

Vergaderjaar 1994–1995

**23 633**

## **De kwaliteit van zorginstellingen (Kwaliteitswet zorginstellingen)**

**Nr. 8**

### **NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG**

Ontvangen 30 mei 1995

#### **1. Inleiding**

Wij hebben met belangstelling kennisgenomen van de reactie van de leden van de fracties van PvdA, CDA, VVD, D66, RPF, SGP en GPV op het voorstel van Wet op de kwaliteit van zorginstellingen. Het verheugt ons te kunnen constateren dat deze leden allen op hoofdlijnen met het onderhavige wetsvoorstel kunnen instemmen. Wij hebben het ook zeer op prijs gesteld dat de Kamer er blijk van heeft gegeven het voorstel Kwaliteitswet zorginstellingen van een zodanig belang te achten dat het verslag nog geen drie maanden na het verschijnen van onze nota van wijziging betreffende de positionering van de aanwijzingsbevoegdheid kon worden vastgesteld. Wij achten een voortvarende aanpak van het tot stand brengen van een wettelijke regeling voor de kwaliteit van zorg geleverd door instellingen zeer belangrijk. Het is onze overtuiging dat het wetgevend kader ter zake van de kwaliteit van zorg op dit moment enerzijds niet toereikend is om tijdig en op adequate wijze maatregelen te treffen in situaties waarin de kwaliteit van de zorg zodanig is dat incidenten dreigen op te treden, terwijl anderzijds instellingen die trachten de kwaliteit van zorg op systematische wijze te bewaken, te beheersen en te verbeteren door het bestaande gedetailleerde systeem van regels in hun bedoelingen worden gefrustreerd. In verband hiermee achten wij de Kwaliteitswet van bijzonder belang.

In deze nota naar aanleiding van het verslag willen wij ingaan op vragen die bij de leden van de verschillende fracties zijn blijven leven. In deze nota wordt slechts in grote lijnen de indeling van het verslag gevolgd; vragen die eenzelfde onderwerp betreffen, worden gezamenlijk beantwoord op de plaats die, gezien het onderwerp, onzes inziens het meest logisch is.

De leden van de PvdA-fractie vroegen of dit wetsvoorstel als het laatste deel kan worden gezien van een aantal wetten dat de kwaliteit van zorg en de rechten en de positie van de patiënt een wettelijke basis geeft.

De Kwaliteitswet kan worden gezien als een onderdeel van een wetgevingstraject dat de kwaliteit van zorg en de rechten en de positie van de patiënt een wettelijke basis geeft, zoals de leden van de PvdA-fractie stelden. Zowel bij de kwaliteitswetgeving als bij de patiënten-

wetgeving staat het patiëntenbelang voorop. Dat betekent overigens niet dat de Kwaliteitswet in dit traject niet een geheel eigen waarde zou hebben. Waar de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen en de wetsvoorstellen klachtrecht en medezeggenschap met name een versterkte positie van cliënten tot doel hebben, richten de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en het onderhavige wetsvoorstel zich vooral op de kwaliteit van zorgproces en zorgproduct vanuit de optiek van zorgaanbieders. Terwijl de patiëntenwetgeving zich rechtstreeks op het patiëntenbelang richt, doet de kwaliteitswetgeving dat indirect door de zorgaanbieder op de door hem geleverde kwaliteit aan te spreken. Het doel is dus hetzelfde, maar de weg waarlangs men tracht dit doel te bereiken verschilt. Dat zal ook blijken uit de notitie naar aanleiding van de motie Middel (Kamerstukken 1994/95, 23 040, nr. 18) die wij u binnenkort zullen toezenden, waarin samenhang van en diversiteit tussen de verschillende immateriële wetten en wetsvoorstellen inzake de kwaliteit van zorg en de positie van patiënten/consumenten worden besproken.

Wij menen met de leden van de CDA-fractie dat de bestaande wet- en regelgeving geen toereikend kader biedt voor de handhaving en verbetering van de kwaliteit van zorg en achten daarom de vergroting van de bevoegdheden van de instellingen die als eerste verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg, wenselijk.

Het verheugt ons dat de leden van de D66 fractie zich kunnen vinden in de gekozen systematiek van het wetsvoorstel. Met deze wet wordt inderdaad benadrukt dat de primaire verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg bij de zorgaanbieders ligt.

De Wet BIG en het onderhavige wetsvoorstel hebben als invalshoek de kwaliteit vanuit de optiek van de zorgaanbieders. Beide wetten hebben echter een eigen waarde. De Wet BIG richt zich hierbij op de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening, waarbij toetsing zowel plaatsvindt voorafgaand aan de toetreding op de arbeidsmarkt in de zorgsector, als ook tijdens de beroepsuitoefening; dan immers kan het handelen worden getoetst aan de wettelijke tuchtnorm. De Kwaliteitswet richt zich op de kwaliteit van zorg geleverd door instellingen, waarbij het niet gaat om de toetreding tot de markt, maar om toetsing van instellingen die op de markt opereren. Daar beide wetten zich tot andere groepen richten, zal er – wij zeggen dit naar aanleiding van elders in het verslag gestelde vragen van de fracties van het CDA en D66 – van overlapping geen sprake zijn. Wel kunnen maatregelen in het kader van een van beide wetten zowel voor instellingen als voor beroepsbeoefenaren gevolgen hebben.

De Wet BIG heeft het doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bewaken en te bevorderen. Aangezien een groot deel van deze beroepsuitoefening plaatsvindt binnen instellingen, is voor beroepsbeoefenaren in instellingen zowel de Wet BIG als de Kwaliteitswet van belang. Waar zij echter bij de Wet BIG worden aangesproken op de kwaliteit van hun beroepsmatig functioneren, dragen zij waar het de Kwaliteitswet betreft verantwoordelijkheid voor hun bijdrage aan de kwaliteit van de integrale zorg zoals geleverd door de instelling. Op grond van de Kwaliteitswet kan de instelling ter verantwoording worden geroepen voor de kwaliteit van de geleverde zorg en voor de wijze waarop het kwaliteitsbeleid van de betreffende instelling vorm krijgt en de afspraken die men in verband hiermee heeft gemaakt met beroepsbeoefenaren die in welke vorm dan ook bij de zorg betrokken zijn. Het is de zorgaanbieder die ervoor verantwoordelijk is dat gemaakte afspraken met de binnen een instelling werkzame beroepsbeoefenaren, nodig voor het bieden van kwalitatief verantwoorde zorg, nagekomen worden. Bij het in gebreke blijven van de zorgaanbieder op dit punt, is de conclusie dat de organisatie van de zorg

niet zodanig is dat deze redelijkerwijs leidt tot verantwoorde zorg en kan de zorgaanbieder een maatregel opgelegd krijgen. Zo'n maatregel zal uiteraard gevolgen hebben voor beroepsbeoefenaren in een instelling.

De leden van de fractie van VVD vroegen naar de noodzaak van deze wet; past zij nog wel in de veranderde plannen met betrekking tot het stelsel, en kan niet met zelfregulering worden volstaan? De leden van de RPF-fractie stelden dezelfde vraag.

De noodzaak om een wettelijke regeling inzake de kwaliteit tot stand te brengen vloeit voort uit de grondwettelijke verplichting voor de overheid, te zorgen dat verantwoorde zorg wordt verleend. Te dien einde stelt deze wet de norm en geeft zij de overheid handvatten om de norm te handhaven; invulling van de norm vindt plaats in de dagelijkse praktijk op het niveau van de individuele instelling. Met de huidige regels kan niet worden volstaan: de ontwikkelingen in het veld staan niet stil; verschillende regels zijn «uitgewerkt», andere blijken niet voldoende bij te dragen aan het streven naar verantwoorde zorg of, door hun starheid, daar zelfs aan in de weg te staan. Van tijd tot tijd moeten de bestaande regels tegen het licht van de voortgaande ontwikkelingen en veranderende inzichten worden gehouden en op basis daarvan worden bijgesteld. Daartoe dient dit wetsvoorstel, dat inderdaad onder het vorige kabinet is ingediend maar los van de toen beoogde stelselherziening staat, zodat handhaving van het voorstel in de rede ligt.

De leden van de VVD-fractie wijzen op andere waarborgen voor verantwoorde zorg zoals opleidingen of de Wet BIG. Inderdaad wordt in verschillende kaders aandacht besteed aan de kwaliteit van de zorgverlening, maar die aandacht is vooral gericht op de individuele beroepsuitoefening (het micro-niveau). De onderhavige wet richt zich echter juist tot degene die in een organisatorisch verband zorg aanbiedt (het meso-niveau). De kwaliteit van een instelling is niet louter de som van de kwaliteiten van de daarin werkzame personen, nog daargelaten dat niet voor al die personen regelingen bestaan die op de kwaliteit van hun individuele handelen betrekking hebben. Bovendien blijkt juist in instellingen vaak een knelpunt in de zorgverlening te zijn de overdracht van (informatie over) patiënten van de ene beroepsbeoefenaar aan de andere.

Het verheugt ons dat de leden van de VVD-fractie konden instemmen met de nota van wijziging. Op hun vraag of hieruit mag worden afgeleid dat het beleid zoals verwoord in de brief over de rol van het publieke bestel in het nieuwe zorgstelsel wordt ingetrokken, kunnen wij voor zover het gaat om de handhavingstaak van provincies en grote gemeenten op het terrein van de kwaliteit van zorg antwoorden dat dit inderdaad het geval is. Overigens waren er voor deze handhavingstaak geen extra gelden gereserveerd, zodat ten gevolge van de nota van wijziging geen geld vrijkomt.

De leden van de VVD-fractie vroegen zich ook af hoe de regering van plan is de implementatie van de Kwaliteitswet en de veranderingen waarmee dit traject gepaard gaat, te begeleiden. Hierbij vroegen zij vooral aandacht voor de voorlichting aan het veld.

Terecht wezen deze leden op het feit dat het onderhavige wetsvoorstel belangrijke gevolgen heeft voor het beleid van zorgaanbieders. Het wetsvoorstel staat echter niet los van ontwikkelingen in het veld, maar ligt eerder in het verlengde van deze ontwikkelingen. Bij de kwaliteitsconferenties die in 1989 en 1990 door respectievelijk KNMG en NIZW werden georganiseerd en waarbij vertegenwoordigers aanwezig waren van koepels van zorgaanbieders, patiënten/consumenten, verzekeraars en de overheid, hebben partijen eensgezind afspraken onderschreven die ertoe strekken dat de primaire verantwoordelijkheid voor een goede kwaliteit van zorg bij de zorgaanbieders en de beide andere veldpartijen komt te liggen en dat de rol van de overheid zich zal beperken tot

kaderstellende, stimulerende en ondersteunende activiteiten. Ter bewaking van deze afspraken werd in 1990 de Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid (VC VOK) bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid geïnstalleerd. De VC VOK heeft gedurende de vijf jaar van haar bestaan uitgebreid gerapporteerd over de activiteiten die door de verschillende partijen in het kader van de afspraken zijn ontplooid.

Aan de activiteiten van de overheid op onder meer wetgevend terrein is uitgebreid aandacht besteed in zowel beide voortgangsrapportages van de VC VOK als in het tijdschrift Kwaliteit in Beeld. Daarnaast heeft het ministerie naar aanleiding van het verschijnen van de nota Kwaliteit van zorg en de behandeling in de Tweede Kamer van deze nota een informatiebrochure samengesteld die op grote schaal is verspreid. In de brochure worden ook de hoofdlijnen van de toekomstige Kwaliteitswet geschetst. Deze hoofdlijnen zijn immers vastgelegd in de Nota Kwaliteit van zorg, die de Tweede Kamer in het vergaderjaar 1991-1992 behandelde. Bij een groot aantal gelegenheden is voorts mondelinge en schriftelijke informatie over het wetsvoorstel gegeven. Het ligt in de bedoeling de intensiteit van de voorlichting de komende maanden nog verder op te voeren, daar wij ervan doordrongen zijn dat voor het welslagen van de implementatie van het wetsvoorstel een goede voorlichting van groot belang is.

De leden van de VVD-fractie vroegen naar aanleiding van het gestelde op blz. 4 van de memorie van toelichting «dat het beleid om de kwaliteit van de zorg door middel van centraal te stellen erkenningseisen niet werkzaam is gebleken» of deze opvatting wordt gedeeld door adviesorganen, zoals de Ziekenfondsraad. Zij vroegen dit naar aanleiding van het onlangs door de Ziekenfondsraad uitgebrachte advies inzake erkenningenbeleid. Zij vroegen ook waarom de Ziekenfondsraad dit advies heeft uitgebracht.

Naar aanleiding hiervan merken wij op dat de Ziekenfondsraad deze opvatting in zijn advies over de Kwaliteitswet zorginstellingen niet expliciet onderschrijft. De Ziekenfondsraad wijst erop dat met de opheffing van het erkenningstelsel een sturingsmogelijkheid uit de wettelijke ziekteverzekeringen verdwijnt. Wij wijzen er in dit verband op dat met het onderhavige wetsvoorstel de erkenning alleen verdwijnt voorzover dit betreft de kwalitatieve aspecten van de erkenning. De functie van de erkenning als instrument dat de toelating tot de financiering ingevolge de Ziekenfondswet en de AWBZ regelt, vervalt niet; hierover zal aparte besluitvorming plaatsvinden. Verwezen zij in dit verband onder meer naar de op 27 maart 1995 aan de Kamer gezonden antwoorden op de vragen van de heer Van der Hoeven over het erkenningenbeleid voor thuiszorginstellingen.

In zijn bovengenoemd advies vergelijkt de Ziekenfondsraad ook de sanctiemogelijkheden van het huidige stelsel met het stelsel dat in het voorstel van Kwaliteitswet zorginstellingen is neergelegd. De Ziekenfondsraad merkt in dat kader op dat van de sturingsmogelijkheid die het erkenningstelsel biedt onvoldoende gebruik is gemaakt, maar dat dit niet zozeer aan het erkenningstelsel zelf is te wijten maar veeleer aan de wijze van uitvoering daarvan. Het erkenningstelsel en de te hanteren sanctiemogelijkheden zijn echter met elkaar verbonden. Met andere woorden, de kritiek op de wijze van uitvoering houdt de facto kritiek op het erkenningstelsel zelf in. Het huidige stelsel biedt bovendien geen mogelijkheden om in te grijpen, indien de instelling formeel wel aan erkenningseisen voldoet, doch materieel daaraan geen uitvoering geeft. In dat geval voldoet de instelling aan de erkenningseisen, doch de kwaliteit van de zorgverlening is desondanks onvoldoende.

Het advies van de Ziekenfondsraad van 19 augustus 1994 inzake het erkenningenbeleid staat los van het onderhavige voorstel van wet, doch heeft betrekking op het huidige erkenningstelsel, dat op zowel

kwalitatieve aspecten als planmatige aspecten betrekking heeft. Aangezien het onmogelijk was gebleken om uitvoering te geven aan artikel 8 van de Ziekenfondswet en artikel 8a van de AWBZ was op 31 december 1993 aan de Ziekenfondsraad terzake advies gevraagd. Zoals in het hierboven gegeven antwoord, op de vragen inzake het erkenningenbeleid voor thuiszorginstellingen is meegedeeld, zal de Kamer terzake afzonderlijk worden geïnformeerd.

De leden van de VVD-fractie vroegen naar de betekenis van het woord «thans» in de zin «afschaffing van het erkenningstelsel beperkt zich thans tot het kwaliteitsgedeelte van dit stelsel».

Bij de stelselherziening zoals destijds geformuleerd door staatssecretaris Simons was het de bedoeling het totale erkenningstelsel af te schaffen. Aangezien deze stelselherziening geen doorgang zal vinden staat ook afschaffing van dit erkenningstelsel niet meer ter discussie. Dat neemt niet weg dat met de inwerkingtreding van het onderhavige wetsvoorstel bepaalde onderdelen van dit erkenningstelsel, in casu het kwaliteitsgedeelte, overbodig zijn geworden. Het woord «thans» spreekt gezien het vorenstaande voor zich.

Wat betreft de stelselneutraliteit van het wetsvoorstel – ook de leden van de SGP-en de GPV-fractie informeerden hiernaar – zij nogmaals in herinnering gebracht dat uitgangspunt van dit wetsvoorstel is dat een instelling verantwoorde zorg dient te leveren. Deze eis staat volstrekt los van het financierings-/ verzekeringsstelsel. Op grond hiervan dient een instelling, gegeven de beschikbare financiële middelen, verantwoorde zorg te leveren. Uiteraard kan de inhoud van het begrip verantwoorde zorg niet los worden gezien van de voor de zorgverlening in haar geheel beschikbare middelen. Een instelling kan er echter nimmer toe overgaan niet-verantwoorde zorg te leveren. Op dat moment handelt de instelling in strijd met de beoogde Kwaliteitswet.

Wij zijn het met de leden van de SGP-fractie eens dat de verscheidenheid in de zorg in de weg staat aan een nauwkeurige omschrijving van de basiseis van verantwoorde zorg in het wetsvoorstel. De noodzaak van algemene toepasbaarheid vormde voor ons een belangrijke aanleiding om niet te streven naar verdere invulling van het begrip. Ook de flexibiliteit van de omschrijving in de zin dat de norm zijn gelding ook in veranderde tijden moet behouden was hierbij een punt van overweging.

De leden van de SGP-fractie wezen erop dat kwaliteit en kwantiteit in samenhang moeten worden gezien. Hierbij zij volledigheidshalve aangetekend dat het voorstel van Kwaliteitswet zorginstellingen alleen betrekking heeft op door instellingen te verlenen zorg. In die situatie regelt het wetsvoorstel dat de zorgaanbieder de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel dient te voorzien dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg. Of en in hoeverre de beschikbare zorgverlening als geheel voldoende is, staat los van dit wetsvoorstel, doch is aan de orde in de financieringsonderscheidenlijk de planningswetgeving. De stelling dat kwaliteit en kwantiteit in samenhang moeten worden gezien, wordt echter onderschreven.

De leden van de GPV-fractie vroegen voorts of de zorgaanbieders ook binnen het nieuwe zorgstelsel de mogelijkheid zouden krijgen om de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit waar te maken. Zij vroegen of deze verantwoordelijkheid wel los kan worden gezien van de wijze waarop de verantwoordelijkheid van verzekeraars voor het contracteren van kwaliteit van zorg wordt geregeld.

Naar aanleiding hiervan merken wij op dat voor de inrichting van het verzekeringsstelsel de brief van 20 maart 1995 (Kamerstukken II 1994/1995, 24 124, nrs. 1–2) van belang is. Daaruit blijkt dat niet zonder

meer sprake zal zijn van opheffing van de contracteerverplichting. Echter, ook indien de contracteerverplichting in de AWBZ en de Ziekenfondswet zou worden opgeheven, dan geeft het verzekeraars nog niet de mogelijkheid om op basis van eigen normen en systemen de kwaliteit van de zorg te beoordelen. Immers, uitgangspunt is dat de instelling verantwoorde zorg levert. Dit is niet alleen voor de instelling maar ook voor de verzekeraar een gegeven. In het licht hiervan is het niet noodzakelijk dit nogmaals expliciet voor verzekeraars regelen, waarbij wij overigens aantekenen dat op grond van artikel 45, eerste lid, onderdeel c, van de Ziekenfondswet de modelovereenkomst bepalingen dient te bevatten betreffende algemene voorwaarden ten aanzien van de kwaliteit van zorg. De AWBZ kent in artikel 43 eenzelfde voorschrift met betrekking tot de uitkomsten van overleg respectievelijk de modelovereenkomsten.

## **2. Motieven voor nieuwe kwaliteitswetgeving**

De leden van de PvdA-fractie zouden graag een overzicht zien van het verband tussen de verschillende regels welke op dit moment bestaan ten aanzien van kwaliteit.

Op dit moment zijn regels betreffende de kwaliteit van zorg verleend door instellingen neergelegd in een groot aantal wetten en besluiten. Een deel van de bestaande regels heeft een meer algemene strekking, dat wil zeggen is op meer dan één type instelling van toepassing. Daarnaast zijn er ook regels die uitsluitend van toepassing zijn op één type instelling. Naast regels die betrekking hebben op elementen van het zorgproces is er ook wet- en regelgeving die de kwaliteit van produkten centraal stelt: de wetgeving rond de kwaliteit van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Hoewel er vele regels zijn, is de samenhang tussen de verschillende regels beperkt. Een belangrijk doel van het onderhavige wetsvoorstel is dan ook om door een min of meer alomvattende norm de samenhang in de regelgeving inzake de kwaliteit van zorg tot stand te brengen.

Van de oude nog geldende wet- en regelgeving met een algemene strekking kent de financieringswetgeving de meest centrale bepalingen op het gebied van de kwaliteit van zorg. Op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Ziekenfondswet worden onder meer eisen gesteld aan materiële middelen, personele middelen, goed en doelmatig functioneren en waarborgen ten behoeve van de patiënt. De eisen betreffen formeel echter uitsluitend zorg die op basis van een van beide wetten wordt gefinancierd. Een algemene strekking hebben ook drie nieuwe wetten: de Wet BIG, de WGBO en de Wet BOPZ. Ook de wetsvoorstellen klachtrecht en medezeggenschap zijn op meerdere vormen van zorg van toepassing. Op het verband tussen deze wetten wordt elders in deze nota ingegaan.

Specifiek op één type instelling gerichte kwaliteitsbepalingen kunnen onder meer worden aangetroffen voor GGD'en, gezondheidscentra, tandheelkundige inrichtingen, ambulancevervoer, bejaardenoorden en abortusklinieken. De aard en inhoud van deze bepalingen verschilt onderling evenwel sterk. Soms staan inhoudelijke of technische aspecten voorop (Wet ambulancevervoer), soms organisatorische zaken (Wet tandheelkundige inrichtingen), en soms heeft het cliëntenperspectief een belangrijke plaats (Wet op de bejaardenoorden).

Hoewel er een groot aantal wetten is, waarin kwaliteit aandacht krijgt, ontbreekt op dit moment nog een wet die het leveren van een kwalitatief goede zorg door instellingen verplicht stelt en die mogelijkheden biedt om daar waar verantwoorde zorg om welke reden dan ook niet tot stand komt, op passende wijze in te grijpen. Instellingen die op dit moment de regels naleven, maar desondanks geen kwalitatief goede zorg leveren, kunnen niet afdoende worden aangepakt. Gesteld kan derhalve worden dat de huidige wetgeving zowel adequate eisen voor de kwaliteit van zorg

geleverd door instellingen als een hanteerbaar en bruikbaar handhavingsregime ontbeert. De Kwaliteitswet voorziet in beide.

Nagenoeg alle fracties stonden – op diverse plaatsen in het verslag – stil bij het begrip «verantwoorde zorg»: moet niet méér worden aangegeven wat hieronder wordt verstaan; hoe is de kenbaarheid gewaarborgd; wordt niet teveel aan zelfregulering overgelaten; is er geen sprake van rechtsonzekerheid of (bij de toetsing) van rechtsongelijkheid?

Naar onze mening kan de overheid volstaan aan te geven dat de zorg verantwoord moet zijn; het beeld van de huidige zorgverlening laat zien dat het veld voldoende inzicht heeft in *wat* onder dat begrip moet worden verstaan. De overheid kan ook niet meer aangeven; iedere norm die méér inhoudt, miskent de voor de praktijk noodzakelijke flexibiliteit en de diversiteit van instellingen. Zelfs binnen een categorie van instellingen vallen verschillen te constateren die leiden tot een verschillende inhoud van het begrip «verantwoorde zorg»; de ene instelling is de andere niet. Natuurlijk zijn er in de verlening van zorg vele elementen te onderscheiden die verband houden met de kwaliteit ervan; artikel 2 noemt er enkele, in de memorie van toelichting zijn daar andere aan toegevoegd. Nadrukkelijk is daarbij opgemerkt dat het niet de enige of de belangrijkste elementen zijn. Voorkómen moet immers worden dat door het noemen van enkele elementen de aandacht wordt afgeleid van het zorgproces als geheel.

Het zal duidelijk zijn dat, waar de overheid geen nadere inhoud kan geven aan het begrip «verantwoorde zorg», omdat iedere nadere omschrijving afbreuk zou doen aan de flexibiliteit, dit ook niet van het veld kan worden verwacht. Met andere woorden: van *zelfregulering*, in die zin dat het veld zelf in gedetailleerde regels vastlegt waaraan zorg moet voldoen, kan geen sprake zijn. Het veld geeft in de praktijk inhoud aan de norm, en die praktijk is nergens en nimmer dezelfde en is niet in regels te vatten. Iedere organisatie weet wanneer zorg verantwoord is; het gaat erom dat het bereiken en handhaven daarvan niet van het toeval afhankelijk is, maar op systematische wijze wordt nagestreefd. Kenbronnen zijn er natuurlijk wel, in de vorm van protocollen, inspectieverslagen, wetenschappelijke literatuur, etc., die echter telkens op de eigen situatie toegespitst worden toegepast. We zouden dan ook niet willen spreken van een vage norm, zoals de leden van de RPF-fractie, maar van een globale en dus flexibele norm, die afhankelijk van de specifieke omstandigheden ingevuld moet worden.

Flexibiliteit wil zeggen dat het van vele omstandigheden afhangt of de concrete zorgverlening verantwoord is, oftewel, zoals de leden van de CDA-fractie terecht zeggen, de beoordeling van de kwaliteit is een relatieve. Tot rechtsonzekerheid, waaromtrent de leden van de GPV-fractie op pagina 17 hun vrees uitten, behoeft dit niet te leiden: de zorgaanbieder weet, evengoed als de inspectie, wat verantwoorde zorg is. Ook indien hij zodanige zorg aanbiedt zonder dat daar een kwaliteitsbewakingssysteem aan ten grondslag ligt, weet hij dat hij niet aan de wet voldoet.

Evenmin kan sprake zijn van rechtsongelijkheid: wat in de ene instelling verantwoord is, behoeft dat nog niet te zijn in een andere instelling. De kwaliteit hangt samen met de omstandigheden; de beoordeling ervan is, als gezegd, een relatieve.

Waar het in de afgelopen jaren aan heeft ontbroken, is niet het inzicht in de kwaliteit van de zorgverlening; in de schaarse gevallen die in negatieve zin de pers haalden, wisten de betrokkenen doorgaans maar al te goed waar de schoen wrong. Bij een systematische kwaliteitsbewaking had het overigens zover niet hoeven te komen. Wat echter ontbrak waren instrumenten om orde op zaken te doen stellen en de organisatie zó te veranderen dat (weer) sprake was van verantwoorde zorg, en dat is een reden om met dit wetsvoorstel te komen, dat in meer bevoegdheden voor de overheid op dat punt voorziet.

Met betrekking tot de vraag van de leden van de CDA-fractie naar de dwarsverbanden met de wetten die de structuur en financiering van de zorg bepalen, zij verwezen naar de al eerder genoemde brief van 20 maart 1995 inzake kostenbeheersing in de zorgsector. In die brief heeft het kabinet, ter uitwerking van de beleidsvoornemens in het Regeerakkoord, zijn visie op het zorgstelsel uiteengezet. Daarbij is wat betreft de beheersing van de zorg een onderscheid gemaakt tussen het eerste compartiment (AWBZ) en het tweede compartiment (de zogenaamde «cure-verzekering; Ziekenfondswet, Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen, ambtelijke ziektekostenregelingen en particuliere ziektekostenverzekeringen). In het eerste compartiment is sprake van strikte aanbodregulering, tevens is er voor de intramurale zorg contracteerplicht. In het tweede compartiment zal de financiële sturing uiteindelijk geschieden door middel van verzekeraarsbudgettering. In dat compartiment houdt de overheid voor de intramurale voorzieningen een verantwoordelijkheid voor de planning en de financiering van de infrastructuur. Met het voorgaande zal duidelijk zijn dat budgettering van instellingen niet het enige instrument is, integendeel met de verdere ontwikkeling van de budgettering van verzekeraars in het tweede compartiment verschuift het accent naar die vorm van budgettering. In het eerste compartiment is beheersing vooral via een daarop toegesneden aanbodregulering aan de orde.

Naar aanleiding van de vraag of het stelsel van erkenningen al kan worden afgeschaft nu de destijds voorziene stelselwijziging nog niet tot een afronding is gekomen, merken wij op dat de erkenning, voorzover die de toegang tot de financiering in het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ regelt, met het onderhavige wetsvoorstel niet wordt afgeschaft. Overigens merken wij hierbij op dat in de huidige situatie de erkenning gekoppeld is aan de contracteerplicht. De erkenning als zodanig heeft derhalve slechts in beperkte mate een beheersende werking, namelijk in die gevallen waarin die gekoppeld is aan de aanbodregulering via de Wet ziekenhuisvoorzieningen.

### **3. Modernisering van het kwaliteitsbeleid**

De leden van de CDA-fractie stemden in met de beschouwing over het onderscheid tussen het micro-, meso- en macroniveau. Zij wezen erop dat de kwaliteit op macroniveau in belangrijke mate wordt bepaald door aspecten als capaciteit, toegankelijkheid, spreiding en financiering van zorg. Deze leden wezen er terecht op dat deze onderwerpen buiten de reikwijdte van het wetsvoorstel vallen. Zij komen dan ook aan de orde in meergenoemde brief van 20 maart 1995 inzake kostenbeheersing in de zorgsector en het daarbijgevoegde bestuurlijk/wetgevend programma. Niettemin vroegen deze leden zich af of de opzet van het wetsvoorstel voldoende stelselneutraal is. Zij merkten op dat het loslaten van erkenningseisen het gevaar in zich bergt dat het aanbod van voorzieningen te groot zou worden. In het voorgaande is reeds uiteengezet dat het erkenningstelsel, voor zover het de toegang tot de financiering betreft, door dit wetsvoorstel niet wordt afgeschaft. Opgemerkt zij voorts dat het wetsvoorstel niet rechtstreeks gekoppeld is aan de wetgeving op het terrein van de structuur en financiering. Een dergelijke koppeling is voor de werking van het wetsvoorstel ook niet nodig. De conclusie van de leden van de D66-fractie dat het wetsvoorstel geen punten bevat die niet als stelselneutraal zouden kunnen worden gekenschetst en die in strijd zouden zijn met het in het Regeerakkoord afgesproken «no regret-scenario» wordt dan ook volledig onderschreven. Gelet hierop heeft het kabinet er ook nadrukkelijk toe besloten het wetsvoorstel te handhaven.



#### 4. Hoofdpijnen van het wetsvoorstel

De leden van de PvdA-fractie benadrukten nog eens dat de invulling van het kwaliteitsbeleid een zaak is van zorgaanbieders. De centrale overheid is ook naar ons inzicht verantwoordelijk voor de kwaliteit op macro-niveau. Met het onderhavige wetsvoorstel wordt echter de invulling van het kwaliteitsbeleid door de individuele zorgaanbieder een overheidsverantwoordelijkheid in die zin dat de overheid toezicht houdt op de kwaliteit van de geleverde zorg door toetsing van die zorg aan het begrip verantwoorde zorg en door toetsing van de organisatie van de zorg, de toedeling van materieel en personeel, de verantwoordelijkheidsverdeling en het functioneren van het kwaliteitssysteem aan de artikelen 3 en 4.

Deze leden zijn van mening dat een uitgangspunt van zelfregulering dat bestuurlijk door de overheid gehanteerd wordt, er niet toe mag leiden dat de bevoegdheid van die overheid om regels te stellen, wordt ingeperkt; de overheid zou moeten kunnen vaststellen wat de minimale prestatie is die geleverd moet worden.

Wij merken op dat de keus voor een globale norm die door de zorgaanbieder moet worden ingevuld, een bestuurlijke is in die zin dat zij is ingegeven door de constatering dat een stelsel waarin de overheid «bestuurt» door middel van min of meer gedetailleerde eisen, niet altijd leidt tot verantwoorde zorg, en daar zelfs door zijn starheid aan in de weg kan staan. Het is juist deze constatering die ons er ook van af heeft doen zien, minimumeisen te stellen; iedere norm die het begrip verantwoorde zorg zou concretiseren, zou de zorgaanbieder verplichten ten minste die norm te respecteren. Niet ondenkbaar zijn echter situaties waarin de zorgaanbieder door die verplichting niet die zorg kan verlenen die, had hij de vrijheid gehad zelf invulling te geven aan de globale norm, in de gegeven omstandigheden het meest verantwoord zou zijn.

De aan het woord zijnde leden vroegen zich vervolgens af of zorgaanbieders de in artikel 2 genoemde verantwoorde zorg als voldoende zullen ervaren om daadwerkelijk hun beleid te toetsen aan de drie elementen die bij de term «verantwoorde zorg» behoren. Naar onze mening biedt artikel 2, waarin de norm «verantwoorde zorg» is neergelegd en van welke norm (niet limitatief) elementen worden genoemd, de zorgaanbieder voldoende houvast om hierop zijn kwaliteitsbeleid te baseren. De invulling van het begrip door de zorgaanbieder is bepalend voor de kwaliteit binnen de betrokken instelling. Dit betekent echter niet dat iedere invulling leidt tot verantwoorde zorg. De overheid is, zoals de leden van de PvdA-fractie terecht opmerkten, verantwoordelijk voor het waarborgen van verantwoorde zorg, maar kan deze verantwoordelijkheid niet waar maken door het stellen van gedetailleerde regels waar de zorgaanbieder zich alleen maar aan hoeft te houden om verantwoorde zorg te leveren; daarvoor is de verscheidenheid van het veld – zoals al eerder is opgemerkt – te groot. De overheid gaat door middel van de inspectie na of de door de zorgaanbieder gekozen invulling inderdaad leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg.

De leden van de PvdA-fractie vroegen voorts of het voor zorgaanbieders en verzekeraars aantrekkelijk zal zijn een uitgebreide invulling te geven aan het kwaliteitsbeleid ten aanzien van zorg voor lichamelijk en verstandelijk gehandicapten. Of het invulling geven aan de kwaliteitseis aantrekkelijk is of niet, is naar onze mening niet relevant; het wetsvoorstel verplicht de zorgaanbieder tot het leveren van verantwoorde zorg, en indien hij dat om welke reden dan ook nalaat, zal hij daarop worden aangesproken.

Op de vraag van deze leden of het ook ten aanzien van de invulling van het begrip «verantwoorde zorg» in bepaalde gevallen niet nodig kan zijn dat via algemene maatregelen van bestuur aanvullende normen kunnen worden gesteld, komen wij terug bij de bespreking van de «schaduwkwaliteitswet» van de NP/CF.

De leden van PvdA, CDA en RPF informeerden ook naar de verschillende regels ten aanzien van de handhaving, met name waar het betreft de samenhang tussen het onderhavige wetsvoorstel en de Wet BIG.

Terecht merkten deze leden op dat er verschillende wettelijke regimes bestaan waarbinnen het ontbreken van verantwoorde zorg kan worden aangekaart. Van oudsher vervullen het burgerlijk recht, het strafrecht en het tuchtrecht op dit punt een functie. Het burgerlijk recht kan toepassing vinden wanneer er als gevolg van zorg van een onverantwoord niveau schade is toegebracht aan een patiënt/cliënt en deze daarvoor gecompenseerd wenst te worden. Hierbij dient niet alleen gedacht te worden aan medisch-technische fouten, zoals het bekende voorbeeld van het afzetten van het verkeerde been, maar ook aan schendingen van de privacy van een cliënt of het niet verstrekken van informatie over een aandoening of behandeling, onderwerpen die in de WGBO zijn opgenomen. Het strafrecht vindt toepassing in zaken waarin een in het Wetboek van Strafrecht opgenomen norm is geschonden. Het gaat dan om handelingen die ernstig letsel of het overlijden van de patiënt ten gevolge hebben en waarbij bovendien sprake is van grove nalatigheid of schuld.

Bij handhaving op grond van het onderhavige wetsvoorstel en de Wet BIG, staat het belang van de patiënt in algemene zin voorop en niet het individuele belang; de normstelling is hieraan aangepast. Zowel de Wet BIG als de Kwaliteitswet voorzien in maatregelen in geval er door een beroepsbeoefenaar, onderscheidenlijk een instelling onzorgvuldig gehandeld is, ongeacht de uitkomst van dat handelen in een specifieke situatie. Immers, onjuist of onzorgvuldig handelen moet voorkomen worden in het belang van cliënten in het algemeen. In het kader van de Wet BIG zijn handelingen van individuele beroepsbeoefenaren onderworpen aan tuchtrecht. Wanneer het handelen van een beroepsbeoefenaar zonder gegronde reden afwijkt van hetgeen in de beroepsgroep gebruikelijk is, kan een tuchtmaatregel worden opgelegd. Wanneer dat handelen bovendien in een instelling plaatsvindt en ertoe bijdraagt dat de instelling als zodanig geen verantwoorde zorg verleent, kan ook de instelling ter verantwoording worden geroepen. Door de mogelijkheid te scheppen dat kwalitatief inadequate zorg zowel langs de weg van de Wet BIG als de Kwaliteitswet wordt aangepakt, wordt afschuifgedrag tussen instellingsmanagement en professionals voorkomen. Beide partijen hebben immers een eigen verantwoordelijkheid: professionals voor een juiste invulling van het beroepsmatig handelen en het instellingsmanagement voor de afspraken die met het oog op de kwaliteit van de zorg van de instelling met professionals worden gemaakt.

De leden van de PvdA- en de CDA-fractie informeerden naar de rol en betekenis van certificatie en vroegen naar de ontwikkelingen op dit gebied. Zij vroegen zich af hoe de stand van zaken op dit punt is. De leden van de PvdA-fractie legden hierbij een relatie met het advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid betreffende certificatie van kwaliteitssystemen.

In de wet wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen activiteiten die instellingen zelf ondernemen om de kwaliteit van de door hen geleverde zorg te optimaliseren en activiteiten die van overheidswege worden ondernomen om te garanderen dat verantwoorde zorg tot stand komt. Certificatie hoort duidelijk thuis bij het eerste gedeelte. Certificatie kan worden gezien als het sluitstuk van de interne kwaliteitsbewakende activiteiten van zorgaanbieders en zal als zodanig nooit de rol van de overheid kunnen overnemen. Dat neemt niet weg dat een zorgvuldig opgesteld rapport van een certificerende instelling voor overheidsorganen als de inspectie een belangrijke bron van informatie kan zijn.

Over de ontwikkelingen na het uitbrengen van het NRV-advies omtrent certificatie van kwaliteitssystemen in 1993 kan het volgende worden opgemerkt. In mei 1994 werd het informatie-onderzoek omtrent de

oprichting van een coördinatie-commissie voor de certificatie in de zorgsector afgerond. Uitkomst van het onderzoek was dat de informateur de kansen groot achtte dat de veldpartijen zelf in onderlinge samenspraak tot de oprichting van een coördinatie-commissie over zouden gaan. In december 1994 is de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector opgericht, een gezamenlijk initiatief van koepels van patiënten/consumenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Een centrale doelstelling van deze stichting is het verschaffen van een infrastructuur voor de totstandkoming van een coördinatie-commissie voor de certificatie in de zorgsector. Het ligt in de bedoeling dat de coördinatie-commissie nog dit jaar tot stand komt. Het ministerie heeft aan de stichting subsidie verleend voor de realisering van deze doelstelling.

De leden van de PvdA-fractie vroegen voorts om een reactie op de «schaduwkwaliteitswet» van de NP/CF, waarbij zij tevens vroegen of het juist is dat de zorgaanbieders zelf invulling geven aan het begrip verantwoorde zorg. Ook de leden van D66 en RPF gaven aan in onze reactie op het standpunt van de NP/CF geïnteresseerd te zijn.

Wij hebben met grote interesse kennisgenomen van de door de NP/CF voorgestelde schaduwkwaliteitswet. Wij hechten grote waarde aan de mening van de NP/CF over het onderhavige wetsvoorstel, aangezien het bij kwaliteitswetgeving bij uitstek gaat om het bieden van waarborgen aan patiënten dat de kwaliteit van de geleverde zorg adequaat is. In dit verband kunnen wij de gedachte van de NP/CF volledig onderschrijven dat er wettelijke garanties moeten zijn dat zorgaanbieders patiënten/consumentenorganisaties betrekken bij de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid. In de afgelopen jaren is van de zijde van de NP/CF hard gewerkt aan de operationalisering van het patiëntenperspectief rond kwaliteit. Zorgaanbieders moeten dit perspectief in hun eigen kwaliteitsbeleid integreren. Deze visie hebben wij ook neergelegd in het Wetsvoorstel medezeggenschap cliënten zorginstellingen, dat momenteel bij de Eerste Kamer aanhangig is. Op grond van laatstgenoemd wetsvoorstel heeft de cliëntenraad een instemmingsrecht ten aanzien van het kwaliteitsbeleid van een instelling. Wij kunnen echter met de NP/CF instemmen dat ook in de Kwaliteitswet het patiëntenperspectief nog wat sterker zou kunnen worden aangezet. Weliswaar stelt de wet dat verantwoorde zorg in ieder geval betekent dat de zorg patiëntgericht wordt verleend, maar ook elders in de wet zou structurele aandacht voor het patiëntenperspectief kunnen worden verankerd.

Aangezien de voorstellen van de NP/CF zodanig zijn dat zij het doel van de wet – waarborgen van het verlenen van verantwoorde zorg door zorgaanbieders – op een aantal punten nog aanscherpen, zullen wij een belangrijk deel van deze voorstellen in een nota van wijziging overnemen. Wij zijn van mening dat op deze wijze met de reeds bestaande en in voorbereiding zijnde wetgeving precies wordt aangesloten bij de wensen en behoeften die bij patiënten/consumentenorganisaties en ook bij zorgaanbieders leven. Het gaat om de volgende voorstellen.

*De mogelijkheid van het stellen van nadere regels met betrekking tot het begrip verantwoorde zorg.* Hoewel wij in beginsel van mening blijven dat het begrip verantwoorde zorg voldoende houvast biedt en derhalve in de wet- en regelgeving geen nadere uitwerking behoeft, hebben wij gesignaleerd dat de NP/CF, evenals alle kamerfracties hiervan nog niet overtuigd zijn. In verband hiermee hebben wij gemeend niet langer te moeten volharden in het niet scheppen van mogelijkheden voor nadere regelgeving. Een bepaling terzake is opgenomen in de Tweede nota van wijziging.

*Toezending kwaliteitsjaarverslagen.* Wij zijn van mening dat er veel te zeggen is voor het toezenden van kwaliteitsjaarverslagen aan RP/CP's. Ook op dit punt komen wij daarom met een wijziging. In het voorgestelde nieuwe tweede lid van artikel 5 is thans de eis opgenomen dat een

afschrift van het jaarverslag wordt gezonden aan regionaal werkende patiëntenorganisaties. Ten aanzien van de rol van medezeggenschapsraden kunnen wij het volgende stellen. Het Wetsvoorstel medezeggenschap cliënten zorginstellingen dat momenteel bij de Eerste Kamer aanhangig is, kent reeds een bepaling die ertoe strekt dat alle stukken die van belang zijn voor de oordeelsvorming van de cliëntenraad op de punten ten aanzien waarvan zij een advies- of instemmingsrecht heeft, aan de cliëntenraad ter hand worden gesteld. Daar voor het kwaliteitsbeleid van instellingen een instemmingsrecht geldt, betreft deze bepaling ook het kwaliteitsjaarverslag.

*Eisen aan het kwaliteitsjaarverslag.* Met de NP/CF zijn wij van mening dat het op grond van de huidige formulering van artikel 5 niet noodzakelijk is dat een jaarverslag een getrouw beeld geeft van de kwaliteit van zorg die in een verslagjaar is verleend. Wij zijn om deze reden van mening dat de formulering aanpassing behoeft in die zin, dat in het jaarverslag *verantwoording* wordt afgelegd van de wijze waarop de instelling uitvoering heeft gegeven aan de artikelen 2, 3 en 4 en van de kwaliteit van de verleende zorg. Dit in plaats van de eis dat hierover verslag wordt gedaan, waarvan de ingediende tekst sprak. Hiernaast lijkt het ons wenselijk dat instellingen ook kenbaar maken of en op welke wijze het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid van de instelling is geïntegreerd. Het overnemen van de andere eisen die aan het verslag worden gesteld achten wij overbodig. Verslaglegging omtrent de uitvoering van de artikelen 2, 3 en 4 eist dat verslag gedaan wordt omtrent bijvoorbeeld doelen, gegevensverzameling (bijv. in de vorm van een klachten- of calamiteitenregistratie), kwaliteitsbeoordeling, genomen en te nemen maatregelen. In de nieuwe tekst wordt geëist dat het jaarverslag voor 1 juni van het volgend jaar openbaar gemaakt wordt.

*Evaluatie.* Het lijkt ons een goede zaak dat het onderhavige wetsvoorstel na een periode van vijf jaar geëvalueerd wordt, waarbij dan nadrukkelijk aandacht wordt besteed aan het effect dat de wet heeft gehad terzake van de integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen. Bij de Tweede nota van wijziging is daarom een evaluatiebepaling in het wetsvoorstel opgenomen.

*Vrijheid tot het inrichten van het eigen leven in bejaardenoorden.* De NP/CF is van mening dat artikel 7, onderdeel a, van de Wet op de bejaardenoorden een belangrijke rol heeft gespeeld bij het creëren van waarborgen voor de vrijheid van bewoners om hun eigen leven in te richten. Zij uitten de vrees dat met het vervallen van dit artikel de vrijheid van bewoners weer zal worden ingeperkt. Hoewel het bij artikel 7, onderdeel a, gaat om een zeer wezenlijke kwaliteitseis, verband houdende met het recht op zelfbeschikking, hebben wij gemeend om hangende de besluitvorming over de Wet op de Bejaardenoorden alleen de hoogst noodzakelijke veranderingen van die wet te moeten doorvoeren. Bij het schrappen van het desbetreffende onderdeel van artikel 7 is van een dergelijke urgentie geen sprake. In verband hiermee komen wij terug van ons plan om deze bepaling te schrappen. In de Tweede nota van wijziging is hiertoe een onderdeel opgenomen.

Wij willen de Kamer erop wijzen dat er ook buiten de wetgeving plaats is voor kwaliteitsbeoordeling door patiënten/consumentenorganisaties. Het ligt voor de hand dat externe kwaliteitsbeoordeling in het algemeen en certificering in het bijzonder in de toekomst een steeds belangrijker invloed zullen krijgen. Dat patiënten zich bewust zijn van de rol die zij in dit opzicht kunnen spelen, blijkt wel uit hun betrokkenheid bij de oprichting van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Overigens, het is juist dat de zorgaanbieders voor de eigen instelling vaststellen wat zij onder verantwoorde zorg in deze specifieke context verstaan. Het zijn immers ook de zorgaanbieders die de eindverantwoordelijkheid dragen voor de kwaliteit van zorg en die op het niveau van deze kwaliteit kunnen worden aangesproken. Zij zullen bij het

ontbreken van verantwoorde zorg ter verantwoording worden geroepen. Echter, de kaders voor de invulling van het begrip verantwoorde zorg zijn impliciet in onze samenleving verankerd en zullen daar waar behoefte aan expliciete criteria bestaat, naar verwachting op korte termijn door de betrokken partijen zelf – zorgaanbieders, patiënten/consumenten en verzekeraars – worden geëxpliciteerd.

De leden van de CDA-fractie vroegen naar de invulling van het begrip «verantwoorde zorg» en hoe voorkomen kan worden dat dit begrip te weinig inhoud krijgt.

Wij verwijzen deze leden naar hetgeen eerder in dit hoofdstuk terzake is opgemerkt.

De leden van de CDA-fractie stelden dat de zorg rechtstreeks gekoppeld is aan de zorg die vastgelegd is in de Ziekenfondswet, de AWBZ en de Wet op de Bejaardenorden. De leden vroegen of dit ook betekent dat daarmee impliciet de zorgplicht is geregeld.

Het onderhavige wetsvoorstel betreft zorg als omschreven in ZFW, AWBZ en WBO. Dat betekent niet dat uitsluitend de zorg die wordt vergoed op grond van één van deze wetten onder de Kwaliteitswet valt. Ook alle gelijksoortige zorg die op andere wijze wordt gefinancierd, valt onder de systematiek van de wet. Het onderhavige wetsvoorstel regelt echter niet de aanspraak op zorg en legt ook niet de plicht op om te waarborgen dat de voor de patiënt noodzakelijke zorg kan worden geboden. Van een impliciete zorgplicht is dus in het onderhavige wetsvoorstel geen sprake.

De leden van de CDA-fractie vroegen naar de relatie van de Kwaliteitswet en de rechten en plichten van patiënten en cliënten en vroegen ook naar de wijze waarop in het wetsvoorstel een dwarsverband gelegd kan worden met de wetgeving die de rechten en plichten van de patiënten en cliënten regelt. Wij willen deze leden verwijzen naar de notitie omtrent deze problematiek die wij de Kamer zullen toezenden naar aanleiding van de motie Middel in het kader van de behandeling van het wetsvoorstel klachtrecht.

De leden van de CDA-fractie vroegen op welke wijze overlapping van de wet BIG met het onderhavige wetsvoorstel kan worden voorkomen. Wij verwijzen deze leden naar hetgeen terzake in de inleiding is opgemerkt.

De aan het woord zijnde leden vroegen of een zorgaanbieder altijd aannemelijk kan maken dat van verantwoorde zorg sprake is; in hoeverre is een objectieve toets mogelijk?

Een objectieve toets in die zin dat er naast ieder element van de zorgverlening een bepaalde maatstaf kan worden gelegd, is niet mogelijk. De opzet van het wetsvoorstel is nu juist te bereiken dat, gegeven de eigenheid van iedere instelling, de afzonderlijke elementen van de zorg zó zijn georganiseerd en op elkaar zijn afgestemd dat het geheel leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg. Het is slechts de zorgaanbieder die dit aannemelijk kan maken, en wel op zodanige wijze dat de inspectie op basis van haar ervaring en kennis kan beoordelen in hoeverre de zorgaanbieder daarin is geslaagd.

Naar de mening van de leden van de CDA-fractie bestaat het risico dat het begrip «verantwoorde zorg» toetsing van kwaliteit te vrijblijvend maakt. Wij merken hierover op dat het in de praktijk niet alleen de kwaliteit zelf zal zijn die getoetst wordt, maar ook en veeleer of de zorgaanbieder de instelling zodanig van personele en materiële middelen heeft voorzien, de zorgverlening zodanig heeft georganiseerd en, vooral, een zodanig kwaliteitsbewakingssysteem heeft opgezet, dat de zorgverlening niet anders dan van een verantwoord niveau kan zijn. Voorwerp van toetsing is dus niet alleen de kwaliteit zelf maar veeleer de organisatie, het toezien daarop en bewaken daarvan door de zorgaanbieder door middel van het kwaliteitsbewakingssysteem.

Hiermee is hopelijk ook aan de leden van de D66-fractie aangegeven hoe de inspectie de zelfregulering van het veld beoordeelt.

De leden van de CDA-fractie vroegen zich af in hoeverre het aan instellingen zelf wordt overgelaten welk kwaliteitssysteem gekozen wordt en op welke wijze de kritische momenten in een zorgproces worden beoordeeld. Zij vroegen in hoeverre een gelijkwaardige toetsing van de kwaliteit van zorginstellingen uniformiteit van systematiek en meting vergt en of een zekere harmonisatie niet geboden is.

Het staat de zorgaanbieders vrij om zelf een kwaliteitssysteem te kiezen. Zij zijn daarbij slechts gebonden aan de eisen die in het onderhavige wetsvoorstel worden vastgelegd. Wij achten het niet opportuun om een bepaald type kwaliteitssysteem voor te schrijven, daar op deze wijze geen rekening zou kunnen worden gehouden met de individuele karakteristieken van instellingen. Elk systeem dat aan de wettelijke eisen voldoet is een goed systeem, en wat het beste systeem is in een concrete situatie kan een zorgaanbieder het beste zelf bepalen. Gezien de verschillende karakteristieken van instellingen zal niet steeds hetzelfde kwaliteits-systeem passen. Harmonisatie van kwaliteitssystemen binnen een bepaalde sector zou ertoe kunnen leiden dat instellingen niet het best passende kwaliteitssysteem krijgen en derhalve ook niet in staat zijn om die kwaliteit van zorg te leveren die ze onder het regime van het onderhavige wetsvoorstel wel tot stand kunnen brengen. Dit zou als consequentie kunnen hebben dat instellingen meer naar de regels blijven leven en minder streven naar het uiteindelijke doel van deze wet: een goede kwaliteit van zorg.

Wij zijn het met de leden van de CDA-fractie eens dat op gelijke wijze moet worden getoetst: alle instellingen moeten immers op dezelfde wettelijke vereisten worden getoetst. Dat betekent niet dat resultaten bij toetsing steeds dezelfde betekenis zullen hebben. Instellingen zijn immers niet gelijk. Ze hebben bijvoorbeeld een andere doelstelling, vervullen andere functies, hebben een andere structuur of een andere cultuur en functioneren binnen een omgeving met andere kenmerken. Het toezicht kan aan deze zaken niet voorbijgaan.

De leden van de CDA, RPF en SGP vroegen of de regering ook niet van mening is dat de geestelijke verzorging niet kan worden onttrokken aan de werking van het onderhavige wetsvoorstel. Zij vroegen waarom deze passage verwijderd is en of de regering voornemens is de geestelijke verzorging via een nota van wijziging alsnog een plaats te geven in de tekst van de wet.

Met de leden van de CDA, RPF en SGP zijn wij van mening dat er een verband bestaat tussen kwalitatief goede zorg en een passende geestelijke verzorging. Toch zullen wij de geestelijke verzorging in dit wetsvoorstel geen aparte plaats geven. De passage omtrent geestelijke verzorging die aanvankelijk in het voorontwerp was opgenomen, is geschrapt toen de geestelijke verzorging onderwerp van een afzonderlijk wetsvoorstel werd. Op de reden van deze keuze wordt uitgebreid ingegaan in de nota naar aanleiding van het verslag inzake het wetsvoorstel Regels met betrekking tot de geestelijke verzorging in instellingen in de zorgsector en in justitiële inrichtingen. Wij volstaan ermee daarnaar te verwijzen.

De leden van de VVD-fractie vroegen waarom bij het wetsvoorstel klachtrecht en het onderhavige wetsvoorstel niet dezelfde reikwijdte is gekozen. Zij doelen hierbij met name op de positie van de zelfstandig werkende beroepsbeoefenaren.

Het onderhavige wetsvoorstel strekt zich niet uit tot de zelfstandig werkende beroepsbeoefenaren. Voor deze categorie is gekozen voor het neerleggen van kwaliteitseisen in de Wet BIG. Laatstgenoemde wet is immers bij uitstek het kader waarin de kwaliteit van de beroeps-uitoefening aan de orde komt. Overigens merken wij op dat er tussen de

Wet BIG en het onderhavige wetsvoorstel is gestreefd naar een naadloze aansluiting door onder meer het formuleren van gelijke eisen voor de organisatie van het werk van solistisch werkzame individuele beroepsbeoefenaren en van instellingen. Daardoor zal de reikwijdte van de in beide wetten gestelde eisen in feite met de reikwijdte van het Wetsvoorstel klachtrecht overeenkomen.

De leden van de VVD-fractie vroegen ook hoe doelmatigheid, doeltreffendheid en patiëntgerichtheid te operationaliseren zijn en of het mogelijk is dat diverse kenbronnen elkaar onderling tegenspreken. De leden van de D66-fractie informeerden elders (p. 18) in het verslag naar andere aspecten van kwaliteit.

Centraal bij de vormgeving van het kwaliteitsbeleid door instellingen staat het operationaliseren van het totaalbegrip verantwoorde zorg. Het operationaliseren van aspecten van die verantwoorde zorg zoals doelmatigheid, doeltreffendheid en patiëntgerichtheid staat derhalve niet op de voorgrond. Immers, het begrip verantwoorde zorg heeft meer elementen in zich dan uitsluitend de in de wet genoemde en dient in al deze elementen nader uitwerking te vinden. De verschillende kenbronnen kunnen in dit verband een hulpmiddel vormen, die een individuele zorgaanbieder kan hanteren bij het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid. Uiteraard zullen kenbronnen soms een andere lading hebben, daar zij niet alle vanuit een gelijk perspectief zijn ontwikkeld. Dit betekent naar onze mening eerder dat zij elkaar aanvullen dan dat zij elkaar tegenspreken.

Deze leden vroegen ook of onderlinge afspraken tussen instellingen per definitie als verantwoorde zorg te kenschetsen zijn, daar zij tot de kenbronnen kunnen worden gerekend en of protocollen, consensusafspraken, certificatiesystemen en dergelijke daardoor een wettelijke basis krijgen.

Onderlinge afspraken tussen instellingen kunnen inderdaad tot de kenbronnen worden gerekend, evenals protocollen, consensusafspraken en certificatieschema's. Dit betekent evenwel niet dat deze bronnen een wettelijke basis krijgen of dat er sprake zou kunnen zijn van het algemeen verbindend verklaren van afspraken van veldpartijen op grond van de Kwaliteitswet, zoals de leden van de D66-fractie op pagina 11 van het verslag voorstellen. Voor de wet telt alleen het feit of verantwoorde zorg resulteert en of er sprake is van zodanige condities dat verantwoorde zorg kan resulteren. Belangrijk hierbij is de zorgvuldige afweging die een individuele zorgaanbieder maakt. Niet voor niets stelt de memorie van toelichting dat een belangrijke leidraad voor de concretisering van het begrip verantwoorde zorg wordt gevormd door de professionele ervaring en het gezond verstand. Een zorgaanbieder die alle regeltjes en richtlijnen opvolgt die op de verschillende plaatsen zijn ontwikkeld, mag er niet klakkeloos van uitgaan dat hij verantwoorde zorg levert. Steeds dient hij bij zichzelf te verifiëren of het volgen van die regels in de concrete context waarin hij opereert wel betekent dat verantwoorde zorg wordt geleverd. Juist dat eigen oordeel, die eigen verantwoordelijkheid, is een belangrijke meerwaarde van het in dit wetsvoorstel vastgelegde systeem ten opzichte van de gedetailleerde erkenningseisen, waarbij niet de kwaliteit van de zorg zelf en de weg waarlangs tot deze zorg wordt gekomen, maar het volgen van de regels toetsbaar en sanctioneerbaar is. Het is daarom de zorgaanbieder zelf die bepaalt of een patiënt tweemaal daags, dagelijks of twee maal per week moet worden gewassen en of hij hierin al dan niet aansluit bij hetgeen in andere instellingen eventueel gebruikelijk is. Dit alles neemt overigens niet weg dat de invulling van het begrip verantwoorde zorg steeds wel door de inspectie zal worden getoetst en dat een zorgaanbieder daar waar hij afwijkt van hetgeen gebruikelijk is, goed moet kunnen aangeven waarom hij desalniettemin verantwoorde zorg levert. Het criterium is dus steeds of verantwoorde zorg tot stand komt, en bij de hantering van dit criterium wordt geen onderscheid gemaakt tussen bijvoorbeeld ziekenhuizen en verpleeghuizen.

De leden van de VVD-fractie vroegen een oordeel te geven over het advies van de Ziekenfondsraad van 28 oktober 1993 inzake kosten-effectiviteitsanalyse van bestaande verstrekkingen.

Wij nemen aan dat deze leden met name de relatie leggen met de omschrijving van het begrip verantwoorde zorg. Hieronder wordt in het wetsvoorstel immers verstaan zorg die in ieder geval doelmatig, doeltreffend en patiëntgericht is. Daarbij gaat het om de eis dat de desbetreffende zorginstelling de zorgverlening doeltreffend en doelmatig organiseert. In het advies van de Ziekenfondsraad is aan de orde of de verstrekkingen als zodanig kosten-effectief en dus bewezen doelmatig zijn. Bij brief van 23 november 1994, kenmerk VMP/VA-943 443, is de Ziekenfondsraad meegedeeld dat met het bovengenoemde advies kan worden ingestemd; voorts is de Ziekenfondsraad gevraagd om in overleg met de Gezondheidsraad uitvoering te geven aan het advies. Van dit standpunt is de Kamer eveneens bij brief van 23 november 1994 op de hoogte gesteld.

De leden van deze fractie informeerden ook naar de rechtsgeldigheid van de erkenningseisen.

Over de rechtsgeldigheid van de erkenningseisen heeft de Raad van State, Afdeling voor de geschillen van bestuur op 13 augustus 1991 (RZA 1993, nr. 27) in een geschil tussen een kruisvereniging en de toenmalige Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur geoordeeld. De Afdeling kwam tot de conclusie dat als gevolg van het ontbreken van de algemene maatregelen van bestuur als bedoel in artikel 8a, regelend eisen waaraan instellingen moeten voldoen, en 8b, onder b, van de AWBZ, regelend voorschriften met betrekking tot spreiding en behoefte, weigering van de erkenning niet kan plaatsvinden op grond van artikel 8b, onder b. De consequentie van deze uitspraak is dat in het kader van de erkenning (ook wat betreft de Ziekenfondswet) niet meer kan worden getoetst aan de bij ministeriële regeling vastgestelde erkenningseisen. Aangezien voor een aantal zorginstellingen nimmer erkenningseisen zijn vastgesteld, zijn de consequenties van deze uitspraak beperkt; dit temeer, omdat het Staatstoezicht zich, ook al in het kader van de advisering over erkenningen, veel meer richt op toetsing van de vraag of verantwoorde zorg wordt verleend.

De leden van de VVD-fractie vroegen in welk opzicht certificatie onafhankelijk zal geschieden en of het mogelijk is dat certificatie leidt tot financiële claims. Verder informeerden zij of er op dit moment al door zorginstellingen met kwaliteitssystemen wordt gewerkt en op welke schaal.

Naar aanleiding van een vraag van de leden van de CDA-fractie zijn wij reeds ingegaan op de plaats van certificatie binnen de voorgestane structuur. Betreffende de vraag of op dit moment al door zorgaanbieders met kwaliteitssystemen wordt gewerkt, kan worden gesteld dat dit bij een groot aantal instellingen al het geval is. Precieze cijfers omtrent het aantal instellingen dat momenteel werkt met kwaliteitssystemen zijn niet voorhanden. Een onderzoek dat onder meer op dit punt inzicht moet verschaffen wordt momenteel uitgevoerd door het NIVEL. Begin juni zullen de resultaten van dit onderzoek beschikbaar komen. Vast staat wel dat meer dan de helft van alle zorginstellingen op enigerlei wijze bezig is met een kwaliteitsbeleid. De evaluatie van de stimuleringsprogramma's duidt erop dat de zorgsector zich op positieve wijze inzet voor de ontwikkeling van kwaliteitszorg (zie bijlage: Stimuleringsprogramma Kwaliteit van Zorg).<sup>1</sup>

Deze leden deden de suggestie om organisaties voor zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren te verplichten jaarlijks een verslag uit te brengen over het door hen geïnitieerde kwaliteitsbeleid.

Het onderhavige wetsvoorstel richt zich tot individuele zorgaanbieders en spreekt hen aan op de door hen geleverde kwaliteit. De eisen strekken zich niet uit tot de, binnen de zorgsector functionerende koepelorgani-

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.



saties. In verband hiermee achten wij een eis zoals voorgesteld door de leden van de VVD, in dit wetsvoorstel niet op zijn plaats.

De leden van de VVD-fractie vroegen ook naar de relatie met andere wetgeving. Hiervoor verwijzen wij naar de notitie naar aanleiding van de motie van het lid Middel, die u binnenkort zult ontvangen.

De leden van de D66-fractie uitten de vrees dat er een grijs gebied zal ontstaan doordat samenwerkingsverbanden beogen onder de werkingssfeer van de wet vandaan te komen. Wij delen deze vrees niet. Het begrip instelling is juist niet formeel omschreven. Daar waar meer dan één persoon – of dat nu rechtspersonen of natuurlijke personen zijn – met een zorgaanbod naar buiten treden is sprake van een instelling. De wijze van naar buiten treden is derhalve bepalend, niet de rechtsvorm waarmee dat gebeurt.

De leden van de fractie van D66 vroegen of het niet noodzakelijk is om bij de beoordeling van de kwaliteit van de zorg ook rekenschap te geven van de verwachtingen die patiënten/consumenten hebben van deze kwaliteit. Hiernaast vragen deze leden of het geen aanbeveling verdient om, zoals de NP/CF voorstelt, artikel 2 zodanig te wijzigen dat een niet-vrijblijvend overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumenten plaatsvindt.

In de Kwaliteitswet zorginstellingen wordt duidelijk gemaakt dat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de geleverde zorg primair bij de zorgaanbieder ligt. De zorgaanbieder is ervoor verantwoordelijk dat verantwoorde zorg tot stand komt en wordt hier ook op aangesproken. Dat betekent dat het niveau van de geleverde zorg zodanig moet zijn dat de zorgaanbieder daarvoor de verantwoordelijkheid kan en wil dragen, en dat kan alleen wanneer hij de bevoegdheid heeft om het begrip verantwoorde zorg invulling te geven. Op het moment dat anderen zeggenschap hebben in het niveau van de zorg die wordt geleverd, zijn die anderen medeverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg van een instelling en kunnen zij daarop ook worden aangesproken. Dit betekent dat daarmee ook een afschuifgedrag kan ontstaan. De zorgaanbieder kan de schuld voor het ontstaan van kwalitatief onverantwoorde zorg dan bij de patiënten of de verzekeraars leggen, die op hun beurt weer naar de zorgaanbieder wijzen. Het lijkt ons evident dat de kwaliteit van zorg daarmee niet gediend is. Om deze reden kunnen wij ons dan ook niet vinden in het voorstel van de NP/CF op dit punt. Overigens willen wij benadrukken dat het naar onze mening van groot belang is dat zorgaanbieders bij de invulling van het begrip verantwoorde zorg streven naar medebetrokkenheid van patiënten/consumenten en verzekeraars.

Bij de beoordeling van de kwaliteit van zorg zal worden gekeken op welke wijze zorgaanbieders invulling hebben gegeven aan het begrip verantwoorde zorg. Hierbij zal ook worden gekeken hoe een instelling omgaat met de patiëntgerichtheid die door de wet wordt geëist. Het spreekt vanzelf dat hierbij aandacht zal bestaan voor de aansluiting tussen enerzijds de kwaliteit van zorg zoals geleverd door de instelling en anderzijds de verwachtingen die patiënten/consumenten van die kwaliteit hebben.

De leden van de D66-fractie merkten op dat problemen van kwantitatieve aard van invloed kunnen zijn op de kwaliteit van de zorg. Tevens waren zij de mening toegedaan dat samenhang in de zorg zowel te maken heeft met micro- als macro-aspecten, alsmede met de vraag wie de bewaking van de regionale samenhang op zich dient te nemen. Deze leden zagen graag een reactie op hun opmerkingen tegemoet.

Met betrekking tot de vraag wie verantwoordelijk is voor de macro-aspecten van de zorg zij verwezen naar de brief van 20 maart 1995 inzake kostenbeheersing in de zorgsector. Ook de samenhang in de zorg, de daarbij in beeld komende partijen en de beheersing van de zorg komen daarin aan de orde.

De leden van de D66-fractie onderschreven het onderscheid tussen meso- en macroniveau als het gaat om verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg (respectievelijk instelling en overheid). Dit laat volgens hen onverlet dat de samenhang in de zorg te maken heeft met zowel meso- als macro-aspecten en dat instellingen dienen mee te werken aan de totstandkoming van regionale zorgconcepten. In dat verband verwezen de leden naar de discussie over de regiovisie. Hoewel zij ervan uitgaan dat hierover in een ander verband nog zal worden gesproken, menen zij dat nu de vraag aan de orde is wie de bewaking van de regionale samenhang in de zorg op zich dient te nemen. Een eventuele rol van de provincies in deze is voor de leden van de D66-fractie bespreekbaar.

Wij willen de discussie over de regionale samenhang en de rol van een regiovisie daarin inderdaad graag te zijner tijd voeren binnen een bredere context dan de Kwaliteitswet zorginstellingen. De vraag naar de verantwoordelijkheid voor de regionale samenhang zal een cruciaal onderwerp zijn binnen die discussie. Wij willen daar nu nog niet op vooruitlopen.

Op de suggestie van de heer J. Legemaate voor een wettelijk register van kwaliteitsafspraken, waarover de leden van de D66-fractie onze mening vroegen, merken wij het volgende op. Wij gaan er niet van uit dat de veldpartijen gedetailleerde kwaliteitsafspraken maken. Natuurlijk kan het zo zijn dat gelijksoortige instellingen in gelijksoortige gevallen op overeenkomstige wijze invulling geven aan het begrip verantwoorde zorg. Iedere afzonderlijke instelling zal desalniettemin getoetst worden aan deze wettelijke norm.

De leden van de D66-fractie stelden enige vragen over kwaliteitsjaarverslagen. Zouden deze zoals de NP/CF voorstelt niet eveneens aan RP/CP's en medezeggenschapsraden moeten worden toegestuurd. Hoe kan ervoor worden gezorgd dat het jaarverslag van een deugdelijke kwaliteit is?

Wij hebben goede nota genomen van het voorstel van de NP/CF op het punt van de kwaliteitsjaarverslagen. Zoals eerder gesteld naar aanleiding van een vraag van de leden van de PvdA-fractie komen wij op dit punt met een nota van wijziging.

Deze leden vroegen ook naar de mening van de regering over het voorstel van de NP/CF omtrent het opnemen van nadere bepalingen ten aanzien van het jaarverslag.

Wij verwijzen deze leden naar hetgeen terzake eerder in dit hoofdstuk is opgemerkt.

De leden van D66 vroegen waarom geen regels gesteld kunnen worden met betrekking tot artikel 2. Wij verwijzen deze leden naar de passage over dit onderwerp in hoofdstuk 4, alsmede de tekst van het artikelsgewijze deel.

De leden van deze fractie vroegen of het inderdaad zo is dat een beroepsbeoefenaar die in zijn zorg tekort schiet niet alleen op basis van de Wet BIG hierop kan worden aangesproken via het medische tuchtrecht, maar ook via een bevel van de inspectie.

Het toepassen van tuchtrecht of het geven van een bevel op grond van de Wet BIG is mogelijk ten aanzien van iedere beoefenaar van een in die wet geregeld beroep, ongeacht of deze zijn beroep solistisch dan wel in een organisatorisch verband uitoefent; de maatregelen richten zich rechtstreeks tot de beroepsbeoefenaar. Een aanwijzing of een bevel op grond van de Kwaliteitswet wordt gegeven aan de zorgaanbieder (exploitant van de instelling), maar kan indirect natuurlijk invloed hebben op de zorgverlening door de in de instelling werkzame beroepsbeoefenaar.

De keus tussen een bevel of het tuchtrecht op grond van de Wet BIG en de keus tussen een bevel of een aanwijzing in het kader van de Kwaliteitswet zal in beide gevallen hoofdzakelijk worden bepaald door de

normstelling die is overtreden en de mate van spoed waarmee daartegen moet worden opgetreden.

De leden van de D66-fractie informeerden naar de verhouding tussen de handhavingsmogelijkheden van het onderhavige wetsvoorstel en die van de wet BIG. Op deze kwestie is in de inleiding van deze nota uitvoerig ingegaan.

De aan het woord zijnde leden vroegen onze reactie op de suggestie van de KNMG om in de wettekst vast te leggen «dat een bevel of aanwijzing op grond van deze wet slechts mag worden toegepast in gevallen waarin het tekortschieten van de zorg de verantwoordelijkheid van de individuele hulpverlener overstijgt».

De suggestie van de KNMG voor een afbakening tussen individuele en instellingsverantwoordelijkheid nemen wij niet over. Zij zou naar onze mening kunnen leiden tot meningsverschillen over wanneer sprake is van het ene dan wel van het andere geval, of tot strategisch gedrag van de betrokkenen, gezien de juridische gevolgen. Overigens zal uit het bevel of de aanwijzing altijd blijken tot wie de daarin vervatte opdracht is gericht en dus tot wiens verantwoordelijkheid het behoort, aan het bevel of de aanwijzing gevolg te geven.

De leden van de RPF-fractie vroegen zich af of, teneinde de kwaliteit van de zorgverlening te waarborgen, eisen van goed verzekeraarschap eveneens noodzakelijk zijn. Naar aanleiding van deze vraag merken wij het volgende op. Het goed verzekeraarschap is de pendant van het goed medewerkerschap. De discussie hierover ontstond bij de advisering door de Ziekenfondsraad over de gedeeltelijke opheffing van de contracteerplicht (dat wil zeggen uitsluitend voor vrije beroepsbeoefenaren). Goed verzekeraarschap en goed medewerkerschap hebben betrekking op de relatie tussen aanbieder en verzekeraar; deze begrippen pasten goed in de stelselwijziging zoals die onder de vorige kabinetten was voorzien. Zij staan echter los van het onderhavige wetsvoorstel. De eisen die het onderhavige wetsvoorstel stelt zijn immers niet gericht op het bereiken van goed medewerkerschap, doch op het leveren van verantwoorde zorg. Voor de verzekeraars is dat een gegeven. In het licht hiervan is het eisen van goed verzekeraarschap niet een voorwaarde om de kwaliteit van de zorg te waarborgen. Daarin voorziet het wetsvoorstel zelf.

Overigens merken wij op dat zowel de Ziekenfondswet als de AWBZ een aantal zodanige eisen aan het functioneren van verzekeraars stellen (bijv. de zorgplicht en de regels in het kader van het overeenkomstenstelsel), zodat de facto op grond van die beide wetten nu reeds sprake is van een invulling van de eis van goed verzekeraarschap.

De leden van de RPF-fractie vroegen, naar aanleiding van een opmerking van de Raad voor het Binnenlands Bestuur, in hoeverre de vrees gerechtvaardigd is dat de administratieve rechter de regionale overheid die de aanwijzing oplegt, een zware motiveringsplicht en bewijslast zal opleggen.

Het werken met een globale norm brengt mee dat veel ruimte voor invulling bestaat. Overtreding van de norm kan leiden tot een aanwijzing van de overheid, die, zoals elke overheidsbeslissing, gemotiveerd zal zijn. De motivering is in wezen de reactie op de overwegingen die bij de instelling ten grondslag liggen aan de organisatie van de zorgverlening, de toedeling van materiële en personele middelen, de verantwoordelijkheidsverdeling en het kwaliteitssysteem. Omdat deze overwegingen vastgelegd zijn, zijn zij ook toetsbaar en is motivering van een negatief oordeel daarover goed mogelijk.

Naar aanleiding van de vraag van de aan het woord zijnde leden of de ZFW en de AWBZ voldoende mogelijkheden bieden om repressief op te treden tegen zorgaanbieders of zorgverzekeraars als partijen wat betreft de kwaliteit van zorg in gebreke blijven, het volgende.

Indien landelijke partijen in gebreke blijven in de uitkomst van overleg overeenkomstig artikel 45, onderdeel c, van de Ziekenfondswet onderscheidenlijk artikel 43, onderdeel c, van de AWBZ, invulling te geven aan het desbetreffende wettelijke voorschrift, zal de Ziekenfondsraad aan een dergelijke uitkomst wegens strijd met de wet zijn goedkeuring dienen te onthouden. Met betrekking tot het individuele ziekenfonds onderscheidenlijk uitvoeringsorgaan van de AWBZ bieden de ZFW en de AWBZ aan de Ziekenfondsraad de mogelijkheid om in de normale uitoefening van het aan de Ziekenfondsraad opgedragen toezicht corrigerend op te treden. Wij verwijzen met name naar de artikelen 67 en 68 van de Ziekenfondswet. Ten aanzien van zorgaanbieders zijn de in het onderhavige wetsvoorstel geregelde bepalingen met betrekking tot handhaving en toezicht relevant. De ZFW en de AWBZ bieden uit oogpunt van toezicht in dit opzicht geen mogelijkheden.

De aan het woord zijnde leden nodigen ons uit te reageren op het voorstel van de Raad voor het Binnenlands bestuur (RBB) om een zorgkamer in te stellen.

Wij zien voor een zorgkamer, die als functie zou hebben op basis van informatie van de inspectie de zelfregulering van het veld te beoordelen, geen plaats aangezien er naar ons oordeel geen sprake kan zijn van zelfregulering in de vorm van door het veld te ontwikkelen en door iedere instelling na te leven gedetailleerde normen. De wijze waarop door instellingen zelf invulling wordt gegeven aan het begrip verantwoorde zorg, wordt rechtstreeks getoetst door de inspectie. Het feit dat het in eerste instantie regionale inspecteurs zijn die met het toezicht zijn belast – hetgeen de reden voor het voorstel van de RBB is –, wil niet zeggen dat daardoor sprake is van onvoldoende politiek-bestuurlijk gezag. Integendeel: wij menen te mogen constateren dat, mede dankzij een landelijke coördinatie van de kant van de hoofdinspectie, het staats-toezicht als zodanig groot gezag in het veld geniet. Wij hebben er, gezien de praktijk van de afgelopen jaren, het volste vertrouwen in dat de inspectie is opgewassen tegen de haar bij dit wetsvoorstel toegekende taken.

De leden van de RPF-fractie vroegen of het niet strijdig is met het voornemen van deregulering dat zorg geleverd door GGD-en en verslavingszorg onder dit wetsvoorstel vallen. Zij zijn van mening dat toezicht een duidelijke inmenging is in de gemeentelijke taakbehartiging. De VVD-fractie stelde een vergelijkbare vraag bij artikel 1.

Voor zorg verleend door GGD-en en door instellingen voor verslavingszorg geldt, evenals voor andere instellingen die onder het onderhavige wetsvoorstel vallen, dat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg bij de zorgaanbieder ligt en dit kan een gemeente zijn. In dergelijke gevallen is de uitvoerende overheid net als elke andere zorgaanbieder volledig verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die wordt geboden.

Door te kiezen voor handhaving op centraal niveau is één van de belangrijkste bezwaren van de VNG, neergelegd in de brief van 24 mei 1994, ondervangen. Er is geen sprake meer van een provinciale taak ten opzichte van de gemeente als zorgaanbieder. De inspectie ziet toe of zorgaanbieders op de juiste wijze met hun verantwoordelijkheden omgaan. Wij zien geen reden voor het creëren van een alternatief regime voor instellingen die door gemeenten (of een provinciale of de rijks-overheid) in stand worden gehouden.

De wettelijke normstelling staat los van de financiering. Het is de zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor de kwaliteit en niet de financier. Verantwoording wordt immers niet afgelegd jegens de financier, maar jegens de centrale overheid.

Omdat de kwaliteitseis los staat van de financiering bestaat er ten aanzien van de door de gemeente gefinancierde voorzieningen een gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de aanwezigheid en de omvang

van de voorzieningen (macro-niveau) en een uiteindelijke rijks-verantwoordelijkheid voor de bewaking van de kwaliteit van de geleverde zorg (meso-niveau).

De leden van de RPF-fractie vroegen hiernaast of het geen overweging verdient om de mogelijkheid te creëren om bij algemene maatregel van bestuur regels te stellen met betrekking tot de informatie die minimaal dient te worden verstrekt in een kwaliteitsjaarverslag.

Wij zijn van mening dat een dergelijke bepaling geen aanbeveling verdient. In het wetsvoorstel zelf wordt immers al vastgesteld waarover minimaal informatie moet worden gegeven, namelijk het beleid ten aanzien van de uitvoering van de artikelen 2, 3 en 4. Dit betekent onder meer dat er informatie moet zijn omtrent de doelstelling van het beleid, de wijze waarop het begrip patiëntgerichtheid vorm krijgt, de organisatie van de zorg, de verdeling van verantwoordelijkheden, de personeelsvoorziening, de financiering van het kwaliteitsbeleid, de verzameling van kwaliteitsgegevens, de analyse van kwaliteitsgegevens en de verbeteringsmaatregelen die worden getroffen. De verandering in de formulering van dit artikel opgenomen in de tweede nota van wijziging, strekt ertoe dat er in het verslag niet slechts wordt gerapporteerd omtrent de uitvoering van de artikelen 2, 3, en 4, maar dat hieromtrent bovendien verantwoording wordt afgelegd.

De leden van de RPF-fractie informeerden nog naar de samenhang tussen de handhaving in het kader van de Wet BIG en het onderhavige wetsvoorstel. Op deze kwestie is reeds ingegaan naar aanleiding van een vraag van de leden van de PvdA-fractie.

Deze leden vroegen tenslotte naar de toekomst van het huidige kwaliteitsartikel in de Wet BIG. Bij inwerkingtreding van de Kwaliteitswet wordt dat artikel vervangen door het in dit wetsvoorstel voorgestelde artikel 40.

De leden van de SGP-fractie vroegen naar de manier waarop het perspectief van patiënten/consumenten in het kwaliteitsbeleid kan worden geïntegreerd. Zij informeerden hierbij naar de inhoud van hetgeen terzake tijdens de kwaliteitsconferenties is afgesproken.

Zoals wij reeds uiteenzetten in ons antwoord op een vraag van de leden van de PvdA-fractie hechten wij grote waarde aan integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid van instellingen. Naar onze mening vormt het onderhavige wetsvoorstel echter niet het meest passende kader om de inbreng van patiënten te waarborgen. Bij de afspraken die hierover tijdens de kwaliteitsconferenties zijn gemaakt, is overigens niet expliciet geformuleerd op welke wijze het cliëntenperspectief binnen het kwaliteitsbeleid van individuele instellingen gestalte zou moeten krijgen.

De leden van de SGP-fractie vroegen zich af of het mogelijk is dat in een algemeen jaarverslag verslag wordt gedaan van het kwaliteitsbeleid van een instelling. Daarnaast vroegen zij of een zorgaanbieder die meerdere instellingen in stand houdt met één verslag kan volstaan.

Inderdaad kan een kwaliteitsjaarverslag de vorm aannemen van een hoofdstuk in een algemeen jaarverslag. Ook kan een zorgaanbieder één kwaliteitsjaarverslag maken voor meerdere door hem in stand gehouden instellingen, onder voorwaarde dat hierin wel per instelling van het kwaliteitsbeleid verslag wordt gedaan. De wet maakt het niet mogelijk om gegevens van verschillende zorgaanbieders geaggregeerd te presenteren. De reden hiervoor moge duidelijk zijn: hoewel het zo kan zijn dat het kwaliteitsbeleid van verschillende instellingen overeenkomsten vertoont, zullen niettemin verschillen optreden daar het personeel van de instelling, de omgeving, de cultuur, maar ook de cliënten van een instelling verschillen.

De leden van deze fractie informeerden vervolgens naar de samenhang tussen de Wet BIG en het onderhavige wetsvoorstel waar het het

functioneren van beroepsbeoefenaren betreft. Deze kwestie is bij eerdere antwoorden reeds aan de orde gekomen.

De aan het woord zijnde leden wilden het belang van kwaliteits-systemen niet ontkennen, maar zij vroegen of het beklemtonen van het systeem niet ten koste van de kwaliteit zal gaan.

Inderdaad wordt enige nadruk gelegd op het belang van kwaliteits-systemen. Achtergrond hiervan is dat het verlenen van verantwoorde zorg, niet op een toevallige (gelukkige) samenloop van omstandigheden moet berusten, maar dat dit systematisch moet worden nagestreefd; een systeem is immers toetsbaar, het toeval niet.

Alleen zó kan worden nagegaan of de kwaliteit van een verantwoord niveau is. Het is niet zo dat de patiënt hiermee aan een «systeem» wordt onderworpen; één der elementen van verantwoorde zorg is immers dat deze patiëntgericht is.

De leden van de GPV-fractie vroegen of het belang van «datgene wat gebruikelijk is» niet het gevaar in zich bergt van een ongemerkt glijdende schaal. Naar onze mening is «datgene wat gebruikelijk is» slechts één der vele – kenbronnen die de zorgaanbieder ten dienste staan bij het invulling geven aan de norm van verantwoorde zorg. Omdat dit niet het enige criterium zal zijn dat hij hanteert, delen wij de vrees van deze leden niet; gelet op het algemene kwaliteitsstreven verwachten wij dat eerder sprake zal zijn van een glijdende schaal «omhoog».

De leden van de GPV-fractie informeerden naar de gevolgen die het gebrek aan middelen als gevolg van bezuinigen kan hebben voor de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Daar financiële middelen te besteden aan collectieve goederen nu eenmaal niet onuitputtelijk zijn, is het noodzakelijk dat de instellingen een bewuste en systematische aandacht voor beheersing en doelmatigheid hebben. Er zullen kosteneffectieve keuzes gemaakt moeten worden om de gestelde doelen te bereiken. Recente ervaringen tonen aan dat kwaliteit en kostenbeheersing heel goed hand in hand gaan. Instellingen die veel werk besteden aan het kwaliteitsbeleid blijken lang niet altijd de hoogste kosten te genereren. Het blijkt zelfs mogelijk te zijn dat een hoger kwaliteits-niveau leidt tot kostenbesparingen. Dat wil niet zeggen dat kostenbesparingen direct merkbaar zullen zijn; in de eerste periode zal immers ook in kwaliteitssystemen geïnvesteerd moeten worden.

## **5. Handhaving en verantwoordelijkheidsverdeling**

Met de leden van de PvdA-fractie hechten ook wij aan een nadrukkelijke rol voor de inspectie; dit moge mede blijken uit de bevoegdheden die het onderhavige wetsvoorstel bij het Staatstoezicht legt. Voor ons spreekt het vanzelf dat de inspectie in haar jaarverslagen melding maakt van de vervulling van haar taken, niet alleen in het kader van dit wetsvoorstel, maar ook bijvoorbeeld op het punt van de klachtenbehandeling.

De leden van de fracties van PvdA, CDA en SGP viel het op dat bij de centralisering van de handhaving een uitzondering is gemaakt voor de bejaardenoorden. Wij zijn ons ervan bewust dat er hierdoor sprake is van enige inconsistentie van wetgeving; echter, alvorens te kiezen hebben wij het belang van eenheid van wetgeving afgezet tegen het belang van de duidelijkheid ten opzichte van de bejaardenoorden, welke duidelijkheid niet is gediend met een versnippering van toezichthoudende bevoegdheden – die immers niet alleen de kwaliteit betreffen – over verschillende bestuurslagen, en meenden uiteindelijk het laatste belang het zwaarste te moeten laten wegen. De uitzondering is overigens gekoppeld aan het bestaan van de Wet op de bejaardenoorden. Als deze wet komt te vervallen, vervalt ook de uitzonderingspositie.

De leden van de PvdA-fractie stelden dat in de memorie van toelichting wel wordt ingegaan op de mogelijkheden voor patiënten bij onvoldoende kwaliteit, maar niet duidelijk wordt gemaakt in hoeverre er in plaats van patiënt ook patiënten/consumentenorganisatie gelezen kan worden.

Artikel 305a van het Burgerlijk Wetboek maakt het instellen van een rechtsvordering mogelijk door een stichting of een vereniging met volledige rechtsbevoegdheid, als die vordering strekt tot de bescherming van belangen van derden, mits deze behartiging van belangen tot haar statutaire taak behoort. Voorwaarde om ontvankelijk te worden verklaard is dat de rechtspersoon gegeven de omstandigheden voldoende geprobeerd moet hebben het gevorderde langs de weg van overleg te bereiken. Van deze bepaling kunnen, als zij aan de voorwaarden voldoen, ook patiënten/consumentenorganisaties gebruik maken.

De leden van de CDA-fractie stemmen in met de wijziging in de verantwoordelijkheidverdeling van decentrale handhaving via een aanwijzingsbevoegdheid van Gedeputeerde staten naar centrale handhaving door de minister. Zij merken op dat in de toelichting op de nota van wijziging gesteld wordt dat de bijdrage van de provincies bij het scheppen van omstandigheden voor de kwaliteit van de zorg zo vanzelfsprekend is, dat die bijdrage niet in wetgeving behoeft te worden verankerd. Zij vragen of dit impliceert dat er geen wettelijke verankering van provinciale taken en bevoegdheden meer te verwachten is. Dit is inderdaad het geval.

De CDA-leden maken in dit verband een vergelijking met de discussies rond de regiovisie, waarbij volgens hen andere redeneringen worden gevolgd aangaande wettelijke verankering van taken en bevoegdheden van de provincie. Wij wijzen erop dat die discussie op een ander niveau speelt, namelijk dat waar er sprake is van verantwoordelijkheid van de overheid en niet van de instelling. Zoals eerder is aangegeven willen wij deze discussie voeren binnen een bredere context dan de Kwaliteitswet zorginstellingen en komen wij te zijner tijd terug op dit onderwerp.

De leden van de fracties van de VVD dachten dat de nadere regels op grond van artikel 6 dermate ingrijpend zullen zijn dat zij pleitten voor een voorhangprocedure. De leden van de D66-fractie kwamen in het artikelsgewijze deel van deze nota betreffende artikel 6 met een gelijklopende mening.

De in dit artikel neergelegde mogelijkheid om regels te stellen dient vooral voor die gevallen waarin de naleving van de wet op zo grote schaal binnen een sector tekortschiet, dat het geven van een aanwijzing of een bevel weinig zin heeft, maar het stellen van algemene regels de voorkeur verdient. Het behoeft daarbij niet te gaan om een ernstig «onder de maat» zijn van de zorg, zoals de D66-fractie meende; het is meer de schaalgrootte die de keus van het instrument bepaalt. Dat de regels op grond van artikel 6 ingrijpend zullen zijn naar hun inhoud, ligt dan ook niet in de lijn der verwachtingen; hooguit kan worden gesteld dat het stellen van nadere regels door de overheid op zich al ingrijpend is. Overigens zijn wij bereid, voorafgaand aan de voordracht, de inhoud ervan aan de Kamer mede te delen.

De leden van de VVD-fractie verbaasden zich over de rol die de Raad voor de zorgverzekering werd toegekend. Met deze Raad wordt in de memorie van toelichting bedoeld op de aanvankelijk door het vorige kabinet beoogde Raad als opvolger van de Ziekenfondsraad. Deze genoemde taak kan dus zonder meer worden behartigd door de Ziekenfondsraad die immers ook thans op grond van ontvangen berichten of bij zijn toezicht verkregen informatie de mogelijkheid heeft om signalen als bedoeld in de memorie van toelichting te geven.

De leden van de D66-fractie vroegen of de regering van mening is dat het huidige inspectie-apparaat is toegerust op de haar toebedeelde taken.

Wij delen deze leden mede dat naar ons oordeel het huidige inspectie-apparaat zowel kwantitatief als kwalitatief voldoende is toegerust, zeker na de recente interne reorganisatie, om de haar op grond van dit wetsvoorstel toebedeelde taken te kunnen waarmaken; de huidige praktijk geeft aan dat wij in redelijkheid tot dit oordeel konden komen.

De leden van de fractie van D66 vroegen in hoeverre verzekeraars betrokken zijn bij de bekostiging van een aanwijzing die een instelling opgelegd kan worden. De aan het woord zijnde leden vroegen voorts de aandacht voor de positie van de verzekeraars, indien bij het opvolgen van een aanwijzing een extra financiële inspanning van de instelling is vereist.

Indien instellingen op grond van een wettelijke verplichting extra geld nodig hebben om aan de verplichting te kunnen voldoen, is dat op zich genomen voor de verzekeraar een gegeven. Het is immers niet mogelijk dat de verzekeraar de instelling ertoe zou brengen de onverantwoorde situatie te handhaven. Of de financiële verplichting als gevolg van de aanwijzing echter ook ertoe leidt dat meerkosten voor de verzekeraar/verzekering ontstaan, hangt af van de vraag of de desbetreffende instelling al dan niet in staat is deze uit eigen middelen te bekostigen. Bedacht moet ook worden dat het niet zonder meer aangaat om het eventueel falen van de instellingen af te wentelen op de verzekeringen. Dat zou ook, indien dat op grotere schaal zou gebeuren, tot een stijging van de collectieve lasten leiden, hetgeen in onze ogen onaanvaardbaar is. Het voorgaande betekent niet dat verzekeraars niet mede een verantwoordelijkheid op dit terrein toekomt. In het kader van de afspraken over tarieven zal een dergelijke problematiek aan de orde dienen te komen. Verzekeraars hebben op grond van het huidige verzekeringsstelsel een zorgplicht. Deze richt zich echter op de belangen van verzekerden. Het zou onjuist zijn om de zorgplicht zodanig in te vullen dat de verzekeraar zonder meer op de gevolgen van een aanwijzing zou kunnen worden aangesproken. Het onderhavige wetsvoorstel heeft voorts uiteraard invloed op de tussen partijen te sluiten medewerkersovereenkomsten. Het wetsvoorstel staat bijvoorbeeld niet toe dat partijen zouden afspreken onverantwoorde zorg te leveren. Overigens is los van het wetsvoorstel de situatie ook nu al zo dat de door partijen geformuleerde kwaliteitseisen de basis vormen voor de overeenkomsten. De Ziekenfondswet en de AWBZ gaan daar ook van uit.

De leden van de RPF-fractie vroegen ons oordeel over de kritiek van de Ziekenfondsraad ten aanzien van de (strafrechtelijke) sanctiemogelijkheden. Wij nemen aan dat deze kritiek achterhaald is door de vervanging van de strafrechtelijke handhaving door een bestuursrechtelijke, waarbij een instelling effectiever gedwongen kan worden, verantwoorde zorg te bieden.

De leden van de RPF-fractie spraken de vrees uit dat (strafrechtelijke) sancties alleen worden opgelegd, wanneer sprake is van zorg van een onaanvaardbaar laag niveau. Strafrechtelijke sancties hebben zeker een functie. In het wetsvoorstel hebben we echter inmiddels voorzien in bestuurlijke sancties. Deze zijn niet alleen toepasbaar bij overtreding van de norm verantwoorde zorg, maar ook bij gebreken in de organisatie van de zorg, de toedeling van materieel en personeel, de verantwoordelijkheidsverdeling en het kwaliteitssysteem. Daardoor is het bijvoorbeeld mogelijk al in te grijpen in de organisatie van de zorg, wanneer de output nog van een goed niveau is. In dat geval kan er immers van worden uitgegaan dat de kwaliteit van de output slechts op toeval berust.

De leden van de GPV-fractie vroegen of de rechtszekerheid van de instelling niet in het geding zal komen wanneer de rechtshandhaving moet geschieden op basis van een zeer algemene wettelijke norm.



Wij verwijzen deze leden naar hetgeen wij terzake reeds in hoofdstuk 2 hebben opgemerkt.

Eveneens verwijzen wij deze leden, naar aanleiding van hun vraag over het begrip «verantwoorde zorg», naar hetgeen in hoofdstuk 2 over dit onderwerp aan de orde is gesteld.

De leden van de GPV-fractie vroegen of de regering wel helemaal gerust is op het bereiken van een behoorlijk kwaliteitsniveau.

Wij menen dat het onderhavige wetsvoorstel voldoende garanties biedt dat zorginstellingen kwalitatief goede zorg zullen aanbieden. De zorgaanbieders hebben er de afgelopen vijf jaar blijk van gegeven zich te willen inzetten voor de kwaliteit van zorg. Sedert de Leidschendamse kwaliteitsconferenties in 1989 en 1990, waarbij afspraken werden gemaakt over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden voor de kwaliteit van zorg zijn er op grote schaal initiatieven genomen tot de ontwikkeling van criteria en systemen. Hiervan is een duidelijk merkbare positieve invloed uitgegaan op de feitelijk geleverde kwaliteit. Naar onze mening zal de aanwezigheid van een wettelijk kader er toe bijdragen dat deze ontwikkelingen voortzetting vinden.

Tot op heden is normstelling door veldpartijen zodanig geweest dat nog geen omstandigheden zijn geconstateerd die leiden tot een gebrekkige normstelling. Dat neemt niet weg dat wij het stellen van nadere regels met betrekking tot het begrip «verantwoorde zorg», waarvoor in de Kamer duidelijke voorkeur bestaat, mogelijk willen maken. Wij verwijzen naar het gestelde bij artikel 6.

## **6. Financiële aspecten**

De leden van de VVD-fractie vroegen om een financiële tegemoetkoming voor kleine instellingen, waarvoor de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem een flinke financiële inspanning vergt.

Naar ons oordeel zal de omvang van een kwaliteitssysteem even relatief zijn als de beoordeling van de kwaliteit zelf, met andere woorden: een kleine instelling kan volstaan met een «klein» systeem.

De leden van de GPV-fractie vroegen de regering of beperking van de middelen op een bepaald moment ten koste kan gaan van de kwaliteit.

Een beperking van de financiële middelen mag nimmer ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg waarop deze wet betrekking heeft, dat wil zeggen de kwaliteit op meso-niveau (zie de memorie van toelichting, paragraaf 3). Er zullen in zulke gevallen keuzen moeten worden gedaan, die wellicht leiden tot een kwaliteitsverlies op macro-niveau, in die zin dat niet alle zorg overal verkrijgbaar is. De zorg die in zo'n geval wordt aangeboden, dient echter verantwoord te zijn.

## **ARTIKELEN**

### **Artikel 1**

Over de reikwijdte van de wet op het punt van het begrip «zorg» stelden de leden van de fracties van de VVD-fractie enkele vragen, met name aangaande het verband met verzekeringswetten. In hoofdstuk 2 van het verslag stelden de leden van de CDA-fractie een vergelijkbare vraag. Allereerst benadrukken wij nogmaals dat de verwijzing naar de Ziekenfondswet en de AWBZ niet inhoudt dat de Kwaliteitswet slechts betrekking heeft op de in het kader van die wetten bekostigde zorg. Integendeel, de verwijzing is er een naar de soorten van zorg als genoemd in die wetten. Is bijvoorbeeld tandheelkunde als verstrekking genoemd in de Ziekenfondswet, dan valt, ongeacht enige beperking in de verstrekking als zodanig, alle tandheelkundige zorg, zowel die voor rekening van de

ziekenfondsen als die voor particuliere rekening, onder de Kwaliteitswet. Met deze verwijzing is het grootste deel van de zorg in Nederland, ongeacht de vorm van verzekering, gedekt.

De leden van de VVD-fractie vroegen de regering te reageren op opmerkingen van de VNG, zoals neergelegd in hun brief van 24 mei 1994.

Wij verwijzen deze leden naar hetgeen terzake in hoofdstuk 4 is opgemerkt.

Deze leden vroegen of bij de algemene maatregel van bestuur uit te zonderen vormen meer vormen denkbaar zijn dan de kunst- en hulpmiddelen en het taxivervoer.

De keuze voor een algemene maatregel van bestuur om vormen van zorg van deze wet uit te zonderen of ze er juist onder te brengen hangt samen met de verwijzing naar de Ziekenfondswet en de AWBZ; in die wetten worden de vormen van zorg waarop de verzekerden aanspraak hebben, bepaald bij algemene maatregel van bestuur. Zodra een vorm van zorg, genoemd in de maatregel op grond van artikel 1, tweede lid, van de Kwaliteitswet, als verstrekking wordt opgenomen in de Ziekenfondswet of AWBZ, wordt bij de daartoe strekkende maatregel die vorm van zorg uit de eerstgenoemde maatregel geschrapt. Op deze wijze ontstaat een sluitend stelsel zonder overlappingsen. Het nu reeds in de wettekst zelf opnemen van vormen van zorg (zoals de door de leden van de VVD-fractie genoemde verslavingszorg en de GGD) zou bij wijzigingen in het pakket van de verzekerde zorg telkens leiden tot wetswijziging of, bij het achterwege laten daarvan, tot (onduidelijkheid leidende) doublures. Een besluit dat vormen van zorg uitzondert van de Kwaliteitswet, zal uiteraard limitatief zijn; voor onzekerheid bij de betrokken instellingen omtrent hun status behoeft niet te worden gevreesd.

De leden van de VVD-fractie vroegen of sociale pensions nog aan de lijst zouden moeten worden toegevoegd.

Vooralsnog neigen wij er niet toe om sociale pensions onder de reikwijdte van de wet te brengen. Bij sociale pensions staat niet de zorgverlening, maar de woonfunctie voorop.

## **Artikel 2**

De leden van de D66-fractie vroegen of de regering kan aangeven welke aspecten nog meer een rol kunnen spelen bij de beoordeling van de kwaliteit.

Wij verwijzen deze leden naar wat hierover is opgemerkt in hoofdstuk 4.

Deze leden informeerden ook naar de betekenis van het begrip doeltreffendheid.

Het begrip doeltreffendheid heeft geen betrekking op het resultaat van een individuele behandeling, maar op de effectiviteit van het zorgaanbod in het algemeen, zoals dit door de instelling wordt gerealiseerd. De wijze waarop de zorg is georganiseerd kan leiden tot een niet doeltreffend aanbod: in dat geval wordt er geen verantwoorde zorg geboden.

## **Artikel 4**

De leden van de RPF-fractie vroegen zich af hoe een balans gevonden zou kunnen worden tussen het systematisch verzamelen en registreren van gegevens en het beroepsgeheim van hulpverleners en de privacy-bescherming.

Naar onze mening is er geen sprake van een spanning tussen gegevensverzameling in het kader van kwaliteitszorg en privacy. Er kan namelijk worden gewerkt met geanonimiseerde gegevens. Ook op dit moment wordt in de verschillende commissies die in instellingen fungeren bij kwaliteitsbewakingsactiviteiten, met dergelijk geanonimiseerd materiaal gewerkt.

## **Artikel 6**

Vrijwel alle fracties vroegen zich af waarom wel de mogelijkheid is geschapen, nadere regels vast te stellen omtrent de uitvoering van de artikelen 3 en 4, maar niet omtrent de uitvoering van artikel 2. Zoals in hoofdstuk 4 van het algemeen deel van deze nota reeds is toegezegd, wordt bij nota van wijziging aan dit artikel een tweede lid toegevoegd waarin de mogelijkheid is opgenomen ook nadere regels te stellen ten aanzien van artikel 2, maar dan duidelijk alleen voor die gevallen waarin nadere regels omtrent de artikelen 3 en 4 voor een heel veld niet tot verantwoorde zorg hebben geleid.

De leden van de D66-fractie vroegen of de regering zou kunnen aangeven wie op basis van welke criteria bepaalt dat de kwaliteit van zorg van een bepaalde instelling dermate onder de maat is, dat het noodzakelijk is geworden bij algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen.

Aan deze leden delen wij mede dat wanneer de kwaliteit van zorg van een bepaalde instelling onder de maat is, gepoogd zal worden door middel van een aanwijzing of een bevel aan die situatie een einde te maken; een algemene maatregel van bestuur is daarvoor niet bedoeld. Voor het vaststellen daarvan is pas plaats wanneer over de hele linie binnen een bepaalde sector van een wijze van zorgverlening sprake is die niet verantwoord kan worden genoemd.

De leden van de D66-fractie vroegen de regering of zij bereid is een voorhangprocedure in de wetstekst op te nemen.

Wij verwijzen deze leden naar hetgeen hierover in hoofdstuk 5 is opgemerkt.

## **Artikel 7**

De leden van de VVD-fractie vroegen met wie over de nota van wijziging is gesproken en wat de reacties waren.

Voorafgaand aan het opstellen van de nota van wijziging is overleg gevoerd met het Interprovinciaal Overleg. Het IPO verklaarde tijdens dit gesprek, na kennisgenomen te hebben van de zorgvuldige afweging die aan de beslissing ten grondslag had gelegen om een centrale handhavingsbevoegdheid in handen te leggen van de minister, begrip te hebben voor onze beslissing.

De leden van de D66-fractie wilden weten of de regering voornemens is om, indien zij een aanwijzing geeft, deze aanwijzing te publiceren in bijvoorbeeld de Staatscourant.

Wij zijn niet voornemens aanwijzingen betreffende de kwaliteit van zorg te publiceren in de Staatscourant. Het middel van de aanwijzing is bedoeld als correctiemechanisme, niet als straf. Wij zijn niet bevreesd dat een aanwijzing om aan bepaalde bestaande gebreken een einde te maken, niet zal worden nageleefd. Waar zorgaanbieders werkelijk van slechte wil zijn – wij betwijfelen overigens of deze situatie zich zal voordoen – kan het bestuursrechtelijk handhavingsinstrumentarium waarin de wet voorziet, fungeren als stok achter de deur.

## **Artikel 8**

Op de vraag van de leden van de VVD-fractie naar de naam van het Staatstoezicht luidt het antwoord als volgt. De naam van het Staatstoezicht is niet gewijzigd. Met Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt bedoeld op het onderdeel van het Staatstoezicht dat is ontstaan door de samenvoeging van de geneeskundige inspectie, de inspectie voor de geestelijke volksgezondheid en de farmaceutische inspectie. Daarnaast

bestaan nog andere onderdelen, zoals de veterinaire inspectie en de inspectie gezondheidsbescherming.

## **Artikel 12**

De leden van de VVD-fractie vroegen of er sprake is van overlappingen tussen de werkzaamheden van de Keuringsdienst van Waren en de activiteiten van de in artikel 8 bedoelde ambtenaren. Wanneer dit het geval is, zouden zij graag vernemen hoe de onderlinge taakafbakening en afstemming is geregeld.

Inderdaad zijn er overeenkomsten aan te wijzen in de bevoegdheden van de inspecteurs voor de gezondheidsbescherming (waarin de keuringsdiensten zijn opgegaan) en de in artikel 8 bedoelde ambtenaren. Hun invalshoek is echter verschillend: de eerstgenoemden houden toezicht op de naleving van de Warenwet, de in artikel 8 bedoelde ambtenaren bewaken de naleving van de onderhavige wet. Overeenkomstige bevoegdheden zullen ook zijn toegekend aan toezichthoudende personen krachtens andere wetten; te denken valt aan de Economische Controledienst in het kader van de Wet tarieven gezondheidszorg. Aangezien hier telkens verschillende wetten aan de orde zijn, kan niet worden gesproken van overlappingen.

## **Artikelen 16 tot en met 25**

De leden van de VVD-fractie vroegen naar de verhouding van deze artikelen tot artikel 1 van het voorstel. Zoals in de memorie van toelichting is gezegd, dienen deze artikelen om bepalingen inzake kwaliteit, neergelegd in andere wetten, die overbodig worden door dit wetsvoorstel, te schrappen. Doordat de zorg waarop die andere wetten betrekking hebben, valt onder het begrip «zorg» van artikel 1, is, voor zover die zorg wordt verleend door een instelling, de onderhavige wet daarop van toepassing. Wat betreft de Wet op de tandheelkundige inrichtingen 1986 het volgende. Het voorstel daarvan is ingediend in 1982. Blijkens het voorlopig verslag onderschreven ook de leden van de VVD-fractie het voorstel volledig, waarbij zij verwezen naar hunnerzijds reeds in 1975 gestelde schriftelijke vragen waarin zij op een wijziging van de vigerende wet aandrongen (Kamerstukken II 1981/82, 17 426 nr. 4, blz. 3). De tekortkoming van de oude wet was dat zij zich uitsluitend richtte tot de beroepsbeoefenaren in de inrichtingen en niet tot de exploitanten daarvan (de zorgaanbieders), en dat zich daardoor herhaaldelijk problemen voordeden. De nieuwe wet richt zich daarom ook op de exploitanten. Daarnaast speelde het probleem dat gebitsprothesen werden aangemeten door niet-tandartsen, wat het onbevoegd uitoefenen der tandheelkunde inhield. Aan dit probleem is een einde gekomen door de Wet inzake de tandprothetici (1990). Met die wet werd bepaald dat het aanmeten van volledige gebitsprothesen niet meer wordt gerekend tot de uitoefening der geneeskunst/tandheelkunst. In die wet wordt voorzien in een registratie en titelbescherming van specifiek opgeleide zorgverleners in deze. Hiermee is een belangrijke misstand in de inrichtingen opgeheven. Intussen is ook het inzicht gerijpt dat het, boven het stellen van gedetailleerde kwaliteitseisen aan de inrichtingen, de voorkeur verdient de daar werkende beroepsbeoefenaren op hun verantwoordelijkheid aan te spreken, wat in de praktijk een goed gevolg blijkt te hebben en waarmee dus als het ware vooruitgelopen wordt op de onderhavige wet. Zoals reeds in dezerzijdse brief van 24 augustus aan de Voorzitter van de Tweede Kamer is gemeld, is het bovenstaande aanleiding geweest voor het besluit, de nieuwe wet niet meer in werking te stellen; die brief is toen voor kennisgeving aangenomen.

De voorbereiding van de Wet op de tandheelkundige inrichtingen 1986 heeft vanzelfsprekend alle inspanningen geleverd die met wetgeving

gepaard gaan. De kosten die hiermee gemoeid zijn geweest zijn niet aan te geven. Duidelijk is dat er arbeidstijd van ambtenaren, van de Raad van State en van het parlement in is gestoken. Dit is echter geen reden de wet alsnog in te voeren, nu inmiddels de inzichten zijn veranderd.

De leden van de VVD-fractie vroegen of het in het voornemen van de regering ligt om het ambulancevervoer op korte termijn te decentraliseren. Hoe is de stand van zaken ten aanzien van de wettelijke voorbereiding hiervan? Stamt dit voornemen reeds uit de beleidsvoorstellen omtrent de decentralisatie-impuls?

Zoals aangegeven in de brief van 20 maart 1995 aan de Tweede Kamer (uitwerking regeerakkoord zorgverzekeringen en kostenbeheersing), heeft de ambtelijke taskforce territoriale decentralisatie van de verantwoordelijkheid voor het ziekenvervoer voorgesteld. Het kabinet zal dit voorstel in overleg met de andere overheden nader verkennen. Eerst als de uitkomsten van deze verkenning bekend zijn, kan worden begonnen met de wettelijke voorbereiding van de decentralisatie. In de brief is aangegeven dat implementatie bij voorkeur op 1-1-1997 zou dienen plaats te vinden.

De fractie van D66 vroeg de regering een reactie op het oordeel van de NP/CF dat de wijziging van de Wet ambulancevervoer om redenen van duidelijke systematiek niet thuishoort in het onderhavige wetsvoorstel.

De regering is van mening dat de wijziging van de Wet ambulancevervoer zoals opgenomen in het onderhavige wetsvoorstel betrekking heeft op kwaliteitseisen en derhalve past in de systematiek. In het Eisenbesluit ambulancevervoer zijn paraatheidsregels opgenomen die gelden voor de individuele vervoerder. Deze eisen, gebaseerd op het in te trekken artikel 3 van de Wet ambulancevervoer, komen te vervallen. De regering zal onderzoeken in hoeverre deze wijziging gevolgen heeft voor de plannende taak van Gedeputeerde Staten.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. Borst-Eilers