. Ik durf hier te beweren dat juist de mensen die het werk doen, weten hoe het zit met de uitvoerbaarheid. Ik wil ook in twijfel trekken dat zorgaanbieders of koepels van zorgaanbieders zo goed weten hoe het in de praktijk gaat. Hoe komen ze anders tot de vaststelling dat in de planning van zorgroutes een toiletgang wel in 2,15 minuut moet kunnen? En dan de ondoelmatigheid. Er zou een taskforce verspilling komen. We hebben daarvoor vandaag een uitstelbrief gekregen. Maar van wie krijgen we toch altijd die meldingen over irritante verspilling? Is het niet juist van de mensen die werken in de zorg? Ik geef het voorbeeld van de wijkverpleegkundige die drie ampullen voor het spoelen van een wond in de thuiszorgsituatie bestelt omdat de wond bijna dicht is. Ze geeft bij de apotheek aan dat ze 3 ampullen nodig heeft en krijgt er 100, want dat is de standaardverpakking. Zo wordt het vergoed. En 97 worden er weggegooid, tot grote irritatie van de mensen die het werk doen. Zijn zij niet juist degenen die de verspilling zien? Waar is dan de zorgverzekeraar om er wat aan te doen, om te beslissen wat doelmatig of niet doelmatig is? Als je mensen die het werk doen, de mensen die gaan over de kwaliteit, de mensen die de laatste wetenschappelijke normen kennen en degenen die de zorg nodig hebben, laat gaan over de professionele standaard, dan kom je vanzelf tot menselijke zorg, kwalitatieve zorg en heel doelmatige zorg.

Ik heb ook gevraagd of het Kwaliteitsinstituut wel een waterdichte scheiding heeft tussen kwaliteitsbeleid en pakketbeheer. Ik maak mij er zorgen over dat kwaliteitsbeleid telkens op een hoop wordt geveegd met doelmatigheid. Wat als er een professionele standaard is waar iedereen het over eens is die duurder is? Mag dat dan nog van het Kwaliteitsinstituut? Of gaan wij er dan gewoon over en kunnen wij dan besluiten, wij hier als politiek: dat zit wel of niet in het pakket? Daar hoort toch de beslissing thuis, hier in deze Kamer? Volgens mij is dat de geëigende plek. Ik heb het amendement van mevrouw Agema gezien om de scheiding zo duidelijk mogelijk te maken tussen pakketbeheer en kwaliteitsbeleid. Ik heb zelf ook lang gezocht hoe ik dat kon formuleren in een amendement. Eigenlijk zou je het moeten opknippen: wij hebben het CVZ en het Kwaliteitsinstituut. Ik leg graag de volgende motie aan de Kamer voor.

Leijten

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

spreekt uit dat er een waterdichte scheiding moet zijn tussen kwaliteitsbeleid en pakketbeheer in het Zorginstituut Nederland,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Leijten. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 26 (33243).

Mevrouw Leijten (SP):

Voorzitter. Dit impliceert inderdaad dat wij gaan over de pakketsamenstelling en dat het geen onderdeel behoort te zijn van de professionele standaard.

Ik heb aan de minister gevraagd welk belang wordt gediend voor de patiënt wanneer die alle kwaliteitsgegevens kan inzien, maar niet kan kiezen waar zij de zorg krijgt. Ik krijg graag een antwoord van de minister. Als zij het mogelijk maakt dat iedereen alles kan inzien en vergelijken, kan zij dan ook garanderen dat je overal naartoe kunt zonder dat je voor de aanvullende polis in een restitutiepols terecht moet komen?

Op welke manier is het belang van de patiënt gediend op het moment dat een fusie wordt afgekondigd zonder dat er überhaupt overleg is geweest of de patiënt hierover gehoord is? Hierop heb ik geen antwoord gekregen.

Ik heb nog een vraag aan de staatssecretaris. Ik heb vorige week aan hem gevraagd hoe wij ervoor zorgen dat de beroepsverenigingen in de langdurige zorg ook eigenaar worden van het Zorginstituut. Wij hadden net een woordenwisseling over kwaliteitsbesef of het inhalen van kwaliteit. Volgens mij spreek je daar ook een andere taal, zeker als het gaat over welzijn, het belang van de bewoner en aandacht kunnen geven aan iemand. Ik zou heel graag zien dat de staatssecretaris niet alleen kijkt naar het werkprogramma en meerjarenprogramma – ik ben blij met die toezeggingen – maar zich ook gaat inzetten voor een betere organisatiegraad van de mensen die werken in de langdurige zorg. Dag in dag uit doen zij hun werk en vaak gaan zij gefrustreerd naar huis. Dat is niet goed ...

De voorzitter:

Wilt u afronden?

Mevrouw Leijten (SP):

Ja, ik ga afronden. Als je je werk met plezier doet, kom je ook met plezier terug. Mensen die kiezen voor de langdurige zorg, doen dat met hun hart.

Ik heb er geen interruptie op gedaan omdat ik weet dat u het wel welletjes vond. Daarom heb ik de volgende motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat verpleegkundigen en verzorgenden en hun beroepsvereniging zich nu geen eigenaar voelen van het Zorginstituut Nederland;

overwegende dat het onwenselijk is als er professionele standaarden worden geformuleerd die geen draagvlak hebben bij de beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden en de beroepsgroep als geheel;

overwegende dat sterke en goed georganiseerde beroepsverenigingen een emanciperend effect hebben op de beroepsgroep;

verzoekt de regering, de beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden te versterken door de organisatiegraad te verhogen en daarmee de beroepsgroep te emanciperen zodat zij een sterke positie krijgt in het Zorginstituut Nederland,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Leijten. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 27 (33243).

De heer Anne Mulder (VVD):

Voorzitter. Ik zal het kort houden, ook en vooral omdat ik bijna geen stem heb. Dank voor de toezegging dat wij voor 1 april informatie krijgen over de ontsluiting van het zogeheten DBC-informatiesysteem DIS. Het is fijn dat de patiëntveiligheid wordt opgenomen in de meerjarenagenda en het werkplan.

De minister is ingegaan op de typemachine. Zij heeft geconstateerd dat de toetsen nog steeds op dezelfde plek zitten (QWERTY). We moeten dat regelmatig evalueren, zei zij erbij. Nee, wij moeten ervoor zorgen dat ondernemers, in dit geval zorgaanbieders, de uitdaging aangaan. Dat is met dat toetsenbord ook gebeurd. Er zijn allerlei andere toetsenborden ontwikkeld, maar die bleken niet goed genoeg te zijn. Dus niet evalueren, maar laten uitdagen door de beroepsgroep. Zo krijg je dynamiek.

Ik heb kritische opmerkingen gemaakt over het Kwaliteitsinstituut. Over vijf jaar moet de eerste vraag zijn: is het nog nodig? Ondertussen zien wij dat de voorzitter van de raad van toezicht op ons debat heeft gereageerd. Hij zei: als het goed is, hebben wij geen doorzettingsmacht nodig. Mijn fractie kijkt heel pragmatisch naar het instituut. Er is een aantal terreinen in beeld gebracht waarvoor men standaarden wil ontwikkelen. In Nederland zijn wij blijikbaar niet goed in het behandelen van hartfalen. Ik zou tegen het instituut zeggen: laat maar zien of je het kan, en succes ermee.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Voorzitter. Ik dank de minister en de staatssecretaris voor hun antwoorden. Het is goed dat zij toezeggen dat zij de bureaucratie gaan beperken en dat het Kwaliteitsinstituut er ook voor de langdurige zorg zal zijn. D66 zal het kabinet blijven aanmoedigen om die belofte waar te maken.

Pia Dijkstra

Ik ben blij dat Nederland nu een echt Kwaliteitsinstituut krijgt en dat patiënten, zorgprofessionals en zorgverzekeraars straks meer inzicht hebben in de kwaliteit van zorg. De belangrijkste stap die daarop volgt, is dat patiënten deze informatie kunnen gebruiken bij de keuze voor een arts. Zorgverleners zullen kwaliteitsstandaarden echt moeten gaan toepassen. Zorgverzekeraars en zorgkantoren zullen ze gebruiken bij hun inkoop. Ik vraag het kabinet om dit goed te monitoren en de Kamer er regelmatig van op de hoogte te houden. Ik ben blij met de antwoorden die in die richting wijzen en met de toezeggingen over het monitoren van de innovatieve kanten.

Ik dank de staatssecretaris voor de toezegging over de aandacht voor langdurige zorg. De intentie is goed, maar ik behoud mijn zorgen over de gevolgen van de overheveling van begeleiding, verzorging en verpleging van de AWBZ naar de Wmo. De kennis van de huidige professionele standaarden op het gebied van ketenzorg moet goed worden overgedragen om te voorkomen dat de zorg verschaalt en verslechtert. Ik noem als voorbeeld de zorgstandaard dementie en dien daarover een motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat het kabinet voornemens is de zorgtaken begeleiding, persoonlijke verzorging en extramuraal verpleging van de AWBZ over te hevelen naar de gemeenten;

constaterende dat de bevoegdheden van het Zorginstituut alleen van toepassing zijn op zorg zoals bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de AWBZ, en dat de Wmo buiten de reikwijdte van het Zorginstituut valt;

overwegende dat er professionele zorgstandaarden zijn voor ketenzorg, zoals de zorgstandaard dementie, die zowel betrekking hebben op de zorg in de domeinen Zvw, AWBZ als Wmo;

van mening dat de overheveling van AWBZ naar Wmo er niet toe mag leiden dat er een versnippering en overlap van standaarden ontstaat en dat gemeenten zorg niet meer zullen inkopen op basis van kwaliteitsstandaarden;

verzoekt de regering, via de stuurgroep die de overheveling van de AWBZ naar de gemeenten gaat begeleiden de al bestaande ketenzorgstandaarden bij de gemeenten onder de aandacht te brengen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Pia Dijkstra. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 28 (33243).

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Tot slot hoop ik dat de vaart er nu goed in komt met het Kwaliteitsinstituut. Ik denk dat wat betreft kwaliteit 2013 het jaar van de waarheid wordt.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Voorzitter. Ik dank de bewindslieden voor de duidelijke beantwoording. Wij zullen het wetsvoorstel steunen vanuit de overtuiging dat er een impuls wordt gegeven aan de kwaliteit van de zorg, aan het stimuleren van de ontwikkeling van professionele standaarden, en dat het veld daarbij wordt ondersteund.

Bij de behandeling van zo'n wetsvoorstel besef je eens temeer dat wetgeving één is, maar dat heel veel zal afhangen van de wijze waarop daar in de praktijk invulling aan wordt geven. Er zijn zorgen aan de orde geweest als of de eerste verantwoordelijkheid van het veld zelf wel wordt gerespecteerd en of wij bureaucratische rompslomp vermijden. Dat zijn dingen die wij niet hier met wetsbepalingen kunnen regelen. Of dat lukt, hangt ervan af of deze zaken inderdaad conform die bedoeling in de cultuur, in de praktijk, uit de verf zullen komen.

Ik heb ondertussen bekeken wat er nu al op de site van CVZ te zien is. Tegen de mensen die wel eens bezorgd zitten te kijken naar debatten zeg ik dat Kamerleden niet alleen luisteren, maar ook wel eens iets op apparaten doen en dat dit ondersteunend kan zijn aan het debat hier. De praktische inslag die in een aantal van de pilots naar voren kwam, sprak mij erg aan. Ik hoop dat dit de cultuur zal zijn.

Ik heb een voorbeeld genoemd op het terrein van brandveiligheid. Je ziet soms dat er scherpere normen worden gesteld en dat dit heel erg ontmoedigend kan werken voor de instellingen. Ik hoorde recent een voorbeeld uit een verpleeghuis. De normen waren aangeschaft. Daarvoor moest voor een half miljoen worden geïnvesteerd, terwijl niet heel erg de overtuiging leefde dat dit wenselijk was. Investerings die kort geleden waren gedaan, waren eigenlijk alweer overbodig geworden. Er vond kapitaalvernietiging plaats. Dat zag ik als een voorbeeld van hoe je met alle goede bedoelingen van versterking van kwaliteit ook frustratie en ontmoediging kunt krijgen. Mijn ideaal is dat het Kwaliteitsinstituut zo gaat werken dat mensen in de zorg juist worden aangemoedigd om die schep erbovenop te doen zodat vernieuwing wordt gestimuleerd. Zo moeten wij ook bezig zijn met kwaliteit.

Ik vond de toezegging van de staatssecretaris over meer aandacht voor langdurige zorg ook positief.

Ik heb een motie voorbereid over de overheveling van taken naar de Wmo. Die is eigenlijk bedoeld om te bezien of de staatssecretaris en ik elkaar goed hebben begrepen in het interruptiedebatje dat wij zo-even hadden. Ik dien mijn motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

Van der Staaij

constaterende dat de regering voornemens is om delen van de zorg die nu nog vallen onder de AWBZ, zoals extramuraal begeleiding en de persoonlijke verzorging, over te hevelen naar de gemeentelijke Wmo;

overwegende dat de reikwijdte van het voorliggende wetsvoorstel op dit moment beperkt is tot de Zorgverzekeringswet en de AWBZ, maar dat het bevorderen van professionele standaarden ook in de Wmo een belangrijke meerwaarde kan hebben om de zorg van cliënten en mantelzorgers doelmatig en adequaat te organiseren in de keten van formele en informele zorg;

overwegende dat het hanteren van professionele standaarden uit een openbaar register een nuttig instrument kan zijn voor gemeenten om zorg in te kopen en te controleren aan de hand van algemeen aanvaarde kwaliteitskaders, terwijl professionele standaarden anderzijds voldoende ruimte laten om daar invulling aan te geven op een manier die bij de lokale situatie past;

verzoekt de regering, de mogelijkheden te onderzoeken om de reikwijdte van deze wet uit te breiden naar de over te hevelen domeinen in de Wmo, en de Kamer hierover bij de toegezegde hoofdlijnenbrief in maart nader te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Van der Staaij, Bruins Slot en Slob. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 29 (33243).



Mevrouw Agema (PVV):

Voorzitter. Ik dank de bewindspersonen voor hun beantwoording. Zoals ik in eerste termijn al aangaf, vindt het Kwaliteitsinstituut zijn oorsprong in het gedoogakkoord. Het gedoogakkoord omvatte 28 punten om de kwaliteit van de ouderenzorg te verbeteren, maar het voorliggend wetsvoorstel is nogal wat afgedreven van de oorspronkelijke bedoeling. Ik heb in eerste termijn drie punten genoemd die voor ons een brug te ver of juist niet ver genoeg zijn. Het ging om de vermenging van de taken van het Kwaliteitsinstituut op het gebied van de kwaliteit en het pakketbeheer. Ik ben dan ook heel erg blij met de woorden "oordeel Kamer" die de minister sprak over het amendement dat wij op dit punt hebben ingediend.

Ons tweede amendement ging over de twee adviescommissies naar analogie van een eerder debat. De toezegging van de staatssecretaris om naar de Kamer te komen met een voorstel en een werkplan op dat terrein vind ik ook heel erg positief. Ik kan daarom het amendement ter zake intrekken. Het gaat om het amendement op stuk nr. 20.

Ten slotte is de reikwijdte van het wetsvoorstel een breed gedragen wens van de Kamer. Collega Van der Staaij diende daar zojuist nog een motie over in. Ik vind het goed dat wij daar nog nader over geïnformeerd worden. Op de drie redenen waarom mijn fractie het wetsvoorstel niet kan steunen, is goed gereageerd. Het is uiteindelijk aan mijn fractie om een oordeel te vellen over

het wetsvoorstel, maar de kans is veel groter geworden dat mijn fractie ook voor zal stemmen.

De voorzitter:

Het amendement-Agema (stuk nr. 20) is ingetrokken.



Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Voorzitter. Ik wil allereerst de bewindspersonen bedanken voor hun antwoord. In zorgdebatten vindt de Partij van de Arbeid het altijd zeer belangrijk dat het woord "patiënt" valt. Het gaat in de zorg immers voornamelijk om de patiënt. De woorden "het belang van de patiënt" heeft de minister veelvuldig gebruikt. Daar zijn wij erg blij mee.

Zoals ik ook al in eerste termijn zei, gaat goede zorg over kwaliteit, patiëntgerichtheid, veiligheid en doelmatigheid. Zorg is een relatie tussen een zorgverlener en een patiënt. Die moet altijd centraal staan. Met het voorstel over het Kwaliteitsinstituut waar wij het vandaag over hebben, wordt geregeld dat je ook kunt meten wat goede kwaliteit van zorg is. Daar moeten een kader en normen voor komen, zodat mensen ook weten of er goede zorg wordt geleverd, wat goede zorg is en waar het eventueel misgaat. Dat hebben wij in dit wetsvoorstel voldoende geborgd.

Ik wil op vier punten terugkomen. Ik dank de minister voor de toezegging dat er een centraal informatiepunt komt voor de patiënt waar informatie staat over kwaliteit en missers en falen in de zorg. Daar kan het meldpunt verspilling aan worden gehangen. De minister heeft toegezegd dat er één centraal punt komt, één portal, zodat mensen niet meer 100.000 websites af hoeven te gaan. Daar heb ik nog wel twee vragen bij. Daar is ook een vraag bij die de CDA-fractie heeft gesteld. De eerste vraag is: in hoeverre is de site leesbaar en begrijpbaar? Wij maken de informatie nu namelijk vindbaar. Dat vraag ik ook specifiek omdat de minister heel terecht zei dat wij aan de zijkant een doorklik kunnen maken naar bijvoorbeeld de site van de IGZ. Als je wilt weten wat die allemaal heeft gezegd over bijvoorbeeld individuele artsen, dan klik je daarop door. Dat lijkt mij prima. Maar het probleem van de site van de IGZ is dat daar niks op te vinden is, althans dat dingen daar heel moeilijk op te vinden zijn. Een ander probleem is dat de informatie daarop niet erg patiëntgericht is. Die is in ieder geval ongeschikt voor mensen die niet zo – hoe noem je dat netjes? – laaggeletterd zijn, zoals de CDA-fractie het noemde. Kan de minister bij de uitwerking van de site toezeggen dat de informatie waar de mensen naar doorklikken leesbaar en begrijpbaar is, zeker als het om overheidsorganisaties gaat? Dat is natuurlijk anders voor beroepsverenigingen, die van alles over allerlei ziektebeelden opschrijven. Zeker voor een toezichthouder vinden wij het echter zeer belangrijk. Daarop krijg ik dus nog graag een toezegging.

Dank ook voor de toezegging over de jaarlijkse terugkoppeling van de resultaten en de eventuele belemmeringen van het Kwaliteitsinstituut. Wij vinden dat de toezichtsgegevens een heel belangrijk signaal vormen. Niet overall hoeft meteen iets mee gedaan te worden, maar het is wel belangrijk voor de Kamer om de vinger aan de pols te houden.

Dat geldt ook voor de toezegging over de NZa. De minister heeft duidelijk gezegd dat de NZa de prioriteit en de capaciteit heeft om ervoor te zorgen dat zij de kwaliteitsgegevens dit keer echt krijgt van de zorgaanbieders.

Bouwmeester

Mijn een na laatste punt is de transparantie. Wij vinden het heel belangrijk dat de richtlijnen op een dusdanige manier tot stand komen dat er draagvlak is onder patiënten, zorgverleners, artsen en de hele riedel die zich daar heel terecht mee bezighoudt. Een en ander hoeft niet op elk moment openbaar te worden gemaakt, want dan gaat de totstandkoming van de richtlijn, net als in de ggz, misschien wel honderden jaren duren. Als achteraf het verantwoordingsdocument openbaar wordt gemaakt en het proces dus transparant wordt gemaakt, borgen we dat er geen verkeerde dingen gebeuren of verkeerde belangen de overhand nemen, iets wat niemand natuurlijk van tevoren wil.

Mijn laatste punt betreft het lokale beleid. Het gaat over de Wmo, de kwaliteit en het toezicht op zorg op lokaal niveau. Ik dank de staatssecretaris voor zijn toezegging hierover, mede namens mijn collega Otwin van Dijk. Ik dank de staatssecretaris ook voor de toezegging over zorginstelling De Hoven. Daar zijn al gesprekken gaande. De intentie van de staatssecretaris is al om, op het moment dat er regelvrije zorg wordt geleverd waar iedereen tevreden over is, die zorg niet omver te helpen als gevolg van het Kwaliteitsinstituut, maar juist te stimuleren. We vragen de staatssecretaris alleen om ons te informeren als hier uitsluitel over is.

Mevrouw Leijten (SP):

Aan het eind van de eerste termijn van mevrouw Bouwmeester heb ik haar gevraagd of zij het wenselijk zou vinden als er een professionele standaard zou worden vastgesteld die geen draagvlak heeft onder de beroepsverenigingen. Toen zei mevrouw Bouwmeester dat zij zich niet kon voorstellen dat iemand in een kantoorje een richtlijn schrijft zonder dat daarvoor draagvlak is. Eigenlijk heeft de minister vandaag aangegeven dat dit wel degelijk kan. Als er geen professionele standaard is, kan de Adviescommissie Kwaliteit het overnemen en dan is er geen inspraak meer van beroepsvereniging, patiëntenvereniging en noem maar op. Dat heeft de minister uitdrukkelijk gezegd. Ik vraag mevrouw Bouwmeester dus weer of zij het amendement steunt waarmee we het adviescollege deze bevoegdheid niet meer geven. Het krijgt wel een aanjagende rol, maar kan niet in een kantoorje een professionele standaard gaan schrijven. De minister heeft namelijk duidelijk aangegeven dat dit wel kan.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Dat amendement steunen wij niet, en dat leg ik graag uit. Het vreemde van het betoog van mevrouw Leijten is, dat zij overkomt als een zeer betrokken en kundige woordvoerder op het gebied van zorg. Als we niets voor de patiënt doen en de kwaliteit niet borgen, is het niet goed. Maar als we de kwaliteit wel borgen is het ook niet goed. Bij mevrouw Leijten is het niet goed of het deugt niet. We hebben vijf jaar lang in de Kamer gedebatteerd over de multidisciplinaire richtlijn dwang en drang in de ggz. Mensen werden te vaak platgespoten en opgesloten. Er gebeurden dingen die heel naar en heel ingrijpend voor mensen waren. We hebben het er heel lang over gehad en er gebeurde niets. Als ik het amendement van mevrouw Leijten steun, kan het gebeuren dat het, als het veld er zelf niet uitkomt, nog twintig jaar duurt. In het belang van de patiënt – daar zou de SP ook voor moeten staan – willen wij dus dat het Kwaliteitsinstituut er een andere groep mensen op kan zetten op het moment dat de groep die eraan zou moeten werken, er niet uitkomt. Die

mensen kunnen ook met draagvlak komen, maar zij doorbreken de impasse die er is. Zo'n impasse in het opstellen van een richtlijn betekent namelijk, zeker bij deze kwetsbare mensen, verlies voor de patiënt. Wij kiezen primair voor de patiënt en dus ook voor de doorzettingsmacht van het Kwaliteitsinstituut.

Mevrouw Leijten (SP):

Het is jammer dat mevrouw Bouwmeester de vorige keer heeft gezegd dat zij het amendement steunt, omdat zij het ook zorgelijk vindt dat er geen draagvlak zou zijn voor een professionele standaard vanuit de beroepsgroep. Het voorbeeld dat mevrouw Bouwmeester noemt, ken ik zeer goed. Ik ben ervan overtuigd dat die richtlijn er zo was geweest als wij zorgverleners en patiënten om tafel hadden gezet. Dan waren er andere, heel andere hobbels te nemen die misschien wel lagen aan andere mensen die aan tafel zaten. Het gaat mij erom dat het met het huidige wetsvoorstel mogelijk is dat er een professionele standaard komt die is geformuleerd zonder de beroepsgroepen en zonder de patiënten, voor wie we het allemaal doen, want voor hen doet iedereen het in de zorg. Die standaard wordt dus niet gedragen. Ik vind het jammer dat de duidelijke taal van mevrouw Bouwmeester vorige week nu niks waard blijkt te zijn.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Als mevrouw Leijten de Handelingen had nagelezen, had zij gezien dat ik helemaal niks heb toegezegd. Ik heb namelijk gezegd: als het gevolg is dat iemand in zijn eentje gaat werken, dan is het een goed voorstel en ga ik vervolgens uw tekst bestuderen en een besluit nemen. Laten we wel even eerlijk en duidelijk zijn naar elkaar toe.

Ik zal uitleggen waarom we tegen zijn, want dat is volgens mij heel belangrijk. De hobbel waardoor de richtlijn er niet kwam, willen we wegnemen. Die nemen we echter niet weg met dit amendement. Sterker nog, als je de doorzettingsmacht weghaalt, wordt de patiënt de dupe. Mensen in het veld gaan dan namelijk nog langer discussiëren, waardoor die richtlijn er gewoon niet komt. De aannames van de SP dat iemand in zijn eentje een richtlijn gaat schrijven als er doorzettingsmacht is, is natuurlijk grote onzin. De minister heeft meerdere keren aangegeven – het staat in de stukken – dat de intentie is om een richtlijn te maken met elkaar in het veld. Het veld, neem bijvoorbeeld de ggz, is heel groot. Daar zit een clubje mensen te schrijven dat er mogelijk niet uitkomt. Prima. Nu hebben we een Kwaliteitsinstituut met doorzettingsmacht, dat zegt: als jullie er niet uitkomen, laat ik het een aantal andere mensen doen, want de kwaliteit moet geborgd worden.

Er is helemaal niemand in deze zaal en volgens mij ook niet in het veld die in zijn eentje een richtlijn gaat maken. Dat is niet de intentie en niet de bedoeling. Mevrouw Leijten zaait angst. En wederom zeg ik: het is niet goed of het deugt niet bij de SP. Wij kiezen voor de patiënt en steunen daarom dit amendement niet. Wij zijn niet van de angst. Wij zijn van de kansen en van de mensen die wel willen. Dat gaan we bereiken door de eerste stap te zetten met dit Kwaliteitsinstituut met doorzettingsmacht.

Mevrouw Leijten (SP):

De suggestie dat ...

De voorzitter:

Nee, nee.

Bouwmeester

Mevrouw **Leijten** (SP):

... ik niet terug heb gelezen, neem ik even weg. Ik heb hier namelijk de Handelingen, waarin staat dat ze het niet zo mag lezen en dat ze dan het amendement steunt. Ik mag toch concluderen ...

De **voorzitter**:

Ik neem aan dat dit een persoonlijk feit is. We gaan de discussie niet opnieuw voeren. Ik heb dit persoonlijk feit van mevrouw Leijten genoteerd. Daarmee is er een einde gekomen aan de tweede termijn van de zijde van de Kamer.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.



Minister **Schippers**:

Voorzitter. Net als mevrouw Bruins Slot zeg ik: zorg is mensenwerk en maatwerk. Tegelijkertijd moet ik constateren dat de ene zorg de andere niet is. Je hebt goede zorg en minder goede zorg. In dit wetsvoorstel gaat het erom, de goede zorg zo snel mogelijk over de hele sector uit te rollen, om het beleidsmatig te zeggen. Mevrouw Bruins Slot heeft mij nog een vraag gesteld over de beroepsontwikkeling. Dat is positief geformuleerd om er een beetje schwing in te brengen, maar natuurlijk zijn negatieve ontwikkelingen en signalen daarvan voor mij wel degelijk aanleiding om actie te ondernemen. Daarin kan ik haar dus geruststellen.

In de motie op stuk nr. 22 verzoeken de leden Bruins Slot en Slob de regering, het Kwaliteitsinstituut op te roepen zo veel mogelijk gebruik te maken van reeds bestaande professionele standaarden waar organisaties nu mee werken. Ik zie deze motie als ondersteuning van beleid en laat het oordeel aan de Kamer.

In haar motie op stuk nr. 23 roept mevrouw Bruins Slot de regering op om informatie over kwaliteit toegankelijk te maken voor laaggeletterden en mensen met een beperking. Ik zie deze motie als ondersteuning van beleid en laat het oordeel aan de Kamer.

In haar motie op stuk nr. 24 verzoekt mevrouw Bruins Slot de regering, de sector aan te sporen om voor 1 mei 2013 met een veiligheidsagenda te komen. De veiligheidsagenda voor 2012-2015 is gepubliceerd en is in november 2012 aan de Tweede Kamer gestuurd. Ik denk dus dat hier sprake is van een misverstand. Momenteel is de sector deze veiligheidsagenda aan het uitwerken en implementeren.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik heb eergisteren antwoorden ontvangen op mijn schriftelijke vragen over het VMS-programma. De minister heeft geschreven dat de veiligheidsagenda er nog steeds niet is. Toen dacht ik bij mezelf: dan heb ik toch niet het juiste document ontvangen. Dit staat wel degelijk in de beantwoording van de vragen. Zodoende ben ik erop teruggekomen.

Minister **Schippers**:

Ik denk dat mijn manier van opschrijven niet duidelijk is geweest. Dat spijt me. Ik heb het antwoord op de vragen voor me. Er staat: deze agenda wordt uitgewerkt. Hij is dus wel opgesteld, maar hij moet nog worden uitgewerkt en geïmplementeerd. Ik denk dat daar het misverstand is ontstaan; excuses daarvoor.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik denk dat de Kamer het erg op prijs zou stellen om de uitwerking van die agenda te ontvangen. Als de minister dat toezegt, trek ik deze motie gewoon in.

Minister **Schippers**:

Ik kan echter niet aangeven wanneer de uitwerking klaar is. Dat zou ik moeten navragen. 1 mei is dan wel heel snel. De agenda is er, maar de uitwerking neemt natuurlijk langer in beslag.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik kan mijn motie aanhouden. De minister zal volgens mij nog een reactie geven op de initiatiefnota van de VVD over patiëntveiligheid. Daarin kan zij gelijk duidelijkheid geven over deze vraag. Misschien is dat een praktische oplossing.

Minister **Schippers**:

Ik weet niet of mevrouw Bruins Slot de motie wil aanhouden, want in de motie wordt gevraagd naar iets wat er al is. Dat misverstand komt misschien door de manier waarop ik het heb opgeschreven; nogmaals excuses daarvoor. Dit moet ik wel constateren, want anders doe ik de sector tekort, maar ik kan toezeggen wat mevrouw Bruins Slot vraagt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Dat lijkt me prima. De minister heeft deze toezegging gedaan, dus ik trek mijn motie in.

De **voorzitter**:

Aangezien de motie-Bruins Slot (33243, nr. 24) is ingetrokken, maakt zij geen onderwerp van beraadslaging meer uit.



Minister **Schippers**:

In het debat met mevrouw Leijten heb ik steeds de indruk dat wij het over verschillende dingen hebben, waardoor er een misverstand in de Kamer ontstaat. Ik heb dat misverstand in eerste termijn geprobeerd weg te nemen, maar ik zal het nog een keer proberen. Zorgaanbieders zijn ook beroepsorganisaties van artsen, verpleegkundigen, logopedisten, fysiotherapeuten et cetera. Ook de wetenschappelijke verenigingen vallen hieronder. Zorgaanbieders zijn niet alleen maar ziekenhuizen, of alleen maar verpleeghuizen. Ook de beroepsorganisaties, inclusief de wetenschappelijke verenigingen, vallen hieronder.

Het amendement op stuk nr. 17 zet een aantal partijen eruit, namelijk de zorgverzekeraar, de ziekenhuizen en de instellingen. Dat gaat mij te ver, zoals ik al in de beantwoording heb aangegeven. Het gaat mij te ver om een aantal partijen uit te sluiten. Het is echter niet zo dat de beroepsverenigingen niet benoemd zijn in het wetsvoorstel; zij zijn alleen in algemene zin benoemd.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Dat is dan een onduidelijkheid die wat mij betreft geschapen is door de wetstekst. Met "zorgaanbieders" bedoelen we in al ons taalgebruik instellingen. Er wordt in wetten en beleidsdocumenten van het ministerie op andere momenten over beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen gesproken. Als de amendementen het niet halen, zou het mij een lief ding waard zijn dat dit er nog in

Schippers

komt. Het woord "zorgaanbieder" wordt namelijk in de taal die wij allemaal spreken, begrepen als "instelling".

Minister Schippers:

Behalve in mijn taal dan. Het debat in de Kamer is overigens onderdeel van de wetsbehandeling. Ik geef hier dus aan dat met het woord "zorgaanbieders" ook de beroepsorganisaties van artsen, verpleegkundigen en verzorgden worden bedoeld. Als je de memorie van toelichting goed leest, stel je dat ook vast. Mevrouw Leijten vindt dit onvoldoende. Ik onderstreep hier nog eens dat dit inclusief de wetenschappelijke verenigingen is. Hiermee is het onderdeel van de wetsgeschiedenis, van de wetsbehandeling. Dan geldt het dus als zodanig.

De voorzitter:

Was dit ook uw oordeel over de motie? Of nee, dat hebt u nog niet gegeven.

Minister Schippers:

Nee, dit was even om het misverstand op te lossen.

In haar motie op stuk nr. 25 verzoekt mevrouw Leijten de regering, met maatregelen te komen om te voorkomen dat zorgverzekeraars allerhande eisen mogen stellen bovenop een professionele standaard bij hun zorginkoop. Ik ontraad deze motie sterk. Ik wil juist dat zorgverzekeraars op kwaliteit inkopen en niet alleen op prijs. Ik wil dat zij daar aandacht voor hebben. Wat is er tegen betere zorg of nog betere zorg? Ik wil wel aandacht vragen voor de standaardisatie van de uitvraag. Daar zal ik in het project administratievelastenverlichting zeker aandacht voor hebben, maar deze motie gaat echt helemaal tegen ons systeem in.

In de motie op stuk nr. 26 spreekt mevrouw Leijten uit dat er een waterdichte scheiding moet zijn tussen kwaliteitsbeleid en pakketbeheer in het Zorginstituut Nederland. Ik heb aangegeven dat kennisuitwisseling wel kan, maar dat het beleid en het beheer waarom het hier gaat, absoluut gescheiden zijn. Die zaken moeten een waterdichte scheiding kennen. Ik ben het dus met mevrouw Leijten eens. Het oordeel over deze motie laat ik aan de Kamer.

Ik ben het met de heer Mulder eens dat wij moeten evalueren of het systeem uitdagend genoeg is. Hopelijk zijn wij het dan weer eens.

Mevrouw Bouwmeester heeft drie vragen gesteld en een vraag aan de staatssecretaris, als ik het goed heb begrepen. Haar eerste vraag was in hoeverre de site leesbaar en begrijpelijk is. Wij betrekken gebruikers bij de ontwikkeling van de site om de leesbaarheid maximaal te vergroten. De site kan namelijk voor mij wel leesbaar zijn, maar hoeft dit voor een ander niet te zijn. Dat geldt in ieder geval voor deze site. Mevrouw Leijten vraagt in dit verband of wij meteen alle sites waarnaar wij een link vermelden, ook leesbaar en gebruiksvriendelijk willen maken. Ik vind het wel belangrijk dat dit zo is. Ik wil de organisaties die daarachter zitten, zeker daarop aanspreken. Ik vermoed echter dat dit enige tijd in beslag zal nemen, zeker omdat de inspectie over het algemeen in de taal van professionals spreekt en niet in leken taal. Het is nog wel heel wat om dat om te zetten. Ik zal de organisaties dus verzoeken om dat te doen, maar ik kan mij voorstellen dat dit enige tijd in beslag neemt.

De tweede vraag van mevrouw Bouwmeester ging over de NZa. Die moet prioriteit geven aan en capaciteit vrijmaken voor het houden van toezicht. Ik vind dat net zo-

als mevrouw Bouwmeester belangrijk. Daar gaat wel formatie en geld in zitten. Als wij eisen stellen aan en prioriteiten verlangen van toezichthouders, moeten wij er bij bezuinigingsrondes ook voor zorgen dat zij de capaciteit daadwerkelijk hebben. Anders wordt het een wassen neus. Ik ben het dus met mevrouw Bouwmeester eens en vooralsnog kunnen wij dat realiseren.

De derde vraag ging over het verantwoordingsdocument. In het verantwoordingsdocument, dat wij bij de standaard en de richtlijn krijgen, wordt transparantie gegarandeerd. Daarin staat namelijk waarom bepaalde keuzes worden gemaakt. Daarmee voorkom je dat er oneigenlijke keuzes worden gemaakt of dat keuzes niet kunnen worden onderbouwd.

Ik beantwoord tot slot nog een vraag van mevrouw Leijten die ik vergeten was. Wat te doen, als je niet kunt kiezen voor een voorkeursaanbieder? Wij verwachten van zorgverzekeraars dat ze selectief inkopen. Dat doen ze eigenlijk heel weinig. Ze zouden dat veel meer moeten doen om het systeem echt te laten werken. Ze zouden moeten inkopen op basis van kwaliteit, want dan komt de kwaliteitseisen pas echt op gang. Als je dus wilt inkopen op basis van kwaliteit, kan het voorkomen dat een aanbieder niet wordt gecontracteerd omdat hij niet aan de kwaliteitseisen voldoet. Daar moet je dan transparant over zijn. Dan is het ook goed als een zorgverzekeraar aangeeft waarom hij een bepaalde aanbieder niet contracteert. Als het inkoopbeleid van een zorgverzekeraar een verzekerde niet bevalt, kan die verzekerde van verzekeraar wisselen. Zo is ons systeem opgebouwd.

De voorzitter:

Is de motie op stuk nr. 27 ter beoordeling van de staatssecretaris?

Minister Schippers:

De staatssecretaris zal de resterende moties behandelen. Dat hoop ik althans.

De voorzitter:

Ik hoop dat de staatssecretaris ons uit deze onzekerheid verlost.

Staatssecretaris Van Rijn:

Voorzitter. Laten wij het hopen. Ik moet drie moties behandelen en een vraag beantwoorden.

Ik begin met de motie van mevrouw Leijten op stuk nr. 27. Daarin wordt de regering verzocht om de organisatiegraad te verhogen en daarmee de beroepsgroep te emanciperen. Ik heb al gezegd dat wij met het Kwaliteitsinstituut regelen dat de stem van de beroepsgroep gehoord wordt bij de ontwikkeling van standaarden. Ik vind het ook belangrijk dat dit gebeurt. Daarmee zitten er ook waarborgen in de werkwijze van het Kwaliteitsinstituut. Ik kan echter niet zelf de organisatiegraad verhogen. Dat lijkt me ook niet wenselijk. Het lijkt me aan mensen zelf om te beslissen of zij lid willen worden van een beroepsvereniging, hoe belangrijk ik dat ook vind. Daarom ontraad ik deze motie.

In de motie van mevrouw Dijkstra op stuk nr. 28 wordt de regering verzocht om via de stuurgroep die de overheveling van de AWBZ naar de gemeenten gaat begeleiden, de al bestaande ketenzorgstandaarden bij de gemeenten onder de aandacht te brengen. Dat acht ik een ondersteu-

Van Rijn

ning van beleid en daarom laat ik het oordeel over deze motie aan de Kamer.

In de motie Van der Staij c.s. op stuk nr. 29 wordt de regering verzocht om de reikwijdte, de mogelijkheden, van het wetsvoorstel voor de Wmo te onderzoeken en daarover aan de Kamer te rapporteren in de brief over de hervorming van de langdurige zorg. Dat acht ik ook een ondersteuning van beleid en daarom laat ik het oordeel over deze motie aan de Kamer.

Ten slotte vroeg mevrouw Bouwmeester of ik de Kamer te zijner tijd wil informeren over de kwestie-De Hoven. Dat wil ik graag doen.

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

De voorzitter:

De stemmingen over het wetsvoorstel en de ingediende moties zullen komende dinsdag plaatshebben.

Sluiting 23.09 uur.