

Wet cliëntenrechten zorg

Aan de orde is de behandeling van:

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

De voorzitter:

Dames en heren. Ik wil eerst met u afspreken – zo hebben wij het de afgelopen tijd gedaan – dat u in principe de vragen kunt stellen die u wilt stellen, maar dat we interrupties in tweeën doen. Ik heb ook nog een mededeling. De minister moet om 18.45 uur weg vanwege een herdenking. Wij gaan proberen om het wetsvoorstel vandaag helemaal af te handelen, maar als dat niet lukt, ga ik schorsen. Dan doen wij de tweede termijn op een ander moment.

Mevrouw Leijten (SP):

Voorzitter. Ik had dit punt willen maken naar aanleiding van de beantwoording van de minister, maar ik kan nu al aankondigen dat ik nog bezig ben met het formuleren van een aantal amendementen. Omdat de behandeling van dit wetsvoorstel pas afgelopen vrijdag is gepland en omdat niet was aangekondigd dat het al snel zou worden gepland, denk ik dat nog veel dingen moeten worden verwerkt. Ik zou het helemaal niet erg vinden als wij de eerste en de tweede termijn knippen, zodat wij goed kennis kunnen nemen van wat het veld vindt van de amendementen die wij opstellen. Dan kunnen wij de behandeling mogelijk volgende week afronden.

De voorzitter:

We zullen zien hoe we het gaan doen, maar alle wetsvoorstellen die worden aangemeld voor plenaire behandeling komen een keer op de agenda van de Kamer. Dat kan de Kamer verwachten. Zo is het. Als mensen er nog niet klaar voor zijn, dan kan dat bij de Griffie worden gemeld. Vandaar dat de aankondiging van de planning op de agenda niet als plotseling kan worden ervaren.

Als eerste is het woord aan mevrouw Bruins Slot van het CDA.

De algemene beraadslaging wordt geopend.

□

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Voorzitter. Het CDA is voorstander van het oprichten van het Kwaliteitsinstituut, of te wel het Zorginstituut Nederland. Het is goed dat de verschillende organisaties die zich op dit moment bezighouden met de kwaliteit van zorg hun krachten gaan bundelen in dit Kwaliteitsinstituut. Het is wel belangrijk dat de afspraken tussen veld en patiënten over de kwaliteit van zorg in het wetsvoorstel worden geborgd. De organisatie en het ontwikkelen van professionele standaarden mag men niet laten verworpen tot een bureaucratisch moloch of een papieren tijger. Het moet een proces van het veld blijven. Dat is een risico dat met het Kwaliteitsinstituut op de loer ligt. Hoe waarborgen minister en staatssecretaris dat het veld blijft gaan over het opstellen van professionele standaarden en dat

het Kwaliteitsinstituut niet in de plaats treedt van iets wat in het veld zou moeten blijven?

Ik dank de minister en de staatssecretaris voor de uitgebreide beantwoording van de vele vragen. Het CDA constateert nog wel enkele onduidelijkheden op het gebied van de taakafbakening, de verantwoordelijkheidsverdeling en de toegankelijkheid.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik heb direct al een vraag naar aanleiding van wat mevrouw Bruins Slot zegt. Zij vraagt zich af of er geen taken van het veld worden overgenomen. Vindt mevrouw Bruins Slot datgene wat wordt besproken en toegelicht in de memorie van toelichting in overeenstemming met de formulering in het wetsvoorstel? Daarin wordt de definitie van de professionele standaard, beroepsgroepen, medici en wetenschappelijke verenigingen, namelijk helemaal niet genoemd.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Als je een wetsvoorstel bekijkt, moet je het wetsartikel en de memorie van toelichting altijd samen nemen. Waar het hier om gaat – dat wordt in de wet op zichzelf redelijk goed geregeld – is wat een professionele standaard inhoudt. De crux zit natuurlijk in het wetsvoorstel. Hoe zorg je ervoor dat die tot stand komen? Het veld is allereerst verantwoordelijk, dus de beroepsgroepen, met betrokkenheid van de cliënten. Als dat niet lukt, wordt in het wetsvoorstel geregeld dat het Kwaliteitsinstituut doorzettingsmacht heeft. En daar heb ik nog wel een aantal vragen over.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik ben blij met dit antwoord: professionele standaarden worden door de beroepsgroepen gemaakt, met invloed van cliëntenorganisaties. Ik vind dit echter niet terug in de wettekst. Wij hebben hierover een amendement ingediend. Mogelijk kan de CDA-fractie dat steunen, zodat concreter wordt wie de professionele standaard maakt en wie hem uiteindelijk accordeert en controleert.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Het lijkt mij prima om de inbreng van de SP en de reactie van de minister daarop af te wachten. Vervolgens kan de CDA-fractie haar eigen afweging maken.

Ik ben aanbeland bij de taakafbakening, de verantwoordelijkheidsverdeling en de toegankelijkheid. Laten wij beginnen met de taakafbakening. De taken van het Zorginstituut Nederland zien op zowel de curatieve zorg als de langdurige zorg. Op basis van de ontwikkeling van de professionele zorgstandaarden kunnen wij concluderen dat de curatieve zorg hierin veel verder is dan de langdurige zorg. De manier waarop wordt gekeken naar professionele standaarden is ook verschillend. Immers, de vraag wat kwaliteit van zorg is, is voor de langdurige zorg heel anders. Dan gaat het ook om de vraag of iedereen om negen uur gedoucht en aangekleed in de woonkamer moet zitten of dat een cliënt kan aangeven dat hij daar pas om elf uur wil zitten. Hoe ziet men de verhouding tussen professionele zorgstandaarden in de langdurige zorg versus de curatieve zorg?

Dat de ontwikkeling van professionele zorgstandaarden in de langdurige zorg achterloopt op die in de curatieve zorg, is voor een deel ook wel logisch. Immers, er zijn veel minder wetenschappelijke verenigingen en de beroepsverenigingen zijn anders georganiseerd. In de cu-

ratieve zorg is het gebruikelijk dat medisch specialisten voor een groot deel meebetalen aan de ontwikkeling van professionele zorgstandaarden. Hoe gaat de staatssecretaris ervoor zorgen dat de ontwikkeling van professionele zorgstandaarden in de langdurige zorg met voldoende betrokkenheid van het veld tot stand komen? Als er sprake is van vertraging, ligt dat wellicht niet zozeer aan onwil maar aan onvoldoende kennis over en vaardigheid met het maken van professionele zorgstandaarden. Moet het Kwaliteitsinstituut die taak direct overnemen? Of moet de staatssecretaris eerst meer investeren in het verstevigen van de beroepsgroep binnen de langdurige zorg?

Ik wil ook ingaan op de verantwoordelijkheidsverdeling. Het Zorginstituut Nederland stelt jaarlijks een werkprogramma op en een meerjarenprogramma voor de komende vier kalenderjaren. De minister keurt wel de werkagenda, maar niet het meerjarenprogramma. Is het niet veel logischer dat de minister beide zaken keurt? Dan kan zij immers ook op een langere termijn betrokken zijn bij de ontwikkelingen waarvoor het Zorginstituut Nederland verantwoordelijk is. Dat lijkt mij een meerwaarde voor de taak die de minister heeft om de kwaliteit en de continuïteit van zorg op langere termijn te waarborgen.

In het wetsvoorstel en in de memorie van toelichting staat ook dat de Adviescommissie Kwaliteit het overneemt als het veld niet snel genoeg overgaat tot het ontwikkelen van een zorgstandaard. Het kan gebeuren dat dit vaak voorkomt. De minister zegt in eerste instantie: dan betaalt het zorginstituut de ontwikkeling van de professionele zorgstandaard. Hoeveel kost het eigenlijk ongeveer om zo'n richtlijn te ontwikkelen? Stel dat vaker blijkt dat de Adviescommissie Kwaliteit een professionele zorgstandaard moet opzetten, moet er dan geen mogelijkheid zijn om de kosten te verhalen? Zou het niet handig zijn om in het wetsvoorstel alvast een bepaling op te nemen dat die eventuele kosten verhaald kunnen worden als het vaker gebeurt?

Een andere vraag in het kader van verantwoordelijkheidsverdeling ligt op het vlak van de aansprakelijkheid van de beroepsgroep. Nu volg je de professionele zorgstandaard of wijk je daarvan gemotiveerd af omdat dat goed is voor de patiënt. Zo worden de zorgstandaarden nu gebruikt. Straks kan de situatie zich voordoen dat de beroepsgroep de professionele zorgstandaard niet zelf heeft opgesteld maar de Adviescommissie Kwaliteit. Het kan voorkomen dat er in de praktijk een fout blijkt te zitten in de standaard en dat de verleende zorg niet aan de standaard voldoet. Is de Adviescommissie Kwaliteit privaatrechtelijk verantwoordelijk voor het falen van een standaard die zij heeft opgesteld? Die vraag is in een eerder stadium ook gesteld door de KNMG. Het is een vrij technisch-juridische vraag, maar het is wel belangrijk om dit op dit moment te regelen of in ieder geval om erover te overleggen.

Dan kom ik op het feit dat in de professionele standaard normen zijn opgenomen. Dat zijn streefnormen en veiligheidsnormen. Veiligheidsnormen zijn de minimumvoorwaarden, de ondergrens, ten aanzien van het proces en de structuur voor het leveren van goede zorg. Zorginstituut Nederland toetst de totstandkoming van de professionele standaarden procedureel, niet inhoudelijk. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie heeft bijvoorbeeld in haar professionele standaard gezegd dat ze 24 uurszorg en een permanente bezetting wil hebben. De minister heeft daar tijdens een debat van gezegd dat zij dat in de praktijk niet kan regelen omdat dat zou

betekenen dat er slechts in een klein deel van Nederland goede verloskunde zou zijn en dat zij tot 2040 bezig is om voldoende gynaecologen op te leiden. Er is een ontwikkeling gaande waarbij beroepsgroepen de kwaliteitsnormen in hun zorgstandaard soms zo hoog stellen dat de bereikbaarheid van de zorg eronder gaat lijden. Dan zit je met de afweging tussen de bereikbaarheid van de zorg en de medische superkwaliteit van de zorg. Wie heeft dan de taak om aan te geven dat de professionele standaard in de praktijk niet goed uit te voeren is? Is die taak weggelegd voor Zorginstituut Nederland? Of komt de minister eraan te pas om te zeggen dat zij zo de zorg niet kan organiseren en dat zij daar het geld niet voor heeft? Ik zie graag dat de minister hier verder op ingaat.

Een volgend punt bij de verantwoordelijkheidsverdeling is de rolverdeling bij de totstandkoming van de professionele standaard. Zoals het nu in het wetsvoorstel geformuleerd is, is het een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten. Maar deze drie kunnen natuurlijk heel verschillend denken over de invulling van de zorg. De patiënt kan iets belangrijk vinden, maar de zorgverzekeraar denkt daar misschien anders over, terwijl een arts in de praktijk misschien wel zegt: ja, maar dat krijgen we niet voor elkaar! Hoe ziet de minister dat proces voor zich? Hoe gaat dat precies werken? Hoe zorgt zij ervoor dat alle partijen voldoende betrokken zijn?

Een ander punt bij de verantwoordelijkheidsverdeling is een vrij technisch-juridisch punt, maar dat is wel van belang voor de aanspraken die straks aan een professionele standaard ontleend kunnen worden. De minister schrijft in de memorie van toelichting dat het opnemen van de professionele standaard in het register een feitelijke handeling is, omdat het in de praktijk geen extern rechtsgevolg heeft. Maar het is de vraag of dat zo is. De inspectie zal straks namelijk wel de professionele standaard gebruiken om te handhaven en om te kijken of instellingen goede zorg verlenen. Dat is toch wel degelijk een extern rechtsgevolg? De minister schrijft zelfs in de memorie van toelichting dat zij straks eigenlijk hoopt dat de hele verzameling aan professionele standaarden de zorg is die zorgverzekeraars kunnen contracteren en dat dit ook de enige zorg is die onder het verplicht verzekerde pakket gaat vallen. Dan kun je toch niet langer volhouden dat het opnemen van een professionele standaard in het register alleen maar een feitelijke handeling is? Als straks de eindvisie is dat de professionele standaard bedoeld is als aanspraak in het verplicht verzekerde pakket, dan zit daar zeker een bepaald extern rechtsgevolg aan waaraan rechten te ontnemen zijn. Graag hoor ik waarom de minister ervan overtuigd is dat dit een feitelijke handeling zou moeten blijven. Dat is het CDA namelijk echt nog niet duidelijk.

Dan kom ik bij enkele losse punten. De minister stelt terecht dat de mensen van de Adviescommissie Kwaliteit ongebonden moeten zijn. Zij moeten geen belangen vanuit het veld vertegenwoordigen. Het moeten mensen zijn die daar op persoonlijke titel aan deelnemen. Daar is het CDA het helemaal mee eens. Het is belangrijk dat de taken van het Kwaliteitsinstituut en het advies over pakketbeheer niet vermengd worden. Dat zijn twee aparte trajecten. Eigenlijk wil het CDA dat dit klip-en-klaar in de wet geregeld wordt. Wij vinden dat het artikel nu nog niet helder genoeg is. Daarom hebben wij een amendement ingediend. Mensen die in de Adviescommissie Kwaliteit

Bruins Slot

zitten, moeten daar echt op persoonlijke titel in zitten. Dat amendement is zojuist verstuurd.

Ik las vandaag – die inbreng zal nog komen – dat de fracties van de PvdA en de VVD van plan zijn om een voorstel te doen om één website te maken waarop alles over de kwaliteit van de zorg te vinden is. Dat is een prima voorstel. Het CDA kan zich daar goed in vinden. Wij vinden het belangrijk dat van zo'n website – ik denk bijvoorbeeld ook aan de site van kiesBeter – de toegankelijkheid voor patiënten en anderen heel goed geregeld is. Ook mensen die laaggeletterd zijn en dus slecht kunnen lezen en mensen die een beperking hebben, moeten makkelijk toegang tot zo'n site hebben om de juiste informatie naar boven te halen. Ik bekijk de website van kiesBeter weleens. Ik heb dan soms moeite om te zien waar ik mijn informatie vandaan kan halen. Hoe willen de minister en de staatssecretaris ervoor zorgen dat de informatie over de curatieve zorg en vooral over de langdurige zorg – die informatie moet ook ontsloten worden – goed toegankelijk is voor laaggeletterden en voor mensen die een beperking hebben? Wat wil de minister daaraan doen? Mocht er niet voldoende overtuigingskracht achter zitten, dan wil het CDA hierover graag een motie indienen.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Ik dank het CDA voor zijn steun. Mevrouw Bruins Slot maakt een heel terechte opmerking over de laaggeletterden. Het voorstel richt zich op twee punten: enerzijds de kwaliteitsgegevens, anderzijds de gegevens over het gebrek aan kwaliteit. Ik denk dan aan medische missers, falende artsen, wat er nu bijvoorbeeld in het BIG-register staat, wat de IGZ publiceert en alle andere publicaties. Dat willen wij allemaal bundelen, zodat mensen echt nog maar op één site hoeven te kijken. Steunt mevrouw Bruins Slot die toevoeging? Daar gaat het juist om.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Wij moeten het zo toegankelijk en makkelijk mogelijk maken voor de mensen. Als dat technisch op een goede manier te organiseren is, zou het CDA hiervan alleen maar een voorstander zijn. Je moet kunnen zoeken naar een plek waar goede zorg is en je moet kunnen zoeken naar een plek waar mensen van de beroepsgroep falen.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Mevrouw Bruins Slot sprak zojuist over een amendement. Daar kom ik nu even op terug. In dat amendement wordt ervoor gepleit om de onafhankelijkheid van de leden van de adviescommissie in de wet op te nemen. Vindt mevrouw Bruins Slot het niet belangrijk dat wij vooral vastleggen dat het zorgveld in de hele breedte daarin vertegenwoordigd moet zijn?

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Het lijkt mij logisch dat het zorgveld in de hele breedte vertegenwoordigd is in de Adviescommissie Kwaliteit, want hoe kun je goede zorgstandaarden op het gebied van een bepaalde vorm van zorg organiseren als je daar geen achtergrond in hebt?

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik heb het amendement nog niet gezien. Ik zal het straks even goed bekijken.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik ga ervan uit dat de minister er bij de benoeming van die mensen voor zorgt dat de deskundigheid in de breedte goed geregeld is. Het gaat mij er vooral om dat de mensen keihard tegen de beroepsgroep kunnen zeggen: ik zit daar op persoonlijke titel en niet voor een wetenschappelijke of andere vereniging; ik zit daar omdat ik specialist ben op dat terrein.

De voorzitter:

Misschien is het verstandig om in tweede termijn verder te spreken over de inhoud van het amendement, als iedereen het heeft kunnen lezen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Op dit moment klagen zorgaanbieders steen en been over de informatie-uitvraag. Zij moeten informatie leveren aan zorgverzekeraars en aan de IGZ. Straks moeten zij ook heel veel informatie leveren aan het Kwaliteitsinstituut. Hoe verhoudt die informatie-uitvraag door de zorgverzekeraars zich tot die door het Zorginstituut Nederland, tot het Kwaliteitsinstituut? Is er een manier om ervoor te zorgen dat zorgaanbieders straks nog maar informatie aan één iemand hoeven te leveren? Dat zou een enorme vermindering van de administratieve lasten zijn.

Ik kom op de verhouding tussen de inspectie en het Zorginstituut Nederland. Het Kwaliteitsinstituut is verantwoordelijk voor het verzamelen, samenvoegen en beschikbaar stellen van informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg. De inspectie heeft natuurlijk een belangrijke rol in het houden van toezicht. Daar heeft zij ook informatie voor nodig. Betekent dit voorstel dat de zelfstandige bevoegdheid van de inspectie om systeemonderzoek uit te voeren, ingeperkt wordt? Graag krijg ik op dit punt wat meer helderheid.

Mijn laatste punt betreft het voorstel dat in het Kwaliteitsinstituut wordt gedaan voor de zorgberoepen en de opleidingen. Het Zorginstituut Nederland krijgt ook een taak met betrekking tot de structuur van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg. De minister geeft in het wetsartikel aan dat het Zorginstituut Nederland de feitelijke ontwikkelingen inzake vernieuwingen en verbeteringen op dat gebied moet signaleren en doorgeven. Ik ben er helemaal voor dat je feitelijke verbeteringen en vernieuwingen signaleert en doorgeeft. Wij weten dat er in de ontwikkeling van de beroepsgroepen op sommige plekken wildgroei plaatsvindt en dat er weinig eenduidigheid is in sommige opleidingen en in de samenloop daarvan. Het Zorginstituut Nederland mag toch hopelijk ook slechte ontwikkelingen signaleren? Het mag toch ook aangeven dat er echt iets misgaat in de beroepsgroepen? Welke actie onderneemt het Zorginstituut Nederland als het negatieve ontwikkelingen signaleert? Pakt het instituut zelf zaken op of meldt het die aan de minister? Vraagt het instituut dan aan de minister om in overleg te treden met de beroepsgroepen en dergelijke? Wil de minister haar rol en de rol van het Zorginstituut Nederland op dat vlak verhelderen? Mocht dit niet helder genoeg zijn, dan willen wij ook wel bekijken op welke wijze artikel 66 moeten worden aangepast om dit nog extra goed over het voetlicht te krijgen.

Ik heb een heleboel vragen gesteld over een initiatief dat het CDA zeker steunt. Het is echt van belang dat dit in de praktijk gaat werken en niet tot een bureaucratische moloch verwordt. Ik kijk uit naar de antwoorden van de minister en de staatssecretaris.

Slob



De heer **Slob** (ChristenUnie):

Voorzitter. De kwaliteit van zorg is al geruime tijd een groot onderwerp, niet alleen bij degenen die in de zorg werken, maar ook bij degenen die van de zorg gebruikmaken. Daar mogen wij mijns inziens blij om zijn. Degenen die in de zorg werken, hebben soms een enigszins wisselende motivatie om met kwaliteitsbeleid bezig te zijn, maar je merkt steeds meer dat zij er intrinsiek van overtuigd zijn geraakt dat een goed kwaliteitsbeleid cruciaal is voor het functioneren van de instelling en voor de geleverde zorg. Men stelt vast dat het geen last, maar een lust is om daarmee bezig te zijn en dat het goed is om te proberen, de zorg voortdurend op een zodanig niveau te brengen dat die aansluit bij nieuwe ontwikkelingen, innovaties en ook – en dit moet vooropstaan – bij de wensen van degenen die de zorg ontvangen. Het zou zelfs een streven moeten zijn om de verwachtingen van die personen te overtreffen.

Wij hebben reeds lang met elkaar gesproken over dit wetsvoorstel en het Kwaliteitsinstituut dat er gaat komen. Wij zijn ervan overtuigd dat dit alles een bijdrage kan leveren aan het eerder genoemde. Er is inmiddels heel veel in gang gezet. Het is goed om nu niet al te lang te wachten met de wettelijke borging daarvan. Er kunnen redenen zijn om dit debat langer te laten duren dan vandaag, maar laat het niet te lang gaan duren. Wij leven inmiddels in 2013 en er is reeds veel in gang gezet. Laten wij dus niet langer dan nodig wachten met het geven van een wettelijke borging daaraan. De ChristenUnie is daar een voorstander van.

Wij moeten wel oppassen dat wij niet alle aandacht vestigen op het Kwaliteitsinstituut en het alleen daarvan gaan verwachten, want dan kunnen wij ons ook weleens heel erg vergissen. Wij zullen er inderdaad voor moeten waken dat dit een ivoren toren in de wereld van de zorg wordt, gevestigd in Diemen-Zuid. Het instituut moet zo gaan functioneren dat de mensen die in de praktijk met dit onderwerp bezig zijn, daarbij de benodigde steun krijgen.

De invulling in de praktijk is uiteindelijk cruciaal. Dit moet geen papieren werkelijkheid worden. Van de bewindspersonen willen wij heel graag min of meer de garantie krijgen dat het nieuwe Kwaliteitsinstituut ook daadwerkelijk een bijdrage gaat leveren aan de kwaliteitsverbetering in de zorg op een manier die de betrokkenen geen energie kost, maar juist energie levert. Het is in dit verband belangrijk dat er vertrouwen is in het nieuwe instituut. Er moet uiteraard vertrouwen zijn in de mensen die daar werken en in de producten die zij leveren. Men moet ook erop vertrouwen dat zij dit op een heel zorgvuldige manier zullen doen. Wij vinden het op zichzelf een kwetsbaar gegeven dat het pakketbeheer en de aandacht voor kwaliteit nu onder één dak terechtkomen. Dat is in die zin kwetsbaar dat een vermenging daarvan de geloofwaardigheid en het gezag van dit instituut zou kunnen treffen. Wij hopen en gaan ervan uit dat op een heel zorgvuldige wijze wordt omgegaan met dit soort verschillende taken die met elkaar in conflict kunnen komen. Graag krijg ik hierop een reactie van de bewindspersonen.

Het is ook belangrijk dat wij niet denken dat we het allemaal voor elkaar hebben, dat we er wel komen als wij het op papier goed regelen en op een website zetten, misschien zelfs wel op één website. Er is al heel veel geregeld. We hebben in de zorg bijvoorbeeld al zo'n 1.200

richtlijnen. Dat zijn al heel wat, maar dat wil niet zeggen dat het in de praktijk ook allemaal goed gaat. Uiteindelijk staat en valt heel veel bij de persoonsgerichte zorg in de praktijk. Daar is maatwerk voor nodig, want het is niet altijd te relateren aan richtlijnen die wat algemener zijn geformuleerd. Het is ook heel moeilijk te methodiseren. De vraag is hoe het Kwaliteitsinstituut juist op dat punt een rol kan vervullen. Graag hoor hierop in eerste termijn een reactie van de bewindspersonen.

Het valt op dat het Kwaliteitsinstituut vooral cure-gericht is. We moeten oppassen dat wij ons niet alleen bezighouden met medisch inhoudelijke zorg, maar dat we ook aandacht hebben voor de langdurige zorg en ondersteuning. Dat is ook een wat bredere benadering van kwaliteit dan die je vaak bij de cure tegenkomt. Ik vraag de bewindspersonen om ons apart te rapporteren over de cure-gerelateerde agenda voor het zorginstituut, zodat we ervan overtuigd kunnen zijn dat ook die kant van de zorg aandacht krijgt in de werkzaamheden van het Kwaliteitsinstituut.

Het is ook belangrijk dat de lastendruk verminderd wordt. Ondanks alles wat er al over gezegd is, ook in de reacties op de vragen vanuit de Kamer – er wordt bijvoorbeeld tot in euro's toe aangegeven dat het echt minder zal worden – merk ik dat er in het veld toch behoorlijk wat scepsis bestaat over de vraag of dit daadwerkelijk zal gebeuren. De praktijk zal de scepsis hopelijk logenstraffen, maar volgens mij is het belangrijk dat wij de vinger goed aan de pols houden. Wachten op de vijfjarige evaluatie vinden wij eigenlijk wat te lang duren. Als het kan, willen wij al over twee jaar geïnformeerd worden over de daadwerkelijke effecten voor het verminderen van de lastendruk in de zorg. Ik ben ervan overtuigd dat het een enorme versterking van het functioneren van het instituut kan betekenen als onze verwachtingen in de praktijk bewaard worden. Het kan ook een ondersteuning zijn voor alle mensen die er in de praktijk mee bezig zijn.

Ik heb begrepen dat het nieuwe instituut gaat werken met een budget van zo'n 7,5 miljoen. Dat geld hoorde bij de instanties die nu worden samengevoegd. Wij gaan ervan uit dat men de werkzaamheden met dat geld kan doen. Ik ben wel benieuwd of degenen die verantwoordelijkheden dragen qua salariering onder de balkenendernorm blijven. Er wordt een nieuw zbo opgericht en dat biedt ook weer nieuwe kansen om afspraken te maken. Wij hebben er een mooie nieuwe naam voor bedacht. Ik ga ervan uit dat daar in de papieren ook het een en ander voor geregeld moet worden, want dat kun je niet zomaar doen. Ik krijg graag een reactie op de salariering en de Kamerbreed levende wens om die onder de balkenendernorm te laten vallen. In de zorg is er wat dat betreft nog een slag te slaan.



Mevrouw **Leijten** (SP):

Voorzitter. In de voorbereiding op de behandeling van dit wetsvoorstel kwam ik een mooie uitspraak tegen: de ideale behandeling verschilt van patiënt tot patiënt. Je kunt in de cardiologie iemand dotteren of behandelen met medicatie. Wil iemand nog de Alpe d'Huez op, dan is dotteren misschien beter. Is iemand wat inactiever, dan kan het ook goed met medicatie. Beide bevatten risico's. Dit besluit moet de arts nemen in goed overleg met de patiënt. Hiermee wil ik graag mijn eerste vraag aan de minister en de staatssecretaris stellen: gaan zij ervoor waken dat

Leijten

een professionele standaard het einddoel wordt? Gaan zij ervoor zorgen dat dit niet een ijzeren voorgeschreven wet wordt waarin staat hoe de behandeling precies moet plaatsvinden? Dat lijkt mij namelijk niet in het belang van de zorg.

Bij de voorbereiding op de behandeling van dit wetsvoorstel stelde ik mij ook de vraag waartoe het dient. Welk probleem wordt er nou precies opgelost? Dat brengt mij tot de vraag: hoeveel professionele standaarden ontbreken er in de ogen van de minister en de staatssecretaris? Waar komen we nou echt problemen tegen vanwege fundamentele verschillen van mening over de kwaliteit die geboden moet worden aan een patiënt of in een zorgverlenende situatie in een verpleeghuis of in de gehandicaptenzorg?

Met dit wetsvoorstel richten we het Nederlands Zorginstituut op. Vijf verschillende organisaties worden samengevoegd. Organisaties die overlappende taken hadden, worden ineengeschoven. De mensen die daar werkten, gaan over naar het instituut. Ze krijgen dezelfde taak voor de komende jaren. Welke fundamentele wijziging ligt eraan ten grondslag? Dezelfde taken blijven immers bestaan. Welk probleem brengt het met zich als we het niet doen omdat de organisaties al bestaan en de verschillende taken, namelijk het opstellen en het aanjagen van professionele standaarden en het uitvragen van informatie? Wat is het grote voordeel hiervan? De heer Slob sprak over het aan één organisatie leveren van gegevens in plaats van aan vijf organisaties die daarom vragen. Ik kan mij voorstellen dat dit inderdaad een groot voordeel is. Maar garanderen we dan ook dat het daarbij blijft? Worden er dan niet nog allerlei verschillende kwaliteitseisen gevraagd door de zorgverzekeraars en de inspectie, door TNO en andere organisaties die wellicht allerlei onderzoeken doen, door accountants en door universiteiten? Kunnen we er dan ook voor zorgen dat deze gegevensuitvraag alleen wordt gedaan door het Nederlands Zorginstituut?

De vraag is: dient deze wet de patiënt? Dan moeten we ons natuurlijk afvragen waar een patiënt behoefte aan heeft. Een patiënt heeft behoefte aan zorg. Zorg is geen keuze; die heb je nodig. Ik denk dat het heel belangrijk is om dat te benadrukken. Een patiënt vindt het prettig om te weten dat hij ergens naartoe gaat waar het goed is, maar kan zelf moeilijk afwegen wat goed is. Zoals ik al zei, een goede behandeling kan een dotterbehandeling of een behandeling met medicatie zijn. Hoe kan een patiënt ooit gelijkwaardig zijn aan een arts of een medicus? Die vraag stel ik aan de minister. Heeft een patiënt die zorg nodig heeft, niet gewoon behoefte aan de garantie dat de zorg die hij ergens krijgt goed is? Is het niet gek om te zeggen dat cliënten of patiënten een gedeelde verantwoordelijkheid zouden hebben? Er wordt dan als het ware gezegd: u hebt verkeerd gekozen; daarom is de kwaliteit van de zorg die u krijgt slecht. Die kant gaan we toch hopelijk niet op?

Iemand die zijn been breekt, heeft behoefte aan goede zorg. Er is dan ook behoefte aan zorg dichtbij, aan een ziekenhuis dat dichtbij is gevestigd. Degenen die patiënten behandelen, vinden dat een patiënt centraal moet staan. De vraag is of het belang van de patiënt ook centraal staat als er wordt gefuseerd, als locaties worden gesloten, als zorg minder bereikbaar wordt en als apotheken en masse dichtgaan, zoals we op dit moment zien. Dat terwijl zorgverzekeraars glashard zeggen: wij vinden dat er te veel apotheken zijn. Wat zegt dat over de bereikbaarheid van de zorg? Wat ons betreft, moet zorg dichtbij zijn als dat

kan. In het geval van een gebroken been kan dat meestal wel. Als een patiënt zorg nodig heeft, moet die goed zijn. We moeten een inspectie voor de gezondheidszorg hebben die daarop toeziet, die waakt over de kwaliteit en ingrijpt als die onvoldoende is. Dat is toch nu ook zo? Dat moet in de toekomst ook zo zijn.

Ja. We hebben professionele standaarden nodig die opgesteld zijn op basis van wetenschappelijke inzichten. We hebben professionele standaarden nodig die als basis dienen voor goed medisch handelen. Maar hebben we ook de professionele standaarden nodig die in deze wet beschreven staan? Voor ik daarop inga, zeg ik het volgende.

Ik kan mij nog goed herinneren dat mevrouw Bussemaker in 2007 of 2008, toen staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, sprak over een van de meest heuglijke dagen voor de gezondheidszorg. De website kiesBeter.nl was namelijk gelanceerd. Dat zou een revolutie betekenen, want patiënten zouden op één website alle informatie kunnen vinden die zij nodig hadden om de juiste keuze te maken voor hun zorg. Zorgcijfers zouden er zichtbaar worden en de inspectie zou daar publiceren. De gegevens zouden worden aangeleverd door de zorginstellingen zelf. En dan, tataa, kun je kiezen.

Nou moest een vriendin van mij laatst helaas haar moeder naar een verpleeghuis brengen. Zij kijkt op kiesBeter.nl naar twee zorginstellingen bij haar in de buurt. Zij heeft echter geen flauw idee. Het ziet er allemaal goed uit. De inspectierapporten kloppen. Er staan cijfers op waaruit blijkt van wie ze zijn. Zij is vervolgens gewoon gaan kijken. In het ene verpleeghuis vond zij dat de ouderen eenzaam waren. Het personeel had het duidelijk te druk. Ze werd eigenlijk niet zo goed te woord gestaan en niet goed opgevangen. Ze had grote twijfels: moest ze haar moeder daar naartoe brengen? Ze kwam bij het tweede verpleeghuis. Daar zaten de mensen aan tafel. Er was zelf gekookt. Lekker eten. "O, kom erbij", "we geven je een rondleiding": er was tijd, aandacht, gezelligheid. Gelukkig was daar plek voor haar moeder.

Informatie haal je niet alleen maar van een website. Het gaat ook om zien en voelen en om het hebben van vertrouwen. Dit gaat over langdurige zorg, die je niet via een website kunt beoordelen. Gaat het echter over zorg voor het hart, waar ik net over sprak, dan moet je ook goed met een medicus kunnen bespreken wat de juiste behandeling is. Die is van patiënt tot patiënt verschillend.

Wat is er nou toch misgegaan met kiesBeter.nl, met de revolutie in de zorg, met de optimale keuze? De transparantie was geregeld. Nu krijgen we brieven van organisaties uit de zorg waarin staat: laten we ervoor zorgen dat we niet een niet debacle krijgen zoals kiesBeter.nl. Wat is eigenlijk de analyse daarvan? Hoe gaan we ervoor zorgen dat we geen herhaling krijgen? De heer Slob zei het eigenlijk ook al. Ik ben ervoor om zichtbaar te maken wat de kwaliteit volgens wetenschappelijke standaarden is. We hebben er ook altijd voor gepleit om alle tuchtmaatregelen die een arts opgelegd krijgt, inclusief berispingen, op te nemen in het BIG-register. Dan is het zichtbaar voor patiënten, maar bijvoorbeeld ook voor nieuwe werkgevers. Wat zegt het als enkel hoge mortaliteitscijfers van ziekenhuizen worden weergegeven? Ziekenhuizen weigeren toch niet voor niets om mortaliteitscijfers te melden? Dat is toch omdat er grote onenigheid is over de manier waarop dit wordt gemeten en over het antwoord op de vraag hoe wetenschappelijk dat is als basis voor kwaliteitsmetingen? Dat is toch zo, minister? Ik heb hier meer-

Leijten

dere keren vragen over gesteld. Zij weet het dus wel een beetje. Als veel patiënten in een bepaalde zorginstellingen doorligwonden hebben, kunnen we dan zeggen dat de kwaliteit er slecht is? Of is daar wellicht beter gemeten en zijn zij eerlijker met hun informatie?

Het is nog niet zo makkelijk. Het zou een goede taak zijn voor een Nederlands Zorginstituut om gegevens te verzamelen en inzichtelijk te maken, opdat we kunnen zien wat de kwaliteit is die een zorginstelling bij bepaalde zaken biedt. In de wet was nog een ander onderdeel opgenomen dat het recht op een weloverwogen keuze van de cliënt zou moeten garanderen. Ik vind dat eigenlijk niet in de wet thuishoren. Het recht op een weloverwogen keuze heeft op meer betrekking dan alleen op het verzamelen van gegevens. Ik gaf net twee voorbeelden, één voor het medische deel en één voor het langdurige deel. Dit hoort eigenlijk niet in de wet thuis. Wij moeten ervoor zorgen dat mensen op basis van eerlijke, inzichtelijke informatie kunnen kiezen, maar ook dat zij altijd nog kunnen worden geholpen door mensen die hen kunnen adviseren. Daarom heb ik gemeend in het amendement op stuk nr. 14 het artikel te moeten wijzigen waarin wordt gesteld dat het zorginstituut zorg draagt voor het verzamelen, samenvoegen en beschikbaar maken van de informatie over de kwaliteit van de verleende zorg. Dat moeten wij naar mijn mening doen. Dat is dan voor én patiënten, én cliënten, én verwanten, maar ook voor toezichthouders en voor ambtenaren, want dan wordt helderder wat hun taak is. Daarom kunnen wij dit beter opnemen in de wet.

Dan de oprichting van een Nederlands Zorginstituut. Wij hebben al een College voor zorgverzekeringen, dat gaat over het basispakket. Wij hebben een inspectie die toeziet op de kwaliteit van zorg. Er worden professionele standaarden gehanteerd. Is het de bedoeling van de minister en de staatssecretaris om een bepaalde verantwoordelijkheid af te schuiven op dit instituut als een fractie van de Kamer vraagt of zij op basis van de kwaliteit iets willen doen of een aanwijzing willen geven? Ik zou dat niet altijd even wenselijk vinden. Omdat ik ook denk dat het niet wenselijk is als een Nederlands Zorginstituut een besluit neemt dat ongewenst wordt geacht voor de zorg, heb ik een amendement opgesteld dat het mogelijk maakt om besluiten van een Nederlands Zorginstituut te vernietigen. Dit instrument heeft de minister ook voor andere zelfstandige – ik kom er niet op – zbo's.

De voorzitter:
Bestuursorganen?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ja, bestuursorganen. Zelfstandige behandelcentra hebben wij ook nog. Zo af en toe zie je door de afkortingen het bos niet meer in de zorg. Ik bedoelde dus zelfstandige bestuursorganen. Dank u wel, voorzitter. Bij de zelfstandige bestuursorganen is ook geregeld dat de minister een besluit kan vernietigen waarvan wij zeggen dat het niet in het belang van de zorgsector is. Ik hoop dat de minister hierop positief zal reageren.

Professionele standaarden zijn nodig, vooral voor de beroepsgroep. Die gebruikt professionele standaarden om goede zorg te verlenen. Dat wordt gedaan op basis van wetenschappelijk onderzoek dat toetsbaar is en dat over de grenzen heen kijkt, door met elkaar het gesprek aan te gaan en door visitatie. De professionals kunnen elkaar aanspreken op het feit dat de opleidingen niet goed genoeg zijn voor de professionele standaarden. Ik denk

dat het goed is dat die professionele standaarden worden opgesteld door wetenschappelijke verenigingen en beroepsgroepen, maar niet zoals het nu wordt geformuleerd. Ik pak de formulering er even bij, want ik vind dat een rare formulering. "Een professionele standaard betekent richtlijnen, modules, kwaliteitsindicatoren, normen, zorgstandaarden dan wel organisatiebeschrijvingen die betrekking hebben op het gehele zorgproces of een deel van een specifiek zorgproces, die vastleggen wat noodzakelijk is vanuit het perspectief van de cliënt om goede zorg te verlenen." Ik denk dat iedereen die in de zorg werkt en een professionele standaard opzet, dat doet uit het perspectief van de patiënt of de cliënt en dat hij altijd moet uitgaan van de hoogst mogelijke kwaliteitsnormen die er op dat moment zijn.

In deze formulering mis ik de verantwoordelijkheid van de beroepsorganisaties. Ik word daarin gesteund door bijvoorbeeld de zeer kritische inbreng van de KNMG op dit wetsvoorstel. In het amendement op stuk nr. 18, dat juist is rondgedeeld, wil ik duidelijk maken wie de verantwoordelijkheid heeft voor het opstellen van de professionele zorgstandaarden door de volgende formulering: "... het geheel van richtlijnen, modules, normen en zorgstandaarden opgesteld door beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen, dat betrekking heeft op het hele zorgproces of een deel van een specifiek zorgproces en dat richtinggevend is voor zorgaanbieders bij het verlenen van goede zorg." Dit geeft aan dat professionele standaarden iets zijn van de beroepen zelf. Maar daarbij houdt het niet op. Ik vind het van wezenlijk belang dat de stem van de patiënten en van de mensen die zorg nodig hebben, doorklinkt. Daarom doe ik het voorstel om bij het opnemen van professionele standaarden in het kwaliteitsregister – dus als deze worden aangeboden voor registratie, patiënten- en cliëntenorganisaties – te laten toetsen of die professionele standaard ook hun goedkeuring kan dragen. Ik zou me namelijk zomaar kunnen voorstellen dat een patiëntenvereniging vragen heeft over het wel of niet opnemen van het aantal behandelingen op jaarbasis. Het lijkt mij dan heel erg logisch dat zij de laatste toets doen. Het verlenen en krijgen van de zorg, dus de inhoud ervan, kunnen namelijk heel erg tegengesteld aan elkaar zijn. Ik wil dus voorstellen dat de beroepsgroepen gaan over de professionele standaarden, en dat de cliënten- en patiëntenorganisaties deze goedkeuren voordat ze worden opgenomen in het register.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik liep naar de microfoon om te vragen naar de rol van de cliënten- en patiëntenorganisaties. Mevrouw Leijten heeft voor een deel al een antwoord op die vraag gegeven. Inderdaad beoogt zij met het amendement dat de beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen de professionele standaarden ontwerpen. Zij zegt dat de cliënten- en patiëntenorganisaties moeten gaan toetsen. Wil zij dat niet ook in de wet opnemen?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ja, maar dat heb ik gevat in een ander amendement. Waarom? Ik denk dat als de opstelling van de professionele standaard door de beroepsgroepen het haalt door steun van een meerderheid in deze Kamer, de rol van de cliëntenorganisaties daarmee nog niet weg is, omdat deze op andere plekken in de wet ook is gegarandeerd. Ik miste eigenlijk – en dat heb ik ook al gezegd bij mijn interruptie van mevrouw Bruins Slot – de rol van de weten-

Leijten

schappelijke verenigingen en de beroepsgroepen in de hele formulering van de wet; daar komen zij namelijk helemaal niet in voor. Ik vond dat schokkend. Ik dacht: hoe krijgen we duidelijk dat zij daarover gaan? Daarvoor moet je de definitie van de professionele standaard wijzigen, en dan heb je dat in de wet ook veranderd. Dat was voor mij de reden om die route te nemen.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ook daarop kom ik later terug, in tweede termijn. Ik ga even goed bestuderen hoe mevrouw Leijten dit precies wil regelen.

Mevrouw Leijten (SP):

Een ander bezwaar dat de KNMG heeft geformuleerd, betreft de doorzettingmacht en de positie van de Adviescommissie Kwaliteit. Als we nu de wet volgen, is niet duidelijk geformuleerd wie die professionele standaard opstelt. Wel is duidelijk dat, als er geen professionele standaard is of wellicht geen wenselijke professionele standaard, de Adviescommissie Kwaliteit deze kan maken. Ik heb gekeken naar wie daar nu in zitten. Ik vraag de minister of deze mensen al zijn benoemd, of dat het nog kwartiermakers betreft, die nog moeten worden benoemd. Ik vind het gehalte aan zorgbestuurders en hoogleraren nu namelijk hoog en mis daarbij mensen uit de praktijk. Ik wil dus ook nog wel even wat horen over de samenstelling van de Adviescommissie Kwaliteit. Stel dat die Adviescommissie Kwaliteit wordt aangejaagd door zorgverzekeraars en zorgaanbieders – die zitten namelijk ruimschoots aan tafel in het voorstel van de minister – om er zeker voor te zorgen dat er een professionele standaard komt, die door de beroepsgroepen en de wetenschappelijke verenigingen eigenlijk niet wordt gedragen. En stel dat deze wel wordt geregistreerd. Dat is dan gewoon kwalijk. Dat is kwalijk voor het vertrouwen in dit Kwaliteitsinstituut, het Nederlands Zorginstituut. Dat is kwalijk voor de inhoud van de zorg. Dat is kwalijk voor het onderlinge vertrouwen. Ik ben heel erg vóór de Adviescommissie Kwaliteit. Ik ben namelijk wel voor een scheidsrechtersrol en een aanwakkerende rol voor mensen uit de praktijk, waarin ze kunnen stimuleren en mensen aan tafel kunnen krijgen. Ik ben er echter niet voor dat zij tegen de wens van de beroepsgroepen in een professionele standaard opstellen als zij vinden dat die ontbreekt of niet actueel is. Dat staat nu wel in het wetsvoorstel. Ik heb daarom een ander amendement gemaakt, zeg ik tot mevrouw Dijkstra, waarin ik voorstel om de volgende procedure te hanteren. De professionele standaarden worden opgesteld door de beroepsverenigingen, de beroepsgroepen, en/of wetenschappelijke organisaties. Deze standaarden worden ter registratie aangeboden bij het Nederlands Zorginstituut. Ze moeten vervolgens worden goedgekeurd door cliënten- en patiëntenorganisaties en beroepsgroepen of wetenschappelijke vereniging. Als de wetenschappelijke vereniging namelijk een professionele standaard maakt, is het goed dat de uitvoerende beroepsgroep daarover nog een advies indient.

Als dat spaak loopt, als ze het niet eens zijn over de wetenschappelijke basis of over wat er is geformuleerd, komt de adviescommissie kwaliteit in zicht. Die kijkt naar de argumenten van beide, weegt die en hakt de knoop door. Die beslist of de cliëntenorganisatie, de beroepsvereniging of de wetenschappelijke vereniging een punt heeft. Dan volgt opname of geen opname. Als geen opname volgt, dan is wat mij betreft de adviescommissie kwa-

liteit aan zet om de partijen aan tafel te brengen en ervoor te zorgen dat er zo snel mogelijk een professionele standaard komt die door iedereen wordt gedragen. "Iedereen" betekent in mijn voorstel de patiëntenbeweging of cliëntenorganisaties of hoe je ze wilt noemen, de beroepsgroepen en de wetenschappelijke verenigingen.

In mijn voorstel zijn de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars eruit gehaald. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen een ander belang hebben bij een professionele standaard dan de beroepsgroepen en de patiënten zelf.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik begrijp de goede bedoeling van mijn collega Leijten met dit amendement. Ik zit wel met een dilemma. Stel je voor dat er nu een bepaalde standaard bestaat en er komt een innovatie, er ontstaat een mogelijkheid voor een nieuwe standaard. De beroepsgroep zal zich daarvoor echter moeten bijscholen. Niet iedereen heeft daar nog zin in. De een is al op leeftijd en de ander denkt: ik werk nu al zo lang met die oude standaard, die bevalt mij beter. Het is dus mogelijk dat je tot een nieuwe standaard kunt komen die beter, efficiënter en goedkoper is of minder bijwerkingen heeft, noem maar op, terwijl de meerderheid van de beroepsgroep die toch niet wil. Met het amendement van mevrouw Leijten komt die er dan niet.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik stel voor dat in dat geval een rol is weggelegd voor de adviescommissie kwaliteit om de belangen en de wetenschappelijke kennis af te wegen. Je zou je iets anders kunnen voorstellen, bijvoorbeeld dat de wetenschappelijke vereniging een bepaald medicijn "propt" en zegt dat dit moet worden gebruikt, terwijl anderen in het veld zeggen dat ze niet weten of dit wel genoeg is getest, of het wel veilig is. Ik denk dat juist dan zo'n adviescommissie kwaliteit de argumenten moet wegen. Als sprake is van onwil van een beroepsvereniging, zullen die argumenten vanzelf op tafel komen. Dan moet die adviescommissie kwaliteit juist zijn samengesteld, niet te eenzijdig. Daarover heb ik vragen aan de regering gesteld. Dan krijgt die adviescommissie die rol. Nu kan de adviescommissie echter een professionele standaard opstellen buiten de betrokkenheid van de beroepsvereniging en de wetenschappelijke vereniging om. Dat vind ik niet verstandig.

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik kom op een ander punt dat mevrouw Leijten zo-even noemde. De rol van de zorgverzekeraars wordt helemaal buiten haken gezet. Ik begrijp haar intentie, maar vraag mij af of dit niet ook de verkeerde kant op kan werken, namelijk als de zorgverzekeraar een heel andere taal over kwaliteit spreekt dan de andere betrokken partijen. Ziet mevrouw Leijten dat risico ook?

Mevrouw Leijten (SP):

Dat risico is van alledag. Ik denk dat wij allemaal meldingen krijgen van mensen die zeggen in de praktijk niet te kunnen werken met de normen die worden opgelegd door een zorgverzekeraar. Ik vind echt dat een zorgverzekeraar de professionele standaard moet volgen. Ik vind wel dat een zorgverzekeraar moet kunnen aangeven wanneer het naar zijn idee niet goed is. Dat vind ik prima. Ik vind echter wel dat dit aanleiding moet zijn voor discussie. Een adviescollege kwaliteit zou dan de aanjagende rol moeten spelen om iedereen aan tafel te krijgen. Wij

Leijten

voeren bijvoorbeeld al jaren discussie over de borstkankernormen. CZ hanteert de norm die in een ander Europees land wordt gehanteerd, terwijl de inspectie de minimale norm voor veilige situaties hanteert. Een instantie zegt dus dat de ziekenhuizen onveilig zijn, terwijl onze inspectie zegt dat de ziekenhuizen veilig zijn. Dat is niet wenselijk. Daarom zal een Kwaliteitsinstituut een meerwaarde kunnen hebben. Ik zou echter niet willen dat de zorgverzekeraar zegt het belangrijk te vinden dat deze vorm van zorg geconcentreerd wordt, terwijl de wetenschap zegt dat dit eigenlijk helemaal niet nodig is, maar dat het concentreren van de zorg misschien wel handiger is met het oog op de zorginkoop van de zorgverzekeraar. Het laatste argument mag niet leiden tot het ontwikkelen van een professionele standaard waar de professionals niet achter staan. In dat geval krijgen wij echt een probleem. In dat geval gebruiken de zorgverzekeraars hun inkoopmacht en hebben wij een beroepsgroep die niet staat achter de normen op basis waarvan zij moet werken. Op die manier lopen wij vast.

De heer Van der Staaij (SGP):

Wij zijn het erover eens dat het problematisch kan zijn als de inzichten van de verschillende partijen uiteenlopen, maar is dat een reden om de zorgverzekeraars er helemaal buiten te houden? Is het niet verstandig om die van begin af aan mede te binden? Ontstaat anders niet het risico dat er achteraf een nieuwe uitvraag van gegevens komt of wenselijk wordt geacht door de zorgverzekeraar, die dan nog niet beschikbaar is?

Mevrouw Leijten (SP):

Wij stellen vast dat het laatste op dat moment niet meer kan, want hetgeen wordt uitgevraagd, is wat het Zorginstituut registreert als professionele standaard. Op basis daarvan wordt uitgevraagd, geregistreerd en de kwaliteit getoetst. Die standaard is mede vastgesteld door patiënten- en cliëntenorganisaties. Die is leidend voor de zorgverzekeraars en de inspectie, en ook voor alle zorgaanbieders die daar misschien niet zo tevreden mee zijn. Daarom wil ik de aanbieders erbuiten houden, want die hebben een ander belang. Het gaat mij echt om het belang van het primaire proces, waarvan wij zeggen dat het goed is voor de patiënt en dat kan worden uitgevoerd door de zorgprofessionals op basis van wetenschappelijke normen.

In de memorie van toelichting hebben wij kunnen lezen dat er alternatieven overwogen zijn voor de wijze waarop de kwaliteit geregeld wordt, maar dat daarvoor niet gekozen is. Het leggen van de verantwoordelijkheid bij zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders in combinatie met extra taken voor de inspectie is nadelig omdat zorgverzekeraars een tegengesteld belang kunnen hebben. Toen ik dat las in de memorie van toelichting, vond ik het een verstandige keuze om die route niet te volgen. Waarom zitten de zorgverzekeraars in dit geval dan wel aan tafel? Zij hebben een belangrijke rol in ons zorgstelsel – ik denk daar anders over dan de heer Van der Staaij – maar als er professionele standaarden gemaakt zijn door het veld, die geregistreerd zijn met goedkeuring van de patiënt, dan moeten die voor iedereen leidend zijn. Daarna volgt het proces van inkoop, prijsstelling en de wijze waarop dit georganiseerd wordt.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik vind dat patiënten altijd betrokken moeten blijven bij het opstellen van de standaarden, maar mevrouw Leijten zegt dat de beroepsgroep die primair gaat opstellen. Soms kan men een medische norm zo hoog stellen, dat men tot de conclusie komt dat bepaalde zorg nog maar in een beperkt deel van Nederland kan worden aangeboden. Ik wijs op de gynaecologie. Die kan zodanig medisch onderbouwd zijn, dat die in ziekenhuizen in Noord-Groningen en Zuid-Limburg niet meer kan worden aangeboden. Hoe weegt mevrouw Leijten dan de professionele standaard? Hoe gaat zij om met het argument van goede zorg en het argument van bereikbaarheid, dat eveneens een onderdeel van de kwaliteit van zorg is?

Mevrouw Leijten (SP):

Gynaecologen kunnen zeggen dat zij eigenlijk zeven dagen in de week, 24 uur per dag beschikbaar moeten zijn met een vol team, zodat vrouwen in barensood, waarbij sprake is van bloedspoeid, altijd geholpen kunnen worden. Dan kunnen wij zeggen dat dit niet gehaald kan worden, omdat daarvoor geen dekking is. Je kunt ook zeggen: we gaan nu een plan maken om dat zo snel mogelijk beschikbaar te stellen. Dat betekent dat je daarvoor middelen moet vrijmaken. Het kan ook de andere kant op werken. Dat zeg ik hier maar even. Het zou mij een lief ding waard zijn als we dat zouden doen en zouden proberen. Dat betekent opleiden en met gynaecologen om de tafel gaan over de wijze waarop ze vanuit Zwolle ook in Meppeel een 24 uurdienst kunnen draaien. Dit is een recente discussie waarvan mevrouw Bruins Slot ook alles weet. Dat zou je dus ook kunnen concluderen. De minister zei in deze situatie de professionele standaard even naast zich neer te leggen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Helaas kunnen we in deze periode niet altijd nog meer geld aan de zorg uitgeven. We zullen daarin keuzes moeten maken. Het is niet ondenkbaar, en mevrouw Leijten had het daar zojuist zelf ook over, dat de normen voor goede zorg, bijvoorbeeld voor borstkankeroperaties, steeds verder omhooggaan. Daardoor kun je uiteindelijk misschien maar in één ziekenhuis in Nederland terecht. Voor veel mensen die op leeftijd zijn of die erg oud zijn, geldt dat zij ternaauwernood bij het ziekenhuis kunnen komen, en dat geldt ook voor hun familie. Je kunt ook beweren dat het met bijvoorbeeld 150 operaties nog verantwoord is. Met dat dilemma zit je als je het medische argument niet afweegt tegen andere argumenten die uiteindelijk ook de kwaliteit van zorg bepalen.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik denk dat je spreiding en geldbelangen niet bij medici, wetenschappelijke verenigingen en beroepsgroepen moet neerleggen. Je moet hun vragen op welke laatste getoetste wetenschappelijke basis zij de juiste vorm van zorg verlenen. Als het inderdaad zo is dat, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, de behandeling van bepaalde vormen van borstkanker geconcentreerd moet worden in één ziekenhuis, dan zal de toekomst dat uitwijzen. We moeten er dan voor zorgen dat het vervoer goed geregeld wordt. Dat geldt nu al voor heel bijzondere kankersoorten waarvoor men bijvoorbeeld vanuit Venlo naar Groningen moet. Het is dan heel fijn dat het mogelijk is om in Groningen te worden behandeld en voor de nabehandeling in

Leijten

Venlo terecht te kunnen. Dergelijke constructies moeten dan ontstaan en die zijn er ook.

We zien ook de roep om bijvoorbeeld een kankercentrum voor kinderen. Het heeft nog heel wat voeten in de aarde voordat dat er komt. We weten daar alles van, maar iedereen staat wel achter dat doel. Dat zijn dingen vanuit het veld die we moeten faciliteren, waarbij het belang van de kwaliteit van zorg vooropstaat en waarbij we moeten voorkomen dat we kennis en netwerken kwijtraken. Het belang van concentratie en spreiding op basis van financiële argumenten moet niet leidend zijn. Het moet echt om inhoudelijke, wetenschappelijk getoetste argumenten gaan.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Mevrouw Leijten noemt nu net het voorbeeld van een kinderankercentrum. Ik vind dat eigenlijk een heel mooi voorbeeld. Je ziet daarbij dat patiënten zelf, of in dit geval de ouders van patiënten, dat heel belangrijk vinden met het oog op de kwaliteit. Juist als je zegt te willen praten over kwaliteit, is het heel belangrijk om in een eerder stadium de patiënten te betrekken en dat niet alleen aan de beroepsgroepen en de wetenschappelijke verenigingen zelf over te laten. Ik vind dat eigenlijk ook een onderschatting van de rol van de patiënt. Als je de patiënt als partner ziet en het ook belangrijk vindt dat de patiënt zijn of haar stem laat horen in het definiëren van kwaliteit, moet je dat naar mijn inzichten in een eerder stadium doen.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik vind "onderschatting" een nogal groot woord. Ik geef patiënten een heel belangrijke stem, namelijk als zij zeggen dat de professionele standaard niet tegemoetkomt aan dat wat het patiënt- of cliëntbelang dient, en zij vragen of dat dan niet opgenomen kan worden in het register. Dat is heel belangrijk. Het is heel wijs om de patiënt in een vroegtijdig stadium te betrekken, maar ik ga niet mee in de stelling van de D66-fractie dat medici handelen tegen het belang van patiënten in, want dan worden patiënten en medici in beroepsverenigingen en beroepsgroepen tegenover elkaar gezet. Dat wil ik niet doen.

Ik gaf net het voorbeeld van twee situaties van hartfalen waarbij men nog energiek is en de Alpe d'Huez nog op wil. Een dotterbehandeling is dan een goede behandeling, met grote risico's, maar dat weten we allemaal. Als men wat inactiever is, kan het ook met medicatie. Dat moet niet. Het moet nooit zo zijn dat het moet volgens de professionele standaard en dat daarvan niet afgeweken mag worden. De rol en de positie van de patiënt zijn wat mij betreft evident en zij moeten versterkt worden op alle mogelijke fronten. Als het gaat over de vraag wat juist medisch handelen is in bepaalde situaties, dan kan dat soms echter ook conflicteren met het belang van de patiënt. Daar moeten we niet aan voorbij gaan.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik vind de kern van kwaliteit dat je met elkaar vaststelt dat die kwaliteit er is. Eigenlijk zegt mevrouw Leijten in haar hele betoog tot nu toe dat het Kwaliteitsinstituut overbodig is en dat het goed was zoals het ging. Ze zegt dat je de kwaliteit eigenlijk niet kunt vaststellen, dat het alleen de dokters zelf zijn, of de farmaceuten en dat we dus eigenlijk verkeerd bezig zijn. Ze is begonnen met de vraag wat het toevoegt en welk probleem we oplossen. Ze lijkt van een heel ander idee over zorg uit te gaan, namelijk dat de dokter alles weet en het goed doet en dat het niet

uitmaakt wat het kost, als de laatste wetenschappelijke inzichten maar worden toegepast. En als de patiënt iets wil, dan krijgt hij het. Als je daarvan uitgaat, moet je je bij dit wetsvoorstel inderdaad afvragen waar we mee bezig zijn. Maar kwaliteit is toch echt iets waar de beroepsgroepen, de zorgverzekeraars, die je er tijdig bij moet betrekken om te voorkomen dat ze aparte normen gaan stellen, en patiënten elkaar ontmoeten en waar je met elkaar tot indicatoren komt: wat is kwaliteit en waar wordt het goed toegepast, waar wordt het goed uitgevoerd en op grond waarvan kunnen wij die zorg bieden?

Mevrouw Leijten (SP):

Met de redenering die ik de afgelopen dagen heb gevolgd – waarom behandelen we dit en wat voegt dit toe? – wilde ik aangeven dat dit niet het ei van Columbus is. Dat moeten we er niet van verwachten. Er zijn al ontzettend hoge professionele standaarden. Het is niet zo dat niemand het nu over kwaliteit heeft. Die suggestie wil ik echt heel ver van mij werpen. Ik heb ook gezegd dat het een meerwaarde kan hebben als het Nederlands Zorginstituut als een professionele standaard geregistreerd is en leidend is voor iedereen. Maar ik denk wel na over de vraag wie het hier dient en ik ben geschrokken dat in de formulering van een professionele standaard en in de hele wettekst de woorden "beroepsgroep", "wetenschappelijke vereniging", "arts" en "hulpverlener" helemaal niet voorkomen. Dat geeft toch te denken. Wat is nu kwaliteit in de zorg? We kunnen wetten schrijven tot we een ons wegen, maar uiteindelijk gaat het om de mensen die het doen. Dat moet geïmplementeerd worden in de opleidingen, in nascholing, en dat moet getoetst worden. Daarom hebben we ook de Wet BIG. Ik vind niet dat ik het hier weggooi. Ik geef echter aan dat we met dit instituut een aantal zaken in elkaar schuiven waardoor een meerwaarde kan ontstaan, maar dat ik daar wel bepaalde voorwaarden voor heb.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

In de toelichting staat heel duidelijk dat de zorgstandaarden worden gemaakt door het veld zelf. Dat zijn patiënten, aanbieders van zorg en allerlei mensen die er iets mee te maken hebben. Is mevrouw Leijten daar voor of daar tegen?

Mevrouw Leijten (SP):

Ik ben ervoor dat de professionele standaard wordt voorbereid door de wetenschappelijke verenigingen en de beroepsgroepen op basis van de laatste stand van de internationale wetenschappelijke kennis die toetsbaar en herhaalbaar is. Eigenlijk is dat wat je nu ook al hebt. Op het moment dat deze professionele standaard wordt aangeboden ter registratie, komt er een toets overheen vanuit het patiënten- en cliëntenbelang. Als dan iedereen het met elkaar eens is, zou de standaard geregistreerd moeten worden. Dat is mijn voorstel. Ik wil dus niet dat in het stadium waarin de vraag wordt gesteld wat een professionele standaard is, al mensen aan tafel zitten die een zorginkoopbelang of organisatiebelang hebben.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Mensen die een organisatiebelang hebben, mogen niet meewerken aan een standaard en patiënten mogen niet meewerken aan een standaard. Ik begrijp dat de SP alleen medisch specialisten een standaard wil laten maken en de patiënten daarmee buitenspel wil zetten. Als er

Leijten

mensen kunnen oordelen over de kwaliteit van zorg en de voorwaarden, dan zijn het patiënten. De zorg gaat om de patiënten. Waarom sluit de SP hen uit; dat is toch hartstikke zonde?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik snap niet waarom u niet luistert. Ik positioneer ze op de belangrijkste positie, namelijk bij het accorderen van een professionele standaard. Het kan ook zo zijn dat er een professionele standaard uitrolt waarmee iedereen die aan tafel zit het eens is, behalve de mensen die het moeten uitvoeren. Dan hebben wij een levensgroot probleem. Het kan ook zijn dat er een professionele standaard ter registratie wordt aangeboden waarmee maar één wetenschappelijke vereniging het eens is. Dan is het natuurlijk heel goed dat wij kunnen zeggen, op basis van het oordeel van beroepsgroepen- en patiëntenorganisaties, dat het niet goed genoeg is. Daar moet de Adviescommissie Kwaliteit dan naar kijken. Ik positioneer de patiënten- en cliëntenorganisaties op een veel betere plek, om te voorkomen dat wij met richtlijnen komen te zitten waarvan de beroepsgroep eigenlijk zegt: dit kunnen wij niet uitvoeren en dit is niet in overeenstemming met onze beroepseer. Die beroepseer mis ik wel heel erg in dit wetsvoorstel.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Dan nog één keer ter verduidelijking. De intentie van de professionele standaarden is dat mensen met elkaar – het veld, de patiënten en de aanbieders, noem maar op – een richtlijn vaststellen. Dat mag men heel erg zelf doen. Die wordt vervolgens geregistreerd. Doen ze het niet, dan gaat het Kwaliteitsinstituut een handje helpen. Ik geef een voorbeeld: met de richtlijn Dwang en drang in de ggz hebben wij gezien dat men het zelf niet helemaal goed kon. Dit had veel tijd nodig. Nu krijgen wij een instituut met doorzettingsmacht. Wat u wilt, is al de intentie van de wet. U blijft echter maar zeggen dat het niet klopt en dat het niet deugt. Volgens mij komt het echter helemaal met elkaar overeen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

De formulering van de professionele standaard in het wetsvoorstel laat zo veel ruimte, dat je een professionele standaard kunt opstellen zonder betrokkenheid van de professionals. Dat heb ik gerepareerd; lees de brief van de KNMG er ook op na. Vervolgens heb ik nagedacht over de vraag hoe je de patiënten- en cliëntenorganisaties optimaal positioneert. Dat is dus los van het organisatiebelang van het ziekenhuis of van een ouderenzorginstelling en los van het inkoopbelang van de zorgverzekeraar. Het is inderdaad een ander voorstel. Ik stel dit voor in het meest ver strekkende amendement, op stuk nr. 16. Er is ook nog een minder ver strekkend amendement, dat gaat over het eruit halen van de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. Het gaat dan alleen nog over de beroepsverenigingen, de wetenschappelijke verenigingen en de patiëntenorganisaties. In nog een ander amendement regel ik de definitie van de professionele standaard. Ik vind het echt een gemiste kans bij het formuleren van dit wetsvoorstel om te komen tot een Nederlands Zorginstituut, dat daarin niet alle organisaties voldoende wettelijk worden verankerd. Ik vind echt dat de memorie van toelichting en de wettekst mijlenver uit elkaar liggen. Volgens mij verbeter ik de wettekst, in het verlengde van wat in de memorie van toelichting wordt genoemd. Daar sluit ik op

aan en ik voeg het in de wet in, waardoor er een wettelijke basis ontstaat.

Ik heb al heel veel behandeld bij de interrupties. Er is nog een belangrijk punt, dat niet alleen door de KNMG is gemaakt, maar ook door andere organisaties uit het veld, namelijk dat het heel goed zou zijn als het Nederlands Zorginstituut een strikte scheiding hanteert tussen kwaliteitsbeleid – het vaststellen van de professionele standaarden en wat dit allemaal betekent voor de opleidingen in de zorg, voor nascholing, voor de registratie en de wijze van uitvragen van gegevens – en de inhoud van het basispakket. In het Nederlands Zorginstituut wordt het College voor zorgverzekeringen opgenomen. Dat heeft het basispakket als taak. Wij willen dit heel graag duidelijk gesplitst hebben. Daarvoor is een amendement in voorbereiding. Omdat het zo ingewikkeld was en niet duidelijk was waar wij dat in de wet moesten doen, hebben wij de hulp ingeroepen van de ambtenaren van de minister zelf. Er wordt in de memorie van toelichting wel gezegd dat dit gescheiden zaken zijn, maar in de wet is het niet geregeld. Ik zou dit heel graag bij amendement willen voorstellen, maar als de minister het zelf wil doen, is het ook heel fijn.

De minister regelt in artikel 45 dat zij in kan grijpen als bepaalde kwaliteitsdoelen en gegevens niet worden aangeleverd. Dat kan zijn dan doen via een ministeriële regeling. Dat zijn regelingen die de minister kan maken zonder dat de Kamer daarover wordt geïnformeerd. Ik heb voorgesteld dat zij die altijd even ter kennisname naar de Kamer stuurt en dat de Kamer vier weken te mogelijkheid heeft om erop te reageren en vragen te stellen aan de minister. Het lijkt mij goed om dat op die manier te regelen.

Wij horen verschillende geluiden van zorgaanbieders van langdurige zorg, dus van de psychiatrie, al is dat in mindere mate, de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg. Zij vragen of het Nederlands Zorginstituut er eigenlijk wel voor hen is. Wij hebben heel erg het idee dat het heel erg gericht is op de medische wereld. Daar is de term "professionele standaard" al veel langer bekend en wordt er mee gewerkt. De heer Slob zei dat er al 1.200 professionele standaarden zijn. In de medische wereld wordt dus al op die manier gewerkt aan herziening. Er wordt bezien hoe je dat met elkaar doet, hoe je wetenschappelijke argumenten en informatie weegt.

Die standaarden zijn er eigenlijk niet voor de langdurige zorg. Er zijn wel kwaliteitseisen. Hoe gaan wij er nu voor zorgen dat de beroepsverenigingen uit de langdurige zorg ook eigenaren worden van het Nederlands Zorginstituut? Wij hebben eerder gezegd, Kamerbreed, dat wij willen dat het voor heel de zorg gaat gelden, dus ook voor de langdurige zorg. Dat is ook niet zo gek. De inspectie gaat ook over alles in de zorg. Wij willen dat de mensen die het werk doen en de mensen die de zorg krijgen, op een goede manier worden gepositioneerd in dit instituut. Het schuurt echter wel. Ik hoor van de cliëntenorganisaties uit de langdurige zorg dat het programma eigenlijk helemaal gaat over ziekenhuizen en dat zij zich niet erg eigenaar voelen van het Nederlands Zorginstituut. Wat gaan wij doen om ervoor te zorgen dat het instituut van heel de zorg wordt en dat iedereen zich erin thuis voelt? Misschien komen wij wel tot de conclusie dat welzijn moeilijk te omschrijven is in een professionele standaard en dat je daar iets anders voor nodig hebt. Het leven van alledag is iets anders dan het behandelen van een kwaal. Ik leg het maar even neer bij de bewindspersonen.

Ik kom tot een afronding.

Leijten

De voorzitter:

Sorry, mevrouw Bruins Slot. Ik was zo gefocust op mevrouw Leijten dat ik u niet zag staan. Ga uw gang.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik zal de volgende keer zwaaien. Hoewel, dat heeft ook geen zin als u gefocust bent op mevrouw Leijten.

De voorzitter:

Nee. Ik zal beter opletten.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Het is een goed punt dat mevrouw Leijten aandraagt, over de langdurige zorg. De stand van zaken is daar heel anders waar het gaat over die professionele standaarden. Vindt mevrouw Leijten dat de staatssecretaris moet investeren in het verstevigen van de beroepsverenigingen zodat zij die professionele standaarden beter kunnen gaan formuleren of vindt zij dat de Adviescommissie Kwaliteit een sprint moet gaan trekken om zelf dit soort standaarden op te stellen?

Mevrouw Leijten (SP):

Ik ben al even ingegaan op de Adviescommissie Kwaliteit en op waar het wat mij betreft schuurt. Ik zou het onwenselijk vinden als zij professionele standaarden gaat formuleren, of dat nu is voor de medische tak of voor de zorgcomponent van de langdurige zorg, die niet worden gedragen door de beroepsverenigingen, of wetenschappelijke verenigingen zelf. Ik stel voor om het adviescollege op een andere manier te positioneren: het moet die standaarden uiteindelijk niet opstellen, maar het moet wel kunnen aanjagen.

Ik denk dat het heel goed is dat er een emancipatie komt van de mensen die in een verpleeghuis werken, dat zij ook het idee hebben dat zij zelf gaan over wat er gebeurt. Ik denk wel dat wij een lange weg te gaan hebben, ook gezien de praktijk van alledag. Ze werken hard, vaak met minder collega's dan ze wensen, en zijn na een dag werken op. Daar moeten we ook rekening mee houden. Ik vind het dus heel belangrijk. Ik vind dat we het moeten stimuleren en dat de emancipatie moet plaatsvinden. De vorige staatssecretaris sprak daar altijd warme woorden over. Dat is echter nog niet zo makkelijk.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik ben het ermee eens dat het niet zo makkelijk is. Het is echter wel heel belangrijk om op eigen toon en met eigen warme woorden professionele standaarden voor de langdurige zorg op te stellen. Die zullen er anders uitzien dan die voor de curatieve zorg, maar het is wel belangrijk dat het gebeurt, ook om de mensen die er werken en de cliënten houvast te geven over de goede zorg die ze kunnen krijgen. Ik denk dat het verstandig is om de komende periode meer aandacht te besteden aan het versterken van de beroepsverenigingen en de wetenschappelijke verenigingen, om handvatten te krijgen om dit soort standaarden op te stellen. Dat lijkt me verstandiger dan het gelijk uit handen te trekken en de standaarden door een adviescommissie kwaliteit te laten opstellen. Dat is de kern van mijn vraag aan mevrouw Leijten, en ook van de vraag die ik zojuist aan de staatssecretaris heb gesteld.

Mevrouw Leijten (SP):

Dat de Adviescommissie Kwaliteit zaken uit handen kan trekken van het veld, en dus de doorzettingsmacht krijgt,

heb ik sowieso iets getemperd in mijn voorstel. De commissie heeft een belangrijke rol, namelijk die van scheidsrechter en aanjager, maar ik ben erg ongelukkig met de doorzetting, omdat je met professionele standaarden kunt komen te zitten die niet gedragen worden door de mensen die ze uit moeten voeren.

Over de beroepsverenigingen van verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders in de langdurige zorg stel ik de staatssecretaris de volgende vraag. Beroepsgroepen van cardiologen, gynaecologen en huisartsen kennen een heel hoog aansluitingspercentage. Eigenlijk is iedereen daar lid van. Dat heeft ook te maken met bijscholingsplicht en het op niveau houden van kennis. Dat is niet zo bij de verzorgenden, de verpleegkundigen of de begeleiders. Hoe gaan we ervoor zorgen dat juist deze mensen, die wel degelijk een belangrijke stem moeten krijgen – dat deel ik volledig met mevrouw Bruins Slot – meer betrokken worden bij de beroepsorganisaties? Hoe zorgen we ervoor dat hun stem, die nu niet vaak genoeg of niet goed genoeg wordt gehoord, echt gaat doorklinken? Geven we iedereen een lidmaatschap? Gaan we grote enquêtes houden onder deze beroepsgroepen? Hoe gaan we dat doen? Dat lijkt me erg van belang. Het gaat natuurlijk over grotere nummers en meer locaties. Men is minder goed georganiseerd, terwijl medici kleiner in aantal zijn en hoger opgeleid. Laat ik de vraag dus maar gewoon stellen. Wellicht heeft de staatssecretaris er een idee over.

De heer Anne Mulder (VVD):

Ik heb nu een uur lang geprobeerd om een touw vast te knopen aan het verhaal van mevrouw Leijten. Ik zal proberen om het samen te vatten, om te bekijken of ik het heb begrepen. Normaal zeg je: laat concurrentie in de zorg leiden tot een kwaliteitsverbetering. Als ziekenhuizen moeten concurreren, zullen ze concurreren op kwaliteit, en zal het beste ziekenhuis de meeste patiënten krijgen. Dat vindt de SP geen goed systeem. De SP wil kijken naar de beroepsverenigingen. De Nederlandse Vereniging voor Cardiologie heeft bijvoorbeeld iets gezegd over de kwaliteit van de cardiologie in De Sionsberg. Die afdeling moest dicht. Schande, zei de SP. Nu hebben we het Kwaliteitsinstituut, en als puntje bij paaltje komt, zegt de SP dat de minister een aanwijzing moet geven. Maar als de minister een aanwijzing geeft, bijvoorbeeld over Dokkum, en een ziekenhuis vanwege de kwaliteit niet wil openhouden, is het weer niet goed. Eigenlijk is het helemaal nooit goed. Ik geef mevrouw Leijten dus in overweging om al haar amendementen in te trekken en gewoon één motie in te dienen met de tekst: de zorg moet gewoon goed zijn.

Mevrouw Leijten (SP):

Zo ken ik de heer Mulder weer: gedegen nadenken over de vraag hoe het beter kan, amendementen maken, luisteren naar de inbreng van het veld en proberen om iedereen zo goed mogelijk te positioneren, het belang inzien van een onafhankelijk instituut dat eenduidige normen gaat hanteren die voor iedereen gelden, dus ook voor zijn geliefde zorgverzekeraars. Dat alles zet hij op deze manier weg. Ik zeg niet dat de zorg overal slecht is. Ik zet wel vraagtekens bij bepaalde zaken. Als op een afdeling de kwaliteit slecht is, moet je die dan sluiten en het ziekenhuis ontmantelen? Of zetten we de schouders eronder en zorgen we voor kwaliteit? De Sionsberg heeft in samenspraak met de bevolking en de huisartsen zelf een plan neergelegd om het ziekenhuis open te houden. De kwalitatief zwakke onderdelen zouden dan naar andere zieken-

Leijten

huizen gegaan zijn. Daar is echter niet naar geluisterd en daar heb ik kritiek op. Er werden oplossingen aangedragen om de kwaliteit te verbeteren en een ziekenhuis open te houden omdat het gedragen wordt door de omgeving en omdat mensen het van belang vinden. Ik heb er kritiek op dat daar niet naar is geluisterd. Juist daarom wil ik bijvoorbeeld de invloed van de zorgverzekeraars in het Zorginstituut Nederland schrappen.

Het Zorginstituut Nederland kan een meerwaarde opleveren voor onze zorg. Ik zeg uitdrukkelijk "kan". Het zou geen verlengstuk moeten zijn van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, die met elkaar bezig zijn over de verdeling van posities, productie en omzet en dat vaak doen in weerwil van de mensen die de zorg moeten uitvoeren. Het is niet goed als het Zorginstituut Nederland normen gaat opleggen aan de beroepsverenigingen en aan het veld waar zij zelf niet achter kunnen staan. Sterker nog, dan wordt het een levensgroot gevaar voor het vertrouwen van de mensen die de zorg verlenen, in de overheid, haar instituten en de zorginkoop. Daarom wil ik de organisatie van het Zorginstituut Nederland op enkele punten wijzigen. Ik denk namelijk dat er wel een meerwaarde kan zijn. Vijf organisaties vragen nu informatie op en iedereen zegt daarover dat die niet onafhankelijk en niet up-to-date is. Bovendien wordt iedereen er moe van. Het nieuwe Zorginstituut Nederland kan leiden tot minder bureaucratie, maar dan moeten we die garantie wel hebben. We moeten ook zorgen dat de professionele standaard die geregistreerd is, voor iedereen gaat gelden. Zorgverzekeraars moeten niet meer kunnen zeggen dat zij vinden dat het strenger moet waardoor iedereen in verwarring achterblijft. Dat mag niet gebeuren. Ook mogen professionals niet buitenspel gezet worden bij de regie over hun werk. Daarom heb ik gemeend veel amendementen in te moeten dienen om het beter te maken.



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

Voorzitter. Transparantie over de kwaliteit van zorg is een basisvoorwaarde voor het goed functioneren van ons stelsel. Als een patiënt niet weet dat er verschillen in kwaliteit zijn, wat is keuzevrijheid dan waard? Als patiënten echt inzicht krijgen in de kwaliteit van zorg zullen zij ook gaan kiezen voor goede zorgaanbieders en dat zal weer een extra kwaliteitsimpuls geven. Dat systeem zou dus moeten werken. Eigenlijk zou het Kwaliteitsinstituut dus niet nodig maar overbodig moeten zijn. In ons zorgstelsel kopen de zorgverzekeraars voor de curatieve zorg goede kwaliteit van zorg in voor de beste prijs. Dat zou een prikkel moeten zijn om steeds de kwaliteit te willen verhogen. Daarnaast hebben ook beroepsgroepen een verantwoordelijkheid om te zorgen voor goede richtlijnen en een goede kwaliteit. Op een aantal terreinen blijken deze standaarden echter niet van de grond te komen. Daarom is de VVD uiteindelijk toch blij dat er een Kwaliteitsinstituut komt met doorzettingsmacht.

Wat de VVD betreft, zou het Kwaliteitsinstituut eigenlijk een tijdelijk instituut moeten zijn. Wij hebben hier de gewoonte om wetten na vijf jaar te evalueren. Wat de VVD betreft, is de eerste vraag bij de evaluatie van deze wet of het Kwaliteitsinstituut nog nodig is. Hopelijk is het antwoord over een jaar of vijf op die vraag nee omdat zorgaanbieders en zorgverzekeraars er zelf voor hebben gezorgd dat de kwaliteit op orde is en dat de zorg steeds beter wordt.

Collega Slob heeft het ook al gezegd: een snelle oprichting van het Kwaliteitsinstituut is van belang. Dit wetsvoorstel ligt hier al bijna een jaar en het instituut is ook al van start gegaan, maar zonder wettelijke basis. Dat betekent dat er ook nog geen basis is voor doorzettingsmacht. Op dit moment gaan al veel partijen zelf aan de slag met het registreren van kwaliteitscriteria. Heel veel beroepsgroepen zijn daarmee bezig en dat leidt tot een grote diversiteit aan registratiesystemen. Het zou goed zijn om die systemen op elkaar af te stemmen, zodat er eenduidige registratie plaatsvindt en zorgaanbieders verlost zijn van allerlei verschillende registratiesystemen. Dit kan alleen als het Kwaliteitsinstituut snel van start gaat, want anders is het eigenlijk alweer te laat.

In dit kader is het ook relevant dat er in Nederland inmiddels 56 databestanden over kwaliteit bestaan, vaak in stichtingen. Het gaat daarbij om de kwaliteit van zorg. Ligt het niet voor de hand om te proberen die data onder één dak te brengen? Graag krijg ik hierop een reactie van de minister. Daarnaast hebben wij in Nederland het zogeheten DBC-informatiesysteem (DIS). Dat is een van de grootste zorgdatabanken. Kan de minister ervoor zorgen dat de informatie uit het DBC-informatiesysteem wordt ontsloten, zodat het Kwaliteitsinstituut daar gebruik van kan maken? Hierbij is het de vraag van wie de gegevens uit dit systeem zijn. Wie heeft het gebruiksrecht? Hebben de zorgaanbieders dit of de patiënten? Of hebben wij allemaal het gebruiksrecht, omdat wij gezamenlijk verplicht zorgpremie betalen? In het verlengde daarvan merk ik nog het volgende op. Als wij die systemen weten te combineren, kunnen wij ook indicatoren harmoniseren en is het afgelopen met die eindeloze gegevensuitvraag.

Ik zie nog enkele aandachtspunten bij dit wetsvoorstel. Andere sprekers hebben ook al gezegd dat het beeld is dat de cure, de kortdurende zorg, qua kwaliteitsindicatoren voorloopt op de langdurige zorg. Waar gaat het instituut zich op richten? Je zou denken: richt je op de care. Uit de inmiddels beschikbare meerjarenagenda van het instituut blijkt dat het instituut zich vooral richt op de cure. Klopt dit? Zo ja, waarom?

Vorig jaar heeft de VVD de Initiatiefnota Patiëntveiligheid geschreven. Daarin hebben wij voorgesteld dat het Kwaliteitsinstituut ook gaat toezien op patiëntveiligheid en ervoor gaat zorgen dat goede voorbeelden op het gebied van patiëntveiligheid worden verspreid naar andere ziekenhuizen. Ik heb hier regelmatig het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht genoemd dat systematisch onderzoek doet naar in het ziekenhuis overleden patiënten. Dit leidt tot minder sterfte in dat ziekenhuis. Het ligt voor de hand dat dit soort goede voorbeelden wordt uitgerold naar andere ziekenhuizen in Nederland. Volgens ons kan het Kwaliteitsinstituut daar een rol bij spelen. Michiel van Veen en ikzelf van de VVD-fractie en collega Bouwmeester van de PvdA-fractie hebben een amendement ingediend om dat te regelen. Kan de minister ervoor zorgen dat dit amendement wordt uitgevoerd, zodat het Kwaliteitsinstituut een plek geeft aan patiëntveiligheid in zijn meerjarenagenda en het werkplan? We realiseren ons goed dat een instituut moet prioriteren. Gelet op het belang van de patiëntveiligheid en op het feit dat er in Nederland misschien 2.000 vermijdbare sterfgevallen per jaar zijn, is dit onderwerp belangrijk genoeg om door het kwaliteitsinstituut te worden opgepikt.

Anne Mulder

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Iedereen hier is het natuurlijk eens over het belang van de patiëntveiligheid, beginnend bij de simpele dingen, zoals het wassen van handen, tot aan het goed onderhouden van operatieapparatuur. Hoe ziet de heer Mulder dit alles voor zich? De bestuurder in het ziekenhuis is nu verantwoordelijk voor de patiëntveiligheid. Eigenlijk is natuurlijk iedere zorgverlener, elke arts, elke verpleegkundige verantwoordelijk voor haar of zijn eigen gedrag in het kader van patiëntveiligheid. De inspectie ziet bovendien daarop toe. Hoe gaat het zorginstituut concreet invulling geven aan de taak die de heer Mulder het wil meegeven?

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

Collega Bruins Slot heeft gelijk. Er zijn veel mensen bezig met patiëntveiligheid. Wij moeten echter nog steeds constateren dat er potentieel bijna 2.000 vermijdbare sterfgevallen zijn per jaar. De patiëntveiligheid is dus nog niet goed op orde, ondanks alle inzet van bijvoorbeeld de IGZ. Het nu op te richten Kwaliteitsinstituut willen wij de patiëntveiligheid en het uitrollen van good practices mede als taak geven. Daar gaat het de VVD om.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik ken de heer Mulder niet als iemand die zich de hele tijd bemoeit met organisatieoplossingen. Waarom kiest de heer Mulder er niet voor om het VMS, het Veiligheidsmanagementsysteem, langer door te laten lopen? Dat is een proces van de ziekenhuizen zelf. Waarom kiest de heer Mulder er niet voor om meer te investeren in het verspreiden van kennis in de ziekenhuizen zelf? We zetten hiervoor controleorganen op, terwijl dit echt op de werkvloer moet gebeuren. Wij hebben hiervoor een goed programma, VMS, maar dat loopt halverwege dit jaar helaas af.

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

Collega Bruins Slot kent onze Initiatiefnota Patiëntveiligheid. Daarin hebben wij ook iets over het VMS gezegd. De principiële vraag voor ons als liberalen is: wat is wel een taak van de overheid en wat niet? Ik heb al gezegd dat wij ervoor zijn dat het VMS doorgaat, maar wij willen dat ziekenhuizen de patiëntveiligheid zelf betalen. Bij een bedrijf als Shell zorgt de overheid ook niet voor een veiligheidsplan. Ziekenhuizen moeten dit zelf doen. Desondanks komt het niet van de grond. Daarom doet de VVD een aantal organisatievoorstellen om dit te regelen, maar eigenlijk zouden wij het liefst zien dat een goed veiligheidsplan vanzelf tot stand komt, doordat de ziekenhuizen gedreven worden door kwaliteit en concurrentie. Helaas is dat niet het geval. Wij vinden patiëntveiligheid zo belangrijk dat wij hieraan iets willen doen.

Het Kwaliteitsinstituut kan innovatie ook in de weg staan. Dat kan gebeuren als zorgstandaarden in beton worden gegoten. Wat zou er zijn gebeurd als wij een Kwaliteitsinstituut voor typemachines hadden gehad? Dan zou de pc er misschien nooit zijn gekomen, want dan had men gezegd: een tekstverwerker moet mechanisch zijn en niet elektronisch; de pc voldoet niet aan de standaard en die willen we dus niet. Graag krijg ik hierop een reactie van de minister.

In het wetsvoorstel staat dat het Kwaliteitsinstituut zorg draagt voor het verzamelen, samenvoegen en beschikbaar maken van informatie over de kwaliteit van verleende zorg. Het is goed dat zorgaanbieders moeten meewerken aan het openbaar maken van gegevens voor de cliënt, zodat die beter kan kiezen, maar welke gegevens

moeten instellingen precies openbaar maken? Zijn dat bijvoorbeeld ook sterftecijfers? Hoe worden deze gegevens inzichtelijk gemaakt voor de patiënten? Kan dat bijvoorbeeld via een website? Dat idee is vandaag al eerder aan de orde gekomen.

In het wetsvoorstel staat dat besluitvorming over de inhoud in beginsel moet plaatsvinden op basis van consensus tussen patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars, patiënten en de beroepsgroep.

De heer **Slob** (ChristenUnie):

De heer Mulder vraagt de minister welke informatie op een dergelijke website moet worden gegeven. Ik heb begrepen dat hijzelf naar buiten is gekomen met de stelling dat er een website met informatie moet komen. Begrijp ik uit zijn woorden nu dat hij nog niet weet welke informatie er op de website moet komen, maar alleen dat hij een website wil?

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

De heer Slob probeert mij iets in de mond te leggen. In de stukken staat dat er informatie moet komen over de kwaliteit van zorg. Daarover zijn we het eens. Ik wil echter weten wat de minister daar precies mee bedoelt. Wat mij betreft, moeten we de sterftecijfers openbaar maken. Ik vind het verschrikkelijk dat dit nog steeds niet verplicht gebeurt, want zo hadden we het Ruwaard van Putten Ziekenhuis eerder in beeld kunnen hebben en doden kunnen voorkomen. Er moet dus zo veel mogelijk kwaliteitsinformatie openbaar worden gemaakt, ook over de kwaliteit van artsen en personeel.

De heer **Slob** (ChristenUnie):

Dit is dus niet meer echt een vraag aan de bewindspersonen. De heer Mulder stelt dat alle kwaliteitsgerelateerde informatie openbaar moet worden op een website.

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

Collega Slob zegt het wat absoluut. We hebben een discussie gehad over het BIG-register waarbij we besloten hebben dat we waarschuwingen en boetes wel openbaar maken, maar berispingen niet. Je moet hierin een zekere mate vinden. Het uitgangspunt is echter dat je zo veel mogelijk openbaar maakt.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Volgens mij verwijst de heer Mulder gewoon naar artikel 47c, lid 2. Daar staat dat er een openbaar register is. Dat lijkt mij een website, want de tijd van allerlei registers op gemeentehuizen is volgens mij echt voorbij.

Ik heb wel een andere vraag aan de heer Mulder. Vindt de heer Mulder dat de openbaarmaking van sterftecijfers wel op wetenschappelijke basis moet plaatsvinden?

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

Ja. Dat kan ook. Je kunt gestandaardiseerde cijfers openbaar maken die gecorrigeerd zijn voor de populatie. Als dat gebeurd was, zouden wij de problemen in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis misschien hebben kunnen voorkomen. Ik heb mij er altijd over verbaasd dat de SP tegen het openbaar maken van dit soort cijfers is. Zij heeft er altijd kanttekeningen bij en zegt dat het niet kan. Ik zou echter zeggen: laten wij het gewoon doen.

Anne Mulder

Mevrouw **Leijten** (SP):

Nee, wij zijn er niet op tegen om informatie openbaar te maken die echt iets toevoegt en iets zegt over de kwaliteit. Het is vervelend om zo te discussiëren en om dit continu voor de voeten geworpen te krijgen, terwijl het onjuist is. Wij vinden wel dat dit op wetenschappelijke basis moet gebeuren. De ziekenhuizen waren bereid om dat te doen. Dat ging via een bepaald systeem. Daarover is echter wetenschappelijk, internationaal gezien, ophef ontstaan. Het zou geen goede indicatie zijn voor kwaliteit. Daarover hebben wij vragen gesteld aan de minister. Die heeft toegegeven dat die discussie plaatsvindt. Toen zijn ziekenhuizen er weer mee gestopt, want anders zouden zij straks worden afgerekend op sterftecijfers, terwijl die niets zeggen over kwaliteit. Daarom ben ik op zich blij met het antwoord van de heer Mulder dat het wel wetenschappelijk getoetst moet zijn. Je moet niet worden bang gemaakt. Het kan namelijk ook zo zijn dat een ziekenhuis de moeilijkste patiënten krijgt en daardoor een hoog sterftecijfer heeft, maar dat de kwaliteit optimaal is.

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

Daarop kun je corrigeren. Als er weer debatten zijn, zal ik collega Leijten eraan houden dat wij dit soort cijfers openbaar maken. Dan zijn wij het toch eens, want tot op heden is de SP altijd ontzettend terughoudend in elk debat.

Wij hebben het gehad over de consensus. Op zich klinkt het sympathiek dat verzekeraars, patiënten en de beroepsgroep daarbij betrokken zijn. Dat is goed voor het draagvlak. Ik permitteer mij toch twee opmerkingen, om te beginnen een citaat van Henry Ford, de bouwer van de T-Ford, begin vorige eeuw een ontzettend populaire auto. Hij heeft gezegd: had ik in die tijd naar de consumenten geluisterd, dan hadden ze mij gevraagd om snellere paarden te bouwen. Ik wil daarmee zeggen dat consensus aan de ene kant goed is, maar dat je aan de andere kant op een gegeven moment ook mensen nodig hebt die de zaak weten te kantelen en innovatief zijn. Bij consensus hoeft dat niet altijd het geval te zijn. Graag krijg ik daarop een reactie van de minister.

Een aantal beroepsgroepen loopt voorop met transparantie, maar een aantal ook niet. Ik kan dat wel begrijpen. Mensen willen dolgraag vernieuwen, maar zij willen niet altijd veranderen. Dat is heel menselijk. De belangen in de zorg zijn groot, ook financieel. Een specialist heeft een goed salaris. Hij doet vaak al heel lang op dezelfde manier zijn werk en denkt: waarom moet ik veranderen? Een beroepsgroep kan als nadeel hebben dat ook de traagste en de zwakste broeder die contributie betaalt, het beleid van die beroepsgroep bepaalt. Dat kan het proces frustreren. Kan de minister daarop reageren?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik vind de vergelijking van de heer Mulder met de T-Ford een beetje kort door de bocht. Als de NS, toen die bezig was de sprinter te maken, gewoon meteen, in plaats van achteraf, aan de klant had gevraagd of die een toilet had gewild, had dat toilet erin gezeten. Doelt de heer Mulder erop dat de patiënt eigenlijk niet moet meepraten, omdat hij geen inzicht heeft in de vraag wat goede zorg is? Kijk bijvoorbeeld naar de langdurige zorg. Ik vind het een beetje kort door de bocht om te zeggen dat hij om sterkere paarden zou vragen. Daarmee doet de heer Mulder de patiënt geen recht.

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

Ik weet niet of het verstandig is van mevrouw Bruins Slot om de NS na deze week aan te halen, als het gaat om kwaliteit. Dat weet ik vanwege de Fyra niet helemaal zeker. Daar gaat het echter niet om. Ik waarschuw alleen voor het risico. Ik zeg niet dat je de patiënt er niet bij moet halen. Sterker, dat moet je doen, want de enige die weet of de kwaliteit van de zorg goed is, is de patiënt. Hij is uiteindelijk de gebruiker van de zorg. Ik waarschuw er alleen voor dat het innovatie in de weg kan staan, als je eindeloos naar consensus zoekt. Daarin zit een dilemma. Daarop vraag ik de reactie van de minister.

Tot slot, het gaat erom dat de toppers in de sector en de beroepsgroep de wil tot verbetering hebben. Een paar maanden geleden kwam de cardiologe uit het Catharina Ziekenhuis uit Eindhoven langs. Ik had toen in een artikel geschreven dat wij de zorg moeten bekostigen op basis van outcome. Zij belde op en zei: meneer Mulder, wij willen eens met u praten over outcome-indicatoren. Zij hebben mij een uur lang een presentatie gegeven over hoe zij cardiologie beoefenen in Eindhoven met allemaal uitkomstindicatoren. Uiteindelijk vroeg ik wat zij eigenlijk van mij als politicus wilde. Het antwoord van deze cardiologen was: meneer Mulder, wij willen helemaal niets van u; wij willen gewoon ons werk laten zien, want daar zijn wij trots op! Dat is de houding die je als beroepsgroep nodig hebt om te willen verbeteren. Daar gaat het om. Of dit Kwaliteitsinstituut gaat werken, hangt niet zo zeer af van de wet, als wel van het gezag dat dit instituut opbouwt en de cultuur in de sector ten aanzien van kwaliteit en de openheid daarover. Dat zal het succes bepalen van dit wetsvoorstel.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik deel de indruk van de heer Mulder dat mensen trots zijn op hun beroep en graag willen weten wat de laatste wetenschappelijke standaarden zijn, congressen bezoeken, collega's volgen via wetenschappelijke publicaties en misschien zelf onderzoek doen. Zo ken ik de beroepsgroepen ook. Ziet de heer Mulder ook het gevaar dat een Kwaliteitsinstituut een professionele standaard opstelt die niet wordt gedragen door de beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen die deze standaard wel moeten uitvoeren?

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

Nee, ik zie dat gevaar niet. Het lijkt mij heel onlogisch, als het Kwaliteitsinstituut standaarden gaat ontwikkelen zonder daarbij de artsen te raadplegen. Dat lijkt mij heel onverstandig. Het lijkt mij dan ook niet dat dit zal gebeuren.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Welke garantie heeft de heer Mulder dat dit niet zal gebeuren, gezien de huidige formulering in de wet?

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

Het zou gewoon oliedom zijn, als het Kwaliteitsinstituut normen formuleert zonder daarbij te praten met de artsen. Dat is gewoon dom. Ik denk niet dat men dat zal doen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Waarom is dan toch in de wet opgenomen dat dit kan? Zou het niet beter zijn om de Adviescommissie Kwaliteit een andere rol te geven, een stimulerende en aanjagende rol, maar ervoor te zorgen dat zij geen professionele

Anne Mulder

standaard kan formuleren die niet wordt gedragen in het veld? Ik deel met de heer Mulder dat het oliedom is, maar zullen wij wettelijk regelen dat het niet kan?

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

Het is zo uitgesloten dat het zal gebeuren dat je dat niet eens wettelijk hoeft te regelen.

□

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Wat D66 betreft, is het een belangrijke stap voor de zorg. De kwaliteit van de zorg krijgt eindelijk een meer centrale plek in ons zorgstelsel. De huidige versnippering van kwaliteitstaken verdwijnt door de oprichting van een Kwaliteitsinstituut bij het CVZ. Daardoor ontstaat één Zorginstituut Nederland. Zo'n Kwaliteitsinstituut is nodig, want kwaliteit komt helaas niet vanzelf. Die moet je stimuleren en bewaken, zoals wij hebben gezien. Toch is er nog steeds te weinig inzicht in de kwaliteit van zorg. Dat beperkt patiënten in hun keuze voor een goede behandeling. Zorgverzekeraars kunnen onvoldoende inkoop op basis van kwaliteit. Artsen krijgen nu betaald per verrichting, wat tot veel onnodige behandelingen leidt en waardoor de zorgkosten uit de hand lopen. Wij moeten af van die perverse prikkels en belonen voor kwaliteit en uitkomst. Dat heeft alles te maken met kwaliteit. Met meer transparantie kunnen zorginstellingen echt wedijveren om de beste zorg voor de laagste prijs.

Het Kwaliteitsinstituut is er niet alleen voor de curatieve zorg, maar moet juist ook een kwaliteitsimpuls zijn voor de langdurige zorg. Daar is nog veel te doen, zoals vandaag al veel is genoemd. Verzorgenden gebruiken nu bijvoorbeeld nog nauwelijks een professionele standaard. Het Kwaliteitsinstituut moet dit verbeteren, zodat cliënten betere zorg krijgen. Ik merk wel dat het Kwaliteitsinstituut vooral focust op de curatieve zorg, het medisch handelen. De langdurige zorg dreigt daarmee een ondergeschoven kindje te worden. Willen de bewindspersonen ervoor waken dat dit niet scheefgroeit? Ik kom straks nader terug op de langdurige zorg.

Ik ben positief over de richting van het wetsvoorstel, maar ik heb nog wel wat zorgen over de mogelijke toename van bureaucratie, de verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen, de cliënten en de patiënten als partner en de overheveling van de AWBZ naar de Wmo.

D66 wil voorkomen dat het Kwaliteitsinstituut verandert in een nieuwe bureaucratische moloch. Wij zijn daarom blij met de aansluiting bij het CVZ zodat er één Zorginstituut Nederland ontstaat, maar wij moeten uitkijken dat zorgverleners straks niet te maken krijgen met veel papieren rompslomp omdat zij veel overbodige informatie openbaar moeten maken. Met andere woorden, hoe houd je het zo simpel mogelijk? Het Kwaliteitsinstituut hoort professionele standaarden daar expliciet via het toetsingskader aan te toetsen. In hoeverre is het toetsingskader daar al op getest en wat zijn daarvan de resultaten?

D66 ziet het Kwaliteitsinstituut als een belangrijke aanjager in het tegengaan van praktijkvariatie. Iemand die last heeft van galstenen, krijgt in Friesland veel sneller een operatie dan in Zuid-Limburg. Waar je woont, bepaalt hoeveel zorg je krijgt. Dat komt omdat toepassing van de gelijke landelijke richtlijnen ontbreekt. Deze, zoals het in Vrij Nederland werd genoemd, "zorgpostcodeloterij" kost de maatschappij honderden miljoenen per jaar. Is het

voorkomen van praktijkvariatie nu expliciet in het toetsingskader van het Kwaliteitsinstituut opgenomen? Gaat de minister het gebruik van zorgstandaarden in de opleiding stimuleren? Wat zijn de resultaten van de pilots met aandacht voor praktijkvariatie waarmee de Regieraad in 2012 op basis van mijn motie is gestart?

Wanneer het veldpartijen niet lukt om samen een professionele standaard op te stellen, dan zal de Adviescommissie Kwaliteit adviezen uitbrengen. Als ultimatum remedium zal ze zelf een standaard ontwikkelen. D66 wil ervoor waken dat de ontwikkeling van professionele standaarden alsnog te lang stil blijft liggen en pleit ervoor, de druk op de ketel te houden. Welke termijn heeft de minister voor ogen, voordat de commissie een advies uitbrengt? Hoelang duurt het daarna, voordat de Adviescommissie Kwaliteit ingrijpt? Mijn fractie wil namelijk zo veel mogelijk voorkomen dat het Kwaliteitsinstituut zelf professionele standaarden gaat ontwikkelen. Daarvoor zijn de beroepsgroepen als eerste verantwoordelijk. Om afwenteling te voorkomen, zou je de kosten van het overnemen van de regie kunnen terugvorderen. Heeft de minister onderzocht of dat mogelijk is en is zij bereid hiertoe over te gaan? Ik zie de adviescommissie niet als een werkmatschappij, maar als een club die adviseert en knopen doorhakt op basis van kennis uit het veld. Hoe gaat de minister dat borgen?

Wanneer professionele standaarden eenmaal ontwikkeld zijn, dan moet er natuurlijk wel ruimte blijven voor innovatie. De heer Mulder zei het al: die professionele standaarden moeten niet in beton gegoten zijn. Dat is natuurlijk het kenmerk van een professionele standaard: die moet wel flexibel zijn. Maar vernieuwingen die echt blijken te werken, moeten ook snel aan kwaliteitsstandaarden kunnen worden toegevoegd. Komen daar snelle en eenvoudige procedures voor? Aan welke termijn denkt de minister hierbij?

Voor D66 is belangrijk dat de patiënt partner is bij het ontwikkelen van de standaarden. Ze zijn een belangrijke partij om aan te geven wat goede zorg is. Patiënten moeten in de praktijk profiteren van kwaliteitsstandaarden. Het stimuleren van het gebruik van deze standaarden hoort daarom thuis bij het Kwaliteitsinstituut. Waarom staat dit niet expliciet in de wet? Is hiervoor wel capaciteit beschikbaar?

Mensen moeten straks een betere keuze van zorgverlener kunnen maken. Het is belangrijk dat de openbare informatie over de kwaliteit van zorg straks voor iedereen begrijpelijk en makkelijk toegankelijk is. De site kiesBeter.nl is dat zeker niet. Als ik me goed herinner, heeft de minister dat zelf ook al een paar keer aangegeven. Hoe ziet zij zich dat voor zich? Wat gaat zij daaraan veranderen? Wat komt er dan allemaal op die site te staan en waartoe heb je dan toegang? Wordt het een soort Michelingids voor de zorg, met sterren en al? Is dat wat we voor ogen moeten hebben?

Voor D66 is privacy van de patiënt erg belangrijk. In het wetsvoorstel is daarvoor eigenlijk geen aandacht. Als het gaat om data gaat het wel om het openbaar maken van grote hoeveelheden informatie. Het is natuurlijk heel belangrijk dat die informatie niet te herleiden is tot individuele patiënten. Hoe waarborgt de minister dat? Is het CBP daarbij betrokken?

Dit kabinet staat aan de vooravond van een grootschalige overheveling van zorgtaken van de AWBZ naar de gemeenten. Wij zien echter niet dat de Wmo en Jeugdzorg vallen onder de reikwijdte van dit wetsvoorstel. Ik

vraag de staatssecretaris daarom of dit betekent dat het Kwaliteitsinstituut zich niet zal richten op de ontwikkeling van professionele standaarden voor begeleiding en verzorging. Hoe gaat het kabinet ervoor zorgen dat die standaarden daar toch tot stand komen en worden uitgerold en dat er bijvoorbeeld niet twee verschillende kwaliteitsregimes ontstaan?

De D66-fractie wil uiteindelijk naar een systeem waarbij wij betalen voor kwaliteit en resultaten in plaats van voor productie die artsen draaien. De NZa moet de prestatiebeschrijvingen daarom baseren op de professionele zorgstandaarden. In de motie-Smilde wordt daarom gevraagd. Wat is de stand van zaken met betrekking daartoe en hoe gaat de minister dit verder bevorderen?

Het is duidelijk dat de D66-fractie positief is over de oprichting van het Kwaliteitsinstituut. Het moet nu snel en volwaardig aan de slag gaan, zonder te veranderen in een bureaucratisch gedrocht. Ik stel voor dat wij daar met ons allen vaart achter zetten.

□

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

Voorzitter. De SGP-fractie behoort tot de fracties die vaak nogal kritisch reageren als er een nieuw instituut moet komen. O ja, er zijn problemen. Die kunnen we oplossen met meer geld, als het ingewikkelder is met meer regels en als ze echt stevig worden aangepakt, zetten we er een nieuw instituut op. Ook toen de eerste plannen verschenen voor een instituut voor de kwaliteit van de zorg, keken wij vanuit die reflex wat hier eigenlijk gebeurde. Ik moet echter zeggen dat die kritische toets in dit geval positief uitvalt. Want extra? Wij zien dat er heel wat bestaande verbanden en organisaties verdwijnen. Per saldo is juist sprake van een concentratie, een bundeling, die de kwaliteit van de zorg ook kan versterken. Die intentie steunen wij.

Dit neemt niet weg – zo heb ik ook de bijdragen van collega's beluisterd – dat er bij die nieuwe instituten risico's bestaan. Het voorstel sluit namelijk aan bij een bestaand zelfstandig bestuursorgaan, dat er nieuwe taken bij krijgt. Deze risico's zijn door collega's benoemd met twee schrikbeelden: de ivoren toren en de bureaucratische moloch. Dat blijft een reëel punt bij elk instituut en bij elk nieuw instituut. Ook door die bril moet men ernaar kijken. Wat die ivoren toren betreft: betekent dit niet dat je verantwoordelijkheden weghaalt bij partijen in het veld zelf? Betekent het niet dat je te veel van bovenaf, met een top-downbenadering, de problemen wilt aanpakken? In het wetsvoorstel en in de toelichting wordt dit risico onderkend. Er wordt nadrukkelijk gezegd: nee, wij willen dat de primaire verantwoordelijkheid voor de kwaliteit bij het veld blijft, bij de organisaties die daarin een rol spelen, en dat het zorginstituut in eerste instantie voornamelijk een stimulerende rol, een regierol krijgt. Er is alleen een meer dwingende rol voor weggelegd als het veld niet in staat is om professionele standaarden te ontwikkelen en vast te stellen.

Prima, dat uitgangspunt delen wij, maar stel dat er bij instituten, bij organisaties, een neiging bestaat om te denken: is het allemaal niet ingewikkeld, duurt het allemaal niet te lang en kunnen wij dat niet beter zelf doen? Welke drempels, welke waarborgen staan er dan in het wetsvoorstel dat deze stap niet te gemakkelijk wordt gezet, dat er echt werk van wordt gemaakt om het veld zelf aan te jagen en te stimuleren en niet taken over te nemen en te

ontmoedigen dat verantwoordelijkheid wordt genomen? Hoe ziet de minister dit voor zich?

Het andere schrikbeeld is de bureaucratische moloch. Zullen de administratieve lasten, de bureaucratische lasten, niet juist toenemen in plaats van afnemen? Het werken aan kwaliteitsverbetering in de zorg moet het veld per saldo energie geven en geen energie kosten. Hoewel in de memorie van toelichting wordt gesteld dat de administratieve lasten zullen afnemen, hoor ik daarover hier en daar sceptische geluiden. Men vraagt zich af of dit wel zo is. Kan de minister nader onderbouwen dat een daling van de administratieve lastendruk met maar liefst 18,7 miljoen euro gerealiseerd kan worden, zoals in de memorie van toelichting wordt gezegd? Wat moet er concreet gebeuren om dit mogelijk te maken?

In het wetsvoorstel wordt verschillende keren gewezen op de noodzaak van professionele standaarden binnen de langdurige zorg. Er wordt vooral gewezen op het ontbreken van standaarden voor verzorging op de niveaus 2 en 3. Bij ons rijst de vraag hoe het zal gaan als een groot deel van de persoonlijke verzorging volgens het regeerakkoord overgeheveld wordt naar de Wmo, waarop deze wet niet van toepassing is. Wordt de reikwijdte van de wet uitgebreid over de Wmo als de begeleiding en persoonlijke verzorging worden overgeheveld naar de gemeenten? Als dat niet de bedoeling is, heeft dan het ontwikkelen van professionele standaarden voor de langdurige zorg wel zin, als die in de praktijk niet gebruikt hoeven te worden door gemeenten? Op dit punt ontvang ik graag een reactie.

In samenspraak met alle partijen in de zorg stelt het zorginstituut een meerjarenagenda vast. Daarin is opgenomen welke kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten of onderdelen hiervan worden opgeleverd, door welke organisaties en wanneer. Tot nu toe constateert de regering dat de ontwikkeling van de standaarden in de langdurige zorg achterblijft ten opzichte van de ontwikkeling van de standaarden in de curatieve zorg. Men zou dan verwachten dat in de inmiddels voor 2013 opgestelde meerjarenagenda extra wordt ingezet op de ontwikkeling van standaarden voor de langdurige zorg. Waarom zien wij dit niet terug? Waarop worden de prioriteiten in de meerjarenagenda gebaseerd en wie beslist daarover? Hoe wordt ervoor gezorgd dat de curatieve en de langdurige zorg evenwichtig aan bod komen?

De SGP-fractie ziet een belangrijke meerwaarde voor het zorginstituut weggelegd bij het voeren van regie op de thema's die het hele veld raken. Al eerder heb ik aangegeven dat wij met een Zorginstituut Nederland een impuls kunnen geven aan de kwaliteit van de zorg. Overigens merk ik op wij thans spreken over het "Zorginstituut Nederland". Mevrouw Leijten zette ons op het verkeerde private been, toen zij de oude term "Nederlandse Zorginstituut" gebruikte, maar omdat er al een private partij was met die naam, is daar in de nota van wijziging "Zorginstituut Nederland" van gemaakt. Ik ken echter de bij de SP bestaande voorliefde voor privatisering, dus ik begrijp de vergissing.

Ik ga terug naar mijn punt: het voeren van regie op de thema's die het hele veld raken. Wij vragen aandacht voor de standaardisatie van de registratie van de zorggegevens. Het zou helpen als het zorginstituut het veld begeleidt en ondersteunt in de uitvoering van de grote stappen die nodig zijn om te komen tot eenmalige registratie aan de bron in het zorgproces, voor meervoudig gebruik, bijvoorbeeld financiële informatie, kwaliteitsinformatie

Van der Staaij

en keuze-informatie. Op die manier hoeft er niet overal een aparte registratie van informatie te komen, voor het ene doel weer anders dan voor het andere doel. In de Verenigde Staten wordt hard gewerkt aan "meaningful use"-programma's. In de stukken over het wetsvoorstel zie ik daarvan weinig terug. Welke mogelijkheden ziet de minister op dit punt weggelegd voor het zorginstituut?

Het zorginstituut kan ingrijpen als het veld in gebreke blijft door de afspraken uit de meerjarenagenda niet na te komen. Kan de minister aangeven op welke manier bepaald wordt of het veld in gebreke blijft? Wat gebeurt er bij verschil van mening tussen veldpartijen, bijvoorbeeld cliënten en aanbieders, over de inhoud van de professionele standaard? Wat gebeurt er als er verschil van inzicht ontstaat tussen het zorginstituut en het veld? Komt het toetsingskader om te kunnen beoordelen of een professionele standaard kan worden opgenomen, in een openbaar register? Ik lees dat de toetsing van de professionele standaard marginaal van karakter is doordat er slechts procedurele eisen aan gesteld worden. Betekent dit dat het zorginstituut geen bevoegdheid heeft om de professionele standaard inhoudelijk te beoordelen?

Is het toetsingskader zo flexibel dat verschillen tussen de meer uitkomstgerichte curatieve zorg en de meer op de kwaliteit van leven gerichte langdurige zorg voldoende gerespecteerd worden? Ik heb begrepen dat er inmiddels een conceptversie van het toetsingskader is en dat partijen in de zorg zijn uitgenodigd om het voorlopige toetsingskader uit te proberen en hun ervaringen met het zorginstituut te delen. Kan de minister aangeven wat de ervaringen van de partijen in de zorg tot nu toe zijn?

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik heb een juridische vraag. De heer Van der Staaij had het over het opnemen van de professionele standaard in het Zorgregister. Is dat volgens hem een feitelijke handeling of zegt hij dat het eigenlijk is gericht op een rechtsgevolg en gaat de inspectie daarop handhaven en worden daaraan ook bepaalde rechten ontleend? Ik ben benieuwd hoe de heer Van der Staaij daarover denkt.

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik vat het zo op dat het wel op een rechtsgevolg gericht is en het dus meer is dan alleen een feitelijke handeling. Het is meer dan alleen wat informatie. Daarvoor heb je anders ook niet zo'n ingewikkelde procedure nodig en allerlei waarborgen die daarvoor zijn voorzien.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Dat is mijn gevoel ook, maar opvallend genoeg schrijft de minister in de memorie van toelichting dat het een feitelijke rechtshandeling is. Ik begrijp dat voor een deel natuurlijk wel. Als het op rechtsgevolg gericht is, kun je ook bezwaar en beroep tegen het inschrijven van de zorgstandaard in het register aantekenen. En anders kan dat natuurlijk niet. Hoe denkt de heer Van der Staaij daarover?

De heer Van der Staaij (SGP):

Mevrouw Bruins Slot spreekt nu over een feitelijke rechtshandeling.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Het is natuurlijk een rechtshandeling of een feitelijke handeling. Ik bedoelde een rechtshandeling.

De heer Van der Staaij (SGP):

Het feit dat het in zo'n register is opgenomen, dat het rechtsgevolgen en betekenis en doorwerking heeft, biedt juist de meerwaarde die we met dit wetsvoorstel beogen. Ik voel dus wel mee met wat mevrouw Bruins Slot op dat punt zegt. Ik hoor ook graag de reactie van het kabinet op dat punt.

Ik vervolg mijn betoog. Afgelopen jaren hebben diverse branches instrumentarium ontwikkeld om de kwaliteit van hun sector te meten en inzichtelijk te maken. Het is de vraag of die inspanningen ook beloond worden door die richtlijnen op te nemen in het register. Kan de minister toelichten in hoeverre de bestaande richtlijnen al registerklaar zijn? En als er nog aanpassingen nodig zijn, hoeveel inspanningen kost dat de veldpartijen dan? Dat punt komt vanuit diverse brancheorganisaties steeds terug. Zij zijn heel intensief bezig geweest om juist verbeteringen in de kwaliteit tot stand te brengen en daarover regels af te spreken. Zij vrezen het risico te lopen dat alles in de prullenbak gegooid wordt omdat hier briljante ideeën ontwikkeld zijn en alles totaal anders moet. In hoeverre wordt er echt aangesloten op de stappen die al genomen zijn, zodat het ook een aanmoediging is tot verdere kwaliteitsverbetering en alles niet weer op een totaal andere leest geschoeid moet worden?

Minstens zo belangrijk als het ontwikkelen van professionele standaarden is het implementeren ervan. Kan de minister aangeven op welke wijze het zorginstituut gaat ondersteunen bij de implementatie van die professionele standaarden en bij het inventariseren en het mogelijk maken van manieren om in de praktijk echt tot verbeteringen te komen?

Ik kom tot mijn laatste punt, de transparantie. De informatie die het zorginstituut zal opvragen als openbare kwaliteitsinformatie, heeft onder meer tot doel dat patiënten, cliënten en hun zaakwaarnemers een goed onderbouwde keuze kunnen maken voor behandelingen en zorgaanbieders. Dat stelt hoge eisen aan de betrouwbaarheid van de informatie. Wie controleert de betrouwbaarheid van de aangeleverde informatie? Is daarvoor ook voldoende capaciteit beschikbaar?

Ik gaf mijn sympathie al aan voor de intenties van dit wetsvoorstel en ook voor de uitwerking die daaraan is gegeven in de vorm van aansluiting bij bestaande organisaties en opheffing van een aantal andere organisaties, en voor de route die is gekozen, te weten het vooropstellen van de verantwoordelijkheid van het veld. Ik heb hier en daar nog wat vragen gesteld die zich richten op de uitwerking. Ik hoor graag een nadere reactie van de minister daarop.

Mevrouw Agema (PVV):

Voorzitter. Wij zijn altijd een warm voorstander geweest van een Kwaliteitsinstituut. Dat leidt ook terug naar de tijd van het gedoogakkoord. Ik heb het gedoogakkoord er even bij gepakt. Daarin valt het volgende te lezen: "Om de kwaliteit van de instellingen te verbeteren zal het veld ondersteund worden bij het opstellen van normen en het uitwisselen van best practices. Intercollegiale toetsing zal worden bevorderd. Er wordt daartoe een Kwaliteitsinstituut opgericht ter ondersteuning van de instellingen in de ouderenzorg. Normen uit kwaliteitsprogramma's die zich inmiddels bewezen hebben, zoals onder andere programma's tegen doorliggen en ondervoeding, worden

sectorbreed ingevoerd door ze op te nemen in de kwaliteitsnormen van de IGZ. Normen uit toekomstige nieuwe kwaliteitsprogramma's moeten, zodra zij zich bewezen hebben, ook onderdeel worden van de kwaliteitsnormen van de IGZ." Die formulering kwam niet zomaar uit de lucht vallen. Daar hebben we lang op gestudeerd en we hebben de mogelijkheden afgewogen. Dat was ook de reden waarom we zo graag een Kwaliteitsinstituut wilden. Ondervoeding bijvoorbeeld komt bij zo'n 24% van de bewoners van instellingen voor. Op het moment dat je een kwaliteitsprogramma laat draaien, kan de ondervoeding worden teruggebracht tot ongeveer 4%. Dat was voor ons de aanleiding om het Kwaliteitsinstituut te willen. Als je ervoor zorgt dat kwaliteitsprogramma's de standaard worden, kun je de kwaliteit van instellingen, of het nu gaat om cure of care, enorm omhoog brengen. Het doel zoals dat in de stukken van het voorliggende wetsvoorstel is omschreven, is dan ook een klein beetje teleurstellend. Het doel is – ik citeer – "bestaande taken en verantwoordelijkheden op het gebied van kwaliteit van zorg, die op dit moment zijn ondergebracht bij verschillende organisaties, efficiënter vorm te geven en daardoor te komen tot een permanente verbetering van de cliëntgerichtheid, kwaliteit, veiligheid, doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorg". Er valt natuurlijk niet te betwisten dat het wetsvoorstel met de beste bedoelingen is vormgegeven, maar het is wel iets totaal anders dan de oorspronkelijke bedoeling van het Kwaliteitsinstituut zoals omschreven in het gedoogakkoord.

Het wetsvoorstel is opgesteld met de beste bedoelingen en het zal best een verbetering zijn, maar ik kan wel wat kritiekpunten formuleren. Voor je persoonlijke verzorging thuis, bijvoorbeeld als je je been hebt gebroken, ben je straks afhankelijk van de gemeente. Maar het Kwaliteitsinstituut heeft over de zorgaanbieders in de Wmo niets te zeggen. Wat gaat de staatssecretaris doen om het recht op zorg van goede kwaliteit binnen de AWBZ en vooral binnen de Wmo te borgen?

Hoe gaat het Kwaliteitsinstituut invloed uitoefenen op het gemeentelijke zorgbeleid? Dat het Kwaliteitsinstituut, inmiddels het Nederlands zorginstituut genaamd, voorlopig is ondergebracht bij de Zorgverzekeringswet, is natuurlijk opmerkelijk. Het is tijdelijk vanwege de Wcz die eraan komt, maar kan de staatssecretaris toelichten wat dit tijdens deze periode betekent voor alle zorg die geleverd wordt onder de AWBZ en de Wmo? In een debat ruim een jaar geleden vroeg ik hier expliciet naar. De minister antwoordde toen: "Het Kwaliteitsinstituut gaat twee gezichten krijgen. Het bestaat uit twee delen: één voor de cure en één voor de care". De vorige staatssecretaris voegde daaraan toe dat je heel nadrukkelijk onderscheid moet maken tussen die twee gebieden. Wat is er gebeurd met die twee gezichten? Hebben we nu een Kwaliteitsinstituut met twee gezichten of een minister met twee gezichten? Onderkent de staatssecretaris het belang van de kwaliteitsprogramma's tegen doorliggen, ondervoeding, uitdroging, 24 uursluiers en noem maar op? Waar is zijn rol gebleven?

Niet veel later in hetzelfde debat zei de minister: "Wij denken aan één adviescommissie voor de cure en één voor de care". In het wetsvoorstel is echter slechts één adviescommissie gekomen. Waarom is dit gewijzigd? Waarom zijn er geen twee adviescommissies: één voor de cure en één voor de care?

Dat het Nederlands zorginstituut – ik vind het een zoutloze en niet-creatieve term waardoor straks niemand weet

waar het instituut over gaat – vooral over de cure gaat, wordt bevestigd door de agenda voor dit jaar. Het is cure wat de klok slaat: obesitas bij kinderen, nierfalen en hartfalen, het is allemaal heel belangrijk en valt allemaal onder cure. Polyfarmacie, astma en COPD zijn ook allemaal cure. Wat vindt de staatssecretaris hiervan? Heeft hij niet het gevoel dat hij vandaag een beetje voor spek en bonen heeft mogen opdraven?

Niet alleen op de cure, maar ook op de care valt nog veel te winnen: denk aan de bewezen effectieve programma's tegen ondervoeding en doorligwonden. Ik noemde het al twee keer. Wat gaat de staatssecretaris doen om hier werk van te maken?

Het CVZ is nog een belangrijk punt. Het Kwaliteitsinstituut gaat onderdeel uitmaken van het CVZ dat hierdoor een dubbelrol gaat spelen. Het gaat straks beslissen over de kwaliteit van de behandelingen en over de vraag of deze behandelingen in het verzekerd pakket komen. De minister zei hierover dat het wel in één gebouw zit, maar dat het echt twee afzonderlijke poten zijn. Dat stelt mij niet gerust. Ik denk hierbij terug aan de discussie die afgelopen zomer speelde over medicijnen. Dat zijn medicijnen die kwalitatief de beste, zo niet de enige zijn. Er hangt echter wel een prijskaartje aan. Het CVZ kwam daarom met het advies om ze niet langer te vergoeden. Wat nu als er straks twee adviezen liggen: een advies van het Nederlands Zorginstituut dat zegt dat dit het beste, zo niet het enige medicijn is en een advies van het Nederlands Zorginstituut dat zegt dat het dit onbetaalbaar vindt? Dat staat los van wat de politiek ervan vindt. Wij vinden namelijk dat die medicijnen hoe dan ook moeten worden vergoed. Mijn vraag aan de bewindspersonen is hoe zij die taken gaan scheiden.

Een ander voorbeeld betreft innovatie en de standaarden die wij nu hebben. Ik kan hier uit eigen ervaring over vertellen. Ik had twee jaar geleden een herniaoperatie. Daardoor weet ik dat er inmiddels heel mooie innovatieve behandeling beschikbaar is middels een endoscopische operatie. Binnen twee weken waren mijn collega Gerbrands, die op dezelfde dag is geopereerd als ik, en ik weer present en waren wij weer aan het werk. Wij hadden daar dus veel profijt van. Er worden nogal wat herniaoperaties uitgevoerd per jaar, dus ik kan mij voorstellen dat ook veel werkgevers blij zijn als hun werknemers weer snel terug zijn op de werkvloer.

Je bent sneller op de been met zo'n endoscopische operatie en die is ook veel eenvoudiger. Zo'n operatie is alleen wel twee keer zo duur. Ik kan mij voorstellen dat op enig moment die endoscopische operatie de nieuwe standaard wordt. Wat als het CVZ dan ook het advies geeft over pakketopname en zegt: het is inderdaad kwalitatief een betere behandeling, maar zij is twee keer zo duur en daarom vinden wij niet dat die in het pakket moet worden opgenomen? Dat zijn conflicten waarvan ik denk dat wij daar bij heel veel behandelingen niet zullen uitkomen in de toekomst, of het nu om Pompe en Fabry gaat, om nieuwe behandelmethododes of om innovaties die duurder zijn dan de huidige standaard.

Ik zou mij er graag van willen laten overtuigen door de bewindspersonen dat het allemaal wel kan, dat het wel onder één dak kan. Ik heb daar heel grote twijfels over. Ik denk dan ook dat wij op deze manier de wet niet kunnen steunen. Dat vinden wij enorm jammer, want wij zien ook veel voordelen. Ik hoop dat de minister en de staatssecretaris er alles aan zullen doen om ons ervan te overtuigen dat het CVZ en het Kwaliteitsinstituut onder één dak kun-

Agema

nen fungeren of beide los van elkaar zullen laten bestaan. Wij wachten het antwoord van de bewindspersonen af. Ik heb er een hard hoofd in, maar ik vind dat zij zeker een kans moeten krijgen om ons te overtuigen.

Ik heb nog één klein puntje. De minister heeft gezegd dat wij zeker 14 miljoen zouden kunnen besparen met het nieuwe zorginstituut. Ik hoop dat zij alle kwaliteitsverbeteringen die mogelijk zijn in de langdurige zorg kan realiseren, zoals terugdringing van het aantal doorligwonden, van ondervoeding, van het aantal complicaties en van de hersteltijd na een operatie. Dat is niet uit te drukken in geld, maar het kan wel een Kwaliteitsinstituut enorm waardevol laten worden.

Ik wacht de beantwoording van de bewindspersonen af.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef nu het woord aan mevrouw Bouwmeester van de Partij voor de Arbeid, of nee, de Partij van de Arbeid.



Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Wij zijn ook zeer voor arbeid, voorzitter. Ik begrijp de verspreking.

Voorzitter. Zorg van goede kwaliteit, patiëntgericht, veilig en doelmatig, is iets wat wij allemaal nastreven. Zorg is geen product, maar een relatie tussen een zorgverlener en een patiënt. Een goede zorgverlener, communicatie en voldoende tijd en aandacht zijn hierbij van belang. Dat is de basis en tegelijkertijd een absolute voorwaarde om kwaliteit te kunnen leveren. Om kwaliteiten zichtbaar te maken, is een kwaliteitskader voor de zorg nodig met concrete normen die aangeven aan welke eisen – let wel, volgens het veld en de patiënten – de zorg moet voldoen wil die goed zijn. Deze normen ontbreken nog te vaak, waardoor de kwaliteit van de zorg niet te meten is.

Het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg heeft een flink aantal voordelen. De patiënt weet waar de beste zorg wordt geleverd en kan vervolgens kiezen. Het komt de patiëntveiligheid ten goede en aanbieders kunnen hun zorg bijstellen op basis van kwaliteitsvergelijking. Inkoop kan plaatsvinden op basis van kwaliteit. Toezicht wordt scherper. Verspilling en hoge declaraties kunnen door het inzicht in kwaliteit worden voorkomen. Als bovendien meer en beter zichtbaar wordt gemaakt welke concrete resultaten er worden geboekt, zoals in Zweden, dan zullen ook nog eens de kosten kunnen dalen.

Daarom is de Partij van de Arbeid blij dat we vandaag spreken over het Kwaliteitsinstituut zorg, dat een belangrijke bijdrage levert aan kwaliteitseisen vooraf en controle achteraf, en die ook inzichtelijk maakt. Het instituut stuurt op draagvlak, maar kan zo nodig dwingende eisen stellen aan de kwaliteitsvoorwaarden en de controle. Dit Kwaliteitsinstituut zou het leidende instituut moeten worden dat de kwaliteit van zorg inzichtelijk maakt. Het moet zorgaanbieders in de cure en in de care aansporen om kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen voor behandeling. Doen de zorgaanbieders dat niet of te laat, dan is er de stok achter de deur. Dan kan het instituut er namelijk met doorzettingsmacht voor zorgen dat die voorwaarden er toch komen. Ook het openbaar maken van uitkomsten van zorg, zoals sterftecijfers van ziekenhuizen en het percentage infecties na operaties, behoort tot het beoogde takenpakket. Daar zeg ik gelijk bij dat een sterftecijfer

op zich niets zegt. Met de juiste informatie eromheen en met een vergelijking met andere ziekenhuizen en behandelcentra, kan het echter veel zeggen. Daarom is het heel belangrijk.

De Partij van de Arbeid vindt het goed dat deze taken en verantwoordelijkheden – processen stroomlijnen, krachten bundelen en efficiënter vormgeven – nu worden gebundeld in één instituut. Het gaat echter wel om de praktijk. Wij willen minder lastendruk en meer inzicht in de kwaliteit. Het moet geen nieuw bureaucratisch moloch worden. Ook moet de vrijheid voor de uitvoering altijd blijven bestaan. Op een keurslijf zit immers niemand te wachten. De PvdA heeft rond dit voorstel twee verzoeken en een aantal kritische vragen.

Ik begin met de verzoeken. Zoals ik al zei, is zorg een relatie. Professionele standaarden kunnen helpen om kwaliteit te leveren, maar het gaat om het samenspel tussen standaarden en voorwaarden en om de relatie, die zo belangrijk is in de zorg. Informatie voor de patiënt moet inzichtelijk en makkelijk vindbaar en leesbaar zijn. Daarom wil de Partij van de Arbeid dat het Kwaliteitsinstituut ook verantwoordelijk wordt voor één centraal informatiepunt waar de patiënt in één oogopslag informatie kan vinden over onder andere drie kernpunten. Het eerste is de kwaliteit van zorg, om te kunnen vergelijken. Ten tweede zijn er de toezichtsgegevens over de patiëntveiligheid, zoals medische missers en falende artsen. Deze informatie is nu verspreid over verschillende informatiepunten en daardoor heel moeilijk vindbaar voor de patiënt. Bundel dit, dan is het makkelijk vindbaar.

Bij dit centrale informatiepunt zou bijvoorbeeld ook het meldpunt verspilling ondergebracht kunnen worden, waarvan de minister heeft gezegd dat zij ermee bezig is. We hadden de site kiesBeter.nl. Die wordt vervangen, deels omdat hij niet helemaal goed werkte en deels misschien omdat niet alle informatie erop stond. Wij vinden deze site wel een heel mooi uitgangspunt, omdat het een centrale website is waardoor het makkelijk is om informatie te vinden. We moeten er echter wel voor zorgen dat die site een naam krijgt die aantrekkelijk is, zodat alle patiënten, consumenten en geïnteresseerden in de zorg weten dat ze er alles op kunnen vinden, tot en met gelekte, niet-officiële CVZ-rapporten waarover we nog helemaal niets kunnen zeggen. Die site moet vindbaar zijn. Er moet ook veel informatie op staan, die duidelijk en leesbaar is. Misschien kunnen we de mensen oproepen die nu kijken naar dit inspirerende debat. Hebt u een leuke naam voor de site, meldt het dan vooral!

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik hoor mevrouw Bouwmeester meerdere keren zeggen: leesbaar en makkelijk te begrijpen. Betekent dit dat mevrouw Bouwmeester het met het CDA eens is dat er speciale aandacht moet zijn voor laaggeletterden en mensen met een beperking?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Ja, uiteraard. Dat geldt voor alle websites en zeker voor die van de overheid, die hierin een voorbeeldfunctie heeft. Het geldt helemaal als het over de zorg gaat. Dit is dus een terechte vraag, en ik ben het zeer met mevrouw Bruins Slot eens.

Op basis van een meerjarenagenda stelt het Kwaliteitsinstituut vast waar de prioriteiten zullen liggen. Waar moeten bijvoorbeeld zorgstandaarden worden bijgesteld of juist worden opgesteld? Dit vindt plaats in overleg met

Bouwmeester

het veld en kan eventueel worden opgelegd als het veld niet mee wil werken. De PvdA wil graag bij het opstellen van de meerjarenagenda ook een terugkoppeling over de voortgang en over mogelijke obstakels bij het vaststellen en implementeren van de kwaliteitsstandaarden en -gegevens. Zo kan er vinger aan de pols worden gehouden. Is het mogelijk om een jaarlijkse rapportage te maken over de voortgang, zodat de Kamer daar inzicht in heeft? Als het jaarverslag van het Kwaliteitsinstituut tegelijkertijd met de verslagen van de IGZ en de NZa naar de Kamer komt, dan hebben we alle toezichtgegevens gebundeld en kan de Kamer op een brede manier bekijken wat er in het veld speelt en wat er goed en fout gaat. Eigenlijk vragen we niets extra's. Maar bundel die gegevens en doe er een strikje om. Dan kan de Kamer op basis van praktijkgegevens en op basis van feiten bekijken waar in het komende jaar de prioriteit moet liggen. Zo stellen we niet alleen maar een instituut in, maar bekijken we ook wat het effect is. We willen namelijk uiteindelijk kwaliteitsverbetering.

Ik heb net al gezegd dat we geen nietszeggende oliebollijstjes of certificeringen in de zorg willen. Wij willen echt verbetering in de praktijk. We willen goede zorgstandaarden vooraf en inzicht in de effecten achteraf. Hoe kan worden gegarandeerd dat die informatie, als die standaarden er zijn, ook echt wordt vrijgegeven? De zorgaanbieders waren er de laatste jaren namelijk niet zo happig op om die informatie te delen. Mede hierdoor zijn er allerlei goedbedoelde, maar eigenlijk nietszeggende oliebolvergelijkinglijstjes gekomen, maar daar heeft de patiënt niets aan omdat je zulke lijstjes niet goed met elkaar kunt vergelijken. Wij willen dat dit in de praktijk mogelijk is en dat die informatie gedeeld wordt. Met de verplichting tot het leveren van kwaliteitsgegevens door zorgaanbieders aan het zorginstituut en door de handhaving bij de NZa neer te leggen, blijft er nog een aantal vragen over. Welke prioriteit krijgt het toezicht op en de handhaving van deze informatieplicht bij de NZa? Wie bepaalt de prioritering en welke rolverdeling is er tussen de NZa en het zorginstituut? Heeft de NZa voldoende tijd en capaciteit om dit uit te voeren? Gaat de NZa zelfstandige criteria opzetten om te bepalen wanneer en op welke wijze er wordt gehandhaafd bij het niet aanleveren van vereiste informatie door zorgaanbieders aan het zorginstituut? Nogmaals, het was al verplicht, maar het werd niet geleverd. Daarom vinden wij het belangrijk om te weten hoe de NZa hier een rol in gaat vervullen.

De heer **Slob** (ChristenUnie):

Mevrouw Bouwmeester roert een aantal interessante zaken aan, ook in relatie tot die website met alle informatie voor burgers om de kwaliteit te vergelijken die zij zo graag wil. Toch is er kennelijk ook een worsteling. Wat zet je erop? We willen namelijk voorkomen dat het van die "oliebollijstjes" worden zoals mevrouw Bouwmeester het noemt. Is het niet het handigst om die standaarden als uitgangspunt te nemen en publieke informatie te geven over de wijze waarop die standaarden worden nageleefd? Dat is volgens mij de eerlijkste manier om te vergelijken en informatie te verstrekken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Dat is precies de strekking van het wetsvoorstel en daar zijn wij het dus zeer mee eens. Bovendien willen we niet alleen de kwaliteitsgegevens inzichtelijk maken, maar ook de gegevens over de plekken waar het mis gaat, zodat

men een compleet beeld heeft. Wij zijn het dus met elkaar eens.

De heer **Slob** (ChristenUnie):

Maar als het gaat om een website die voor iedereen toegankelijk moet zijn, dan zou zo iets toch de basis kunnen zijn? Je kunt gewoon inzichtelijk maken wat de standaarden zijn? Die zijn netjes vastgesteld en er wordt nagegaan of ze worden nageleefd. Iedereen kan dat dan gewoon zien. Dat kan toegankelijk gemaakt worden voor iedereen zodat het begrijpelijk is. Dan ben je er toch?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ja. Wat de heer Slob voorstelt, is precies wat in het wetsvoorstel staat. Daar kunnen wij het dus mee eens zijn, maar wij willen meer. Wij willen niet alleen dat er informatie over de kwaliteit op de website komt te staan, maar ook informatie over innovatie en over plekken waar het niet goed gaat. Als het nu niet goed gaat, is het eerste probleem dat niet alles wordt gepubliceerd. Daardoor weten toezichthouders het misschien wel, maar de patiënt om wie de zorg draait, weet het niet. Als het wel bekend is, kan een patiënt in het BIG-register kijken of in de publicaties van de IGZ. Ook zijn er uitspraken uit het strafrecht en het civiel recht en is er de Ombudsman. Ga als patiënt dan maar eens iets zoeken. Je kunt het bijna niet vinden. Wij willen dat deel dus gebundeld hebben, ook op de site, zodat elke patiënt, consument of geïnteresseerde in Nederland daar iets kan vinden over de kwaliteit, de veiligheid, misstanden, innovaties en actualiteiten. Dan weet je dat je daarheen moet. Uiteindelijk draait de zorg om patiënten en daarom willen wij die service verlenen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Daar hadden wij de website kiesBeter.nl voor. Wat is daar precies misgegaan volgens de woordvoerder van de Partij van de Arbeid?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Mevrouw Leijten merkt dit terecht op. Ik heb die site in mijn inbreng ook al even genoemd. Een van de belangrijke dingen die daar mis zijn gegaan, is dat de kwaliteitsgegevens op die site niet beschikbaar waren. Het begin was hartstikke goed. Als je een huisarts in Almere zocht, rolde er iets uit, maar je wilt dan ook de kwaliteit van die huisarts weten. Dit geldt eveneens voor ziekenhuizen. Die informatie moet op de site staan. De gegevens moeten aangeleverd worden en vindbaar zijn, zodat alles vergelijkbaar is. Wij willen daar dus meer informatie bij hebben.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Volgens mij was een van de problemen dat die informatie vrijwillig aangeleverd werd. De inspectierapporten waren immers wel te vinden. Kan het er ook niet aan liggen dat je kwaliteit heel goed op papier kunt omschrijven, maar dat het hierbij ook gaat om de interactie tussen mens en mens en om het opsnuiven van de sfeer? Mevrouw Bouwmeester heeft dit eigenlijk al gezegd. Hoe wij de website ook opbouwen en met welke gegevens dan ook, die site zal nooit helemaal volledig zijn voor het maken van de meest optimale keuze. Dit erkent de Partij van de Arbeid hopelijk toch wel?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Bij de Partij van de Arbeid is het glas altijd halfvol. Het lijkt erop dat de SP weer begint over een halfleeg glas en over

Bouwmeester

alle zaken die niet kunnen. Mijn antwoord is gebaseerd op wat allemaal wel kan. Alle zorg begint, zoals gezegd, met de relatie met een goede arts, met goede communicatie en tijd voor elkaar. Verder zijn daarbij zorgstandaarden nodig, ingesteld door het veld zelf. Dat is de voorwaarde. Vervolgens kun je dit alles met elkaar vergelijken als je het op de juiste manier doet. Verder moet je ervoor zorgen dat de informatie wordt aangeleverd. Dat zei ik zojuist ook. Heel veel zorgaanbieders waren namelijk niet zo happig om die informatie aan te leveren. Als je al die informatie hebt, kun je die op een site zetten en transparant maken. Daar willen wij heen, ook al is het ambitieus, want nu is er veel te weinig inzicht. De zorg draait immers om mensen. De minister is hierover heel positief geweest in het wetsvoorstel. Wij hebben er dus alle vertrouwen in dat het de goede kant opgaat. Hoe sneller, hoe beter, zeg ik er nog even bij.

Mevrouw Leijten (SP):

Als alles op een rij wordt gezet en de hele website klopt, als alle gegevens onafhankelijk zijn en goed getoetst kunnen worden, kunnen wij er toch niet aan voorbij gaan dat het hebben van zo'n website niet het einde is? Het gaat toch ook om wat daarna komt? Dit heeft niets met volle, lege, driekwart volle of halvolle glazen te maken. Als die website er is, zijn wij er toch nog niet? Het lijkt mij goed als wij die erkenning krijgen.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Mevrouw Leijten stelt een vraag die de hele Tweede Kamer eigenlijk al heeft beantwoord. Ik zal die nu als laatste spreker ook beantwoorden. Het gaat eerst om de relatie, om kwaliteit. De website is een hulpmiddel. Een zorgstandaard is ook een hulpmiddel, net zoals een norm en toezicht. Uiteindelijk wordt goede zorg opgebouwd door heel veel dingen tegelijkertijd te doen. Je moet altijd in de gaten houden dat er een mens is met een zorgvraag en je afvragen hoe je die goed kunt beantwoorden. In de zorg gaat er heel veel goed. Wij moeten ervan uitgaan dat het merendeel goed gaat. Volgens mij is het doen van meerdere dingen tegelijkertijd dus een heel positief uitgangspunt.

Ik vervolg mijn betoog. Ik had het over het opvragen of opeisen misschien – eerst vragen en als er niet geleverd wordt ook eisen – van informatie door de NZa. Hoe voorkomen wij situaties zoals in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis? Daar werden allerlei lijstjes afgevinkt. Het ziekenhuis had allerhande certificaten. De inspecties zijn er op bezoek geweest en alles was prima. Vervolgens bleek opeens dat de kwaliteit niet goed was. Je moet dus heel goed opletten dat het geen afvinklijstje wordt, maar dat zaken in de praktijk gaan verbeteren. Wij willen daarom niet alleen weten hoe de afstemming tussen het Kwaliteitsinstituut en de NZa is, maar ook wat de rol van de IGZ is. Hoe is geborgd dat de verschillende partijen informatie over misstanden met elkaar delen en daardoor daadkrachtig kunnen optreden?

Wat is precies het doel bij de normstelling? De PvdA is groot voorstander van aansluiten bij initiatieven in de praktijk waarbij normen worden opgesteld, maar wat is precies de bedoeling? Waar er nog niks is, wordt daar van een minimumnorm naar een streefnorm gewerkt om ambitie te stimuleren? Gaan deze normen ook gelden voor de Wmo? Daarover bestaat onduidelijkheid. Is de staatssecretaris bereid, om tafel te gaan zitten met het zorgveld dat op de Wmo is gericht? Hij zou dan kunnen vragen hoe

het met de kwaliteitsstandaard zit, wat wij kunnen meten en waar verschil moet worden gemaakt. Kortom, kan de staatssecretaris hun vragen wat precies noodzakelijk is?

Het aansluiten op en versterken van ontwikkelingen in het veld is van groot belang om draagvlak voor richtlijnen en normen te houden en dubbelingen te voorkomen, maar wat wordt verstaan onder het veld? Wij vinden het logisch dat specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden, dus de uitvoerders, en patiënten eronder vallen, maar waarom worden ook de zorgverzekeraars genoemd? Wat zal straks hun invloed zijn op het vaststellen van een kwaliteitskader? Welk belang krijgt straks de overhand? Gaat het om de uitvoering, de kosten, de patiënten? Wie heeft hierin straks de sterkste stem? En hoe worden de best practices landelijk geïmplementeerd? Wie stelt de richtlijnen op? Hoe wordt gegarandeerd dat dit onafhankelijk van de industrie gebeurt? We kennen allerlei discutabele voorbeelden uit de farmacie. Kortom, hoe wordt de totstandkoming van zo'n richtlijn openbaar gemaakt? Hoe staat dit in verband met het transparantie-register? Kan iedereen dit register per april inzien? In eerste instantie wordt het register gevuld met gegevens over 2012. Wanneer wordt het register echt actueel?

Met de naleving van bestaande richtlijnen werd soms vrijblijvend omgegaan. Dit moet voorkomen worden, want wij willen graag dat mensen zich aan richtlijnen houden. Hoe wordt een vrijblijvende omgang voorkomen? Wie controleert dit? Waarom zou de vrijblijvendheid er vanaf gaan met de instelling van dit Kwaliteitsinstituut?

Mijn laatste punt gaat over de care. In de langdurige zorg bestaat al een kwaliteitskader, dat recent is geïmplementeerd en tot stand is gekomen door samenwerking tussen de branche, de IGZ, cliënten en het ministerie. Hoe wordt ervoor gezorgd dat het wiel niet opnieuw wordt uitgevonden op terreinen waar deze kwaliteitsstandaarden al bestaan? Hoe voorkomen we dat alle tijd en energie opnieuw moet worden gestoken in iets wat al functioneert, maar aan nieuwe regeltjes moet voldoen? Kortom, hoe worden dubbelingen voorkomen?

Ik heb nog één concreet voorbeeld. De care zou qua professionele zorgstandaarden achterlopen, maar er zijn ook heel goede voorbeelden. Zo is er bij verzorgingsinstelling De Hoven, die in Noord-Nederland zit, een pilot gestart met regelvrij werken. Hier worden geen lijstjes afgevinkt, maar hier wordt menselijk te werk gegaan. Het effect is dat de mensen die daar verblijven, veel gelukkiger en tevredener in de instelling zijn. Maar nu komt het: het zorgkantoor gaat deze instelling korten omdat deze niet voldoet aan de zorgstandaarden van het zorgkantoor. Dit heeft een andere standaard dan de instelling zelf. Hier bestaan dus meerdere zorgstandaarden naast elkaar. De pilot met regelvrij werken, die door de mensen wordt gewaardeerd, dreigt te moeten stoppen omdat het zorgkantoor financieel gaat korten omdat de instelling niet aan de standaardlijstjes voldoet. Vindt de staatssecretaris dat ook zonde? Op welke manier kan het Kwaliteitsinstituut zo'n pilot versterken? Als de werkwijze goed uitpakt, zoals hier, hoe kan die dan overeind worden gehouden? Hoe voorkomen we dat die sneuvelt door andere, opgelegde zorgstandaarden?

Namens mijn collega's Otwin van Dijk en Agnes Wolbert vraag ik de staatssecretaris of hij bereid is om in gesprek te gaan met het zorgkantoor over de situatie in De Hoven. Is het echt zo dat de instelling zo wordt gekort dat de pilot na twee jaar in het water valt, omdat het zorgkantoor de enige is die deze standaarden bepaalt?

Bouwmeester

Ik ga afsluiten. Zorgstandaarden om de kwaliteit te vergroten zijn goed, maar de relatie tussen de patiënt en de zorgprofessional blijft de basis en blijft het belangrijkste. Zeggenschap vanuit het veld is altijd het eerste, maar daarnaast zijn protocollen, inzicht, kwaliteit en een centraal informatiepunt heel belangrijk om goede zorg te garanderen en het vertrouwen in de zorg te behouden en te vergroten.

Mevrouw Leijten (SP):

Hoe zou de Partij van de Arbeid oordelen over de situatie dat de Adviescommissie Kwaliteit vanuit haar doorzettingsmacht een professionele standaard ontwikkelt die niet gedragen wordt door degenen die hem moeten uitvoeren, de beroepsbeoefenaars en de wetenschappelijke verenigingen?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Zoals wij het voorstel hebben gelezen, is het juist de bedoeling dat een zorgstandaard tot stand komt vanuit het veld zelf, dus vanuit de aanbieder, de patiënt, de medisch specialist en noem ze allemaal maar op. Het is mogelijk dat dit niet gebeurt. Wij kennen daarvan het voorbeeld van de richtlijn Drang en dwang in de ggz. Daar hebben wij als Kamer vier jaar lang om moeten vragen. Het veld kwam er maar niet uit en er gebeurde maar niets. Wij konden echter ook niets, want de minister zei dat zij dit niet kon afdwingen als minister. Omdat wij het zo belangrijk vonden, is er uiteindelijk geld heen gegaan. Toen kon het opeens wel. Er was dus een beetje dwang en er was verleiding met geld. Toen ging een werkgroep zelf aan de slag. Zo zou het Kwaliteitsinstituut straks ook moeten gaan werken. Waar het veld er niet uitkomt, kan het Kwaliteitsinstituut zelf een werkgroep instellen vanuit het veld en op basis van draagvlak. Die gaat het dan gewoon doen. Draagvlak is dus eigenlijk het allerbelangrijkste, omdat iedereen, als je draagvlak hebt voor een richtlijn, die ook uitvoert. Dan willen en begrijpen zij die namelijk. Zonder draagvlak heb je dus niets aan een richtlijn.

Mevrouw Leijten (SP):

Dat ben ik geheel met mevrouw Bouwmeester eens.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Fijn.

Mevrouw Leijten (SP):

Draagvlak is het belangrijkste wat je nodig hebt. Daarom stel ik voor dat de Adviescommissie Kwaliteit, die geen professionele standaard meer kan schrijven, vooral gaat doen wat mevrouw Bouwmeester nu eigenlijk beschrijft. Wij hebben indertijd gezegd dat de inspectie strenger moet handhaven. Die dwang was er wel degelijk richting dit soort separeerverschijnselen of het te veel isoleren. Dat was ook een stok achter de deur. Mijn voorstel is dus dat je de Adviescommissie Kwaliteit anders positioneert, zoals mevrouw Bouwmeester ook adviseert. Zij kan dan dus geen professionele standaarden opstellen waarvoor geen draagvlak is. Dat kan nu wel volgens de wet. Ik wil graag weten of de Partij van de Arbeid dit amendement steunt.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Wij zijn het met de uitkomst eens. Je hebt draagvlak nodig voor zo'n richtlijn, want dan zullen mensen die pas uitvoeren. Dat is hetzelfde als wanneer wij hier in de Ka-

mer een richtlijn bedenken. Die voert niemand uit. De aanname van de SP is dat dit nu niet mogelijk is en dat er een adviescommissie is. Dan zie ik opeens een schrikbeeld van iemand die ergens in een kantoorgebouw zit en even in zijn eentje een richtlijn schrijft, als het veld er zelf niet uit komt. Ik heb de toelichting zo gelezen dat er een commissie wordt aangewezen die het gewoon gaat doen, als het veld er om wat voor reden dan ook niet uit komt. Die zal dan draagvlak verwerven en al die partijen bij elkaar brengen. Ik stel de vraag ook aan de minister. Als ik het zo mag lezen dat dit dus gebeurt, dan hoeven wij niet allerlei dingen uit te halen. Als dit niet gebeurt en er iemand in zijn eentje in een kantoorje een richtlijn schrijft, omdat het veld het niet doet, maar er geen draagvlak voor is, dan ontstaat er een probleem en ben ik geneigd het amendement van mevrouw Leijten te steunen. Zij had daar een amendement voor, geloof ik. Ik moet dan even goed naar de tekst kijken, maar dan ben ik het met haar eens. Als ik het zo mag lezen als ik zei, dan is haar amendement overbodig. Dat vraag ik het kabinet nu dus. En als ik het niet zo mag lezen, dan steun ik het amendement.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Eigenlijk zegt mevrouw Bouwmeester dat iemand, als de professionele standaard in het openbaar register wordt opgenomen, zijn vinger moet kunnen opsteken en kunnen zeggen: jongens, dit was niet de bedoeling. Is het dan niet veel handiger dat je, als zo'n professionele standaard in dat register wordt opgenomen, daartegen bezwaar kunt maken? Dan krijg je daarover namelijk een openlijke discussie.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Ik begrijp de vraag van het CDA, maar inschrijven in het register is het allerlaatste proces. Dan is het klaar, afgestemd, ingeschreven en aan de slag. Dan moet men zich eraan houden. Als er dan nog discussie ontstaat, is er aan de voorkant iets niet goed gegaan. Er moet aan de voorkant draagvlak zijn bij iedereen. Dat draagvlak is belangrijk, want anders wordt het gewoon niet uitgevoerd. Dan zitten wij regels te bedenken waar niemand zich aan houdt.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Draagvlak is heel belangrijk en het moet voorin plaatsvinden, maar is het niet verstandig om achterin ook een waarborg te hebben?

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Ik twijfel daarover. Als het draagvlak niet aangetoond is, moet je zo'n richtlijn niet inschrijven. Volgens mij is dat verstandiger. Als er draagvlak is voor een richtlijn, als je die inschrijft en als iemand het er dan toch nog niet helemaal mee eens is, blijven wij jarenlang discussiëren, met bezwaarprocedures, over de vraag of je iets mag inschrijven. Het gaat er juist om hoe je zo praktisch mogelijk een klap erop kunt geven zodat iedereen zegt: jippie, we gaan aan de slag en de kwaliteit wordt verbeterd. Dat is het doel. Het lijkt erop dat wij het met elkaar eens zijn, hoop ik.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

Bouwmeester

De voorzitter:

Hiermee is een einde gekomen aan de eerste termijn van de Kamer. Wij hervatten de behandeling van het wetsvoorstel op een later moment, dat u zult terugvinden op het schema.

De vergadering wordt van 18.22 uur tot 19.30 uur geschorst.

Voorzitter: Bosma