

Vergaderjaar 2009–2010

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 17

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 18 mei 2010

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 14 april 2010 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 juli 2008 over Verbeteringen in de informatievoorziening van wachttijden op www.kiesbeter.nl (25 170, nr. 42);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 oktober 2008 over Regie op richtlijnen (31 765, nr. 1);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 november 2008 houdende de reactie op het inspectierapport Toezicht Operatief Proces, deel 2 (31 700 XVI, nr. 92);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 december 2008 houdende de Reactie op het IGZ-rapport «Het resultaat telt! 2007» (29 247, nr. 85);**
- **de voortgangsbrief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 juni 2009 over Kwaliteit van zorg (31 765, nr. 4);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 juni 2009 over de installatie van de Regieraad Kwaliteit van Zorg (31 765, nr. 3);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 oktober 2009 over het RVZ-advies «Geven en nemen in de spreekkamer» (31 765, nr. 5);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 oktober 2009 over het IGZ-rapport «Het resultaat telt particuliere klinieken 2008: kwaliteitsindicatoren laten een positief beeld zien» (32 123 XVI, nr. 17);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 oktober 2009 over het IGZ rapport Communicatie en overdracht in postoperatieve zorg nog onvoldoende gestructureerd (32 123 XVI, nr. 10);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 november 2009 over de stand van zaken ontwikkeling veiligheidsnormen ziekenhuiszorg (31 765, nr. 8);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 november 2009 over de stand van zaken beleidsvoorname**

¹ Samenstelling:

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

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

- mens ter voorkoming van medische missers (32 123 XVI, nr. 85);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 november 2009 over de Staat van de gezondheidszorg 2009 (32 123 XVI, nr. 88);**
 - **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 december 2009 houdende de reactie op IGZ rapport «Het resultaat telt! 2008» (29 247, nr. 112);**
 - **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 december 2009 over kwaliteitsindeling spoedeisende hulp (SEH) (29 247, nr. 113);**
 - **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 maart 2010 over de Staat van de Gezondheidszorg 2010 (32 123 XVI, nr. 125);**
 - **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 maart 2010 over de stand van zaken toezeggingen uit het AO IGZ en toezicht met betrekking tot medisch specialistisch handelen (32 123 XVI, nr. 129);**
 - **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 maart 2010 over de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 (22 894, nr. 264).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

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

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

Voorzitter: Smeets
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Smeets, Van Gerven, Schermers, Wiegman-van Meppelen Scheppink, Van der Veen en Vendrik,

en minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van zijn ministerie.

De **voorzitter**: Ik open dit algemeen overleg en heet de minister van VWS en zijn ambtenaren van harte welkom. Ik deel mede dat de heer Zijlstra de vergadering later of eventueel zelfs niet zal bijwonen in verband met autopech.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Bij kwaliteit in de zorg draait het om twee zaken, de omstandigheden waarin hulpverleners hun werk doen en de kwaliteit van de hulpverleners zelf. De relatie tussen beide is evident. Goede omstandigheden leiden tot betere hulpverleners, voldoende middelen en voldoende artsen en verpleegkundigen zodat de zorg goed bereikbaar is. Maar hulpverleners moeten het wel doen. Inzet, betrokkenheid, kennis van zaken en niet weggijken als dingen fout gaan. Dat is essentieel. Hoe krijgen wij dat voor elkaar? Artsen, verpleegkundigen en andere hulpverleners leggen een eed of gelofte af. Zij beloven de belangen van de patiënt als uitgangspunt te nemen. Opvallend bij de verpleegkundigen en de verzorgenden is het volgende uitgangspunt: dat ik mij inzet voor een goede samenwerking met andere zorgverleners. Het huidige systeem met bezuinigingen en meer marktwerking, concurrentie en winstoogmerk vormt een regelrechte bedreiging voor deze professionele waarden. Niet hoe kan het beter, maar hoe kan het goedkoper. Niet samenwerken, maar concurrentie. Denkt maar aan de NMa. Niet de patiënt centraal. Maar: waar kan ik aan verdienen? Dat zijn allemaal oprukkende drijfveren die het wezen van onze zorg, gebaseerd op toegankelijke goede zorg voor iedereen, bedreigen. Een dergelijk systeem trekt ook de verkeerde mensen aan in de zorg, zeker bij het management. Want zorg is om te dienen, niet om er aan te verdienen. Daarom moet de marktwerking in de zorg direct worden gestopt. Beseft moet worden dat kwaliteit in de zorg ook geld kost. Hoe voorkomen we dat de kwaliteit en de toegankelijkheid in de zorg kapot worden bezuinigd? Goede zorg is mensenwerk en ook fouten maken is mensenwerk, gezien de aanhoudende stroom van medische missers. In 2007 sloeg het bericht over 1735 vermijdbare sterfgevallen en 30 000 gewonden in als een bom. Hoe is het gesteld met het doel om in 2012 het aantal fatale zaken met 50% te verminderen? Is al aan te geven of dit doel wordt gehaald? Hoe bevorderen we dat artsen, verpleegkundigen en management elkaar scherp houden en niet weggijken? Onderschrijft de minister het standpunt van de SP dat wanneer wordt weggekeken en medische missers niet worden gemeld, dit als verwijtbaar dient te worden beschouwd en een dergelijke houding een essentieel onderdeel dient te zijn van de opleiding, net zoals bij de luchtvaart? Bij het verbeteren van de kwaliteit schernt het kabinet met kwaliteitsindicatoren en transparantie. Het is zeer de vraag of de prestatie-indicatoren een wezenlijke bijdrage leveren aan de verbetering van de kwaliteit. In de wetenschap wordt er tenminste ernstig aan getwijfeld. Er is enorm veel bias, omdat elk ziekenhuis ernaar streeft zo goed mogelijke cijfers te laten zien. Ook de registratiemethode per ziekenhuis is niet eenduidig. Bekend discussiepunt betreft de mortaliteitscijfers van de ziekenhuizen, de HSMR. Hoe staat het daarmee? De SP staat daar zeer gereserveerd tegenover, want wat moet een mens met deze cijfers? Het gaat namelijk niet om die cijfers. Het gaat erom hoe je ze interpreteert. Prestatie-indicatoren zouden

het mogelijk maken dat mensen goed kunnen kiezen als geëmancipeerde zorgconsumenten en als regisseur van de zorg. De werkelijkheid is echter een heel andere. Mensen zitten niet te wachten op die regisseursrol. Ze hebben wel wat beters te doen. Ze willen gewoon goede zorg. Om tv-dokter Eise Wielinga te citeren: «De realiteit van de patiënt is: je weet niets, je bent bang en je voelt je beroerd». Patiënten moeten er daarom op kunnen vertrouwen dat de zorg goed is en dat ze niet naar de dokter behoeven te gaan vol argwaan of de zorg die wordt geleverd, wel van goede kwaliteit is. Essentieel is daarbij de rol van de hulpverlener. Artsen en verpleegkundigen moeten vooral elkaar controleren. Zij weten als geen ander wat goede zorg is. De uitspraak van de specialist in de casus van de hartchirurgie in het Radboud was dodelijk: als ik patiënt was, zou ik mij hier niet laten opereren. Dat zegt genoeg. Hoe doorbreken we de conspiracy of silence? Er is al vaker over gesproken, maar hoe maken wij daar een eind aan? Dat moeten vooral de artsen en verpleegkundigen zelf doen. Kan de minister de laatste stand van zaken melden ten aanzien van de vraag hoe de beroepsgroepen dit vorm willen geven?

Bij het steunen van de patiënt om goede zorg te krijgen of steun te krijgen bij medische missers, is een onafhankelijke klachtencommissie essentieel. Hoe ziet deze eruit volgens de minister? Wie bepaalt en betaalt deze commissie? Op welke schaalgrootte moet deze gaan opereren? Is het niet verstandig dat deze wordt opgezet vanuit de overheid en wordt betaald uit publieke middelen?

De SP is voorstander van een medische ongevallenraad onder de vlag van de inspectie. Wij zien nu een terugkerend patroon van calamiteiten, waarbij de inspectie te laat en te traag opereert en teveel vertrouwt op de instellingen. Een medische ongevallenraad zou dit tekort kunnen oplossen en zou aanbevelingen kunnen doen om toekomstige fouten te voorkomen. Ook wil de SP dat er een medisch letselschadefonds komt waarop patiënten en/of verwanten een beroep kunnen doen bij schade door behandelingen. Dit onafhankelijk van de schuldvraag. Is de minister bereid een onderzoek te doen naar de laatste stand van zaken in landen waarbij een zogenaamd «no fault»-systeem wordt toegepast en de ervaringen daarbij? Een medisch letselschadefonds zou mensen een hoop leed besparen. Vindt de minister het eigenlijk niet schandalig dat ruim 40% van de slachtoffers van mogelijke medische fouten na drie jaar nog steeds in een letselschadezaak verwickeld is? Daar moet toch een einde aan komen? Hoe gaat de minister dat realiseren?

Ik heb vernomen dat de minister van plan is om zichtbare zorg en www.kiesbeter.nl te privatiseren. Graag een reactie daarop, want dat lijkt de SP een slechte ontwikkeling.

Tot slot nog een praktische vraag over de verstrekking van de medicinale zuurstof. Ons heeft het bericht bereikt dat het praktisch veel problemen geeft dat de medicinale zuurstof onder de Geneesmiddelenwet is gebracht. Wil de minister zoeken naar een praktische oplossing zodat de medicinale zuurstof toch verstrekt kan worden door de industrie? Dat kan dan wel onder de regie van de apothekers, zonder dat het echter feitelijk bij de apothekers wordt neergelegd.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Uw opmerking over de medicinale zuurstof deel ik. Ik heb nog wel een vraag aan u over de medische ongevallenraad. Als de inspectie naar uw idee optimaal zou functioneren, zou u dan nog een medische ongevallenraad willen?

De heer **Van Gerven** (SP): Als de inspectie optimaal zou functioneren zou zo'n raad inderdaad niet nodig behoeven te zijn. Echter, de constatering is dat in ieder geval in een aantal gevallen het evident is dat de inspectie te laat en te traag is. Vandaar ons voortdurende pleidooi om te komen tot een medische ongevallenraad, zodat niet Pieter van Vollenhoven dat hoeft

te doen. Door juist daar een extra focus op te zetten, krijgt dat meer aandacht en meer kracht.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Dit is toch raar. U zegt eigenlijk: de ene club functioneert niet goed, dus die doen we weg en zetten we er een andere voor in de plaats. Zou je dan niet moeten sturen op het, naar uw idee, beter laten functioneren van de inspectie?

De heer **Van Gerven** (SP): Zo'n medische ongevallenraad zou heel goed onder de vlag van de inspectie kunnen functioneren. Dus wij willen niet een nieuw instituut of iets nieuws. Wij willen wel dat de inspectie er nadrukkelijk werk van maakt. Dat zou je vorm kunnen geven via zo'n medische ongevallenraad met als duidelijke doelstelling het monitoren van medische missers, het doen van aanbevelingen en het zelf onderzoeken van concrete zaken in plaats van af te wachten of een instelling dat al of niet zorgvuldig doet.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Hoewel er vandaag veel brieven op de agenda staan, wil ik slechts bij een klein aantal onderwerpen stilstaan. Allereerst het onderwerp ondervoeding in de gezondheidszorg, waarover ik vorig jaar een motie heb ingediend. Er is veel gebeurd en verbeterd op dit punt maar er is geen reden tot achteroverleunen in de veronderstelling dat de aanpak van ondervoeding vanzelf gaat. Zo zijn er sectoren waar nog geen geschikte instrumenten zijn, zoals de revalidatie en de gehandicaptenzorg, maar ook blijkt de praktijk weerbarstig en is met name de implementatie van de behandeling van de ondervoede patiënt niet vanzelfsprekend en zeker nog niet opgenomen in de structurele voedingszorg. De huidige instrumenten waarborgen een optimale voedingsbehandeling helaas nog onvoldoende. In de zorgketen is wel aandacht voor voeding maar over het algemeen niet voor ondervoeding. Momenteel is een lichte daling te zien van de prevalentie van ondervoeding mede door de inzet van projecten en extra aandacht. In dit kader is het goed te wijzen op de kosteneffectiviteit, ook van de aanpak van ondervoeding door het voorkomen van complicaties en toename van zorgbehoeften. Echter, de kosten van een voedingsbehandeling, waaronder de inzet van de diëtist voor een optimale behandeling, zijn niet opgenomen in de dbc kostprijsberekening. De opname van de prestatie-indicator in de basisset is mede hierdoor niet voldoende om de aanpak van ondervoeding te waarborgen. Kortom, de resultaten in de praktijk zijn nog kwetsbaar en ook vaak afhankelijk van een kleine groep binnen de organisatie en zijn nog onvoldoende als vast onderdeel ingebed in de werkwijze op de werkvloer. De ChristenUnie stelt dan ook voor dat de stuurgroep Ondervoeding de mogelijkheid krijgt om haar inzet voort te zetten en haar krachten te bundelen, bijvoorbeeld door te komen tot een soort kennisplatform ondervoeding en om zo ook te komen tot een integrale structurele aanpak van ondervoeding bij de risicogroepen. Kortom, het onderwerp ondervoeding zou de ChristenUnie expliciet graag willen terugzien in de lijst overzicht aandachtspunten voor de komende periode. Dan doel ik op de lijst in de brief van 24 juni 2009. Dan zichtbare zorg. De kwaliteit van de zorg moet beter inzichtelijk worden gemaakt. Volgens de ChristenUnie behoort deze taak wel in publieke handen te blijven. Wij willen een duidelijke regierol van de overheid en het zou goed zijn de inzichtelijkheid van kwaliteit te verankeren in de wet, waarin aangescherpt moet worden hoe de kwaliteitsinfo wordt aangeleverd en door wie. Op die manier kan het niveau van de kwaliteitsinformatie uitstijgen boven de AD- en Elsevierlijstjes. Altijd interessant om die te zien, maar het mag wel een slag dieper natuurlijk. Veel waardering hebben wij voor het RVZ-advies «Geven en nemen in de spreekkamer», waarin de relatie tussen zorgverlener en patiënt centraal

staat. Dat is ook wat ik in beeld had toen wij het vorig jaar september over de IGZ en good governance hadden. Hoe organiseren we vertrouwen in plaats van dat we dat «wegorganiseren» in contracten en voorwaarden? Vertrouwen moet alles te maken hebben met wederkerigheid. Zorg is geen verrichting maar een relatie. Dit maakt het werken met protocollen en richtlijnen en de IGZ natuurlijk niet overbodig, integendeel, maar het maakt wel de opmerkingen van bijvoorbeeld de NVZ relevant, over variaties in de lokale toepassing van richtlijnen. Daarnaast merk ik op dat als het gaat om patiëntveiligheidsnormen het om zinvolle sturingsinformatie moet gaan. Wat is nuttig en noodzakelijk voor een patiënt om te weten? Daarom onderschrijft de ChristenUnie van harte de kernafspraken die de NVZ voorstelt, bijvoorbeeld dat veiligheidsnormen onderdeel moeten vormen van de richtlijnontwikkeling, Tot slot de medische missers. Recent heeft Linda Wauben in samenwerking met het Erasmus Medisch Centrum een waardevol onderzoek gedaan naar de werkwijze en veiligheid in operatiekamers. Leer van piloten, daar komt de uitkomst eigenlijk op neer. Het zou goed zijn als de IGZ met de aanbevelingen uit dit onderzoek aan de slag gaat en dat de voorgestelde nabespreking komt bovenop de inmiddels in gang gezette time-outprocedure. Van belang is ook de patiëntveiligheid in de ggz. Het is goed wat op dit punt in gang is gezet. Toch maak ik mij wat zorgen over een recent bericht dat ter voorkoming van medische missers en dwangmaatregelen heel complexe patiënten op straat zouden komen te staan. Een schrijnend voorbeeld dat ik hoorde vanuit een nachtopvanglocatie betreft een dementerende oudere met ernstige sociale en gedragsproblematiek; ze verbleef een paar maanden in de maatschappelijke opvang omdat er voor haar geen plek was binnen de ggz. Een andere zorgelijke groep zijn de psychiatrische patiënten die normaal gesproken op de longstay-afdeling verbleven en die in psychiatrische instellingen regelmatig de separeercel in- en uitgingen, maar die nu ook bij de maatschappelijke opvang op de stoep staan vanwege de complexe situatie door verslaving. Ik hoorde zelfs van een geval waarin de patiënt de opvang verzocht om alsjeblieft een plekje in de separeer te geven. Ik denk dat de minister het met mij eens is dat dit niet de werkwijze moet zijn om medische missers en separatie te voorkomen. Ik vraag hiervoor de aandacht van de minister. Komt dit ook niet vaker en breder voor?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Kwaliteit van zorg is iets waar de patiënt zonder meer op moet kunnen vertrouwen. De patiënt moet kunnen kiezen op grond van die kwaliteit die op haar beurt ook inzichtelijk moet zijn. De informatie die op de website www.kiesbeter.nl staat moet dan ook betrouwbaar zijn. Ik twijfel echter wel aan die betrouwbaarheid omdat ik bij een bepaald ziekenhuis onder het kopje «slokdarmoperaties» aantrof dat die operaties daar niet werden verricht terwijl er toch drie sterren voor werden gegeven. De angst van Zorgverzekeraars Nederland en de Consumentenbond voor het onderbrengen van de kwaliteitsinformatie bij een private organisatie is dan ook invoelbaar. Graag krijg ik hierop een reactie van de minister.

Er komen steeds meer sites als www.kiesbeter.nl maar hoe moet het met de mensen die niet kunnen beschikken over digitale informatie? Zijn er voldoende gegevens op een andere manier beschikbaar?

Kwaliteit van zorg is voor het CDA echter meer dan wij kunnen vatten in protocollen en lijstjes. Beleefde kwaliteit heeft veel meer te maken met aandacht en respect voor de patiënt, kortom, met menslievende zorg. Hoe bevorderen we dat o zo belangrijke softe aspect van de zorg?

Er is een groot verschil in kwaliteit en actualiteit van richtlijnen. Beide moeten goed geregeld zijn. Alleen dan kunnen richtlijnen in de toekomst een rol spelen bij het formuleren van minimumstandaarden in de zorg. De regieraad gaat dit nu als eerste aanpakken. In het werkplan 2010 van de raad is ook opgenomen dat de patiënten bij het vervaardigen van

richtlijnen betrokken moeten worden. Er moet ook een patiëntenversie van richtlijnen komen. Graag hoor ik van de minister hoe deze betrokkenheid van patiënten vorm kan krijgen, vooral in de curesector. Veder wil ik ook graag horen hoe het is geborgd dat richtlijnen op tijd worden geactualiseerd, vooral richtlijnen die betrekking hebben op de oncologische zorg. Het mag niet zo zijn dat patiënten nieuwe ontwikkelingen en mogelijkheden worden onthouden omdat de richtlijn nog niet aan herziening toe is. Wat is de doorzettingsmacht van de regieraad? De beroepsgroepen die de richtlijnen opstellen hebben immers vaak financieel gewin bij het al of niet opnemen van bepaalde behandelingen in een richtlijn. Ik weet dat de voorzitter van de regieraad het niets vindt, maar toch vraag ik of een kwaliteitsinstituut zoals het Engelse NICE mogelijk niet beter aan deze bezwaren tegemoet zou kunnen komen. Ik verneem hierop graag de reactie van de minister.

De patiënt speelt in toenemende mate een rol bij het verhogen van de kwaliteit van zorg. De patiënt moet meer de gelijke worden van de arts. De minister wil dan ook de patiënt laten coachen en ondersteunen en de NPCF spreekt van het bevorderen van zelfmanagement. De CDA-fractie is het met deze aanpak geheel eens. Wij spreken van begeleide thuiszorg, hetgeen betekent dat de patiënt moet leren wat hij zelf kan doen maar dat hij ook moet weten wanneer dat niet meer verantwoord is. De arts moet de patiënt bij zijn eigen behandeling betrekken. Deze nuldelijnszorg moet onderdeel worden van de keten. Dat is dus wat anders dan zo veel mogelijk terugschuiven naar de patiënt. Er is informatiemateriaal en er zijn al nuldelijnsstandaarden voor alledaagse aandoeningen, maar die worden nog onvoldoende gebruikt. Ik zal de minister voorbeelden geven – ik heb ze hier voor me liggen – zodat hij ze kan bestuderen. Naar de mening van de CDA-fractie is door middel van deze begeleide zelfzorg kwaliteits- en efficiencywinst te behalen, waarbij de patiënt de regie houdt. Ziet de minister mogelijkheden om deze ontwikkeling te stimuleren, bijvoorbeeld door te stimuleren dat het informatiemateriaal breder wordt ingezet?

Wij hebben vandaag in dit AO veertien losstaande agendapunten die allemaal te maken hebben met kwaliteit van zorg. Wij hebben het over wachtlijsten, het preoperatief proces, de communicatie tussen arts en patiënt et cetera. Hoe kunnen wij de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid op al deze onderdelen verbeteren? Probleem is dat dezelfde kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid juist wordt bedreigd op de grensvlakken in de zorg tussen twee instellingen of bij een instelling in de thuiszorg. Ik geef een voorbeeld waar ik recent bij betrokken ben geweest. Een patiënt van 74 jaar is bekend met ernstige hartafwijkingen en krijgt op straat een hartinfarct. Door zeer kordaat optreden van twee schooljongens die direct op hun mobieltje 112 belden, overleeft de patiënt het infarct, sterker nog, hij komt er redelijk goed uit. Hij zal wel moeten worden geopereerd dan wel levenslang medicijnen moeten gebruiken. Om te bekijken in hoeverre de situatie met medicijnen onder controle is, wordt hij overgeplaatst naar een zorghotel. De indicatie is zeven maal 24 uurszorg. In het hotel gaat het redelijk goed. De patiënt krijgt op tijd zijn 40 pillen per dag, maar van het alarm dat hem na een val waarna hij slechts moeizaam kon opstaan, is beloofd, hoort hij niets meer. Desondanks wordt hem plotseling aangezegd dat hij er zelf voor moet zorgen dat de volgende ochtend om tien uur een taxi voorstaat. Want hij gaat naar huis. De indicatie wordt dan later wel aangepast door het ClZ, zo wordt gezegd. Er wordt helemaal geen poging ondernomen om de overdracht van de medicijnen goed te regelen of om ervoor te zorgen dat patiënt thuis wel de beschikking krijgt over een alarm. Voor de duidelijkheid: patiënt woont alleen.

Voorzitter. Dit soort slechte zorg kan worden voorkomen als wij echt gaan denken vanuit de patiënt. Ik weet dat een casus niet illustratief behoeft te zijn voor het geheel. Ik weet aan de andere kant ook dat de echte

bedreigingen van de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid liggen op de schakelmomenten in de keten. Graag hoor ik van de minister hoe wij op dit punt structureel de kwaliteit van zorg gaan verbeteren. Kan de regieraad hierin wat betekenen?

Ten slotte wil ik graag van deze gelegenheid gebruikmaken om de minister een afscheidscadeautje aan te bieden.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dit veronderstelt toch dat er iets te vieren valt. Dat is, dacht ik, de essentie van een cadeau. Tot op heden is mij echter nog duidelijk wat er dan te vieren valt.

De **voorzitter**: Misschien is dat wel het geval aan het eind van dit debat.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Dit algemeen overleg gaat over een uiterst belangwekkend onderwerp, de kwaliteit van de cure. Eigenlijk alle dingen die wij hier verder in huis doen rond zorg hebben betrekking op die kwaliteit. De minister geeft ook steeds aan dat die kwaliteit voor hem uitgangspunt is. Je zou kunnen zeggen dat het meten van kwaliteit de basis is van de hele wijziging in het zorgstelsel. Immers, op basis van gemeten kwaliteit moet er beloond kunnen worden, zoals het adagium van de minister luidt. Dus is dit ook het moment om te kijken hoe het daar nu mee staat. Ik wil dat doen aan de hand van een aantal punten. Is de kwaliteit van zorg zodanig gedefinieerd dat wij de voortgang en verbetering van de kwaliteit ook kunnen meten? Is die kwaliteit zodanig omschreven dat ze ook als indicator voor de beloning kan functioneren? Een belangrijk onderwerp zijn de medische missers. Het is voor ons in ieder geval hét thema waarop wij ook aan het begin van deze kabinetsperiode hoog hebben ingezet. Doel 45a van het kabinet is dan ook het verminderen van de vermijdbare schade met 50% in 2012. Het is uiterst teleurstellend om te moeten concluderen dat wij niet weten hoe het daarmee staat en dat wij pas in 2013/2014 weten hoe die ontwikkeling plaatsvindt. Juist omdat het zo een belangrijk doel is, vraag ik de minister of het niet eerder mogelijk is om er uitsluitel over te geven.

In dit kader ook een opmerking over veiligheidsmanagementsystemen. De inspectie heeft daar onderzoek naar gedaan, zoals blijkt uit een van de vele brieven die wij vandaag bespreken. Het is toch teleurstellend te moeten constateren dat in sommige gevallen – wat is de omvang van dat «sommige»? – zelfs niet de absolute ondergrens is aangegeven aan welke normen de zorg moet voldoen. Wij hebben het dan niet over streefnormen en kwaliteitsnormen, nee, wij hebben het over de absolute ondergrens. Betekent dit dus dat in sommige gevallen de absolute ondergrens van de zorg niet eens bereikt wordt? Er ligt ook een rapport voor over het functioneren van de spoedeisende hulp. Ook dat geeft geen vrolijk beeld. Op sommige spoedeisende hulpen zijn niet eens artsen aanwezig. Het is voor ons in ieder geval een signaal dat er nog heel wat moet gebeuren.

Een andere kabinetsdoelstelling betreft de zorgbrede transparantie. Die zou bereikt worden door 80 aandoeeningen met bijbehorende kwaliteit per ziekenhuis op www.kiesbeter.nl te publiceren. Het zijn er nu echter 10. Wanneer komen die andere 70? In dat kader wijs ik ook op de brief van Zorgverzekeraars Nederland, waarin zij aangeeft dat de beschikbaarheid van kwaliteitsgegevens een randvoorwaarde is voor verdere liberalisering en prestatiebekostiging. Ook geeft zij in dezelfde brief aan van mening te zijn dat er absoluut nog niet aan die randvoorwaarde voldaan wordt. Betekent dit nu dat als er niet voldaan kan worden aan datgene wat Zorgverzekeraars Nederland en de minister als essentieel zien, wij een probleem krijgen met de stelselwijziging? Met andere woorden: wat is de invloed van het ontbreken van zicht op de kwaliteit en de kwaliteitscriteria op de gehele voortgang van het stelsel?

Het besturingsmodel Zichtbare zorg functioneert niet. Ik herhaal wat andere collega's hierover hebben gezegd: wij vinden echt dat dit een publieke organisatie moet zijn, samen met ZN en Consumentenbond. Wij begrijpen echt niet wat de toegevoegde waarde van de privatisering is. De Regieraad Kwaliteit van Zorg is ingesteld in 2009. De site van de raad is overzichtelijk. Er staan twee linkjes op: een over de installatie met twee videopresentaties en een met het werkplan. Het beeld dat ik krijg van de regieraad is dat het min of meer een vlucht naar voren is. Wat is nu de toegevoegde waarde van die regieraad? Heeft die doorzettingsmacht? Uit verhalen die ik hoor – de minister heeft ook een brief van het CBO gehad – blijkt dat die regieraad eigenlijk niet veel meer doet dan allemaal opdrachten uitdelen. Ik wijs ook op hetgeen in de brief van het CBO genoemd wordt, namelijk dat het allemaal via aanbesteding gaat. Het is de vraag of je op die manier de kennis die in de kennisinstituten zoals het CBO en het NHG is opgebouwd, overeind houdt. Klopt het dat de regieraad doelmatigheid niet meeneemt in de nieuwe richtlijnen? Van de minister heb ik steeds begrepen dat dit uitermate belangwekkend is.

Dan het functioneren van de inspectie. De inspectie is bedoeld om normen te ontwikkelen en om vervolgens toezicht te houden. Is de inspectie nu echt in staat om effectief toezicht uit te oefenen? Verder vraag ik in dit licht aandacht voor het rapport van de Nationale ombudsman waarin deze aangeeft dat de klachtenbehandeling van de inspectie in ieder geval niet voldoet aan zijn eisen.

Verder begrijpen wij niet waarom medicinale zuurstof nu ineens via de apotheker moet worden verstrekt. Het liep tot nu toe altijd heel goed. De maatregel kost extra, dus wij zouden de bestaande situatie willen handhaven.

Dan het onderhoud medische apparatuur. Een aantal jaren geleden is er een brand geweest in de ok in Almelo. Samen met collega Van Miltenburg heb ik toen een motie ingediend die ertoe strekt echt iets vast te leggen over het toezicht op de kwaliteit van medische apparatuur. Er wordt heel veel over gesproken, maar tot nu toe is er niets geregeld. Wij geven er de voorkeur aan dat dit alsnog in de wet geregeld wordt.

Ten slotte nog het volgende. Er wordt veel gedaan aan kwaliteit maar ons beeld is dat er heel veel overleg plaatsvindt, dat er veel vergaderd en gecongresseerd wordt, maar dat een werkelijke voortgang op het gebied van die kwaliteit op dit moment niet echt goed meetbaar is. En daar maken wij ons grote zorgen over.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Mevrouw de voorzitter. Ik vervang collega Sap die niet aan dit algemeen overleg kan deelnemen vanwege haar werkzaamheden als lid van de commissie-De Wit die zich bezighoudt met de kredietcrisis; en daar was ook wat aan de hand met kwaliteit, zoals wij allemaal hebben gemerkt.

Naar ik altijd heb begrepen, was en is de zorg voor kwaliteit de centrale missie van deze minister van VWS. Ik denk dat het goed is om dit debat vooral te gebruiken om van hem te horen waar wij nu, drie jaar later, staan. Want wij deelden die missie zeer dat het verbeteren van de kwaliteit van zorg, het beter borgen van zorgvuldigheid in zorg, cliëntgerichtheid en welbevinden eigenlijk voorop dient te staan in het zorgdebat en dat alles wat wij doen op het gebied van stelselherzieningen, financiering en inrichting van het systeem van gezondheidszorg uiteindelijk dit tot doel heeft of zou moeten hebben. Het valt mij eerlijk gezegd niet mee om een beetje een adequaat beeld te krijgen van wat deze minister in de afgelopen drie jaar heeft bereikt. Ik wil citeren uit een, naar ik aanneem ook op VWS bekend rapport over de kwaliteit van zorg in Nederland, nr. 11. Daarin zegt de ambtelijke werkgroep: «De kwaliteit, effectiviteit en veiligheid van onze gezondheidszorg is gemiddeld. Net als vele andere landen kent ons land een grote mate van praktijkvariatie. Richtlijnen worden lang niet altijd gevolgd. Hier bestaat dus nog veel ruimte voor

verbetering, overigens vaak zonder dat dit met hoge kosten gepaard zal gaan.» Meer er staat nog meer in: De sterftestatistieken zijn in een aantal gevallen zorgwekkend hoog, zoals de sterfte rondom de geboorte en de sterfte door longontsteking. Er wordt ook verwezen naar de 30 dagen-sterfte in het ziekenhuis bij belangrijke en gevaarlijke aandoeningen zoals hart- en herseninfarcten en hersenbloedingen. Elders in het rapport van de ambtelijke werkgroep – ik beschouw dat maar als de meest recente brede blik op het zorgveld – staat het volgende: «Een belangrijk kenmerk van de zorgsector is de informatieasymmetrie tussen zorgaanbieders en zorgvragers. Er is nauwelijks systematische en gevalideerde informatie beschikbaar over kwaliteit, kosten en doelmatigheid van geleverde zorg. Patiënten en zorginkopers zijn daardoor onvoldoende in staat een goede keuze te maken tussen zorgaanbieders. Ook de overheid en de inspectie gezondheidszorg kunnen daardoor maar beperkt oordelen over de kwaliteit van zorgaanbieders». Voorzitter. Het staat er allemaal nog vrij rustig, maar dit lijken mij wel vrij dodelijke kwalificaties over waar wij anno 2010 staan. Ik vraag eigenlijk een politieke reactie van de minister op deze kwalificaties in dit ambtelijk rapport. Hoe wordt er in het veld gedacht over de kwaliteit van zorg? Over alle pogingen om die te verbeteren, lazten wij onlangs in een interessant stuk van de heer Ekkelenkamp, ook wel beter bekend als de heer Bulnes, schrijver, die het volgende adviseert aan de nieuwe minister van VWS: «Het woord kwaliteit in plannen voor zorgaanbod en zorgvergoeding wordt slechts gebruikt als afleidingsmanoeuvre en wordt steevast gevolgd door een incoherent verhaal vol tegenstrijdige redeneringen, zo ook in dit ambtelijke werkgroep rapport. Tracht de realiteit nu maar te accepteren. De kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg rust volledig in handen van de wetenschappelijke verenigingen van medische professionals en van de individuele zorgaanbieders. Het is voor andere partijen nagenoeg onmogelijk hier invloed op uit te oefenen omdat niemand de kwaliteit van gezondheidszorg kan meten. De verzekeraars niet, de inspectie niet, de Nederlandse Zorgautoriteit niet en VWS al helemaal niet». Zo wordt er kennelijk in delen van het zorgveld gedacht over kwaliteit. Dit stemt niet vrolijk. Ook hierop vraag ik een reactie van de minister van VWS. Mijn collega Sap heeft tijdens de begrotingsbehandeling 2009, alweer anderhalf jaar geleden, het debat gezocht met deze minister over kwaliteitsnormen in de zorg. Dat was een ingewikkeld debat omdat wij veronderstelden dat deze minister werkelijk werk wilde maken van het vastleggen van heldere basisnormen voor kwaliteit in de zorg. Maar later bleek dat de minister het eigenlijk vooral had over veiligheidsnormen. Tot op dit moment is die discrepantie mij nog steeds niet helder. Ik vraag de minister op dat punt om opheldering. Dat raakt ook aan het andere punt dat collega's ook al gemaakt hebben en dat ons is aangereikt vanuit de zorgverzekeraars en de patiëntenplatforms, namelijk dat de informatie over kwaliteit een publieke aangelegenheid moet zijn en dat wij dat ook op die manier moeten organiseren. Dat is mijn fractie een lief ding waard. Ik zou ook wensen dat de minister in demissionaire tijd die route ook voorlopig vasthoudt. Graag een toezegging op dat punt. Mijn collega Sap heeft al vele keren aandacht gevraagd voor de vergunningen en het toezicht op privéklinieken. Die klinieken hebben eigenlijk een soort verlicht toezichtsregime. Ze kennen geen regulier systeem van toelating maar ze moeten zich laten registreren. Het toezicht vooraf is dus veel milder. Wij blijven strijden voor een gelijke behandeling, dus ook van deze privéklinieken. Dat betekent dat voor hen hetzelfde regime met vergunningsplicht en toezicht vooraf van toepassing moet zijn. Er zijn teveel incidenten gemeld, ook de afgelopen jaren, die deze politieke wens actueel maken. Ik vraag de minister hoe hij daar in staat en of hij zijn demissionaire tijd wil benutten om de ambtelijke voorbereiding ter zake de ruimte te geven zodat een nieuw kabinet dit gewoon kan regelen.

Voorzitter. Ik denk dat ik hiermee de belangrijkste punten voor dit debat wel heb ingebracht. Het is namelijk toch een beetje gek om met een demissionair minister te praten. Dus laten wij het maar eens even hebben over de brede beschouwingen die zo'n debat wel mogelijk maken.

Minister Klink: Mevrouw de voorzitter. Ik dank de leden van de commissie voor hun inbreng. Kwaliteit van zorg is een belangrijk thema. Het is een van de speerpunten van het kabinetsbeleid in de afgelopen jaren maar ook van de sector zelf. Er is veel werk verzet en er moet ook nog veel gebeuren.

Het Nederlandse zorgstelsel, de gezondheidszorg in Nederland presteert buitengewoon goed. Dat is een compliment dat met name de mensen in het veld zelf betreft: de verpleegkundigen, de ok-assistenten, de specialisten, de huisartsen et cetera. Ik heb onlangs bij mij op de kamer gehad degene die de European Consumer Health Index jaar op jaar opstelt. Uit die index komt naar voren dat Nederland er echt uitspringt. Wij staan op nummer 1 en wij laten andere landen betrekkelijk ver achter ons. Dat zie je ook op het moment dat in de Verenigde Staten het Commonwealth Fund bij elkaar komt, waarbij dan alle landen met elkaar vergeleken worden. Ook dan springt Nederland er uit. Als ik al die stukken zie, vraag ik mij soms wel af waarop zo'n oordeel dan gebaseerd is. Met andere woorden: in hoeverre zijn de criteria, als je die internationaal vergelijkt, echt valide en in hoeverre zijn er indicatoren die voldoende krachtig zijn om vast te stellen dat Nederland tot de beste van de wereld hoort? Ik heb mij met name laten overtuigen door de Europese instantie, in de zin dat men er echt harde data over heeft en dat het dus geen slag in de lucht is. Tegelijkertijd geeft die vraag wel aan het ongemak dat wij hebben ten aanzien van de vraag in hoeverre wij bijvoorbeeld in ons land zorgaanbieders kunnen vergelijken op het punt van veiligheid en kwaliteit. Om die reden is het kabinet de afgelopen jaren in nauw samenspel met de ziekenhuizen, de specialisten en andere beroepsgroepen begonnen om de kwaliteit in beeld te brengen. Wij zien dat er dit jaar geregistreerd wordt voor 10 indicatoren van de 80 aandoeningen waarvan wij hadden aangegeven dat die in deze periode zouden worden gerealiseerd. In 2011 zal dat aantal 66 zijn. Er zit dus een enorm vliegwieleffect in. In 2012 hopen wij voor de 80 aandoeningen daadwerkelijk valide informatie te kunnen krijgen die ook opgevraagd wordt door de inspectie maar die ook afgedwongen opgevraagd kan worden krachtens de kwaliteitwet. Men kan er dus niet aan ontkomen. Dat is een ontzettend snel in gang gezette operatie. Ik was in laatst in Duitsland bij het instituut dat daar soortgelijke criteria en indicatoren ontwikkelt. Daar doet men er geen twee jaar over, zoals bij ons, maar vele jaren meer. Wij hebben in Nederland dan ook te maken met een megaprestatie van de wetenschappelijke verenigingen, het veld, de ziekenhuizen, Zichtbare Zorg en de inspectie. Waarom duurt het twee jaar? Dat heeft alles te maken met het gegeven dat die informatie wel valide moet zijn. Er hangt nogal wat van af. Patiënten gaan op basis van die informatie kiezen. Verzekeraars gaan op basis van die informatie de zorg inkopen. De inspectie gaat op basis van die informatie in het kader van gefaseerd toezicht en risicogestuurd toezicht kijken welke instellingen het beste presteren. Die informatie moet dus wel heel betrouwbaar en toereikend zijn. De biases moeten er inderdaad uit. Wij moeten dan ook opletten dat er goed wordt geregistreerd langs lijnen van uniforme criteria.

De heer Van der Veen (PvdA): Het is goed te horen dat er 66 prestatie-indicatoren in het komende jaar ingevoerd zullen worden. Maar wat is nu de garantie dat het ook echt gebeurt? In haar brief zegt Zorgverzekeraars Nederland dat het absoluut niet opschiet en geeft het aan grote zorgen te hebben over de manier waarop het tot nu toe gaat. Wat gebeurt als dat aantal niet gerealiseerd wordt?

Minister **Klink**: Dat is een buitengewoon terechte en goede vraag die mij tegelijkertijd een aanknopingspunt biedt om naar het onderwerp veiligheidsnormen over te gaan. Maar eerst nog even iets over de kwaliteitsindicatoren. Zichtbare Zorg werkt nauw samen met de wetenschappelijke verenigingen. Daar zit de kennis en die kunnen wij op ons departement niet tevoorschijn toveren. Wij zijn dus mede afhankelijk van de samenwerking in het veld. Daarin ligt tevens een kwetsbaarheid wat betreft de voortgang. Als het veld aangeeft zich helemaal niet zo transparant te willen opstellen of als het de aansturing meer van onderop in plaats van bovenaf wil, dan kan er wellicht een impasse ontstaan. Het is van belang dat het veld en de medisch specialisten zich realiseren dat patiënten het recht hebben op keuze-informatie opdat ze weten waar de beste zorg geboden wordt. In die zin is er van mijn kant ook sprake van een moreel appel richting de ziekenhuizen en de medisch specialisten om dit traject niet te laten varen op grond van eventuele geschillen over wie de regio voert et cetera. De wet cliëntenrechten zorg zal dat nog eenvoudiger maken dan het krachtens de kwaliteitswet al is; wij zullen aan de zorginstellingen vragen om de feiten en de data op te leveren die met deze indicatoren gemoeid zijn. En dat gebeurt nu krachtens de ministeriële regeling. Dus wij kunnen dat opleggen en dat gaan wij ook doen. Het punt is alleen dat de indicatoren wel ontwikkeld moeten worden om vervolgens te kunnen gaan meten. En daar hebben wij op dit moment de wetenschappelijke verenigingen voor nodig. Ik wil er niet somber over zijn. Sterker nog, alles wijst erop dat wij die 66 in 2011 gaan halen. Daar is ook alles op gericht.

Het bericht uit 2007 over vermijdbare schade, waaraan de heer Van Gerven refereerde, ging over informatie op basis van dossiers uit 2004. Wij zullen in de loop van 2012, wellicht 2013, inzicht hebben in de medische dossiers over 2011. Dat neemt niet weg dat wij eind 2010 toch met een meting zullen komen van de gegevens over vermijdbare sterfte en schade die dan loopt over het jaar 2008 en een deel van 2009. Verder zullen de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) in de loop van 2011 worden gepresenteerd, waardoor wij inzicht krijgen in de absolute en relatieve sterftecijfers die dan overigens wel vervolgens in 2010 gecorrigeerd moeten worden voor de zorgzwaarte. Ik ben in ieder geval verheugd dat de instellingen en de ziekenhuizen uiteindelijk bereid zijn om die sterftecijfers te etaleren.

Verder is gevraagd naar de veiligheidsnormen. Ik teken in de richting van de heer Vendrik aan dat ik op dit gebied twee punten geagendeerd heb voor deze periode en de periode hierna. Dat betreft ten eerste de veiligheidsnormen. Ik vind dat de ondergrenzen van datgene wat er altijd aan kwaliteit geboden dient te worden, goed in beeld moeten worden gebracht. Daar moet een instelling op afrekenen te zijn. Ik heb daarover verschillende keren gesproken met het veld, zoals de ziekenhuizen, de NFU, de NVZ en de Orde van Medisch Specialisten om duidelijk te maken wat ik onder veiligheidsnormen versta en wat ik van hen verwacht ten aanzien van de oplevering van gegevens. Afgesproken is dat die gegevens in de loop van maart/april tot ons zouden komen. Als er geen veiligheidsnormen vanuit de wetenschappelijke verenigingen worden aangeboden, zal ik de inspectie vragen – dat gebeurt dan deze maanden want die heeft parallel een traject gehad waarin men daaraan heeft gewerkt – om die veiligheidsnormen op te leveren. Die hopen wij dus binnen enkele weken aan de Kamer te doen toekomen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Mijn handicap is dat wij het resultaat van dat proces nu nog niet hebben. Collega Sap heeft anderhalf jaar geleden daarover al het debat met deze minister gezocht. Waarom versmalt de minister de minimumkwaliteitsnormen en zegt hij dat het minimale veiligheidsnormen? Er moet toch een basisniveau van kwaliteit zijn in de zorg? Dat gaat dan niet alleen over veiligheid maar over meer dan dat. Dat

moet je dan vastleggen. Dat is een publieke taak, een publieke verantwoordelijkheid. En wie daaronder valt, krijgt straf. Simpel kan ik het niet zeggen. Waarom hanteert de minister ook in dit debat weer het begrip «veiligheidsnormen»? Waarom zegt hij niet gewoon dat de basiskwaliteit van de zorg een publieke taak is die moet worden vastgelegd?

Minister Klink: Dit is volgens mij meer een semantische dan een inhoudelijke discussie. Ik ben het met u eens dat het gaat om de basiskwaliteit die vastgelegd moet worden. Ook de NPCF heeft mij gevraagd wat er wordt bedoeld met de term veiligheidsnorm. Is het een soort ondergrens, iets wat in elk geval vast moet staan? Ja, dat bedoel ik er mee. Laat ik een voorbeeld geven. Voor slokdarmoperaties geldt een volumenorm van minimaal tien. Rond de PCI's is een norm afgesproken van minimaal 600. Als je onder die veiligheidsnorm zakt, zou je het in feite niet meer moeten kunnen aanbieden. Vrij binnenkort, op basis van de veiligheidsnormen die ik ook van de inspectie vraag, gaan wij onder andere een discussie krijgen over de volumes bij behandeling van borstkanker en eierstokkanker. Op basis van gegevens die je kunt afleiden uit de internationale literatuur, op basis van de feitelijke sterftecijfers en op basis van cijfers omtrent schade die ontstaat, kun je een optimum vaststellen ten aanzien van een minimumaantal. Als wij die eis hebben gesteld, blijven er altijd wel kwaliteitsverschillen bestaan tussen artsen, afdelingen, ziekenhuizen et cetera. Die verschillen kun je niet altijd via regelgeving wegpoetsen. Dat kan te maken hebben met vaardigheden of met bepaalde benaderingen die men kiest die niet altijd evidence based zijn maar soms wel bepaalde uitkomsten kennen. Die wil ik via de kwaliteitsindicatoren in beeld brengen, zodat duidelijk wordt dat er sprake is van een spreiding in de kwaliteit die aangeboden worden en die wellicht een aangrijpingspunt kan zijn voor een nieuwe richtlijn die vervolgens weer maatgevend is voor datgene wat er geboden wordt. Dus ik zoek naar een balans tussen datgene wat iedereen moet bieden en de natuurlijk aanwezige verschillen in kwaliteit. De richtlijnen die ontwikkeld worden zijn voor de inspectie overigens heel vaak aanknopingspunten, zoals het thematisch toezicht op de ic's. Het zijn aangrijpingspunten om handhavingsskaders te ontwikkelen die dan vervolgens gelden over de gehele linie.

De heer Vendrik (GroenLinks): Wat betreft de definiëring van de veiligheidsnormen laat ik het hier nu even bij. Ik zie dan wel met grote belangstelling uit naar de volgende stap. Echter, als ik de brief van 9 november lees, mede in relatie tot datgene wat collega Sap vorig jaar heeft gezegd op dit punt, is mijn vraag nog steeds waarom het zo lang duurt. Dit gaat eigenlijk over de ondergrens van de zorg in Nederland, waarvan wij met z'n allen vinden dat wij daar niet onder mogen komen. Dat is de minimale kwaliteit die gegarandeerd moet worden.

Minister Klink: Ik vind dat wel een terechte vraag. Ik heb een aantal keren met de vertegenwoordigers van de medisch specialisten en de ziekenhuizen hierover gesproken. Allereerst komt bij hen dan de vraag naar boven wat precies moet worden verstaan onder veiligheidsnormen. In hoeverre zijn dat niet gewoon onze richtlijnen? Die hebben wij toch al? Wat vraagt u van ons om te gaan ontwikkelen? Dan geef ik van mijn kant het volgende aan. Natuurlijk, wij hebben inderdaad die richtlijnen, kaders en zorgstandaarden, maar wat ik van hen wil is dat zij de kernen ervan altijd realiseren. Zo-even werd de time-out genoemd. Welnu, die moet gewoon plaatsvinden. Handen wassen moet gewoon plaatsvinden. Dat geldt evenzo voor de nabespreking. De inspectie heeft bijvoorbeeld ten aanzien van het peroperatief proces en het postoperatief proces gezien dat het met name op de overdrachtsmomenten vaak fout gaat. Dan moet die informatieoverdracht geborgd zijn. Mij gaat het om die cruciale momenten in het proces die van veiligheidsnormen dienen te worden

voorzien, waarbij de inspectie een aangrijpingspunt heeft om te kunnen zeggen: die time-out was hier aanwezig, u hebt de veiligheidsnorm geschaad. Vervolgens vraag ik de instanties om mij vanuit hun inzichten de scharnierpunten te bieden rondom het zorgaanbod. Nadat ik afgelopen voorjaar met hen opnieuw een gesprek heb gehad, zijn zij daarmee aan de slag gegaan. Ik heb wel tegen ze gezegd: als u daar niet mee komt, dan zie ik mij genoodzaakt om op basis van de inzichten van de inspectie die dan ook maar internationaal moet gaan kijken, zoals bij NICE en andere instanties, die veiligheidsnormen aan u op te leggen c.q. ze eerst aan u voor te hangen met het verzoek om binnen een maand te reageren; als u dan niet met een valide reactie komt, dan zal ik ze in een ministeriële regeling opnemen, zodanig dat ze dwingend voor u worden. Met andere woorden: van onderop ontwikkelen maar wel met voldoende kracht en dreiging dat als het niet gebeurt, wij het gaan opleggen. In dat proces zijn wij het einde bijna genaderd, in die zin dat ik de veiligheidsnormen ontvang van hetzij het veld, hetzij van de inspectie, waarna ik ze de Kamer zal doen toekomen. Het is mij namelijk een aangelegen punt omdat ik bijvoorbeeld rondom de volumina echt grote verschillen zie.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Komt dat nog dit voorjaar?

Minister **Klink**: Ja.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Het is ook voor het CDA een zeer aangelegen punt. Enerzijds zijn er de richtlijnen, gemaakt door de beroepsgroepen. Die verschillen onderling heel erg van kwaliteit. Anderzijds zijn er de zaken die er als het ware extra bijkomen en die nog niet in de richtlijnen opgenomen zijn, zoals de wijze waarop een operatie precies moet worden uitgevoerd. Kan de minister reageren op het spanningsveld daartussen? Hoe bereik je die balans tussen de richtlijnen en uiteindelijk de veiligheidsnormen?

Minister **Klink**: Daar snijdt u ook een terecht punt aan. Het is een zoektocht naar de balans tussen ontwikkelen van onderop en hetgeen wij uit publiek oogpunt noodzakelijk vinden. De ontwikkeling van richtlijnen is van groot belang om een aantal dingen mee te doen. Ten eerste geeft het inzicht in de beste praktijken die ook voor de specialisten en de huisartsen van belang zijn. Dus het geeft de nieuwste inzichten in de meest optimale behandeling. Daarnaast kun je uit richtlijnen veiligheidsnormen en doelmatigheidscriteria afleiden. Op basis van de richtlijnen kun je wellicht ook tot inzichten komen ten aanzien van stepped care. Dit is het tweede onderdeel waarvan ik in de richting van de heer Vendrik zou willen zeggen: dit is de afgelopen jaren door mij en door de Kamer geagendeerd als een nieuw punt. Dat betreft dan de vraag in hoeverre er inzicht is in de richtlijnen. De regieraad heeft daarnaar ook onderzoek gedaan en witte vlekken in beeld gebracht. Waar die richtlijnen er niet zijn moeten ze ontwikkeld worden. Bovendien leid je er veiligheidsnormen en doelmatigheidscriteria uit af. Bij doelmatigheid denk ik met name aan stepped care. Bij mensen met bijvoorbeeld hartaandoeningen kun je vaak met medicaties volstaan en hoeft er dus geen stent te worden geplaatst of een bypass plaats te vinden. Medicatie is natuurlijk veel minder ingrijpend. Uit het oogpunt van gezondheid en het niet toevoegen van risico's of eventueel schade is het wel zaak om bij die minst interveniërende methode te beginnen waar dat nog geïndiceerd is. Dat is de reden waarom ik aan het CVZ heb gevraagd om daar eens naar te kijken, mede op basis van de praktijkvariatie die we in beeld brengen. Vorige week is daarover een rapport gepresenteerd door het CVZ, waaruit blijkt dat in 44% van de gevallen er stents waren geplaatst die uit medisch oogpunt niet nodig waren en waarbij volstaan kon worden met medicatie. Mede door het vliegwieleffect van richtlijnen, veiligheidsnormen en doelmatig-

heidscriteria ontstaat gepaste zorg. En dan komt de vraag naar de institutionele vormgeving. Via de regieraad heb ik dat willen aanzwengelen in de richting van alle partijen die daarvoor verantwoordelijk zijn, maar ik overweeg sterk om de doorzettingsmacht te institutionaliseren via een kwaliteitsinstituut dat bij ontstentenis van richtlijnontwikkeling, doelmatigheidsontwikkeling of ontwikkeling ten aanzien van stepped care, dit gewoon zelf gaat doen.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik wil nog even terugkomen op die stepped care. Het kan nu zo zijn dat bijvoorbeeld chirurgisch ingrijpen de eerste stap is maar dat gaandeweg een bepaald probleem medicamenteus behandeld kan worden. Bij de richtlijnenontwikkeling hebben wij natuurlijk ook te maken met chirurgen die een stukje van hun werk zien verdwijnen. Ook in financiële zin hebben zij er een zekere betrokkenheid bij. Hoe krijg je voor elkaar dat puur op grond van wetenschappelijk inzicht die stepped care tot stand komt?

Minister **Klink**: Daarom zie ik in een kwaliteitsinstituut in feite een analogie met NICE. Ik ga wel uit van het feit dat ook de professionals mee willen werken en niet altijd op ongerechtvaardigde eigenbelangen uit zijn. Desalniettemin wil ik het wel institutioneel waarborgen. Ik noemde zo-even die 44% stents die geplaatst zijn en die volgens het CVZ niet nodig zijn. Op mijn verzoek heeft het CVZ ook een berekening gemaakt van de kosten die daarmee gemoeid zijn. Dat blijkt te gaan om een bedrag van 120 tot 140 mln. Waar wij toch moeten bezuinigen, zoek ik het liever in die kwaliteitsverbetering en daarmee in doelmatigheidsverbetering. Daarom is het mij zeer aangelegen dat die richtlijnen er snel komen en dat er vervolgens ook naar gehandeld wordt. Voor dat laatste hebben wij de inspectie nodig die er op gaat toezien.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil nog even terugkomen op de sterftcijfers van ziekenhuizen die in 2012 ter beschikking komen met daarbij de component zorgzwaarte. Naar mijn gevoel stapt de minister daar toch wat gemakkelijk overheen. Er wordt heel erg gepusht om die cijfers naar boven te krijgen, maar ik vind dat daarbij absoluut voorop moet staan dat goed nagegaan wordt wat dergelijke cijfers zeggen. Het gaat dus om de interpretatie van de sterftcijfers. Ik zou de minister het voorstel willen doen dat, voordat tot invoering wordt overgegaan, de inspectie een toets verricht of dat ...

De **voorzitter**: U doet nu een voorstel en dat vind ik niet passen in een interruptie. Dat is dan meer iets voor een tweede termijn.

Minister **Klink**: De ziekenhuizen die mij melden dat ze de sterftcijfers gaan publiceren, realiseren zich ook dat juist omdat ze tekortkomingen kennen en juist omdat die publiek bekend worden, er een enorme prikkel in zit om zich te verbeteren en te kwalificeren voor zorgzwaarte. Men zoekt kennelijk ook zelf die dynamiek op. Dat proces krijgt daardoor een enorme katalyserende werking, waardoor wij op den duur – dat zal niet zo heel lang duren – valide cijfers krijgen. In Engeland gebeurt dat al jaren of wellicht al decennia. Daar doet men er in ieder geval niet geheimzinnig over.

De heer **Van Gerven** (SP): In Engeland doet men het al; ik weet niet of de zorg er daardoor beter is. Ik heb er geen harde gegevens over. Het gaat mij om de interpretatie van valide cijfers. Als bijvoorbeeld de afdeling cardiochirurgie van een ziekenhuis slecht functioneert en slechte cijfers scoort, dan zegt dat nog niet alles over de chirurgische afdeling. Wil de minister daarop ingaan? Want dit is toch van wezenlijk belang voor mensen om keuzes te maken.

Minister **Klink**: Die mortaliteitscijfers zijn van belang maar je moet ze wel kunnen duiden. Ik vind dat ze gecorrigeerd moeten worden voor zorgzwaarte en zo specifiek mogelijk voor specialismen binnen het ziekenhuis.

De regieraad zou ik graag willen opwaarderen tot een kwaliteitsinstituut dat kan functioneren als een zelfstandige motor voor genoemde ontwikkeling en dat een eigen agenda kan krijgen. Ik wil de Kamer met alle liefde daarover een notitie doen toekomen waarin ik nog eens specificeer wat ik daarmee bedoel, mede in relatie tot het uitplaatsen van zichtbare zorg. De kwaliteitsindicatoren hopen wij dus in de loop van 2011/2012 volledig rond te hebben ten aanzien van eerdergenoemde 80 aandoeningen. Over de veiligheidsnormen hoop ik de Kamer nog dit voorjaar, binnen nu en anderhalve maand te berichten. De HSMR wordt dit jaar al in absolute en relatieve zin gepresenteerd, waarna volgend jaar eerste pogingen worden gedaan om er duiding aan te geven in termen van zorgzwaarte. De regieraad zou ik graag tot een kwaliteitsinstituut willen ontwikkelen teneinde de doelmatigheid, de stepped care, de gepaste zorg en de richtlijnontwikkeling te bevorderen en om daarmee ook de winst die er is in termen van kwaliteit en bekostiging binnen te halen. Het laatste sluitstuk wat mij betreft is dat wij de bekostigingsstelsels zo herijken dat er competitie op kwaliteit ontstaat. Nu betalen wij vooral volume. Wij betalen voor een receptregel of voor een dbc die geopend wordt, zonder dat er noties van kwaliteit bij om de hoek kijken. Wij hebben er een beetje een begin mee gemaakt met de ketenzorg in de eerste lijn ten aanzien van de chronische aandoeningen, waarbij er wel op basis van kwaliteitscriteria mede gecontracteerd kan worden. Wij hoopten het te doen voor de apothekers volgend jaar omdat er nieuwe prestatiebeschrijvingen zouden komen, los van alleen maar het doosje verstrekken, maar dat is een agenda die ik niet kan voltooien, zeker niet in deze periode. Sterker nog, de aanzetten ertoe moeten nog gepleegd worden. Voor een volgende periode is dat wel heel belangrijk. Je ziet ook internationaal dat er niet meer betaald wordt voor verrichting of volume maar voor kwaliteit.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Op welk moment kan er op basis van kwaliteit betaald worden? Is daarvan een indicatie te geven? Mijn beeld tot nu toe is dat wij het steeds een jaar vooruitschuiven. Maar ergens moet er toch een soort stip aan de horizon zijn?

Minister **Klink**: Van meet af aan hebben wij gezegd dat er kwaliteitsindicatoren moeten komen. Ik heb al aangegeven dat die in 2012 gerealiseerd zijn. Het thema van herijking van het bekostigingsstelsel in de richting van kwaliteit is pas de afgelopen jaren mede door ons op de agenda gezet. Daarbij maak je een aanknopingspunt voor onderhandelingen mede op basis van kwaliteit. Dat is ook een vorm van prestatiebekostiging die dan niet alleen gaat over volumes maar ook over de kwaliteit. Dat kunnen verzekeraars, als ze inzicht krijgen in de prestatie-indicatoren, vanaf volgend jaar in het B-segment in elk geval wel gaan doen. In het A-segment fixeren wij de prijzen en in het B-segment niet. Men kan dan op basis van kwaliteit vervolgens onderhandelingen daarover voeren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het punt is dat wij al een paar jaar horen dat het in de toekomst kan, maar dat het tot nu toe steeds blijkt niet te kunnen. Dus vandaar mijn vraag. Ik weet eerlijk gezegd overigens niet goed hoe ik hiermee om moet gaan, want in de toekomst heeft iedereen gelijk.

Minister **Klink**: Het herijken van het bekostigingsstelsel is een thema dat door ons is geagendeerd sinds vorig jaar. Dus u kunt niet volhouden dat wij al jaren roepen dat het in de toekomst kan. Sterker nog, wij hebben rondom de apothekerszorg in die zin boter bij de vis gedaan, in de zin dat

de NZa daarvoor prestatiebeschrijvingen heeft gemaakt die volgend jaar geïmplementeerd hadden kunnen worden.

De heer Van Gerven heeft gevraagd naar de onafhankelijke klachtencommissie. In de wet cliëntenrechten zorg zullen wij regelen dat alle instellingen zich aan moeten sluiten bij een geschillencommissie en zullen wij nadere eisen stellen ten aanzien van de onafhankelijkheid van klachtencommissies binnen instellingen. Ik meen dat 10% van de instellingen er nu bij aangesloten is en dat zal dus een verplichting worden in het kader van de wet cliëntenrechten zorg. Ook zullen in die wet eisen gesteld worden aan de aard van de geschilleninstanties zodat ze toereikend functioneren. De organisaties van cliënten en zorgaanbieders stellen de geschilleninstantie gezamenlijk in. Daarmee is gewaarborgd dat ook de cliënten daarin een say hebben.

Verder heeft de heer Van Gerven gevraagd naar de medische ongevallenraad. De inspectie kijkt naar de vermijdbaarheid van incidenten en calamiteiten en ook naar de verwijtbaarheid. Krachtens de leidraad kijkt de inspectie of de mate van een incident dat gemeld wordt, zodanig ernstig is dat het iets zegt over de structurele kenmerken van een instelling. Voor zover daar al klachten over zijn, zou ik eerder dat verbeteren dan dat wij nu een nieuwe instantie in de vorm van een medische ongevallenraad in het leven gaan roepen.

De heer Van Gerven heeft terecht het punt aangestipt van de meldingen van calamiteiten die je kunt spiegelen aan het Emgo-rapport, waarin sprake is van vermijdbare sterfte en schade, terwijl dat niet correspondeerde met het aantal meldingen. De gisteren door de Eerste Kamer aangenomen wet uitbreiding bestuurlijke handhaving maakt het de inspectie mogelijk om een bestuurlijke boete op te leggen op het moment dat men nalaat om te melden. Ik teken er wel direct bij aan dat het zover eigenlijk niet zou moeten komen. De meldingsbereidheid binnen instellingen moet gewoon worden vergroot. Het veiligheidsmanagementsysteem zou een bijdrage kunnen leveren aan die cultuurverandering binnen instellingen. Als wij het alleen van de bestuurlijke boete moeten hebben, dan vrees ik dat wij toch niet ver komen, alhoewel dat geen onbelangrijk instrument is als stok achter de deur.

De afgelopen jaren zijn wat betreft de inspectie basissetindicatoren ontwikkeld, bijvoorbeeld rondom pijnbestrijding en decubitus, hetgeen tot heel veel resultaten heeft geleid. Dat blijkt ook ten aanzien van ondervoeding, waarvoor mevrouw Wiegman aandacht vroeg. Ook dat heeft de nodige impact gehad op de zorginstellingen en de verbeteringen die zich daar aftekenen, dit nog even afgezien van de verdere stappen die je daar kunt zetten.

Ter illustratie noem ik nog een ervaring die ik heb meegekregen vanuit Denemarken. Daar kwam de eerstelijnszorg voor chronisch zieken pas goed van de grond toen informatie over kwaliteit publiekelijk werd gemaakt. Dan zie je dat het een enorm vliegwieleffect heeft. Voor die tijd werd die informatie ook geregistreerd maar niet publiek gemaakt. Toen zag je veel minder goede resultaten.

Verder sprak de heer Van Gerven over het doorbreken van de conspiracy of silence. Ik begrijp zijn opmerking eigenlijk heel goed, gemeten aan de incidenten die wij zagen rondom het Medisch Spectrum Twente.

Overigens wil ik wat voorzichtig zijn om dat centrum steeds te noemen. Die voorzichtigheid vloeit voort uit het feit dat men niet graag heeft dat ik telkens die instelling noem, terwijl het in zoveel andere instellingen ook had kunnen gebeuren. Desalniettemin hebben de desbetreffende medisch specialisten het zich in die zin aangetrokken dat ten aanzien van de kwaliteitsvisitaties het zogenaamde IFMS, het Individueel Functioneren van de Medische Specialist, is ingevoerd. Met zo'n IFMS wordt de kwaliteit van de afzonderlijke specialisten getoetst door onder andere het bijhouden van een portfolio, het verzamelen van informatie bij derden, het voeren van evaluatiegesprekken en het maken van een persoonlijk

ontwikkelingsplan. Dat houdt in dat de specialist voorafgaand aan een functioneringsgesprek is beoordeeld door collega's, medewerkers en patiënten. Van belang is wel dat de inspectie in haar basisset inmiddels meeneemt in hoeverre dat IFMS ook binnen instellingen wordt gehanteerd. Dus daar staat in elk geval externe druk op. In de gesprekken die ik heb met de vertegenwoordigers van de Orde van Medisch Specialisten krijg ik wel de boodschap dat men zelf ook wel inziet dat men transparant moet zijn en dat men de kwaliteit meer moet borgen. Dus geen conspiracy of silence.

In ons systeem van schadevergoedingen is verwijtbaarheid een buitengewoon belangrijke bouwsteen. Ik wil geen claimcultuur in de zorg, maar met de wet cliëntenrechten zorg wordt het wel gemakkelijker voor de cliënt om zijn recht te halen en schadevergoeding te krijgen via de geschilleninstanties.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb in mijn eerste termijn gesproken over het instellen van een medisch letselschadefonds. De SP stelt dit voor om juist juridisering en dergelijke te voorkomen. Het blijkt dat 40% van de slachtoffers van mogelijke medische fouten na drie jaar nog steeds in een letselschadezaak is verwickeld. Er zijn heel weinig medischletselschadeverzekeraars. Het is een zeer monopolistisch gebeuren waar ook vaak specialisten zelf in zitten. De vraag is toch of dat niet op de een of andere manier doorbroken moet worden. Vandaar ons voorstel over dat letselschadefonds, mede gebaseerd op ervaringen uit het buitenland waar dat toch goed lijkt te werken.

Minister **Klink**: Ik hoop en verwacht eigenlijk wel dat de geschillencommissie die wij introduceren en waar men tot een bedrag van € 25 000 terecht kan, een heleboel versnelling in dat soort zaken kan brengen. Dat neemt niet weg dat ik het op een bepaald punt wel met u eens ben. In het recht is er het credo «justice delayed, is justice denied» ofwel naarmate het langer duurt ontken je in feite de noodzaak dat er snel wordt geacteerd. Dat zou een obligate opmerking mijnerzijds kunnen zijn, ware het niet dat ik er aan toe wil voegen dat ik mij er nader in wil verdiepen hoe snel die afhandeling gaat en in hoeverre eerdergenoemde geschillencommissie aan de hand van die gevallen tot € 25 000 een voldoende handreiking kan bieden. Dan gaat het ook om de omvang van de schadeclaim die er ligt. Ik zal die twee met elkaar spiegelen waarna ik de Kamer daarover zal berichten.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik dank de minister voor deze toezegging. Als je kijkt naar de praktijk is in de helft van de gevallen de schadeclaim hoger dan € 25 000. Dus die commissie vangt een gedeelte op, met name de eenvoudiger gevallen. Hoewel dat op zichzelf winst is, blijft er nog een heel hardnekkige categorie over. Misschien wil de minister in zijn nadere studie ook meenemen de positie van de letselschadeverzekeraars. Bij hen zit volgens mij de bottleneck omdat zij weigeren over de brug te komen. Dit terwijl er nauwelijks alternatieven zijn omdat het een heel klein wereldje is.

Minister **Klink**: Ik zal die informatie meenemen. U spreekt over de helft van de gevallen. Daar was ik niet van op de hoogte. Je zou je kunnen voorstellen dat voor zover het aan de procedures ligt, er een versnelling kan plaatsvinden op grond van het feit dat er minder druk op wellicht schaarse capaciteit is. Ik zal bezien waar de hiaten zitten en hoeverre die ook uit de letselschadeverzekeringen en dergelijke voortvloeien. Ik ben het eens met mevrouw Wiegman dat het opstellen van protocollen, richtlijnen et cetera één is maar dat het met name van de attitude van de beroepsbeoefenaren afhangt. Het kan wel eens anders lijken maar het aantal artsen en specialisten dat ik tegenkom dat met toewijding hard

werkt aan een goede patiëntenrelatie en deze ook institutioneel vormgeeft, is heel groot. Het komt er niet zozeer op aan dat er van buitenaf een spiegel geïntroduceerd wordt door verzekeraars en dergelijke, als wel dat men day by day informatie krijgt over hoe men ervoor staat zodat veel meer de eigen beroepstrots aangeboord wordt. Het gaat dus om de accountability, zoals de Engelsen het noemen. Dat is echt het geheim van de smid. De instellingen die het van binnenuit organiseren om zichzelf te verbeteren, maken onwaarschijnlijk veel meters. Ik zie dit alles eerder als een opstap naar die situatie dan dat ik die verticale en externe verantwoording als het ei van Columbus zie.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dat deel ik van harte met de minister. Wordt de nu gekozen weg en alles wat er tot nu toe ontwikkeld is ook door het werkveld zo ervaren? Of denkt het werkveld: wij krijgen alleen maar opdrachten, protocollen en richtlijnen over ons uitgestort zonder dat wij het gevoel hebben dat er ruimte is voor een proces van onderaf?

Minister **Klink**: Ik hoop dat laatste. Dat is ook uitdrukkelijk de bedoeling. Tegelijkertijd is het wel van belang om publieksinformatie te krijgen, want die is wel de motor achter de verbeteringen. Uit een rapport dat binnenkort zal verschijnen over de behandeling van darmkanker blijkt dat men dit soort permanente informatierugkoppeling aan het ontwikkelen is. In Noorwegen blijkt dat een gigantisch succes. De richtlijnconformiteit neemt enorm toe, terwijl het op onderdelen – nu put ik een beetje uit internationale literatuur – maar 60% is dat de richtlijnen volgt bij behandelingen. Dat kan dus vele malen beter.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dit is ontzettend belangrijk. Als wij dit jaar geïnformeerd worden over de basiskwaliteitsnormen en de absolute en relatieve sterftecijfers, zou het wel goed zijn als dit verhaal erbij gevoegd werd. De cijfers moeten wat dat betreft meer zichtbaar worden gemaakt, in de zin ook dat voorkomen wordt dat er handig wordt omgegaan met cijfers en dat er mee gegoocheld wordt. Het moet dus gaan om een uitvloeisel van het inhoudelijke denken dat wij hier met elkaar delen.

Minister **Klink**: We moeten er voortdurend op bedacht zijn dat er bij het registreren biases kunnen optreden. Vandaar dat het van groot belang is dat je goede indicatoren hebt en dat de inspectie erop toeziet dat die ook adequaat worden ingevuld. Het proces van onderop, die accountability, kan daar wel een heel belangrijke bijdrage aan leveren. De Veteran Authority in Amerika is van een haveloze tent begin jaren negentig uitgegroeid tot een van de beste instellingen ter wereld, simpelweg omdat men intern dit soort informatie permanent terugkoppelt. Dat levert gigantische gezondheidswinst en kostenbesparingen op: van 3700 dollar naar 2900 dollar per patiënt per jaar, terwijl de kwaliteit omhoog gevlogen is.

Verder heeft mevrouw Wiegman gevraagd naar ondervoeding. In april van dit jaar heb ik een reactie gegeven op haar motie over ondervoeding. In de kern komt die erop neer dat ik wat betreft de aanpak van ondervoeding met name zorgdraag voor de randvoorwaarden via inspectietoezicht op de indicator en de basisset die ter zake ontwikkeld zijn en via het beschikbaar maken van instrumenten zoals screening, toolkits en richtlijnen. Dat hoort ook bij de tien prioritaire thema's in het veiligheidsprogramma. Dat zijn de tien thema's die op basis van het Emgo-rapport zijn geselecteerd. Ondervoeding is essentieel onderdeel van het bereiken van de verbeteringen die wij straks hopen te kunnen laten zien rondom vermijdbare sterfte en vermijdbare schade.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Is het voldoende en structureel? Het is mooi als het in een basisset zit, maar als het uiteindelijk niet in een dbc terechtkomt en er dus geen prijskaartje aan wordt verbonden, dan bestaat het risico dat het naar de achtergrond verdwijnt.

Minister **Klink**: Ik heb daarop een tweeledig antwoord. U vroeg ook in hoeverre de stuurgroep Ondervoeding een permanent platform zou kunnen zijn voor ontwikkeling en verspreiding van kennis over ondervoeding. Dat lijkt mij een goede zaak. Daar ga ik naar kijken. Verder hebt u aangegeven dat de diëtist niet in een dbc vertegenwoordigd is. Als u mij nu vraagt naar een ander thema dat ik zou willen agenderen, dan is dat wel dit geheel. Ik denk dat kwaliteit en samenhang in de zorg van buitengewoon groot belang zijn en dat wij die ook moeten betalen. Bij sommige aandoeningen zouden wij ook eens moeten nagaan in hoeverre wij die niet moeten differentiëren, bijvoorbeeld bij de diëtetiek en de fysiotherapie. Naarmate ketenzorg, samenhangende zorg voor mensen met bepaalde aandoeningen van belang is in preventieve zin, moet je misschien wel gaan afwegen dat je voor die categorieën zaken die nu buiten het pakket vallen, wel betaalt en dat je voor die categorieën geen risico heft op grond van het feit dat het een drempel is voor toereikende zorg. Dus ik zou veel meer langs de lijnen van kwaliteit en samenhang een meer gedifferentieerde benadering willen zien van eigen risico's en aanspraken. Je kunt echter niet alles in één periode regelen, dus ik zou dit graag geagendeerd willen zien voor de periodes hierna.

Mevrouw Wiegman heeft verder terecht gewezen op het belang van goed governance. Ik wil wel gezegd hebben dat de inspectie de afgelopen jaren veel aandacht aan dit onderwerp heeft besteed en er zelfs een handhavingskader voor heeft ontwikkeld. Het is belangrijk dat besturen zich vergewissen van kwaliteitsinformatie en daarvoor ook processen op orde hebben. Dus het is niet een inspectie die een greep naar de macht doet in een ziekenhuis maar een inspectie die in de randvoorwaardelijke sfeer kijkt in hoeverre het intern toezicht geborgd is.

Mevrouw Schermers en mevrouw Wiegman vroegen naar zichtbare zorg. Ik vind dat de regie door de overheid gevoerd moet blijven worden op dit vitale onderdeel. Dat vloeit ook voort uit de subsidierelatie die wij zullen ontwikkelen in de richting van dan geprivatiseerde zichtbare zorg. Daarnaast is er sprake van de Stuurgroep Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg, waarin alle relevante partijen zitting hebben. Ik noem de Bos-partijen, ActiZ en de Consumentenbond. Het voorzitterschap zal liggen bij de DG Curatieve zorg van mijn departement. Die stuurgroep zal de doelstellingen bepalen waaronder vervolgens stuurgroepen komen te werken waarbij vervolgens wel het veld aan zet is, terwijl het nu vooral ambtenaren zijn die het voorzitterschap bekleden. Ik zou graag zien dat het veld vanuit een onafhankelijke positie het voortouw gaat nemen daarbij. Verder kunnen wij via de wetgeving en de daaronder gehangen ministeriële regelingen eisen stellen ten aanzien van welke gegevens men binnen welk tempo moet gaan opleveren als zorginstellingen. Dus zowel aan de voorkant, het bepalen van de doelstellingen die met de subsidie gemoeid zijn, als aan de achterkant, het afdwingen van informatie, is de overheid in regisserende zin aan zet. Wat ik wel wil doen, is dit nog eens in beeld brengen tegen de achtergrond van het kwaliteitsinstituut dat ik wil realiseren. In dat kader kan dan ook worden nagegaan in hoeverre deze stap naar uitplaatsing zich verhoudt tot de meer publieke instantie die genoemd kwaliteitsinstituut zou moeten zijn. Dat geeft namelijk wel een nieuwe dimensie ten aanzien van de vraag wat wij met zichtbare zorg doen

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Die duidelijkheid lijkt mij wel wenselijk in deze situatie. Het lijkt een beetje op

een mengvorm, maar volgens mij is het van groot belang dat de overheid haar publieke rol benadrukt. Dat voorkomt ook dat de andere partijen die er als het ware onder hangen heel veel vrijheid voelen en zeggen: het is helemaal niet publiek, wij zijn aan zet, het is van ons. Het lijkt mij dus heel goed om die publieke borging specifiek te benoemen.

De heer **Van Gerven** (SP): Vandaag heeft de Raad van State gezegd dat de Staat veel te ver is doorgeschoten in de vermarkting en dat er te veel geprivatiseerd is, met als gevolg dat de kwaliteit van de ambtenaren sterk is verminderd, in die zin dat er door de privatisering heel veel kwaliteit is weggevoerd. Dat raakt nu juist de kern van zichtbare zorg en kwaliteit. De minister heeft ook goed gehoord dat er vanuit de Kamer veel weerstand is tegen die privatisering. Als de minister die privatisering toch wil doorzetten, dan zal ik een VAO aanvragen om hierover een motie in te dienen. Ik vind namelijk dat wij kwaliteit publiek moeten organiseren en borgen.

Minister **Klink**: Wij laten intern onze gedachten hier ook over gaan. Ik heb aan mijn SG en DG gevraagd om in kaart te brengen in hoeverre de uitplaatsing van zichtbare zorg zich verhoudt tot een kwaliteitsinstituut. In zo'n instituut zit een brede component. Dat is meer dan alleen maar kwaliteitsindicatoren ontwikkelen. Dat is ook het aanjagen van richtlijnen en dergelijke. Verder wil ik daarin betrekken de vraag in hoeverre je daarin voldoende doorzettingsmacht kunt creëren, zodanig dat je qua voortgang niet opgehouden wordt door eventueel al dan niet gerechtvaardigde belangen van het veld. Dus die twee dimensies, de breedte van het kwaliteitsinstituut en de doorzettingsmacht, wil ik als leidraad nemen voor een notitie daarover die ik vrij binnenkort naar de Kamer zal sturen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb al aangegeven dat ook wij sterk voorstander zijn van een publieke regeling van de zorg. U hebt het gehad over de realisering van een nieuw kwaliteitsinstituut. Wat is dan nog de rol van de bestaande kwaliteitsinstellingen, zoals het CBO?

Minister **Klink**: Wij zitten met een enorm aantal instanties die zich op dit moment rondom kwaliteit bewegen. De richtlijnenontwikkeling vindt veelal plaats door de wetenschappelijke verenigingen en soms door het CBO. Verder is er de inspectie die ik verzocht heb om veiligheidsnormen te ontwikkelen. Het CVZ ontwikkelt op basis daarvan criteria voor stepped care en de aanspraken. Vervolgens moeten er kwaliteitsindicatoren ontwikkeld worden die inzicht geven in de mate waarin er verschillen zijn tussen instellingen. Ook moeten wij de praktijkvariatie in beeld brengen. Dat gebeurt allemaal door verschillende instanties en dat wil ik nu eigenlijk gaan clusteren. Genoemd kwaliteitsinstituut zou dan als aanjager voor richtlijnenontwikkeling kunnen functioneren, waarbij het dan tevens veiligheidsnormen en doelmatigheidsnormen kan destilleren met het oog op stepped care. Eventueel kan het CVZ op basis daarvan aangeven wat de aanspraken zijn. Dat soort processen zou ik dus bij één instelling willen onderbrengen. Dat vergt dan inderdaad op onderdelen wel doorzettingsmacht.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): De minister laat nu een paar keer het woord doorzettingsmacht vallen. Dat raakt volgens mij een kernkwessie in de zorg, namelijk die van de machtsverhoudingen. Hoe moet ik mij die doorzettingsmacht voorstellen?

Minister **Klink**: Misschien een illustratie aan de hand van een voorbeeld. De zorgstandaard voor COPD zou in 2010 opgeleverd worden om op basis daarvan integraal te gaan bekostigen. Daarbij is ook vanuit de Kamer de vraag gesteld hoe ervoor gezorgd kan worden dat dit proces niet

opgehouden wordt door het veld en of ik dat kan afdwingen. Welnu, ik kan die zorgstandaarden op dit moment niet afdwingen, tenzij ik de inspectie de opdracht geef: maak er een en hang die voor. Het is dus nu erg gefragmenteerd. Je hebt op dat punt wellicht een kwaliteitsinstituut nodig dat dit wel kan doen, dus dat tegen instellingen kan zeggen: ik zou graag zien dat u binnen een bepaalde tijd een richtlijn ontwikkelt en wanneer er niet of onvoldoende valide reacties komen, bepaal ik de zorgstandaard, op basis waarvan dan voortaan betaald wordt of op basis waarvan ik dan de prestatie-indicatoren bij u opvraag en u die moet leveren. Dat doet NICE bijvoorbeeld al op dit moment. Een ander aspect van die doorzettingmacht betreft de stepped care. Het CVZ kan zeggen dat er geconditioneerd betaald wordt. Daarbij komt de NZa ook in beeld, namelijk waar het gaat om de vraag in hoeverre verzekeraars al dan niet rechtmatig betalingen doen. Op het moment dat bijvoorbeeld een stent wordt geplaatst zonder dat de aanspraken daarvoor aanwezig zijn omdat de indicatiestelling niet toereikend is, is het geen verzekerde zorg. Dat zijn vormen van doorzettingmacht waarnaar in mijn beleving gekeken moet worden.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat suggereert dan toch dat dit nieuwe geclusterde instituut eigenlijk de richtlijnenontwikkeling van de wetenschappelijke verenigingen gaat overnemen?

Minister **Klink**: Dat is wel iets wat ik wil vermijden. Daarom is die wisselwerking van buitengewoon groot belang. De kennis van zaken zit bij de wetenschappelijke verenigingen. Alles wat van onderop komt is vaak veel meer geïnternaliseerd dan je van bovenaf oplegt. Tegelijkertijd kunnen wij de ontwikkeling en het tempo daarvan niet helemaal afhankelijk maken.

Mevrouw Schermers vroeg naar de betrokkenheid van de patiënten. Bij zichtbare zorg is die gewaarborgd op het moment dat het om kwaliteitsindicatoren gaat. Door de regieraad is een richtlijn opgesteld voor de ontwikkeling van richtlijnen waarin staat dat patiënten er een rol bij zouden moeten spelen. De goede wetenschappelijke verenigingen en specialisten bieden daarvoor ook gelegenheid. Denk aan Jan Kremer en hetgeen hij doet ten aanzien van ivf en aan Bas Bloem en hetgeen hij doet op het gebied van Parkinson.

Mevrouw Schermers heeft verder gevraagd hoe je het soft aspect kunt meten. Het klassieke antwoord is natuurlijk dat je daarvoor de CQ-index hebt, maar het is ook wel een onderwerp waarvoor de Nationale ombudsman aandacht heeft gevraagd. Ik kan op dit punt heel weinig voorschrijven, maar het raakt wel precies de relatie tussen patiënt en arts. Mevrouw Wiegman heeft gevraagd wat wij kunnen leren van de luchtvaart. Ik denk dat wij er heel veel van kunnen leren. Ik noem de time-out, de teamtrainingen en de nabesprekingen.

De heer Van der Veen heeft gevraagd naar de spoedeisende hulp. In tegenstelling tot de andere disciplines kennen de spoedeisende hulpen geen wetenschappelijke verenigingen. Daarom is de desbetreffende commissie in het leven geroepen om te gaan kijken wat hiervoor de richtlijnen c.q. de kwaliteitseisen zouden moeten zijn. Die zijn inmiddels ontwikkeld. Van belang is wel dat de inspectie nu al handhaaft op een aantal basiselementen, noem het maar veiligheidsnormen of basiskwaliteitsnormen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het gaat mij meer om de constatering dat aan een aantal basale zaken, zoals de aanwezigheid van een arts bij de spoedeisende hulp, niet altijd wordt voldaan. Een paar jaar geleden hebt u een heel moedige uitspraak gedaan. Toen hebt u aangegeven dat u niet zomaar naar ieder ziekenhuis zou gaan omdat u niet overtuigd zou zijn van de kwaliteit van de zorg aldaar. Ik vond echt dat u daarmee heel erg uw nek uitstak. Zou u op dit moment dezelfde opmerking nog maken of

bent u er inmiddels zo van overtuigd dat die basale dingen inmiddels goed geregeld zijn dat u die opmerking nu niet meer zou maken?

Minister **Klink**: Ik ga daarop antwoorden als de heer Van der Veen mij toezegt dat hij naderhand dezelfde vraag beantwoordt. Uitgaande van de meest basale zorg, zoals de aanwezigheid van een arts en een reanimatieteam, zou ik zeggen: ja, ik durf naar elke SEH te gaan. Of ik op het moment dat ik een ernstige aandoening heb, zomaar naar elk willekeurig ziekenhuis zou gaan in de veronderstelling dat er altijd optimale zorg geboden wordt, is het antwoord nee. Ik zou mij eerst goed laten informeren. Ik vind dat die informatie niet alleen bij mij beschikbaar moet zijn maar dat wij die allemaal moeten hebben, objectief en openbaar. Daarom zijn de kwaliteitsindicatoren van belang, evenals de veiligheidsnormen. Je mag namelijk niet door een bepaalde bodem van kwaliteit heen gaan. Volume kan van die veiligheidsnormen een buitengewoon essentieel onderdeel uitmaken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik zou hetzelfde gezegd hebben als u, hoewel ik het ten aanzien van de spoedeisende hulp niet helemaal zeker weet. Die basale normen zijn het allerbelangrijkste. Als je de gezondheidszorg in gaat, wil je zeker weten dat het basaal goed geregeld is. Daar zou naar mijn idee ook de hoogste prioriteit moeten liggen en daaraan zou, als het gaat om doorzettingmacht, ook absolute voorrang gegeven moeten worden. In dat opzicht zou het veld zich eigenlijk moeten schamen dat het dit nog niet voor elkaar heeft. Op welk moment zou u kunnen zeggen: ik durf naar elk ziekenhuis toe want de basale zorg is goed geregeld?

Minister **Klink**: Twee dingen zijn hierbij van belang. De ondergrenzen moeten wij in beeld krijgen. Wij moeten ze niet alleen definiëren maar wij moeten ook weten hoe men daarop scoort. Daarnaast is van belang de kwaliteitsinformatie, maar die stijgt als het ware boven die ondergrenzen uit. Ik sprak eerder over volume. In de internationale en nationale literatuur is er veel over volumes te doen. Voordat je eisen op dat punt wilt stellen, moet je wel heel zeker weten dat het ook terechte eisen zijn. In de stukken die ik nu ken en die de Kamer binnenkort ook zal ontvangen, zie je dat het nogal een zoektocht is om de goede onderzoeken er uit te lichten en om die vervolgens te spiegelen met de gegevens die wij in Nederland hebben, maar gaandeweg ontstaat er wel zicht op. Wij weten dat twee dingen van belang zijn: het volume en het navolgen van richtlijnen. Ik noem als voorbeeld darmkanker en het via de lymfeklieren nagaan in hoeverre er sprake van is dat men nog steeds aan die aandoening lijdt. Daarbij is niet zozeer volume belangrijk als wel het zorgproces en het feit dat de richtlijnen worden gevolgd. Als je dat niet doet, krijgen mensen te maken met chemotherapie of radiotherapie terwijl dat eigenlijk onnodig is en het bij mensen schade aanricht in plaats van dat je ze helpt, nog los van de kosten die ermee gemoeid zijn. Dus volume en zorgproces zijn beide van belang. Zoals gezegd, zal de Kamer daarover binnenkort stukken ontvangen die ook in die richting zullen wijzen. Die zullen wij ook meenemen in de veiligheidsnormen die in de loop van het voorjaar voorhanden zijn.

Verder heeft de heer Van der Veen gevraagd naar het toezicht op de medische apparatuur. In de wet cliëntenrechten zorg wordt geregeld dat het onderhoud van medische apparatuur door gecertificeerde onderhoudsdiensten moet plaatsvinden. Ik heb een poosje met de gedachte gespeeld dat de inspectie ook zelf zou kunnen toezien op de apparatuur maar aangezien het gaat om tienduizenden aangrijpingspunten voor toezicht, is dat ondoenlijk. Maar je kunt er wel op toezien dat het proces gecertificeerd is en dat er met enige regelmaat door de onderhoudsinstanties gecontroleerd wordt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het gaat mij met name om onderhoud en vervanging. Ik noem als voorbeeld een ziekenhuis in Almelo waar gedoe was rond slangen die in tien jaar niet gecontroleerd waren. Ik heb begrepen dat nu pas in 35% van de gevallen slangen vervangen zijn. Dus er is geen regeling omtrent vervanging en onderhoud. Anderhalf jaar geleden heeft collega Van Miltenburg een motie ingediend, die door mij is meeondertekend, waarin aandacht wordt gevraagd voor dat probleem. Ik breng die motie dan ook nog eens onder uw aandacht. Wij hechten er zeer aan dat het punt van vervanging en onderhoud goed geregeld is, want daar gaat het heel vaak fout.

Minister **Klink**: Mag ik u toezeggen dat er van onze zijde nader inzicht wordt gegeven in hoeverre dit voldoende is geregeld? Een gemakkelijk antwoord zou kunnen zijn dat de onderhoudsdiensten die gecertificeerd zijn, op een adequaat moment hun vinger zullen opsteken en zullen zeggen: u moet die slangen vervangen. Maar ik ben er niet zeker van. Dus ik wil in beeld brengen in hoeverre dit soort zaken erin is meegenomen en of er lacunes zijn wat betreft de certificering.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Op dit moment kunnen die onderhoudsdiensten het signaleren maar als de eigenaar van die apparatuur dat gewoon laat lopen, dan schiet dat dus niet op. Naar ons idee moet dat echt strakker geregeld worden en moet het ook wettelijk afgedwongen kunnen worden, want er gaat veel fout op dat terrein.

Minister **Klink**: Ik ben voornemens om op 23 april in de ministerraad de wet cliëntenrechten zorg te agenderen. Die komt dan daarna naar de Kamer. Ik kan mij voorstellen dat daarin dit element sowieso meegenomen wordt. Als uw vraag daar niet in zit, dan zeg ik u toe dat daarover separaat een brief komt.

De heer **Vendrik** heeft gevraagd naar de verschillen tussen eisen die worden gesteld aan privéklinieken en eisen die worden gesteld aan WTZi-geregistreerde instanties. De kwaliteitswet en de wet BIG maken geen onderscheid tussen privaat en publiek. Wel is het zo dat wij tot voor kort niet precies wisten welke instellingen zich afficheren als privékliniek. Met de nieuwe wet uitbreiding bestuurlijke handhaving is er de verplichting om zich te laten registreren, zodat de inspectie ook weet welke instellingen het betreft. Vervolgens zullen ze gewoon moeten meedoen aan de basissetindicatoren en alles wat daaruit voortvloeit zodat wij ook inzicht krijgen in hun kwaliteit. Het laatst gehouden onderzoek van de inspectie wijst overigens uit dat de kwaliteit van de privé-instellingen in de regel behoorlijk is, sterker nog, dat die gewoon goed is. Dat neemt niet weg dat er een registratieverplichting komt en dat men aan dezelfde eisen zal moeten voldoen als de andere instellingen. De vorige week hebben wij in de Kamer en spoeddebat gehad over de zorgboerderijen waarvan blijkt dat die nog geen registratieverplichting kennen, ook niet voortvloeiende uit de wet uitbreiding bestuurlijke handhaving. Dus ik moet nog iets verzinnen waardoor ook die zich zullen moeten laten registreren.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat privéklinieken zich moeten laten registreren, wist ik. Mijn punt was nu juist – dat hebben wij herhaaldelijk onder de aandacht van de minister gebracht – dat wij niet zien dat voor privéklinieken waar ook gewoon lichamelijke zorg wordt geboden gelijk aan reguliere ziekenhuizen, een lichter regime geldt. Waarom worden privéklinieken niet vergunningsplichtig, zodat ze eerst toegelaten moeten worden voordat ze überhaupt in Nederland actief mogen zijn? Waarom worden er verschillende regimes gehandhaafd?

Minister **Klink**: Het verschil in regime is gelegen in de vergunningsplichtigheid. Krachtens de wet cliëntenrechten zorg zal die vergunningsplicht

verdwijnen omdat die niet van zoveel toegevoegde waarde is. De echte toegevoegde waarde zit erin dat na registratie de inspectie weet dat er instellingen zijn en dat wanneer er indicaties zijn van ontoereikende zorg, zij direct kan interveniëren. Bij de snijdende disciplines is het zo – dat geldt dus ook voor privéklinieken – dat er altijd heel snel na registratie een bezoek door de inspectie wordt afgelegd. De vraag over de medicinale zuurstof zal ik in tweede termijn beantwoorden.

De **voorzitter**: Dan zijn wij nu toe aan de tweede termijn, waarbij een spreektijd geldt van twee minuten per fractie.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. De minister heeft gezegd dat krachtens nieuwe wetgeving de vergunningsplicht zal verdwijnen. Dit terwijl de hele gang van zaken rond privéklinieken aantoont dat je juist een vergunningsplicht nodig hebt. Je kunt beter vooraf iets voorkomen dan dat je later de put moet dempen als het kalf verdrongen is. Ook de discussie rond de zorgboerderijen is hiervan een goed voorbeeld. Dus waarom niet een vergunningsplicht, mede in relatie tot alles wat er is voorgevallen?

Verder zou ik nog aandacht willen vragen voor de kwaliteit en de schaalgrootte. De minister heeft herhaaldelijk gezegd dat concentratie vaak wenselijk is uit hoofde van kwaliteit. Het betreft hier echter een lastig vraagstuk. Ik noem als voorbeeld de discussie rond de verloskunde. De beroepsvereniging geeft aan dat er ten minste vijf gynaecologen nodig zijn in een setting om volwaardige en verantwoorde zorg te kunnen bieden. Er speelt ook een zeker eigenbelang mee van specialisten dat in strijd kan zijn met de objectieve kwaliteitsvraag. Mijn verzoek aan de minister is om daarop in te gaan. Als wij toch discussiëren over de vraag wat waar moet gebeuren, is hij bereid daarbij dan ook de patiëntenbelangen mee te wegen evenals de invloed van de patiënt op de totstandkoming van een bepaalde norm op dat terrein? Hoe borgt hij dat dit objectief gebeurt, los van de belangen van bijvoorbeeld bepaalde specialisten?

Ten slotte nog iets over de standaarden en de richtlijnen. De minister ging heel gedetailleerd in op de situatie waarin een bepaalde richting niet gevolgd wordt, bijvoorbeeld bij stepped care, waarbij er volgens hem de mogelijkheid moet zijn om in te kunnen grijpen. Dan kom je mijns inziens toch terecht bij het dilemma of je dan niet op de stoel van de arts gaat zitten, hetgeen raakt aan de professionele autonomie. Ik verneem hierop graag de visie van de minister.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie):

Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn antwoorden en in het bijzonder zijn ambtenaren die natuurlijk ook achter die antwoorden zitten. Volgens mij is de kwaliteit van die ambtenaren prima.

Ik ben blij met de toezeggingen van de minister ten aanzien van het onderwerp ondervoeding. Ik hoop dat deze minister dit straks goed weet over te dragen in een dossier. Als Kamerlid zal ik dit onderwerp in ieder geval goed in de gaten blijven houden, ook in de volgende periode. Waar ik nog wel een beetje mee zit, is het verhaal van de minister over de transparantie in cijfers. Er zijn ons cijfers over de basiskwaliteitsnormen toegezegd. Ik heb mijn eerste termijn afgesloten met het verhaal over complexe psychiatrische patiënten die nu op de stoep van de maatschappelijke opvang staan. Op het moment dat een ggz-instelling prachtige cijfers weet te presenteren van het aantal separaties dat is teruggebracht en van het aantal medische missers, terwijl het verhaal achter deze cijfers is dat deze patiënten niet meer in de instelling maar in de maatschappelijke opvang zitten waar geen toereikende zorg kan worden geboden, dan zijn wij slecht bezig. Ik heb dit als voorbeeld genoemd, maar ik zou toch

wel heel graag van de minister horen of dit iets is wat vaker en breder voorkomt of dat het slechts een incident is dat dan natuurlijk ook opgelost moet worden.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn uitgebreide beantwoording. Ik ben blij met zijn visie op de regieraad die toch mogelijk wat meer power nodig heeft en die omgevormd gaat worden tot een kwaliteitsinstituut. Ook ben ik blij met het feit dat hij het met de Kamer eens is dat de kwaliteit van de publieke informatie als basis voor de keuze van patiënten en verzekeraars geborgd moet zijn. Wel heb ik daarbij nog de vraag hoe het zit met mensen, met name oudere mensen die geen toegang hebben tot digitale informatie. Hoe komen zij aan voldoende informatie om hun belangen af te wegen?

Verder krijg ik nog graag een reactie van de minister op het idee om de nuldelijnszorg beter in de keten te verankeren. Ik heb de minister het desbetreffende informatiemateriaal overhandigd. Patiënten moeten kunnen weten wat ze veilig zelf thuis kunnen doen en in welke gevallen ze naar de huisarts toe moeten. Dat schakeltje moet veel sterker worden. Genoemd materiaal biedt ook aan allochtone patiënten informatie, hetgeen ook van absolute meerwaarde is.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn beantwoording. Met name bedank ik hem voor zijn toezegging over het onderhoud van medische apparatuur. Als ik hem goed heb begrepen, gaat hij serieus kijken naar de mogelijkheid om zichtbare zorg publiek te borgen.

Verder krijg ik nog graag een reactie van de minister op de opmerking van de Nationale ombudsman dat de IGZ een te beperkte taakstelling heeft. Ik blijf wel met het probleem zitten hoe wij de kwaliteit beter en inzichtelijker kunnen maken. In feite wordt er op twee manieren gewerkt. De eerste betreft de financiële prikkels; hoe beter je je best doet, hoe meer geld je krijgt. De tweede betreft de voorwaarden om dat te kunnen meten. Dat komt echter slecht van de grond. Als ik een beetje negatief ben, zeg ik dat dit het verhaal van de goede bedoelingen is, maar ik ken de minister wel zo goed om te weten dat hij er echt verder mee wil gaan. Mij spreekt het NICE-model heel erg aan. De regieraad moet dus zo snel mogelijk weg en er moet een echt stevig instituut voor in de plaats komen. Op het moment dat het veld niet of onvoldoende ontwikkelt, moet dat instituut met een verhaal kunnen komen dat ook afdwingbaar is, zeker als het gaat over basale normen. Daarnaast hoop ik echt dat de vermenging die nu in de wetenschappelijke verenigingen van de specialisten zit tussen inhoud en financiën weggenomen wordt door de instelling van genoemd instituut. Het moet zo zijn dat als een wetenschappelijke vereniging iets ontwikkeld heeft, dat instituut kan nagaan in hoeverre financiële belangen een rol hebben gespeeld bij de inhoudelijke gang van zaken. Ik denk dat dit de ontwikkeling van richtlijnen zeer ten goede zou komen. De minister heeft gelijk dat je niet alles af kunt dwingen en dat je soms ook een moreel appel moet doen op betrokkenen, maar de andere kant is wel dat iedereen die in de zorg werkt, niet voor niets in de zorg werkt. Op basis van alles wat wij in het veld stoppen, mag je ook van dat veld zelf verwachten dat het ervoor zorgt dat de kwaliteit toeneemt. Uiteraard worden er ook nu al heel goede prestaties geleverd, maar waar het beter kan, moet het beter.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Ook ik dank de minister voor zijn antwoorden, mede mogelijk gemaakt door een stel kwalitatief uitmuntende ambtenaren. Ik snap overigens wel dat het berichtje van de heer Ekkelenkamp niet zo goed geland is, want daarin stond namelijk iets anders over de kwaliteit van de ambtenaren.

Ondanks diens demissionaire status geef ik deze minister graag de politieke ruimte om met een pittig verhaal rond dat nationale kwaliteitsin-

stituut te komen. Laat dat maar komen en dan ligt dat panklaar voor een nieuw kabinet om de bal in de goal te schoppen.

Dezelfde snelheid gun ik de minister als het gaat om de basisnormen. Ik staak maar even het debat daarover, maar de uitwerking ervan had er natuurlijk best al mogen zijn.

De minister heeft terecht gezegd dat zorg voor kwaliteit als eerste in het DNA van de zorginstellingen moet zitten, in hun beroepstrots en hun interne cultuur. Daar moet het uiteindelijk ook gerealiseerd worden. Daar moet het dagelijkse leven zodanig georganiseerd worden dat kwaliteit er altijd toe doet. Dat veronderstelt tegelijkertijd dat wij een financieel systeem hebben in de zorg dat dit bevordert in plaats van dat het al die partijen de andere kant op stuurt. De marktwerkingsoperatie van deze minister drijft partijen voor een deel die andere kant op. Ik zie de minister nu nee schudden. Welnu, dan mag hij mij nog een keer uitleggen waarom ik dat verkeerd zie.

Als wij kwaliteit willen bevorderen in de zorg, dan kan dat niet zonder een sterkere rol van de PGO-organisaties. Die blijven in dit debat wat buiten schot, maar dat hoort eigenlijk niet. In de Kamer betreft het een apart debat; ik zou dat voor 9 juni eigenlijk nog een keertje willen voeren, want er gebeuren op dit gebied dingen waar ik vragen over heb. Voor dit moment zou ik de minister willen vragen om dat ook krachtig te bevorderen. Dat gaat dan ook over het budget. Als wij de kwaliteit zo belangrijk vinden, dan moet die ook geborgd worden in een betere financiering van PGO-organisaties. Met de huidige 30 tot 35 mln. op de begroting van VWS redden wij dat nooit.

Minister Klink: Mevrouw de voorzitter. De heer Van Gerven en ik zijn het over één ding eens en dat is dat de vergunningsplicht niet afgeschaft zou worden als die voorwaardelijk zou zijn voor de kwaliteit en dus echt van toegevoegde waarde zou zijn. Die toegevoegde waarde is er evenwel niet. Het komt echt aan op de registratie en de kennis van zaken over de aanwezigheid van de instellingen en vervolgens op adequaat toezicht. Een vergunning voegt in termen van eisen die je vooraf stelt, niets toe. De registratieplicht in combinatie met goed toezicht zal mijns inziens goed werken. Verder zal ik kijken in hoeverre ik de zorgboerderijen onder die registratieplicht kan brengen; ik ga de witte vlekken daarin verkennen. Of er nu via een pgb of in natura ingekocht is, de kwaliteit moet altijd geborgd zijn, zonder dat overigens leidt tot een overmaat aan administratie.

Het punt van de kwaliteit in relatie tot schaalgrootte zal zeker bij het onderwerp babysterfte aan de orde komen. Niet weinigen stellen dat voor de zorg ten behoeve van zwangere vrouwen en degenen die geboren worden een bepaalde mate van concentratie nodig is. Ik kom daarop nog nader terug in de brief die ik de Kamer binnenkort zal sturen op basis van het rapport van de stuurgroep dat wij daarover hebben gekregen. Dus verloskunde heeft onze aandacht. Voor het overige kan concentratie voortvloeien uit volumeontwikkelingen. Ik wijs op de kinderchirurgie en de kinderoncologie, waarbij vanuit het veld ons gevraagd wordt om het te concentreren bij één instantie, zodat de kwaliteit toereikend geboden kan worden. Verder noem ik het dotteren en de 600-eis. Dat werkt concentratie in de hand. Hetzelfde geldt voor eisen die je rondom volume zou kunnen gaan stellen aan de behandeling van slokdarmkanker en eierstokkanker en andere vormen van zorg. Ik loop dus niet weg voor concentratie maar die moet dan wel ingegeven zijn door de kwaliteit van zorg op grond van het feit dat ik het liefste zorg dicht bij huis heb, wat ook weer een zelfstandige waarde kent.

Verder is gevraagd in hoeverre wij op de stoel van de arts gaan zitten waar het gaat om de standaarden en de richtlijnen. Als in de richtlijnen zelf staat dat alleen maar bij een bepaalde indicatie overgegaan wordt tot bijvoorbeeld stents of bypasses, dan vind ik dat ik de beroepsgroepen aan

die eigen standaarden kan en mag houden. Hetzelfde geldt voor doelmatig voorschrijven in de eerste lijn, waar zo'n 100 mln. mee is gemoeid. Het gaat toch niet gebeuren dat wij op grond van ondoelmatig voorschrijven ergens anders gaan bezuinigen? Dat kunnen wij elkaar niet aandoen. In die zin is er wel een oproep van mij in de richting van de wetenschappelijke verenigingen, het NHG, de LHV et cetera om zich de financierbaarheid van de zorg eigen te maken en daarnaar te handelen. Daarmee is namelijk een belangrijk maatschappelijk doel gediend. Anders zullen wij het aanvullende pakket moeten uitbreiden en het basispakket moeten versmallen, terwijl dat eigenlijk niet nodig is.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat is nu precies wat ik bedoel. De oproep van de minister aan de sector is zeer terecht, maar daar hoort ook de volgende oproep aan deze minister bij. Daar er kennelijk overbehandeld wordt – onderzoek toont dat aan – dient hij zich ook de vraag te stellen wat daarvan de oorzaak is. Die overbehandeling is natuurlijk ook voor een deel gelegen in het feit dat er aan verdiend wordt, dat er een premie zit op ten onrechte meer volume. Dan moet deze minister gaan nadenken of dat wel zo'n handig systeem is. Dan staan de financiële prikkels de verkeerde kant op.

Minister **Klink**: Ik onderschrijf bijna alles wat u zegt, maar ik wijs er wel op dat wij de afgelopen jaren de praktijkvariatie niet alleen hebben geagendeerd maar dat wij die ook in beeld hebben gebracht. Wij hebben onder andere de regieraad de opdracht gegeven een en ander in beeld te brengen. Daarnaast heb ik het CVZ advies gevraagd over die praktijkvariatie. Het heeft mij afgelopen week een advies gegeven waarin men voor het eerst gepaste zorg introduceert, in de zin dat men op basis van de praktijkvariatie aangeeft dat in bepaalde gevallen bijvoorbeeld geen stents geplaatst moeten worden. Er zijn meer voorbeelden genoemd, zoals antidepressiva die gegeven worden in de eerste lijn terwijl die de mensen niet helpen en dus niet nodig zijn. De vervolgstap is om het in de afspraken te verdisconteren en om de richtlijnontwikkeling op basis waarvan de praktijkvariatie in beeld kan worden gebracht, te versnellen. Vandaar dat kwaliteitsinstituut. In laatste instantie betekent het ook – daar werken wij parallel aan – dat de bekostiging zodanig herijkt wordt dat niemand belang krijgt bij overbehandeling of dat het «pijn» doet op het moment dat een vervolgbehandeling, zoals een hersteloperatie, nodig is. Wij hebben kwaliteit nog te weinig verankerd in onze bekostigingsmodellen. Wij betalen consulten, dbc's en receptregels, maar wij betalen geen kwaliteit. Dus uw oproep, mijnheer Vendrik, is mijn missie maar ook mijn ambitie: wij moeten dat veranderen en wel zo snel mogelijk. Dit is ook het thema dat ik al twee maal in mijn gesprekken met de NZa geagendeerd heb: in godsnaam ga werken aan een herijking van je bekostigingsmodel.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Maar de bottomline blijft dat in het primaire proces verdiend kan worden dankzij het bekostigingsmodel dat een paar jaar geleden is geïntroduceerd en dat domweg tot een hoger inkomen van de specialisten leidt als men tot overbehandeling overgaat. Dat neemt u niet weg. Ik snap wel uw pogingen om dat achteraf of van buitenaf te corrigeren met het kwaliteitsinstituut, maar in het primaire proces ligt er ook een opgave. En dit raakt aan het fundament van de bekostiging van de zorg. Volgens mij moet u dan ook de vraag willen beantwoorden of dat nu allemaal wel zo handig gegaan is de afgelopen jaren.

Minister **Klink**: Dit thema van kwaliteit betalen in plaats van volume is tot nu toe nooit een agendapunt geweest. Wat ik doe, is parallel aan de ontwikkeling van de prestatiebekostiging, deze kwaliteitselementen

toevoegen. Zo hebben wij bij hartfalen, diabetes en COPD samenhang gecreëerd, dus gebundelde zorg, gebundeld betalen. Tegelijkertijd hebben wij de kwaliteitsindicatoren ontwikkeld die aangrijpingspunt kunnen zijn voor de zorgverzekeraars om daarover te onderhandelen, zodat je kwaliteit betaalt. Om die reden heb ik gezegd dat wij af moeten van de receptregelvergoedingen en heb ik een prestatiebeschrijving gevraagd aan de NZa waarin onder andere medication review meegenomen wordt om die te gaan betalen. Degenen die terugwillen naar een gebudgetteerd stelsel staan voor dezelfde vraag. Bij budgetten is vaak sprake van een volumedempend effect in de zin van: ik krijg toch mijn geld wel. Vandaar die wachtlijsten in het verleden.

Aan het adres van mevrouw Wiegman kan ik zeggen dat ik geen enkele indicatie heb dat ggz-instellingen hun scores verbeteren door moeilijke gevallen buiten de deur te houden. Dat neemt niet weg dat ik haar signaal wel heel serieus neem. Ook bij de sterftecijfers is de correctie voor zorgzwaarte van groot belang. Anders krijg je, wanneer de zorgzwaarte van instantie X groter is dan die van instantie Y, calculerend gedrag ten aanzien van het mijden van bepaalde patiënten. En dat moeten wij echt voorkomen.

Over ondervoeding heb ik al een en ander gezegd. Dit onderwerp blijft wat mij betreft op de agenda staan, al was het maar omdat het een van de tien thema's van het veiligheidsprogramma is. Dat zal echt na deze periode niet zijn afgelopen.

Op de publieke borging waarvan mevrouw Schermers sprak, zal worden ingegaan in de brief die de Kamer zal ontvangen over het kwaliteitsinstituut.

Dan het punt van de digitale informatie richting oudere mensen.

PGO-organisaties zijn op dit punt van groot belang, namelijk dat je niet alleen maar aangewezen bent op je eigen vermogen om informatie op te diepen maar dat je ook telefonisch kunt nagaan in hoeverre mensen voldoende informatie kunnen krijgen. Daarbij speelt ook een rol dat patiënten betrokken worden bij het opstellen van de richtlijnen. Dat doet ZonMw overigens al in optima forma.

De heer **Van Gerven** (SP): Wanneer kunnen wij die brief over de publieke borging tegemoet zien?

Minister **Klink**: Dat zal heel binnenkort zijn, omdat wij voor de afweging staan over het al dan niet uitplaatsen van Zichtbare Zorg. Dat gaat niet eerder gebeuren dan nadat ik u die brief heb gezonden. Er staat ook intern een enorme tijdsdruk op.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik hecht er wel aan dat er geen onomkeerbare stappen worden gezet en dat wij er ons als Kamer nog over kunnen buigen. Is twee weken haalbaar?

Minister **Klink**: Het hangt een beetje van het karakter van de brief af en of ik er al dan niet mee langs de ministerraad zal moeten gaan. Ik laat u schriftelijk weten binnen welke periode ik dat kan doen, maar wij gaan geen omkeerbare stappen zetten zonder dat u er eerst met mij over hebt kunnen spreken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Als het eerst naar de ministerraad gaat en het dan aan ons wordt voorgelegd, is dat toch weer wat anders. Ik zit er een beetje mee. Ik aarzel of ik de minister zal helpen door een motie op dit punt in te dienen die ook wat richtinggevend kan zijn. Als het in de ministerraad aan de orde komt is het wellicht wat gemakkelijker voor de minister als duidelijk is wat de Kamer wil. Dus ik aarzel nog wat. Ik wil hem namelijk zo graag helpen.

Minister **Klink**: Uw gezichtsuitdrukking kan ik na drie jaar langzamerhand spellen en lezen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dit is mijn «helpende» gezichtsuitdrukking.

Minister **Klink**: Dat weet ik. Dan moet je enorm oppassen. Ik heb ook geleerd dat dit enorm snel kan veranderen, dus ik zal snel toehappen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Maar dit is mijn tragiek.

Minister **Klink**: Als het langs de ministerraad gaat, wil dat nog niet zeggen dat er dan een onomkeerbaar besluit is genomen. Overigens staat het de Kamer natuurlijk vrij om desalniettemin moties in te dienen. Op het punt onderhoud medische apparatuur kom ik nog nader terug, mede in het licht van de motie van mevrouw Van Miltenburg en de heer Van der Veen.

De vraag over medicinale zuurstof zou ik graag schriftelijk willen beantwoorden.

Ten aanzien van de Nationale ombudsman hebben wij al een uitvoerig debat gehad in de Kamer. Als er meldingen binnenkomen die niet wijzen op een structureel deficit van zorginstellingen betekent het nog wel dat betrokkenen op het moment dat de inspectie zich daarvan vergewist heeft, door de inspectie op de hoogte worden gesteld van de uitkomsten van een en ander. Als er klachten zijn en de desbetreffende klachteninstantie deze niet in behandeling wil nemen, kunnen de inspectie en ikzelf niets afdwingen maar kunnen wij wel een appel doen op de instellingen om die alsnog in behandeling te nemen.

De heer Vendrik heeft nog gerefereerd aan de marktwerking. Het gaat er in dit verband met name om wat je financiert. Ik wil samenhang en kwaliteit meer bekostigen. Een zekere mate van competitie daarbij vind ik passen bij ons zorgstelsel.

Over het platform en de topstructuur PGO-organisaties zal de Kamer binnenkort bericht krijgen, want wij zijn in overleg om nadere invulling te geven aan de motie die verzoekt om de ggz en dergelijke in die topstructuur mee te nemen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik neem aan dat die brief snel komt?

Minister **Klink**: Uw motie spreekt volgens mij over het voorjaar of voor de zomer.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Mijn deadline is 9 juni.

Minister **Klink**: Voor die tijd hebt u die brief.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dan zou de eerste of tweede week van mei heel erg op prijs gesteld worden.

Minister **Klink**: Ik hoor nu van mijn ambtenaren dat het lastig is om de totale visie op de topstructuur voor 1 juli aan te bieden. Over het punt van de bekostiging zal ik u wel binnenkort inlichten.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik kondig bij dezen aan dat ik een VAO zal aanvragen op het punt van de publieke borging. Ik meen namelijk dat de minister op dat punt veel te veel ruimte laat voor een richting die wij onwenselijk achten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De minister heeft toegezegd de brief over de medicinale zuurstof schriftelijk te zullen beantwoorden. Ik sluit evenwel

niet uit dat ik om een VAO zal verzoeken om op dit punt een motie in te dienen. Dat wil ik dus nog overwegen.

De **voorzitter**: Akkoord. Dan zijn wij hiermee gekomen aan het eind van dit algemeen overleg. Ik dank de minister en zijn ambtenaren voor hun aanwezigheid.