

Voorzitter,

Mijn fractie dankt de minister voor de vele verhelderende antwoorden en de collega's voor hun grondige voorbereidende werk in de schriftelijke rondes. Er is wat ons betreft op zichzelf genomen niet veel discussie nodig over het nut van een grondige borging van de kwaliteit van de zorg. We leven in een tijd waarin medisch-technisch gezien veel kan en economisch gezien veel minder. We leven in een tijd waarin patiënten en cliënten terecht veel mondiger zijn geworden, mee willen praten over wat goede zorg is en willen weten dat de zorg die zij ontvangen optimaal aansluit bij hun behoefte. En dus ligt het meer dan ooit voor de hand dat we proberen te omschrijven wat goede zorg is. Toch zit daar wel een adertje onder het gras. Immers, hoe preciezer en objectiever we proberen te beschrijven wat die goede zorg is, des te meer beperken we ons tot de objectiveerbare aspecten van die zorg. En dat betekent dat de valkuil van het protocolliseren en proceduraliseren levensgroot voor ons ligt. Maar hebben we daarmee ook het hart geborgd van wat goede zorg uitmaakt?

Natuurlijk maakt het wel heel veel uit waarover we spreken. Niet voor niets is er in de schriftelijke uitwisseling al onderscheid gemaakt tussen de acute en de langdurige zorg, maar het is nog wel wat specifiekere dan dat. Bij specifieke medische ingrepen en psychiatrische behandelingen is wellicht vrij precies te beschrijven wat goede zorg is. Ook dat is altijd met de kennis van nu, want die precieze beschrijving zou bij allerlei aandoeningen in de loop van de tijd nogal veranderd zijn. Of het nu gaat om borstkanker, maagzweren of psychotrauma, de standaard voor goede zorg is in de loop van de tijd regelmatig veranderd. Dat is geen reden om geen standaard vast te leggen, maar wel om terughoudend te zijn in onze pretenties. Maar in allerlei andere situaties is die standaard minder precies te definiëren, bijvoorbeeld omdat de kern van de zorg in de zorgrelatie zelf zit. Dat geldt in de langdurige zorg, maar het geldt bijvoorbeeld ook in elk geval deels in de psychotherapeutische zorg. De niet-specifieke factoren spelen daarin een essentiële rol. Precies die niet-specifieke factoren zijn echter niet in zorgstandaarden te objectiveren. Zorg is vaak in de eerste plaats een relatie, in de tweede plaats een te omschrijven handeling, en pas in de zoveelste plaats een declarabel product.

De minister beseft dit en spreekt daarom over meer kwalitatieve en narratieve benaderingen die daar zouden moeten worden gebruikt. Ze heeft het ook over procesmetingen in plaats van uitkomstmetingen. En er is juist hier veel te doen met de patiënt- of cliënttevredenheid. En op dit punt horen wij graag van de minister of zij meent dat in de standaarden ook principiële en ethische afwegingen thuis kunnen horen over wat zinvolle zorg is. Maar hier zit wel een spannend punt. Niet alle uitkomsten van zorg zijn objectiveerbaar en meetbaar te maken op een manier die zorgverleners, cliënten of patiënten, zorgverzekeraars en de minister voldoende informatie geeft om de goede keuzes te maken. Met andere woorden: ook al lijkt het voorstel goed in te spelen op de zo verschillende zorgcontexten, de vraag blijft staan of het overal zo kan en wat er gebeurt als we overal zo regelen.

Op dit punt zit ook de vrees van verschillende veldpartijen, waar de minister in haar stukken wat makkelijk langs heen gaat en waarover we in dit debat daarom graag meer duidelijkheid willen. Ik ga achtereenvolgens in op de reikwijdte en begrenzingen, de balans tussen de betrokkenen, de bevoegdheden, en de invoering en handhaving.

Onze eerste vraag betreft de reikwijdte van de wet. Het is ons duidelijk geworden dat die beperkt is tot die zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Er zijn vragen gesteld over de toepasbaarheid van deze wet op de AWBZ-zorg. Terecht zegt de minister dat ook daar goede zorg gewaarborgd moet zijn. Uiteraard. En natuurlijk is op specifieke onderdelen ook in de AWBZ heel goed te bepalen wat goede zorg is. Maar de vraag is of hier professionele standaarden in het algemeen de goede weg zijn. Als goede zorg primair een goede zorgrelatie is, dan is die niet in een standaard te vangen. Als goede zorg draait om eigen regie van de cliënt of patiënt en vertrouwen in de professional, dan is dat niet in een standaard te vangen. En als goede zorg is ingebed in een relatienetwerk met mantelzorgers, vrijwilligers, multidisciplinaire teams, informele zorg, enzovoorts, enzovoorts, hoe zullen we daar dan een professionele standaard op leggen? Er zijn indicaties dat een goed restaurant in de instelling of een aangename omgeving heilzamer zijn dan een meer medische benadering, maar hoe maak je daar ruimte voor in een professionele standaard? Inspirerende voorbeelden van goede zorg zijn vaak onorthodox, meer gericht op welbevinden dan op meetbare en afrekenbare

zorgproducten. Ook dat zal de zorgverlener moeten kunnen verantwoorden, maar het past lang niet allemaal binnen het boekje. Is de minister het met mijn fractie eens dat er al van alles gebeurt op het terrein van verantwoording en dat er een vrij duidelijke consensus is over goede zorg, maar dat dat niet allemaal te regelen is? Deelt zij de visie dat juist in de langdurige zorg de uitkomst door zo veel andere factoren bepaalt wordt dat we zeer terughoudend moeten zijn om een professionele standaard tot het centrale ijkpunt te maken voor de zorgkwaliteit? Welke opdracht krijgt het Kwaliteitsinstituut mee als het gaat om deze niet-objectiveerbare zorgkwaliteit?

Tegelijk bevreedt het ons dat de WMO-zorg en de Jeugdzorg niet onder de reikwijdte van de wet worden gebracht, als wij het goed zien tenminste. Wat de WMO betreft, zijn de stukken nog wat schimmig, want tegelijk staat er wel in de beantwoording: "Het wetsvoorstel maakt daarbij de door gemeenten gecontracteerde aanbieders van maatschappelijke ondersteuning ook direct verantwoordelijk voor de toepassing van daartoe geformuleerde landelijke professionele standaarden." Maar is daarmee de WMO-zorg de facto niet ook onder de reikwijdte van deze wet gebracht? Is er al meer te zeggen over het onderzoek op dit punt dat de staatssecretaris aan de Tweede Kamer heeft toegezegd? En gelden dan niet dezelfde vragen als ik voor de AWBZ noteerde? Klopt de interpretatie dat de gemeenten straks wel verantwoordelijk zijn voor het integrale kwaliteitsbeleid maar niet mogen bepalen wat zij onder goede zorg verstaan omdat dat in de landelijke professionele standaarden en kwaliteitskaders bepaald wordt? Hoe ziet de minister de spanning die hier hoe dan ook ontstaat? En waarom niet ook voor de Jeugdzorg? Daar zouden dezelfde argumenten voor te geven zijn en dezelfde vragen bij te stellen. Graag een toelichting van de minister.

Ons tweede punt betreft de balans tussen de betrokkenen. De zorg is een complex samenspel waarin het uiteindelijk allemaal draait om de cliënt of patiënt. Het is dan ook terecht dat dat perspectief bij herhaling benadrukt wordt, al blijft het wat vreemd om dan te spreken over een professionele standaard. Hier is de uitleg af en toe wat hybride. Dat cliëntperspectief staat namelijk centraal, maar tegelijk gaat het om de stand van de wetenschap en de praktijk, en dat zijn bij uitstek zaken die de zorgverleners kunnen overzien en de cliënten niet altijd, al zeg ik erbij

dat sommige patiëntenverenigingen zeer deskundig zijn. En dan nog is het per sector verschillend: de medisch specialisten hebben waarschijnlijk een goed beeld van de stand van de wetenschap rond een bepaalde aandoening of behandeling, maar het is de vraag of de verzorgenden in de ouderenzorg dat ook hebben en bovendien zijn zij veel minder goed georganiseerd. Dan zit de IGZ er nog bij om te kijken of het wel uitvoerbaar is als meetinstrument. En de zorgverzekeraars omdat zij zicht zouden hebben op praktijkvariatie. Dat laatste vindt mijn fractie niet zo'n sterk argument. Als de beroepsgroep betrokken is bij het ontwikkelen van een praktijkstandaard waar ze vervolgens op afgerekend wordt, dan zorgt zij er heus wel voor dat de praktijkvariatie recht wordt gedaan. Het is wat ons betreft zeer de vraag of de zorgverzekeraars aan tafel dienen te zitten bij het bepalen van de professionele standaarden. De professionele verantwoordelijkheid voor de zorg ligt toch bij de professionals, zo vraag ik de minister? Maakt zij hiermee niet feitelijk de financiële doelmatigheidsmotieven die zorgverzekeraars nu eenmaal hebben toch medebepalend voor de professionele standaarden?

Wij zouden wel graag willen horen hoe de minister dit proces voor zich ziet. Hoe heeft zij geborgd dat de cliënten aan tafel zitten zodat hun perspectief kan meeklinken? En hoe heeft zij geborgd dat de professionele verantwoordelijkheid bij de zorgverleners blijft liggen? Hoe voorkomt zij dat de zorgverzekeraars en andere marktpartijen te veel invloed krijgen? Het gaat hier om de fijnregeling van checks and balances die in ons stelsel essentieel is. In dat stelsel verdienen de posities van de zorgverlener en de patiënt of cliënt vooral versterking. Maar wij vrezen dat die toch onder druk komen te staan als bij de kern van het bepalen van wat goede zorg is zij niet voluit het voortouw krijgen. Als professionele standaarden een belangrijke rol gaan spelen bij het bepalen welke zorg al dan niet gedeclareerd kan worden, dan sluipen er onmiddellijk allerlei motieven en belangen in het proces die ons ongewenst lijken. Natuurlijk moet er ook een afweging op kosten gemaakt worden, maar niet op het moment dat je definieert wat goede zorg is. Die definitie moet toch echt een inhoudelijke zijn. Deelt de minister die mening?

Ons derde punt betreft de bevoegdheden. Als mijn fractie het goed ziet, is het primair aan de beroepsgroepen en cliënten- of patiëntengroepen om het initiatief te nemen een standaard te ontwikkelen. Vervolgens is

het aan de adviescommissie om daar iets van te vinden en aan het Kwaliteitsinstituut om de standaard in te schrijven na een enkel procedurele toetsing. De vraag is echter wie de standaard vaststelt. Ligt die bevoegdheid bij het Kwaliteitsinstituut? Of bedoelt de minister met autorisatie door het veld dat de beroepsgroep de standaard vaststelt? Welk gremium heeft ze dan concreet op het oog? En hoe wordt er omgegaan met veldpartijen die het dan oneens zijn met een bepaalde standaard? Worden die overruled door de meerderheid? Kunnen zij ergens bezwaar aantekenen? En als het gaat om een standaard waarvoor de Adviescommissie het initiatief heeft genomen, hoe is dan geborgd dat deze gedragen wordt door cliënten of patiënten en door de beroepsgroep? Is deze bevoegdheid van de Adviescommissie niet te sterk geformuleerd? Kan zo het Kwaliteitsinstituut met de door haar benoemde Adviescommissie niet de facto buiten de patiënt en professional om een standaard vaststellen die vervolgens door de Inspectie en Zorgverzekeraar kan worden opgelegd? Hoe wordt voorkomen dat daar allerlei ongewenste elementen in worden opgenomen, zoals – ik noem maar wat – een verplichting om aan iets EPD-achtigs mee te werken? Hier mist een goede borging, zo vreest mijn fractie en ze wordt graag door de minister gerustgesteld. Als standaarden worden ontwikkeld en opgelegd, dan luistert het wel nauw hoe.

Wanneer dan eenmaal een professionele standaard is ingeschreven in het register en kennelijk vastgesteld, dan wordt hij de basis voor meetinstrumenten voor de Inspectie en declaratiestructuren voor de zorgverzekeraar. Ook hier hebben wij nog een vraag bij. De bedoeling is dat standaardisering zal leiden tot vermindering van administratieve druk bij de controle. Is de minister het ermee eens dat dat alleen zal gebeuren wanneer bij voorbeeld de Inspectie en de Zorgverzekeraars terughoudend zijn om naast de standaarden nog allerlei andere indicatoren te gebruiken. En is dat niet een ijdele hoop gezien het feit dat we veel aspecten van de zorg juist niet in deze standaarden kunnen vangen? Volgens ons zijn professionele standaarden primair nuttig in de horizontale verantwoording tussen collega's onderling en tussen zorgverlener en zorgontvanger.

Ten slotte wat betreft de invoering van standaarden na vaststelling: wellicht hebben we het over het hoofd gezien, maar we horen graag of er

een minimumperiode is tussen het moment van vaststellen en het moment dat de zorg op naleving van een bepaalde standaard wordt beoordeeld, zodat de beroepsgroep de standaard ook kan implementeren. Ook willen we meer horen van de minister over ruimte om te experimenteren en innoveren. De Memorie van Toelichting noemt het belang daarvan met het oog op bijstelling van de standaarden, maar dat wordt ingewikkeld als je te sterk op de naleving van die standaarden wordt afgerekend. Hoe is in deze wet de experimenteerruimte van zorgverleners gewaarborgd?

Voorzitter, mijn fractie steunt de gedachte dat het goed is om te kijken of we preciezer in beeld kunnen krijgen wat goede zorg is. Daar lijken ook alle betrokkenen het wel over eens. We begrijpen dat daar een bundeling van eerdere initiatieven in één Kwaliteitsinstituut bij kan helpen. Onze vragen zijn er vooral op gericht om de uitgangspunten overeind te houden: leg de verantwoordelijkheid daar waar zij hoort en maak er geen bureaucratisch top down systeem van. We zien uit naar de antwoorden.