

Van Aartsen

verdrag. Eind verleden jaar heb ik met mijn ambtgenoot van de Antillen hierover uitvoerig gesproken. Toegezegd is dat zij zich op korte termijn, en ik hoop dat het nog dit jaar gebeurt, zullen aansluiten bij het verdrag, waardoor de gaten worden gedicht. Ik zal mij uiteraard op de hoogte laten brengen van de actuele stand van zaken.

De heer **Blauw** (VVD): Voorzitter! Ook de VVD-fractie heeft met de nodige verbazing en walging kennis genomen van wat door de voorzitter van het Wereldnatuurfonds naar buiten is gebracht over de handel in uitheemse en bedreigde diersoorten. Eén door hem genoemd element verbaasde ons in zeer grote mate. Er zouden Nederlandse klanten zijn. Kijk, deze vorm van criminaliteit kan bestaan bij de gratie van afnemers. Er werd zelfs gesuggereerd dat er Nederlandse instituten tot de afnemers zouden behoren. Als nu deze problematiek wordt onderzocht, wil men dan ook eens kijken of deze stelling juist is? Om welke soort afnemers in Nederland gaat het? Om burgers, bedrijven, instituten, rijksinstituten? Ze hoeven niet met naam en toenaam genoemd te worden, maar een indicatie in die richting wil ik wel.

Minister **Van Aartsen**: Voorzitter! Mijn collega van Justitie zal mij aanvullen, zoals dat steeds bij dit dossier gebeurt. Dit nu is een onderdeel van het fenomeen legale en illegale handel. In de legale poot van de handel bestaan contacten met Nederlandse instituten. Zo ontstaat het beeld dat er gehandeld zou zijn met Nederlandse instituten en musea. De exacte gegevens over deze zaak moeten uiteraard uit het komende dossier naar voren komen. Exacter dan dit kan ik uw Kamer op dit moment niet antwoorden.

Mevrouw **Augusteijn-Esser** (D66): Voorzitter! Mijn fractie is zeer bezorgd over deze zaak. Daarom hebben wij in november 1994 al vragen gesteld aan de minister van Justitie en de minister van Landbouw over de illegale handel, de omvang, de rapportage, enz. Dat

heeft ons op 21 december een brief van beide bewindslieden opgeleverd, waarin zij uiteenzetten op welke wijze zij bestrijding van de illegale handel zullen toepassen. Niettemin doet zich zo'n probleem voor. Ik heb niet de illusie dat het voornemen tot een verandering van het beleid en een aanscherping daarvan direct tot resultaten leidt, maar het is altijd mogelijk.

Is het nu niet hoogst noodzakelijk dat bij een illegale handel van een dergelijke omvang onmiddellijk actie wordt ondernomen zodat met name naar dit dossier nader onderzoek wordt verricht?

Ik kom nog terug op het verschil tussen legaal en illegaal. Inmiddels is er door het Wereldnatuurfonds een lijst gepubliceerd van de illegaal hier ingevoerde dieren. Ik vraag de bewindslieden in hoeverre zij, behalve de reeds toegezegde maatregelen in de brief van 21 december, met name in dit geval een nader en diepgaand onderzoek willen instellen.

Minister **Sorgdrager**: Voorzitter! Mevrouw Augusteijn vraagt zich af hoe het mogelijk is dat, ondanks de geïntensiveerde aandacht voor dit veld, zich een zaak kan voordoen zoals de onderhavige. Hierop moet ik antwoorden dat het in het algemeen wel vaker voorkomt dat Nederlanders die zich in het buitenland hebben gevestigd, de vreselijkste dingen begaan zonder dat het in Nederland tot een opsporingsonderzoek komt. Het is extra pijnlijk dat het een Nederlander is die juist op dit gebied een zodanige handel pleegt. Maar als het niet op grote schaal via Nederland gebeurt wil het niet zeggen dat de Nederlandse politie heeft gefaald als zij niet de eerste is die de handel opspoort. Ik ben wel blij dat deze zaak aan het licht is gekomen. De CRI heeft mij ook verzekerd contact te zullen zoeken met de Belgen en de Engelsen om te bekijken in hoeverre vanuit Nederland nog een bijdrage geleverd kan worden.

Dan nog even over de instituten die afnemer zijn geweest. Het is inderdaad zeer noodzakelijk dat onderzocht wordt in hoeverre dit legaal dan wel illegaal is geweest. Dat staat nog niet vast. Ik ben er zelf ook zeer in geïnteresseerd om het antwoord op deze vraag te weten,

want het zouden wel eens instituten kunnen zijn die ook met overheids-geld gefinancierd worden. Wat mij betreft moet dus duidelijk worden wat er op dit gebied precies gebeurd is.

Aan de orde is de behandeling van:
- **het wetsvoorstel De kwaliteit van zorginstellingen (Kwaliteitswet zorginstellingen) (23633).**

De algemene beraadslaging wordt geopend.

De heer **Lansink** (CDA): Mijnheer de voorzitter! Behoud en waar nodig versterking van de kwaliteit van de zorgverlening is een gedeelde verantwoordelijkheid van overheid en zorgaanbieders. Hoewel de kwaliteit voor een deel ook afhangt van de relatie, de wisselwerking tussen de hulpverlener of de zorgverlenende instantie en de patiënt ± denk aan het belang van de informatie-uitwisseling ± ligt de primaire verantwoordelijkheid toch bij de zorgverleners. De overheid scheidt krachtens de Grondwet de voorwaarden voor een optimale zorgverlening en ziet toe op de geleverde kwaliteit. Dat het juridische kader voor de handhaving van de kwaliteit geen eenvoudige zaak is, bleek al bij de behandeling van de Wet BIG en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). De wettelijke regeling van de beroepsuitoefening van de individuele geneeskundige hulpverleners kostte immers nogal wat jaren. En de WGBO als een soort "tegenhanger" ± het kader van rechten en plichten van de verzekerde ± is ook pas korte tijd in werking. Het onderhavige wetsvoorstel is wellicht ook vanwege de moeilijkheidsgraad vrij lang uitgebleven.

Het wetsvoorstel betreft niet rechtstreeks de individuele zorgverleners noch de patiënten, maar de kwaliteit van de zorginstellingen. De omschrijving en invulling van het begrip "kwaliteit" is kennelijk een moeilijke opgave. In artikel 1, met de begripsbepalingen, ontbreekt immers een definitie, hoewel de term "kwaliteit" wel in de considerans en de titel van de wet voorkomt. Mocht de Kamer niet aannemen dat de definitie uit de nota Kwaliteit van zorg (22113, nr. 2) in de wet zou

worden opgenomen? Ik doel op de toen gehanteerde omschrijving van de KNMG: "Kwaliteit is de mate waarin het geheel van eigenschappen van een produkt of dienst voldoet aan daaraan gestelde (of te stellen) eisen, die voortvloeien uit het gebruiksdoel". Hoe denkt de minister over het alsnog opnemen van deze begripsbepaling? Het is namelijk vreemd dat een wet die "Kwaliteitswet" heet, geen omschrijving van het woord "kwaliteit" kent. Bij de behandeling destijds, vele jaren geleden, van de Wet voorzieningen gezondheidszorg heeft de CDA-fractie al aandacht gevraagd voor dit definitievraagstuk, onder meer door te wijzen op de verschillen tussen de intrinsieke en de extrinsieke betekenis van het woord "kwaliteit". Ik wijs verder op de bijdrage van mijn toenmalige fractiegenote Yvonne Vriens-Auerbach, tijdens de UCV over de nota Kwaliteit van zorg, op 9 december 1991. De toen uitgesproken beschouwing blijft onverminderd van kracht. Dat geldt ook voor de inhoud van de motie-Van Otterloo/Vriens-Auerbach, waarin de regering werd gevraagd de zogenoemde basiskwaliteitseisen in de wet op te nemen. Die eisen zijn achtereenvolgens: de afstemming van de zorgbehoefte op de vraag van de patiënt, het goede niveau van de zorg, de doelmatigheid en het patiëntgerichte karakter. Wil de minister nog eens uiteenzetten waarom daarvan is afgezien?

Sleutelbegrip in het wetsvoorstel is nu de term "verantwoorde zorg", woorden die in juridische zin zorgen kunnen baren, te oordelen naar de vragen die door verscheidene fracties in het verslag zijn opgeworpen. Het wetsvoorstel is weliswaar de vertaling van het beleid dat is vastgelegd in de nota Kwaliteit van zorg, maar uit de behandeling van die nota op 9 december 1991 kon de regering opmaken dat in de Kamer enkele belangrijke wensen leefden. Ik noem niet alleen de wettelijke regeling, de opname van de kwaliteitseisen maar ook afstemming met andere wetten. De fractie van het CDA steunt overigens de motieven voor het wetsvoorstel, dat weliswaar een zekere regulering inhoudt maar dit wel op een zodanige wijze doet dat een zakelijke en zorgvuldige toetsing van de kwaliteit van de zorginstellingen mogelijk wordt. Wel blijft de

wisselwerking met de Wet BIG, een eventuele overlapping, een punt van zorg. Maar misschien moet de praktijk uitwijzen hoe dit zal lopen.

Voorzitter! Het wetsvoorstel beoogt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg, dus de handhaving en de verbetering, bij de instellingen te leggen en toetsing via een globale en flexibele norm mogelijk te maken. Die norm is \pm ik herhaal het nog eens \pm de verantwoorde zorg. Het wetsvoorstel is in zekere zin een pendant van de Wet BIG die ziet op de beroepsuitoefening van de individuele zorgaanbieders. De Wet BIG heeft ook een andere achtergrond dan de Kwaliteitswet. De trend van deregulering van de afgelopen jaren deed hier en daar wel de vraag rijzen of niet met zelfregulering kan worden volstaan, te meer waar de kwaliteitsnorm, die van de verantwoorde zorg, op het niveau van de instelling moet worden ingevuld. Mijn fractie deelt de opvatting van de regering, dat het wetsvoorstel voortvloeit uit de grondwettelijke plichten van de overheid en daarmee dus nuttig en nodig is. De instemming met het wetsvoorstel, ervan uitgaande dat hetgeen ik nog aan wijziging zal voorstellen ook instemming zal krijgen, neemt overigens niet weg dat nadere discussie mogelijk en nodig is over: de zojuist door mij genoemde wettelijke verankering van de kwaliteitseisen; in samenhang daarmee de nadere invulling van het begrip verantwoorde zorg; de wisselwerking met andere wetten, met name de BIG, hoewel ik erken dat wij wat dit betreft de praktijk zullen moeten afwachten; het al dan niet stelselneutrale karakter van het wetsvoorstel.

De Nederlandse patiënten/consumentenfederatie heeft via een schaduw-kwaliteitswet, wat ik overigens een mooi woord vind, enkele voorstellen gedaan om de tekst van de wet op onderdelen bij te stellen c.q. aan te scherpen. Vragen vanuit de Kamer om een opvatting van het kabinet hebben geleid tot een tweede nota van wijziging en sinds vanmiddag tot een derde nota van wijziging, waarin nogal wat punten zijn meegenomen die ongetwijfeld door de Kamer aan de orde zouden zijn gesteld. Ik doel daarbij vooral op het stellen van nadere regels met betrekking tot het begrip verantwoorde zorg \pm ik kan

ook zeggen: kijken naar de kwaliteitseisen \pm het kwaliteitsjaarverslag om een goede toetsing mogelijk te maken, de tegenwoordig onvermijdelijke evaluatiebepaling en de vrijheid tot het inrichten van het eigen leven in een bejaardenoord. De fractie van het CDA stemt in met de nota's van wijziging, overigens met de aantekening, dat de procedurele oplossing over de uitwerking van het begrip verantwoorde zorg, de vraag doet rijzen of die regels en ook de kwaliteitseisen waarover ik sprak, niet een gewone wettelijke status moeten krijgen. Ik verwijs wat dat betreft nog eens naar het debat dat destijds met minister d'Ancona en staatssecretaris Simons is gevoerd door onze oud-collega's Van Otterloo en Vriens-Auerbach.

De Nederlandse patiënten/consumentenfederatie is overigens, blijkens de brief van 25 augustus jl. niet helemaal tevreden. Zij uitte wel waardering voor de overname van een aantal van haar suggesties maar zij heeft nog wel nadere wensen. Naast de verdere concretisering van de voorwaarden die aan het jaarverslag zouden moeten worden gesteld \pm daar is nu enigszins aan voldaan met de derde nota van wijziging die zojuist is uitgedeeld \pm doelt de federatie vooral op de nadere omschrijving van het begrip verantwoorde zorg. De Nederlandse patiënten/consumentenfederatie stelt voor om onder verantwoorde zorg mede te verstaan de zorg die voldoet aan de normen die door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties in onderling overleg zijn vastgesteld. Op het eerste gezicht had ik enige sympathie voor die benadering maar bij nader inzien, nog voordat de brief van de minister bij ons op tafel kwam, had ik toch een paar kanttekeningen die eigenlijk al enigszins overbodig zijn geworden nadat ik zojuist de brief van de minister die ons voor het debat bereikte, heb gelezen. Feitelijk is er namelijk sprake van een procedurele benadering in de suggestie van de NP/CF: zijn de drie partijen het eens, dan is er kennelijk sprake van een verantwoorde norm, ongeacht de externe toetsing. Maar er kan natuurlijk een probleem ontstaan wanneer partijen het niet eens worden. In feite kan het zelfs leiden tot een vetorecht van één van de drie partijen. De minister schrijft terecht

Lansink

in haar brief, dat tripartiete toestanden de zaak minder flexibel maken.

Er is nog een ander punt. De toevoeging van het woord "mede" geeft aan dat ook andere aspecten een rol van betekenis moeten spelen. De vraag is dan op welke wijze en met welk gewicht die andere aspecten in de beschouwingen zouden moeten worden betrokken. Nogmaals, de procedurele benadering stuit op bezwaren en past ook niet in de systematiek van de wet. Dat deel van het antwoord van de minister aanvaard ik dus.

Voorzitter! Bij de schriftelijke behandeling heeft de CDA-fractie de meeste aandacht besteed aan het wellicht ontoereikende karakter van de norm "verantwoorde zorg". Ook andere fracties hebben gewezen op de mogelijke rechtsongelijkheid tussen instellingen c.q. regio's. Het kabinet handhaaft de eenvoudige, globale en dus flexibele norm, zij het dat via de nota van wijziging in reactie op de voorstellen van de NP/CF de mogelijkheid van aanvullende regels wordt opengesteld. Desondanks zou moeten worden nagegaan of een voor minder interpretaties vatbare norm kan worden gevonden, bijvoorbeeld naar analogie van de eisen van deugdelijkheid, die aan het Nederlandse onderwijs worden gesteld. Is de minister \pm ik herhaal mijn eerdere vraag \pm bereid om alsnog de kwaliteitseisen in de wet op te nemen? Begrippen als "doelmatigheid" en "patiëntgerichtheid" geven wat meer houvast. In het verslag heeft de CDA-fractie wel erkend dat de normstelling in dit geval geen absoluut karakter heeft maar relatief is. Maar ook wanneer dat gezegd is, kan er nog aan worden vastgehouden dat het opnemen van kwaliteitseisen van belang is, omdat immers te grote globaliteit en flexibiliteit tot onverantwoorde zorg zouden kunnen leiden.

Voorzitter! Het stelselneutrale karakter van het wetsvoorstel vergt ook nog enige opheldering, te meer waar in het na te streven drie-compartimentenstelsel \pm ik doel op het onderscheid tussen de caresector en de koppeling met de AWBZ, de curatieve zorg en de overige zorg \pm de positie van de overheid en van de verzekeraars een andere is. De vraag klemmt, of het niet voldoen aan de kwaliteitseisen gevolgen heeft voor de met de zorgverzekeraars gesloten overeenkomsten dan wel voor de

krachtens de AWBZ noodzakelijke erkenningen, op grond waarvan de instellingen functioneren. Het nog steeds bestaande ideaal van het slechten van de financiële en structurele schotten tussen de verschillende vormen van zorg en dus tussen de instellingen noopt tot een eensluidende en transparante toepassing van deze Kwaliteitswet.

Voorzitter! In samenhang met de financiële en structurele invalshoek van de zorgordening moet ook enige aandacht besteed worden aan de certificatie. Vooralsnog is gekozen voor een privaatrechtelijke regeling van de certificatie als document ter bevestiging van de kwaliteit. Het kabinet wekt in de nota naar aanleiding van het verslag de indruk dat van interactie met de Kwaliteitswet zorginstellingen geen sprake is. Geldt dat ook voor de situatie waarin een conflict ontstaat tussen de publiekrechtelijke toetsing krachtens deze wet \pm zeker wanneer zij negatief uitpakt \pm en het desondanks beschikken over een certificatie? Wat is dan de waarde van die certificatie? Ook boeit de vraag naar de wisselwerking met de aansprakelijkheid, wanneer die door patiënten achteraf in het geding wordt gebracht.

Voorzitter! Het laatste onderwerp betreft de geestelijke verzorging, die in het voorontwerp van wet wel een plaats was toebedeeld maar in het wetsvoorstel is geschrapt, ondanks de erkenning door het kabinet, dat er een verband bestaat tussen kwalitatief goede zorg en passende geestelijke verzorging. Het argument voor het schrappen is het regelen van de geestelijke verzorging in een afzonderlijk wetsvoorstel. Daarbij wordt gedoeld op de regels met betrekking tot de geestelijke verzorging in instellingen in de zorgsector en in justitiële inrichtingen. Die argumentatie snijdt enig maar lang niet alle hout. De invulling en dus ook beoordeling van kwaliteit is een integraal proces. Tijdens de UCV van 9 december 1991 is de integrale behandeling ook steeds uitgangspunt geweest in de verschillende beschouwingen, ook in die van de toenmalige bewindslieden. Trouwens: ook andere aspecten van de zorgverlening zijn onderworpen aan andere wetten en vallen toch onder die kwaliteitsbeoordeling. Opname van de verslagen in het kwaliteitsjaarverslag maar ook andere aspecten tellen evenzeer voor

de geestelijke verzorging. Waarom zouden die niet in het kwaliteitsjaarverslag kunnen worden ondergebracht? Er zijn meer voorbeelden te noemen. Ik vraag daarom het kabinet dringend de geestelijke verzorging alsnog een plaats te geven in het wetsvoorstel. Dat kan via een dwarsverband met het genoemde wetsvoorstel of langs een andere weg. De betere weg is die welke is bepleit in het debat dat wij in 1991 hebben gevoerd. Op dit punt heb ik een amendement ingediend. Dat is het amendement op stuk nr. 11. Het is zojuist uitgedeeld. Ik vraag de minister en de Kamer om dit amendement in de beoordeling te betrekken en tegen dit wijzigingsvoorstel "ja" te zeggen.

Voorzitter! Ik rond af. De CDA-fractie onderschrijft het nut en eigenlijk ook de noodzaak van het wetsvoorstel. Van belang is wel dat de wet hanteerbaar en uitvoerbaar is, op de eerste plaats voor de zorginstellingen, die verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit, maar ook voor de patiënten, die op een goede kwaliteit mogen rekenen. Daarnaast dient de wet handhaafbaar te zijn voor de overheid c.q. de overheden. Ik pleit daarom nadrukkelijk voor een nadere uitwerking van de term "verantwoorde zorg", eventueel via de kwaliteitseisen inzake de afstemming van hulp, vraag en aanbod, de doelmatigheid, het niveau van de zorg en de patiëntgerichtheid. Daarnaast vraag ik om opname van de geestelijke verzorging in de wet.

□

De heer **Van Boxtel** (D66): Mijnheer de voorzitter! De behandeling van de Kwaliteitswet past in de reeks wetsvoorstellen die we recentelijk in de Kamer hebben besproken: de Klachtwet, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst. Voor de D66-fractie is dit een aantal wetten die in hun samenhang de positie van de patiënt ten opzichte van de zorgaanbieder/instelling aanzienlijk versterken. Was de dokter/hulpverlener en de instelling vroeger min of meer de verlengde arm van Onze Lieve Heer, tegenwoordig zijn zij in de bejegening en de behandeling gehouden, de patiënt te zien als gelijkwaardig persoon die recht heeft op kwalitatief verantwoorde zorg.

Van Boxtel

Hoewel de Kwaliteitswet zich primair richt op de zorgaanbieders, zijn de consequenties van deze wet voor de patiënten van essentieel belang.

Uit recent NIVEL-onderzoek is gebleken dat de betrokkenheid van patiënten bij het kwaliteitsbeleid van instellingen, met name in de ambulante en kortdurende intramurale hulpverlening, nog zeer beperkt is. Laatst hoorde ik van een oudere, dat zij in korte tijd drie verschillende hulpverleners in de thuiszorg aan de deur kreeg. Dat komt het gevoel van veiligheid en de effectief en kwalitatief verantwoorde hulpverlening niet meteen ten goede.

De vraag is in hoeverre de positie van de patiënt/consument nog verder geoptimaliseerd kan worden zonder door te slaan naar een verlamdende bureaucratische structuur. De minister heeft een aantal voorstellen uit de schaduw-kwaliteitswet van de NP/CF overgenomen en daarvoor ben ik haar zeer erkentelijk. Een belangrijk voorstel heeft zij echter niet willen overnemen en dat is de toevoeging aan artikel 2 dat onder verantwoorde zorg mede wordt verstaan de zorg die voldoet aan de normen die door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties in onderling overleg zijn vastgesteld. De regering zegt hierover in de nota naar aanleiding van het verslag: "Op het moment dat anderen zeggenschap hebben in het niveau van de zorg die wordt geleverd, zijn die anderen medeverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg van een instelling en kunnen zij daarop ook worden aangesproken. Dit betekent dat daarmee ook een afschuifgedrag kan ontstaan. De zorgaanbieder kan de schuld voor het ontstaan van kwalitatief onverantwoorde zorg dan bij de patiënten of de verzekeraars leggen, die op hun beurt weer naar de zorgaanbieder wijzen".

Voorzitter! Dit is natuurlijk niet de bedoeling van het voorstel, zoals ook moge blijken uit de brief die wij recent van de organisatie hebben ontvangen. Het gaat hen en ook ons erom dat indien op grond van dit overleg normen tot stand komen, die dan vallen onder het begrip "verantwoorde zorg" waar instellingen zich aan dienen te houden. En natuurlijk kan het voorkomen dat een instelling zich niet houdt aan een norm die in onderling overleg tot stand is gekomen, maar als zij daar een goede reden voor heeft, moet

dat natuurlijk ook kunnen en zal die motivering wel uit het jaarverslag blijken. Overigens heeft de KNMG in haar laatste commentaar op de Kwaliteitswet er ook voor gepleit een verband te leggen tussen het wettelijke begrip "verantwoorde zorg" en de afspraken tussen veldpartijen, bijvoorbeeld door opnemering van dit verband in de wet.

Ik geef toe dat de wet zich richt op de zorgaanbieder en dat deze bepaling niet heel mooi past bij de wetssystematiek van het wetsvoorstel, maar als de minister een andere suggestie heeft, dan staat de fractie van D66 daar natuurlijk voor open. Indien dat niet het geval zou zijn, zal ik eventueel een amendement conform het voorstel van de NP/CF indienen.

Mijnheer de voorzitter! Over het begrip "verantwoorde zorg" zijn veel woorden gewisseld. Dat is ook niet zo verwonderlijk omdat het in zijn aard vaag is en niet geconcretiseerd. Ook de Raad van State heeft hierover opmerkingen gemaakt. Ten behoeve van kenbaarheid van de kwaliteitseisen en de handhaving van de wet aan de hand van welke criteria worden instellingen getoetst of zij wel of niet verantwoorde zorg leveren? ± is wellicht enige concretisering van belang. Indien de regering alsnog positief staat tegenover de aanvulling van artikel 2, conform het voorstel van de NP/CF, is er al veel gewonnen. Ik moet toegeven dat een andere nadere concretisering door de regering overtuigend wordt weerlegd in de nota naar aanleiding van het verslag, dus ik zal daar niet meer op in gaan. Wel zou ik graag van de minister vernemen wat er sinds de eerste Leidschendam-conferentie in 1989 allemaal reeds aan kwaliteitsnormen is ontwikkeld en of die voorstellen ook al zijn uitgekristalliseerd. Hoe staat het met de visitatiecommissies? Loopt dat goed? Wil de minister de onderlinge toetsing van instellingen en visitaties overlaten aan de vrijwilligheid van instellingen of moet daar toch niet een meer verplichtend karakter aan worden gegeven?

Mijnheer de voorzitter! In de gezondheidszorg zijn we sinds de plannen van de commissie-Dekker bezig om meer marktwerking te creëren. De overheid bleek zichzelf vastgedraaid te hebben in een woud van wet- en regelgeving, waarbij lange tijd meer oog was voor de aanbesteding en minder voor de

vraagbeïnvloeding. Het pleidooi voor meer marktwerking was gestoeld op de gedachte dat de mondige patiënt met meer vrijheid zijn weg in de zorg moest kunnen vinden. Op dit moment probeert deze coalitie die doelstelling ook te verwezenlijken, maar ik wil wel enige zorg uiten over de mate waarin de overheid de verantwoordelijkheid kan behouden en aanspreekbaar kan blijven op de kwaliteit en het niveau van de zorgvoorzieningen. De ingeslagen weg van verzekeraarsbudgettering maakt deze organisaties machtig in het inkopen van zorg en in het vaststellen van premiehoogten. De verzekeraars zijn veelal gelieerd aan banken die weer de financiering van instellingen beheersen. Als overheid hebben wij momenteel geen enkele zeggenschap over de samenstelling van besturen of raden van toezicht van verzekeraars, ook niet over de wijze waarop met reserves wordt omgesprongen en dergelijke. Het geldt evenmin voor de wijze waarop verzekeren een evenwaardige positie hebben in de beleidsvorming van de verzekeraar. Ik kom hier uiteraard bij het FOZ en de begroting op terug. Maar ook in het kader van deze wet is deze notie van belang, omdat de invloed van de patiënt en de invloed van de overheid hier rechtstreeks aan de orde zijn. Deelt de minister mijn bezorgdheid? Op welke wijze kan hier eventueel aan tegemoet worden gekomen?

In de thans voorliggende wet is de positie van de provincies en de vier grote steden fors veranderd. Zij hebben geen rol meer in het toezicht en in de handhaving. De minister heeft nu een aanwijzingsbevoegdheid conform de suggestie van de Raad van State. De vraag is echter of nu de medeoverheden nog op enigerlei wijze een rol kunnen vervullen in de totstandkoming van bijvoorbeeld regiovisies.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Ik wil even terugkeren naar de rol van de overheid. Zou de heer Van Boxtel zijn woorden nog wat kunnen toelichten? Hij vraagt zich af of de overheid nog wel toezicht kan uitoefenen op de verzekeringen. Het is toch zo dat het kabinet de premies vaststelt voor de AWBZ, het ziekenfonds en de WTZ? In zoverre is toch wel degelijk sprake van invloed?

De heer **Van Boxtel** (D66): Binnen dat kader is er inderdaad invloed. Op

Van Boxtel

dit moment is echter een aantal ontwikkelingen aan de gang. Ik wil hier niet breed in filosofische beschouwingen vervallen, maar het is goed om bij een aantal tendensen stil te staan. Daar waar wij sturing en verantwoordelijkheid meer afgeven aan partners in de zorg, moet de overheid voldoende "zwembandjes" in het proces verstrekken om haar eigen verantwoordelijkheid te houden. Mevrouw Kamp noemde de premiestelling voor een aantal wetten, maar in de particuliere sfeer is dit natuurlijk van oudsher niet zo. Ook daar gaat een aantal dingen gebeuren. Ik noemde de verzekeraarsbudgettering. Er gaat heel veel geld naar de verzekeraars, die in principe vrij zijn om de gelden huishoudelijk, naar hun eigen inzicht te besteden. Daar komt de hele problematiek van de reservevorming aan de orde. Hoe transparant is dat nog? Dat zijn voor mij zeer reële vragen die wij onder ogen moeten zien.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Daarover hebben wij tijdens het hoofdlijnen-debat naar aanleiding van de kabinetsvoorstellen gesproken. De regering kon toen op steun rekenen.

De heer **Van Boxtel** (D66): Dat is nog steeds het geval, zij het dat wij "zwembandjes" willen verstrekken.

Vriend en vijand zijn het erover eens dat het beste zorgbeleid in de sfeer van planning van voorzieningen en dergelijke tot stand kan komen op regionaal niveau. Ik herinner nog eens aan de opmerkingen over de status van het FOZ vorig jaar en het streven van de minister om het volgende FOZ beter te laten aansluiten bij de regionale noden en wensen. Speelt het kwaliteitsniveau van instellingen hierin mede een rol of ziet de minister dit anders? Een nadere regeling in deze Kwaliteitswet is niet noodzakelijk; zie ook de parallel met de Klachtwet, waarin de inspectie de rol van de provincies heeft "overgenomen". Maar D66 acht een volledige set-back-positie voor de provinciale overheden en de vier grote steden, dus een achteruitstellen van hun positie, geen goede zaak. Het overheidsniveau blijft voor de patiënten immers waarborg voor rechtszekerheid en rechtsbescherming. Ergens zal de brug geslagen moeten worden tussen functionele en territoriale decentralisatie. Ik wijs hierbij dan ook nog maar eens op

het feit dat de zorgvernieuwingsfondsen in de AWBZ worden uitgevoerd door verbindingkantoren. Maar die kantoren zijn inmiddels de semi-commerciële zorgverzekeraars. Naar mijn mening moet de provincie in ieder geval wettelijk een platformfunctie worden toebedeeld voor de totstandkoming van de regiovisie. In 1992 heeft de Tweede Kamer gelijktijdig met de ontwerp-Kwaliteitswet het wetsvoorstel tot wijziging van de Gezondheidswet, waarin de regiovisie wettelijk wordt verankerd, toegevoegd gekregen. Maar wat is met dat laatste wetsvoorstel gebeurd? Ligt het niet voor de hand dat wetsvoorstel nog bij de Kamer in te dienen?

De heer **Lansink** (CDA): Voorzitter! Welke wet is de heer Van Boxtel nu eigenlijk aan het behandelen?

De heer **Van Boxtel** (D66): Er is sprake van een link tussen de Kwaliteitswet en de Gezondheidswet bij het vraagstuk van de positie van de provincies.

De heer **Lansink** (CDA): Ik zit af en toe met stijgende verbazing naar de heer Van Boxtel te luisteren. Soms denk ik dat wij het FOZ aan het behandelen zijn dan wel het hoofdlijnen-debat voeren dat wij al hebben gevoerd. Mevrouw Kamp wees daar ook al op. En dan komt er ineens een passage die wel over het nu aan de orde zijnde wetsvoorstel gaat. Daarover wil ik een vraag stellen. De heer Van Boxtel heeft zich zo even aangesloten bij de suggestie van NP/CF om de verantwoorde zorg nader procedureel in te vullen, mede in aansluiting op hetgeen tripartiet is bereikt. Ik zeg het dan in mijn woorden. In die visie krijgen de zorgverzekeraars een zeer forse stem, zelfs een vetorecht. Hoe is dat te rijmen met de kritiek die de heer Van Boxtel ook uitte op de verbindingkantoren, de verzekeraars? Daar zit een geweldige spanning tussen.

De heer **Van Boxtel** (D66): Daarom vraag ik in de eerste plaats nog eens expliciet naar de bereidheid van de minister om artikel 2 van de Kwaliteitswet zodanig aan te passen dat de positie van de patiënt/consument daarin op een goede wijze wordt geëffectueerd. Die vormt dan een "countervailing power" voor de andere betrokken instellingen. In

de tweede plaats wordt de positie van de medeoverheid, de provincies dan wel de vier grote steden, in de planning en financiering teruggedrongen. Maar tegelijkertijd is het nog de vraag op welke wijze de regiovisie handen en voeten moet krijgen. Ik heb nu nog geen zicht op de wijze waarop dat eventueel wettelijk wordt vastgelegd. Daarvoor was mijn inleiding bedoeld. Dat zijn de twee punten waar het bij deze wet om gaat.

De heer **Lansink** (CDA): In deze wet gaat het om de kwaliteit van de zorginstellingen en de handhaving daarvan. De wet ziet dus primair op de zorginstellingen. Aan de orde is nu de vraag: wat is verantwoorde zorg en hoe kun je dat vaststellen? Collega Van Otterloo en mevrouw Vriens-Auerbach hebben daarvoor destijds toch een veel betere benadering gekozen, namelijk door in de wet zelf kwaliteitseisen vast te leggen die iedereen kan zien en toetsen? Dat is veel beter dan een procedurele benadering, die tot starheid, inflexibiliteit en geweldig veel gedoe kan leiden tussen verzekeraars, patiënten en zorginstellingen.

De heer **Van Boxtel** (D66): De heer Lansink zet het nu heel erg tegenover elkaar: enerzijds de inhoudelijke rol voor de landelijke overheid om de kwaliteitseisen heel gespecificeerd uit te werken en anderzijds mijn benadering om een paar momenten in het proces in te bouwen, opdat patiënten- en consumentenorganisaties daarin een plaats krijgen en ook de medeoverheden niet helemaal uit het proces worden "weggefietst".

De heer **Middel** (PvdA): Ik krijg de indruk dat het niet of/of is, maar en/en. Ik neem aan dat de heer Lansink volstrekt terecht zegt dat uitgewerkte kwaliteitseisen in de wet moeten worden opgenomen. Ook de opmerking van de heer Van Boxtel over de regiovisie snijdt evenwel hout. Hij zegt: naar mijn mening moet de provincie in ieder geval wettelijk de platformfunctie toebedeeld krijgen bij de totstandkoming van de regiovisie. Ik hoor graag van hem, hoe hij de provincie en de vier grote steden dan precies positioneert. Betekent de platformfunctie alleen het verkennen, stimuleren en initiëren, of betekent

Van Boxtel

zij ook planning en eventueel besluitvorming plegen?

De heer **Van Boxtel** (D66): Onder een platformfunctie versta ik in de eerste plaats dat de provincie de plek is waar partijen elkaar kunnen vinden. Ik bedoel dan impliciet ook de vier grote steden. Wij kunnen dat, afhankelijk van de reorganisatie van het binnenlands bestuur, nader invullen. Het gaat mij erom dat zij die plek hebben. Als anderen die rol laten liggen, kunnen zij eventueel ook de initiator van zo'n gesprek zijn. Waar ik niet op uit ben, is terugkeren naar de oude situatie. In de coalitie hebben wij juist afgesproken om de rol van de minister weer te centraliseren in de zin van planning van financiering. Er moeten echter wel sectorale plannen gemaakt worden die gebaseerd zijn op regionale zorgnota's. Deze worden verwoord in zo'n visie. En die moet dus ergens tot stand komen! Ik wil de regionale overheid daar ook een positie in geven. Als je die platformfunctie verankert, dan is dat het niveau waar daarover gesproken wordt. Men kan daar ook in meepraten. Wat ik niet wil, is dat de provincie vervolgens in de gelegenheid wordt gesteld om via GS-besluiten, getoetst door PS, weer een rol te gaan vervullen in het formele circuit van besluiten. Die discussie hebben wij even aangeraakt bij de bespreking van de zorg in het regeerakkoord. En dat is de reden waarom ik daar nu nog een keer op terugkom.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Kunt u aangeven wat in uw visie de juridische status is van zo'n regiovisie? U wilt het wettelijk regelen, maar wat is dan de afdwingbaarheid en voor wie geldt dat.

De heer **Van Boxtel** (D66): Tot nu toe is daar door niemand op afgedongen. De regiovisie is in de vorige kabinetsperiode, maar ook in deze kabinetsperiode bij herhaling genoemd als goede basis van waaruit landelijk uiteindelijk de besluitvorming kan plaatsvinden. Ik ga nog even terug naar de FOZ-discussie van vorig jaar. Toen is ook gezegd dat het goed zou zijn als de macro-manier waarop wij in Nederland praten over de verdeling van geld en middelen, ook geldt is op de regionale noden en wensen. Die regiovisie is daar een vertaalslag

van. Daarin zal een eerste aanzet gegeven moeten worden voor het aantal voorzieningen, het kwaliteitsniveau en dergelijke. Dat is de reden waarom ik het bij deze wet even terughaal in de behandeling.

Mevrouw **Kamp** (VVD): In het hoofdlijnen debat hebben wij echter net een onderscheid gemaakt tussen de care- en de curesector. In de curesector moet sprake zijn van een aanbodregulering, waarvoor de rijksoverheid primair de verantwoordelijkheid draagt. U wilt een wettelijke status geven aan de regiovisie. Mijn vraag is dan wat dit betekent voor de juridische afdwingbaarheid.

De heer **Van Boxtel** (D66): Dat betekent dat er zo'n visie tot stand moet komen. Er moet dan op dat niveau een verhaal op tafel komen. Voor mij betekent het dat ook de medeoverheid daar een positie in moet hebben, niet in een eigen intern besluitvormingsproces, maar wel als gesprekspartner, als hoeder van het algemeen belang en als brug tussen functionele en territoriale decentralisatie.

Mijnheer de voorzitter! Er blijft bij mijn fractie onduidelijkheid bestaan over de afstemming tussen de BIG en de Kwaliteitswet. Uit de wettekst, artikel 7, leid ik af dat een aanwijzing dan wel een bevel slechts aan de zorgaanbieder, zijnde de instelling, kan worden gegeven en niet aan de beroepsbeoefenaar die in de instelling werkzaam is. Ook de nota naar aanleiding van het verslag zegt dit met zoveel woorden op bladzijde 18. Daar staat namelijk dat een aanwijzing of een bevel dat aan de zorgaanbieder wordt gegeven, indirect invloed kan hebben op de zorgverlening door de in de instelling werkzame beroepsbeoefenaren. Dus slechts indirect! Tot zover is het nog duidelijk. Artikel 40 van de Wet BIG zegt echter dat een bevel kan worden gegeven aan iedere hulpverlener die onder de BIG valt en die zijn beroep uitoefent anders dan in het kader van instelling als bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen. Met andere woorden: alleen de solistische beroepsbeoefenaar. In de nota naar aanleiding van het verslag staat echter: "Het toepassen van tuchtrecht of het geven van een bevel op grond van de Wet BIG is mogelijk ten aanzien van iedere beoefenaar van een in die wet geregeld beroep,

ongeacht of deze zijn beroep solistisch dan wel in een organisatorisch verband uitoefent; de maatregelen richten zich rechtstreeks tot de beroepsbeoefenaar". Hier raak ik het spoor even bijster, want volgens mij kunnen op grond van de BIG alleen solistisch werkende beroepsbeoefenaren een bevel krijgen en kunnen beroepsbeoefenaren die in een instelling werken, alleen indirect met een bevel of een aanwijzing te maken krijgen op grond van de Kwaliteitswet. Ik vraag de minister of daar nog helderheid over geboden kan worden.

Daarnaast wil ik nog iets vragen over de inhoudelijke kant van het bevel dat op grond van de Kwaliteitswet en de Wet BIG kan worden gegeven. Is het juist dat een bevel slechts wordt gegeven, indien de arts zijn beroepsuitoefening op zodanige wijze organiseert en zich voorziet van zodanig materieel dat een en ander niet leidt tot verantwoorde zorg? Er wordt dus geen bevel gegeven, indien de arts bijvoorbeeld zijn vak slecht uitoefent en bij de hulpverlening aan patiënten steeds fouten maakt die niets van doen hebben met het materieel en de organisatie. Want het blijft de vraag hoe de inspectie ± daar gaat het mij om ± moet omgaan met de haar toegekende twee bevoegdheden, te weten de bevelsbevoegdheid en het vragen van spoedvoorzieningen bij de tuchtrechter. Kan de minister voor alle duidelijkheid hier nog eens aangeven, in welk geval de inspectie bevel moet geven, en in welk geval de inspectie een spoedvoorziening bij de tuchtrechter moet aanvragen? Het kan toch niet zo zijn dat er twee maatregelen voor hetzelfde doel voorhanden zijn? Dat zou naar mijn mening eerder verwarring scheppen, voor zowel de inspectie als de hulpverleners en de instellingen.

Mevrouw **Kamp** (VVD): U vraagt dus, als ik het goed begrijp, of beroepsbeoefenaren binnen zorginstellingen eerder onder dit wetsvoorstel vallen, en niet onder de Wet BIG?

De heer **Van Boxtel** (D66): Ik heb net geprobeerd te duiden dat de Wet BIG zegt dat alleen de solistische beroepsbeoefenaren kunnen worden aangesproken, anders dan in het kader van een instelling, als bedoeld in de Kwaliteitswet. Dan zouden we een rare situatie krijgen, en daarover wil ik graag wat opheldering hebben.

□

De heer **Schutte** (GPV): Mijnheer de voorzitter! In de nota naar aanleiding van het verslag wordt opgemerkt, dat de noodzaak om deze wettelijke regeling inzake de kwaliteit tot stand te brengen, voortvloeit uit de grondwettelijke verplichting voor de overheid, ervoor te zorgen dat verantwoorde zorg wordt verleend. Deze opmerking zou de suggestie kunnen oproepen dat het met de huidige kwaliteit in de zorg niet zo goed gesteld is. Blijkens de memorie van toelichting is echter het tegenovergestelde het geval. De kwaliteit van de zorg in ons land is in zijn algemeenheid van hoog niveau. De beoogde nieuwe wetgeving dient dan ook in de eerste plaats waarborgen te scheppen ter handhaving van dit hoge niveau van kwaliteit.

Strikt geredeneerd betekent dit dat er eigenlijk niet zo'n noodzaak is voor nieuwe wetgeving. De hoge kwaliteit is immers het resultaat van een systematiek die nu als onvoldoende wordt afgedaan. Kenmerk van die systematiek was de centrale overheidssturing met behulp van een veelheid aan regelgeving. Nu wil ik niet zo flauw zijn om op deze wijze het belang van het onderhavige wetsvoorstel te relativiseren. Maar dat neemt niet weg dat enige relativisering op zijn plaats is als het gaat om het werkelijk vormgeven van de eigen verantwoordelijkheid. De toegevoegde waarde van het wetsvoorstel zit dan ook niet zozeer in het garanderen van een bepaald niveau van zorg in het algemeen, maar in het bieden van enige instrumenten om in specifieke situaties, waar de zorg evident te kort schiet, te kunnen ingrijpen. Belangrijker dan alle formele instrumenten is echter een goede motivatie, waarover werkers in de gezondheidszorg moeten beschikken om hun werk naar behoren te vervullen.

Een dergelijke goede motivatie heeft natuurlijk ook te maken met een goede organisatiestructuur, maar die motivatie gaat daaraan wel vooraf. Als de werkers in de gezondheidszorg zich primair gedreven weten door hun zorg voor de naaste, zullen zij ook wanneer er sprake is van een centrale regie hun verantwoordelijkheid waarmaken als het gaat om het leveren van een goede kwaliteit van zorg. Het feit dat er ondanks het ontbreken van adequate wet- en regelgeving toch

sprake is van een goede kwaliteit, geeft daarvan ook een indicatie.

Vanzelfsprekend ontslaat dat de overheid niet van de plicht, te zorgen voor een organisatievorm waarin de kwaliteit van zorg optimaal gedijt. Een keuze voor de beklemtoning van de eigen verantwoordelijkheid binnen wettelijke kaders betekent in dat verband ook naar mijn oordeel een verbetering ten opzichte van de huidige situatie. De complexe praktijk van zorgverlening laat zich niet tot in detail sturen via een wettelijke normering. Op zijn best zal dergelijke regelgeving in de praktijk vrijwel zonder betekenis zijn. Op zijn slechtst werkt zij contraproductief.

Door de verantwoordelijkheid voor de vormgeving van het kwaliteitsbeleid op het niveau van de zorgaanbieders te leggen, zal veel beter kunnen worden ingespeeld op de vele veranderingen waarmee de gezondheidszorg te maken heeft. Deze herverdeling van verantwoordelijkheden roept vanzelfsprekend wel de vraag op naar de normering. Aan de hand van welke norm dient de kwaliteit te worden getoetst? De minister heeft gekozen voor de nogal ruime wettelijke norm van "verantwoorde zorg", die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiënt/ cliëntgericht wordt verleend. De concretisering van deze norm zal in de praktijk moeten worden vormgegeven.

Met de keuze voor een wat ruimere norm kan ik in principe instemmen. Zorg ontwikkelt zich voortdurend als gevolg van nieuwe inzichten en ervaringen. Een wettelijke normering moet daaraan niet in de weg staan. Dat zou al gauw het geval zijn als er een strakke norm zou worden gehanteerd.

Aan de andere kant roept een ruime normering wel de vraag op of zij voldoende houvast biedt om, juist bij voortdurende ontwikkelingen in de zorgverlening, de kwaliteit op een voldoende niveau te handhaven en zelfs te bevorderen. Als gesproken wordt over verantwoorde zorg dan rijst natuurlijk al gauw de vraag wat onder "verantwoord" moet worden begrepen.

Het wetsvoorstel volstaat ermee te wijzen op allerlei kenbronnen, professionele ervaring, gezond verstand en "dat wat gebruikelijk is". Bij mij leeft nog steeds de vraag of hier toch niet het gevaar van een glijdende schaal dreigt, zeker als er schaarste aan middelen ontstaat. Als

bepaalde zorginstellingen bijvoorbeeld getroffen worden door bezuinigingen of door plotselinge tegenvallers en er geen geld is om dit te compenseren, dan zal men wellicht geneigd zijn om de omvang of de kwaliteit van de zorg te verminderen. Geleidelijkaan vermindert zo wel de kwaliteit, terwijl men zich toch zal kunnen blijven beroepen op de gebruikelijke gang van zaken.

Een ander punt betreft de mogelijkheid van de toename van conflicten over de vraag of zorg in een bepaalde situatie wel verantwoord is geweest. Zullen daarover niet de meest uiteenlopende opvattingen kunnen ontstaan en, zo ja, heeft de rechter dan wel voldoende mogelijkheden om tot invulling van het begrip verantwoorde zorg te komen?

Aandacht wil ik verder vragen voor de rol die patiënten en cliënten spelen bij de totstandkoming van de kwaliteit. Deze rol was, vooral aanvankelijk, in het wetsvoorstel nogal aan de magere kant, gelet ook op het feit dat juist zij het meest gebaat zijn bij de hoge kwaliteit en ook gelet op het nogal diffuse karakter van het begrip verantwoorde zorg. Bovendien blijkt de betrokkenheid van patiënten/cliënten bij het kwaliteitsbeleid op instellingsniveau gering.

Ik kan mij dan ook wel iets voorstellen bij de suggestie van de NP/CF om de rol van de patiënten en cliënten bij de normstelling te vergroten en wat meer richting aan het begrip verantwoorde zorg te geven. Hoe zwaar weegt dan het argument dat op deze wijze spanning zou kunnen ontstaan met het systeem van de wet of dat er een afschuifgedrag zou kunnen plaatsvinden omdat de zorgaanbieders in geval van een kwalitatief gebrekkige zorg zouden kunnen wijzen op de medeverantwoordelijkheid van patiënten en verzekeraars? Is dat niet wat ver gezocht? Als er consensus bestaat tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/ cliëntenorganisaties, dan kan daarin voor zorgaanbieders toch geen argument liggen om zich aan hun verantwoordelijkheid voor het leveren van verantwoorde zorg binnen instellingen te onttrekken. Ik zou van de minister dan ook een steviger onderbouwing willen horen voor haar standpunt dat de aanvulling van artikel 2 zoals door de

Schutte

NP/CF bepleit niet wenselijk is. Dit uiteraard in aanvulling op hetgeen wij zojuist schriftelijk mochten ontvangen.

De reikwijdte van de wet strekt zich uit tot instellingen die zorg verlenen. Daartoe behoren ook samenwerkingsverbanden waarbij in contractuele zin sprake is van nevenschikkingen. Dus ook een duopraktijk van twee samenwerkende tandartsen moet een kwaliteitsstelsel implementeren. Is dit niet teveel van het goede? Staan de kosten en inspanningen die een dergelijk systeem met zich meebrengt wel in verhouding tot de winst die daarmee geboekt kan worden? De Wet BIG is immers ook van toepassing? Natuurlijk is het zo dat de wijze waarop het organisatorische verband is gestructureerd en functioneert van invloed kan zijn op de kwaliteit, maar het lijkt mij dat die invloed bij dergelijke kleine verbanden minimaal is.

Het is goed dat ten slotte toch is afgezien van een territoriaal gedecentraliseerd handhavingstelsel. Een uitzondering is gemaakt voor de bejaardenoorden. Dit levert een zekere inconsistentie op in de wet. Die prijs wil de minister betalen voor het belang van de duidelijkheid ten opzichte van de bejaardenoorden, welke in het gedrang zou raken als gevolg van een versnippering van toezichthoudende bevoegdheden over verschillende bestuurslagen. Het is maar wat je het zwaarst laat wegen. Ik heb niet de indruk dat hierdoor nu zo'n geweldige onduidelijkheid zal ontstaan, zeker niet omdat het zwaartepunt van de kwaliteitszorg toch al aan de instellingen wordt overgelaten. Bovendien zal de uitzonderingspositie vervallen als de Wet op de bejaardenoorden vervalt. Wat mij betreft komt die uitzonderingspositie er ook nu al niet.

Voorzitter! Bevorderen, handhaven en bewaken van de kwaliteit in de zorg gebeurt op uiteenlopende manieren. Op het instrumentarium dat daarvoor thans beschikbaar is vormt de Kwaliteitswet zorginstellingen een goede aanvulling. Zij legt de verantwoordelijkheid daar waar de kwaliteit van de zorg het best kan worden vormgegeven. Ik heb nog wat aarzelingen als het gaat om de operationalisering van de norm verantwoorde zorg en als het gaat om de positie van de patiënten/consumentenorganisaties. Ik

vertrouw erop dat de minister in staat zal zijn op dat punt mijn aarzelingen weg te nemen.

□

De heer **Van der Vlies** (SGP): Mijnheer de voorzitter! Er is de laatste vijf jaar veel gepubliceerd over de kwaliteit van de zorgverlening in de breedste zin van het woord. Ook in de praktijk van de zorgsector ± zeg maar de werkvloer ± is hoe langer hoe meer aandacht gekomen voor kwaliteit in zorg. Het is een thema geworden. In de wet- en regelgeving aangaande de zorgsector zijn op diverse plaatsen bepalingen neergelegd die betrekking hebben op kwalitatieve aspecten van de zorgverlening. Het is evenwel een goede zaak om ~~aan~~ een wettelijk kader te scheppen met bepalingen voor de gehele zorgsector. Daarom kan de SGP-fractie de opzet van het wetsvoorstel Kwaliteitswet zorginstellingen ondersteunen. Dit is geen nieuw geluid; immers, ook bij de behandeling van de nota Kwaliteit van zorg in december 1991 heb ik die stelling namens mijn fractie ten principale ingenomen. Het heeft daarna toch nog tot maart 1994 geduurd voordat het wetsvoorstel is ingediend.

In essentie komt het wetsvoorstel erop neer dat instellingen verplicht worden tot het aanbieden van verantwoorde zorg. Om deze verplichting heen wordt een instrumentarium aangebracht waarmee de overheid naleving van deze verplichting kan afdwingen. De SGP-fractie vindt het terecht dat de zorgaanbieders als de eerstverantwoordelijken worden beschouwd om invulling te geven aan de kwaliteitseisen. Kwaliteit in de zorgverlening is allermint een statisch gebeuren. Mede door middel van technologische mogelijkheden en nieuwe inzichten op het gebied van verpleging en verzorging zijn instellingen genoodzaakt om een concreet beleid te voeren aangaande kwaliteitsaspecten. Dit wetsvoorstel kan zorgaanbieders daartoe nadrukkelijk stimuleren.

Voorzitter! De patiëntenbeweging in Nederland heeft de laatste jaren veel gedaan om het patiëntenperspectief in de kwaliteit van de zorg onder de aandacht te brengen. In bepaalde zin kan men het wetsvoorstel beschouwen als het sluitstuk van wet- en regelgeving op

het terrein van patiëntenrechten. Een spreker voor mij noemde de wetsvoorstellen die in dit geheel als het ware als een cluster beschouwd kunnen worden. De NP/CF heeft zelfs concrete alternatieven aangeboden voor bepaalde onderdelen van het wetsvoorstel, waarvan een deel door de regering is overgenomen. Daarmee is niet alles gezegd. De regering stelt in de nota naar aanleiding van het verslag dat integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid van instellingen van groot belang is. Desalniettemin lijkt er in het wetsvoorstel weinig plaats voor waarborging van de inbreng van patiënten, omdat het voorstel in de eerste plaats is gericht op zorgaanbieders. In de laatste nota van wijziging, zojuist rondgedeeld, wordt overigens een stap in de goede richting gezet. De instellingen zijn er voor de patiënten en niet de patiënten voor de instellingen. Met andere woorden: ook voor de instellingen moet het patiëntenperspectief toch leidraad zijn? Deze vragen aan de minister brengen mij tegelijk op de discussie over het begrip "verantwoorde zorg".

In het wetsvoorstel wordt het begrip "verantwoorde zorg" nader gespecificeerd met de begrippen "doeltreffend", "doelmatig" en "patiëntgericht". Hierbij wordt geredeneerd vanuit de invalshoek van de zorgaanbieder. De nieuwe rol van de overheid wordt die van kaderstelling, toetsing, stimulering en ondersteuning. De vraag is dus op welke manier recht wordt gedaan aan de belangen van patiënten en consumenten. Volgens mij moeten er tijdens de kwaliteitsconferenties die in de achterliggende jaren zijn gehouden daarover richtinggevende uitspraken zijn gedaan. In dit verband heeft de NP/CF een voorstel gedaan om artikel 2 aan te vullen met een zinsnede waarin tot uitdrukking komt dat verantwoorde zorg tevens moet voldoen aan normen die door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties in onderling overleg zijn vastgesteld.

Ik voeg eraan toe dat ik niet kan inzien dat toevoeging van deze passage aan artikel 2 kan leiden tot een afschuifgedrag van instellingen op andere partijen, omdat in mijn beleving andere partijen dan de zorgaanbieder niet medeverantwoordelijk kunnen zijn voor kwaliteit van

Van der Vlies

zorgverlening in een instelling. De NP/CF benadrukt juist dat bedoelde toevoeging recht doet aan datgene wat tijdens de kwaliteitsconferenties aan de orde is geweest. Daarom vraag ik de minister om een reactie op deze suggestie, die overigens door alle sprekers voor mij, zij het op een onderling verschillende wijze, is gereleveerd.

De heer **Lansink** (CDA): Ik heb weliswaar gezegd enige sympathie te hebben voor het voorstel, maar ik heb daar tegelijkertijd enige kanttekeningen bij geplaatst, omdat het woord "mede" is opgenomen. In de eerste plaats is dan de vraag wat het zwaarste weegt. In de tweede plaats kan een en ander ook zo worden gelezen dat het tripartiete overleg tot een normstelling leidt die dan bij wijze van spreken in de plaats komt van een andere norm. Je kunt dan de vraag stellen of er nog meer normen zijn.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik heb goed naar u geluisterd. Juist door de opmerking dat het in onderling verschillende nuances naar voren werd gebracht, heb ik geprobeerd aan te geven dat ik ook uw inbreng op dit punt honoreer. Ik ervaar deze als een andere dan bijvoorbeeld de inbreng van collega Van Boxtel. Het thema is tot nu toe door alle sprekers aan de orde gesteld. Ik denk dat dit voor de minister reden te meer is om daar nog eens inhoudelijk en zorgvuldig ± wij zijn dat van haar gewend ± op in te gaan.

Tot slot op dit punt, er kan naar onze overtuiging ten principale pas gesproken worden over verantwoordende zorg, wanneer die gestempeld is door Bijbelse normen en waarden. Ik hecht eraan, op te merken dat naar het oordeel van de SGP-fractie geestelijke verzorging een geïntegreerd onderdeel is van de totale zorgverlening; deze moet verantwoord zijn en kwaliteit hebben. Die opvatting is terug te vinden in de schriftelijke uitwisseling van gedachten en ik heb er ook in de al eerder gereleveerde UCV aandacht aan besteed. Ik vind het dan ook jammer dat in dit wetsvoorstel aan dit aspect geen aandacht wordt geschonken, terwijl dit in het voorontwerp wel is gebeurd. Natuurlijk weet ik dat er een apart wetsvoorstel ten aanzien van geestelijke verzorging bij de Kamer in behandeling is, nochtans lijkt mij

dat in een algemene kwaliteitswet, en die is nu aan de orde, aandacht zou moeten worden besteed aan de geestelijke verzorging, die immers een wezenlijk geïntegreerd onderdeel van de kwaliteit van de zorgverlening is. Ik hoor hierop graag een reactie van de minister.

Meer in het algemeen heeft de kwaliteit van de zorgverlening een ambiance waarin naast verifieerbare en controleerbare, zeg materiële, ook immateriële componenten een rol spelen. Het gaat daarbij om waarden als vertrouwen, toewijding en aandacht. In de zorgsector komen niet zelden heel uitdrukkelijk in een ziekteproces de geestelijke doorleving en doordenking van de eigen situatie, de ziekte en het perspectief op herstel om de hoek kijken, die het verloop van het proces danig beïnvloeden. Deze waarden zijn veel moeilijker te organiseren en te meten. Toch zijn ze essentieel. Het is daarom navrant dat bijvoorbeeld vanuit de kerken het hardnekkige signaal komt dat de plaats van pastorale begeleiding en zorg in de instelling, naar het lijkt in toenemende mate, bevochten moet worden. Dat zou in onze ogen niet zo moeten zijn.

Natuurlijk, wij hebben het hier over een directe verantwoordelijkheid van de instelling zelf, maar de indirecte berust wel degelijk bij de budgetterende overheid, die de grondwettelijke taak heeft om kwaliteitseisen te stellen. En daaronder behoort de eis van onbelemmerde ruimte voor pastorale begeleiding vanuit de kerken; die eis zou dus wettelijk verankerd moeten worden. Het behoeft geen betoog dat wij op dit punt het amendement van collega Lansink zullen steunen. Ik hoop dat de Kamer dat ook doet, want het is onbetwist dat de geestelijke verzorging een inherent onderdeel is van die kwalitatief hoogwaardige zorgverlening.

De heer **Middel** (PvdA): Mijnheer de voorzitter! Ik wil de heer Van der Vlies een vraag stellen naar aanleiding van zijn opmerking over het amendement van de heer Lansink. Ik interpreteer dat amendement wat ruimer dan de heer Van der Vlies. Deze spreekt nadrukkelijk over "kerken", terwijl ik in het amendement lees dat het breder moet worden opgevat en dat bijvoorbeeld ook het Humanistisch Verbond een plaats zou moeten

hebben in de voorziening met betrekking tot de geestelijke verzorging. Ondersteunt de heer Van der Vlies dat ook?

De heer **Van der Vlies** (SGP): In het amendement gaat het om de geestelijke verzorging, opgevat als in de discussie die wij hebben gevoerd. Ik refereer in mijn laatste alinea aan het herhaalde signaal vanuit het CIO, de heer Middel niet onbekend. Ook in een hoorzitting met de kamercommissie is indertijd verduidelijkt dat in bepaalde instellingen om allerlei redenen, zoals de krapte van het budget, in toenemende mate de plaats moet worden bevochten om pastoraal te kunnen begeleiden. Ik vond dat zo relevant dat ik dit toch over het voetlicht wilde halen. Als de heer Middel een inhoudelijk oordeel wil over de soorten en identiteiten van de geestelijke zorgsoorten en verzorgingen, dan heb ik daar wel een opvatting over en is de ene mij veel dierbaarder dan de andere.

De heer **Middel** (PvdA): Uiteraard, dat geldt voor mij ook, alhoewel wij natuurlijk verschillende opvattingen hebben. Mijn vraag aan de heer Van der Vlies was echter of hij de strekking van het amendement-Lansink onderschrijft zoals die bedoeld is.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Daarover heb ik zojuist een uitspraak gedaan en die is volstrekt helder geweest. Bovendien gaan wij binnenkort over het amendement stemmen.

Instellingen worden verplicht om in hun jaarverslag verantwoording af te leggen over de manier waarop uitvoering gegeven wordt aan de Kwaliteitswet, alsmede over de kwaliteit van de verantwoorde zorg. Op zichzelf is daar niets tegen in te brengen. Iets anders is dat de instellingen hun verslagen moeten toezenden aan patiënten- en consumentenplatforms. In veel gevallen zal dit zonder problemen kunnen gebeuren. Maar, hoe moeten bovenregionaal of landelijk werkende instellingen dit aanpakken? Van hen kan toch niet verwacht worden dat zij verslagen sturen naar alle regio's waaruit hun cliënten komen? Of moet de verplichting zo worden geïnterpreteerd dat het voldoende is wanneer het verslag wordt toegezonden aan de regionale inspectie of aan het platform in de regio van

Van der Vlies

vestiging? Het is dan een opvraagbaar, immers openbaar stuk. Ik vind dat wij niet te veel bureaucratische rompslomp moeten opwerpen. Hoe kijkt de minister tegen deze, wat praktisch georiënteerde problematiek aan? Deze problematiek is natuurlijk van invloed en dient opgehelderd te worden, mij dunkt.

Tijdens de schriftelijke voorbereiding heeft de SGP-fractie laten weten tevreden te zijn over de aangebrachte wijziging met betrekking tot de handhaving. Op dit punt zijn bij ons dan ook geen vragen meer. Blijft over dat voor de bejaardenoorden de huidige situatie blijft voortbestaan.

De regering geeft toe dat hier sprake is van een inconsistentie. Enerzijds is sprake van een nauwe functionele samenhang tussen verpleging en verzorging, zodat een centrale handhaving in de rede zou liggen. Anderzijds ligt een ingrijpende wijziging van de Wet op de bejaardenoorden in het verschiep. Alles afwegende, hebben wij wel begrip voor de door de regering gekozen weg, al zit ik nog wel met de vraag of een niet eenduidig stelsel van handhaving niet tot problemen zal leiden. Graag hierop een reactie van de minister.

Het wetsvoorstel over medezeggenschap is nog niet door de Eerste Kamer aanvaard, overigens om voor mij begrijpelijke redenen. Wij hebben in deze Kamer op hetzelfde punt als de Eerste Kamer geopponeerd. Jammer dat het amendement het toen niet haalde. Als ik het goed heb begrepen, had de minister behoefte aan nader beraad. Kan zij ons meedelen waarin dit nader beraad inmiddels heeft geresulteerd of per wanneer de conclusies te verwachten zijn?

In de nota naar aanleiding van het verslag wordt op enkele plaatsen gerefereerd aan de discussie over de regiovisie. Kan de minister aangeven op welke wijze en wanneer zij de genoemde discussie verder wil voeren en afronden?

In de nota naar aanleiding van het verslag wordt het belang onderstreept van kwaliteitssystemen. Daaraan wil ik niks afdoen. Wel wil ik de aandacht vragen voor het gevaar dat systemen, bij wijze van spreken, kunnen worden ontworpen om het systeem zelf en dat de patiëntgerichtheid uit het oog verloren wordt. Dat zou een verkeerde ontwikkeling zijn.

Ik voeg er tot slot aan toe dat in de stukken erkend wordt dat er een samenhang bestaat tussen kwaliteit en kwantiteit. Op het laatste aspect bestaan voldoende regelingen. Laten wij echter niet uit het oog verliezen dat het leveren van verantwoorde zorg aan patiënten slechts dan mogelijk is wanneer instellingen worden voorzien van voldoende financiële middelen. Anders bestaat het risico dat wij met nieuwe kwaliteitsregels het paard achter de wagen spannen.

□

Mevrouw **Oedayraj Singh Varma** (GroenLinks): Mijnheer de voorzitter! De fractie van GroenLinks is er blij mee dat er een Kwaliteitswet zorginstellingen tot stand gaat komen. Met zo'n wet wordt de garantie gegeven op een zo goed mogelijke kwaliteit van de zorg. Daarmee kan voor patiënten en consumenten duidelijk worden wat zij kunnen verwachten in de zorg die instellingen bieden en welke middelen zij hebben om kwaliteit daadwerkelijk af te dwingen. Wat ik mis in het wetsvoorstel is een verankering van de rol van patiënten en consumenten. De regering geeft weliswaar in de nota naar aanleiding van het verslag aan dat zij de gedachte van de Nederlandse patiënten/consumentenfederatie onderschrijft dat er wettelijke garanties moeten zijn dat zorgaanbieders, patiënten- en consumentenorganisaties betrekken bij de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid, maar in de Kwaliteitswet zelf worden hier niet voldoende consequenties aan verbonden. Het is jammer dat tot nu toe te weinig gebruik is gemaakt van de schaduwkwaliteitswet die in januari is gepresenteerd door de NP/CF. Ik hoop dat enkele elementen alsnog in het wetsvoorstel zullen worden opgenomen.

Kenmerkend voor dit wetsvoorstel is dat het aan de ene kant verplichtingen oplegt aan zorgaanbieders om een goede kwaliteit voor zorg te bereiken, maar aan de andere kant de zorgaanbieders bij het vervullen van die verplichtingen zoveel mogelijk de vrije hand laat. Wat kwaliteit is en wat verantwoorde zorg is, wordt aan de instellingen overgelaten. Vaststaat alleen dat deze zorg in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht moet

worden verleend. Daarmee wordt niet onderkend dat het toch op de eerste plaats de patiënten en consumenten zijn die kunnen uitmaken welke zorg die aan hen verleend wordt, kwalitatief goed is en welke niet.

De invulling van elk kwaliteitssysteem begint met het vaststellen van de behoeften van de patiënt, van de cliënt. Uiteraard moet er overleg plaatsvinden met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Maar wanneer wij het hebben over verantwoorde zorg, moet er de garantie zijn dat de patiënten- en consumentenorganisaties worden betrokken bij het overleg over de invulling van dit begrip. Door te stellen dat de individuele zorgaanbieders hiervoor verantwoordelijk zijn, zonder ze daarbij een plicht tot overleg op te leggen, bestaat de kans dat de norm die wordt vastgesteld, niet overeenstemt met de inzichten die door de patiënten/consumenten zijn ontwikkeld. Dat zou kunnen betekenen dat er vanuit het perspectief van de patiënt niet gesproken kan worden van verantwoorde zorg.

Het zou dan ook goed zijn om aan artikel 2 het voorstel van de schaduwkwaliteitswet toe te voegen, luidende: "Onder verantwoorde zorg wordt mede verstaan de zorg die voldoet aan de norm die door de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties in onderling overleg is vastgesteld". Met deze toevoeging wordt voldaan aan de afspraken die gemaakt zijn tijdens de twee conferenties in Leidschendam, waarbij de gezamenlijke aanpak op dit punt door verzekeraars, zorgaanbieders en patiënten/consumenten voorop stond.

Ik ben het dus niet eens met de argumentatie in de brief van 25 augustus 1995 hierover, die de minister aan de NP/CF heeft geschreven. De minister geeft aan dat de zorgaanbieders niet meer zullen spreken van patiënten/consumenten als de norm is ingevuld. Vindt de minister niet dat zij mondig genoeg zijn om dit zelf te bewaken? Zouden zij door deze toevoeging niet steviger in hun schoenen staan? Graag ontvang ik een reactie van de minister. Ik overweeg om na het antwoord van de minister eventueel een amendement in te dienen.

Oedayraj Singh Varma

De heer **Lansink** (CDA): U hebt het voorstel van de NP/CF, dat wij allemaal hebben ontvangen, letterlijk voorgelezen. Daarin komt het woord "mede" voor: onder verantwoorde zorg wordt mede verstaan wat in onderling overleg is vastgesteld. Hoe moet ik dat interpreteren? Dat woord "mede" is intrigerend, want daaruit blijkt dat ook andere zaken een rol spelen dan alleen het resultaat van het overleg. Ik vind de gedachte van de NP/CF ook wel sympathiek, maar de juridische vertaling daarvan is nog niet duidelijk. Ik mag aannemen dat u daarover hebt nagedacht, omdat u zoëven hebt aangekondigd dat u met een wijzigingsvoorstel met dezelfde inhoud zult komen, als de minister niet toegankelijk is.

Mevrouw **Oedayraj Singh Varma** (GroenLinks): Een wijzigingsvoorstel met ongeveer dezelfde inhoud. Ik vraag de minister wat zij vindt van het voorstel van de NP/CF. Zij heeft in de brief aangegeven dat de zorgaanbieders, indien er iets dergelijks zou worden opgenomen, als het ware achterover zouden kunnen gaan leunen in de veronderstelling dat zij niet meer hoeven te overleggen. Ik denk dat die argumentatie niet goed is. Volgens mij is het belangrijk om toch aan te geven wat er wordt verstaan onder verantwoorde zorg.

De heer **Lansink** (CDA): Dat ben ik met u eens. Uit het verslag blijkt dat alle fracties aan de orde hebben gesteld dat het begrip "verantwoorde zorg" in juridische zin moeilijk hanteerbaar is. Je kunt basiskwaliteitseisen opnemen, maar het gaat nu om de toevoeging van de NP/CF, die gedeeltelijk een procedureel karakter heeft en gedeeltelijk van inhoudelijke aard is. Wat doet u nu wanneer de zorgaanbieders, de verzekeraars en de federatie van patiënten- en consumentenverenigingen of afzonderlijke patiëntenverenigingen het niet eens worden en er toch onverantwoorde zorg wordt geleverd? Wat moet er worden gedaan als de normstelling als het ware wordt geblokkeerd? Dit is een van de argumenten die de minister gebruikte in de brief.

Mevrouw **Oedayraj Singh Varma** (GroenLinks): Nee, het gaat mij niet om het blokkeren van de normstelling...

De heer **Lansink** (CDA): Wanneer er in de wettekst zo'n bepaling wordt neergelegd, moeten wij wachten op een normstelling, gebaseerd op het tripartiete overleg; alleen als de drie partijen het eens zijn, is er sprake van verantwoorde zorg. Dat is toch ook een moeilijke kwestie? De hele zaak kan blokkeren wanneer verzekeraars zeggen dat ze onvoldoende zorg voor dat geld kunnen leveren.

Mevrouw **Oedayraj Singh Varma** (GroenLinks): Met betrekking tot de kwaliteit en de norm zijn er mede door de drie partijen afspraken gemaakt over een gezamenlijke aanpak. Ik vind het belangrijk dat er iets van deze afspraken wordt opgenomen in de tekst. Het woord "mede" hoeft van mij niet direct te worden opgenomen, maar wel moet worden opgenomen wat de kwaliteitsnorm is.

In de tweede nota van wijziging heeft de regering artikel 5 over het kwaliteitsjaarverslag zo aangepast dat de zorgaanbieder de plicht heeft, in het verslag aan te geven of en, zo ja, op welke wijze patiënten en consumenten bij het beleid betrokken zijn. Wij hebben een derde nota van wijziging van de minister gekregen over artikel 5. Mijn fractie meent dat de wijzigingen, verbeteringen zijn, maar ze zijn volgens mij niet helemaal compleet. Een kwaliteitsjaarverslag is pas zinnig als het voor alle betrokkenen duidelijk is welke informatie het moet bevatten. Zo'n jaarverslag mag geen misverstanden opwekken. Ter verduidelijking van het jaarverslag stel ik voor om de eisen daartoe in de wet op te nemen, zoals ze in artikel 5a van de schaduw-kwaliteitswet van de Nederlandse patiënten/consumentenfederatie zijn geformuleerd. Hiertoe is een amendement ingediend.

Voorzitter! Ik rond af. De fractie van GroenLinks is blij met de totstandkoming van deze wet. Op een aantal onderdelen stellen wij een aanscherping voor die ertoe leidt dat de rechten van patiënten en consumenten op een belangrijk punt van de kwaliteit gewaarborgd worden.

□

Mevrouw **Kamp** (VVD): Voorzitter! Als in het buitenland over ons zorgstelsel wordt gesproken en ook

als we in Nederland zelf de zorg onder de loep nemen, wordt naast de toegankelijkheid van de zorg met waardering gesproken over het hoge niveau van de kwaliteit van de zorgverlening. Volgens mij is dit een opvallend gegeven, omdat voor zover mij bekend, het begrip "kwaliteit" niet objectief geoperationaliseerd is. Tevens is dit begrip geen statisch begrip. Het moet in het tijdsbeeld geplaatst worden. Wel zijn in verschillende wetten van achtereenvolgende kabinetten passages over kwaliteit opgenomen. Ik wijs op de Ziekenfondswet, de WZV en de AWBZ. Tevens noem ik regelgeving als het gaat om kunst- en hulpmiddelen; bij deze wetgeving ligt het accent meer op kwantitatieve omschrijvingen. Ook is wetgevende arbeid verricht ten aanzien van de versterking van de rechtspositie van de patiënten. Ik wijs op de BOPZ, de WGBO en het klachtrecht. De laatste twee hebben onder dit kabinet het Staatsblad gehaald. Ik noem ook wetgeving als het gaat om de individuele beroepsbeoefenaar die in het kader van de Wet BIG aangesproken kan worden op zijn beroepsuitoefening. Ik lees de Wet BIG aldus: ongeacht de vraag waar men werkzaam is, kan men als individuele beroepsbeoefenaar ter verantwoording geroepen worden op basis van de Wet BIG.

Sinds de Leidschendam-afspraken van vijf jaar geleden is het kwaliteitsbeleid op de agenda gekomen van alle partijen en betrokkenen in de zorg. Het denken en handelen over kwaliteit heeft zich een stevig verankerde positie verworven waarbij de minister in de slotrede van de kwaliteitsconferentie van 7 juni jl. stelde dat dit de verdienste is van de sector zelf en niet alleen van de zorgaanbieder maar ook van de patiënten/consumenten en de verzekeraars. Ik deel deze mening, waarbij ik opmerk dat de overheid een ± naar ik hoop blijvende ± stimulerende, ondersteunende en vaak financieel faciliterende rol speelt.

Het voorliggend wetsvoorstel, ingediend door het vorige kabinet, handelt over de kwaliteit van het werk van zorginstellingen en ziet primair toe op de kwaliteit van het zorgproces en het zorgproduct vanuit de optiek van de zorgaanbieders. Hoewel in beginsel wordt gekozen voor zelfregulering, spreekt de wet

Kamp

de zorgaanbieders aan op de geleverde kwaliteit van de zorg.

Aan het ingediende wetsvoorstel lag een nota over de kwaliteit ten grondslag ± collega Lansink refereerde er zojuist al aan ± alsmede een visie op de rol van het publieke bestel, waarbij in beginsel wordt bedoeld op de rol van de provincies en de grote steden. Uitvoering is over deze nota met het kabinet-Lubbers III gesproken in de UCV van 4 december 1991. Namens de VVD-fractie heb ik toen een pleidooi gehouden ± deze visie herhaal ik nu ± voor zelfregulering, dus ordening door de instellingen of de branches zelf. Indien de overheid regulerend zou moeten optreden, moet er slechts één kapitein op het schip zijn en dus niet meerdere. Het eerste punt, dus de zelfregulering, is de grondslag van dit wetsvoorstel.

Ik meld nog even dat de motie-Vriens-Auerbach/Van Otterloo, waaraan is gerefereerd, niet door mijn fractie is gesteund. Wij vonden het uiteindelijk een veel te gedetailleerde opname van de kwaliteitseisen in de wet. Wij waren veel meer voorstander van zelfregulering.

Bij het tweede punt, dus als de overheid regulerend moet optreden, zal duidelijk zijn dat de VVD-fractie zeer ingenomen is met de nota van wijziging, voorkomend op stuk nr. 6, van dit paarse kabinet. In de nota van wijziging neemt het kabinet afstand van de decentrale handhaving, die door het vorige kabinet was opgenomen in het wetsvoorstel. Toen was de aanwijzingsbevoegdheid in meerdere handen. Na de nota van wijziging is de bevoegdheid alleen in handen van de minister. Wij hebben zeer grote waardering voor deze beleidsopvatting, omdat het wetsvoorstel geplaatst wordt in de bestuursrechtelijke sfeer, omdat met het oog op de handhaving de instellingen worden aangesproken op hun bestuurlijke verantwoordelijkheid en omdat het strafrechtelijke als ultimatum remedium wordt gehanteerd. Ik zeg nogmaals dat wij hierbij de aanwijzingsbevoegdheid alleen bij de minister laten. Wij staan daarin niet alleen. Ook de Raad van State en menig ander adviescollege heeft de regering in deze zin geadviseerd. Wij zijn er verheugd over dat de regering dit overgenomen heeft.

Tijdens het hoofdlijnen debat over de volksgezondheid is ook gesproken over de bestuurlijke rol op het

zorgterrein. Collega Van Boxtel wees hier al op. In eerste instantie steunen wij de regering in haar beleidsvoornemens, neergelegd in de brief van 30 mei jl. Wij zien best dat regionale samenwerking en afstemming belangrijk is. Mogelijk geldt dit ook voor het tot ontwikkeling brengen van regiovisies. Dit hoeft voor ons echter geen wettelijke basis te krijgen, omdat dan eigenlijk weer niet duidelijk wordt wat de rechtsgevolgen kunnen zijn voor die wettelijke basis en voor wie die rechtsgevolgen gelden. Wij scheppen dan eigenlijk veel meer onduidelijkheid. Als het gaat om de aanspraken op zorg voor de persoon zelf, dus voor de patiënt ± daar gaat het straks om ± of voor de verzekerde, moet ik zeggen dat wij die geregeld hebben op basis van het driecompartimentensysteem in de financiering of de verzekering. Dat moeten wij niet verwarren met bestuurlijke of organisatorische samenwerking, hoe goed die op zichzelf ook is. Je kunt daaraan immers geen wettelijk afdwingbaar recht ontnemen. Mede omdat de heer Van Boxtel er net iets over vroeg, verneem ik hierover graag de visie van de minister.

Over de noodzaak van wetgeving voor zorginstellingen is schriftelijk van gedachten gewisseld. Mijn fractie stelt het op prijs als de regering deze noodzaak nog eens plenair wil toelichten, mede gezien in het licht van de opvatting van het kabinet over zelfregulering ± dan is pas wetgeving nodig als het niet zou lukken ± deregulering en vermindering van de administratieve lasten van het bedrijfsleven. Het kabinet heeft de deregulering hoog in het vaandel staan. In wezen kun je zeggen dat de zorgsector bij het bedrijfsleven hoort. Wij zien dat ook aan de toetreding van een aantal beroepsorganisaties en instellingen tot de werkgeversorganisaties NCW en VNO. Omdat het bedrijfsleven al heel ver is in het kwaliteitsbeleid, met de ontwikkeling van de ISO-normen, kun je je afvragen in hoeverre de zorgsector gestalte moet geven aan het kwaliteitsbeleid, en wel zodanig dat wetgeving achterwege zou kunnen blijven. Ik voeg er ook nog mijn zorg aan toe dat straks bij naleving van de wetgeving te veel de nadruk wordt gelegd op de procedurele kant van de kwaliteit terwijl het natuurlijk moet gaan om de inhoudelijke aspecten. Kan in dit

verband worden aangegeven hoe de regering aankijkt tegen het begrip ketenkwaliteit, een begrip dat volgens mij tijdens de onlangs gehouden conferentie werd gehanteerd? De inhoud van de kwaliteit die gegeven kan worden aan patiënten/consumenten, moet natuurlijk "tussen de oren" zitten van iedereen die in die organisatie werkzaam is. Wanneer de cultuuromslag van aanbod naar vraag is of wordt bereikt, blijft wetgeving dan nog noodzakelijk? Nogmaals, in hoeverre is het gevaar aanwezig bij blijvende wetgeving dat iedereen zich gaat richten op procedures in plaats van op de inhoud?

Ik hoop dat de regering in haar antwoord het kosten/baten-vraagstuk betreft. In beginsel gaat de regering er immers van uit dat tengevolge van dit wetsvoorstel de kosten van de zorg niet zullen afnemen. Bij grote instellingen verwacht zij dat het investeren in kwaliteitsbeleid zichzelf terug verdient, terwijl bij kleinere verbanden en zelfstandig werkenden dit anders zou kunnen liggen. Zou de minister dat nog eens kunnen toelichten? Welke financiële ondersteuning wil zij bieden in dit proces?

Ook het kosten/baten-vraagstuk op termijn verdient de aandacht. Welke menskracht en welke financiering zijn nodig, niet alleen om dit systeem te onderhouden, maar ook om vanuit patiëntenperspectief het kwaliteitsbeeld of kwaliteitsbeleid van bijvoorbeeld 7.7 naar 7.8 te krijgen? In dit verband verdedigt de regering de stelling dat bij een beperkt financieel budget de zorgaanbieder prioriteiten moet stellen in plaats van het niveau van de kwaliteit omlaag te brengen. Het kwaliteitsbeeld zou dus niet van 7.7 naar 7.6 mogen gaan maar er moet een andere prioriteit wordt gesteld. Kan de minister dat nog eens toelichten? Immers door een verdere professionalisering van de zorg wordt steeds het eisenniveau opgeschroefd, waardoor we op een bepaald moment misschien de situatie krijgen dat in plaats van optimale zorg de zorg gemaximaliseerd wordt. Is dit gevaar niet des te meer aanwezig nu de kwaliteit van zorg, zoals ik eerder stelde, geplaatst moet worden in een bepaalde tijdgeest? Beginnen wij nu met betrekking tot de gezondheidszorg al niet bijna te leven in de tijdgeest van juridisering van de gezondheidszorg? Wij willen die beweging niet graag

Kamp

maar we zien toch dat het gebeurt. Ik ben ervan overtuigd dat dit consequenties heeft voor de kwaliteit. Denkt het kabinet deze stellingname te kunnen ontlopen door het begrip verantwoorde zorg te introduceren? Volgens mij blijft echter de vraagstelling dezelfde, zeker wanneer de regering, naar mijn mening, concurrentie tussen zorgaanbieders niet uitsluit.

Hoewel vanuit de liberale visie bij zelfregulering niet gedacht wordt aan het omschrijven van minimumeisen van overheidswege, vraag ik mij af in hoeverre dit in het kader van het onderhavige wetsvoorstel toch wenselijk zou kunnen zijn. Ik wil de regering uitnodigen om aan de hand van concrete voorbeelden het een en ander uiteen te zetten omdat wij juist op basis van praktische ontwikkelingen de reikwijdte van de onderhavige wet beter kunnen zien. Als voorbeeld geef ik de ontwikkelingen in de thuiszorg. Naast de erkende reguliere instellingen van thuiszorg wil de regering ook nieuwe aanbieders een kans geven. Wij steunen haar daarin volledig. Wij willen zelfs ook een persoonsgebonden budget een grote kans geven. Hoe kunnen nieuwe aanbieders van zorginstellingen concurreren met bestaande instellingen ten aanzien van verantwoorde zorg, terwijl die nieuwe instellingen mogelijkerwijze bij heel wat hulpontvangers een grotere mate van tevredenheid scoren op het gebied van flexibiliteit en zorg op maat? Tegelijkertijd wordt het waarschijnlijk heel moeilijk om een entree te krijgen op deze sector. Het wetsvoorstel geeft bovendien geen minimale omschrijving van het begrip "verantwoorde zorg", terwijl in de reguliere zorg het begrip "verantwoorde zorg" als het ware wordt omschreven. Mijns inziens zit daar een enorm spanningsveld. Ik was daarom wel blij met de tweede nota van wijziging, waarin de invulling van het begrip "verantwoorde zorg" eventueel bij algemene maatregel van bestuur mogelijk wordt gemaakt. Nogmaals, ik zou graag aan de hand van voorbeelden zien hoe nieuwkomers door deze wetgeving niet belemmerd worden in hun toetreding. Het wetsvoorstel is namelijk onafhankelijk ten opzichte van de financiering. Het is hierin als het ware neutraal.

Ik stel een uiteenzetting in dezen ook op prijs, omdat via het onderhavige wetsvoorstel het erkenningen-

stelsel voor instellingen wordt verlaten en wordt overgegaan op het beginsel van toegelaten instellingen. Ook de portee, de reikwijdte van deze verandering moet nog eens uiteengezet worden, want in hoeverre wordt over deze wijziging ook informatie verstrekt aan het veld, aan beroepsbeoefenaren, adviescolleges en landelijke organisaties? Mij lijkt het helemaal geen overbodige luxe, omdat de Ziekenfondsraad nog een advies uitbracht over het erkenningstelsel van de thuiszorg terwijl het wetsvoorstel al door het vorige kabinet was ingediend, met in beginsel het afschaffen van het erkenningstelsel en het overgaan naar de toegelaten instellingen. Ik begreep ook dat de regering advies heeft gevraagd over de afschaffing van het erkenningstelsel bij het College ziekenhuisvoorzieningen, de Ziekenfondsraad en het COTG. Wat is nu de stand van zaken? Wat is het standpunt van het kabinet over die adviezen? Ik vraag dat mede tegen de achtergrond van de opmerking in de nota naar aanleiding van het verslag, dat de functie van de erkenning als instrument tot toelating tot de financiering ingevolge de Ziekenfondswet en de AWBZ niet vervalt. Daarover zal nog aparte besluitvorming plaatsvinden. Bovendien zal het overeenkomstenstelsel ook algemene voorwaarden inhouden ten aanzien van de kwaliteit van de zorg.

Voorzitter! Het wetsvoorstel operationaliseert het begrip "verantwoorde zorg" in zorg die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is. Daarbij moet je je toch afvragen of dit geen open deur is, aangezien dit natuurlijk de doelstelling van de zorgverlening is. Maar hoe kan dit anders gemeten worden? Het is misschien ook geen overbodige luxe omdat in het advies van de Ziekenfondsraad van 28 oktober 1993 over de kosteneffectiviteitsanalyses 126 behandelingen en verstrekkingen zijn geanalyseerd en geïventariseerd en opmerkingen worden gemaakt over de doeltreffendheid en doelmatigheid. Gaarne ook een toelichting op de stand van zaken van dit uitgebrachte advies.

Met zeer grote interesse heeft mijn fractie kennis genomen van de brochure van de Nederlandse patiënten/consumentenfederatie over kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief. Daarin formuleert zij kwaliteitscriteria voor

de aspecten en facetten van vakbekwaamheid, informatie, bejegening, steun, zelfstandigheid, organisatie, accommodatie en evaluatie. Deze criteria bieden volgens haar instellingen, zorgaanbieders en patiënten zelf een handvat voor het operationaliseren van het kwaliteitsbeleid, hetgeen noodzakelijk is volgens het wetsvoorstel. Zij kunnen helpen ± met name bij artikel 4 ± bij het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van het systeem. Slechts een op de tien instellingen in dezen voldoet aan het wetsvoorstel, zo blijkt uit het NIVEL-onderzoek. Dan is er toch nog wel veel werk te verzetten. Ik zou dus graag een reactie krijgen op het pleidooi om artikel 2 uit te breiden. In de nota naar aanleiding van het verslag wordt door NP/CF de opvatting niet gedeeld dat een uitbreiding van artikel 2 in strijd zou zijn met de systematiek van de wet, omdat in dat geval een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid ontstaat voor instellingen en patiëntenvertegenwoordigers. Ik ben bijna geneigd de regering op dit punt te volgen. Ik vind dus dat je wel sympathiek kunt staan tegenover de wensen van de patiëntenvereniging, maar ben toch geneigd de regering te volgen. Nogmaals, de patiëntenvereniging ontkent en ook mijn collega's vragen de argumentatie in dezen nog eens helder uiteen te zetten.

Uit de stukken van het kabinet blijkt weer wel dat men een integraal kwaliteitsbeleid wil, dus dat er een kwaliteitsstelsel van alle betrokkenen te zamen is. Dat zou er weer voor pleiten om dat wel op te nemen. Graag krijg ik daarom op dit punt een reactie.

Als zorginstellingen als het ware een "publieke" functie vervullen, is het prima dat in artikel 5 niet alleen wordt gezegd waaraan het verslag moet voldoen. Gelet op de laatste nota van wijziging, wordt dat iets meer opgetuigd. Onzerzijds hebben wij daar waardering voor. Het verslag moet ook verstuurd worden, niet alleen naar de minister, maar ook naar de inspectie, omdat het ook gaat over bejaardenoorden. Ook zal het verslag gestuurd moeten worden naar de regionaal werkende patiëntenorganisaties. Bovendien zal het openbaar ter inzage moeten worden gelegd. Ik vind dat hiermee voldoende tegemoet wordt gekomen aan de wensen van patiënten-

Kamp

organisaties. Ik weet dat zij nog meer wensen hebben geformuleerd. De collega van GroenLinks steunt de patiëntenfederatie in haar wensen. Zij wil een nog gedetailleerdere regeling in artikel 5. Ons lijkt het zinvoller hieraan bij de evaluatie aandacht te besteden en om niet nu iedere keer te proberen dit artikel op te rekken.

Met zeer veel belangstelling hebben wij de brief van 17 augustus gelezen. Daarin geeft het kabinet een uiteenzetting inzake de afstemming tussen het wetsvoorstel klachtrecht en enige andere wetten naar aanleiding van de motie-Middel c.s. Het daarin gestelde is duidelijk als je alleen maar let op het gestelde in het wetsvoorstel klachtrecht en de andere wetten. Ik veronderstelde echter dat bij ons de wens leefde om alle wetten in hun onderlinge samenhang te bekijken en daarbij te letten op het begrip kwaliteit. Dat was natuurlijk de bredere strekking van de motie en dus meer dan de regering nu in haar antwoord doet voorkomen. Gelet echter op dat ene perspectief, dus op de vraag: hoe is de relatie tussen het wetsvoorstel klachtrecht en de andere wetten, vind ik dat de regering een goede uiteenzetting heeft gegeven.

Dit brengt mij op de volgende vraag. De minister geeft nu wel voor ons een uiteenzetting, maar in hoeverre wordt dit punt in de voorlichting ook voor alle betrokkenen duidelijk gemaakt? Dat hun duidelijkheid wordt verschaft, lijkt mij belangrijk.

Wij hebben voorts de vraag of het niet wenselijk of mogelijk is dat de verschillende data waarop de instellingen ingevolge de wetgeving met de verslaglegging naar buiten moeten treden tot één datum kunnen worden teruggebracht. Ik heb niet alle wetten erop na geslagen, maar heb wel gezien dat bij het wetsvoorstel klachtrecht de zorgaanbieder het verslag voor 1 april moet toezenden, terwijl ingevolge het onderhavige wetsvoorstel het verslag voor 1 juni moet worden toegezonden. Voor het management van de instelling lijkt het mij veel handiger alles op een bepaalde datum te doen. Nogmaals, ik heb alleen naar deze twee wetten gekeken, maar mijn vraag is of al die verschillende wetten op dit punt verschillende data kennen. Als dat zo is, vind ik het geheel enigszins chaotisch worden. In dat geval zou een betere afstemming nodig zijn.

Als kwaliteit een zorg dient te zijn voor iedereen in de zorg, op elk niveau of in elke functie, binnen welke organisatie de betrokkenen ook werkzaam zijn, en bij het leveren van inhoudelijk goede zorg ook gelet moet worden op aspecten van zorg op maat, de doeltreffendheid, de doelmatigheid en de klantgerichtheid, dan staat mijn fractie sympathiek tegenover het wetsvoorstel waarin zelfregulering vooropstaat en zorgaanbieders aangesproken kunnen worden vanuit de bestuursrechtelijke optiek. Ik vond het interessant dat de brief bij de nota van wijziging van december 1994, waarin het kabinet aan de Kamer vroeg: ga met dit wetsvoorstel verder, ondertekend was door de minister en de staatssecretaris, terwijl alle nota's van wijziging daarna en de nota naar aanleiding van het verslag alleen maar ondertekend waren door de minister. Ik neem aan dat de staatssecretaris, die verantwoordelijk is voor de bejaardenoorden, zich ook verantwoordelijk voelt voor de kwaliteit van de zorginstellingen. Op het indienen van amendementen om het wetsvoorstel meer op te tuigen en iets minder af te doen aan de zelfregulering moet ik mij opnieuw beraden. Het wetsvoorstel zoals het nu luidt, zal echter op steun van mijn fractie kunnen rekenen.

□

De heer **Middel** (PvdA): Mijnheer de voorzitter! Op voorhand staat de PvdA-fractie positief tegenover wetgeving die zowel de kwaliteit van de zorg als de positie van de patiënt of cliënt/consument een wettelijke basis verschaft. Hoewel er globaal gezien natuurlijk raakvlakken zijn tussen dit wetsvoorstel en de discussie rond de stelselherziening, kan dit wetsvoorstel toch los van een eventuele stelselherziening behandeld, aangenomen en ingevoerd worden. Aan dat laatste zal de PvdA-fractie van harte meewerken.

Dat betekent echter niet dat de PvdA-fractie het wetsvoorstel jubelend en juichend omarmt. Misschien morgen wel, maar op dit moment zijn er te veel kanttekeningen te plaatsen. Te veel vragen zijn in de schriftelijke voorbereiding onbeantwoord gebleven. Een drietal nota's van wijziging heeft tot verbetering geleid, maar wat ons betreft kunnen of eigenlijk moeten er

nog meer aanscherpingen plaatsvinden. Ik kom daar nog op terug.

Voorzitter! De memorie van toelichting stelt nadrukkelijk dat de kwaliteit van zorg in zijn algemeenheid in ons land van een hoog niveau is. Het gaat in het wetsvoorstel dan ook niet om een nieuw begrip van kwaliteit, maar om een nieuwe en meer effectieve wijze van het waarborgen ervan. Het hogere kwaliteitsniveau van de zorg zou, als wij de memorie van toelichting volgen, aangetoond worden door toegankelijkheid, beschikbaarheid en een hoog niveau van professionalisering. Een dergelijke stellingname dient altijd gerelativeerd te worden, al was het alleen maar om zelfgenoegzaamheid te voorkomen. Want iedereen kent in zijn omgeving of uit eigen ervaring voorbeelden van zaken die bepaald niet passen in het door het kabinet gehanteerde kwaliteitsconcept. Lange wachttijden voor behandeling door specialisten; de thuiszorg die gigantisch onder druk staat; verpleeghuizen waar eigen opvattingen over privacybescherming en menselijke waardigheid worden gehanteerd; instellingen voor gehandicapten waar men door de druk der omstandigheden aan kwaliteit en zorg moet inleveren, etc. Maar goed, "in zijn algemeenheid" ligt de kwaliteit van de zorg in Nederland op een aanvaardbaar niveau.

Voorzitter! Dit wetsvoorstel is nodig, zeg ik anders dan mevrouw Kamp op voorhand. Laat daar dan ook geen twijfel over bestaan. Het kent echter een reeks ingebouwde zwaktes of, om het mooier te zeggen, het bevat nogal wat paradoxen. Ik geef een paar voorbeelden.

Concretisering van de wettelijke norm van kwaliteit ofwel verantwoorde zorg wordt aan de uitvoerenden overgelaten. Dit ter wille van het dynamische karakter van de gezondheidszorg. Het voordeel van een wettelijke verankering kan zo teniet worden gedaan door een te vrijblijvende invulling waarop eventuele sancties geen vat hebben en waarbij het mislopen van een officieel certificaat de komende jaren nog niet aan de orde is. Kortom, het voordeel van wetgeving kan tot een nadeel leiden.

De kwaliteit van de zorg kan niet langer vooral gereguleerd worden door centraal te stellen erkennings-eisen, die dan ook voor een deel afgeschaft worden. Tegelijkertijd

Middel

wordt echter certificering voorbereid en is al een speciale informateur aangesteld die de weg daartoe moet vrijmaken. Hoe staat het met de werkzaamheden van deze informateur? Hoe enthousiast zijn de betrokken partijen in de zorg hierover?

De regelgevende bemoeienis van de overheid met betrekking tot kwaliteit komt tot uitdrukking in zowel de huidige erkenningseisen als verschillende wetten, subsidie- en bijdrageregelingen. Allemaal zonder onderlinge samenhang en niet toereikend. Dus kiest het kabinet voor een terugtrekbeweging. Het doet dit met het formuleren van nieuwe regels voor een wettelijk kader. Het kan, het moet zelfs, maar de verpakking is merkwaardig. De memorie van toelichting zegt dat het bij de modernisering van het kwaliteitsbeleid gaat om de wijze waarop door beroepsbeoefenaren en instellingen, het mesoniveau, vorm wordt gegeven aan een goede kwaliteit van de hulpverlening en om de wijze waarop door de overheid op de kwaliteit wordt toegezien. Even later wordt echter benadrukt dat er een zelfstandige noodzaak bestaat voor een wettelijke regeling van de kwaliteit van de zorg, hetgeen vervolgens weer wordt afgezwakt als gewezen wordt op een globale normstelling, die stimulerend zou zijn voor de eigen verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaren en instellingen.

Voorzitter! Deze voorbeelden haal ik aan om te illustreren dat het wetsvoorstel een beetje op twee gedachten hinkt. Aan de ene kant is er gelukkig heel expliciet het besef dat kwaliteitswetgeving noodzakelijk is. Aan de andere kant lijkt men impliciet een beetje bevreesd te zijn om de medische sector tegen de schenen te schoppen. Ik zeg dit bewust wat ongenueanceerd of misschien wat gechargeerd. Maar toch ware het de Partij van de Arbeid liever geweest als de betrokkenheid van patiënten en consumenten bij het kwaliteitsbeleid mede voorop had gestaan. In te veel sectoren van zorg- en hulpverlening is niet of nauwelijks sprake van participatie door de afnemers van de zorg, terwijl het toch om hen gaat, zoals ik de minister ook bij vorige gelegenheden vaak terecht heb horen vertellen.

De al eerder genoemde brief van de Nederlandse patiënten/consumentenfederatie van 25

augustus bevat aanbevelingen met betrekking tot verantwoorde zorg- en informatieverstrekking door de zorgaanbieder, die nu nog niet voldoende uit de verf lijken te komen. De schaduw-wet van de Nederlandse patiënten/consumentenfederatie stelt wijziging van artikel 2 voor. Toegevoegd zou moeten worden: "Onder verantwoorde zorg wordt mede verstaan de zorg die voldoet aan de normen die door de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties in onderling overleg zijn vastgesteld". Deze wijziging is door de regering niet overgenomen. De globale term "verantwoorde zorg" heeft in de schriftelijke voorbereiding vragen opgeroepen. Is het gebruik van dit criterium in de wet voldoende waarborg voor een kwalitatief goede zorg? In de nota naar aanleiding van het verslag wordt gesteld dat de Kwaliteitswet zich, zij het indirect, richt op het patiëntenbelang. Als erkend wordt dat kwaliteit van zorg wettelijk wordt geregeld in het belang van de patiënt, lijkt het toch niet meer dan logisch om de patiënt ook een stem te geven in de vaststelling van de inhoud van het begrip "verantwoorde zorg".

Het is zeker niet de bedoeling dat patiënten/consumentenorganisaties zich daadwerkelijk zullen gaan bezighouden met de uitvoering van het kwaliteitsbeleid. Ook zij hebben geen enkele behoefte aan het optuigen en in stand houden van een bureaucratie. Overleg tussen verzekeraars, aanbieders en patiënten/consumentenorganisaties kan echter leiden tot de ontwikkeling van een soort gouden standaard voor kwaliteit van zorg in instellingen waaraan het kwaliteitsbeleid kan worden getoetst. De Partij van de Arbeid hoort graag een toezegging van de minister op dit punt en zou het toejuichen als de patiënten/consumentenorganisaties het initiatief nemen om tot een voorstel voor een dergelijk structureel overleg te komen. Ik speel overigens met de gedachte, zo zeg ik alvast in alle openheid, een amendement in te dienen voor het betrekken van de patiënten/consumentenorganisaties bij het overleg tussen verzekeraars en aanbieders.

De heer **Lansink** (CDA): Wordt dat het voorstel dat door de NP/CF is voorgesteld?

De heer **Middel** (PvdA): Sorry?

De heer **Lansink** (CDA): U overweegt een amendement om het overleg te regelen tussen aanbieders, verzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties. Overleg is op zichzelf een goede zaak. Maar wij discussiëren nu over de vraag wie de norm vaststelt en wat die norm inhoudt. De NP/CF heeft de volgende tekst voorgesteld: "Onder verantwoorde zorg wordt mede verstaan de zorg die voldoet aan de normen die door de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties in onderling overleg zijn vastgesteld". Dan gaat het om andere normen. Ik zit met de volgende vraag: wie is verantwoordelijk voor de normstelling, wat houdt die in? Als wij de NP/CF volgen, laten wij dan de normstelling niet volledig aan de drie partijen over? Het risico is dan ook dat er geen normstelling tot stand komt.

De heer **Middel** (PvdA): De implementatie of operationalisering van het begrip "verantwoorde zorg" moet wettelijk worden vastgesteld. Ik ben overigens voornemens ook daarover een amendement in te dienen om dat duidelijk aan te geven. Binnen dat kader moet tot een invulling worden gekomen. Daarbij wil de PvdA de consumenten/patiënten een even zware stem geven als de verzekeraars en de zorgaanbieders. De invulling kan dan ook per regio ± ik durf het woord bijna niet meer te gebruiken ± verschillen.

De heer **Lansink** (CDA): Dat is dus iets anders dan de normstelling.

De heer **Middel** (PvdA): Ja, exact. Wij zijn juist voorstander van het aangeven van een wettelijk kader waarin al het een en ander vastligt.

De heer **Lansink** (CDA): Maar dan kunnen wij de basiskwaliteitseisen beter direct in de wet vastleggen en dat onder de verantwoorde norm verstaan.

De heer **Middel** (PvdA): Ik denk dat wij daarover niet van mening verschillen. Ik wil overigens niet de suggestie wekken dat wij per amendement het overleg willen regelen. Wij willen de voorwaarden voor het overleg scheppen. Maar als

Middel

de betrokkenen in een regio daaraan geen behoefte hebben, dan kunnen wij natuurlijk niet zeggen: en nu zult gij overleggen.

De heer **Van Boxtel** (D66): Voor mij is het laatste ook een vraag. U zei net dat u overwoog om iets met een amendement te doen, waardoor verplicht wordt gesteld dat de patiëntenorganisaties mee aan tafel zitten bij het overleg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hebben wij het dan over het kwaliteitsbeleid en de normen die daar eventueel over tafel komen? Of hebben wij het dan ook over de discussies die lopen tussen verzekeraars en zorgaanbieders in het kader van de overeenkomsten, de budgettering enzovoort?

De heer **Middel** (PvdA): Het einddoel formuleert u voortreffelijk; dat lijkt mij een heel goede zaak. Het is u, denk ik, bekend dat de PvdA er op alle vlakken voorstander van is om betrokkenen bij het beleid te betrekken. Wij praten nu echter over kwaliteitswetgeving. Overigens, als wij morgen nog verder komen te praten over de regiovisie, dan moet daarin, wat ons betreft, ook nadrukkelijk een plaats worden gereserveerd voor patiënten- en consumentenorganisaties. U kent evenwel de geschiedenis van de sociaal-democratie; het gaat altijd stapsgewijs. Het einddoel blijft echter wel in zicht, zelfs in deze tijden.

De opvatting van de PvdA-fractie is dat een concrete invulling van het kwaliteitsbeleid weliswaar goeddeels een zaak is van de zorgaanbieders, maar dat de rijksoverheid verantwoordelijk blijft voor de zorg op macroniveau en dat zij tevens de randvoorwaarden voor kwaliteit aangeeft. Hiermee kom ik dus in de richting van de heer Lansink. Bij het laatste verdient, zoals ik al gezegd heb, de invalshoek van patiënten en consumenten meer nadruk.

Zo kom ik bij de motie-Vriens-Auerbach/Van Otterloo die een paar jaar geleden door de Kamer is aangenomen. Daarin worden vier basiseisen voor kwaliteit van zorg genoemd. Deze zijn afkomstig uit de nota Kwaliteit van zorg. Naast doelmatig en patiëntgericht dient de zorg van goed niveau te zijn en dient het zorgaanbod zowel op macro- als op microniveau afgestemd te zijn op de reële behoeften van de patiënt. Bij toetsing aan een door verzekeraars,

aanbieders en patiënten- en consumentenorganisaties ingevulde norm voor verantwoorde zorg is de eis van goede zorg gedekt. De vraag is waarom de afstemming op macro- en microniveau op de behoeften van de patiënt nu niet meer in de wet genoemd wordt. Een dergelijke afstemming is van belang voor een goede kwaliteit van de zorg ± denk bijvoorbeeld aan wachttijden en spreiding ± en dus voor het belang van patiënten. Kan de minister uitleggen waarom deze aanvulling op het begrip "verantwoorde zorg" uit de tekst is gevallen? Overigens zijn wij de minister tegemoetgekomen door een amendement in te dienen dat de uitbreiding van artikel 2 behelst in aansluiting op de strekking van de motie-Vriens-Auerbach/Van Otterloo.

De heer **Lansink** (CDA): U deed net een boeiende uitspraak. U zei: wanneer het overleg leidt tot eensgezindheid tussen aanbieders, verzekeraars en patiëntenorganisaties, is goede zorg verzekerd. Is dat echter altijd zo? Als men het eens is, is het dan per definitie op voorhand goed? Het zou best kunnen zijn dat er dan elders gaten vallen, bijvoorbeeld in de financiering. Hoe is het dus mogelijk dat op voorhand gezegd kan worden dat het goed is, wanneer zij het eens zijn?

De heer **Middel** (PvdA): Er is sprake van toetsing. De criteria worden aangegeven in een breder kader, zowel landelijk op macroniveau als regionaal. Nogmaals, ik kom nog op die regiovisie. Daarin staat dus wat er in ieder geval moet zijn. Een en ander wordt getoetst, dus niet vastgesteld, in het overleg tussen verzekeraars, aanbieders en patiënten- en consumentenorganisaties. Dan heb je dus eigenlijk een dubbele check. Ik denk dat het een filosofisch debat zou vergen om na te gaan of het dan altijd sluitend is. Ik kan mij voorstellen dat er in de praktijk best eens iets mis gaat. Op zichzelf lijkt het evenwel een redelijk dicht systeem te zijn. Aan de ene kant heb je een kader waarin staat wat er kwalitatief en kwantitatief moet zijn, en aan de andere kant heb je een toets vanuit de verschillende invalshoeken van betrokkenen. Dan zit je, zo neem ik aan, toch redelijk goed. Je moet, wat dat betreft, ook een beetje vertrouwen hebben in de medemens.

Voorzitter! Een volgend punt van de PvdA-fractie betreft de invulling van verantwoorde zorg in relatie tot de positie van de verzekeraars. Omdat in de nota naar aanleiding van het verslag niet voldoende wordt ingegaan op de positie van de verzekeraars, willen wij graag van de minister weten of de verzekeraars de invulling van verantwoorde zorg of kwaliteit als basis van hun contracten zullen moeten of zullen gaan beschouwen. Heeft dat ook gevolgen voor de beschikbare budgetten?

Verder zijn er nog een paar onbeantwoorde vragen, bijvoorbeeld als het gaat om het betrekken van de patiënten- en cliëntenraden bij de interne kwaliteitszorg. Hier ligt een duidelijke relatie met de Wet medezeggenschap zorginstellingen en eigenlijk ook met de Klachtwet, voor het geval instellingen er met de pet naar zouden gooien. De notitie over de uitwerking van de door de Kamer aangenomen motie-Middel c.s. over de onderlinge afstemming tussen deze wetten en andere, zoals de BIG, de WGBO en de BOPZ, maakt wel iets duidelijk, maar nog niet alles. Mevrouw Kamp heeft daarover zojuist zeer verstandige dingen gezegd, die ik dus ook niet zal herhalen.

Een andere vraag is, of deze Kwaliteitswet niet tandoel zal blijken te zijn. Bij het handhaven van de kwaliteit van zorg moeten de inspecties uitgaan van wettelijke eisen. Maar zijn deze eisen op dit moment nu juist niet nog wat vaag geformuleerd?

Een volgende vraag betreft de veronderstelde budgettaire neutraliteit voor instellingen bij het invoeren van deze wet. Optimistisch stelt de memorie van toelichting dat kwaliteitsbewust werken uiteindelijk zelfs tot kostenbesparing kan leiden. Is het tegenovergestelde niet evenzeer, of wellicht meer, voor de hand liggend, en wat zal dan de reactie van de verzekeraars zijn? Misschien kan de minister daar iets over zeggen.

De heer **Van Boxtel** (D66): U wekt de suggestie dat u de wet een tandoelozet wet vindt. Wilt u, voordat de minister daarop haar visie geeft, expliciteren, waarom u dat vindt? Is de normstelling in deze wet naar uw mening voor de inspectie onvoldoende, of wilt u die normstelling nog veel verder uitgebreid hebben?

Middel

De heer **Middel** (PvdA): Ik ben daar, moet ik eerlijk zeggen, een beetje onzeker over. De inspectie moet uitgaan van het wettelijk kader dat nu is omschreven. Ik heb in mijn bijdrage aangegeven dat er nogal wat onduidelijkheden, wat paradoxen ± je zou onvriendelijk kunnen zegen: wat interne tegenstrijdigheden ± in dat wettelijk kader zitten. Nog niet eens sprekend over uw punt, namelijk de relatie tussen BIG en deze wet, vraag ik mij af of het voor de inspectie in alle gevallen wel even gemakkelijk is om tot een implementatie te komen van wat in de wet staat, zonder een duidelijke toelichting van de minister, die zij alsnog kan geven. Die implementatie moet het mogelijk maken, handhaving van deze wet in zekere zin te garanderen, want dat is wat wij graag willen. Dat is een vraag die eigenlijk voortkomt uit mijn constatering, dat er onduidelijkheden in de wet zitten en uit mijn vraag, of het dan niet moeilijk is voor een controlerende instantie om op grond daarvan tot handhaving over te gaan. Er zit misschien een soort impliciete kritiek in.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Zijn wij als Kamer niet akkoord gegaan met de beleidsopvatting van de inspectie, dat zij toezicht op toezicht houdt? De inspectie moet meer kijken of de procedures bij de instellingen voldoen aan het wetsvoorstel, dan dat ze zelf op kwaliteit toetst. Ik heb de indruk dat u nog uitgaat van de taak van de inspectie voor de beleidswijziging.

De heer **Middel** (PvdA): Ik vrees dat ik het laatste niet helemaal met u eens ben. U praat meer over procedures; uw eigen bijdrage ging daar voor een heel groot deel over. Ik heb niet de indruk dat de inspecties zozeer op procedures letten. Ik heb de indruk dat de inspecties direct, en in veel gevallen indirect, erop zullen toezien dat er inderdaad een kwaliteitsbeleid wordt gevoerd op mesoniveau. Dat is namelijk de taak van de inspecties. Het is onze taak, en ook die van de minister, om duidelijk te maken, met behulp van het wetsvoorstel dat er nu ligt, wat implementatie van de kwaliteitsnormen voor de praktijk betekent, zodat de inspectie handvatten heeft om mee aan het werk te gaan. Misschien ligt het mij of aan mijn fractie, maar wij vinden dat dat op dit moment nog niet

voldoende aanwezig is. Vandaar dat ik deze vraag stelde aan de minister.

Ten slotte kom ik toe aan de regiovisie, waarvoor collega Van Boxtel al de aftrap heeft gedaan. In het aanvankelijke wetsvoorstel kregen regionale overheden, dus de provincies en de vier grote steden, een belangrijke rol toebedeeld. Dat is inmiddels afgezwakt in het nu voorliggende ontwerp. Voor de PvdA-fractie is het van belang dat regionaal een instrumentarium beschikbaar is, dat de behoefte aan zorg kan vaststellen, zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin. Het ligt voor de hand de provincie en de vier grote steden hierbij een verkennende, initiële en waar nodig sturende rol te laten vervullen. Gesteld wordt dat op een later tijdstip overleg zal worden gevoerd met de Kamer over de regiovisie. Bij het bestaan van een wettelijk verankerde regiovisie zou het voor de hand liggen, het begrip "verantwoorde zorg" te toetsen aan deze regiovisie. Dan zou dit ook in artikel 2 toegevoegd kunnen worden. De fractie van de Partij van de Arbeid vraagt de minister om een toezegging om voor juli 1996 met een voorstel voor wettelijke verankering van de regiovisie te komen, hetzij voorstel van wet, hetzij door, bij wijziging van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, het planningsregime te vervangen door de regiovisie. Zo nodig zal ik hierover in tweede termijn een motie indienen, hoewel het ook mogelijk is ± ook collega Van Boxtel gehoord hebbende ± dat collega Van Boxtel en ik een initiatiefwetsvoorstel voorbereiden.

De heer **Van Boxtel** (D66): Inderdaad. Voor de duidelijkheid van de discussie heb ik echter nog een vraag. U sprak over een mogelijke aanpassing van de planningsregeling in de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Ik heb vandaag gezegd dat afgesproken is dat planning en financiering gecentraliseerd worden. Nu dreigt de provinciale rol en die van de grote vier te berhaupt te verdwijnen als het gaat om afstemming van de zorg binnen de regio. Dan is het de vraag waar dit geregeld moet worden. Moet dat in de Gezondheidswet, de Kwaliteitswet of anderszins? Ik torn echter niet aan de afspraak die in het regeerakkoord is gemaakt om financiering en planning veel meer te centraliseren waar de aanwijzings-

bevoegdheid in handen komt van de minister.

De heer **Middel** (PvdA): Dit lijkt mij niet in strijd te zijn met hetgeen ik heb bepleit. Die bedoeling moet u er niet in beluisteren. U weet hoezeer wij aan het regeerakkoord hangen.

Voorzitter! Resumerend en concluderend ziet de PvdA-fractie zich hier geconfronteerd met een sympathiek wetsvoorstel dat brede politieke en maatschappelijke steun verdient. Het heeft echter nog te veel open einden, paradoxen en onbeantwoorde vragen in zich om er op dit moment volmondig "ja" tegen te zeggen. Naar ik hoop zal ik er na het antwoord van de minister morgen anders over denken.

□

Mevrouw **Nijpels-Hezemans** (AOV): Voorzitter! Mijn fractie complimenteert de minister met de totstandkoming van deze wet. Een belangrijk deel van de zorgaanbieders houdt zich bezig met het kwaliteitsbeleid dat basis moet zijn van hun zorgverleningsfunctie. Reeds eerder heb ik in een andere setting er met nadruk op gewezen dat kwaliteit niet moet zijn een naar rato van de inbreng van deskundigen afgesproken en vastgestelde wijze van zorgverlening. Mensen met een hulpvraag hebben een goede, op hun persoonlijke behoeften afgestemde zorg nodig. Daarbij kan het gebeuren dat de aangeboden zorg, met de daaraan gekoppelde kwaliteit, gecertificeerd, de zorgvrager volstrekt niet aanspreekt. De professionele normen hoeven niet in overeenstemming te zijn met de kwaliteitseisen. Zij kunnen zelfs strijdig zijn met de beleving van de gevraagde wijze van zorgverlening waaraan behoefte is bij de zorgvrager. Mijn fractie schaart zich achter de oproepen van de patiënten/consumentenorganisaties, die een stem wensen te hebben bij de besprekingen en het treffen van maatregelen over de kwantitatieve en kwalitatieve organisatie ten behoeve van de kwaliteit van de zorgverlening. Om dit te waarborgen verzoeken wij de minister patiënten/consumentenorganisaties hierin een formele status te geven teneinde hen de mogelijkheid te verschaffen tot een wezenlijke inbreng in het kwaliteitsbeleid van de zorginstellingen.

Nijpels-Hezemans

Voorzitter! Wij staan achter het verzoek van de NP/CF om een toevoeging op te nemen aan artikel 2, ondanks het antwoord van de minister aan de NP/CF. Zowat iedereen heeft daarop aangedrongen. Ik wacht met belangstelling het antwoord van de minister op dit punt af. Nogmaals, onzes inziens dienen patiënten/consumentenorganisaties evenals cliëntenraden een wettelijke garantie te hebben dat kwaliteit en verantwoorde zorg niet vrijblijvend kunnen worden vastgesteld.

De derde nota van wijziging heeft onze instemming omdat hierin in ieder geval de zorgaanbieders een verplichting wordt opgelegd, te rapporteren over de wijze waarop patiënten/consumenten bij het kwaliteitsbeleid zijn betrokken.

Voorzitter! Over de zojuist uitgedeelde amendementen zal ik graag in tweede instantie iets zeggen.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**: Morgenmiddag zal de minister antwoorden in eerste termijn en zal ook de tweede termijn van dit wetsvoorstel gehouden worden.

De vergadering wordt van 17.16 uur tot 19.00 uur geschorst.

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Hernieuwde vaststelling van de Oorlogswet voor Nederland ter aanpassing aan de Grondwet en aan de Coördinatiewet uitzonderingstoestanden (Oorlogswet voor Nederland) (23788);**

- **het wetsvoorstel Hernieuwde vaststelling van de Wet buitengewone bevoegdheden burgerlijk gezag ter aanpassing aan de Coördinatiewet uitzonderingstoestanden (Wet buitengewone bevoegdheden burgerlijk gezag) (23789);**

- **het wetsvoorstel Regeling met betrekking tot uitzonderingstoestanden (Coördinatiewet uitzonderingstoestanden) (23790);**

- **het wetsvoorstel Aanpassing van de noodwetgeving aan de Coördinatiewet uitzonderingstoestanden en nieuwe regels ter harmonisatie van de terminologie voor buitengewone omstan-**

digheden waarin noodwetgeving kan worden toegepast en de procedures volgens welke noodwetgeving buiten een uitzonderingstoestand in werking wordt gesteld (Invoeringswet Coördinatiewet uitzonderingstoestanden) (23791).

De algemene beraadslaging wordt geopend.

□

De heer **Schutte** (GPV): Mijnheer de voorzitter! Nood breekt wet. Met deze drie woorden zouden we de hele discussie van vandaag buiten de orde kunnen verklaren, maar dat zou van weinig respect getuigen voor onze democratische rechtsorde en voor onze Grondwet, die de wetgever opdraagt regels te formuleren voor uitzonderingstoestanden.

Ons wetgevingsproces is zorgvuldig vormgegeven. De beschikkingsmacht van de regering is nauw omschreven. Dat voorkomt misbruik. Daarin ligt de erkenning besloten dat ook regeerders gewone mensen zijn en dus uit zichzelf geneigd tot alle kwaad. Wetgeving met inschakeling van een volksvertegenwoordiging vormt dan een goede garantie voor het bewaken van de vrijheden in onze samenleving. Daarom moet het afwijken van vastgestelde regelgeving ook zoveel mogelijk gebeuren met inschakeling of met voorafgaande legitimatie van diezelfde medewetgever.

Nood breekt wet. Maar het is wel onze verantwoordelijkheid als wetgever en als medewetgever, ervoor te zorgen dat die inbreuken op wet- en regelgeving als de nood daarom vraagt, zo gering mogelijk zijn; en als het even kan, gebeuren op een wijze die is voorzien door de wetgever en waarvoor de medewetgever vooraf zijn toestemming heeft verleend. Dan zal het altijd nog kunnen voorkomen dat we in situaties verzeild raken die de wetgever niet heeft voorzien en waarin naar bevind van zaken gehandeld moet worden. Maar dit risico zullen we vooraf zo veel mogelijk moeten zien te beperken.

De slechtst denkbare situatie is die waarin zelfs de Staten-Generaal niet bijeen kunnen komen. Bewust is ervan afgezien om hiervoor regels te treffen om te voorkomen dat van die

mogelijkheid gebruik gemaakt wordt in gevallen waarvoor deze regels niet zouden zijn bedoeld. Het stilzwijgen van de Grondwet op dit punt kan zo een garantie zijn dat niet onverantwoord een beroep wordt gedaan op staatsnoodrecht. Het komt mij voor dat hier een juiste afweging is gemaakt. Iedere bevoegdheid die expliciet wordt verleend, bergt de mogelijkheid in zich dat die bevoegdheid vroeger of later ook daadwerkelijk eens wordt gebruikt.

Ik zou in dit verband ter illustratie willen wijzen op de bevoegdheid van burgemeesters tot het treffen van noodverordeningen. In de bestuursrechtelijke literatuur is er recentelijk meermalen op gewezen dat van deze bevoegdheid de laatste tijd meer gebruik wordt gemaakt dan werd verwacht c.q. beoogd. Vindt de regering dit een ontwikkeling die inherent is aan het verschijnsel noodrecht, en bestaat niet de kans dat met de gefaseerde aanpak die nu wordt voorgesteld wat gemakkelijker zal worden overgegaan tot het in werking stellen van geïsoleerde onderdelen van de noodwetgeving?

Overigens zou ik in dit verband ook een opmerking willen maken over het gebruik van de term "noodwetgeving". Ik vind dat wij daar zuinig mee moeten omgaan. Wij hebben recentelijk noodwetgeving gehad over de ammoniak-uitstoot en over de dijkversterking. En staatssecretaris Kohnstamm van Binnenlandse Zaken had het nog niet zo lang geleden ook over noodwetgeving voor de grote steden. Ik ontken niet dat het in al deze gevallen om klemmende maatschappelijke problemen gaat die om snelle regelgeving of wetgeving vragen. Maar het lijkt mij toch zuiverder, de term "noodwetgeving" te reserveren voor de soort wetgeving waar wij vandaag over spreken. Er mag geen begripsinflatie ontstaan, anders wordt de drempel om van de echte noodwetgeving gebruik te maken wellicht verlaagd, en dat kan niet de bedoeling zijn.

Met de wetgeving die nu voorligt, voeren wij de opdracht van de grondwetgever uit. Dit is wel knap laat, maar dat schijnt bij dit soort zaken meer voor te komen. De regering is zo eerlijk, in de nota naar aanleiding van het verslag te erkennen dat zij andere prioriteiten had en dat zij de complexiteit van de materie had onderschat. Dat mag zo wezen, het blijft weinig fraai dat een