

Vergaderjaar 2009–2010

**31 961**

**Implementatie Kwaliteitswet zorginstellingen**

## Nr. 5

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Blok (VVD), Ten Hoopen (CDA), Weekers (VVD), Van Haersma Buma (CDA), De Nerée tot Babberich (CDA), Aptroot (VVD), voorzitter, Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer Kaya (D66), Luijben (SP), Van der Veen (PvdA), Kalma (PvdA), Van Gerven (SP), Blanksma-van den Heuvel (CDA), Cramer (CU), Van Dijck (PVV), Gesthuizen (SP), Ouwehand (PvdD), Heijnen (PvdA), Tang (PvdA), Vos (PvdA), ondervoorzitter, Bashir (SP), Sap (GL) en Vacature (CDA).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van der Burg (VVD), Jonker (CDA), Snijder-Hazelhoff (VVD), De Vries (CDA), Van Hijum (CDA), Van Beek (VVD), Boekestijn (VVD), De Pater-van der Meer (CDA), Van der Ham (D66), Gerkens (SP), Vermeij (PvdA), Kuiken (PvdA), Kant (SP), Vacature (CDA), Anker (CU), De Roon (PVV), Irrgang (SP), Thieme (PvdD), Linhard (PvdA), Besselink (PvdA), Depla (PvdA), Roemer (SP), Vendrik (GL) en Mastwijk (CDA).

<sup>2</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL) en De Roos-Consensmulder (SP).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL) en De Wit (SP).

## LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 18 september 2009

De commissie voor de Rijksuitgaven<sup>1</sup> en de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>2</sup> hebben over het rapport «Implementatie Kwaliteitswet zorginstellingen» van de Algemene Rekenkamer (Kamerstuk 31 961, nrs. 1–2) de navolgende vragen ter beantwoording aan het kabinet voorgelegd.

Deze vragen, alsmede de daarop bij brief van 17 september 2009 gegeven antwoorden, zijn hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie voor de Rijksuitgaven,  
Aptroot

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Smeets

De adjunct-griffier van de commissie voor de Rijksuitgaven,  
Van de Wiel

*Zou het voorstel van de Algemene Rekenkamer om tot één verplichte certificering voor alle processen en voor alle zorgaanbieders te komen niet kunnen leiden tot een sneller invoering van een eenduidig en transparant kwaliteitsbeleid?*

In onze voortgangsbrief Kwaliteit van zorg, die wij op 24 juni jl. aan uw Kamer hebben gezonden, melden wij dat er inmiddels vele maatregelen zijn genomen die tot concrete resultaten leiden. Deze ontwikkelingen geven vertrouwen in het vervolg.

Het kwaliteitsbeleid bestaat uit diverse onderdelen:

- Versterken (rechts)positie van de cliënt, zodat cliënten meer weerbaar zijn en elkaar daarbij ondersteunen, met als gevolg dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet meer om de wensen van cliënten heen kunnen;
- Vergroting van de transparantie van kwaliteit, zodat cliënten de zorg kunnen kiezen die past bij hun eigen voorkeuren;
- Patiëntveiligheid, zodat cliënten geen vermijdbare schade oplopen;
- Goed bestuur, zodat de focus gericht is op goede en veilige zorg aan cliënten, geleverd door zorgprofessionals die daar de mogelijkheden voor krijgen;
- Versterken toezicht Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), zodat er ingegrepen wordt als de kwaliteit en veiligheid van zorg aan cliënten in het geding is;
- Ontwikkeling en implementatie van richtlijnen met aandacht voor veiligheid en doelmatigheid van zorg, zodat cliënten er beter van op aan kunnen dat ze de zorg ontvangen waar ze recht op hebben;
- Goede ketenzorg bij chronische ziekten, zodat de kwaliteit van het leven van chronisch zieken verbetert en zij kunnen blijven deelnemen aan de maatschappij.

Certificering kan bijdragen aan het bovenstaande kwaliteitsbeleid. De interventies van de overheid zijn echter steeds meer gericht op de door de zorgaanbieders te leveren prestaties en minder op het «voorschrijven» hoe zorgaanbieders die prestaties moeten bereiken. Wij vinden dit effectiever dan indien wij ons primair met operationele kwaliteitssystemen zouden bezighouden. Deze beweging is verder in lijn met de wijzigingen in wetgeving in de afgelopen jaren (met name de Wet toelating zorginstellingen, Wet marktordening gezondheidszorg, Zorgverzekeringswet, modernisering AWBZ).

Het past niet in onze visie om certificering voor zorgaanbieders verplicht te stellen. Dit is en blijft de verantwoordelijkheid van veldpartijen zelf. Wij vinden het van belang dat de veldpartijen voortvarend uitvoering geven aan hun respectievelijke taken en verantwoordelijkheden ten aanzien van de landelijk afgesproken kwaliteitskaders voor verantwoorde zorg.

Deze zijn leidend. Voor zover certificering hierbij aansluit, kan dit voor betrokken partijen een steun in de rug betekenen.

Dat betekent niet dat het «hoe» (operationele kwaliteitssystemen) dan minder belangrijk wordt. Het is alleen geen onderwerp van onze primaire bemoeienis.

Een uitzondering op de lijn dat wij ons niet primair bemoeien met de operationele kwaliteitssystemen betreft de systemen bij zorgaanbieders om de veiligheid van de geleverde zorg te waarborgen, inclusief het onderhoud van medische apparatuur en hulpmiddelen. De reden hiervoor is dat hier direct de veiligheid van cliënten in het geding is. Wij bevorderen actief dat veiligheidsprogramma's en -plannen tot stand komen en uitgevoerd worden in alle sectoren, mede toegespitst op de specifieke veiligheidsvraagstukken binnen de betreffende sector, en zonodig dwingen wij dat af.

De IGZ kan in toenemende mate gebruik maken van de openbare informatie over de door zorgaanbieders geleverde kwaliteit en veiligheid van zorg (indicatoren en ervaringen van cliënten), waardoor het toezicht moderner en slagvaardiger kan worden ingevuld.

2

*Hoe verhouden de diverse kwaliteitssystemen, certificeringmogelijkheden die naast elkaar bestaan tot de administratieve lastendruk voor zorgaanbieders?*

Het kabinet streeft naar vermindering van administratieve lasten die ontstaan ten gevolge van overheidsregelgeving. Wij stellen certificering van kwaliteitssystemen van zorgaanbieders niet verplicht. Dit is en blijft de verantwoordelijkheid van veldpartijen zelf. In die zin gaat het dus niet om administratieve lasten die ten gevolge van overheidsregels ontstaan. De zorgaanbieders kunnen zelf hun administratieve lasten verlagen door de diverse eisen die aan hen gesteld worden vanuit de overheid, zorgverzekeraars, cliënten en andere stakeholders te integreren in één intern kwaliteitssysteem. Indien gewenst kunnen ze dit interne kwaliteitssysteem laten certificeren en zich daarmee onderscheiden van andere zorgaanbieders.

3

*Deelt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de opvatting dat papieren normen, zoals de HKZ-certificaten, de CQ-index en dergelijke normen, niets zeggen over de kwaliteit van zorg? Kan daarbij een nadere reactie worden gegeven op het voorbeeld van een ziekenhuis in Engeland waar jarenlang naar schatting honderden mensen zijn overleden aan tekortschietende zorg voldeed aan alle papieren normen en had zelfs een prijs ontvangen en waarbij de Engelse Inspectiedienst concludeerde dat er te veel vertrouwd werd op deze papieren normen, in plaats van op de zorg zelf af te gaan? Kan voorts een reactie worden gegeven op de situatie in Nederland waar bijvoorbeeld de SPDC-oost van AMC de Meren voldoet aan al deze normen, zou er geen einde moeten komen aan het woud van papieren normen en moet de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) tevens niet de capaciteit krijgen om op de zorg zelf af te gaan?*

Het hebben van een certificaat garandeert niet dat de geleverde kwaliteit van zorg door een instelling goed is. De uitkomsten van metingen van cliëntenervaringen geven echter wel een goede indicatie of de geleverde kwaliteit van zorg door een instelling goed is. Diverse voorbeelden geven dit aan.

Ten aanzien van de SPDC-Oost van AMC de Meren heeft de IGZ in haar brief aan de Raad van Bestuur van 10 november 2008 aangegeven: «SPDC Oost maakt onderdeel uit van AMC de Meren. De instelling is HKZ-gecertificeerd. Deze heeft nog geen uitwerking gekregen die op een directe wijze ten dienste komt aan de kwaliteit van de uitvoering van zorg in de kliniek en het preventiebeleid van het insluiten in de separeer op de dag van opname in het bijzonder.»

Voor het antwoord op de vragen naar de relatie tussen papieren normen en het toezicht door de IGZ en de capaciteit van de IGZ verwijzen wij u naar het antwoord op vragen 1 en 22.

4

*Is het juist dat zorginstellingen hun gegevens makkelijk op kunnen vijzelen? Zo ja, welke maatregelen gaat het kabinet hiertegen nemen?*

In 2007 hebben wij de IGZ opdracht gegeven om het programmabureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit (ZbTK, nu Zichtbare Zorg) op te

richten. Onderdeel van deze opdracht vormde het zorgdragen voor betrouwbare, valide en vergelijkbare kwaliteitsinformatie. Het bureau heeft verschillende stappen gezet om hiertoe te komen. Allereerst heeft Zichtbare Zorg een centrale ICT-voorziening ingericht, waarin onjuiste informatie wordt gesignaleerd. Bij de ziekenhuizen wordt hier op dit moment tevens een «betrouwbaarheidslabel» aan de informatie toegevoegd. Daarnaast is een breder onderzoek uitgevoerd naar risico's op onbetrouwbare informatie. De aanbevelingen die hieruit naar voren kwamen worden op dit moment fasegewijs uitgewerkt in maatregelen die betrouwbaar registreren en meten van kwaliteitsgegevens door zorgaanbieders dienen te borgen. Ook ICT bij instellingen speelt hierin een belangrijke rol. Het sluitstuk van deze aanpak is dat een onafhankelijke externe partij de betrouwbaarheid van de kwaliteitsgegevens waarmerkt.

5

*Is de kwaliteit van zorg in Nederland gemiddeld?*

Nederland stond in 2008 wederom bovenaan in de ranking van Europese zorgstelsels, de European Health Consumer Index. In 2005 was dit eerder het geval. Dit staat in het rapport *Euro Health Consumer Index 2008* van Health Consumer Powerhouse. Dit rapport bevat de onderzoeksresultaten van het meest recente jaarlijkse onderzoek naar de kwaliteit van de Europese gezondheidszorg. In het onderzoek wordt gekeken naar zes aspecten van de gezondheidszorg, namelijk patiëntenrechten en informatievoorziening, wachttijden, resultaten, bereik van de geboden diensten, farmaceutica en e-Health.

Wij laten de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg voortdurend onderzoeken. In mei 2010 komt weer een nieuwe Zorgbalans uit. In de nieuwe Zorgbalans zal onder andere aandacht worden besteed aan de vraag of het in 2006 ingezette beleid rond het zorgstelsel een betere balans tussen kwaliteit en kosten weet te realiseren en hoe de kwaliteit van zorg zich ontwikkelt in de tijd.

6 en 7

*Kan er een beeld gegeven worden van de personeelstekorten in de zorg? Wat is het overheidsbeleid om meer werknemers voor de zorgsector te laten kiezen en wat is het effect van dat beleid?*

Hierover is diverse keren met de Tweede Kamer over gecommuniceerd. Korthedshalve verwijzen wij u naar de volgende Kamerstukken:

- 5 november 2007, arbeidsmarktbrief: TK 29 282, nr. 46
- 24 september 2008, overzicht maatregelen arbeidsmarktbeleid: TK 29 282, nr. 71
- 23 december 2008, arbeidsmarktbrief: TK 29 282, nr. 79
- 4 februari 2009 AO Arbeidsmarktbeleid: TK 29 282, nr. 81
- 11 maart 2009 brief met het groenboek gezondheidswerkers in Europa TK 22 112, nr. 823
- 19 maart 2009 brief n.a.v. het AO: TK 29 282, nr. 82
- 10 juni 2009 AO Arbeidsmarktbeleid: TK 29 282, nr. 83

Gezien de verantwoordelijkheidsverdeling van het arbeidsmarktbeleid in de zorg is het effect van alleen het beleid van VWS moeilijk in kaart te brengen. Het beleid van VWS is namelijk ondersteunend aan het arbeidsmarktbeleid dat individuele zorginstellingen en sociale partners voeren. Het effect hiervan kan alleen in samenhang worden gezien. De beleidsinzet van VWS laat zich goed zien in diverse aansprekende projecten die (mede) door VWS tot stand zijn gekomen. Als goed voorbeeld hiervan dient het «stagefonds» waarmee een krachtige impuls is gegeven aan de kwaliteit en kwantiteit van het aantal aangeboden stageplaatsen, de investeringen in de regionale arbeidsmarktstructuren

waarmee het arbeidsmarktbeleid op regionaal niveau verder vorm wordt gegeven, de pilot projecten gericht op het werven van allochtonen en lager opgeleiden, en het beleid gericht op innovatie waarmee diverse goede voorbeelden op het terrein van innovatie zijn geïdentificeerd en verspreid binnen de sector. Voor overige voorbeelden verwijzen wij u naar de genoemde Kamerstukken.

Daarnaast willen wij u melden dat het kabinet het Zorginnovatieplatform (ZIP) verzocht heeft om een advies over de arbeidsmarktproblematiek in de zorgsector. Het ZIP zal in het najaar 2009 zijn advies uitbrengen. Het advies zal een analyse over de personeelstekorten op de lange termijn (2025) bevatten en aanbevelingen op het gebied van arbeidsmarktbeleid. Na ontvangst van het advies zal het kabinet na raadpleging van betrokken partijen haar reactie op het advies geven.

8

*Deelt het kabinet de conclusie van de Algemene Rekenkamer dat de zelfregulering in de zorg heeft gefaald?*

Nee, die conclusie delen wij niet. Zoals uit het antwoord op vraag 5 blijkt stond Nederland in 2008 wederom bovenaan in de ranking van Europese zorgstelsels, de European Health Consumer Index. Dat is geen aanwijzing voor falende zelfregulering.

Het onderzoek van de Algemene Rekenkamer bevestigt ons in het beeld dat het geen eenvoudige opgave is om transparantie over de prestaties van zorgaanbieders te realiseren. Het realiseren van de gewenste transparantie vergt van alle partijen grote investeringen en doorzettingsvermogen. Inmiddels zijn vele maatregelen genomen die tot concrete resultaten leiden, zoals wij in onze voortgangsbrief Kwaliteit van zorg aan uw Kamer van 24 juni 2009 hebben aangegeven. Als voorbeeld wijzen wij op de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg, waar inmiddels 94% van de zorgaanbieders gebruik maakt van de zorginhoudelijke indicatoren. 59% van de zorgaanbieders heeft de cliëntervaringen gemeten (CQ index; eens per twee jaar verplicht). Van laatstgenoemde heeft 80% aangegeven dat de score voldoende is (tussen 3 en 4 op schaal 1–4).

Op het gebied van veiligheidsnormen hebben wij evenwel het voornemen om deze publiekrechtelijk te verankeren als zelfregulering niet leidt tot afdoende veiligheidsnormen.

9

*Wat zijn de raakvlakken tussen de bevindingen van de Algemene Rekenkamer en de nieuwe Wet cliëntenrechten zorg?*

De bevindingen van de Algemene Rekenkamer richten zich op onderwerpen als transparantie, veiligheid, kwaliteitssystemen, de verantwoordelijkheidsverdeling tussen stakeholders en de handhaving. Deze onderwerpen zullen ook een plaats krijgen in het voorstel van een Wet cliëntenrechten zorg dat wij naar verwachting nog dit jaar aan uw Kamer zullen zenden.

10

*De Algemene Rekenkamer concludeert dat zelfregulering binnen de zorgsectoren niet tot het beoogde resultaat heeft geleid en de bewindslieden geven aan dat de uiteindelijke verantwoordelijkheid bij veldpartijen ligt. Welke rol zien de bewindslieden voor zichzelf in dit kader aangezien zij wel een systeemverantwoordelijkheid op dit gebied hebben?*

Het kabinet heeft stevige doelstellingen op het gebied van kwaliteit van zorg geformuleerd (zie de voortgangsbrief Kwaliteit van zorg aan uw Kamer van 24 juni 2009), die aansluiten op breed gedragen ambities bij

betrokken veldpartijen. De realisering van die doelstellingen vraagt veel van de betrokken partijen in het veld (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten). Gezien het grote aantal partijen en de niet altijd parallel lopende belangen van die partijen, hebben wij op een aantal terreinen een meer stimulerende en faciliterende positie ingenomen om veranderingen van de grond te krijgen. Dit neemt niet weg dat de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de uitvoering bij de veldpartijen blijft liggen. Dat kan niet anders en dat willen we ook niet anders. We realiseren ons dat het gaat om een complexe materie. Daarbij moet niet worden vergeten dat wat betreft de daadwerkelijke zorgverlening «de winkel tijdens de verbouwing geopend moet blijven». Door die gecompliceerde werkelijkheid is het moeilijk in te schatten hoeveel tijd de veranderingsprocessen precies nodig hebben. Dat heeft dus ook tot gevolg dat sommige trajecten langer duren dan aanvankelijk gedacht. Wij kiezen voor zorgvuldigheid boven snelheid, waarbij wij vooral proberen te beoordelen of te stimuleren dat partijen zich voldoende inspannen.

11

*Welke maatregelen lopen om zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten een gedeelde visie op kwaliteitskaders met indicatoren en normen in te nemen?*

Zie vraag 12 en 23 t/m 26.

12

*Wat zijn de gevolgen van het beleid om met ingang van 2007 zelf per sector de regie op de ontwikkeling van kwaliteitskaders te voeren?*

Dankzij deze inspanningen van de afgelopen jaren zijn er inmiddels al eerste successen geboekt: op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) staat inmiddels prestatie-informatie en informatie over de ervaringen van cliënten (cq index) over zorgverzekeraars, ziekenhuizen en verpleeg-/verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen; en binnenkort ook over de zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg. Dat geeft vertrouwen voor het vervolg van de transparantie-trajecten.

Het programmabureau Zichtbare Zorg dat op ons verzoek door de IGZ is opgezet, regisseert sinds 2007 de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en ondersteunt daartoe de zorgorganisaties bij de ambitie om de kwaliteit van de geleverde zorg zichtbaar te maken. Door de transparantie van kwaliteit te vergroten wordt het voor cliënten of hun ondersteuners beter mogelijk om de zorg te kiezen die bij hen past. Tegelijkertijd leidt transparantie ook tot het verbeteren van de kwaliteit; zorgaanbieders gebruiken het inzicht dat wordt verkregen uit de uitkomsten van de indicatoren actief om zich te verbeteren.

Het programma bevindt zich thans in een fase waarin in alle clusters van sectoren (care, cure en eerste lijn) het programmeren, het ontwikkelen en het testen van de kwaliteitsindicatoren ver gevorderd of afgerond is. Voor de actuele stand van zaken verwijzen wij graag naar [www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl). Veldpartijen zijn zelf verantwoordelijk voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren.

Het gebruik van de indicatoren is overigens niet vrijblijvend. In een ministeriële regeling wordt op basis van de indicatoren ieder jaar opnieuw de gegevensset vastgesteld die het merendeel van de instellingen verplicht moeten leveren. De IGZ gebruikt de informatie uit de indicatoren om haar gefaseerd toezicht risicogestuurd vorm te geven. De werkelijke kwaliteit van geleverde zorg wordt overigens niet alleen gemeten aan de hand van kwaliteitsindicatoren, maar ook door het meten van de ervaringen van cliënten (CQ index) en inspectiebezoeken.

13

*Wat is de vooruitgang op het gebied van kwaliteitskaders en kwaliteits-systemen waarmee de IGZ haar toezicht uitoefent?*

In de voortgangsbrief «kwaliteit van zorg» zoals deze op 24 juni jl. naar uw Kamer is gezonden schetsen wij de grote stappen die al zijn gezet, maar ook de uitdagingen die er voor de komende periode nog liggen.

De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren heeft in alle sectoren van de gezondheidszorg een hoog tempo. De sector verpleging, verzorging en zorg thuis en de ziekenhuizen meten de kwaliteit van zorg aan de hand van een set indicatoren en publiceren deze gegevens in het jaardocument maatschappelijke verantwoording. De gehandicaptenzorg heeft de pilot met de set indicatoren gedaan en is nu bezig met de doorontwikkeling van de indicatoren, evenals de ggz. De ontwikkeling van indicatoren op het gebied van 80 onderdelen van ziekenhuiszorg is in volle gang. Ook de eerste lijn is druk bezig om te komen tot heldere kwaliteitsindicatoren. Inmiddels sluit de ontwikkeling van kwaliteitssystemen hierop aan. Voor de ouderenzorg is door stichting Perspekt het systeem Prezo ontwikkeld, analoog aan de kwaliteitsindicatoren. Ook HKZ en Niaz sluiten in de doorontwikkeling van hun systemen aan bij de ontwikkeling van de indicatoren.

Dit alles maakt dat de IGZ kan toezien op een steeds meer op elkaar aansluitend systeem van meten, transparant maken en verbeteren van kwaliteit van zorg.

14

*Wat is de dekkingsgraad van de IGZ per deelgebied in de zorgsector?*

De IGZ beschikt – in toenemende mate – over (kwaliteits)informatie over het gehele zorgveld (volksgezondheid, cure, care, geneesmiddelen en medische technologie) en daarnaast over eigen waarnemingen/ervaringen. Alle sectoren staan onder toezicht, waarvan de uitvoering (zie ook het Meerjarenbeleidsplan 2008–2011 van de IGZ en de IGZ-werkplannen) de resultante is van drie soorten toezicht, namelijk incidententoezicht (IT), thematisch toezicht (TT) en gefaseerd toezicht (GT). De eerste soort i.c. IT betreft toezichtonderzoeken van alle meldingen aan de IGZ (volgens de vastgestelde Leidraad Meldingen); de tweede i.c. TT betreft sectoren en instellingen doorsnijdende toezichtonderzoeken en de laatste i.c. GT betreft risicogestuurde en gefaseerde toezichtonderzoeken naar instellingen/objecten. Deze risicogestuurde aanpak geeft (logischerwijs) een gedifferentieerd beeld over het percentage feitelijke bezochte instellingen.

Het jaarlijks dan wel frequent bezoeken van alle (duizenden) objecten/instellingen is niet noodzakelijk gezien de risicogestuurde toezichtsystematiek.

De Algemene Rekenkamer verstaat onder «dekkingsgraad» het percentage van de te bezoeken objecten dat de IGZ daadwerkelijk bezoekt. Dit kunnen (geplande) bezoeken zijn in het kader van gefaseerd toezicht, thematisch toezicht en/of incidententoezicht. De aanpak van de IGZ resulteert over 2009 in de volgende – hiervoor gedefinieerde – dekkingsgraad van bezochte zorginstellingen op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen:

- publieke gezondheidszorg: circa 15 bezoeken resulterend in een dekkingsgraad van circa 52 procent;
- cure: circa 260 bezoeken resulterend in een dekkingsgraad van circa 67 procent;
- care: circa 900 bezoeken resulterend in een dekkingsgraad van circa 26 procent.

Bij deze percentages wordt opgemerkt dat het zowel kan gaan om

bezoeken aan zorgaanbieders op stichtings-/concernniveau als om bezoeken aan locaties van zorginstellingen. Zo is de dekkinggraad in de care gebaseerd op bij IGZ bekende locaties en organisatorische eenheden (3472 organisatorische eenheden – variërend van klein tot groot – van circa 870 concerns/stichtingen). De dekkinggraad in de publieke gezondheidszorg en in de cure betreft overwegend zorgaanbieders op stichtings-/concernniveau. De bezoeken zijn hoofdzakelijk gebaseerd op een risico-analyse en daarmee gericht op risicovolle situaties. Voor de noodzakelijke spiegelinformatie wordt in de care ook een percentage goed scorende organisatorische eenheden bezocht.

Daarnaast wordt aangetekend dat het aantal bezoeken van inspecteurs (aanzienlijk) hoger ligt, omdat meerdere, deels onaangekondigde bezoeken aan objecten/instellingen in het kader van verscherpt toezicht en/of naar aanleiding van meldingen, in deze percentages niet tot uitdrukking komen. Daarnaast voert de IGZ toezichtbezoeken uit op basis van andere wetgeving dan de Kwaliteitswet zorginstellingen, zoals in het kader van de Geneesmiddelenwet, Wet op de medische hulpmiddelen, Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen of de Wet publieke gezondheid. Het toezicht op de sector geneesmiddelen en medische technologie (GMT) vindt overwegend plaats op basis van andere wetgeving dan de Kwaliteitswet zorginstellingen en betreft veelal ook andere instellingen dan zorginstellingen. De verstrekte percentages geven derhalve «slechts» een indicatie van het aantal bezochte objecten/instellingen.

15 t/m 17

*Vallen particuliere instellingen en zorg betaald uit persoonsgebonden budgetten (PGB's) buiten het zicht van de IGZ? Hoe wordt de ontwikkeling en implementatie van registratiesystemen op dit moment bevorderd en gefaciliteerd?*

*Deelt het kabinet het oordeel van de Algemene Rekenkamer dat de IGZ onvoldoende toezicht kan houden op particuliere instellingen en deze ook niet volledig in kaart heeft? Zo ja, is het kabinet bereid een vergunningstelsel in te voeren voor particuliere zorgaanbieders? Zo nee, waarom niet?*

De inspectie heeft in principe geen toezicht op de kwaliteit van zorg die geleverd wordt via een persoonsgebonden budget (PGB): degene die met behulp van een PGB zorg inkoop, is zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van die inkoop. De inspectie houdt alleen toezicht op de geleverde kwaliteit van zorg als de zorg wordt ingekocht door de PGB-houder, bij een BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar. De wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) vormt dan het uitgangspunt voor het toezicht. Zodra er echter sprake is van PGB-zorg geleverd in en door een georganiseerd verband en zorg zoals omschreven in de AWBZ en de Zorgverzekeringswet, vallen de organisaties op basis van de Kwaliteitswet wel onder het toezicht van de inspectie. Het feit dat de zorg op basis van PGB en/of particulier wordt gefinancierd, maakt voor het bepalen of de organisatie onder de Kwaliteitswet zorginstellingen valt niet uit.

Niet alle organisaties die zich op de zorgmarkt begeven zijn op dit moment bekend bij de inspectie, omdat niet voor alle organisaties een registratieplicht bestaat en niet alle organisaties Jaardocumentplichtig zijn.

Wij hebben in de brief van 11 juni 2009 over het IGZ-rapport inzake niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties aangegeven dat wij met de Wet Cliëntenrechten Zorg registratie van alle zorgaanbieders willen regelen. Vooruitlopend hierop verkennen wij de mogelijkheden voor een niet-verplichte registratie, voor die organisaties die op dit moment geen registratieplicht hebben danwel die niet-Jaardocumentplichtig zijn.



Sinds april 2007 kunnen particuliere klinieken en particuliere zorginstellingen zich laten registreren bij de IGZ. Registraties worden toegevoegd aan de bij de IGZ al bestaande lijst van particuliere klinieken en particuliere zorginstellingen.

Op het punt van het in beeld krijgen van particuliere instellingen wordt binnenkort een belangrijke verbetering gerealiseerd. Op grond van de op handen zijnde inwerkingtreding van de WUBHV (Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving) wordt registratie van particuliere verpleeg- en verzorgingshuizen en privéklinieken verplicht.

Wij verwachten dat de IGZ met bovengenoemde informatiebronnen voldoende zicht krijgt op de instellingen die actief zijn binnen de zorg. Daarnaast krijgt elke nieuwe particuliere zorginstelling een vragenlijst op basis waarvan de IGZ kan toetsen of de instelling voldoet aan de kwaliteitseisen. Deze eisen zijn niet anders dan de eisen die bij een vergunning worden gesteld. Indien daar aanleiding toe is zal de IGZ bij een nieuwe geregistreerde particuliere zorginstelling in het eerste jaar langsgaan om te kijken of die voldoet aan de kwaliteitseisen. Bij niet voldoen aan de kwaliteitseisen zal de IGZ maatregelen nemen, waarvan sluiting de meest verregaande is.

Een vergunning kan ook schijnzekerheid creëren: een particuliere zorginstelling krijgt een vergunning omdat het op dat moment aan alle eisen voldoet, maar zodra de vergunning er is, kan het zijn dat de instelling het niet kan waarmaken.

Het invoeren van een vergunningstelsel achten wij om bovenstaande redenen dan ook niet noodzakelijk, mede vanuit het oogpunt van beperking van administratieve lasten.

18

*Hoeveel privé-klinieken zijn er inmiddels geregistreerd? Zijn alle geregistreerde instellingen bezocht door de IGZ of is daar planning toe?*

Voor de curatieve en preventieve (diagnostische) zorg zijn op dit moment 260 klinieken geregistreerd. Veel klinieken leveren echter zelf geen zorg. Zij doen geen behandeling maar bemiddelen slechts bij het zoeken van zorg, zijn onderdeel van een ziekenhuis of zijn nog niet gestart met hun zorgverlening. Voor het toezicht gaat de inspectie uit van ongeveer 180 klinieken voor de curatieve zorg. Sinds 2003 is de helft daarvan door de IGZ bezocht. De bezochte klinieken zijn in belangrijke mate geselecteerd op basis van risico-analyse in het kader van het gefaseerd toezicht.

19

*Hoe zorgt de minister van VWS ervoor dat individuele partijen hun verantwoordelijkheid blijven nemen om de andere partijen scherp te houden?*

Zie het antwoord op vraag 10.

20

*Kan de minister van VWS toelichten op welk moment welke resultaten bereikt moeten zijn op het gebied van kwaliteitsontwikkeling?*

In onze voortgangsbrief Kwaliteit van zorg van 24 juni 2009 zijn wij ingegaan op de bereikte en te bereiken resultaten op het gebied van kwaliteit van zorg.

21

*Wat gaat de minister van VWS doen als de gewenste resultaten uitblijven?*

Zie het antwoord op vragen 8 en 10.

*Welke maatregelen gaat de minister van VWS nemen om de IGZ voldoende capaciteit en instrumenten te geven om effectief toezicht te kunnen houden?*

In de nota Vernieuwing Rijksdienst wordt het streven naar een slankere overheid beschreven. Ook een minder omvangrijk inspectie-apparaat dat met hoogwaardige methoden en met een kwalitatief hoogwaardige bezetting de inspectiefuncties vervult.

In de aan de vernieuwing rijksdienst gekoppelde personele taakstelling voor ons departement hebben wij de inspectie ontzien. In plaats van de 20% die binnen de rijksbrede taakstelling als richtsnoer geldt voor de inspectiefunctie, hebben wij de IGZ een beperkte taakstelling opgelegd van 6% (oplopend tot 20,4 fte, met een cumulatief verloop van 2,6 fte in 2008, 5.1 fte in 2009, 10,2 fte in 2010 en 20,4 fte in 2011).

Daarnaast hebben wij, gezien het grote belang dat wij hechten aan de rol van de inspectie rond transparantievergroting en patiëntveiligheid, de IGZ de ruimte gegeven om op die terreinen extra capaciteit aan te trekken. Concreet komt dit neer op een tijdelijke uitbreiding van de formatie met 14 fte voor transparantie in de jaren 2008 en 2009 en daarnaast 20 fte structureel voor intensivering van het toezicht op patiëntveiligheid.

Om deze uitbreiding te kunnen realiseren hebben wij elders binnen ons ministerie op basis van prioritering in taken moeten ombuigen.

Wij zijn ons er overigens van bewust dat desalniettemin de werkdruk bij de IGZ hoog is. Mocht blijken dat de gemaakte capaciteitskeuzes op onderdelen toch tot problemen leiden, dan zullen wij in overleg treden met de Inspecteur-Generaal.

23 t/m 26

*Hoe beoordeelt de minister van VWS de verwachting van de Algemene Rekenkamer dat het inzicht in het aanbod en de kwaliteit van zorg via [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) in 2011 waarschijnlijk niet haalbaar is?*

*Wat is de reactie van de minister van VWS op de twijfel van de Algemene Rekenkamer of de doelstelling van het kabinet, om iedereen in 2011 op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) inzicht te geven in het aanbod en in de kwaliteit van bijna alle zorg, gehaald wordt?*

*Wanneer moeten de kwaliteitskaders van de overige sectoren van de zorg gereed zijn?*

*Waarom denkt de minister van VWS dat hij er in slaagt om in 2011 iedereen via [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) inzicht te geven in het aanbod en de kwaliteit van zorg?*

Het kabinet heeft een forse doelstelling geformuleerd gericht op de indicatorontwikkeling voor de ziekenhuizen (doelstelling 45b) en de klantwaardering in de AWBZ (doelstelling 45c). De staatssecretaris en ik verwachten dat die doelstellingen worden gehaald en dat in 2011 voor ruim 80 onderdelen van de ziekenhuiszorg kwaliteitsinformatie op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) beschikbaar zal zijn en dat cliënten 90% van de zorgaanbieders in de AWBZ een voldoende voor de kwaliteit van de zorg zullen geven.

Ook voor de andere sectoren werken zorgaanbieders op dit ogenblik met cliëntenorganisaties en verzekeraars intensief samen bij het ontwikkelen van indicatoren. Het gaat hier om de sectoren GGZ, VV&T, GZ, Huisartsen, Kraamzorg, Farmacie, Mondzorg, Fysiotherapie, Ketenzorg/Chronische zorg, Verloskunde, Publieke Gezondheidszorg en Bevolkingsonderzoeken. De verantwoordelijkheid voor de totstandkoming van kwaliteitskaders/indicatoren ligt bij de veldpartijen. Wij stimuleren en faciliteren de gewenste ontwikkelingen via het bureau Zichtbare Zorg.

Indicatorontwikkeling doorloopt een aantal stadia: programmeren, definiëren, testen en invoeren, structureel registreren, data verzamelen en bewerken en ten slotte publiceren. De doorlooptijd van zo'n normale cyclus is minimaal anderhalf tot 2 jaar en de indicatorontwikkeling wordt vaak in tranches opgepakt. Hierdoor ontstaan er verschillen in voortgang tussen de verschillende sectoren. Bij de VV&T en bij de GGZ bijvoorbeeld is het voortraject al afgerond, wordt het inzicht in aanbod en kwaliteit thans geboden en is inmiddels een «steady state» fase bereikt van onderhoud van indicatoren waardoor de gewenste gegevens jaarlijks kunnen worden bijgesteld op grond van de laatste bevindingen. Voor de actuele stand van zaken verwijzen wij graag naar [www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl). Wij verwachten dat in 2011 de kwaliteitsindicatoren voor de meeste sectoren zijn ontwikkeld en ingevoerd.

Ik ben het overigens in zoverre eens met de Algemene Rekenkamer dat het valideren van indicatoren en het inrichten van een betrouwbare informatievoorziening de eerstkomende jaren nog de nodige tijd en aandacht zal blijven vragen, ook na 2011.

27

*Hoe wil de minister van VWS op basis van relatieve normen komen tot een objectieve basis van toezicht? Is het kabinet van plan te gaan werken met kritische grenzen? Zo nee, waarom niet?*

Absolute normen moeten evidence-based ontwikkeld worden. De weg hiernaartoe verloopt veelal via relatieve normen. Het gebruik van relatieve normen stimuleert in belangrijke mate de verbeterkracht van het veld. Wij zijn van mening dat met het hanteren van relatieve normen op een verantwoorde wijze gekomen kan worden tot objectieve toezichtsoordelen, en dat dit een voldoende objectieve basis voor toezicht is. Mede omdat de gezondheidszorg altijd in ontwikkeling is zullen relatieve normen altijd een belangrijke rol blijven spelen.

Relatieve normen of streefnormen geven de resultaten van zorg weer die door de beste bijvoorbeeld 20% van de zorgaanbieders zijn bereikt met in principe dezelfde kennis, beschikbare menskracht en middelen, die voor alle zorgaanbieders beschikbaar zijn. Dit resultaatsniveau is daarmee voor de overige (80% van de) zorgaanbieders richtinggevend en normerend. Voor de zorgaanbieders moet deze norm leidend zijn in het streven om voor alle patiënten dit optimale resultaat te bereiken. Voor de IGZ kan het presteren onder de relatieve norm een aanleiding zijn om nader onderzoek bij een zorgaanbieder te doen (risicogestuurd toezicht). Overigens zijn wij van mening dat, daar waar het patiëntveiligheid betreft, er meer aandacht moet komen voor normen die een absolute ondergrens aangeven. Het is immers niet mogelijk een *beetje* veilig te werken; je werkt veilig of niet. In deze zogenaamde veiligheidsnormen moeten minimumvoorwaarden voor het leveren van verantwoorde zorg worden beschreven, of het niveau van resultaten dat als ondergrens moet worden beschouwd om nog te kunnen spreken van verantwoorde zorg. Niet voldoen aan veiligheidsnormen levert een grote kans op gezondheidsschade. Het zijn normen waaraan elke zorgaanbieder zich moet houden. De noodzaak om ze toe te passen staat niet (meer) ter discussie. Zoals ik in mijn voortgangsbrief Kwaliteit van Zorg van 24 juni 2009 aan uw Kamer heb gemeld, heb ik de veldpartijen betrokken bij de ziekenhuiszorg, gevraagd vóór 1 september 2009 te komen met een eerste set (vanzelfsprekende) veiligheidsnormen op het gebied van ziekenhuiszorg. De care-sector heeft in 2007 veiligheidsplannen opgesteld. Veel van de onderwerpen in de veiligheidsplannen zijn opgenomen in de kwaliteitskaders. IGZ heeft aangedrongen op het SMART formuleren van deze veiligheidsplannen.

Het is hierbij overigens ook voorstelbaar dat relatieve normen, na een testperiode waarin consensus over de ondergrens wordt bereikt, zich ontwikkelen tot absolute veiligheidsnormen. De veiligheidsnormen zullen belangrijk worden voor zowel het interne toezicht binnen de instelling, als voor het externe toezicht door de IGZ.

28

*Hoe voorkomt de minister van VWS dat er geen sprake zal zijn van uitdijende informatiestromen voor zorgaanbieders? Hoe wordt voorkomen dat er door andere instanties om aanvullende informatie gevraagd gaat worden?*

Net als destijds bij de ontwikkeling van het jaardocument Maatschappelijke Verantwoording worden jaarlijks met de betrokken partijen afspraken gemaakt over de te ontwikkelen indicatoren. Wij stellen vervolgens in een ministeriële regeling vast welke gegevens dat jaar door instellingen moeten worden geleverd. Naar verwachting zal de hoeveelheid gegevens die een instelling moet verstrekken zich snel stabiliseren, zoals dat ook bij de ontwikkeling van het jaardocument het geval was. Er ontstaat een stabiele toestand waarbij «verouderde» indicatoren zullen worden vervangen door nieuwe indicatoren waarin de laatste inzichten zijn verwerkt, maar waarbij het aantal indicatoren niet wordt uitgebreid. Wij hebben in de infrastructuur geïnvesteerd die nodig is om één loket te realiseren. Daarmee komt de informatie voor alle partijen beschikbaar en is aanvullende uitvraag door andere instanties niet nodig. Zorgaanbieders gebruiken het inzicht dat wordt verkregen uit de uitkomsten van de indicatoren actief om zich te verbeteren. De zorgaanbieders hebben de indicatoren dus zelf nodig voor de eigen bedrijfsvoering en kwaliteitsverbetering.

29

*Is de minister van VWS voornemens de doelstelling dat «iedereen in 2011 inzicht moet kunnen krijgen in het aanbod en kwaliteit van (bijna) de gehele zorg» concreet, specifiek en meetbaar te formuleren? Zo nee, waarom niet en hoe kan de Kamer dit dan controleren?*

De doelstellingen van het Programma Zichtbare Zorg worden jaarlijks door de stuurgroepen concreet, specifiek en meetbaar opgeschreven. Daarbij is «inzicht in het aanbod en kwaliteit van de zorg» steeds een belangrijke doelstelling. Wij verlenen op basis daarvan goedkeuring voor de financiering van de indicatorontwikkeling binnen het programma. De voornemens zijn voor iedereen zichtbaar op [www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl). Vervolgens zijn op [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) de resultaten te volgen.

30

*Is de minister van VWS bereid om het plan van aanpak dat de Algemene Rekenkamer adviseert op te stellen? Zo nee, waarom niet?*

Nee. Het programma Zichtbare Zorg omvat de beoogde afspraken over prestaties en tijdpaden rond de te ontwikkelen indicatoren. Daarnaast zijn er in het kader van veiligheidsprogramma's in de diverse sectoren afspraken gemaakt over het vaststellen van zogeheten veiligheidsnormen. De staatssecretaris en ik hebben vertrouwen in de gekozen aanpak.

31

*Waarom is er geen tweede evaluatie uitgevoerd? Hoe heeft het kabinet zich een beeld gevormd van de uitvoering van de Kwaliteitswet?*

De Kwaliteitswet zorginstellingen verplicht enkel tot een evaluatieverslag over de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk binnen

5 jaar na inwerkingtreding van de wet (art. 26). Niettemin heeft het vorige kabinet 4 jaar na de eerste evaluatie de doeltreffendheid en effecten van de wet opnieuw beoordeeld. Graag wijzen wij op de brief aan uw Kamer van de toenmalige minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 10 februari 2006 (TK 2005–2006, 28 439, nr. 12). Op basis van de concrete ervaringen met de uitvoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen op dat ogenblik en in het licht van het nieuwe zorgstelsel doen zij in die brief concrete voorstellen om tot een veilige en beter presenterende zorgsector te komen. Die voorstellen hebben ook een plaats gekregen in de aanpak van het huidige kabinet.

32

*Hoe kunnen de bewindspersonen de «officiële» doelstelling van certificeren verder bevorderen, gelezen de uiteenzetting in het rapport dat instellingen voldoen aan de eis van certificeren omdat zij anders financieel gekort zullen worden wat haaks staat op de doelstelling certificering?*

Zie de antwoorden op vragen 1, 2 en 3.

33

*Hoe wil de minster van VWS de onduidelijkheid over nut en noodzaak van certificeren wegnemen?*

Zie de antwoorden op vragen 1, 2 en 3.

34

*Zijn de bewindspersonen bereid de aanbeveling van de Algemene Rekenkamer om onderzoek te laten doen naar de mate waarin zorgaanbieders beschikken over goed werkende kwaliteitssystemen en op basis daarvan een beleid te formuleren met betrekking tot het niet nakomen van de Kwaliteitswet over te nemen? Zo nee, waarom niet?*

Nee, een dergelijk onderzoek past niet binnen het door ons uitgezette kwaliteitsbeleid, zoals beschreven in de voortgangsbrief Kwaliteit van zorg van 24 juni 2009 aan uw Kamer. Zie verder het antwoord op vraag 1.

35

*Verwacht het kabinet, gelezen de constatering van de Algemene Rekenkamer dat een aantal instellingen niet bekend zijn bij de IGZ omdat deze middels het PGB worden gefinancierd en het onderzoek van de IGZ (nieuwe toetreders op de zorgmarkt, juni 2009) naar aanleiding waarvan wordt voorgesteld dat startende thuiszorgorganisaties getoetst kunnen worden op de aanwezigheid van randvoorwaarden om verantwoorde zorg te kunnen leveren, dat dit voldoende zal zijn om de nieuwe toetreders aan kwaliteitseisen te laten voldoen?*

Ja. Deze toetsing start, vanaf eerste kwartaal 2010, in voorkomend geval met het invullen van een specifieke vragenlijst, waarin de nieuwe toetreders gevraagd wordt zich te verantwoorden over wat men in huis heeft om kwalitatief verantwoorde zorg te gaan leveren. Het is echter méér dan c.q. additioneel aan wat een nieuwe toetreders in verband met de WTZi-toelating wordt gevraagd. De beantwoording wordt beoordeeld door de IGZ en zo nodig vinden vervolgvactiteiten, zoals inspectiebezoeken, plaats. De verdere aanpak verkent IGZ tevens in het eerste kwartaal 2010.

Daarnaast hebben wij in de brief van 11 juni 2009 over het IGZ-rapport inzake niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties aangegeven welke maatregelen wij nemen betreffende (wettelijke) registratieplicht en het deponeren van kwaliteitsgegevens in jaardocumenten.

36

*Is er op dit moment bij IGZ geen volledig overzicht van het bestaan, van de opzet en van de werking van de kwaliteitssystemen per zorginstelling?*

De IGZ houdt een dergelijk overzicht van kwaliteitssystemen per zorginstelling niet bij. Dat is ook niet nodig bij de uitvoering van het risico-gestuurde toezicht door de IGZ. De IGZ kan in toenemende mate gebruik maken van de openbare informatie over de door zorgaanbieders geleverde kwaliteit en veiligheid van zorg (indicatoren en ervaringen van cliënten), waardoor het toezicht moderner en slagvaardiger kan worden ingevuld. Naast deze kwaliteitsinformatie baseert de IGZ zich bij haar toezicht op ontvangen signalen (meldingen bij de IGZ, pers, andere toezichthouders) en de historie van een zorgaanbieder. Daarnaast voert de IGZ thematische onderzoeken uit gericht op de zorg voor de meest kwetsbare patiëntengroepen en/of de meest kritische zorgprocessen.

Zie verder het antwoord op vragen 1 en 14.

37

*Deelt het kabinet de conclusie van de Algemene Rekenkamer dat de capaciteit van de IGZ niet toereikend is? Wat is het oordeel van het kabinet over de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer?*

Nee, die conclusie en bijbehorende aanbevelingen delen wij niet. Zie verder het antwoord op vraag 22.

38

*Wat is de relatie tussen certificeren en kwaliteit van zorg?*

Zie het antwoord op vraag 3.

39

*Er zijn verschillende certificeringsmogelijkheden voor zorginstellingen, deze bestaan allemaal naast elkaar. Hoe verhoudt dit zich tot een transparant en eenduidig kwaliteitsbeleid voor de zorgvrager?*

Zie het antwoord op vraag 2.

40

*Geldt de verplichte registratie van particuliere verpleeg- en verzorgingshuizen en zelfstandige behandelcentra alleen voor toetreders, of ook voor bestaande maar nog niet geregistreerde instellingen?*

Nu is er geen sprake van een registratieplicht voor particuliere verpleeg- en verzorgingshuizen. Sinds april 2007 kunnen particuliere klinieken en particuliere zorginstellingen zich wel vrijwillig laten registreren bij de IGZ. Op grond van de op handen zijnde inwerkingtreding van de WUBHV (Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving) wordt registratie van particuliere verpleeg- en verzorgingshuizen en privé-klinieken verplicht.

De registratie van privéklinieken en particuliere verzorgings- en verpleeghuizen geldt voor zowel toetreders, bestaande geregistreerde instellingen (bijv. de vrijwillig geregistreerden bij de IGZ) als bestaande niet geregistreerde instellingen.

Zelfstandige behandelcentra (ZBC) vallen niet onder deze registratie: omdat ZBC's verzekerde zorg leveren zijn deze verplicht een toelating aan te vragen conform de Wet toelating zorginstellingen (WTZi); hiervan wordt al een registratie bijgehouden.

41

*Worden door de Wet uitbreiding bevoegdheden volksgezondheid alle Nederlandse zorgaanbieders bekend bij het ministerie van VWS en de IGZ?*

Zie het antwoord op vragen 15, 16, 17 en 40.

42

*Wat is het bewijs dat de IGZ effectiever opereert door het wijzen van zorgaanbieders op hun verantwoordelijkheid ten aanzien van kwaliteitssystemen en kwaliteit- en veiligheidssturing dan door het uitsluitend richten op het vaststellen of kwaliteitssystemen bij zorgaanbieders operationeel zijn?*

In onze reactie op het rapport van de Algemene Rekenkamer hebben wij aangegeven dat de IGZ effectiever opereert door het toezicht meer te richten op de door de zorgaanbieders te leveren prestaties en daarnaast op het aanspreken van de zorgaanbieders op hun verantwoordelijkheid voor kwaliteitssystemen en sturen op kwaliteit en veiligheid.

Een operationeel kwaliteitssysteem garandeert niet dat de door een zorgaanbieder geleverde kwaliteit van zorg goed is.

Dat is ook de reden dat de interventies van de overheid steeds meer gericht zijn op de door de zorgaanbieders te leveren prestaties en minder op het «voorschrijven» hoe zorgaanbieders die prestaties moeten bereiken. Wij zijn van mening dat wij op deze wijze ook effectiever opereren dan indien wij ons primair met operationele kwaliteitssystemen bezighouden.

De IGZ kan in toenemende mate gebruik maken van de openbare informatie over de door zorgaanbieders geleverde kwaliteit en veiligheid van zorg (indicatoren en ervaringen van cliënten), waardoor het toezicht moderner en slagvaardiger kan worden ingevuld.

43

*Kunnen de bewindspersonen toelichten welke resultaten er volgens hen geboekt zijn, ook na de periode van 2006, waardoor er volgens hen wel sprake is van verantwoorde zorg en goed functionerende kwaliteitssystemen?*

Inmiddels zijn vele maatregelen genomen die tot concrete resultaten leiden, zoals wij in onze voortgangsbrief Kwaliteit van zorg aan uw Kamer van 24 juni 2009 hebben aangegeven. Als voorbeeld wijzen wij op de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg, waar inmiddels 94% van de zorgaanbieders gebruik maakt van de zorginhoudelijke indicatoren. 59% van de zorgaanbieders heeft de cliëntervaringen gemeten in 2008 (CQ index; eens per twee jaar verplicht). Van laatstgenoemde heeft 80% aangegeven dat de score voldoende is (tussen 3 en 4 op schaal 1–4).

44

*Waarom neemt de minister van VWS de aanbeveling om wetenschappelijk onderzoek te laten doen naar de relatie tussen certificering en kwaliteitssystemen en de kwaliteit van zorg niet over?*

Zie het antwoord op vraag 3.

45

*Waarom is de minister van VWS voorbij gegaan aan de aanbeveling van de Algemene Rekenkamer om vooraf een oordeel te vormen over de benodigde capaciteit van de Inspectie? Hoe wil de minister van VWS de door de Algemene Rekenkamer geschetste risico's vermijden?*

Zie het antwoord op vraag 22.

46

*Is het kabinet van plan een dergelijk plan van aanpak voor de invoering van systeemtoezicht op te stellen? Zo nee, waarom niet?*

Nee, het beschikken over een operationeel kwaliteitssysteem garandeert niet dat de geleverde kwaliteit van zorg door een instelling goed is. Dat is ook de reden dat de interventies van de overheid steeds meer gericht zijn op de door de zorgaanbieders te leveren prestaties en minder op het «voorschrijven» hoe zorgaanbieders die prestaties moeten bereiken. Wij zijn van mening dat wij op deze wijze ook effectiever opereren dan indien wij ons primair met operationele kwaliteitssystemen bezighouden.

De IGZ kan in toenemende mate gebruik maken van de openbare informatie over de door zorgaanbieders geleverde kwaliteit en veiligheid van zorg (indicatoren en ervaringen van cliënten), waardoor het toezicht moderner en slagvaardiger kan worden ingevuld.

De IGZ maakt op dit moment de omslag van een traditionele toezichthouder naar een moderne handhavingsorganisatie. De IGZ heeft deze ambitie neergelegd in haar Meerjarenbeleidsplan 2008–2011 «Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg». Deze ambitie is in lijn met het door ons voorgestane beleid op het kwaliteitsterrein.

De omslag naar een moderne handhavingsorganisatie houdt onder meer in dat de IGZ de komende jaren haar ingezette beleid om meer pro-actief toezicht te houden zal doorzetten naast haar reactieve methode van toezicht houden (reageren op meldingen en incidenten). Via dit proactief onderzoek krijgt de IGZ meer zicht op het functioneren van zorgaanbieders met betrekking tot kwaliteit en veiligheid van de zorg. Dit krijgt onder meer gestalte in de vorm van risicoanalyses op basis van de kwaliteitsindicatoren (inclusief de uitkomsten van de CQ index) en de thematische onderzoeken door de IGZ. Absolute normen moeten evidence-based ontwikkeld worden. De weg hiernaartoe verloopt veelal via relatieve normen. Het gebruik van relatieve normen stimuleert in belangrijke mate de verbeterkracht van het veld. Wij zijn van mening dat met het hanteren van relatieve normen op een verantwoorde wijze gekomen kan worden tot objectieve toezichtsoordelen, en dat dit een voldoende objectieve basis voor toezicht is. Mede omdat de gezondheidszorg altijd in ontwikkeling is zullen relatieve normen altijd een belangrijke rol blijven spelen. Een van de goede voorbeelden is het toezichtskader en de handhavingssparagraaf zoals verwoord in het IGZ-rapport «Verbeterkracht gehandicaptenzorg in beeld», dat wij op 20 januari 2009 aan de Tweede Kamer hebben gezonden.

In de hierboven beschreven opzet van het toezicht door de IGZ staat het toezicht op operationele kwaliteitssystemen bij zorgaanbieders niet meer centraal; mede omdat operationele kwaliteitssystemen niet afdoende informatie bieden over de door een zorgaanbieder geleverde kwaliteit van zorg.

Dit past ook bij de wijze waarop wij sturen richting zorgaanbieders (steeds meer gericht op de door de zorgaanbieders te leveren prestaties en minder op het «voorschrijven» hoe zorgaanbieders die prestaties moeten bereiken).

Wel spreekt de IGZ consequent de besturen aan van de onderzochte zorgaanbieders; daar ligt ook de verantwoordelijkheid om te sturen op kwaliteit en veiligheid, zorg te verbeteren en met gebruikmaking van operationele kwaliteitssystemen.

Wij vinden dat de IGZ op de hierboven beschreven wijze effectiever opereert dan als de IGZ zich in haar toezicht zou richten op het vaststellen of kwaliteitssystemen bij zorgaanbieders operationeel zijn of niet.



*Uit het rapport van de Algemene Rekenkamer blijkt dat de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in de verschillende sectoren een langzaam proces is, welke verklaring is hiervoor te geven? Er zijn toch een aantal «harde kwaliteitseisen te stellen» wat betreft ondervoeding in een instelling of het aantal mensen dat decubitus heeft?*

Dankzij de inspanningen van de afgelopen jaren zijn er inmiddels al eerste successen geboekt: op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) staat inmiddels prestatie-informatie en informatie over de ervaringen van cliënten (cq index) over zorgverzekeraars, ziekenhuizen en verpleeg-/verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen; en binnenkort ook over de zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg. Dat geeft vertrouwen voor het vervolg van de transparantie-trajecten.

De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren is een proces dat zorgvuldig moet plaatsvinden. Indicatorontwikkeling doorloopt een aantal stadia: programmeren, definiëren, testen en invoeren, structureel registreren, data verzamelen en bewerken en ten slotte publiceren. De doorlooptijd van zo'n normale cyclus is minimaal anderhalf tot 2 jaar en de indicatorontwikkeling wordt in tranches opgepakt. Deze zorgvuldigheid is noodzakelijk omdat er valide en betrouwbare data moet worden verzameld en deze zonodig moet worden bewerkt om vergelijkbaar te maken. Tevens dienen zorgaanbieders niet onnodig belast te worden in administratieve zin. Tot slot wordt de informatie publiek beschikbaar en door meerdere partijen gebruikt (bijvoorbeeld voor toezicht en zorginkoop) hetgeen hoge eisen stelt aan de zorgvuldigheid, betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid. Op de website [www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl) vindt u meer gedetailleerdere informatie over de exacte invulling van de verschillende stappen in indicatorontwikkeling.