

## 8

### Wet cliëntenrechten zorg

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

**De voorzitter:**

Ik geef het woord aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, maar niet dan nadat ik de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van harte welkom heb geheten.

De beraadslaging wordt hervat.



**Minister Schippers:**

Voorzitter. Ik dank de leden voor hun inbreng in eerste termijn, waarin over veel zaken nader van gedachten is gewisseld. Dat is terecht, want het gaat wel ergens over.

Ik begin met de opmerkingen over het wetstraject en de rommeligheid, waar mevrouw Scholten speciaal aandacht voor vroeg. Die rommeligheid heeft alles te maken met de duur van wetstrajecten en wat er in de tussentijd kan veranderen. Mijn voorganger, de heer Klink, is het wetstraject Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) gestart. Ook dit traject is onder hem gestart. In 2008, toen het tot wetsvoorstellen ging komen, was de gedachte dat alle wetten met elkaar in verbinding stonden en onder één paraplu zouden vallen, namelijk die van de Wcz. Gelukkig zijn de wetten wel eigenstandig geschreven en kunnen ze ook zonder elkaar functioneren. Ik zeg "gelukkig", omdat ik mede onder invloed van de Eerste Kamer de Wcz heb opgesplitst. Hiermee heeft de wet een totaal andere rol gekregen. In plaats van die ene paraplu van de Wet cliëntenrechten zorg, is er nu sprake van wel samenhangende maar tegelijkertijd losstaande wetstrajecten.

Had ik dan met alles helemaal opnieuw moeten beginnen? Dat is immers een optie. Dat leek mij echter niet opportuun vanuit de inhoud beziën, gelet op de noodzaak van hetgeen we met deze wetsvoorstellen willen regelen en de tijd die ermee gemoeid is. Vanaf de dag van zijn aantreden begin 2007, is mijn voorganger met deze wet aan de slag gegaan. Dat is dus bijna zeven jaar geleden. Als je dat hele wetstraject opnieuw zou doen, ben je, voordat je het weet, in totaal veertien jaar bezig met iets te regelen wat heel belangrijk is. Een en ander is inderdaad ingewikkelder om te lezen; dat is het nadeel van tempo willen maken. Het is ingewikkelder, omdat ik bij het opstellen van deze wet rekening heb gehouden met meerdere scenario's. Het eerste scenario was: wijzigen van de Wcz. Dat gebeurt niet. Het tweede scenario was: wijzigen van de Zorgverzekeringswet. Dat gebeurt wel als de Eerste Kamer dit wetsvoorstel zou aanvaarden.

Ik kom te spreken over de wet zelf. Ter relativering, deze wet en het Kwaliteitsinstituut zijn geen oplossing voor alle problemen die spelen rondom kwaliteit. Dat zou ook te groots en te meeslepend worden. Deze wet is ook niet één mal die over de hele sector wordt gelegd.

**Mevrouw Ter Horst (PvdA):**

Om verdere verwarring te voorkomen, wil ik de minister verzoeken om de terminologie te gebruiken zoals die in het wetsvoorstel wordt gehanteerd. Het begrip "Kwaliteitsinstituut" bestaat niet. Het is echt het Zorginstituut Nederland.

**Minister Schippers:**

Als ik spreek van het Kwaliteitsinstituut, heb ik het over een onderdeel van het Zorginstituut Nederland. Het Zorginstituut Nederland is de zbo waar we dit hebben ondergebracht. Daar zijn verschillende secties ondergebracht. Ten aanzien van kwaliteit gaat het om beroepen en opleidingen, het pakket en het Kwaliteitsinstituut.

**Mevrouw Ter Horst (PvdA):**

Er is geen apart Kwaliteitsinstituut. Als u naar het organogram kijkt dat wij toegestuurd hebben gekregen, ziet u dat het een aparte afdeling is, maar niet een apart instituut. Dat zou immers betekenen dat het een aparte zbo is, met een aparte raad van toezicht. Dat is er allemaal niet. Het betreft een Zorginstituut met een afdeling die "kwaliteit" heet.

**Minister Schippers:**

Dit is een semantische discussie. In de loop van de zeven jaar dat dit in voorbereiding is, is dit bij iedereen, ook in het veld, "Kwaliteitsinstituut" gaan heten. Ik heb ervoor gekozen om geen apart instituut op te richten, omdat ik zo veel mogelijk wil bundelen. Derhalve is datgene wat in de volksmond het "Kwaliteitsinstituut" is gaan heten, in het organogram "de kwaliteitsafdeling", maar we hebben het natuurlijk over precies hetzelfde.

**Mevrouw Ter Horst (PvdA):**

Maar de verwarring over de terminologie inzake dit wetsvoorstel is groot. Het lijkt mij dat degene die het wetsvoorstel aan ons voorlegt, geen bijdrage aan die verwarring zou moeten leveren.

**Minister Schippers:**

Het wordt al zeven jaar in het veld aangeduid als "Kwaliteitsinstituut". Dan kan ik het nu over kwaliteitsafdeling gaan hebben, maar het gaat hierbij om verschillende namen voor hetzelfde. Het is geen apart instituut. Daar heb ik voor gekozen, omdat ik het zo veel mogelijk wil beperken. Ik wil ook geen nieuwe "zorgkathedralen", waar allerlei mensen in dienst worden genomen. Ik gebruik de terminologie waar het veld al zeven jaar mee werkt. Maar als mevrouw Ter Horst liever wil dat ik zeg "kwaliteitsafdeling", vind ik dat prima. Tegen iedereen die meeluistert en zich afvraagt waar ik het over heb, zeg ik dan dat ik het heb over het Kwaliteitsinstituut. Zo kan het ook.

Voorzitter. De kwaliteitsafdeling is geen oplossing voor alle problemen die spelen rondom kwaliteit. Er zijn hier heel veel dingen opgeworpen waar de kwaliteitsafdeling totaal geen oplossing voor gaat bieden. Dat is logisch. Hierbij is geen sprake van één wet waarmee je met een toverslag alles goed kan maken. Deze wet is ook niet één mal die over de hele sector wordt gelegd, want dé zorg bestaat niet. De care is niet de cure. De fysiotherapie is niet vergelijkbaar met de zorg bij borstkanker. De kwaliteitsontwikkeling en de meetbaarheid daarvan verschillen enorm in de sector. We maken een kwaliteitsafdeling en daarbinnen wordt niet alles over één kam geschoren. De kwaliteitsafdeling is het dak waaronder we op verschil-

## Schippers

lende niveaus, in verschillende stadia en in verschillende tempo's werken aan kwaliteit en aan de meetbaarheid en de transparantie daarvan.

Al heel lang praten we met elkaar over hoe belangrijk het is dat in de zorg niet alleen op prijs maar ook op kwaliteit wordt ingekocht en wordt gekozen en dat het ertoe doet als je betere zorg levert. Ondanks de verbeteringen die we op het terrein van transparantie boeken – er is de laatste jaren op een aantal terreinen veel gebeurd – moeten we ook constateren dat het over de hele breedte van de zorg erg langzaam en onvoldoende systematisch gaat. Dat is een belangrijke constatering van de Algemene Rekenkamer. Het is ook een belangrijke motivatie voor dit wetsvoorstel.

We komen van ver. Pas sinds acht jaar is inzichtelijkheid in kwaliteit van belang. Je kunt erop worden afgerekend door de verzekeraar of de patiënt. Zij kunnen bij je weggaan. Hierin verschilt de zorg enorm van andere sectoren, die er vaak al veel verder in zijn. Standaardisatie is belangrijk om kwaliteit te kunnen vergelijken. Ik noem bijvoorbeeld eenheid van taal en eenheid van registratie. Dat maakt al enorm uit. Het betreft basisprincipes en uitgangspunten die niet vanzelfsprekend worden toegepast in de zorg. Die standaardisatie is wel van groot belang om te kunnen vergelijken. Ik vind het cruciaal dat patiënten en inkopers de kwaliteit van zorg kunnen vergelijken. Zonder dat gaat het in de zorg sec om de prijs. Dat staat in mijn ogen garant voor "a race to the bottom".

In de huidige situatie zijn er wel behandelingen in de zorg waarbij het veld al ver is met dit proces. De vraag is waar wij die kunnen vinden. Hoe vinden we die informatie? Hoe weten we of de informatie op een site echt iets zegt over de kwaliteit? Hoe weten of het betrouwbare informatie is? Hoe voorkomen we dat mensen een brij van informatie krijgen opgediend, waar zij geen weg meer in kunnen vinden? Daarvoor is het nodig dat we ook bestaande zeer goede initiatieven vindbaar maken en zo presenteren dat het voor de patiënt relevant, behapbaar en betrouwbaar is. Standaardisatie is de eerste taak, maar ik vind dit een heel belangrijke tweede taak voor de kwaliteitsafdeling.

Een andere belangrijke taak betreft de vraag hoe we voorkomen dat de professionals nog meer papierwerk en administratieve lasten op hun nek krijgen. Dat vergt alertheid. We willen allemaal dat dit niet gebeurt. Daarom kiezen wij voor een slank en flexibel instituut, dat is opgezet volgens het Gezondheidsraadmodel. De expertise wordt opgehaald in het veld. Die mensen komen niet in dienst, maar blijven datgene doen wat ze doen in het veld. Dat geeft de zekerheid dat de kwaliteitsafdeling werkt met state of the art kennis en kunde. Dat geeft ook de zekerheid dat we geen nieuwe zorgkathedraal bouwen, maar slim en slank blijven. Dat geeft de zekerheid dat het primaat het veld is en blijft. De kwaliteitsafdeling of het Kwaliteitsinstituut wordt onderdeel van het bestaande College voor zorgverzekeringen (CVZ). Het CVZ verandert ook van naam omdat de huidige naam vaak tot misverstanden leidt. Daarom nemen we dat meteen in het wetsvoorstel mee. De nieuwe naam is Zorginstituut Nederland.

De vijf organisaties die zich tot voor kort bezighielden met kwaliteit, worden opgeheven. Er gaan dus vijf organisaties weg en daar komt één voor terug. Die kwaliteitsafdeling zal de sector moeten helpen bij het wieden in de berg van ongestructureerde informatie-uitvraag, die overigens vaak in het veld zelf is ontstaan. Ik noem zaken als accreditaties, keurmerken, eisen van brancheorganisa-

ties, eisen van beroepsorganisaties, eisen van de instelling zelf en eisen van de zorgverzekeraar. Al met al is dat een bijna oneindige brij van informatie. Stroomlijning en focus is het motto en een belangrijke taak voor dit nieuwbakken instituut. De sector, verbonden in de Agenda voor de zorg, heeft aangegeven deze handschoenen te willen oppakken. Samen met de kwaliteitsafdeling, maar ook met VWS, moet dat enorm veel lucht geven.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Veel lucht is fijn, maar de vraag is wel waarom dit gaat werken. Waarom wordt gestopt met al die vragen die nu kennelijk worden gesteld, onder meer door brancheorganisaties en zorgverzekeraars, als de professionele standaarden zijn omschreven? Is dat niet wat te hoopvol?

Minister **Schippers**:

In dit wetsvoorstel regelen wij verschillende dingen. Eén ervan betreft het opstellen van professionele standaarden, kwaliteitsstandaarden, al zijn die synoniem aan elkaar. Een andere taak van dit instituut, deze afdeling, is om te stroomlijnen. Al die vijf organisaties hadden belangrijke taken. Ze hebben zich daar met enorm veel energie voor ingezet, maar als gevolg daarvan hebben ze alle vijf op hun eigen wijze dingen ontwikkeld waar de sector aan moest voldoen. In het veld zijn op die manier een heleboel dingen ontstaan waarmee instellingen zich wilden onderscheiden, zoals keurmerken en accreditaties, maar ook de eigen beroepsorganisatie vroeg van alles. Maar je kunt ook kwaliteitsstandaarden opstellen, professionele standaarden, waarbij de zorgverzekeraar zelf betrokken is. We hebben wat dit betreft een aantal trajecten achter de rug, waarbij de zorgverzekeraar is betrokken. In dat kader was geen sprake van het stapelen van nieuwe eisen, want men stond achter de eisen die zijn ontwikkeld. De betrokkenheid van de drie partijen, de driehoek waar de zorg om draait, namelijk de patiënt, aanbieder en verzekeraar, moet nu voorkomen dat één of twee van de drie partijen, vooral zorgverzekeraar en aanbieder, zorgen voor het stapelen van eisen. Die stroomlijning heeft regie nodig. Die regie komt er nu, maar was er niet.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Dat het op onderdelen zo gaat werken en dat de instituten die nu worden opgeheven of opgaan in iets anders, geen eigen dingen meer gaan doen, dat scheelt natuurlijk. Wij komen nog te spreken over de rol van de zorgverzekeraar. Blijft echter niet de neiging bestaan om op allerlei andere punten nog extra dingen te vragen? Op een aantal punten scheelt het, maar de hoop dat alles hiermee aan banden wordt gelegd, dat er sprake is van daadwerkelijke regie, heb ik nog niet zo. Dat vraagt namelijk om doorzettingsmacht van de kwaliteitsafdeling. Is die gewaarborgd?

Minister **Schippers**:

Op het punt van de standaarden is sprake van doorzettingsmacht, maar er is ook veel aan het veld zelf gelegen. Ik ben vaak bij het veld op bezoek geweest. Men klaagt er terecht steen en been over. We hebben Actal een onderzoek laten doen naar de verpleegkundigen. Uit dat onderzoek bleek dat 90% van de administratieve rompslomp werd veroorzaakt door beroepsorganisaties, brancheorganisaties, instellingen, zorgverzekeraars en ga zo maar door. Slechts 10% werd veroorzaakt door de overheid. In de politiek hoor je de hele tijd zeggen: we gaan dereguleren, we gaan de administratie oplossen. Maar in de zorg

## Schippers

hebben wij het feitelijk maar over 10%. Die 90% zit helemaal niet bij ons. We moeten de handen dus in elkaar slaan en niet uit elkaar houden. We moeten een gezamenlijk traject starten onder regie van dit instituut. We moeten ook zelf bekijken hoe we daadwerkelijk de stappen kunnen zetten die we tot nu toe, in de tijd dat wij het aan het veld hebben overgelaten, niet hebben gezet. Je kunt ervoor kiezen om het aan het veld over te laten, je kunt stellen dat deze wet helemaal niet nodig is, maar dan ontstaat datgene wat nu is ontstaan. Ik vind dat wij dit traject onder regie van het Kwaliteitsinstituut, deze kwaliteitsafdeling, serieus moeten oppakken. Het veld neemt die uitdaging aan. Hetzelfde geldt voor mij. Het Kwaliteitsinstituut wil een en ander op zich nemen. Dan moet het toch lukken?

### Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

De minister zegt tussen neus en lippen door dat de professionele standaard eigenlijk ook een kwaliteitsstandaard is. Zij sprak juist ook nog over de zorgstandaard. Ik heb er in mijn bijdrage op gewezen dat die termen verwarring scheppen en dat het belangrijk is om voor één term te kiezen en die af te zetten tegen de professionele standaard, zoals die in de WGBO wordt genoemd. Daar gaat het meer sec om een medisch-professionele standaard. Dat wordt ook in de memorie van antwoord betoogd.

### Minister Schippers:

De professionele standaard is nooit voorzien van een definitie in de WGBO. In deze wet wordt een en ander van een definitie voorzien. Een professionele standaard is gelijk aan een kwaliteitsstandaard. Dat zijn synoniemen. Het is inderdaad wel een vergaarbak. Hoe komt dat? De zorg is niet één iets. Je kunt de care en de cure al niet vergelijken, maar binnen de cure kun je de huisartsenzorg niet vergelijken met een heel specialistische behandeling voor borstkanker. Dat zijn heel verschillende dingen. Professionele standaarden of kwaliteitsstandaarden zijn dus een soort vergaarbak, maar de definitie wordt wel in het wetsvoorstel gegeven, want die bestaat nog niet.

### De heer Flierman (CDA):

Even terug naar het punt dat de minister maakte voor de interruptie van mevrouw Slagter. Ze had het toen over de regie van het Kwaliteitsinstituut, zoals ik het toch even noem, en het feit dat de gepercipieerde lastendruk bij de individuele verpleegkundige niet alleen met de regelgeving van de overheid in engere zin maar met veel meer te maken heeft. Ik herken dat. Dat komt in meer sectoren voor. De minister is optimistisch over de rol van het Zorginstituut, maar is dat alleen optimisme of heeft de regie meer body, in die zin dat er niet alleen een goed gesprek met iedereen wordt gevoerd? Kan dat instituut op een gegeven moment afdwingen dat anderen dan de overheid in engere zin ook zullen ophouden met het stellen van aanvullende vragen?

### Minister Schippers:

Het Zorginstituut heeft hier een belangrijke rol in, maar het instituut is niet de bepaler. Een particuliere instelling, een clubje van mensen bij elkaar kan al afspreken dat er bepaalde eisen worden gesteld waaraan moet worden voldaan. Dat kunnen particuliere clubjes doen. Dat kan ook in de zorg gebeuren en dat gebeurt ook op ruime schaal. Langzaam maar zeker klaagt iedereen echter over de stapeling van wat al die clubjes hebben bedacht. Ook

de Agenda voor de zorg is naar mij toegekomen. Een en ander past overigens uitstekend in de een week geleden in deze Kamer aangenomen motie van de PvdA over de administratieve lasten. Wij moeten daar dus alert op zijn. Het Kwaliteitsinstituut heeft er een rol in, ook een duurzame rol, want uiteindelijk zijn alle drie de partijen betrokken bij de kwaliteitsstandaarden. Dat is ongelooflijk belangrijk. Als die betrokkenheid er namelijk is, dan is de neiging om erbovenop nog meer dingen te stapelen een stuk minder. Daar zijn gelukkig goede voorbeelden van. Daar kom ik nog op. Het Kwaliteitsinstituut zal met die goede voorbeelden starten, uitgaande van transparantie. In dat kader kan men laten zien hoe het kan. Dat inspireert die partijen die nog moeten beginnen of pas halverwege zijn.

### Mevrouw Ter Horst (PvdA):

De minister heeft volkomen gelijk als zij stelt dat, als je betrokken bent bij de totstandkoming van iets, in dit geval de professionele standaarden, de neiging om eigen eisen te stellen kleiner wordt. Waarom pakt de minister echter niet door? Waarom zegt zij niet: de professionele standaarden die met de bekende partijen tot stand zijn gekomen, vormen de richtlijn voor de inspectie en de zorgverzekeraars, punt?

### Minister Schippers:

Het eerste klopt. Dat wat is afgesproken in een professionele standaard of in een richtlijn, is voor de inspectie de norm op basis waarvan wordt getoetst. Dat is nu ook al het geval. Kijk bijvoorbeeld naar het Veiligheidsmanagementsysteem in ziekenhuizen, ontwikkeld door het veld dat daarvoor een paar jaar de tijd heeft gekregen. De inspectie heeft aangegeven dat iedereen die dit systeem voor het eind van het jaar niet heeft geïmplementeerd, onder toezicht wordt gesteld. Inmiddels zijn 102 ziekenhuizen onder toezicht gesteld, omdat het VMS niet operationeel is. Zo gaat het nu, maar zo gaat het straks ook met de standaarden. Zorgverzekeraars geven soms aan dat zij een polis excellente zorg hebben, of een selectieve inkooppolis, wat je heel erg vaak ziet, bijvoorbeeld zorg in natura, en dat men in dat kader alleen maar topzorg inkoop. Men koopt dus alleen maar bij de beste in. Dan is de veldnorm bijvoorbeeld dat je iets 50 keer per jaar doet, maar je kunt ook aangeven dat je het 100 keer moet doen. Het gaat hierbij overigens vooral om het gebied waar nog wel wat moet gebeuren aan de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden in de sector. Men kan heel actief zijn geweest bij darmkanker of diabetici, maar daar zie je het dus niet gebeuren. Daarom denk ik dat, als de zorgverzekeraar hierbij wordt betrokken, wij dit soort dingen veel minder gaan zien dan nu het geval is. Je mag echter polissen aanbieden waarin je van alles afspreekt.

### Mevrouw Ter Horst (PvdA):

Het is dus volgens de minister niet ondenkbaar dat, als zorgverzekeraars zijn betrokken bij de totstandkoming van een professionele standaard, zij toch met aanvullende eisen komen. Dat kan de minister niet regelen.

### Minister Schippers:

Dat kan ik inderdaad niet regelen, want zij kunnen polissen aanbieden waarin zij van alles beloven: één kamer of dingen die helemaal niet met zorg te maken hebben. Zij kunnen wel zaken aanbieden die de zorg oplossen, maar andersom kan niet. Als de kennis van zorgverzekeraars

## Schippers

erbij betrokken wordt, kan dat volgens mij een enorme kwaliteitsimpuls geven. Ik denk ook dat de betrokkenheid van de zorgverzekeraars ervoor zorgt dat wat zij nu noodgedwongen doen, enorm minder zal worden.

### De voorzitter:

Mevrouw Slagter, u mag nog interrumperen, maar daarna wil ik de minister de gelegenheid geven om haar betoog te vervolgen.

### Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

De minister zei net dat er geen verschil bestaat tussen de professionele standaard uit de WGBO en die in dit wetsvoorstel, maar dat lijkt mij niet het geval. In de WGBO staat een heel duidelijke formulering. Ik zal die hier nu niet helemaal voorlezen, maar de medewerkers van de minister kunnen dat vast wel nagaan. De professionele standaard die gebruikt wordt in het kader van het Kwaliteitsinstituut is echter breder en omvat meer. In mijn betoog heb ik erop gewezen dat dit verwarring schept. Zorgaanbieders worden getoetst op de term in de WGBO, terwijl er ook een andere "professionele standaard" zou zijn. Daarom zou het zoveel beter zijn als de professionele standaard in het laatste geval een "kwaliteitsstandaard" of een "zorgstandaard" wordt genoemd, zoals de minister zelf net zei.

### Minister Schippers:

Wij hebben aangesloten bij de WGBO. Ik vind het altijd vervelend als er een dispuut of onduidelijkheid bestaat terwijl ik het anders zie. Als de Eerste Kamer zegt "wij willen graag een andere term, want wij vinden het verwarrend", dan heb ik daar helemaal geen problemen mee. Bij dit wetsvoorstel hebben wij aangesloten bij de WGBO. Hadden wij dat niet gedaan, dan had ik de WGBO moeten veranderen. Dat heb ik niet gedaan, omdat wij met dit wetsvoorstel aansluiten bij de WGBO.

### De voorzitter:

Mevrouw Dupuis, heel kort. Daarna is het woord aan de minister.

### Mevrouw Dupuis (VVD):

Ik zal het heel kort houden. Ik moet de minister helaas tegenspreken. De WGBO is heel helder en concies. Iedereen weet precies waarover het daarbij gaat. Als dat ooit tot rechtszaken leidt, civiele, strafrechtelijke of wat dan ook, weet de rechter waar hij aan toe is. De manier waarop het in dit wetsvoorstel is uitgebreid, bijvoorbeeld met het patiëntenperspectief, maakt de zaak buitengewoon onhelder. Dat verzinnen wij hier nu niet even als woordvoerders, dat is ons allemaal opgevallen. Het moet de minister zijn opgevallen dat wij daar unaniem in zijn. Ook de KNMG, de koepel van de artsen, heeft heel veel problemen met de manier waarop de term in dit wetsvoorstel wordt gehanteerd. Dat geldt niet voor de WGBO, want daarbij is het helder. Ik benadruk dat ik het helemaal eens ben met mevrouw Slagter dat dit niet zo kan blijven. Het is gewoon niet helder! In de toekomst zal het tot zeer ingewikkelde debatten leiden. Die moeten wij juist voorkomen met heldere wetgeving.

### Minister Schippers:

Daarover verschillen wij van mening. De WGBO is heel helder. Ik verander de WGBO niet en daar sluiten wij met dit wetsvoorstel bij aan. Ik zie het probleem dus niet. Ik

heb echter aangegeven dat als iemand anders wel een probleem ziet, je kunt bekijken op welke manier je helderheid kunt scheppen. Je moet volgens mij namelijk discussiëren over zaken die er werkelijk toe doen. Dit punt doet er in mijn ogen niet zoveel toe. Dan zouden we het gewoon moeten aanpassen. Daar moeten wij een modus voor vinden, want het lijkt mij niet het zwaarste punt.

Opschoning van onnodig papieren gedoe heeft voor mij prioriteit. Een stapeling van eisen en administratieve drukte leidt namelijk tot demotivatie van professionals en het levert ook werkelijk helemaal niks op. De uitvraag moet bovendien aansluiten bij het primaire proces, zodat de professional er geen last van heeft. Ik heb staccato vier heel belangrijke redenen genoemd om dit wetsvoorstel in te dienen en te verdedigen. Ik denk dat wij deze slag moeten maken. Als ik zou denken dat deze slag door het veld zonder dit wetsvoorstel gemaakt kon worden, dan zou ik hier echt niet staan. Lees het rapport van de Algemene Rekenkamer over wat de inspanningen ons tot zover hebben gebracht. Te weinig, vat ik maar subtiel samen. Deze poot moet worden bijgetrokken, willen wij de zorg niet laten draaien om geld, prijs en premie. Op een aantal terreinen is die slag gelukkig al gemaakt. Dat is belangrijk voor andere behandelingen, want de uitvoerders hiervan kunnen zich hieraan optrekken. Zij kunnen bekijken hoe anderen het hebben gedaan en hoe het dus kan. Dat kan als wij het inzichtelijk en vindbaar maken. Wij moeten niet alles tegelijk doen, maar eerst laten zien waar het al gebeurt. Dat inspireert en zet de toon.

Ik zal nu antwoord geven op de gestelde vragen. Gaat de standaard gelden in de relatie tussen zorgaanbieder en zorgcliënt? De patiënt kan geen rechtstreekse aanspraken ontlenen aan de standaard. Mevrouw Scholten vroeg daar volgens mij naar. Wel kan de patiënt aan de hand van de standaard verwachtingen ontlenen aan de zorg die hij kan verwachten. De zorgverlener is in het kader van informed consent eraan gehouden om de patiënt te informeren als hij afwijkt van de standaardzorgverlening. De doorzettingsmacht van het Kwaliteitsinstituut, de kwaliteitsafdeling, is geregeld in artikel 66c, lid 3.

Hoe ga ik om met de verschillende doelstellingen voor de toetsing van de professionele standaarden? Mevrouw Dupuis noemde de vier doelstellingen van de standaarden: de basis van het handelen van de zorgverlener, de externe beoordeling door bijvoorbeeld de inspectie, externe vergelijking op kwaliteit en de zorginkoop. Dat zijn inderdaad de vier doelen van de standaarden die ook in het wetsvoorstel staan. Het Kwaliteitsinstituut, of de kwaliteitsafdeling, zal die niet beoordelen. Dat zou namelijk een inhoudelijke toets betekenen. De verantwoordelijkheid blijft echter primair bij het veld liggen. Het Kwaliteitsinstituut toetst de standaard wel marginaal. Het bekijkt alleen of het proces goed is verlopen en of iedereen betrokken is die betrokken zou moeten worden, zoals aanbieders, verzekeraars en cliënten. Het gaat dus niet inhoudelijk toetsten. Door de betrokkenheid van aanbieders, verzekeraars en cliënten verwachten wij dat de zorgstandaarden gaan voldoen aan de doelen die vanuit de verschillende oogpunten van deze drie partijen zijn geschreven. Gezamenlijke betrokkenheid is in mijn ogen de waarborg voor het behalen van de doelen.

### Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

Ik wil graag dat de minister duidelijker ingaat op de vraag hoe die gezamenlijkheid georganiseerd wordt en hoe het

## Schippers

met de mandatering zit. Ik zie namelijk nog niet voor mij hoe dit zou kunnen gebeuren.

### Minister Schippers:

Er werd mij ook gevraagd hoe het bijvoorbeeld met de zorgverzekeraars zal gaan. Zorgverzekeraars Nederland kan deze rol prima op zich nemen voor de betrokkenheid van een zorgverzekeraar of een zorgverzekeraarsexpert op het gebied waarover het gaat. Je ziet nu dat degenen die bij de zorgverlening betrokken zijn, ook zijn afgevaardigd bij het maken van de richtlijnen, standaarden en protocollen. Dat verloopt op een heel goede manier. Ik zie niet in waarom dit bij zorgverzekeraars en patiënten anders zou gaan dan nu bij de aanbieders het geval is. Bij de aanbieders gaat het ook op een natuurlijke manier heel goed.

### Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

De minister weet zelf ook wel dat er heel veel patiëntenverenigingen zijn en dat er daarnaast ook concurrerende zorgverzekeraars zijn. Ik zie nog steeds niet goed voor me hoe het zit. Het Kwaliteitsinstituut moet toetsen of de procedure terecht is geweest, maar dan moet toch ook een beetje duidelijk zijn hoe gemandateerd de verschillende partijen zijn? De ene partij is toch veel gezaghebbender, of heeft een grotere mond of wat dan ook, dan de andere partij? Hoe weet je of het inderdaad gezaghebbend en representatief is?

### Minister Schippers:

Ze worden afgevaardigd door een koepel, zoals dat nu ook gebeurt. Bijvoorbeeld een patiëntenvereniging voor mensen met migraine gaat niet over een darmziekte meepraten. Men zoekt dus de expertise bij een bepaalde richtlijn, zoals dat nu feitelijk ook bij de aanbieders gebeurt. In het geval van de aanbieders wordt ook de expertise bij de richtlijn gezocht. Dat kan weleens eventjes duren – dat zien wij in de praktijk ook – maar ik heb nog niet ontdekt dat het niet goed gaat. Zorgverzekeraars Nederland vaardigt vanzelf iemand af. Mevrouw Slagter spreekt over concurrentie, maar dit is natuurlijk hartstikke precompetitief. Het is dus hetzelfde.

### Mevrouw Dupuis (VVD):

De minister zei net dat het volgens de Rekenkamer niet zo goed is gegaan. Er moeten inderdaad meerdere doeleinden bereikt worden wat betreft de toetsing van de kwaliteit. Daar kunnen wij toch niet aan voorbijgaan? Ik denk namelijk dat er een verband bestaat tussen de twee zaken. Doordat er meerdere doeleinden zijn, is het zo moeilijk gebleken om tot een coherent geheel te komen. De grote vraag waar wij allemaal mee zitten en die iedereen op zijn eigen wijze verwoordt, is hoe wij uit die kluwen komen. De minister zegt dat er geen grote mal overheen kan en dat klopt, maar hoe komen wij daaruit? Het is echt een groot verschil of je toetst met het oog op vergelijkbaarheid, wat voor de minister centraal staat, of voor de zorgaanbieders en hulpverleners zelf, om de kwaliteit van hun werk te verbeteren. Dat zijn verschillende dingen. Het hele veld is ervan doordrongen dat het begint met de feedback die je jezelf geeft door middel van een kwaliteitsstandaard. Daarna zijn er enkele afgeleide dingen, maar die moeten uit elkaar gehouden worden. Er moet gewoon ordelijk in opgetreden worden. De suggestie van de boodschap van de minister is steeds dat het allemaal

één pot nat is en dat het beter moet, maar zo simpel zit de werkelijkheid helaas niet in elkaar.

### Minister Schippers:

Niet als ik het bij toverslag voor de sector zou willen regelen, maar dat stel ik ook niet voor. De sector kan zijn handelen zelf een basis geven door eenheid van taal en registratie te hanteren. Daarmee maakt een ziekenhuis zijn handelen tegelijk vergelijkbaar met het handelen van een ander ziekenhuis op dat terrein. Dat klinkt als een basisprincipe, maar dit is in de zorg helemaal niet standaard. Er is nu geen eenheid van taal en registratie. Het begint dus heel basaal. Wij moeten het ook niet heel complex bedenken, want vaak gaat het om simpele dingen. Als je iets wilt kunnen vergelijken, moet je er in ieder geval voor zorgen dat je dezelfde taal spreekt en dat je zaken op dezelfde manier opschrijft.

### De heer Ganzevoort (GroenLinks):

De minister zegt dat het precompetitief is, maar dat lijkt mij niet zo. Juist als je in concurrentie bent, is het van het grootste belang dat je op die plekken aan tafel zit waar de beslissingen vallen en de regels en standaarden worden opgesteld. Dat is bij uitstek een plek waar je vanuit concurrentieoverwegingen aan tafel wilt zitten. In het verleden daarvan heb ik een vraag. De minister heeft het steeds over de zorgaanbieder als een van de spelers in het veld, maar ik raak meer en meer in de war. Bedoelt de minister daarmee de zorgverlener of de zorginstelling? Ook die hebben wel voor een deel overlappende, maar niet per se dezelfde inzichten en ze hebben ook zeker niet per se dezelfde belangen. Kan de minister dit verhelderen? Hoe worden ze geselecteerd? Wie bepaalt wie er aan tafel zit? Daar vallen namelijk de klappen.

### Minister Schippers:

De zorgverlener is bijvoorbeeld een wetenschappelijke vereniging, dus de artsen. Ik doel dus niet op de instellingen, maar op degenen die de zorg verlenen, de zorgverleners, de zorgaanbieders. Dat is de driehoek waarover wij het hebben.

Wat het precompetitieve betreft: een verzekeraar heeft niet zo veel power in huis dat hij het op alle terreinen nuttig vindt om zijn expertise te leveren. In de praktijk zal de ene verzekeraar bij de ene zorgstandaard betrokken zijn en een andere bij de andere. Dat is prima. Er zal een taakverdeling ontstaan. Dat ligt voor de hand, lijkt mij. In mijn ogen is dit wel precompetitief omdat verzekeraars zeer veel belang hebben bij meer eenheid in het weergeven van kwaliteit van zorg.

### De heer Ganzevoort (GroenLinks):

Dank voor de helderheid over de zorgaanbieder, waarmee de minister de zorgverlener bedoelt.

Op een aantal punten gaat het toch duidelijk over de rol van de instellingen, bijvoorbeeld het ziekenhuis, dat hier een bepaald belang bij heeft, hierop afgerekend wordt en op basis van dergelijke elementen vergeleken wordt. Mij is niet helemaal duidelijk hoe een zorginstelling al dan niet een rol in dat geheel speelt.

### Minister Schippers:

De zorgverlener is de professional die aan het bed staat, bijvoorbeeld de dermatologen, vertegenwoordigd door de wetenschappelijke vereniging van dermatologen. Die gaan bepalen wat de state of the art behandeling is. Ik zie

## Schippers

hierin geen rol voor het ziekenhuis. Het ziekenhuis moet het goed organiseren en ervoor zorgen dat het doelmatig en goed verloopt, maar voor de kennis over de juiste behandeling van een patiënt heb je de dermatologen en dus de wetenschappelijke vereniging voor dermatologie nodig. Wij komen er zo nog op terug, maar ik vind dat de rol van de patiënt hierbij ook belangrijk is. Die weet misschien niet wat op dat moment de gouden standaard van behandeling is, maar die kijkt anders naar de zorg. De patiënt kijkt naar de bijwerkingen, naar de pijn die een behandeling veroorzaakt, naar de manier waarop de behandeling wordt ervaren en naar de vraag of rekening wordt gehouden met persoonlijke factoren. Wij gaan dus niet aan de cliënt vragen wat de gouden standaard in de wetenschap is; daarvoor hebben wij de wetenschappelijke verenigingen. Die moeten hun kennis en kunde als input geven. De input van de patiënten zal heel anders zijn. Die zal veel meer gaan over service, benadering, bijwerkingen bij bepaalde behandelingen en dergelijke. Ik ben zelf ook lid van een patiëntenvereniging. Daarvan krijg ik een mooi blad, waarin heel goed wordt omschreven wat de ervaringen van patiënten bij bepaalde behandelingen zijn. Het idee dat patiënten dat niet kunnen, is echt onzin. Ik zou willen dat wij dit gewoon een plekje geven in de richtlijnen.

### De voorzitter:

Mevrouw Dupuis, u mag nog kort een vraag stellen, maar daarna wil ik de minister de gelegenheid geven om haar betoog te vervolgen.

### Mevrouw Dupuis (VVD):

U hebt groot gelijk, maar ik heb nog één opmerking. Zaken als de vraag hoe een patiënt de behandeling ervaart en wat de bijwerkingen zijn, vormen de kern van wetenschappelijk onderzoek naar behandelingen. Dat is niet speciaal het patiëntenperspectief. Het hoort er helemaal bij! Ik heb 25 jaar lang wetenschappelijk onderzoek moeten beoordelen en deze factor zit er altijd in. Ik begrijp dus niet waarom die er steeds uit wordt gehaald als iets bijzonders. Als je een behandeling onderzoekt op effectiviteit en dergelijke, kijk je ook meteen of die haalbaar is, of de patiënt die kan verdragen en of de patiënt er niet al te veel last van heeft. Dat zijn heel logische dingen, die bij de basis horen. Ik vind het buitengewoon weinig productief om die er steeds als apart stuk uit te halen.

### Minister Schippers:

Het gaat hier om de relatie tussen de arts en de patiënt, uiteindelijk degene die de zorg inkoop. Het is toch niet gek dat je dan besluit om niet alleen over de patiënt te gaan praten, maar om je ook af te vragen of de patiënt zelf een inbreng heeft bij de behandeling die hij moet ondergaan? Die inbreng is reëel. Die gaat niet over aspecten van technische of wetenschappelijke aard, want dat is het onderdeel waar de dokters het meeste van weten.

### Mevrouw Dupuis (VVD):

Dit gebeurt al 50 jaar! Sinds de geneeskunde na de Tweede Wereldoorlog een beetje aan het groeien is, horen deze aspecten gewoon bij het evalueren van medisch handelen. Nu wordt net gedaan of er een heel nieuwe wereld openklapt, maar dat is niet zo.

### Minister Schippers:

Ik verschil daarover echt van inzicht. De vraag is of je vindt dat de patiënt in de zorg nu al de rol heeft die hij zou moeten hebben. Als je dat vindt, hoef je inderdaad niks te versterken. Dan hoeven wij straks ook niks te doen met de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, want dan hebben wij het goed geregeld. Ik ben echter van mening dat de emancipatie van de patiënt wel steun behoeft en dat de stem van de patiënt meer gehoord mag worden. Wij zullen steeds minder over de patiënt zeggen wat goed voor hem is. De patiënt zal zelf steeds vaker kunnen inbrengen wat goed voor hem is.

Hoe borg ik dat het Kwaliteitsinstituut doet waar het voor is en hoeveel professionele standaarden zullen worden opgenomen? Als deze afdeling van start gaat, gaat zij niet alles tegelijk doen. Dat kan ook niet. Er zijn een paar sectoren die al heel ver zijn, zover als wij liefst in de hele zorg zouden zien. Om te beginnen gaan wij dat transparant maken. Als je bijvoorbeeld diabetes hebt, kun je als patiënt daadwerkelijk zien hoe de zorg op verschillende plaatsen geregeld is. Dat is belangrijk. Op andere onderdelen kan dat nog niet, omdat wij daar nog niet zover zijn, doordat de standaarden en de richtlijnen daar nog in de kinderschoenen staan. Het zal dus nooit allemaal tegelijk gaan. Wij beginnen met de voorlopers en wij hopen dat het been over de jaren heen wordt bijgetrokken. Wij hebben dus ook geen limiet en geen basis. Wij zullen een werkprogramma maken en dat wordt aan de parlementen voorgelegd. Ik zal dit zelf voor het Kwaliteitsinstituut goedkeuren. Het Kwaliteitsinstituut maakt het ook niet zelf, maar doet dat in overleg met het veld en kijkt wat prioriteit en aandacht nodig heeft.

Ik noem een voorbeeld. In de geestelijke gezondheidszorg ging het over de richtlijn die de Tweede Kamer enorm nodig vond voor behandeling van dwang en drang. Ik heb de sector toen gevraagd om een richtlijn te maken. Een jaar later vroeg de Kamer hoe het ermee stond en toen bleek dat de sector er nog niet mee begonnen was. Voordat men begonnen was, had men namelijk al ruzie over de vraag wie wat zou betalen en wie welke rol had. Als je het nodig vindt dat er een richtlijn komt, moet je in zo'n geval op den duur gewoon besluiten om het in een werkprogramma te zetten. Dan ziet iedereen dat het gebeurt. Als er na verloop van tijd niks gebeurd is, kan de kwaliteitsafdeling besluiten om haar doorzettingsmacht in te zetten. Dat doet men daar niet door met een eigen clubje binnen het Zorginstituut Nederland aan de slag te gaan. Nee, men vraagt toonaangevende deskundigen uit het veld om bij elkaar te gaan zitten en een standaard op te stellen. Die wordt daarna aangeboden en vastgesteld. Zo zal het in de praktijk gaan.

### De voorzitter:

Ik zie dat mevrouw Slagter een vraag wil stellen, maar ik heb zojuist gezegd dat ik de minister even de gelegenheid wil geven om haar betoog te vervolgen. Mevrouw Slagter stelt één kort vraagje.

### Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

Ja, ik wil graag om een kleine verduidelijking vragen, voorzitter. Uit wat de minister nu zegt, kan ik zo'n beetje concluderen dat het met name gaat om complexe standaarden, of beter gezegd om standaarden die over complexe beelden of ketenzorg gaan. Ik heb echter gevraagd wat er gebeurt met alle standaarden die er al zijn. De minister zei al dat er veel standaarden zijn die niet zo goed

## Schippers

zijn of nog in de kinderschoenen staan. Er zijn echter ook heel veel weloverwogen en heel duidelijke standaarden. Ik noem de standaarden over huisartsgeneeskunde. Worden die een-op-een in het register geplaatst? Wat gebeurt daarmee? Het lijkt mij dus in bepaalde opzichten toch wel goed als er direct een vulling van de databank plaatsvindt.

### Minister Schippers:

Ik gaf een antwoord op een vraag van mevrouw Ter Horst. Zij vroeg hoeveel standaarden er zijn en of er een limiet is. Over wat mevrouw Slagter nu vraagt, kan ik het volgende zeggen. Bij de al bestaande standaarden ligt het initiatief bij de beroepsgroep zelf. Die kan de standaarden aanbieden aan het Kwaliteitsinstituut. Daar wordt beoordeeld of de standaarden voldoen aan de eisen die wij eraan stellen, bijvoorbeeld over vergelijkbaarheid en eenheid van taal. Als de standaard daaraan voldoet, wordt die automatisch ingeschreven. De beroepsgroep bepaalt dus of de standaard wordt aangeboden en hoe snel dat gebeurt.

Ik moet nog iets zeggen over de term "professionele standaard". In het wetsvoorstel is aangesloten bij de term "professionele standaarden" die ook in de WGBO wordt gebruikt. In deze wet wordt de term verder gedefinieerd. Het zijn richtlijnen, modules, normen, zorgstandaarden dan wel organisatiebeschrijvingen die betrekking hebben op het gehele zorgproces of een deel van een specifiek zorgproces en waarin wordt vastgelegd wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen. Indien er gekozen was voor een andere term, had de WGBO aangepast moeten worden. Dat zou vertragiging hebben opgeleverd, terwijl in de praktijk geen wijziging plaatsvindt. De richtlijnen en modules dienen immers nog steeds te voldoen aan de stand van de wetenschap. Overigens gebruikt de kwaliteitsafdeling de term "kwaliteitsstandaarden" als een synoniem voor "professionele standaarden" en sluit men voor de definitie van de term "kwaliteitsstandaarden" aan bij de definitie die in dit wetsvoorstel staat.

Er is ook gevraagd hoe de procedure voor de ontwikkeling van professionele standaarden aansluit bij artikel 453 van de WGBO. Op grond van artikel 453 moet de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en daarbij handelen in overeenstemming met de door hem geldende professionele standaard. Onder deze verplichting wordt ook een professionele standaard begrepen die is opgenomen in het openbaar register van het Zorginstituut Nederland. Het Zorginstituut Nederland heeft immers erkend dat zo'n professionele standaard een adequate beschrijving geeft van de kwaliteit van een specifiek zorgproces.

In hoeverre zijn beroepsgroepen gehouden aan professionele standaarden? Ze keuren ze immers niet goed. In het wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg en in artikel 553 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is de verplichting neergelegd van de zorgaanbieder om bij de zorgverlening te handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de door hem geldende professionele standaard. Daaronder valt de door het Zorginstituut Nederland in het openbaar register opgenomen professionele standaard. Heeft het opnemen van een professionele standaard in het openbaar register juridische consequenties? Op grond van artikel 2 van het wetsvoorstel ...

### Mevrouw Scholten (D66):

Ik zeg het volgende niet om kinderachtig te doen, maar omdat het goed is als het in de Handelingen wordt opgenomen. De minister verspreekt zich twee keer. Het gaat niet om "door hem geldende professionele standaarden" maar om "voor hem geldende professionele standaarden". Het gaat bovendien niet om artikel 553, maar om artikel 453. De minister had het over artikel 553. Dat zou kunnen leiden tot een misverstand.

### Minister Schippers:

Als ik 553 zei, zei ik het fout. In mijn spreektekst staat het goed. Het gaat inderdaad om artikel 453.

### Mevrouw Scholten (D66):

Belangrijker is het "voor hem geldende" in plaats van "door hem geldende". "Door hem geldende" heeft in deze context geen betekenis.

### Minister Schippers:

Ook dat staat in de spreektekst op de manier die mevrouw Scholten nu verwoordt. Spreek ik zo slordig? Ik sta de spreektekst hier toch gewoon op te lezen?

### Mevrouw Ter Horst (PvdA):

Misschien spreekt u een beetje snel, minister.

Voorzitter, de minister noemt niet altijd de naam van het Kamerlid dat de vraag heeft gesteld die ze beantwoordt. Ik ben er daarom niet helemaal zeker van of zij nu een antwoord heeft gegeven op een vraag die ik heb gesteld. Zij zei dat zorgverleners zich te houden hebben aan de professionele standaard. Ik zeg dit maar even in mijn eigen simpele Nederlands. Mijn punt was eigenlijk het volgende. Stel dat er een standaard tot stand komt zonder dat de beroepsgroep daarmee instemt. Dat is denkbaar, bijvoorbeeld omdat er bij de totstandkoming patiënten en zorgverzekeraars aan tafel zitten. Stel nu dat men bij de beroepsgroep zegt: we vinden het niks. Dan is de individuele beroepsbeoefenaar gehouden om zich aan de richtlijn van zijn beroepsvereniging te houden, maar hij handelt daarmee dan in strijd met de professionele standaard. Is die casus denkbaar?

### Minister Schippers:

Nee, want de richtlijn, het protocol of de standaard zal, als "het veld" er niet uitkomt, worden opgesteld door het Kwaliteitsinstituut of de kwaliteitsafdeling, door mensen die deskundig zijn en gezag hebben in de sector zelf. Die mensen zullen deze richtlijn opstellen en daarbij uitgaan van de stand der wetenschap. De individuele beroepsbeoefenaar die het op dit moment niet eens is met de standaard of de richtlijn die is opgesteld, wordt er nu ook wel op getoetst door de IGZ. Die handhaaft die standaard, ook al is de individuele arts het met zijn wetenschappelijke vereniging daarmee niet eens. Ik zat onlangs bij het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis. Daar sprak een arts mij aan. Hij had mij via Nieuwsuur ook al eens aangesproken. Hij vindt de eisen rond borstkanker van 50 keer per jaar veel te laag. Hij is het dus niet eens met zijn wetenschappelijke vereniging. Hij krijgt van die vereniging overigens ook een tik op de vingers vanwege het feit dat hij zich hierover uitspreekt. Hij verandert dat echter niet, maar hij moet zich wel houden aan de standaard die is afgesproken.

## Schippers

Mevrouw **Ter Horst** (PvdA):

Mijn casus gaat niet over een individuele beroepsbeoefenaar die zich ergens niet aan wil houden. In de casus die ik schets, is de beroepsgroep het zelf niet eens met de professionele standaard.

Minister **Schippers**:

Ja, maar de professionele standaard zal altijd de laatste stand van de wetenschap moeten volgen.

Mevrouw **Ter Horst** (PvdA):

Dus volgens de minister zal de beroepsgroep het altijd eens zijn met de professionele standaard?

Minister **Schippers**:

Nee, dat hoeft niet. Er zijn immers soms verschillende beroepsgroepen bij één richtlijn betrokken. Dan is het mogelijk dat een aantal beroepsgroepen het met de richtlijn eens is, maar één beroepsgroep niet. In de huidige situatie blijft het op zo'n moment hangen en is er niets. In de toekomst zal in zo'n situatie het Kwaliteitsinstituut doorzettingsmacht hebben. Het zal de richtlijn inschrijven als die voldoet aan alle eisen die eraan worden gesteld. Dan heeft iedereen zich eraan te houden.

Mevrouw **Ter Horst** (PvdA):

Dat is de vraag. Als er een richtlijn is van de beroepsgroep zelf, die dus strijdig kan zijn met de professionele standaard, dan hoort een individuele beroepsbeoefenaar zich aan die richtlijn van zijn beroepsgroep te houden. Hij kan dan dus handelen in strijd met wat er in de professionele standaard staat.

Minister **Schippers**:

Nee, het Kwaliteitsinstituut stelt geen richtlijnen op, maar stelt ze vast. De richtlijnen die het Kwaliteitsinstituut op een gegeven moment vaststelt, worden opgesteld door in de sector gezaghebbende mensen. Natuurlijk zullen zij daarbij de laatste stand van de wetenschap volgen. Wat die is, daarover kun je natuurlijk een dispuut voeren. Dat gebeurt nu ook. Als men er nu echter niet uitkomt, is er niets op grond waarvan men kan handhaven. In de toekomst zal er dan in ieder geval iets zijn op grond waarvan men kan handhaven.

Mevrouw **Ter Horst** (PvdA):

Volgens mij ben ik redelijk helder, maar reageert de minister steeds op een andere manier dan eigenlijk zou moeten. Ik vraag haar of het denkbaar is dat de richtlijn van een beroepsgroep afwijkt van de professionele standaard. De beroepsgroep is het dan dus niet eens met de professionele standaard. Wat betekent dat voor de individuele beroepsbeoefenaar? Volgens mij betekent dat, dat hij zich zou moeten houden aan de richtlijn van zijn beroepsgroep. Daarmee kan hij dus handelen in strijd met de professionele standaard.

Minister **Schippers**:

Maar die richtlijn zal dus ook in het register moeten zijn ingeschreven. Het lijkt mij raar als een richtlijn ...

Mevrouw **Ter Horst** (PvdA):

Richtlijnen die niet zijn ingeschreven, zijn niet ineens van de aardbodem verdwenen.

Minister **Schippers**:

Nee. Maar in een situatie waarbij voor een richtlijn bijvoorbeeld vier beroepsgroepen nodig zijn, en waarbij één beroepsgroep het niet eens is met het uiteindelijke resultaat, kan die ene beroepsgroep zo'n richtlijn of standaard niet tegenhouden. Daarvoor hebben wij doorzettingsmacht geregeld. In zo'n situatie wordt zo'n richtlijn dus gewoon ingeschreven. De artsen hebben zich dan aan de richtlijn te houden.

Mevrouw **Ter Horst** (PvdA):

Dat is een interessant punt. Ik kom er in mijn tweede termijn op terug.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

De minister heeft een andere vraag van mij gelijk beantwoord. Dank daarvoor. Ik vroeg waar wordt vastgesteld. De kwaliteitsafdeling stelt dus vast. Met het inschrijven is de richtlijn vastgesteld.

Minister **Schippers**:

Ja.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Dat helpt mij. Ik wil de casus van mevrouw Ter Horst nog op één manier compliceren. Ik wil namelijk de suggestie wegnemen dat een beroepsgroep het altijd eens is. Men kan binnen de beroepsgroep ook van mening verschillen. Bij sommige aandoeningen is misschien iedereen het met elkaar eens. Dan zal de stand van de wetenschap ook helder zijn. Dit gaat echter ook over het bredere veld van de zorg. Met name daar zijn er allerlei situaties waarbij er binnen de beroepsgroep heel verschillende visies zijn op wat goede zorg is. Er bestaan dan verschillende praktijken naast elkaar. Dat gebeurt niet omdat de ene standaard goed is en de andere standaard fout, maar omdat verschillende visies naast elkaar kunnen bestaan. Kan het zo zijn dat een meerderheid van de beroepsgroep een bepaalde standaard ontwikkelt, waarna de minderheid gedwongen wordt zich in dat keurslijf te voegen? De suggestie dat met wetenschappelijke kennis alles is vastgelegd, waarmee per se een soort consensus ontstaat, klopt wel voor een deel van de sector, maar niet voor de hele sector.

Minister **Schippers**:

Dat is nu ook al het geval.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Maar nu is het nog niet vastgesteld en opgelegd. Daar zit hem nou precies het grote probleem.

Minister **Schippers**:

Nee. Als een veldnorm is vastgesteld door de meerderheid van de beroepsgroep, handhaaft de inspectie daar nu ook al op. Een substantieel deel of een klein deel van de beroepsgroep of een individu kan het anders zien, maar de inspectie handhaaft op de veldnormen, de richtlijnen en de protocollen die worden vastgesteld door de sector.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Hoeveel variatie mag er binnen z'n professionele standaard bestaan? Ik denk met name aan de langdurige zorg, waar je de bejegening op verschillende manieren kunt or-



## Schippers

ganiseren. Er zijn dus verschillende kanten aan professionele standaarden naast elkaar denkbaar.

### Minister Schippers:

Daarom zul je zo'n standaard niet zo moeten opstellen dat je er meer kanten mee op kunt gaan. Maar er bestaat nu al best wel verschil van mening over wat je kunt doen. Stel je hebt een veldnorm, een protocol of een richtlijn en je kijkt daar als arts van af, dan moet je aangeven waarom je daarvan afwijkt. Daarvoor kunnen heel goede redenen zijn, zoals de individuele situatie van een patiënt. Afwijken kan dus, maar dan wel beargumenteerd.

### Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

Ik heb hier nog een procedurele vraag over. De minister zegt: de afdeling Kwaliteit stelt de standaard vast. Welke instantie bepaalt dat die standaard wordt ingeschreven in het register? Ik meen namelijk begrepen te hebben dat het Zorginstituut als geheel dat doet. Op welk niveau is dat georganiseerd? Kun je in beroep gaan als je het er niet mee eens bent?

### Minister Schippers:

De eerste vraag was ook een vraag van mevrouw Dupuis. In eerste instantie kun je dat bij de kwaliteitsafdeling zelf. Als dat niet werkt, kan dat bij VWS. Het veld stelt de standaard op, en het Kwaliteitsinstituut stelt haar vast. Er verandert helemaal niets in de opstelling: dat gebeurde door het veld en dat blijft zo. Daar hecht ik ook aan, want daar zit de kennis. Overigens is er nog een verschil tussen vaststelling en invoering. Soms is iets heel complex, waarna de inspectie je een jaar de tijd geeft om je erop voor te bereiden. Soms zijn dingen heel simpel, en dan vindt de inspectie dat het binnen een maand geregeld moet zijn. Het hangt dus heel erg af van de complexiteit van wat je regelt.

### Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

De afdeling Kwaliteit stelt de standaard zelf vast, die is daarin autonoom.

### Minister Schippers:

Ja.

De partijen stellen zelf de standaard op. Ze bepalen zelf of ze een autorisatieproces onderdeel willen laten zijn van de standaard voordat ze deze aanbieden aan het Kwaliteitsinstituut of de kwaliteitsafdeling. Deze afdeling beoordeelt of de standaard op een goede wijze tot stand is gekomen. Zo ja, dan schrijft ze de door het veld opgestelde standaard in in het register.

Ik kom toe aan de consequenties van de door het Kwaliteitsinstituut zelf opgestelde professionele standaard. Een professionele standaard die in opdracht van de kwaliteitsafdeling heeft ontwikkeld, heeft geen andere status dan een professionele standaard die op initiatief van de veldpartijen is ontwikkeld. Zij neemt slechts de regierol over, bijvoorbeeld door een externe werkgroep te belasten met het opstellen van een professionele standaard. De aldus opgestelde professionele standaard wordt vervolgens ter consultatie voorgelegd aan veldpartijen, die daarop reageren, waarna de reacties worden verwerkt. Vervolgens toetst het Kwaliteitsinstituut of de professionele standaard voldoet aan het toetsingskader. Zo blijft het veld daarbij op inhoud betrokken, en dus verantwoordelijk. De aldus tot stand gebrachte norm is dan ook de veldnorm.

### De heer Flierman (CDA):

Ik werd getriggerd door het antwoord van de minister dat die afdeling de standaarden vaststelt. Wat doet het bestuur van het Zorginstituut dan nog? Bestuursrechtelijk lijkt het me namelijk een heel rare constructie: een ambtenaar zal een mandaat van het bestuur moeten hebben.

### Minister Schippers:

Er is een expertafdeling, die onder andere als taak heeft om de kwaliteitsstandaarden, protocollen en richtlijnen, opgesteld in het veld, vast te stellen en in het register in te schrijven. Het zorgen voor transparantie is een even grote taak. Die afdeling wordt dus in het leven geroepen voor het vaststellen, want het opstellen gebeurt, net als nu, gewoon in het veld.

### De heer Flierman (CDA):

Dat begrijp ik, maar volgens mij moet het uiteindelijk gelegitimeerd worden door het bestuur. Anders kom je bestuursrechtelijk gezien in een heel rare constructie terecht. Als u hier zo stellig volhoudt dat genoemde afdeling dat doet, krijgt u daar later, als deze Handelingen ooit worden gebruikt in een procedure, moeilijkheden mee.

### Minister Schippers:

Het is de taak van die kwaliteitsafdeling om dat vast te stellen. Natuurlijk is het bestuur verantwoordelijk voor wat binnen die hele organisatie aan pakketadviezen wordt uitgebracht.

Hoe zijn de checks-and-balances geregeld bij de opstelling van de zorgstandaarden? De wet regelt dat vertegenwoordigers van aanbieders – de artsen, de wetenschappelijke vereniging, de verzekeraars, de cliënten – de standaard moeten aanbieden. Ieder heeft zijn eigen kennis en input op het eigen terrein. De drie partijen moeten aangeven of zij akkoord zijn met het aanbieden van een standaard. Op die wijze zijn de checks-and-balances geregeld.

Mevrouw Dupuis vroeg of ik een claimcultuur verwacht, door de rol van de patiënt in dit proces. Dat heeft volgens mij helemaal niets te maken met deze wet. Integendeel, want in de standaarden gaat nu juist aandacht komen voor bijvoorbeeld de wijze waarop de behandeling in het leven van de patiënt past, voor bijvoorbeeld de afweging tussen bijwerking en behandeling en voor bijvoorbeeld niet-behandelen. Dan zal de cliënt een goed afgewogen keuze kunnen maken, wat de doelmatigheid ten goede komt. Overigens zal ook de doelmatigheid een afweging moeten zijn bij het opstellen van de standaarden, evenals onnodige MRI-scans, bloedonderzoeken of andere zaken. Die passen niet in de standaard. Daarin staat juist dat een MRI-scan geen onderdeel is van goede zorg. Daar zou je dus ook geen claim over kunnen indienen.

Het cliëntenperspectief komt erop neer dat bij de behandeling goed rekening wordt gehouden met de wensen en omstandigheden van de cliënt. Ik noem als voorbeeld de wens van een patiënt om te kunnen blijven fietsen, om zo het risico op verergering van een ziekte zo klein mogelijk te laten zijn. Verder denk ik aan het toetsen van kwaliteit op gezondheidswinst, dat het einddoel en het toekomstperspectief is. Daar zet ik op in.

### Mevrouw Dupuis (VVD):

Ik vind echt dat de minister helemaal niet adequaat antwoordt. Want alles wat nu net door haar gezegd is, is al jarenlang strijk-en-zet. Stel je voor dat een arts geen rekening houdt met de wensen van de patiënt als het gaat om

## Schippers

het type behandeling. Natuurlijk gebeurt dat al. Ik begrijp dit niet, want dit is al 50 jaar standaardhandeling, en misschien nog wel langer. Er wordt gelet op wat de patiënt aankan. De patiënt kan ook zeggen dat er gestopt moet worden met een behandeling. Dit is echt helemaal geen legitimatie voor deze wet. Helemaal niet.

### Minister Schippers:

Het gaat erom dat het cliëntenperspectief een plaats krijgt in het protocol en dat de patiënt zelf via zijn organisaties die inbreng kan leveren. Dat gebeurt helemaal niet altijd.

### Mevrouw Dupuis (VVD):

Een behandeling wordt altijd gezien als iets wat voor de patiënt is. Als de patiënt daar niets van wil weten, de behandeling niet wil of iets anders, dan gebeurt dat. Dit is gewoon zo vanzelfsprekend dat er niet eens meer richtlijnen voor hoeven te worden gemaakt. Het hoort gewoon in de hele body of knowledge van artsen dat je op deze manier met patiënten omgaat. Het is écht niet waar dat dit allemaal nog moet gebeuren, want dit is de huidige situatie. Elke regel die je maakt, zal die alleen verstoren in plaats van verbeteren.

### Minister Schippers:

Was dat maar de situatie, want dan stond ik hier niet met deze wet. Was het maar zo dat dit perspectief het uitgangspunt is. Ik ben het er absoluut niet mee eens dat dit zo is. Bij een groot aantal richtlijnen worden patiënten al bij het opstellen daarvan betrokken. Er zijn zorgstandaarden waarvan de cliëntenrol en het cliëntenperspectief onderdeel zijn. In een heleboel richtlijnen en zorgstandaarden gebeurt dit echter niet. Waar dit wel gebeurt, zien we dat dit meerwaarde heeft. Wij willen dat daarom over de hele linie doen. We vinden niet het wiel opnieuw uit – daarmee ben ik het eens – omdat er al richtlijnen zijn waarin dit gebeurt. Er zijn echter evenzoveel, zo niet meer richtlijnen waarin dat niet gebeurt. Waar het gebeurt, heeft dat meerwaarde. Met het wetsvoorstel wordt het volgende geregeld. De patiënt heeft een totaal andere invalshoek dan de wetenschappelijke invalshoek over wat technisch gezien de beste behandeling zou zijn. De patiënt kan daar in de richtlijn zelf input voor leveren.

Voorzitter. Er is gevraagd hoe we voorkomen dat ongewenste elementen worden opgenomen als de adviescommissie het initiatief neemt tot ontwikkeling van een standaard. Het scheelt enorm dat de standaard door deskundigen uit het veld zelf wordt opgesteld. Als de standaard is opgesteld, wordt deze aan het veld voorgelegd. Er wordt dan gezegd: wij hebben hier een richtlijn die is opgesteld door een werkgroep; u kwam er als partij niet uit, maar wat vindt u van dit voorstel? Het veld kan vervolgens input leveren. Die kan worden verwerkt, maar uiteindelijk moet er wel iets komen. We kennen helaas ook situaties waarin we überhaupt al tweeënhalve jaar wachten op de start van het maken van een richtlijn. Dat is de hele motivatie om de doorzettingsmacht te regelen.

Mevrouw Ter Horst vroeg hoe ik voor mij zie dat standaarden worden vastgesteld voor een combinatie van eerstelijnszorg, medisch-specialistische zorg en care voor mensen met meerdere ziekten. In de praktijk zien we dat dit gebeurt, bijvoorbeeld in de zorgstandaarden voor chronische ziekten zoals dementie en COPD en in de Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement.

Er is gevraagd of principiële en ethische afwegingen kunnen worden meegenomen om vast te stellen wat goe-

de zorg is. In professionele standaarden kan niet alles worden voorgeschreven wat er in de spreek- en behandelkamer plaatsvindt. Dat is ook helemaal niet nodig en ook helemaal geen doel. De eindafweging van wat op een bepaald moment nog zinvolle zorg is, is in laatste instantie iets tussen de arts, de patiënt en eventueel zijn wettelijk vertegenwoordiger in samenspraak met de familie. Ik geef een voorbeeld. Ik zie de norm in de cosmetische sector dat geen operaties worden aangeboden aan minderjarigen als daarvoor geen medische noodzaak is als een principiële en ethische norm.

Mevrouw Ter Horst vroeg of standaarden voor niet-reguliere zorg in het register worden opgenomen en welke rechten hieraan ontleend kunnen worden door de zorgverleners. Aanbieders van alternatieve zorg wil ik niet zo maar gelijkschakelen met aanbieders van reguliere zorg en Zvw- en AWBZ-zorg. De taken van het Zorginstituut met betrekking tot het pakketbeheer en het Kwaliteitsinstituut zijn gescheiden. Dit houdt in dat professionele standaarden die geen betrekking hebben op het verzekerde pakket in het register van het Kwaliteitsinstituut kunnen worden opgenomen. Iets hoeft niet in het basispakket te zitten om toch een norm te hebben, maar het moet wel reguliere zorg zijn. We gaan geen normen maken voor alternatieve zorg. Daarvan is immers juist het kenmerk dat daarvoor weinig of onvoldoende wetenschappelijk bewijs is.

Een professionele standaard is geen algemeen verbindend voorschrift vanwege de aard ervan, zeg ik in antwoord op de vraag van mevrouw Ter Horst hoeveel ruimte er is om bij innovatieve experimenten af te wijken van de richtlijnen. Ik meen dat ook de heer Flierman daarnaar vroeg. Een professionele standaard moet in beginsel worden toegepast, maar als het belang van de gezondheid van de patiënt daartoe noodzaakt, is een zorgverlener verplicht er gemotiveerd vanaf te wijken. Van belang is dat het voor de patiënt kenbaar is dat de zorg niet conform de geldende standaard wordt verleend. Als een professional afwijkt van de standaard, bijvoorbeeld in een experimentele setting of in het geval van iets heel erg innovatiefs, dan moet dat in het kader van informed consent kenbaar zijn voor de patiënt en moet hij aan de patiënt melden dat hij iets innovatiefs of experimenteels doet. Daarvan moet hij aantekening maken in het dossier.

De heer Flierman vroeg of ik het risico op kostenstijging zie als de professionele standaarden worden gevolgd. Goede zorg is in de praktijk niet altijd dure zorg. Belangrijk is dat er in de standaarden aandacht is voor doelmatigheid. Los daarvan wordt in de standaard vastgesteld wat goede zorg is. De vraag of deze voor rekening van het collectief moet worden gebracht, wordt beantwoord door de politiek op basis van het advies van de afdeling Pakketbeheer van het Zorginstituut Nederland. Dat is gescheiden van elkaar. Er kan een richtlijn zijn voor iets wat heel goede zorg is, terwijl die toch niet door het collectief vergoed wordt. Het zijn twee gescheiden trajecten.

De GroenLinks-fractie vroeg of ik haar mening deel dat de afweging of iets goede zorg is, niet gebaseerd moet zijn op kosten. Ik deel de mening dat kostenoverwegingen niet het uitgangspunt zijn. Het uitgangspunt is goede zorg. Er zijn voldoende voorbeelden van dat verbeteringen in professioneel handelen ook kostenbesparingen met zich brengen. Ik heb hiervan een aantal voorbeelden op papier staan, maar die kent de Kamer vast ook zelf. Het uitgangspunt in dezen is doelmatige en kwalitatief goede zorg.

## Schippers

Er is gezegd dat de standaardisering zal leiden tot vermindering van de administratieve druk bij controle. In dat licht is mij gevraagd of ik het ermee eens ben dat de inspectie en de verzekeraars terughoudend moeten zijn. Ja, ik ben het daarmee eens. Met de route die we nu volgen, wordt de terughoudendheid meer geborgd dan nu. Nu doet iedereen zijn eigen ding, met alle papierschuiverij tot gevolg.

De verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden blijft liggen bij de partijen in de zorg. De samenstelling van de groep die de ontwikkeling van een standaard op zich neemt, is afhankelijk van het onderwerp. Uitgangspunt is dat in ieder geval vertegenwoordigers van patiënten, cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars erbij betrokken zijn, ieder vanuit de eigen rol. Partijen maken met hun achterban en met elkaar afspraken over een mandaat en over autorisatieprocedures. Die worden getoetst door de kwaliteitsafdeling.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Om het goed te begrijpen, stel ik de volgende vraag. Het gaat nu over autorisatie. Eerder ging het over het vaststellen, dat de kwaliteitsafdeling van het Zorginstituut uiteindelijk doet. Waarin verschilt de autorisatie dan nog van de vaststelling?

Minister **Schippers**:

Er wordt bijvoorbeeld iemand afgevaardigd namens de zorgverzekeraars. Diegene komt op een gegeven moment met iets terug. Men kan dan zeggen dat men het ermee eens is en dat het goed is. De andere zorgverzekeraars die in het groepje zitten, kunnen ook vragen: heb je daar en daar weleens aan gedacht? Zo gaat het nu ook, maar op een gegeven moment zegt natuurlijk niet de onderhandelaar maar degene voor wie wordt onderhandeld of voor wie de inbreng wordt geleverd, of het goed is. Dat bedoel ik daarmee.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Vindt de autorisatie plaats voor de vaststelling?

Minister **Schippers**:

Ja. Dat is alleen maar een check om vast te stellen of degene die er voor de zorgverzekeraars zit, alles heeft meegenomen. Iedereen checkt dat, waarna kan worden vastgesteld of iedereen het ermee eens is.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Is dat een informeel proces of moet dat geformaliseerd worden?

Minister **Schippers**:

Nee, dat spreekt men zelf af.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Oké. Is de groep deskundigen die u nu steeds benoemt, dezelfde als de adviescommissie?

Minister **Schippers**:

Nee. De deskundigen zitten nu ook al bij de wetenschappelijke verenigingen. Als men er uiteindelijk niet uitkomt en de kwaliteitsafdeling van het Zorginstituut het overneemt, stelt zij een werkgroep van deskundigen in die op dat moment bij de betreffende richtlijn betrokken moet worden.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Ik dacht steeds dat dit de adviescommissie is. Is dat weer een ander orgaan?

Minister **Schippers**:

De adviescommissie gaat het niet zelf doen, want daarvoor heeft zij de deskundigheid niet in huis. Dat gaan we ook niet allemaal regelen. De adviescommissie hebben we voor het werkplan. Zij bekijkt of alles erin zit, of de volgorde juist is, of er dingen worden overgeslagen in de care of de cure en of de juiste prioriteiten zijn gesteld. De deskundigen zitten gewoon in het veld. We halen hen uit het veld en nemen hen niet in dienst.

Voorzitter. De meerjarenagenda is belangrijk, want daarin leggen we vast welke van de veldpartijen aanspreekbaar is op het tot stand brengen van de betreffende professionele standaard. Op basis van de terugkoppeling kun je bijvoorbeeld zien dat de standaard niet tijdig is opgesteld, aangezien de termijn is verlopen. Dan ga je bekijken hoe dat komt. Uiteindelijk kun je zien dat er echt iets moet gebeuren. In artikel 66, lid c, van de Zorgverzekeringswet is de bevoegdheid geregeld waarmee je dan het heft in eigen handen kunt nemen.

Ik kom bij de organisatorische indeling van het CVZ. Als deze wet in werking treedt, zal het CVZ officieel "Zorginstituut Nederland" gaan heten. Wij moeten voorkomen dat de kwaliteitszorg wegdrijft van het primaire proces. Dat vind ik ontzettend belangrijk. Als een professional zijn werk doet, moet eigenlijk automatisch geregistreerd worden wat zijn kwaliteit is zonder dat hij daarvoor aparte formulieren moet invullen. Daarom is het zo belangrijk dat wij die verantwoordelijkheid echt aan het veld laten, omdat het veld hieraan de beste invulling kan geven. Als wij dat zelf zouden gaan doen, ben ik bang dat dat los gaat zingen.

Hoe kan ik voorkomen dat het Kwaliteitsinstituut een register zal zijn waaraan niemand zich houdt? Doordat we alles wat we daar vaststellen, daadwerkelijk laten handhaven door de inspectie.

Ken ik de commissie-Vierhout en wordt die betrokken bij het wetsvoorstel? Mijn mensen hebben al kennisgenomen van een concept van het rapport van de commissie-Vierhout, dat pas volgende week uitgebracht zal worden. Ikzelf heb dat concept dus nog niet gelezen. Het rapport is gemaakt in opdracht van de Regieraad Kwaliteit van Zorg, een van de onderdelen die nu is opgegaan in het Kwaliteitsinstituut. Het voorwoord is daarom mede-ondertekend door het Kwaliteitsinstituut, dat met het rapport aan de slag gaat. Ik heb het zelf dus nog niet gelezen. Ik heb begrepen dat de commissie erop wijst dat er geen eenduidige oorzaak is aan te wijzen voor praktijkvariatie, dat zij wijst op de noodzaak van een dialoog met de behandelaars op basis van spiegelinformatie en dat zij daartoe een model voorstelt.

Bij de organisatorische indeling van het CVZ is het ontzettend belangrijk dat er één raad van bestuur is, maar dat daar verschillende organisatorische eenheden onder zitten, met een gescheiden uitvoering van taken. Dat moet gewaarborgd zijn en dat is in deze wet ook gewaarborgd. De afdeling Kwaliteit zal belast zijn met de kwaliteitstaken en zal naar buiten toe optreden als het Kwaliteitsinstituut. Deze afdeling is verantwoordelijk voor de inhoudelijke invulling van de werkzaamheden die behoren tot het gebied van het Kwaliteitsinstituut, met dien verstande dat zij voor de uitvoering verantwoording is verschuldigd aan het bestuur van het Zorginstituut, dat de eindverantwoordelijk-

## Schippers

ke is. De leden van de adviescommissies worden door het bestuur benoemd op grond van hun deskundigheid en functioneren op persoonlijke titel, zonder last en ruggespraak. De adviescommissie adviseert de raad van bestuur van het Zorginstituut over de opname van professionele standaarden in het register en over de meerjarigenagenda. Daarbij hoort dat de commissie kan adviseren om zelf de ontwikkeling van bepaalde professionele standaards in gang te zetten. De leden van de adviescommissie fungeren daarnaast als ambassadeurs van het Kwaliteitsinstituut. De adviescommissie wordt in al deze werkzaamheden ondersteund door het bureau van het Zorginstituut.

De afdeling Kwaliteit wordt bijgestaan door de adviescommissie, die bijvoorbeeld adviseert over het meerjarigenprogramma en het werkprogramma. Dit heb ik volgens mij allemaal al gezegd.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Ik heb in dit kader ook gevraagd hoe transparant beslissingen van de raad van bestuur kunnen zijn. De raad van bestuur kan immers zowel van de afdeling Kwaliteit als van de afdeling Pakket adviezen krijgen. Het kan zijn dat daar een spanningsveld tussen zit. Komt daar dan een verantwoording van? Hoe gaat dat precies?

**Minister Schippers:**

Nee, dat zijn volstrekt gescheiden circuits. Je kunt een richtlijn, een protocol of iets dergelijks inschrijven in het register. Dat betekent dat dát de kwaliteit is die geleverd wordt. Over de vraag of dat onderdeel uitmaakt van het pakket, wordt door de andere tak geadviseerd. Enerzijds kan er dus worden geadviseerd om iets in het register te zetten als goede kwaliteit van zorg – "zo moet de zorg geleverd worden" – en anderzijds kan er bijvoorbeeld worden besloten om die zorg niet op te nemen in het pakket.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Dat moet soms uitmonden in één advies van de raad van bestuur aan de minister. Hoe is die weging dan?

**Minister Schippers:**

Er is geen weging, want wat goede zorg is en welke richtlijn gehanteerd moet worden bij het leveren van die zorg, is vastgelegd als dat eenmaal in het register staat. Zo wordt het dan ook getoetst en gehandhaafd door de inspectie. De afdeling Pakket kan mij bijvoorbeeld over hetzelfde onderwerp adviseren om het niet in het pakket op te nemen. Daar neem ik dan een besluit over, want uiteindelijk besluit ik en controleert de Kamer mij op basis van dat besluit. Als ik zeg dat iets uit of in het pakket gaat, kom ik dus naar de Kamer om uit te leggen waarom dat uit of in het pakket moet. Er kan dus goede zorg zijn die volgens de richtlijnen wordt geleverd, maar die geen onderdeel uitmaakt van het pakket.

**Mevrouw Slagter-Roukema (SP):**

Dat is inderdaad zo, maar het lijkt mij dat het standpunt van de raad van bestuur daarbij wel zwaarwegend is voor de minister. Het is dus belangrijk dat de raad van bestuur verantwoordt waarom er enerzijds wordt geadviseerd dat iets niet in het pakket hoort, terwijl dat anderzijds wel goede zorg kan zijn.

**Minister Schippers:**

Ja, maar dat is nu ook zo. Er is noodzakelijke zorg die niet in het pakket zit. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan tandheelkunde of onderdelen van fysiotherapie. Die zitten niet in het pakket. Je kunt daar richtlijnen voor maken aan de hand van hoe die zorg volgens jou geleverd moet worden. De inspectie houdt toezicht op basis van die richtlijnen, maar tegelijkertijd zitten deze vormen van zorg niet in het pakket. Het zijn dus echt gescheiden trajecten. Ik begrijp waar uw vraag vandaan komt. Ik hecht eraan dat dit gescheiden trajecten zijn, want als dit door elkaar gaat lopen, krijg je zeer oneigenlijke discussies. De ene beslissing is dus gescheiden van de andere.

GroenLinks stelde dat niet alle uitkomsten meetbaar en objectiveerbaar zijn en vroeg of dat wel te regelen is. Ik ben het ermee eens dat niet alle voor patiënten relevante uitkomsten meetbaar of objectiveerbaar zijn. Meetbare kwaliteitsindicatoren zijn daarom maar een van de instrumenten die licht kunnen werpen op de kwaliteit van de geleverde zorg. Het is niet zo dat de rest er niet toe doet omdat je die niet kunt meten. Daarnaast is er uiteraard nog het toezicht door de inspectie, kunnen cliëntenraden een rol spelen in het bewaken en bevorderen van de kwaliteit en doen professionals aan onderlinge toetsing. Zonder dat je alles in de richtlijn hoeft te hebben, kun je elkaar dus toch aanspreken op die andere onderdelen. Daarnaast zal het Kwaliteitsinstituut in samenwerking met ZonMw onderzoek laten doen naar innovatieve methoden voor het meten van uitkomsten en van ervaringen van patiënten en cliënten met de zorg.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Dat laatste is natuurlijk goed. Er zijn ook allerlei mogelijkheden om bijvoorbeeld via de al genoemde narratieve weg uitkomsten te vinden. Kunnen de niet-objectiveerbare elementen wel in de standaard voor goede zorg komen te staan, bijvoorbeeld op het punt van langdurige zorg? Zitten alleen de meetbare elementen daarin en zegt de minister dat daarnaast ook nog andere dingen van belang zijn? Of zitten ook die niet meetbare elementen wel degelijk in de standaard voor goede zorg, maar worden zij op een andere manier gemeten, namelijk niet geobjectiveerd en niet gekwantificeerd maar op een andere manier?

**Minister Schippers:**

Het kan allebei. Zij kunnen allebei deel uitmaken van een richtlijn, maar je kunt dan alleen vergelijken op basis van de meetbare dingen. Als iets niet objectiveerbaar is, is het immers heel moeilijk om daar iets aan te koppelen.

**De heer Ganzevoort (GroenLinks):**

Er zijn heel veel manieren om dingen te vergelijken die niet meetbaar of niet kwantificeerbaar zijn. Tussen "meetbaar" en "kwantificeerbaar" zit natuurlijk ook nog een verschil; rood is iets anders dan groen, ook al hangen die kleuren bij mijn partij bij elkaar. Blauw is iets anders dan geel. Je kunt op heel veel manieren vergelijken, ook op een meer narratieve en dus minder kwantificeerbare wijze.

**Minister Schippers:**

Ik denk dat dit, zeker in de langdurige zorg – maar daar zal de staatssecretaris over praten – zeer belangrijke methoden zijn om iets te meten. Ik denk dat we op dat punt ook nog een ontwikkeling moeten meemaken die wij nu misschien nog niet hebben afgerond en dat daarbij ook deze

## Schippers

kwaliteitsafdeling een belangrijke rol kan spelen, niet alleen maar samen met anderen die daar onderzoek naar doen. Het is dus geen eindpunt.

De CDA-fractie vroeg of er niet een rol voor de accountant van de instelling of een soort certificering zou moeten zijn. Ik vind certificering een te zwaar instrument. De inspectie kan bij een inspectiebezoek constateren dat de situatie niet overeenkomt met de door de instelling aangeleverde gegevens en kan vervolgens maatregelen nemen. Daarnaast kunnen verzekeraars constateren dat de zorgaanbieders zich te goed voordoen en kunnen zij hun inkoopbeleid daarom aanpassen. Ook patiënten kunnen constateren dat de werkelijkheid anders is dan zij op grond van de kwaliteitsgegevens hadden verwacht. Ook zij kunnen dit kenbaar maken. Als wij regelen dat men gegevens moet aanleveren, moeten die wel kloppen. Via deze wegen kun je erachter komen dat ze niet kloppen en daarop maatregelen nemen. In plaats van certificering vooraf hebben we toezicht, dus is het belangrijk dat het toezicht daadwerkelijk kan ingrijpen.

De heer **Flierman** (CDA):

Ik heb toch nog een korte vraag. Ik had zelf al gerelateerd dat de certificering waarschijnlijk te veel administratievastelend zou opleveren. Als echter wordt geconstateerd dat een zorgaanbieder er toch een rommel-tje van maakt en veel te optimistische informatie presenteert, is er dan een sanctie? Heeft het instituut dan de mogelijkheid om te zeggen dat het de informatie niet accepteert en dat de zorgaanbieder met betere gegevens moet komen?

Minister **Schippers**:

Dat ligt bij de NZa, maar ik zou even moeten bekijken wat de sanctie dan is. Ik kom daarop terug. We hebben vastgelegd dat de zorgaanbieders informatie moeten leveren. Ik moet even nagaan wat de sanctie is als ze dat niet doen of als ze flauwekul leveren.

Wie beschermt de zorgverlener tegen overvraging? We hebben de NZa, we hebben de inspectie en we hebben Zorginstituut Nederland. Het uitgangspunt is dat de inspectie en de NZa zo veel als mogelijk gebruik zullen maken van bestaande data in het openbare register. Dat voorkomt dubbele uitvraag van informatie. Het CVZ brengt samen met de inspectie en de NZa in kaart wat de benodigde informatiestromen zijn. Bij het opstellen van de meetinstrumenten zijn ook de zorgaanbieders zelf betrokken. We proberen dus om zo veel mogelijk één bron te gebruiken, en om gebruik te maken van dezelfde gegevens in plaats van ze drie keer uit te vragen. Als echter de inspectie bijvoorbeeld een thematisch onderzoek doet naar iets in het veld waarvan zij denkt dat het niet helemaal klopt, kan zij voor dat onderdeel op dat moment extra informatie uitvragen. Als basisinformatie moeten echter al deze overheidsgelateerde instituten dezelfde informatie gebruiken.

Ik ben bij mijn laatste onderdeel, diversen. Is een boete voor het niet aanleveren van gegevens proportioneel? Er moet wel een prikkel zijn en de boete is er daar een van. De NZa zal als het niet gebeurt niet meteen een boete opleggen, maar eerst waarschuwen. Als een boete wordt opgelegd, zal de NZa natuurlijk altijd kijken naar de zwaarte van de overtreding. Zij zal niet per se een maximumboete opleggen, maar zij zal een proportionele boete opleggen.

Ik behandel nu verschillende vragen door elkaar, vrees ik. In de huisartsenbesteding wordt de outcome wel meegenomen. Hoe kan dat? Dat vraagt het CDA. Er is een brede overtuiging dat het belonen op uitkomst uiteindelijk het beste zal zijn voor de zorg. Als je betaalt voor gebouwen, krijg je veel gebouwen. Betaal je voor productie, dan krijg je veel productie. Betaal je voor kwaliteit van zorg, dan hoop je een goede kwaliteit van zorg te krijgen. De uitkomstfinanciering is dus belangrijk. We beginnen daar inderdaad mee bij de huisartsenzorg, maar dat zijn modules die nog heel erg beperkt zijn en in de kinderschoenen staan, bijvoorbeeld afspraken over doelmatig voorschrijven en minder doorverwijzen naar de tweede lijn. Langzaam maar zeker moeten we dit uitbouwen en meer inhoudelijk maken. Dat is een traject waar we middenin zitten.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Ik had de minister ook gevraagd of het niet goed zou zijn om een analyse te doen van de vraag waarom er zo weinig uitkomstindicatoren zijn. De Algemene Rekenkamer schreef daar ook over. In het kader daarvan werd ook vermeld dat we moeten oppassen voor perverse prikkels. Ik kon mij daar wel iets bij voorstellen, maar ik vroeg me af of de minister daar iets meer woorden aan wil wijden. Wat bedoelt zij daarmee en hoe denkt zij die prikkels te voorkomen?

Minister **Schippers**:

De dbc moest vervangen worden omdat die ten onder ging aan upcoding. Laten we daar heel eerlijk over zijn. Toen is de DOT ingevoerd, waarbij upcoding veel moeilijker is. Ieder systeem kent echter na een paar jaar zijn eigen kenners, die het systeem weer gebruiken zoals zij dat graag willen. De DOT is echt een tussenstap. Uiteindelijk willen we naar uitkomstbesteding. Naar wat mevrouw Slagter vroeg, doe ik al veel onderzoek. Dat doe ik niet zelf, maar wij hebben bijvoorbeeld het iBMG al een paar onderzoeken laten doen. Wij werken nu ook al met pilots in het veld: hoe kunnen we op een goede manier langzaam maar zeker steeds meer tot uitkomstfinanciering komen? Dat zal voor de huisartsenzorg weer net iets anders in elkaar zitten dan voor medisch-specialistische zorg. Als je voor verrichtingen betaalt, krijg je immers veranderingen. Zo zit de wereld in elkaar. Uiteindelijk willen wij goede kwaliteit van zorg en als wij die gaan bekostigen, zullen wij die krijgen. De NZa heeft bijvoorbeeld een dbc "luisteren" ingevoerd en beschreven, zodat men daar komend jaar ook op bekostigd kan worden. Langzaam maar zeker zetten we dus stappen, maar het is echt ingewikkeld: wat is goede kwaliteit en hoe meet je vooruitgang in kwaliteit? Dat heeft ook te maken met de zwaarte van je patiënten. Als je heel goed bent, krijg je zware patiënten binnen. Daar gaan er meer van dood, dus als je daarop wordt afgerekend heb je een slechte score, terwijl je misschien heel goed bent. Het zit dus heel ingewikkeld in elkaar en wij doen het stapsgewijs om het zorgvuldig te doen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Alleen gaat het dan meer om procesindicatoren, terwijl ik zou willen dat er duidelijker gekeken wordt naar de uitkomstindicatoren. DOT en dbc gaan ook over productie en proces, en we zouden juist uitkomstindicatoren helder willen krijgen en in kaart willen brengen, om daarop te kunnen belonen. Dat ben ik helemaal met de minister

## Schippers

eens. Ook daar kunnen echter heel perverse prikkels in zitten. Genoemd werd al dat je chronisch zieke mensen van de uitkomsten kunt uitsluiten. Hoe wordt rekening gehouden met perverse prikkels in dat traject? Daar was ik in geïnteresseerd.

### Minister Schippers:

Door daarmee rekening te houden in de manier van meten. Anders krijg je namelijk de situatie dat de topinstellingen, die de zwaarste patiënten krijgen, het slechtst eindigen. Dat zou natuurlijk een heel rare score zijn. Dan zou je een omgekeerde score moeten kiezen. Ik ga dus ook nooit in één klap over op uitkomstbepaling. Dat lijkt mij heel dom. Ik heb dat moeten doen met DOT en dbc omdat het systeem onhoudbaar was, maar daardoor hebben we wel twee jaar lang een transitie-model gehad dat de administratie in de ziekenhuizen tot een hel maakte; laten we eerlijk zijn. We konden echter niet anders, omdat het systeem ten onder ging aan upcoding. Daarom zou ik zo'n switch nooit nog een keer willen. We hebben vanaf het eerste moment gezegd: we gaan over op DOT en we gaan ieder jaar bekijken waar we verbeteringen kunnen aanbrengen. Langzaam maar zeker komt er verbetering van productie naar kwaliteit en verbetering van productie naar uitkomst. Volgens mij is er namelijk helemaal niemand in Nederland die betalen voor productie de beste manier vindt. Uiteindelijk willen we betalen voor goede zorg en goede resultaten.

Mevrouw Dupuis vroeg naar een klachtenbureau en naar de stapeling van bureaucratische maatregelen. Administratieve lasten zijn en blijven een belangrijke afweging bij ieder nieuw wetsvoorstel. Bij een vorige behandeling is een motie ingediend over de continuïteit van zorg. Daarbij heb ik toegezegd om daar voor de zomer inzicht in te geven en met een werkplan te komen. Dat zal ik ook doen. Dat sluit hierbij aan en het heeft ook betrekking op hetgeen we hier doen. Dat zou ons allemaal bij de les moeten houden. Ook in de hoofdlijnenakkoorden is het terugdringen van administratieve lasten een belangrijk aandachtspunt. Als het me lukt, zo heb ik destijds gezegd, kom ik voor de zomer met het plan van aanpak naar de Kamer.

Er is gevraagd naar een uitgebreide evaluatie binnen twee jaar, met aandacht voor het optreden van het Kwaliteitsinstituut op administratieve lasten. Is Actal betrokken geweest? Ik heb in de Tweede Kamer toegezegd om na drie jaar een evaluatieonderzoek uit te voeren. Dat scheelt dus één jaar maar het komt wel in de buurt. Actal is niet betrokken geweest, maar ik heb er geen enkel probleem mee om Actal bij het evaluatieonderzoek wel te betrekken. Ik heb daarin ook al stappen gezet. Een groot deel van de administratieve lasten komt ook uit het veld. Het plan waarmee ik voor de zomer kom, zal dan ook samen met het veld zijn gemaakt.

Zie ik iets in het idee dat ook door de minister van OCV is omarmd om aanbieders die het goed doen, minder te belasten met regels? In het algemeen ben ik voorstander van "high trust, high penalty". Voor de ontwikkeling van standaarden vind ik het wel belangrijk dat alle partijen betrokken blijven. Het toetsingskader zal dus ook van kracht blijven, maar ik kan me wel voorstellen dat de inspectie minder vaak op bezoek zal komen bij aanbieders die goede kwaliteit leveren en gegevens voor de meetinstrumenten aanleveren. De inspectie houdt namelijk risicogestuurd toezicht, dus zij kijkt waar de hoogste risico's zitten. Het idee om eens bij de benedenburen van Onder-

wijs te buurten, neem ik ter harte, want wij kunnen best van elkaar leren.

Wanneer komt het wetsvoorstel grensoverschrijdende zorg? Dat wetsvoorstel bevindt zich nu in de consultatiefase. In het voorjaar van 2014 hoop ik het aan de Tweede Kamer te kunnen sturen.

Mevrouw Scholten vroeg of er een lacune in de wet is wat betreft overtreding van artikel 66d als economisch delict. De NZa kan beoordelen of een zorgaanbieder heeft voldaan aan zijn aanleverplicht als gevolg van artikel 66d. De procedure die de zorgaanbieder daarbij moet volgen, volgt uit de meetinstrumenten die in het openbaar register zijn opgenomen. De procedure voor het opnemen van deze meetinstrumenten in het register staat in artikel 66d en verder van de Wet cliëntenrechten zorg. Naar ons inzicht is hier geen sprake van een lacune.

Ik kom nu op de leesbaarheid van de wet. In sommige wetsartikelen wordt al gesproken van "goede zorg", stelt mevrouw Scholten. Dit wetsvoorstel borduurt voort op de aanscherping van de kwaliteitsverplichting die in artikel 2 van het voorstel voor de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is neergelegd, namelijk dat zorgaanbieders goede zorg moeten aanbieden. De onderscheiden artikelen zijn ook zelfstandig, los van elkaar, te lezen.

Waarom wordt het artikellid over het o zo vanzelfsprekende respect voor de cliënt pas opgenomen in het voorstel voor de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg en niet in dit wetsvoorstel? Het artikellid wordt bij aanvaarding van deze wet al onderdeel van de kwaliteitswet. In de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg wordt dit gewijzigde artikel overgenomen, omdat de Kwaliteitswet wordt ingetrokken bij de aanvaarding van de Wkkgz. Dit treedt dus niet later in werking, maar het is eigenlijk al geregeld en vervalt als de Wkkgz in werking zou treden.

Mevrouw Scholten van de fractie van D66 vroeg ook naar de consequenties van een door het Kwaliteitsinstituut opgestelde professionele standaard. Volgens mij heb ik die vraag al beantwoord. Er was ook een vraag naar het verschil tussen opstellen en vaststellen. Volgens mij heb ik al gezegd wie opstelt en wie vaststelt.

De bestuurlijke boete staat in een nieuw artikel, namelijk 78a. Dit verklaart artikel 85 van toepassing op niet-aanleveren bij het Kwaliteitsinstituut. Het gaat om maximaal € 500.000 of, als het meer is, om 10% van de omzet. Dit gaat over de proportionaliteit, waar mevrouw Scholten naar vroeg. In de beleidsregel over de bestuurlijke boete staat onder 6.4 "Het voorgaande levert de volgende percentages ten behoeve van de vaststelling van de boetegrondslag op. Voor de overtredingen van de Wmg-artikelen genoemd in artikel 85 Wmg waarvoor de maximale boete ten hoogste € 500.000 of indien dit meer is, 10% van de omzet van de onderneming in Nederland: 1. Zeer zware overtredingen: 5% van de omzet; 2. Zware overtredingen: 2,5% van de omzet; 3. Minder zware overtredingen: 1,25% van de omzet."

Moeten er geen meetinstrumenten vastgesteld worden voor sanctionering op grond van de Wet economische delicten? Meetinstrumenten zijn indicatoren die moeten worden opgevolgd bij de verplichting van zorgaanbieders om kwaliteitsgegevens aan te leveren. De verplichting om deze kwaliteitsgegevens aan te leveren is wettelijk geregeld in artikel 66d, lid 2, van de Wet cliëntenrechten zorg. Deze norm is helder. Overtreding van deze norm kan daarom wel als economisch delict worden aangemerkt. Het toezicht van de NZa hierop is geregeld in de Wmg. Dat is meteen ook het antwoord op de vraag van

## Schippers

de heer Flierman. Hij vroeg hoe het zit als mensen slechte informatie krijgen. Het gaat hier over geen informatie krijgen, maar voor onjuiste informatie geldt natuurlijk hetzelfde artikel.

### De voorzitter:

Minister, hoelang denkt u nog nodig te hebben?

### Minister Schippers:

Ik heb nog een of twee antwoorden.

Heeft het Zorginstituut ook doorzettingsmacht voor meetinstrumenten? Ja, dat is geregeld in artikel 66c, lid 3. Dat is hetzelfde als professionele standaarden en dit is geregeld via een nota van wijziging.

Voorzitter. Volgens mij heb ik nu alle vragen beantwoord.

### De voorzitter:

Dank u wel. Ik zie de staatssecretaris met papieren wapperen. Hij zal dus ook nog enkele vragen beantwoorden. Ik merk alleen één ding op, want er volgt ook nog een tweede termijn van de Kamer. Wij moeten omstreeks 16.30 uur of ietsje later zien af te ronden, omdat er om 17.00 uur een Verenigde Vergadering plaatsvindt in de Ridderzaal, zoals bekend. Wij moeten dus bijtijds stoppen. Ik geef het woord aan de staatssecretaris.

□

### Staatssecretaris Van Rijn:

Voorzitter. Ik ga mijn best doen. In de eerste plaats verontschuldigd ik mij voor het feit dat ik hier in de eerste termijn niet stond. Wij moesten – als ik de naam van de minister mag gebruiken – wat "schipperen" met de agenda. Ik dank de minister van Onderwijs voor het feit dat zij de vragen die in de Tweede Kamer aan het ministerie van VWS gesteld zijn, voor ons beantwoordt, zodat ik hier nu kan staan.

Ik stel het erg op prijs om een aantal dingen te kunnen toelichten op het gebied van de werking van de kwaliteitsafdeling van het Zorginstituut voor de langdurige zorg. Een aantal leden heeft gevraagd in hoeverre je dezelfde redeneringen en methoden kunt toepassen op de langdurige zorg. Daar zit misschien een beetje de vraag achter of het nu wel precies hetzelfde is. In de langdurige zorg werken heel veel mensen die allemaal heel erg betrokken zijn bij het welzijn van hun cliënten. Ik denk dat de individuele relatie tussen zorgverlener en cliënt in de langdurige zorg heel essentieel is, misschien soms nog wel meer dan in de curatieve zorg, vanwege de langdurigheid van de relatie. Het gaat meer om de relationele aspecten. Soms wordt dit aangegrepen als argument om te zeggen: dan zou je de kwaliteit in de langdurige zorg misschien op een andere manier of wellicht wel niet kunnen meten. Ik ben het daar niet mee eens, maar ik heb daar een genuanceerd oordeel over.

Ik denk dat het ook voor de langdurige zorg zeer van belang is om de kwaliteit te bevorderen en te meten, daar waar dat kan. Bovendien moet je bezien of je professionele standaarden kunt ontwikkelen. Er is overigens al heel veel gedaan, dus er ligt al een heel goede basis. Er zijn al heel veel best practices beschreven en standaarden voor langdurige zorg ontwikkeld. Ik kom daar zo dadelijk nog even op terug. Er zijn de komende jaren enkele belangrijke taken voor de kwaliteitsafdeling van het Zorginstituut op het gebied van de langdurige zorg.

Allereerst is dat onderzoek naar de vraag hoe bepaald kan worden of een bepaalde goede praktijk een best practice genoemd kan worden. De heer Ganzevoort zei al dat je daarvoor misschien ook andere methoden moet gebruiken, zoals narratieve methoden. Ik ben het daar zeer mee eens. Verder is het de vraag hoe de kennis over best practices het best kan worden verspreid en hoe gestimuleerd kan worden dat best practices, daar waar dat mogelijk is, worden omgezet in professionele standaarden. Daarnaast moet gestimuleerd worden dat er afspraken worden gemaakt over de manier waarop de kwaliteit van zorg, daar waar dat aan de orde is, gemeten kan worden. Verder moet men bekijken hoe de transparantie wat betreft de kwaliteit verder kan worden verspreid.

Ik voeg hieraan toe dat er ook ruimte moet zijn voor professionals om samen met het Kwaliteitsinstituut na te denken over de vraag hoe standaarden kunnen worden ontwikkeld. Ik zeg dus niet dat het gemakkelijk is om de kwaliteit te meten. Dat is al niet zo in de curatieve zorg en dat zal misschien nog ingewikkelder zijn in de langdurige zorg. In de curatieve zorg is de uitkomst van zorg ook niet alleen afhankelijk van de wijze waarop de arts behandelt. Voor de langdurige zorg zijn er daarom ook goede indicatoren op te stellen die iets zeggen over de veiligheid en de kwaliteit van zorg. Ik wijs erop dat wij in het verleden al normen voor verantwoorde zorg hebben ontwikkeld in het programma Zichtbare Zorg, dat als het ware opgaat in het Kwaliteitsinstituut. Ik kan mij inderdaad voorstellen – ik zeg dit nogmaals samen met de heer Ganzevoort – dat andere methoden om cliëntervaringen te meten, zoals narratieve methoden in plaats van CQ-indexen, zaken zijn die de kwaliteit en de werkwijze in de langdurige zorg sterk kunnen verbeteren.

Bij de ontwikkeling van de kwaliteitskaders is het volgens mij ook van belang dat het Kwaliteitsinstituut de beroepsgroep – in de langdurige zorg zijn dit nog sterker de verpleegkundigen en de verzorgenden – betreft bij het maken van afspraken over goede zorg. Zij zijn degenen die heel goed kunnen overzien hoe de relatie zich ontwikkelt. Ik denk dat het heel belangrijk is om die beroepsgroep meer en meer te betrekken bij het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden. Ik wijs er ook op dat de V&VN, de vereniging van verpleegkundigen en verzorgenden in Nederland, al heel erg voorlijk is met het nadenken over de ontwikkeling van het vak van de verpleegkundige en de verzorgende voor de toekomst, ook in het licht van allerlei nieuwe ontwikkelingen en vragen die zich voor dat vak zullen gaan voordoen.

Kortom, er is een heel gemixt beeld van de ontwikkeling van de kwaliteit evenals van het transparant maken en meten van de kwaliteit in de langdurige zorg. In de eerste plaats zijn er de gemeentelijke taken op het gebied van de langdurige zorg, waarvan er straks misschien nog meer zullen komen. Daarbij moet je misschien terughoudend zijn in het opstellen van allerlei regels en protocollen, omdat je juist wilt dat gemeenten samen met hun burgers in staat zijn om zorg op maat te leveren en je heel erg rekening moet kunnen houden met persoonlijke omstandigheden. Je kunt die zaken heel moeilijk van tevoren in allerlei protocollen vangen. Tegelijk zijn er vele professionals werkzaam in de langdurige zorg. Over de professionaliteitseisen die hun kunnen worden gesteld, moet gewoon discussie kunnen worden gevoerd. Soms zijn die ook medisch van aard: men moet soms medische handelingen verrichten, wonden verzorgen of verplegen. Ik denk hierbij ook aan de kwaliteit van de palliatieve zorg en aan

sociale competenties. Straks is er ook de invoering van ICT en domotica in de langdurige zorg en bij zorg op afstand. Daarvoor worden weer andere kwaliteiten en competenties van verplegenden en verzorgenden gevraagd. Daarbij is de ontwikkeling van beroepsstandaarden aan de orde. Dat is ook het geval voor de zorg in een instelling, waar ook medische standaarden gelden en worden toegepast en waar allerlei sociale competenties aan de orde zijn, bijvoorbeeld voor het betrekken van mantelzorgers en vrijwilligers bij een zorgplan. Kortom, ik denk dat we in de cure maar zeker ook in de care heel genuanceerd moeten kijken naar de ontwikkeling van de zorgkwaliteit en de standaarden. Soms moeten we terughoudend zijn, omdat we juist ruimte willen geven aan maatwerk en professionals, maar soms moeten we ook hard en meetbaar willen zijn, zoals bij de ontwikkeling van kwaliteitsnormen die we allemaal zullen gaan gebruiken.

Soms is er ook een verschil in de manier waarop de zorg wordt geleverd. Ik hoor bijvoorbeeld vaak over het onderscheid tussen de kwaliteitseisen die je moet stellen aan de grootschalige instellingszorg, waar men wel klaagt over het feit dat er van alles en nog wat moet worden geregistreerd, met heel veel toezicht en alles wat daarbij hoort, en de veel kleinschaligere zorg, waar dat minder aan de orde is. Het lijkt wel alsof er maar weinig kwaliteitseisen worden gesteld als men nog thuis zelfstandig woont, terwijl er, als men naar een instelling gaat, meteen moet worden geregistreerd welk eten hoelang in de ijskast ligt en hoelang het daar precies mag liggen. Ook daarover wordt weleens geklaagd. Dat is logisch: als je je naaste toevertrouwt aan de zorg van een instelling, moet je erop kunnen vertrouwen dat er goede zorg en hygiëne worden geleverd. Ik heb er echter ook oog voor dat je hiermee moet oppassen, omwille van het gevoel dat je in een instelling wilt creëren, namelijk dat vanzelfsprekende gevoel van "thuis". Je moet je dan niet zodanig opstellen dat daar een heel klinische setting wordt gecreëerd waarin alles misschien wel helemaal veilig is, maar waarin mensen zich helemaal niet thuis voelen. Een en ander betekent dat we dit heel genuanceerd moeten benaderen en toepassen. Daarom denk ik dat het Kwaliteitsinstituut en de kwaliteitsafdeling ook in de langdurige zorg een heel belangrijke rol kunnen spelen, met best practices, kennisverspreiding, transparantie en de ontwikkeling van professionele standaarden waar dat mogelijk is, en dit in goed overleg met de beroepsgroep, met patiënten en cliëntenorganisaties en natuurlijk ook met zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Een aantal vragen ging meer specifiek in op de rol van het Kwaliteitsinstituut ten aanzien van care en cure, en op de reikwijdte ervan. Daarvoor ligt misschien de vraag of de toetsingskaders voor care en cure verschillend zijn. De leden Dupuis, Slagter, Ter Horst en Ganzevoort vroegen daarnaar. Ik heb die vraag al een beetje beantwoord. Ik zei net dat ik denk dat ze net zo goed daar van toepassing kunnen zijn. Er zijn inhoudelijke verschillen tussen care en cure en daar moeten we gewoon rekening mee houden. Wat ik wel aardig en mooi vind van de werkwijze van het Kwaliteitsinstituut is dat de kwaliteitsinstrumenten en meetmethoden voor een deel procedureel zijn: zijn de goede beroepsgroepen erbij betrokken, is het goede proces gevolgd, voelen andere partijen zich voldoende gehoord? Dat is natuurlijk ook van toepassing op de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden in de care. Ter illustratie noem ik de praktijktoets die door het Kwaliteitsinstituut in de afgelopen jaren is uitgevoerd op de al ontwikkelde

Zorgstandaard Dementie. Deze laat zien dat dit heel goed mogelijk is, omdat op die manier automatisch kan worden gezegd of iets goed is ontwikkeld en eigenlijk zo kan worden overgenomen. Je moet hierbij niet opnieuw het wiel willen uitvinden.

Mevrouw Slagter vroeg of er geen spanning is tussen de langdurige zorg in de Wmo en het Kwaliteitsinstituut. Ik denk het niet. Ik denk dat ook in de langdurige zorg met professionele standaarden kan worden gewerkt. Ik heb dit juist betoogd. Vanzelfsprekend is dit voor medische zorg anders dan voor langdurige zorg en ondersteuning. Het Zorginstituut en ZonMw stimuleren gezamenlijk dat er meer onderzoek wordt gedaan naar de vraag hoe best practices in de langdurige zorg kunnen worden gebruikt bij de opstelling van professionele standaarden en welke meetinstrumenten op een valide wijze een indicatie kunnen geven van de kwaliteit van de langdurige zorg. Mijn verhaal is dus eigenlijk: ja, het is anders, je moet rekening houden met verschillen, maar het is wel degelijk mogelijk om ook voor de gemeenten voor de langdurige zorg in het kader van de Wmo standaarden te ontwikkelen.

Beroepsorganisaties als BTN en ActiZ hebben wat aarzelend gereageerd op het Kwaliteitsinstituut. Ik snap dat wel, omdat de boodschap natuurlijk een beetje is dat we ervoor moeten oppassen dat we alles doorprotocolliseren in de langdurige zorg, waarin we naar een breder scala moeten kijken en waar het ook om de kwaliteit van leven gaat en niet alleen om medische handelingen; en dat we er ook voor moeten oppassen dat er onvoldoende ruimte is voor professionals en voor maatwerk, dat juist zo noodzakelijk is in de langdurige zorg. Ik denk dat best practices, waarbij misschien wordt gebruikgemaakt van andere, meer narratieve methoden, heel belangrijk zijn om de kwaliteitsdiscussie juist ook in de langdurige zorg op een hoger plan te brengen. Ik denk bijvoorbeeld dat het voor de zorginstellingen heel belangrijk is om discussie te voeren over de vraag wat volgens ons allen goede langdurige zorg in een instelling is. Dat gaat niet alleen maar om medicatieveiligheid en de te hanteren hygiënenormen, maar juist ook over de vraag hoe het zit met activiteiten, en hoe er wordt omgegaan met de positie van mantelzorgers en vrijwilligers. Dat verschilt weer van doelgroep tot doelgroep; het zal voor verstandelijk beperkten weer anders zijn dan voor ouderen. Met al die verschillen is het ook in de langdurige zorg wel degelijk goed mogelijk om tot meer grip, meer transparantie en meer impuls voor kwaliteit te komen. Met de beroepsorganisaties ben ik van mening dat je moet oppassen voor te veel protocolliseren. Je moet het doen waar het kan, maar vooral ook ruimte laten waar dat nodig is.

Over de reikwijdte zijn ook vragen gesteld; zo is gevraagd of het bijvoorbeeld ook voor de jeugdzorg zou kunnen gelden. Ik denk het wel. Wij komen natuurlijk nog te spreken over de jeugdzorg en de desbetreffende wetten. Ik denk dat dat een goede gelegenheid zal zijn om te bekijken of de kwaliteitswaarborgen die in de Jeugdwet zijn vastgesteld, goed van toepassing kunnen zijn en of het Kwaliteitsinstituut daarbij een rol kan spelen. Ik wijs erop dat we al twee dingen doen. In de wet zelf hebben we een aantal kwaliteitswaarborgen gesteld, mede op verzoek van de sector en van ouders. Verder hebben we het wetsvoorstel professionalisering van de jeugdsector ingediend, waarmee we de professionalisering van het vak meer op de agenda willen zetten.



## Van Rijn

De heer **Flierman** (CDA):

Ik hoorde de staatssecretaris met betrekking tot de protocollisering van de langdurige zorg in de gemeenten zeggen dat je zoiets moet doen waar het kan, maar ook ruimte moet geven waar dat nodig is. Ik zou graag horen dat hij deze formulering omdraaide: je moet dat doen waar het echt nodig is, maar ruimte geven waar dat kan.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik kan mij in die formulering goed vinden.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Ik hoorde het antwoord op mijn vraag over de jeugdzorg. Inderdaad komt dat nog, akkoord. Kan de staatssecretaris nog iets meer ingaan op de Wmo? Is deze de facto onder de reikwijdte van deze wet gebracht?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

De formulering "ruimte laten waar dat kan en doen waar het nodig is" – al weet ik nu niet meer zeker of ik die juist gebruik – geldt ook in het kader van de Wmo. Ik denk dat gemeenten met name de vrijheid moeten hebben om maatwerk te kunnen leveren en dus ook een beetje moeten kunnen spelen met de manier waarop de zorg wordt verleend. Waar professionele zorg wordt verleend, gelden natuurlijk weer dezelfde eisen als die welke je moet stellen aan de beroepsgroep. Onderdelen daarvan zijn: hoe kun je de ondersteuning thuis leveren, hoe kun je mantelzorgers ondersteunen, hoe kun je ervoor zorgen dat de begeleiding goed wordt geregeld? Ik denk dat daarvoor ruimte nodig is. Bij de professionele zorg en lijfsgebonden zorg komen die professionele standaarden weer meer aan de orde, dus daar kun je een goede mix maken. Ik denk dat die genuanceerde benadering dus ook in de Wmo kan worden gehanteerd.

De **voorzitter**:

Mag ik de staatssecretaris vragen of hij nog veel tijd nodig heeft? Ik heb de schatting gekregen van een klein halfuur voor de tweede termijn van de Kamer. Iets over half vijf moeten wij toch wel klaar zijn. Gaat dat lukken?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Voorzitter, als u mij daartoe uitnodigt, zal ik mij nog meer haasten.

Over de reikwijdte van de Jeugdwet en de Wmo heb ik al gesproken. Ik wijs de heer Ganzevoort erop dat wij binnenkort hopelijk te spreken komen over de Wmo en de Jeugdwet, zodat wij daarover kunnen discussiëren.

Er zijn een paar vragen gesteld over het toezicht. Wat is de rol van de gemeenten in dit wetsvoorstel? Je zou het beeld kunnen hanteren dat gemeenten straks meer en meer, ook in het langdurigezorgstelsel, de rol spelen van zorginkoper. Dat betekent dat zij gehouden zijn om kwalitatief verantwoorde zorg in te kopen. Tegelijkertijd ziet de inspectie erop toe dat de zorg, als die door professionals geleverd wordt, voldoet aan de beroepsstandaarden. Aan de ene kant zullen gemeenten kwaliteitseisen stellen die bij hun gemeente horen, aan de andere kant zullen zij zich ook moeten baseren op de inzichten van de inspectie als die constateert dat iets wel of niet goed gaat. De VNG en de inspectie zijn nu met elkaar in overleg om afspraken te maken. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de vraag of gemeenten kennis moeten kunnen nemen van de inspectieresultaten, zodat zij die kunnen betrekken bij hun inkoopbeleid.

De **voorzitter**:

U mag heel kort interrumpen, mevrouw Slagter.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Ik zou niet anders durven.

Doet de inspectie dat dan spontaan? Er zijn een heleboel gemeenten, dus het lijkt mij nogal ingewikkeld voor de capaciteit van de inspectie.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Daar is de inspectie nu mee bezig. Ik kan mij voorstellen – het overleg hierover is gaande – dat er inspectieresultaten zijn die leiden tot aanbevelingen voor de zorginstelling, maar die verder weinig reikwijdte hebben. Dat kan de inspectie rechtstreeks met de zorginstellingen doen. Over constatering die ook van belang zijn voor de gemeenten, kan de inspectie de gemeenten spontaan informeren. De VNG en de inspectie zijn nu met elkaar in overleg om na te gaan wat hiervoor de beste werkwijze is.

De heer Flierman had nog een vraag gesteld. Als wij meer oog moeten hebben voor mantelzorg en vrijwilligerswerk, beperkt dit dan niet de ruimte voor gemeenten, als wij niet doorslaan in professionalisering? Ik denk dat de uitspraak van de heer Flierman hierop sterk van toepassing is: doe het alleen waar het nodig is. Er moet dus ruimte zijn voor mantelzorgers en vrijwilligers; die moet niet in het gedrang komen bij doorgesloten protocollisering.

De **voorzitter**:

Dank u wel, staatssecretaris. Wij gaan verder met de tweede termijn van de Kamer.

Mevrouw **Frijters-Klijnen** (PVV):

Voorzitter. Ik sta hier met hetzelfde gemoed als twee weken geleden, toen wij de concentratietoetsing behandelden. Wij zijn overtuigd van het goede van het wetsvoorstel. Ik dank de minister en de staatssecretaris voor hun overtuigingskracht. Ik hoop dat die sterk genoeg is om de meerderheid van de Kamer volgende week voor dit wetsvoorstel te laten stemmen. Tegen collega Dupuis merk ik op dat de casus-Jansen-Steur toch echt nut en noodzaak van een dergelijk wetsvoorstel heeft aangetoond.

De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Voorzitter. Collega Frijters had weinig aanmoediging nodig, maar ik kan mij voorstellen dat zij volledig overtuigd is. Zo gaat het soms.

Ik dank de minister en staatssecretaris voor de antwoorden op de vele gestelde vragen, de onduidelijkheden en de zoektocht naar hoe een en ander kan. Er is geen verschil van mening over de noodzaak van kwaliteit in de zorg. Daarover hebben wij allemaal gesproken. Er is ook geen verschil van mening over de diversiteit die er binnen het hele zorgveld bestaat. Daar zit echter wel een deel van de vraag.

Het grote risico dat wij zien, is dat de kwaliteitsafdeling van het Zorginstituut ofwel een moloch wordt, waardoor de instellingen overladen worden met allerlei bureaucratisch gedoe, ofwel een tandeloze tijger. In beide gevallen zou het jammer zijn, want dan doen wij iets wat wij eigenlijk niet willen. Wij willen het wetsvoorstel echter toch het

## Ganzevoort

voordeel van de twijfel geven. Wij zien er de winst van dat er wat meer regie komt en dat een aantal initiatieven die er al zijn, bij elkaar komen. Over een aantal van de belangrijkste aarzelingen die wij in het debat aan de orde hebben gesteld, zijn wij tevredengesteld in het antwoord. Wij moesten het zo maar doen.

Mevrouw **Dupuis** (VVD):

Voorzitter. Als ik terugkijk op dit debat, valt vooral één ding mij op, namelijk dat de minister gedreven wordt door de wens om de patiënt te emanciperen. Ik constateer dus dat dit in haar ogen kennelijk nog niet voldoende is gebeurd. Daarmee rechtvaardigt zij het enorme bouwwerk van dit wetsvoorstel. Zij geeft zelf toe dat er wat, of zelfs heel veel, bureaucratiserende tendensen in zitten, maar de rechtvaardiging van de minister is de emancipatie van de patiënt.

Namens mijn fractie wil ik even terug naar af. Waar is de emancipatie van de patiënt in wetgeving vastgelegd? In mijn ogen is die namelijk allang in wetgeving opgenomen, te weten in de WGBO. De WGBO is by far de beste patiëntenrechtenwet ter wereld, als het gaat om de beoordeling daarvan. Hij is glashelder en geeft de patiënten recht op informatie, op weigering van behandeling en op goede zorg. Deze wet is bij meerdere evaluaties door zowel patiënten als hulpverleners goed gewaardeerd. Op een enkel punt schiet hij wat tekort. Met een enkel wetsartikel zou er iets gedaan kunnen worden aan de kwestie van de vertegenwoordiging, maar daar gaat het nu niet over. De minister vindt dit kennelijk niet voldoende. Toen ik de oude Wcz las, was mijn eerste gedachte: waarom moet dit nu, terwijl wij zo'n goede patiëntenwet hebben? Maar goed, het moet dus volgens de minister. Daar heeft mijn fractie in ieder geval haar vraagtekens bij.

Ook de manier waarop de minister spreekt over de wijze waarop wetenschappelijk onderzoek gedaan wordt, is volgens mij niet van deze tijd. Alles waar zij gelijk in heeft en waar zij het volste recht toe heeft om dat te eisen, is in het kader van wetenschappelijk onderzoek opgenomen. Alle toetsingscommissies moeten voortdurend letten op de dingen die de minister noemt. Zo moet het patiëntenbelang volkomen centraal staan en zo mag je de patiënt niet allerlei dingen aandoen die niet goed voor hem zijn. Er zijn eindeloze regels voor het doen van onderzoek en het valideren van behandelingen. Daar is aparte wetgeving voor. Daar hebben wij hier in huis ook uitvoerig over gedebatteerd. Ik denk dat het patiëntenbelang uitstekend in de huidige wetgeving is vervat; dan doet het pijn om te zien dat er zo'n groot bouwwerk – dat is het uiteindelijk wel – wordt opgetrokken om dit als het ware nog eens dunnetjes over te doen. Nogmaals: de bedoeling is oké en daar zijn wij het mee eens, maar die is in een eerdere wet al beter gerealiseerd. Dit was mijn eerste punt. Ik heb maar een paar punten, dus ik ben zo klaar.

Ik kom op de professionele standaard. Het viel mij bij de beantwoording van onze vragen op dat de minister de ene keer sprak over de stand van de wetenschap, dus over de professionele standaard die in de WGBO wordt neergezet, en de andere keer over allerlei patiëntenperspectieven. Daarmee demonstreerde de minister dat er meerdere invullingen zijn. Dat lijkt mij niet verstandig. Als het over meer dan die wetenschappelijke dingen gaat, kun je beter een andere term kiezen. Daarom dien ik een

heel korte motie in, waarin ik de minister vraag om daarin helderheid te creëren.

---

## Motie

---

De **voorzitter**: Door de leden Dupuis, Slagter-Roukema, Ganzevoort, Scholten en Bruijn wordt de volgende motie voorgesteld:

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat professionele standaarden in de WGBO genoemd worden als maat voor het professioneel handelen van artsen en andere zorgverleners;

verzoekt de regering, de professionele standaard zoals genoemd in wetsvoorstel 33243 uit te leggen conform de tekst van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst,

en gaat over tot de orde van de dag.

Zij krijgt letter F (33243).

Mevrouw **Dupuis** (VVD):

Ik heb nog een laatste punt voor de minister. Ik heb genoteerd dat de minister heeft gezegd dat de patiënt geen aanspraak en dus geen claims kan ontlenen aan de standaard. Dat lijkt mij heel verstandig. Uiteraard moet er in de standaard rekening worden gehouden met de patiënt. Maar dat is zo vanzelfsprekend dat we het daar sowieso over eens zijn. De patiënt kan er echter geen aanspraak aan ontlenen. Ik wil dat graag heel helder en goed vastgelegd hebben. In de volgende termijn van de minister wil ik graag dat dit nog een keer wordt bevestigd. Zij heeft ook al toegezegd dat ze na twee jaar zal evalueren. Wat ons betreft mogen het drie jaar zijn. Dat is allemaal prima. We zijn het hiermee eens. We zijn hier ook blij mee.

Naar aanleiding van de opmerking van de staatssecretaris wil ik zeggen dat het inderdaad complex is dat sommige dingen dezelfde zijn en andere dingen niet. We weten dat er in de praktijk al heel veel bereikt is. Het gaat erom dat de sectoren op het gebied van de langdurige zorg gerustgesteld kunnen worden, in die zin dat het duidelijk is dat voor een deel de toetsingscriteria van de cure niet toepasbaar zijn op de care en dat er een eigen dynamiek in de care zit. Dat heeft de staatssecretaris voldoende onderstreept. Die zorg is in ieder geval bij ons weggenomen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Voorzitter. Ik dank de minister en de staatssecretaris voor hun beantwoording. Ook dank ik de staatssecretaris voor zijn aanwezigheid. Zijn inbreng was niet zo lang, maar ik zie des te meer uit naar zijn inbreng op het punt van kwaliteit als we het straks over de Jeugdwet hebben, want daarbij zal het ook heel erg over kwaliteit gaan.

Voor mij en voor mijn fractie is het duidelijker geworden wat de positie is van het Kwaliteitsinstituut. De minister heeft het duidelijk neergezet. Zij heeft ook de lijnen

## Slagter-Roukema

van de verantwoordelijkheid en het vaststellen verduidelijkt. Op dat punt heeft zij ons wel enigszins gerustgesteld.

Het punt waar de motie-Dupuis c.s. ook over gaat, is de term "professionele standaard". Dat is voor ons een heel belangrijk punt. Onzes inziens wordt het in de WGBO heel duidelijk verwoord. In die zin biedt de professionele standaard in de WGBO aan de ene kant duidelijkheid voor de patiënt, maar ook voor de professional. In een aantal gevallen zal het ook een bescherming zijn voor de professional. De term "professionele standaard" wordt in dit wetsvoorstel duidelijk veel breder gebruikt. Daarom vinden wij dat in dit wetsvoorstel een andere term gebazigd zou moeten worden. Daar pleit ik nogmaals heel vurig voor, alhoewel ik mij ook afvraag hoe dat dan geregeld zou moeten worden. Is het voldoende als de minister zegt dat er wat anders wordt bedoeld of komt er toch een aanpassing van de wettekst? Dat zou ik graag willen horen. Zoals gezegd, is het breder. Het geldt niet alleen voor de Zorgverzekeringswet, maar ook voor de Wmo en de jeugdzorg. Het gaat hierbij niet alleen maar om medische professionals.

Ik kom op de veldpartijen. Ik vind zelf niet dat het duidelijk genoeg is hoe de gezamenlijkheid tot uitdrukking komt. Dat is met name niet het geval bij de bestaande standaards, waarvan de minister zegt dat organisaties die gewoon kunnen aanbieden en dat ze dan getoetst worden. Ik begrijp niet goed wat dan de rol van een zorgverzekeraar of een patiëntenorganisatie zou moeten zijn. Dat staat los van de vraag of het concepttoetsingskader al gestript is en niet meer zo uitgebreid is als eerst werd vermeld in de memorie van antwoord.

Collega Ganzevoort sprak van een moloch of tandeloze tijger en van de droom en de daad. Is dit niet een verkeerde manier van organiseren? Voor mijn fractie is dat nog steeds een grote zorg. Of wij al dan niet voor stemmen, zal denk ik voor een deel afhangen van de wijze waarop met de motie wordt omgegaan.

□

Mevrouw **Ter Horst** (PvdA):

Voorzitter. Ik kom allereerst te spreken over de terminologie. Ik vind het curieus dat een minister en een zbo slordig omgaan met de terminologie die wordt gehanteerd in de wet. Overigens heeft de staatssecretaris zich in dezelfde categorie gevoegd. Dit geldt voor de term "Kwaliteitsinstituut" in plaats van "Zorginstituut Nederland" en voor de term "kwaliteitsstandaard" in plaats van "professionele standaard". Ik vind dat een beetje taalpurisme in het zorgveld echt geen kwaad kan.

Nu kom ik te spreken over de inhoud. Het is mooi dat er vijf organisaties worden opgeheven en dat die opgaan in het Zorginstituut. Het is mooi dat het Zorginstituut zich vooral gaat richten op standaarden die nu ontbreken. Ik zou zeggen: stop 95% van je tijd daarin. Het is mooi dat de niet-reguliere zorg niet in aanmerking komt voor opname in het register.

De Partij van de Arbeid blijft grote zorgen houden over de toename van de lastendruk voor zorgverleners, patiëntenorganisaties en de overheid zelf, namelijk het Zorginstituut. Door de collega's wordt terecht gesproken van moloch of tandeloze tijger. Erger is nog moloch én tandeloze tijger. Maar goed, laten we hopen dat het zich ten goede zal keren. Ik zou het buitengewoon op prijs stellen als de minister bereid is om binnen een jaar de Kamer te informeren over de toename van de regeldruk als gevolg

van de invoering van deze wet. Zij sprak zelf over het inschakelen van Actal bij de evaluatie na drie jaar. Dat vinden wij echter veel te laat. Ik hoop dat de minister bereid is om dit eerder te doen dan de evaluatie.

De minister is niet ingegaan op het feit dat twee medewerkers van het instituut drie weken fulltime bezig geweest zijn met het invullen van het aanmeldingsformulier om een zorgstandaard in het register opgenomen te krijgen. Ik neem aan dat de minister daar, net als ik, van is geschrokken. Ik hoor graag van haar of dit een beginners-exercitie is geweest en dat we erop mogen rekenen dat het in de toekomst een stuk efficiënter zal kunnen gaan.

Ik kom nog even terug op ons debatje in eerste termijn over de vraag wat er gebeurt als de beroepsgroep of een wetenschappelijke vereniging van een bepaalde beroepsgroep het niet eens is met de professionele standaard. Professor Legemaate zegt daarover: "In die situatie is voorstelbaar dat een beroepsbeoefenaar op basis van zijn professionele verantwoordelijkheid zou moeten besluiten de standaard, of bepaalde onderdelen daarvan, niet na te leven. In zo'n geval zou naleving immers tuchtrechtelijke consequenties kunnen hebben." De zorgverlener volgt de standaard dus niet op conform de stellingname van zijn eigen beroepsgroep, terwijl die standaard wel door de inspectie wordt gehanteerd. Dat is toch een interessante casus. Ik vraag de minister om nog even in te gaan op dat punt.

Ik heb de zorgen van de Partij van de Arbeid over dit wetsvoorstel naar voren gebracht. De staatssecretaris heeft de zorgen over de care weggenomen. De minister heeft een deel van de zorgen weggenomen, maar voor de rest geven we het het voordeel van de twijfel. Wij waarderen namelijk de inzet van de minister en gaan ervan uit dat zij de ontwikkeling van de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel met argusogen zal volgen. Wij zullen dat zeker ook doen.

□

Mevrouw **Scholten** (D66):

Voorzitter. Ik hoop dat de minister mij goed heeft begrepen. Mijn fractie is namelijk geen tegenstander van de ideeën in deze wet, geen tegenstander van het gedachtegoed in deze wet. De kern van het probleem dat vandaag veelvuldig aan de orde is geweest, ook in de diverse interrupties, is of het kunnen objectiveren van standaarden, dan wel het kunnen kiezen van een eigen weg in de relatie arts-patiënt, wordt opgelost met de invoering van deze wet. Ik vergelijk het niet met een tandeloze tijger, maar meer met de wet die als steen in de vijver wordt gegooid, een aantal rimpelingen veroorzaakt, waarna wordt bekeken of die op den duur weer verdwijnen. Als dat het geval is, heeft de wet effect. Als dat niet het geval is, heeft de wet misschien ook effect, want dan wordt het vanzelf weer rustig. Dan komen wij weer terug bij de tandeloze tijger, maar het is toch een ander beeld.

De vragen in mijn bijdrage gingen over het handhavingsinstrumentarium. Ik snap dat dit niet meteen uit de kast wordt gehaald, maar het staat wel in de wet. Daarom heb ik er bepaald aandacht voor gevraagd. De vragen hadden ook betrekking op de wetgevingstechniek. Voor het opleggen van sancties moet de materiële norm voldoende vaststaan. Die materiële norm moet afkomstig zijn uit de wet. Die moet zijn neergelegd in de wet of afkomstig zijn van in dit geval de ZBO, maar dan moet die ZBO daartoe expliciet bevoegd worden gemaakt. Over

## Scholten

de laatste kwestie had ik zorgen. De minister houdt vol dat de norm in de wet is vastgelegd, met name in artikel 66d, lid 2, van de Zorgverzekeringswet. Ik blijf mij dat afvragen, maar ook dat zal de toekomst uitwijzen. Dat kan overigens pas als de hulp van de rechter wordt ingeroepen als het gaat om dit wetsvoorstel. Dan zal blijken of het door mij geschetste risico aanwezig is. Dat stadium is nog ver weg, maar ik aanvaard dat onmiddellijk. Ik zal mijn fractie adviseren om dit wetsvoorstel te steunen.

□

De heer **Flierman** (CDA):

Voorzitter. Ik dank de minister en de staatssecretaris voor de beantwoording. We houden de nodige zorgen over de voortgang in het toch complexe proces van de ontwikkeling van dit instituut, net als de andere fracties. Wat dat betreft is een evaluatie ook wat ons betreft een zeer wenselijke toezegging, maar die zou dan wel een reële termijn moeten bevatten. In mijn ogen ligt die eerder op drie jaar dan op een jaar. Wil zo'n wet een beetje tot werking komen en het instituut zich enigszins hebben ontwikkeld, dan moet je daar de tijd voor nemen. Ik zeg tegen mevrouw Ter Horst dat ik me nog wel kan voorstellen dat er een soort tussenrapportage komt na een jaar, waarin specifiek op de ontwikkelingen wordt ingegaan, maar in een fully dressed evaluatie moet je kunnen zien hoe het instituut zich heeft ontwikkeld.

Mevrouw **Ter Horst** (PvdA):

Ik snap het gestelde over een evaluatie na drie jaar. Ik heb overigens niet gevraagd om een evaluatie na een jaar. Het ging mij alleen om het element van de toegenomen regeldruk. Wij vinden het heel vervelend, maar het Kwaliteitsinstituut is al een paar jaar bezig. Van een jaar is geen sprake, het is sowieso al langer.

De heer **Flierman** (CDA):

Wij horen wel van de minister hoe zij daarmee om wil gaan.

Het sanctieregime in situaties waarin een instituut of een zorgaanbieder wel gegevens aanlevert, maar die onjuist blijken te zijn, kwam in een flits voorbij. Ik meen te hebben begrepen dat daarvoor hetzelfde regime geldt als voor het niet aanleveren van gegevens, wellicht met een iets minder streng percentage van de omzet, maar artikel 66 is dus ook in dat geval van toepassing veronderstel ik.

Een goede toezegging is ook dat de uitvraag van overheidszijde in ieder geval drastisch aan banden is gelegd naarmate de kwaliteitsstandaarden tot stand komen. Dat zal het veld ook verheugen. Ik hoop dan maar dat de niet-overheidspartijen zich ook voegen in de rol die het instituut gaat spelen bij zijn oproep om de uitvraag te beperken. Ik denk dat het daarbij ook van belang is – misschien wil de minister daar nog iets over zeggen – dat instellingen, voor zover ze niet wettelijk verplicht zijn om informatie aan te leveren dat ook niet altijd hoeven te doen als ze een vergelijkbare set informatie op een net iets andere manier al beschikbaar hebben gesteld. Die ruimte moet de instelling volgens mij ook willen nemen.

Dan brengt mij bij het institutioneel perspectief. We hebben de minister horen zeggen dat met name zorgverlener, patiënt, patiëntenperspectief, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars betrokken zijn bij het formuleren van standaarden, maar ik kan mij voorstellen dat er ook een aantal standaarden is, zeker in de langdurige zorg, waar-

bij de instellingen wel degelijk als zorgaanbieders in een wat groter verband betrokken zijn. Ik hoor graag dat die mogelijkheid wel degelijk bestaat.

Dan nog iets in de richting van de staatssecretaris. We noteren met veel tevredenheid dat, als het gaat om de rol van gemeenten in de Wmo, als het gaat om de rol van mantelzorgers, als het echt nodig is standaarden zullen worden ontwikkeld, maar dat daarbij terughoudendheid is geboden en dat waar dat maar enigszins kan ook ruimte aan het veld, gemeenten en mantelzorgers wordt geboden om creatief met nieuwe ontwikkelingen om te gaan. Dat zullen wij graag als een toezegging noteren.

Ik zal mijn fractie positief adviseren over het wetsvoorstel.

□

Minister **Schippers**:

Voorzitter. Ik dank de leden voor de inbreng in tweede termijn. Wij willen met zijn allen geen moloch die ofwel bureaucratisch is ofwel een tandeloze tijger, of nog erger: allebei. Ik zeg de Kamer toe dat ik erbovenop zal zitten om ervoor te zorgen dat geen van beide dingen ontstaat.

Mevrouw Dupuis stelt dat de emancipatie van de patiënt de belangrijkste motivatie van de minister is. Mijn belangrijkste motivatie is dat wij in de gezondheidszorg niet alleen discussiëren over prijs, maar ook over kwaliteit. Als wij kwaliteit willen meewegen, moet die inzichtelijk zijn. Als het niet inzichtelijk is, kunnen wij ook niet zien hoe het staat met de kwaliteit die wordt geleverd door de instelling waarbij wij zorg inkopen als zorgverzekeraar, of die wij kiezen, bijvoorbeeld als patiënt. Dat is een belangrijke motivatie. Daar heb je standaardisatie voor nodig, al is het alleen maar om eenheid van taal en eenheid van registratie, want in heel grote delen van de zorg hebben wij die nog niet. Een en ander moet ook op één punt vindbaar zijn. Het moet betrouwbaar zijn, zodat je niet met enorm veel tabellen te maken krijgt, maar zodat de informatie overzichtelijk en inzichtelijk is, waardoor je als patiënt daadwerkelijk kunt kiezen. Dat is mijn belangrijkste motivatie.

Ik kom bij de motie die mevrouw Dupuis heeft ingediend, met een heleboel ondertekenaars. Ik zit ontzettend in mijn maag met die motie. In de motie wordt verwezen naar de WGBO. Wat hebben wij in deze wet gedaan? Wij hebben de WGBO als uitgangspunt genomen. Wij hebben vervolgens aanvullende definities gegeven. Dat hebben wij niet voor niets gedaan. De WGBO heeft het over de zorgaanbieder, maar deze wet geeft een rol aan de patiënten en aan de zorgverzekeraars. Als ik de motie omarm, heeft dat onmiddellijk tot gevolg dat de patiënten en hun inbreng eruit worden gegooid, evenals de inbreng van de zorgverzekeraars. Ik hecht echter zeer aan de inbreng van de patiënten, aan hun beleving in de richtlijnen, maar ik hecht ook zeer aan de inbreng van de zorgverzekeraars in de richtlijnen, bijvoorbeeld als het gaat om de doelmatigheid, maar ook vanwege de kennis die zij hebben van praktijkvariatie en de kwaliteit die wordt geleverd. Met de motie gaat een heel groot deel van het wetsvoorstel dus verloren.

Mevrouw **Dupuis** (VVD):

Tenzij de minister besluit om voor die inbreng een andere term te kiezen, want dan houden wij het zuiver. Al tientallen jaren is de professionele standaard het wetenschappelijke uitgangspunt van het handelen van de artsen en

## Schippers

andere zorgverleners, voor zover die erbij horen. Door dezelfde term in een andere betekenis te gebruiken, wordt de zaak ernstig verward. Dat is ook de reden van degenen die de motie hebben ondertekend om die in te dienen. Dit lijkt mij een zaak waartegen de minister geen bezwaar kan hebben. Helderheid is toch absoluut noodzakelijk?

### Minister Schippers:

Ik heb in eerste termijn al het volgende aangegeven. Ik heb er geen probleem mee als de Kamer het op prijs stelt dat ik achteraf de terminologie wijzig, maar dan dring ik er wel op aan om dit wetsvoorstel eerst aan te nemen. In de motie staat echter iets anders. In de motie wordt mij namelijk verzocht om de professionele standaard uit wetsvoorstel 33243 uit te leggen conform de tekst van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Deze motie vraagt dus echt om versmalling van het wetsvoorstel: het perspectief van cliënt en zorgverzekeraar moet eruit. Ik heb er geen moeite mee als mevrouw Dupuis bedoelt dat in plaats van deze terminologie een andere terminologie wordt gezocht die niet voor verwarring zorgt, maar dat staat niet in de motie. Dan zou de motie dus moeten worden aangepast. Ik zou dat zeer op prijs stellen.

### Mevrouw Ter Horst (PvdA):

Ik wil mij niet met de motie van de VVD bemoeien, maar wellicht kan het helpen als de Kamer en de minister hetzelfde doen als het Kwaliteitsinstituut en niet meer de term "professionele standaard" maar de term "kwaliteitsstandaard" gebruiken. Het Kwaliteitsinstituut gebruikt de term "kwaliteitsstandaard". Als je die gebruikt, kun je wel de omschrijving kiezen die wordt voorgesteld, zonder dat die strijdig is met de term "professionele standaard".

### Minister Schippers:

Ik heb in eerste termijn gezegd dat de professionele standaard in de ogen van het Kwaliteitsinstituut de kwaliteitsstandaard is. Ik heb gezegd: als dat synoniemen zijn, zoals het in deze wordt omschreven, dan is het voor mij ook hetzelfde. Ik heb er geen problemen mee als de indieners van de motie zeggen dat de professionele standaard gereserveerd moet worden voor wat in de WGBO is vastgesteld, maar dat het "kwaliteitsstandaard" wordt genoemd als ik iets meer wil. Ik vind het prima om dat af te spreken. Ik hoop dat de motie dan als zodanig wordt aangepast.

### Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

Je ziet dat onder druk van de tijd alles vloeibaar wordt, maar dat er soms ook slordigheden ontstaan. Met het ondertekenen van de motie had mijn fractie de bedoeling die de minister net uitlegt. Ik heb het zelf ook een aantal keren zo betoogd. Mevrouw Ter Horst legde het zo uit en ik denk dat mevrouw Dupuis het ook zo bedoelde. Misschien moet de motie anders worden geformuleerd, maar wij zijn in ieder geval blij met deze toezegging van de minister. Ik wil nog wel graag horen hoe zij het gaat vastleggen. De minister zei al dat er later waarschijnlijk een aanpassingsvoorstel volgt.

### Mevrouw Scholten (D66):

Ik ben altijd erg voor praktische oplossingen. Als iedereen weet hoe de motie moet worden uitgelegd, als iedereen het daarover eens is, geef ik mevrouw Dupuis in overweging om de motie in te trekken.

### Mevrouw Dupuis (VVD):

Er moet wel iets gebeuren. Dat zei mevrouw Ter Horst net ook. Er moet dan een toezegging komen waarmee de professionele standaard wordt gereserveerd voor het domein waarover het in de WGBO gaat. De term "kwaliteitsstandaard" zal dan worden gebruikt voor alle extra dingen. Volgens mij zit het patiëntenperspectief er al in, maar goed, de minister wil het graag apart benoemd hebben. Dan moet daar een andere term voor worden gehanteerd, zodat wij in de literatuur ook op een heldere manier met deze dingen blijven omgaan. Ik pleit ervoor dat wij daar een oplossing voor vinden. Als de minister dit toezegt, ben ik bereid om de motie in te trekken.

### Minister Schippers:

Dat zeg ik toe.

### Mevrouw Dupuis (VVD):

Dan trek ik de motie in.

### De voorzitter:

Aangezien de motie-Dupuis c.s. (33243, letter F) is ingetrokken, maakt zij geen onderwerp van beraadslaging meer uit.

### Minister Schippers:

Ik zeg tegen mevrouw Slagter dat het concepttoetsingskader is gestript. Mevrouw Ter Horst vroeg naar het aanmeldingsformulier en dat is ook gestript. Een nieuw instituut gaat aan het werk, probeert iets uit, maar dat werkt niet. Daarom toetst het instituut het nu; in die fase zit het. Het blijkt sterk te moeten worden ingedikt en dat is hierbij aan de orde.

Kan ik binnen een jaar verslag doen van de toename van de regeldruk? Evaluatie na een jaar zou ik te snel vinden. Er ontstond net discussie over de vraag of er een voortgangsrapportage kan komen. Dat kan ik toezeggen.

Wat gebeurt er als de beroepsgroep het niet eens is met de professionele standaard? Dat betreft de doorzettingsmacht die wij in deze wet regelen. Wat mevrouw Ter Horst hiermee op tafel legt, is de kern van de bevoegdheid die de afdeling krijgt.

Mevrouw Scholten vroeg of de problemen met deze wet kunnen worden opgelost. Ik geloof niet dat wij alle problemen kunnen oplossen. Ik hoop wel dat wij met deze wet in ieder geval vaart kunnen brengen in dingen die wij allemaal heel belangrijk vinden, namelijk dat de kwaliteit inzichtelijk wordt. Dat zal stapsgewijs gebeuren. Wij hebben van gedachten gewisseld over het handhaving-instrumentarium.

De heer Flierman sprak nog over het sanctieregime. Ik heb daar geen reactie op gekregen van mijn ambtenaren. Laat ik zeggen dat het zo is, anders kom ik erop terug voor de heer Flierman. Ik kan het even niet anders doen. Ik ben het met hem eens dat wij, als instellingen gegevens hebben uitgegeven, het niet net een klein beetje moeten kantelen en weer dezelfde gegevens moeten vragen. Wij moeten één registratie afspreken. Iedereen moet alles uit een basisinformatiepool halen. Alleen in specifieke situaties, bijvoorbeeld bij thematoezichten van de inspectie en dergelijke, moeten wij om extra informatie vragen.

Kunnen instellingen er ook bij betrokken zijn? Ja, als het echt zorg betreft waarbij een bepaalde instelling een specifieke rol vervult.

## **Schippers**

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Dit is een beetje dom van mij. Ik heb in eerste termijn al gevraagd naar de indicatoren voor arbozorg en public health, maar daarover hebben wij het volgens mij niet meer gehad. Ik had er zonet nog even naar willen vragen, maar dat ben ik vergeten.

Minister **Schippers**:

Wij hebben natuurlijk richtlijnen voor arbozorg. Dat valt er dus onder. Ik weet zo niet hoe het met public health zit. Dat vind ik wel een goede vraag. Ik begrijp van mijn ambtenaren dat public health er ook onder valt. Er wordt hevig geknikt.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**:

Ik constateer dat stemming over het wetsvoorstel gewenst is. Ik stel voor om volgende week dinsdag over dit wetsvoorstel te stemmen. Ik dank iedereen voor het tempo dat is gemaakt om op tijd klaar te kunnen zijn. Voor de goede orde merk ik op dat de verenigde vergadering om 17.00 uur begint.

De vergadering wordt van 16.25 uur tot 19.00 uur geschorst.