

Vergaderjaar 2010–2011

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 46

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 23 mei 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 20 april 2011 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 mei 2010 over de oprichting van een nationaal kwaliteitsinstituut (31 765, nr. 19);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 juni 2010 over veiligheidsnormen voor ziekenhuiszorg II (31 765, nr. 22);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 juli 2010 ter aanbieding van het IGZ-rapport implementatie VMS ziekenhuizen (31 765, nr. 23);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 oktober 2010 ter aanbieding van het IGZ-rapport Het resultaat telt particuliere klinieken 2009: Verbeteringen zichtbaar (32 500-XVI, nr. 10);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 december 2010 ter aanbieding van het IGZ-rapport Zorgproces rond operaties voor borstkanker is verantwoord (32 500-XVI, nr. 106);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 december 2010 ter aanbieding van het rapport Monitor Zorggerelateerde Schade 2008 (resultaten van het herhaalde dossieronderzoek in 20 Nederlandse ziekenhuizen met betrekking tot de ziekenhuiszorg) (31 016, nr. 17);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 december 2010 ter aanbieding van het IGZ-rapport Peroperatief Proces uiteindelijk veiliger (31 016, nr. 18);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 januari 2011 over de berichten over het mogelijk verdwijnen van functies in het azM (32 299, nr. 8).**

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), Smeets (PvdA) voorzitter, Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Van der Burg (VVD), Ouweland (PvdA), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wolbert (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Uitslag (CDA), Elias (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Mulder (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Bruins Slot (CDA), Voortman (GroenLinks) en Klaver (GroenLinks).
Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Kuiken (PvdA), Omtzigt (CDA), Berndsen (D66), Klijnsma (PvdA), Ulenbelt (SP), De Liefde (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Vermeij (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Van Toorenburg (CDA), Lodders (VVD), Van der Ham (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Straus (VVD), Van Miltenburg (VVD), Ormel (CDA), Sap (GroenLinks) en Van Tongeren (GroenLinks).

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: Smilde
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn vijf leden der Kamer, te weten: Smilde, Gerbrands, Mulder, Van der Veen en Leijten,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

De **voorzitter**: Ik heet de minister en haar ambtenaren, de mensen op de publieke tribune en mijn collega's van harte welkom bij dit algemeen overleg over kwaliteitszorg cure. We hanteren een spreektijd van maximaal vijf minuten. Gezien het kleine aantal fracties is er geen beperking op het aantal interrupties, maar die kan nog komen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Alle partijen zijn het erover eens dat de zorg van goede kwaliteit moet zijn. Toch lukt het niet om de potentieel vermijdbare schade in ziekenhuizen te laten dalen. «Kwaliteit van zorg is ons ernst», stelt de KNMG, maar patiëntveiligheid is nog altijd geen onderdeel van de opleiding tot arts, verpleegkundige of paramedicus. Onze grootste zorgverzekeraar Achmea zegt dat hij op dit moment van slechts 6% van de zorg de kwaliteit kan meten. Blijkbaar staat ondanks alle rapporten en onderzoeken het kwaliteitsaspect nog in de kinderschoenen. Wij denken dat dit de noodzaak van een kwaliteitsinstituut illustreert en daarom is het bijzonder jammer dat de minister hierover deze week met een uitstelbrief kwam. Wij willen dan ook graag weten wanneer we wel zicht hebben op het instellen van een kwaliteitsinstituut. Zeker gezien de plannen die per 1 januari 2012 worden uitgevoerd, is het van groot belang dat het instituut zo snel mogelijk wordt opgericht.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mevrouw Gerbrands zegt dat het kwaliteitsinstituut er zo snel mogelijk moet komen. De minister heeft de Kamer twee dagen geleden een uitstelbriefje gestuurd zonder enige overweging of datum waarop we het wel tegemoet kunnen zien. Wat is zo snel mogelijk?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): We moeten op z'n minst voor 1 januari 2012 kunnen inzien hoe het met de kwaliteit is gesteld in de instellingen, gezien het feit dat zorgverzekeraars moeten gaan inkopen op prijs en kwaliteit. Voor die tijd moet er een heleboel openbaar zijn. Of dit door het kwaliteitsinstituut gedaan wordt of via een andere weg gebeurt, maakt niet uit. De kwaliteit moet zichtbaar zijn zodra we met het nieuwe systeem gaan werken.

De **voorzitter**: Laten we afspreken dat we korte vragen stellen en korte antwoorden geven.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik neem aan dat die opmerking op het antwoord sloeg. Stel dat het niet voor 1 januari duidelijk is wat de kwaliteitscriteria zijn. Welke gevolgen heeft dat in uw ogen voor de voortgang van het stelsel?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Als niet op kwaliteit kan worden ingekocht, hebben we per 1 januari 2012 een probleem. Dat is heel simpel.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter ...

De **voorzitter**: Nee, mijnheer Van der Veen. U mag maximaal één vervolgvraag stellen. Die hebt u net gehad.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): De minister geeft onder meer aan dat zij onverminderd vasthoudt aan het reduceren van de vermijdbare schade en sterfte met 50% in 2012. Het VMS Veiligheidsprogramma moet daarom met nog meer energie voortgezet worden. Hoe staat het met de implementatie van het VMS-systeem? Waaruit bestaat de intensivering en extra inzet? Kan de minister dat verduidelijken?

Lokale initiatieven uit het veld en best practices zoals de SURPASS-checklist, laten zien dat er nog veel winst te halen valt. Wat kan de minister doen om dit soort best practices beter te faciliteren zodat ze sneller geïmplementeerd kunnen worden? De sterfte rondom operaties is door de checklist met de helft gedaald. Dat is geweldig nieuws en brengt ons gelijk op de sterftecijfers. Zijn die al openbaar? Niet alleen de sterftecijfers maar alle cijfers over medische prestaties moeten onzes inziens zo gauw mogelijk publiekelijk toegankelijk worden. Heeft de minister er al zicht op wanneer dit gaat gebeuren? Wat ons betreft hoeven we daarbij niet op het kwaliteitsinstituut te wachten.

De IGZ voert de kwaliteitsonderzoeken uit. Is de minister op de hoogte van de kritiek op de inspectie dat ze haar uitkomsten op te kleine aantallen patiënten baseert, wat het kwaliteitsoordeel twijfelachtig maakt? Dit wordt gesteld in het promotieonderzoek van Hester Lingsma van de Erasmus Universiteit. Ik wil daarop graag een reactie van de minister.

Wij delen de visie van de minister dat het concentreren van zorg de kwaliteit kan verbeteren. We begrijpen dat het azM met andere umc's afspraken wil maken over het aanbod van topreferente zorg. We horen echter ook van de NMa dat onderlinge specialisatieafspraken, waardoor de zorg geconcentreerder wordt, de keuzemogelijkheden voor patiënten beperken. De NMa stelt daarom duidelijk dat gezamenlijk overleg over taakverdeling onder het kartelverbod valt. Hoe denkt de minister de nodige concentratie van zorg te bewerkstelligen als de NMa overleg hierover verbiedt? Vandaag zag ik het bericht dat drie ziekenhuizen in de regio Den Haag een intentieverklaring gaan tekenen voor samenwerking. Hoe verhoudt dat zich tot de uitspraak van de NMa? Als ziekenhuizen nu juist met het oog op het concentreren van specialistische zorg onderling afspraken gaan maken, hoe kan de NMa daar dan een stokje voor steken? Als de NMa er een stokje voor kan steken, hoe gaan wij die concentratie dan realiseren?

Patiëntenorganisaties zijn te weinig betrokken bij het ontwikkelen van kwaliteitsaspecten. Dat is eigenlijk heel vreemd. Er wordt blijkbaar alleen gekeken of een operatie of behandeling geslaagd is vanuit medisch-technisch oogpunt. Maar hoe zit het met de klacht van de patiënt? Is die wel verholpen?

Tot slot. Er wordt een steeds groter beroep op de IGZ gedaan, maar er is nauwelijks inzicht in de effecten van het toezicht. Wat is de meerwaarde? Wat zijn de uitkomsten? Moeten de prestaties van de inspectie niet eens gemeten worden aan de hand van kwaliteitscriteria?

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Dit algemeen overleg ligt in het verlengde van waar wij het vorige week over hebben gehad: de prestatie-bekostiging. Ik heb toen al gezegd dat de VVD blij is dat de verzekeraars in hun rol komen. Daardoor gaat de bal harder rollen, zeker als de verzekeraars – ik noemde CZ vorige week als voorbeeld – komen met normen voor borstkankerzorg. De vraag is of we niet een stap verder moeten gaan. We spreken nu over normen per ziekenhuis, maar zouden we niet naar normen per specialist en/of hun team toe moeten? Het is vergelijkbaar met Michelinsterren: de kok die de ster verdient.

Het is goed dat we langzaam richting die concentratie gaan. Minimumnormen leiden tot concentratie in de zorg. Daardoor kun je de lat steeds hoger leggen. Je krijgt dynamische normen die steeds hoger gelegd zullen worden. De VVD vindt dat een goede zaak. Zo kan ook de praktijkvariatie eruit. We hebben het daar al een aantal keren over gehad.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb een vraag over de kwaliteitsnormen. In het debat over de mogelijke beperking van het aantal spoedeisendehulp-posten zei de heer Mulder dat als verhoging van de kwaliteitsnormen niet zou leiden tot sluiting van een x-aantal spoedeisendehulp-posten die dicht bij elkaar liggen, waardoor dus geen probleem ontstaat met de bereikbaarheidsnorm, de kwaliteitseisen maar verder omhoog moeten. Is dat de manier waarop de VVD de kwaliteit en de concentratie die zij daarmee beoogt wil vormgeven? Wil ze de lat zo hoog leggen dat er een groot aantal dicht moet?

De heer **Mulder** (VVD): De zorgsector is een van de weinige terreinen waar de kwaliteit omhoog kan door te concentreren. Tegelijkertijd kunnen de kosten per behandeling omlaag. We willen niet dat er iets dicht gaat als de kwaliteit verbetert. De kwaliteit is leidend. We hebben het over Amsterdam gehad. Waarom moeten daar zes SEH's zijn? Misschien kan het toe met drie. Je concentreert het dan. De kwaliteit kan omhoog zonder dat je komt aan de bereikbaarheidsnormen. Die zijn er namelijk wel degelijk; dat is het publieke belang. Als je eenmaal het publieke belang hebt gedefinieerd, je daarbinnen de kwaliteit omhoog kunt krijgen en je ook tot kostenbesparing kunt komen, moet je dat wat de VVD betreft zeker doen. Zo krijg je namelijk meer kwaliteit per euro. Daar is iedereen beter mee af: patiënten en premiebetalers. Ik begrijp nog steeds niet waarom de SP daartegen is.

De **voorzitter**: Mijnheer Mulder, ook u verzoek ik om kort en bondig te antwoorden. Mevrouw Leijten, een korte vervolgvraag.

Mevrouw **Leijten** (SP): De discussie ging over de vraag of afdelingen, in dit geval spoedeisendehulp-posten, op grond van kwaliteit worden gesloten of op basis van financiële overwegingen. De heer Mulder zei toen: als we ze niet kunnen sluiten vanwege de kwaliteitsnormen, wat nodig is voor de financiële houdbaarheid, gooien we de kwaliteitsnormen nog verder omhoog. Wat staat voorop voor de VVD, kwaliteitsnormen die gemaakt worden door de beroepsgroepen of gewoonweg zo ver mogelijk doorconcentreren vanwege de financiële houdbaarheid? Is het de kwaliteit of is het het geld?

De heer **Mulder** (VVD): Dat is heel erg «of het een of het ander» terwijl ik juist heb betoogd dat het waarschijnlijk beide kan. Als je op basis van kwaliteit gaat praten over concentratie kom je vanzelf bij de kostenbesparing. Het een sluit het ander niet uit.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik begrijp dat de heer Mulder zegt dat transparantie van kwaliteit absolute voorwaarde voor de voortgang van het stelsel is. Je moet immers inkopen op basis van kwaliteit. Hoe beoordeelt hij de brieven van zowel de NVZ als van Zorgverzekeraars Nederland waarin die organisaties hun zorgen uitspreken over de voortgang van de ontwikkeling van de kwaliteitscriteria? In die brieven staat ook een aantal randvoorwaarden. Met andere woorden, het gaat minder snel dan gedacht. Dat blijkt bovendien uit de voortgang rond de prestatie-indicatoren; de heer Mulder zal de cijfers ongetwijfeld kennen. Hoe ziet de heer Mulder dat?

De heer **Mulder** (VVD): Ik ben in dezen enigszins gehandicapt omdat ik die brieven niet heb gezien of gelezen. Ik weet niet precies wat erin staat.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Als ik ze nu ga voorlezen, kost het mij meer tijd.

De **voorzitter**: Dat gaan we dus ook niet doen. De heer Mulder gaat over zijn eigen antwoorden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik kan alleen constateren dat het iets heel onbevredigends heeft als we over zoiets belangrijks spreken en veldpartijen daar brieven over schrijven en de heer Mulder die brieven niet eens gelezen heeft.

De heer **Mulder** (VVD): Een debat met de heer Van der Veen ga ik nooit uit de weg. We hebben nog een tweede termijn. De brieven heb ik dan wel gelezen. Ik ga graag in debat met hem over alle aspecten van de zorg. Als ik de brieven nu niet heb, dan heb ik ze zo meteen wel en geef ik daar een reactie op. Een debat met de heer Van der Veen laat ik mij natuurlijk niet afpakken omdat ik iets niet heb gelezen. Hij houdt het debat tegood.

Over de praktijkvariatie hebben we gezegd dat die eruit kan.

Ik kom op het punt dbc's en DOT's. Moeten we eigenlijk niet naar zogeheten DOC's: diagnose-outcomecombinaties? Het gaat uiteindelijk niet om de behandeling. Het gaat erom dat je gezond en wel uit het ziekenhuis komt en je na een tijdje beter bent. Kunnen we dit punt er ook bij betrekken? Dat is nu nog niet mogelijk omdat we nog tamelijk weinig uitkomstindicatoren hebben, maar het zou toch een indicator kunnen zijn waarop je de betaling baseert.

Er wordt heel veel gesproken over verschillende soorten lijstjes. Verzekeraars maken lijsten, de beroepsgroep komt met lijsten over wat kwaliteit is en de IGZ komt ook met lijsten. Kunnen we niet pogen om die verschillende initiatieven te bundelen, opdat het inzichtelijk wordt voor de patiënt? Het gaat erom dat duidelijk wordt wat goed en wat minder goed is. Het is goed dat de lijsten er zijn. Je hebt transparantie nodig als je wilt concurreren, maar het helpt ook als de patiënt door de bomen het bos weer kan zien. Wat is er mogelijk om die lijsten wat te synchroniseren?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter ...

De **voorzitter**: Mijnheer Van der Veen, de heer Mulder heeft vijf minuten spreektijd. Gaat u iedere minuut interrumperen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Nee, maar wel bij elk belangwekkend onderwerp.

De heer **Mulder** (VVD): Dan heb ik veel belangrijke onderwerpen!

De **voorzitter**: Als het maar een korte interruptie is.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het gaat nu over de kwaliteit en de lijstjes. We hadden daar iets voor bedacht: een kwaliteitsinstituut voor zorg. Dat zal met name daarvoor bedoeld zijn. Ik neem aan dat de heer Mulder het uitstelbriefje van de minister wel gelezen heeft. Hoe beoordeelt hij het feit dat de minister een briefje heeft gestuurd waarin staat dat zij op dit moment nog niets kan zeggen over het kwaliteitsinstituut, dat juist bedoeld is om het probleem dat de heer Mulder schetst op te lossen?

De heer **Mulder** (VVD): Dit is een kwestie van «haastige spoed is zelden goed». Ik heb vorige week bij de procedurevergadering voorgesteld om dit debat een paar weken uit te stellen omdat we het dan direct kunnen hebben over het kwaliteitsinstituut. Een meerderheid in de procedurevergadering wilde dat niet. Daardoor hebben we in zekere zin een wat gemankeerd overleg. Ik weet namelijk zeker dat als ik over het kwaliteitsinstituut begin, de minister zegt dat zij daar later op terugkomt. Dan zitten we hier weer. Ik vind het niet erg om hier weer te zitten, maar dit AO is

wat dat betreft net te voorbarig. Daarom heb ik gevraagd om een paar weken later over dit onderwerp te spreken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Is dit niet «stuck in the middle», waar u zo bang voor bent?

De heer **Mulder** (VVD): Ik wil natuurlijk razendsnel over het kwaliteitsinstituut spreken. Ik constateer alleen dat deze minister geen 100 dagen durende tour heeft gemaakt maar vol aan de bak is gegaan, eerst met de prestatiebekostiging – druk zat! – en nu snel met het kwaliteitsinstituut. Ik zou het wel sneller willen, maar haastige spoed is zelden goed. Volgens mij werken de minister en haar ambtenaren op allerlei verschillende onderdelen hard. Als de Kamer een paar weken rust had gehad en dit in mei had willen bespreken, had zij het integraal kunnen doen. Dat kan nu helaas niet. Dat vind ik jammer, maar naar mij werd niet geluisterd. Ik kom op het schrappen van indicatoren, bijvoorbeeld de IGZ. Er is een ondervoedingsindicator, maar die is toch vooral van belang voor bijvoorbeeld kankerpatiënten en niet voor zwangere vrouwen? Is het dan niet handig om de ondervoedingsindicator, die voor alle patiënten geldt, toe te spitsen op de groepen waar je die wilt hebben? Dat scheelt weer administratieve lasten bij ziekenhuizen. Het draagvlak voor lijsten neemt daarmee juist toe. Als organisaties het gevoel hebben dat zij lijsten invullen om ze af te vinken zonder dat het waarde heeft, neemt de weerstand tegen lijsten toe en ziet men ze als een verplichte afvinklijst waar men weer een fte voor moet inzetten. Kan die indicator scherper? Een fundamentele vraag. Welke gegevens zijn nodig als we naar vraagsturing en concurrentie gaan? Hebben we dan nog steeds procesgegevens nodig of zijn we dan vooral op zoek naar prestatie-indicatoren en niet zozeer naar procesindicatoren? Uiteindelijk stemt de patiënt met zijn voeten. Kun je wat dat betreft geen opruiming houden onder de indicatoren als je weet dat je naar een model gaat met meer concurrentie waarin mensen met hun voeten stemmen?

Mevrouw Gerbrands van de PVV heeft gesproken over sterftcijfers. De minister heeft vorig jaar in een AO gezegd dat de sterftcijfers van ziekenhuizen openbaar zouden worden. Zij zou daarop aandringen bij de NVZ. Is dat gelukt?

Mevrouw Gerbrands had het ook over de vermijdbare sterfgevallen. Het onderzoek daarnaar verschijnt halverwege 2013. De VVD wil dat we in de tussentijd tussenrapportages krijgen om de vinger aan de pols te kunnen houden.

Idem dito geldt voor de veiligheidsprogramma's. In het specialistenakkoord is de afspraak gemaakt dat er afspraken zullen worden gemaakt over de veiligheid. Hoe staat het met deze afspraken en wat gaan ze behelzen?

Ik kom bij de medische missers. Een aantal ziekenhuizen maakt gebruik van IFMS, het Individueel Functioneren Medisch Specialisten. Moeten we het gebruik daarvan niet verplicht stellen?

Ik dank de minister voor de snelle beantwoording van de vragen over de IGZ. Moet je artsen naar wie een onderzoek van de IGZ loopt, niet tijdelijk op non-actief zetten opdat zij geen schade kunnen doen aan patiënten? Het is natuurlijk moeilijk vanwege de reputatieschade, maar misschien moet iemand even van de markt worden gehaald om verdere schade te voorkomen. Bij het Openbaar Ministerie is het Expertisecentrum Medische Zaken ondergebracht. Er is een protocol tussen de IGZ en het OM opgesteld. Het aantal strafrechtelijke vervolgingen ligt naar schatting onder de 25 gevallen per jaar. Is het geen goede zaak als de minister of de IGZ wat meer ruchtbaarheid aan dat protocol zouden geven?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb een vraag over de belangwekkende zaak waarover de heer Mulder vragen heeft gesteld: het onderzoek van de IGZ

naar de vaatchirurg, dat zo ontzettend lang duurde. Hij heeft daar in de media regelmatig op gereageerd. Is de VVD niet van mening dat er eens een onderzoek moet gaan plaatsvinden naar hoe de inspectie haar werk doet? We hebben MST en het Waterlandziekenhuis gehad. En nu is er de zaak met de vaatchirurg die gewoon in Schotland kon gaan opereren omdat er ergens een vormfout is gemaakt waarbij niet duidelijk is of de klokkenluider gelijk heeft of de allerhoogste baas van de inspectie. Zou de VVD niet samen met de SP willen dat er een onderzoek komt naar de vraag hoe de inspectie intern werkt, waarin we mensen gaan horen over de vraag of het juridische belang zwaarder weegt dan het medische belang?

De heer **Mulder** (VVD): Het doen van onderzoek is een zwaar middel. Je moet dan goed weten waar je naar op zoekt bent en je moet indicaties hebben dat de IGZ haar werk volstrekt niet goed doet. Waar het fout gaat is de vraag of het om incidenten gaat of om iets structureels. De vraag is dan ook of de IGZ successen kan laten zien waaruit blijkt dat het zaken betreft die erdoor glippen. Je kunt een maatschappij nooit 100% veilig maken, want dan moet er bij iedere behandeling een inspecteur naast gaan staan. De vraag is: wat is optimaal? Voordat je zegt dat er een onderzoek moet komen, moet je eerst weten op welke criteria wordt onderzocht en hoe je concludeert dat iets niet goed gaat.

Mevrouw **Leijten** (SP): Er zijn twee uitzendingen over de inspectie geweest van het onderzoeksprogramma Argos. Zowel u als uw collega Lodders heeft daarop gereageerd, ook via Kamervragen. Is wat in dat programma naar voren komt over de conflicten die binnen de inspectie spelen rondom het beginnen van een tuchtzaak tegen een falende arts die nota bene in Schotland weer ging opereren echt geen aanleiding om te zeggen dat daar onderzoek naar gedaan moet worden? Of zegt u dat het een incident is, waarmee dezelfde toer op wordt gegaan als in de ouderenzorg, er van incident naar incident wordt gehobbeld en wordt geweigerd om te erkennen dat er wellicht iets structureel mis is?

De heer **Mulder** (VVD): Voordat ik daartoe zou oproepen heb ik veel meer aanwijzingen nodig dat het structureel fout zit. Dat er iets fout gaat, is mogelijk. Maar of iets structureel fout is, is weer een heel andere vraag.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik ben het helemaal met de heer Mulder eens dat haastige spoed zelden goed is. Wij hebben dit veertien dagen geleden geprobeerd over te brengen in het debat over de voortgang van het stelsel en het vrijgeven van de tarieven. Ontwikkeling van kwaliteit is de kern van gezondheidszorg. Daarmee moet haast worden gemaakt, want nog elke dag sterven er onnodig mensen wegens gebrek aan kwaliteit. Ik zeg daarmee niets over alle goede initiatieven die op dit moment in de zorg lopen; het is enkel een constatering. Ik ga het op twee manieren hebben over de kwaliteitsverbetering: los van het stelsel en in samenhang met het stelsel. Ook wil ik ingaan op concentratie en spreiding.

Allereerst de kwaliteitsverbetering los van het stelsel. Hoe zit het met de ontwikkeling van de basiskwaliteitsnormen voor de zorg? Die moeten de ondergrens aangeven van de zorg. Vorig jaar hebben we ook rond deze tijd een AO gehad over de kwaliteitszorg. In dat debat is breed de zorg uitgesproken over de trage voortgang. Hoe zit het met de uitvoering van de motie-Van Miltenburg/Van der Veen uit 2008 over kwaliteits- en veiligheidscontroles op gebruik en onderhoud van medische hulpmiddelen en apparatuur? Is dat inmiddels eenduidig in wetgeving geregeld? We kregen van de CSC-Sterilisatie Vereniging Nederland het bericht dat bezuinigingen in de zorg vaak worden weggehouden van de directe patiëntenzorg en worden afgewenteld op ondersteunende processen. Er

wordt – men zegt het zeer serieus – op onderhoud en reiniging van medische apparatuur bezuinigd, met alle gevolgen van dien. In september 2010 deed de IGZ nog een oproep aan het veld om hier beter op te letten. Zijn er nu wettelijke veiligheidsnormen vastgesteld voor onderhoud, vervanging en reiniging?

Hoe staat het met de SURPASS-checklist van het AMC? Ik begrijp van de ziekenhuizen dat men graag wil, maar welke voortgang zit erin? Uit het MRC-onderzoek is nog eens gebleken dat er echt nog wel iets aan te merken valt op de zorg. Er is een aantal praktische aanbevelingen gedaan. Hoe staat het daarmee? De conclusie is dat we niet weten wat de kwaliteit is en dat verbeteringen niet automatisch worden overgenomen door het veld. Wij vinden dat daar een taak voor de minister ligt.

Kwaliteit in relatie tot de stelselwijziging. De stelselwijziging is bedoeld om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en doorzichtiger te maken. Het CPB en de Raad van State noemen transparantie van kwaliteit voorwaarde om marktwerking succesvol te laten verlopen. Als concurrentie wordt geïntroduceerd op markten waar te weinig kwaliteitsinformatie beschikbaar is, zijn alle mogelijke ongunstige uitkomsten mogelijk.

Patiënten kunnen denken: een hoge prijs zal goede kwaliteit zijn, of: de kwaliteit is toch wel goed, dus laat ik voor de laagste prijs gaan. Als marktwerking zonder kwaliteitstransparantie wordt doorgezet, komt er geen kwalitatief betere of goedkopere zorg. Ook wij zien graag veranderingen in de zorg en ook wij zijn grote voorstander van verbeteringen in de zorg, maar wij denken dat meer marktwerking zonder dezelfde aandacht voor de transparantie van de kwaliteit onverantwoord is en tot lagere kwaliteit en ondoelmatige zorg leidt. Ik geef een aantal voorbeelden. In de periode 2006–2010 kon slechts over 6% van de behandelingen in een ziekenhuis uitkomstgegevens geleverd worden. Voormalig minister Klink had als doelstelling 80 prestatie-indicatoren op kiesBeter.nl. Op dit moment zijn dat er nog geen 30 terwijl hij vorig jaar heeft gezegd dat het er in elk geval 66 zouden zijn. Hoe zit het daarmee? Als we geen prestatie-indicatoren hebben kan er ook niet ingekocht worden in de zorg. Bovendien geeft het alle mogelijke onrust, zoals bij CZ is gebleken met al die verschillende lijstjes.

Iedereen is het erover eens dat het kwaliteitsinstituut een absolute voorwaarde is om tot goede kwaliteitscriteria te komen. ZN, de NVZ en de KNMG geven dat aan. Men heeft verschillende interpretaties van de wijze waarop het precies moet worden geregeld, maar doorzettingsmacht als het gaat om de ontwikkeling van prestatie-indicatoren is absoluut noodzakelijk. Daarnaast is er absolute noodzaak tot eenduidigheid. Ik zeg tegen de minister dat wij ontzettend teleurgesteld zijn dat wij twee dagen voor dit overleg een briefje kregen waarin staat dat we geen inzicht krijgen in de ontwikkelingen rond het kwaliteitsinstituut. Een reden wordt niet genoemd en er staat zelfs niet in wanneer we het wel krijgen. Wij vinden dat werkelijk niet te begrijpen. We willen van de minister weten welke doelstellingen zij op het gebied van de prestatie-indicatoren heeft. We gaan versneld de marktwerking invoeren. Houdt dat niet ook in dat we versneld tot de prestatie-indicatoren moeten komen? De partijen geven ook aan dat het ontbreken van het kwaliteitsinstituut negatieve invloed heeft op de voortgang van het proces.

De heer **Mulder** (VVD): De heer Van der Veen zegt dat er geen datum in de brief over het kwaliteitsinstituut staat, maar er staat in die heel korte brief dat de minister verwacht, de Kamer begin juni 2011 een brief te kunnen sturen. Er staat dus wel degelijk een datum in.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mijn zorg is dat wij begin juni weer een brief krijgen waarin staat dat het nog niet helemaal gelukt is. Ik had het helder gevonden als de minister een brief had gestuurd waarin staat dat het wordt uitgesteld – ik begrijp overigens nog steeds niet hoe dat

mogelijk is – en wat in de volgende brief aan de orde komt. Nu weten we niet eens waar we het over moeten hebben. Dat bedoelde ik met het ontbreken van een datum.

We maken ons grote zorgen over de manier waarop spreiding en concentratie van zorg plaatsvindt. Er ontbreken criteria, zoals onder meer ZN meldt. Je ziet dat bijvoorbeeld in Maastricht. In de brief van ZN wordt ook gewezen op het ontbreken van criteria voor spreiding van spoedeisende hulp. Ik vraag de minister wanneer er criteria komen. Ik heb vragen gesteld over de voortgang van het kinderoncologisch centrum. De antwoorden daarop kan ik niet anders uitleggen dan dat de minister de criteria belangrijk vindt, maar zich er niet voor verantwoordelijk acht. Wie is nu verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de criteria voor concentratie en spreiding? Zolang die er niet zijn, wordt het hartstikke onrustig en heeft niemand een beeld ervan, zoals zorgverzekeraars en andere partijen zeggen. Als de minister echt uit dat moeras wil komen, zal zij daar heel snel vooruitgang moeten boeken, want anders loopt het absoluut vast.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Wat is goede zorg en wanneer is zorg in een land goed georganiseerd? Wat de SP betreft, is dat het geval als de burger, de patiënt, erop kan vertrouwen dat wanneer hij zorg nodig heeft, zorgverleners de ruimte krijgen en dat de zorg goed is. Daarvoor kun je heel veel beleidsnota's schrijven en pakken papier aan de Kamer sturen. Die heb ik gelezen, maar ik stel daarover toch echt de vraag of dit het nu is. Over de vermijdbare schade en sterfte hebben we toch gezegd dat die met de helft verminderd moest worden? Dat zei voormalig minister Klink toch? En dat is toch nog steeds het streven van deze minister? Weten we dat nu al? Nee, we weten het niet. Als je wilt dat de patiënt, de burger, erop kan vertrouwen dat de zorg goed is en dat hij, als dat niet het geval is, aan de overheid een betrouwbare partner heeft, dan zou deze minister moeten zorgen voor een medische ongevalleeraad. Die kan snel nagaan wat er loos is en snel met adviezen komen. Daarnaast zou zij ervoor moeten zorgen dat er een medisch letselschadefonds komt voor patiënten die door vermijdbare schade op hoge kosten zijn gejaagd en wellicht nooit meer kunnen werken of lopen, zoals we bij het Waterlandziekenhuis hebben gezien.

We doen dit echter niet omdat het allemaal niet nodig zou zijn. En wat doen we wel? We creëren prestatie-indicatoren en kiesBeter.nl, de grote triomf van de zorg, zoals voormalig staatssecretaris Bussemaker die noemde. Als ik borstkanker krijg – ik hoop het niet – kan ik naar kiesBeter.nl. Ik ga dan zoeken op de postcode van Den Haag. Er worden dan zeven zorgaanbieders getoond, allemaal met wachtlijsten overigens, en dan staat er: «kwaliteitskaart: 6,75% met doorligwonden; 1 ster». Wat zegt dat? In de legenda staat dat 1 ster minder dan gemiddeld is. Is dat minder doorligwonden dan gemiddeld? Is dat minder goed dan gemiddeld? Ik kom er niet uit, ook al ben ik hoogopgeleid. En ik wil stemmen met mijn voeten, zoals de heer Mulder dat zegt.

Goed. Ik ga nog even verder kijken. Wellicht is er nog wat meer informatie waarop ik mijn keuze kan baseren. Pijn na de operatie op de uitslaapkamer is ook een prestatie-indicator. Die is 100%. 100% van wat? Dat vraag ik mij af. Ik klik op het vraagteken, want zo gebruiksvriendelijk is het dan, waarna het zinnetje «het percentage patiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verkoever is uitgevoerd en geregistreerd» verschijnt. Aha! Ik ben eruit!

Ik ga vervolgens naar de patiëntorganisaties. Die weten namelijk waar behandelingen plaatsvinden en delen op basis van ervaringen van patiëntervaringen roze lintjes uit. Dat ziekenhuizen daarvoor moeten betalen is wel een beetje luguber, maar goed. Ik denk: ik ga naar Dokkum vanwege goede ervaring, fijne behandeling, dezelfde arts bij het testen enzovoorts. Maar ik ben verzekerd bij CZ. Die zorgverzekeraar zegt: daar kunt u niet naartoe omdat die aanbieder niet is gecontracteerd. Het

stemmen met de voeten, wat de heer Mulder van de VVD zo graag wil, wordt door allerlei oliebollelijstjes, zoals dr. Piet Borst ze noemde in Buitenhof, gewoon doorkruist. Is dat op basis van de kwaliteit, is het in Dokkum zo slecht? De inspectie zegt van niet. De patiëntenvereniging zegt van niet. O, dan moet ik stemmen met mijn voeten om een andere zorgverzekeraar te kiezen. Maar ik ben in paniek, want ik ben ziek, en maak mij zorgen over de toekomst. Dat vergeten we allemaal met al die prestatie-indicatoren. Het is niet iets waar we de zorg beter van maken. Stop met die onzin!

Wat wij minder onzin vinden is het kwaliteitsinstituut. Wij willen echter wel de garantie van de minister dat dit gaat over beroepsgroepen die normen stellen in samenspraak met patiëntenorganisaties. Geen verzekeraars. Geen normen op basis van financiële belangen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik wil een verduidelijkende vraag stellen. U geeft aan dat u prestatie-indicatoren niets vindt. Ten dele kan ik uw argumentatie ook volgen. Maar u bent toch wel voor transparantie van kwaliteit? U bent er toch wel voor dat als je naar een ziekenhuis of een arts toe gaat, zicht krijgt op de prestatie en de kwaliteit van de betreffende arts?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind het een afgeleide van de discussie. Een arts moet goed zijn. Hij moet goed luisteren naar wat de patiënt wil. Maar het idee dat je als patiënt in een gelijkwaardige relatie staat met en altijd op basis van prestatie-indicatoren goed kunt kiezen is een farce. Ik vind het verkeerd. De beroepsgroepen moeten worden aangespoord dat die prestatienormen worden opgesteld. Die normen moeten daadwerkelijk worden gehandhaafd door de inspectie. Er moet een kwaliteitsinstituut zijn, dat wellicht kan helpen met het ontwikkelen van normen maar ook met het toepasbaar maken van die normen in ziekenhuizen waar het nog niet goed gaat. Ik zie veel meer in samenwerking dan in gestandaardiseerde lijstjes. Dan kom je namelijk bij de kwaliteitskaart op 6,75%, wat niemand meer begrijpt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het is heel simpel. Ik maak in mijn omgeving mee dat mensen die een ingreep moeten ondergaan, vragen wat een goede dokter of een goed ziekenhuis is. Ik vind dat een heel terechte vraag; ik stel die ook voor mijn familieleden. Dan wil je toch weten wat die kwaliteit is. Hoe vaak opereert een dokter en hoe succesrijk is hij? Ik begrijp van u dat dit niet kan, niet hoeft. Het is toch juist heel belangrijk voor patiënten om dat te weten?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind wel dat inzichtelijk moet zijn dat een dokter aan de norm van de beroepsgroep voldoet. Ik constateer alleen dat we met de huidige prestatie-indicatoren dingen meten waardoor het niet zichtbaar wordt en dat de zorgverzekeraars daar volledig doorheen kruisen en hun eigen gang gaan vanuit financiële en commerciële belangen. Ik heb nog niet gezien dat kwaliteitsbelangen een rol spelen. De discussie over de concentratie van zorg wordt gevoerd onder het motto van de kwaliteit, maar ook wel degelijk van de financiën. Ik ben dan erg terughoudend. Ik vind wel dat er kwaliteitsnormen moeten zijn. Als een arts daar niet aan voldoet, dan verwacht ik dat de beroepsgroep daarop wijst en dat hij opener wordt. Daarom vind ik een medische ongeval-lenraad ook zo belangrijk. Een individuele arts kan altijd een fout maken, ook al heeft hij overal tien sterren. Het zijn mensen en geen machines.

De heer **Mulder** (VVD): Ik begrijp de terughoudendheid van de SP niet. Er zijn verschillen tussen artsen. Niet iedereen weet dat. Je moet eigenlijk over een goed netwerk in medische kring beschikken om dat te weten, via de rotary, de hockey-, de golfclub of de studentenvereniging. Juist de

mensen die deze netwerken niet hebben, zijn geholpen met lijstjes. Als die beroepsgroep daar niet een-twee-drie mee komt, is het heel goed dat de verzekeraar, bijvoorbeeld CZ, dat aanjaagt. En verrek, de NVvH komt een paar weken later ook met een lijst. Zo help je de achterban van de SP, door het inzichtelijk maken van kwaliteitsverschillen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind het een beetje flauw om over onze achterban te spreken. Gelukkig hebben wij ook leden die het fijn vinden om te hockeyen en naar de rotary te gaan. Wij hebben zo'n brede achterban dat wij het opnemen voor iedereen in Nederland en niet alleen voor die netwerken van u.

De NVvH was allang bezig met het opstellen van kwaliteitsnormen. Dat is namelijk een proces. Dat heeft lang geduurd, zoals zij zelf ook heeft erkend. CZ deed iets heel anders. CZ joeg het niet aan – je hebt niet binnen drie maanden een norm – maar wilde zijn inkoop beperken en heeft daardoor gewoon een aantal ziekenhuizen niet gecontracteerd op basis van eigengemaakte normen, waarvan iedereen zich afvroeg waar die vandaan kwamen. Het was handig voor een zorgverzekeraar maar niet duidelijk voor de patiënt. Wij vinden elkaar op het punt van normen vanuit de beroepsgroep. Dat moet het zijn: de inhoud. Ik ben ook echt met u eens dat hoe vaker een behandeling of operatie wordt uitgevoerd, hoe beter het is. Maar dat is niet het enige.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Volgens mij is u twee keer de vraag gesteld hoe het dan wel moet. Ik vind de website kiesBeter.nl ook waardeloos; op dat punt vinden wij elkaar. Maar hoe gaan wij als zorgconsument dan wel na waar wij terecht moeten? Dat hoor ik dus niet. We zijn het allemaal eens over de normen die de beroepsgroep moet opstellen, maar hoe ga ik kiezen naar welk ziekenhuis ik moet?

Mevrouw **Leijten** (SP): Mevrouw Gerbrands gaat uit van de zorgconsument. Daar lopen we al uiteen. Zorg nodig hebben is niet zoiets als oorbellen kopen en lekker shoppen in de stad. Als je zorg nodig hebt, heel dagelijkse zorg, een onderzoek, gespecialiseerde zorg, moet je ervan uit kunnen gaan dat het goed is. Er moeten normen zijn die de echte ondergrens aangeven. We moeten een goede inspectie hebben die daar op controleert. We moeten een medische ongevallenraad hebben die er snel op af kan gaan als iets misgaat. Op het moment dat de kwaliteit niet goed is, moeten wij ingrijpen. Je moet dat vertrouwen hebben. Dat is echt een taak voor de overheid. Je kunt die taak neerleggen bij de individuele patiënt, maar dan ontstaat het verschil tussen degene die een netwerk heeft vanuit zijn oude studievereniging of via de rotary en degene die dat niet heeft. Je moet ervan uit kunnen gaan dat zorg binnen een ziekenhuis of een kliniek goed is. Dat is de taak van de overheid.

Daarvoor hebben we dus een inspectie. Ik vraag de minister wat daar aan de hand is. We hebben MST gehad, de kwestie met een falende arts waarbij niet werd ingegrepen. We hebben Waterland gehad, een situatie waar te laat is ingegrepen. Nu hebben weer de zaak in Oost-Groningen – of moeten we het hebben over Aberdeen? – waarbij een falende vaatchirurg gewoon blijft opereren. Ik wijs de minister erop dat Schotten ook mensen zijn. In haar antwoorden stelt de minister dat zij er niet over gaat, maar ik vind dat wij de verantwoordelijkheid wel hebben. Als we weten dat een arts niet goed is, moeten we ervoor zorgen dat hij niet meer opereert. Dan kom ik dus op de vraag waarom dat vijf jaar duurt. De inspecteur mocht een melding doen. Hij had dekking van zijn hoofdinspecteur. Dat is de medische tak bij de inspectie bij het tuchtcollege. Hij is van hogerhand teruggefloten, zo hoorden wij in het programma Argos. Mijn vraag is wiens belang hiermee wordt gediend. Worden hierbij mensen afgedekt? Wie is er het belangrijkste bij de inspectie? Zijn dat de medische inspecteurs of is dat de juridische afdeling, die bang is voor een

tik op de vingers bij de rechter? Ik zou graag willen dat de minister serieus kijkt naar de inspectie. De inspectie kan altijd rekenen op steun van de SP. Wij vinden dat zij moet worden uitgebreid, maar de kwaliteit moet wel goed zijn. Ik heb het sterke vermoeden dat er te veel verdoezeld wordt. Dat is niet goed. Ik vraag de minister om uitgebreid intern onderzoek te doen naar de inspectie.

Voorzitter: Gerbrands

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. De rode draad in dit overleg zou kunnen zijn: beter zicht op wat er precies gebeurt, inzicht in wat beter moet. Het uitgangspunt is dat streven naar veiligheid en kwaliteit hand in hand blijkt te gaan met doelmatige en effectieve zorg – het is een gouden combinatie – maar er zijn nog wel slagen te maken. Ik heb buitengewoon veel waardering voor al die mensen in de zorg die ontzettend hun best doen om het op een heel goede manier te doen. We lijken dat soms te vergeten.

Ik begin met het kwaliteitsinstituut. Zoals in het regeerakkoord staat, wordt op dit moment gestuurd op doelmatige en effectieve zorg, maar dat gebeurt fragmentarisch: deels CVZ, deels inspectie, deels RIVM, deels ZonMw et cetera. Het op te richten kwaliteitsinstituut moet dit stroomlijnen en moet daar doorzettingsmacht in hebben. Natuurlijk zijn de beroepsgroepen bij de uitvoering van de prestatienormen leidend. Ik heb dan ook met genoegen gelezen dat de nieuwe voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten heeft aangekondigd dat hij het kwaliteitsinstituut overbodig wil maken. Het lijkt mij een ontzettend goede ambitie voor de beroepsgroep om te zeggen: wij komen met de prestatienormen en dan is het kwaliteitsinstituut overbodig. Het is niet zo dat wij dat nu al vinden, maar het zou mooi zijn als het zo was.

Dan de zorggerelateerde schade. Bijna 2000 verwijtbare sterfgevallen is veel te veel. Zelfs de Monitor Zorggerelateerde Schade is ontzettend nuttig, ook al schrokken we van de cijfers. Het betekent ook dat we ermee aan de slag zijn in Nederland; dat moeten we niet vergeten. Aandachtspunten zijn steeds weer de overdrachtsmomenten, de samenwerking binnen de multidisciplinaire context. We hebben dat ook gezien bij de verloskundige zorg. We vragen aandacht voor de overdracht in allerlei opzichten, bijvoorbeeld vanuit het ziekenhuis naar buiten. Ik denk daarbij aan het sturen van gegevens over het medicijngebruik aan de huisarts en de apotheek. Hoe verloopt het proces van ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis precies? Daarnaast is aandacht nodig voor de behandeling van ouderen. Recentelijk heb ik mijn familiekring meegemaakt dat iemand van 85 jaar in het ziekenhuis lag en er niet goed voor die persoon werd gezorgd omdat men niet precies weet hoe ouderen moeten worden behandeld. Vanochtend stond er nog op de website van het NIVEL dat het breken van een heup voor ouderen een groot drama is. Kunnen verpleeghuizen en verzorgingshuizen knowhow uitwisselen met de ziekenhuizen over hoe ouderen moeten worden behandeld? Dat is buitengewoon belangrijk omdat er steeds meer ouderen zijn, die natuurlijk ook zo nu en dan in het ziekenhuis liggen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik zag het bericht ook en vraag mij het volgende af. Een ziekenhuis is niet zo'n beste omgeving voor ouderen, zoals wij allemaal weten. Een geneeskundige afdeling is geen verblijfsafdeling. Voelt mevrouw Smilde er iets voor om expertise over ouderen te hebben in het ziekenhuis? Ontslag uit het ziekenhuis naar een verpleeghuis is vaak wellicht nog niet gewenst.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Mij gaat het erom dat ziekenhuizen zich moeten realiseren dat aanpak van en zorg voor ouderen in de geneeskundige setting specifieke deskundigheid vergt. In de verschillende beroeps-

groepen moet daarover gedacht worden. Ik noemde het voorbeeld van een heupoperatie. Chirurgen zullen dat in hun kwaliteitsnormen mee willen nemen. Ik wil dat eerst bij de ziekenhuizen neerleggen en wil ook van de minister weten wat daaraan gebeurt en hoe zij daarmee omgaat. Een belangrijk aandachtspunt moet zijn het onderkennen en het beheersen van de veiligheidsrisico's van hoog tot laag in de ziekenhuisorganisatie. Wij vinden dat hier binnen het VMS Veiligheidsprogramma op gestuurd moet worden. Ik zag een mooi kaartje op zorgvoorzorg.nl. Dat is een checklist waarmee elke praktijkhouder kan nagaan of zijn praktijk wel veilig is. Dat kan men gewoon doen. Dat ligt in het verlengde van wat het AMC deed met de SURPASS-checklist. Op die manier zijn er heel veel goede concrete practices. Maar hoe zorgen we ervoor dat die bij iedereen terechtkomen?

Bij particuliere klinieken zijn verbeteringen zichtbaar, zoals we in het rapport konden lezen. Er zijn echter ook zaken die onze aandacht vragen. De zorgwaarde wordt steeds sterker en het is dus ook steeds risicovoller. We moeten een adequate achtervang hebben in een algemeen ziekenhuis. Zijn daarover, en met name over kinderen, sluitende afspraken? De inspectie dringt aan op normering om kinderen al dan niet te behandelen. Hoe kan aan deze eis tegemoet worden gekomen?

Ik noem ook de andere normstelling bij particuliere klinieken, bijvoorbeeld met betrekking tot de aanwezigheid van en visitatie door chirurgen. Het zou goed zijn als de inspectie hierover tevreden is, want deze uitgangsinformatie is ook heel goed te gebruiken als de prestatiebekostiging volgend jaar wordt ingevoerd.

Mijn volgende punt is de behandeling van borstkanker. Gelukkig zijn er steeds meer mammapoli's, waarin de patiënt echt centraal staat. Wij zouden graag ook hierbij zien dat de richtlijnen van de beroepsgroep snel en voortvarend worden ingevoerd, volgens het adagium van de nieuwe voorzitter van de Orde dat het kwaliteitsinstituut niet nodig zou zijn.

Dan het preoperatieve proces. Dat is de procedure die volgt vanaf het moment dat de patiënt de ok binnengaat tot het moment dat hij die weer verlaat. Ook daarbij bieden we niet van A tot Z veiligheid. Ook hierbij moeten er overdracht, samenwerking en voortdurende afstemming zijn. De inspectie was hierover ronduit ontevreden.

Ik stel mijn allerlaatste vraag, voorzitter. Ook bij het algemeen overleg verloskunde hebben wij concrete doelen gevraagd aan de minister. Op welke concrete doelen wil zij over een jaar worden afgerekend?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mevrouw Smilde noemde in het begin van haar betoog de prestatie-indicatoren. Vier jaar geleden heeft zij met groot enthousiasme ingestemd met de versnelde uitbreiding van de vrije prijzen in de ziekenhuizen tot 70%. Het CPB en anderen zeggen dat je, als je goed zorg wilt inkopen in een concurrerende markt, moet weten wat de kwaliteit is. Nu blijkt dat de ontwikkeling van de prestatie-indicatoren echt achterblijft. Voormalig minister Klink heeft toegezegd dat het er in ieder geval dit jaar 66 zouden zijn. We staan nu op 30 en we hebben er al 80 nodig voor ongeveer 30% vrije tarieven. Maakt mevrouw Smilde er zich geen ontzettend grote zorgen over dat we straks over 70% van de tarieven vrij onderhandelen terwijl we nog nauwelijks prestatie-indicatoren hebben en nauwelijks kwaliteit kunnen meten? Hoe denkt zij dat de onderhandelingen gaan verlopen? Waar gaan de zorgverzekeraars op inkopen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): De beroepsgroepen zijn druk aan de gang. Als we voortdurend iedereen op iedereen laten wachten, komt er niets van de grond. Ik denk dat dit ook een impuls kan zijn om wel snel met prestatie-indicatoren en met normen te komen. We gaan ook een kwaliteitsinstituut oprichten. Daar krijgen we in juni bericht over. Dat kan een impuls zijn om het juist wel te doen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dit najaar gaan de zorgverzekeraars met de ziekenhuizen over inkoop van zorg onderhandelen. Dit najaar moet men dus weten op basis van welke kwaliteitsindicatoren men kan inkopen. Ik heb grote bewondering en respect voor het veld, maar ik wijs op de brieven die men heeft geschreven. Ik geloof er helemaal niets van dat er dit najaar al voldoende kwaliteitsindicatoren beschikbaar zijn om zorg in te kunnen kopen. En als ik gelijk heb, wat betekent dat dan volgens mevrouw Smilde voor de voortgang van het stelsel?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Er wordt nu ook al ingekocht. Er vindt al sinds een aantal jaren inkoop plaats. De prestatie-indicatoren moeten gewoon worden ontwikkeld. Ik denk dat we de beroepsgroepen daarmee alleen maar aanmoedigen om het sneller te doen. En dat kan zo langzamerhand ook wel.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat was niet mijn vraag. Stel dat er onvoldoende kwaliteitsindicatoren zijn, wat ik verwacht. Er zijn zelfs nu al onvoldoende kwaliteitsindicatoren voor die 30% vrije tarieven. Wat betekent dat dan volgens mevrouw Smilde voor de voortgang van het stelsel?

Mevrouw **Smilde** (CDA): De heer Van der Veen doet net of we bij nul beginnen met het besluit dat we twee weken geleden hebben genomen, maar er is natuurlijk al heel veel knowhow bij zorgverzekeraars. De prestatie-indicatoren moeten er komen, dat ben ik helemaal met de heer Van der Veen eens, maar men verdiept zich er ook in. En we beginnen niet bij nul. Ik denk dat het in die combinatie best gaat lukken. Maar de prestatie-indicatoren moeten er zijn, daarom willen we ook doorzettingsmacht voor het kwaliteitsinstituut.

Voorzitter: Smilde

Minister **Schippers**: Voorzitter. Kwaliteit van zorg is ongelooflijk belangrijk en de overheid heeft daarin een belangrijke taak, want de verdeling van kennis over kwaliteit is erg scheef. Wij hebben altijd gezegd dat kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid belangrijke verantwoordelijkheden van de overheid zijn. Daarom werken we ook ongelooflijk hard aan het kwaliteitsinstituut. Het is een belangrijk instituut, dat wij serieus willen aanpakken en goed in elkaar willen zetten. Dat heeft een paar weken vertraging en dat is vervelend; dat begrijp ik. Ik vind het zelf ook vervelend. Zorgvuldigheid gaat echter voor haast. Op 12 juni ligt het voorstel in de ministerraad. Dan werkt het in de cadans van het kabinet zo dat je daarvandaan zes weken terug moet rekenen. Zes weken terug is dan ongeveer in deze periode, dus men begrijpt dat in deze periode heel veel besluiten worden genomen over het kwaliteitsinstituut, die wij willen voorleggen aan het kabinet.

Ik verwacht veel van het kwaliteitsinstituut. Het moet ook niet alleen een overheidsinstituut zijn, want kwaliteit is niet alleen van de overheid. Ik vind het dus ongelooflijk belangrijk dat we er bijvoorbeeld de patiënten goed bij betrekken en dat zij goed verankerd zitten in het kwaliteitsinstituut. Het is ontzettend belangrijk dat we ook de beroepsgroepen en de stand van de wetenschap en de praktijk er goed bij betrekken en dat we dat goed organiseren. Kwaliteit en doelmatigheid hebben van alles met elkaar te maken. Doelmatigheid is ook een aspect waar je rekening mee moet houden. Het is dus een instituut dat ik niet een soort ivoren toren wil laten zijn, maar waar juist alle partijen die betrokken zijn bij het maken en het ondergaan van kwaliteit, in zijn verankerd en bij zijn betrokken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb een procedurele vraag. Wij zijn toch nog wel in staat om daar voor het zomerreces over te praten, mag ik hopen?

Minister **Schippers**: Ja, want als het in de ministerraad is geweest, gaat er tegelijkertijd een brief naar de Kamer.

De heer **Van der Veen** (PvdA): En dan zien we ook op papier wat u nu zegt. Dan is het ook wat makkelijker voor ons om te reageren.

Minister **Schippers**: Dan ziet u op papier hoe het kwaliteitsinstituut vorm krijgt, waar het zal zijn en hoe we het organiseren. Alles over het kwaliteitsinstituut staat in die brief, met alle ins en outs.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik schrik er toch van dat de minister zegt dat doelmatigheid ook een punt is. Doelmatigheid wordt vaak ingezet om bezuinigingsopties te hebben. Dat was ook het geval bij het voorstel over het sluiten van afdelingen voor spoedeisende hulp. De minister gaat toch niet het kwaliteitsinstituut gebruiken om bezuinigingen goed te keuren onder het motto van de kwaliteit?

Minister **Schippers**: Nee, maar doelmatigheid is wel een aspect van een goede gezondheidszorg die je in stand wilt houden. Het is niet zo dat geld er helemaal niet toe doet. Die afwegingen maken wij dus altijd. Stel dat er een enorme innovatieve machine is die in de behandeling van kanker veel kan betekenen, maar die 125 mln. of 150 mln. kost; ik zeg maar wat. Dan is er altijd ook een afweging van kwaliteit, prijs en therapeutische meerwaarde. Alles wat we in het pakket toelaten is altijd een afweging tussen kosteneffectiviteit en therapeutische meerwaarde. Het voert dus niet de boventoon, maar het is een aspect dat je meeneemt.

Mevrouw **Leijten** (SP): De doelmatigheid in de ouderenzorg heeft ook tot innovatie geleid. Ik noem de 24 uursluiers en de minutenregistratie. Dat holt de kwaliteit uit. Ik hoor dus graag van de minister de uitspraak dat dit in ieder geval niet het doel moet zijn van de kwaliteitsinstituten. Het moet gaan over de inhoud, over normen voor kwaliteit van leven en kwaliteit van behandeling. Als dat leidt tot doelmatigheid is dat natuurlijk hartstikke mooi, maar als het kwaliteitsinstituut wordt ingezet om de doelmatigheid voorop te zetten, schrik ik van wat de minister hier zegt.

Minister **Schippers**: Maar dat zeg ik ook helemaal niet. U zegt dat. Ik zeg: doelmatigheid is een aspect. Kijk naar de variatie binnen ziekenhuizen, waarbij het ene ziekenhuis heel anders met doelmatigheid omgaat dan het andere, terwijl vaak ziekenhuizen die doelmatig zijn ook kwalitatief beter zijn. Kwaliteit en doelmatigheid zijn dus geen vijanden. Doelmatigheid is een aspect, net als een heleboel andere aspecten die worden meegenomen in dit soort afwegingen.

Het is erg belangrijk dat de overheid een belangrijke rol heeft in kwaliteit en in toezicht op kwaliteit, maar dat primair de zorgaanbieders zelf verantwoordelijk zijn en blijven voor het leveren van verantwoorde zorg en voor het opstellen van normen, protocollen en richtlijnen. We hebben normen van kwaliteit, we hebben veiligheidsnormen, we hebben indicatoren en we hebben richtlijnen. Alles loopt ook een beetje door elkaar heen. Het is dus ook mijn ambitie om in een brief aan de Kamer te schrijven welke normen en indicatoren door elkaar lopen. De sector zelf heeft een ambitieus veiligheidsprogramma opgezet, waarmee de vermijdbare sterfte en schade tussen 2008 en 2012 sterk gereduceerd zullen moeten worden. Dat is een commitment dat zij zelf zijn aangegaan. Ik neem aan dat het ongelooflijk zwaar weegt om een commitment dat je zelf aangaat in het publiek, met patiënten, zorgaanbieders en beroeps-

groepen, te halen. Het is dan ook heel spijtig dat wij moeten constateren dat onderzoek naar vermijdbare schade nog geen concrete verbetering heeft laten zien.

Dat benadrukt hoe urgent het is om nu door te pakken met het veiligheidsprogramma. Ik zal dan ook de betrokken partijen vragen om zich aan hun eigen ambities te houden. Diverse best practices, zoals het gebruik van een uitgebreide checklist voor het operationele proces – vermijdbare sterfte is daarmee gehalveerd – tonen aan dat het echt mogelijk is vermijdbare schade en sterfte drastisch te reduceren. De partijen van het veiligheidsprogramma ziekenhuizen zullen deze en andere succesvol gebleken interventies opnemen in het VMS Veiligheidsprogramma. Ook risicogebieden, met name overdrachtsmomenten, samenwerking binnen multidisciplinaire teams, het chirurgische proces en volledige en adequate dossiervorming verdienen speciale aandacht. Ik vind het dan ook van groot belang dat we aan het eind van dit programma, maar ook tussendoor, kunnen laten zien dat de zorg veiliger wordt.

Veiligheid mag niet vrijblijvend zijn. Het begint op de werkvloer, waar collega's een belangrijke verantwoordelijkheid hebben om zichzelf en elkaar scherp te houden en aan te spreken. Het bestuur van een zorginstelling is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en de veiligheid van de geleverde zorg. Daar waar een zorgaanbieder onvoldoende aandacht heeft voor het implementeren van veiligheidsmaatregelen, grijpt de inspectie in. De inspectie hanteert hierbij het principe van high trust, high penalty. Ik verwijs naar de recente sluiting van een keten van vijf tandartspraktijken in Noord-Holland en het verscherpte toezicht op het operationele proces in het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk. Ook als het veld het nalaat om normen te ontwikkelen waar die absoluut noodzakelijk zijn, kan de inspectie een voorstel tot normen doen, die ik dan wettelijk zal vastleggen.

Indicatoren en normen zijn in alle sectoren in ontwikkeling. Per specialisme worden ze in richtlijnen opgenomen. Zo heeft de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde onlangs voor een aantal complexe chirurgische behandelingen volumennormen en andere kwaliteitsnormen naar buiten gebracht. Voor het toezicht op verantwoorde zorg gebruikt de inspectie de basissets kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen en particuliere klinieken. Ook voor het VMS Veiligheidsprogramma zijn indicatoren ontwikkeld. Daarnaast bestaan de indicatoren van Zichtbare Zorg en mogen verzekeraars op andere punten informatie opvragen en eigen normen hanteren. Ik juich het toe dat zorgverzekeraars selectief zorg inkopen op basis van kwaliteit, doelmatigheid en volumecriteria. Wel moet het hanteerbaar blijven voor alle partijen. Ik wil toe naar eenduidige informatie en themagewijs publiceren van kwaliteitsinformatie, zo veel mogelijk op uitkomstniveau.

De overheid heeft een verantwoordelijkheid voor het bevorderen van veilige en doelmatige zorg van een goede kwaliteit en voor het tot stand komen van keuze-informatie en toezichtsinformatie. Iedereen die zegt dat kiesBeter.nl daar volstrekt niet aan voldoet, geef ik absoluut gelijk. Af en toe probeer ik het zelf ook. Ik heb intern ook gevraagd of we de hele site niet op de kop kunnen zetten. Wij hebben besloten dat dit een mooi klusje is voor het kwaliteitsinstituut. Die site moet echt beter. Ik klik die site eens in de zoveel tijd eens aan en heb helaas dezelfde ervaring als mevrouw Leijten. Je wordt er niet veel wijzer van. We moeten dus een site hebben die het beter doet. Is dat een taak voor de overheid? Ik denk dat dit zo belangrijk is, dat het inderdaad een taak voor de overheid is om in ieder geval te zorgen voor een site die beter loopt en waar mensen wel chocola van kunnen maken. Dat is dus een mooi nieuw eerste aandachtspunt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik ben blij met dit oordeel van de minister. kiesBeter.nl werd destijds door de staatssecretaris het hoogtepunt van de zorg genoemd. We weten echter dat de gegevens worden aangeleverd

door zorginstellingen zelf. Ik vraag de minister dan ook om de site onafhankelijk te laten worden, zodat ook bijvoorbeeld inspectierapporten meteen zichtbaar zijn en de aangeleverde informatie dus niet van de instellingen zelf is, waardoor de slager zijn eigen vlees keurt. Ik vraag de minister de zelfregulering die KiesBeter biedt, door de patiënt zogenaamd te laten kiezen, op afstand te zetten en de touwtjes zelf in handen te nemen.

Minister Schippers: Ik vind dat er een grote slag moet worden gemaakt. Het wordt dan een overheidssite en dan kun je er veel meer informatie op kwijt, ook van de inspectie. Als iemand een berisping heeft gekregen of is geschorst, gaan we dat ook openbaar maken. Dat moet ook veel inzichtelijker zijn op de site. Je kunt de informatie nu wel vinden, maar je moet precies weten wat de afkorting betekent en hoe je erachter moet komen. En bekijk eens aan wie de ziekenhuizen allemaal informatie moeten geven. Ook aan de overheid, bijvoorbeeld aan de inspectie en aan ZiZo. Het is ook iets voor het kwaliteitsinstituut om ervoor te zorgen dat we een eenduidige uitgifte krijgen, dus niet vier verschillende dingen via vier instanties. Laten we niet vergeten dat de brancheverenigingen ook nogal eens wat informatie-uitvraag doen. Als zij er ook op gaan letten, kunnen we de lasten daarvan enorm gaan terugbrengen zonder dat de informatievoorziening aan kwaliteit inboet. Dat zijn redenen waarom ik ongelooflijk blij ben dat we een kwaliteitsinstituut krijgen dat er helemaal voor kan gaan om zo'n site, die een belangrijke informatiebron is voor mensen die willen weten welke informatie er over kwaliteit beschikbaar is, een succes te maken.

Er gebeurt veel in het veld, maar er zijn ook belangrijke verbeterpunten. Zoals ik de Kamer eerder heb laten weten, wil ik daarom toe naar de oprichting van een kwaliteitsinstituut. Ik wil niet een nieuw, glanzend kantoor met grote auto's en een grote overhead. Ik wil een slank, effectief instituut dat doorzettingsmacht heeft, dat iets betekent. Dus niet een tandeloze tijger, maar een tijger die kan bijten en die dit kwaliteitsinstituut in overleg met betrokkenen slim en effectief in elkaar zet. Ik stuur de Kamer hierover een brief in juni. Ik ga nu over tot het beantwoorden van de vragen.

Mevrouw Gerbrands merkte op dat iedereen kwaliteit en patiëntveiligheid ongelooflijk belangrijk vindt en we toch nog zo'n hoge vermijdbare sterfte hebben. Dat is een punt van zorg. Het heeft natuurlijk alles te maken met de complexiteit van onze zorg. Het is niet een-twee-drie te fixen. Het is een traject dat jaren geleden is ingezet. Iedereen zit erbovenop. We gaan het intensiveren met een kwaliteitsinstituut. We gaan van iedereen het uiterste vragen om dit beter te maken. Het is echter heel complex als je multidisciplinaire teams hebt en verschillende overdrachtsmomenten en verschillende voorschrijvers van medicijnen. In die complexiteit zit ook dat het zo moeilijk te verbeteren is. Ik vind het geen excuus en ook niet iets waarachter mensen zich moeten verschuilen, maar het is er wel een verklaring voor dat het trager gaat dan wij allemaal zouden willen.

Mevrouw Gerbrands vroeg hoe ik ervoor ga zorgen dat ziekenhuizen aan de slag gaan met de geconstateerde aandachtspunten in het onderzoek van het EMGO en het NIVEL. Naar aanleiding van het ingezette rapport en het verschijnen van de tussenmeting in november hebben de betrokken veldpartijen, namelijk de Orde, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de NFU, aangegeven dat ze gaan intensiveren. Er is een grote bijeenkomst geweest waarop iedereen het commitment heeft uitgesproken dat er de laatste twee jaar echt nog harder aan getrokken zal worden. Dat intensiveringsplan zal met name aandacht besteden aan brede communicatie over goede voorbeelden, zodat anderen die sneller overnemen, en aan het verbinden van activiteiten op drie risicogebieden. Dat zijn het operatieve proces, de zorg voor kwetsbare ouderen en medicatieveiligheid, te weten medicatieverificatie bij opname en ontslag

en het klaarmaken en toedienen van high-riskmedicatie. Die resultaten zullen worden gemonitord. Kunnen we al laten zien dat het VMS Veiligheidsprogramma resultaten heeft opgeleverd? Het loopt van 2008 tot eind 2012. In de eerste jaren is vooral geïnvesteerd in de ontwikkeling van instrumenten, het trainen van professionals en het ondersteunen van de ziekenhuizen en de managers bij de implementatie. Men ziet dat dus als een soort zaaiperiode. Ik ga ervan uit dat je, als je zaait, ook gaat oogsten. Ik hoop dan ook dat dit in de laatste twee jaar gebeurt. Daar zal ook alles op gericht zijn.

Er zijn al veel goede voorbeelden beschikbaar. Verschillende sprekers noemden de SURPASS-checklist bij het operationele proces. Daarvan hebben we ook gezegd: men heeft een halfjaar de tijd om die te implementeren, tot de zomer; als het halfjaar om is gaat de inspectie er daadwerkelijk op toezien dat de checklist in alle ziekenhuizen is geïmplementeerd. Ik denk dat we zo moeten werken. Er is een goede verbetering, zorginstellingen krijgen de tijd om die te implementeren en goed door te voeren in de eigen organisatie en vervolgens gaat de inspectie erop controleren. We hebben dat ook gezien bij het Maastricht UMC. Daar was een afname van 97% van medicatiefouten bij het toedienen van geneesmiddelen op verpleegafdelingen door het gereed laten maken door apothekers. Bij het Nederlands Kanker Instituut – Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis is een reductie van 50% gerealiseerd van het aantal bestralingsincidenten door verificatie van de eerste bestralingsdosis door middel van een EPID-dosimetrie. In mijn tekst staat tussen haakjes wat het allemaal betekent; in ieder geval iets heel goeds! Bij de Isala klinieken is het aantal reanimaties van 46 naar 15 teruggebracht door een spoedinterventiesysteem. Dit soort systemen wordt uitgevonden, toegepast en door de inspectie gecontroleerd. Dat is eigenlijk het proces. Mevrouw Gerbrands vroeg ook naar de concentratie versus de NMa-voorwaarden. Zij sprak over ziekenhuizen in Den Haag. De Mededingingswet is heel helder: wat niet mag, is dat twee ziekenhuizen onderling de markt verdelen in de regio. Dat mag dus niet. Wat wel mag, is dat twee ziekenhuizen gezamenlijk gaan inkopen. Wat wel mag, is een verzekeraar die op basis van prijs en kwaliteit bepaalde zorg niet meer bij het ene ziekenhuis inkoopt maar bij het andere. Hier bestaat wel veel onduidelijkheid over. Wij laten de NMa nu heel scherp formuleren wat wel en niet mag, en we laten de NMa dat heel goed communiceren naar ziekenhuizen. Het lijkt mij nuttig als wij de Kamer daarover eens een brief sturen, als zij daar prijs op stelt, waarin we heel scherp definiëren wat wel en niet mag. Ik kom het namelijk overal tegen, ook bij verzekeraars. Die vragen: waarbij mogen we nu wel samenwerken en waarbij niet? Ik zal de Kamer daarover een brief sturen, dan kunnen we daar misschien apart nog eens met elkaar over spreken.

Dan de keuzes die het Maastricht AMC maakt in zijn zorgaanbod van topreferente zorg. Het Maastricht AMC heeft gezegd dat het de kwaliteit van zorg leidend laat zijn. Ik vind dat je op basis van kwalitatieve argumenten wel mag zeggen: wij willen eigenlijk onze focus niet op die behandeling leggen, want die ligt te ver buiten onze focus; dat is niet goed voor de kwaliteit van de zorg die we bieden. En als er dan andere ziekenhuizen zijn die daar juist heel veel belang aan hechten en het willen uitbreiden, dan heb ik daar niets op tegen. Ik heb er niets op tegen als men op basis van kwaliteit zegt dingen niet meer te willen doen, en andere ziekenhuizen die dingen wel willen doen. Dat kun je hebben bij academische ziekenhuizen, maar ook bij gewone ziekenhuizen, die vinden dat zij voor een bepaalde behandeling eigenlijk te weinig in huis hebben om die goed te doen. Ze hebben dan bijvoorbeeld te weinig patiënten, of apparatuur die niet up-to-date is. Een ander ziekenhuis heeft die zaken wel. Daardoor concentreer je ook de patiënten en de dure apparatuur.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik vind dat op zich een goede zaak, maar dan komt weer het probleem met de NMa. Een ziekenhuis vindt bijvoorbeeld dat het die kwaliteit niet kan leveren. Hoe je het ook wendt of keert, zal daar dan met andere ziekenhuizen in de regio over worden gesproken: kan dat bij jullie wel worden gedaan? Dan krijg je het spanningsveld tussen wat wel en wat niet mag.

Minister **Schippers**: Maar een ziekenhuis kan altijd op basis van de kwaliteit tot de conclusie komen dat bepaalde zorg niet meer zo geleverd wordt als het ziekenhuis het graag wil leveren, dus van topniveau. Het ziekenhuis kan dan besluiten om het niet meer te doen. Als een ander ziekenhuis in de regio het aanbiedt, krijgt dat ziekenhuis meer patiënten, namelijk ook die van het ene ziekenhuis. Met meer patiënten krijgt het ziekenhuis ook meer rendement op zijn apparatuur. Ik heb toegezegd om er een brief over te sturen. Ik denk dat het verhelderend is om daarover te spreken, omdat het in veel debatten terugkomt. Wanneer worden de gecorrigeerde sterftcijfers naar buiten gebracht? Dat vroegen de heer Mulder en mevrouw Gerbrands. In 2010 zijn de ruwe sterftcijfers gepubliceerd. De ziekenhuizen hebben aangegeven om eind 2011 de gecorrigeerde sterftcijfers openbaar te zullen maken. De cijfers worden gecorrigeerd voor het aantal zware patiënten. Daardoor kun je veel beter vergelijken dan met de ruwe cijfers. Daar wordt heel hard aan gewerkt. Er is van alles voor nodig om dit goed te krijgen en het deugdelijk te kunnen doen. Als het niet deugdelijk gebeurt, heb je er niets aan.

Mevrouw Gerbrands vroeg naar de evaluatie van de effecten van toezicht. De effecten van toezicht worden onderzocht door de Gezondheidsraad en de Raad voor Gezondheidsonderzoek. Die komen met een onderzoeksprogrammering. Bovendien wordt er een hoogleraar evaluatietoezicht bij het Erasmus aangesteld.

Dan het promotieonderzoek naar de kleine aantallen in Rotterdam. Dat toonde aan dat de IGZ Basisset niet geschikt is voor ranking, dus bijvoorbeeld een top 100 van ziekenhuizen. Er vinden wel particuliere rankings plaats op basis van die set, maar die zijn dus niet wetenschappelijk verantwoord. Dat doet de overheid dus niet. Iedereen kan een top 100 of een top 10 van ziekenhuizen publiceren.

Welke rol speelt de patiënt in patiëntveiligheid? Primair is het de verantwoordelijkheid van degene die zorg levert om goede zorg te geven. De patiënt kan wel een heel belangrijke rol spelen, want hij is in ieder geval bij iedere stap betrokken, vaak misschien als enige. Om die rol te kunnen versterken zijn er een aantal instrumenten ontwikkeld, zoals de meldactie van de NPCF onder patiënten, de NPCF-patiëntveiligheidskaart op www.mijnzorgveilig.nl, het VMS Veiligheidsprogramma en overleg met patiëntenorganisaties. Dat veiligheidsprogramma wordt uitgevoerd in overleg met patiëntenorganisaties, om een veel grotere betrokkenheid van patiënten in het programma te krijgen. Deze instrumenten zijn nog redelijk vers. We kunnen dus nog niet zeggen wat ze hebben gedaan. Het is nu zaak om ermee aan de slag te gaan.

De heer Mulder zei: we zijn van dbc naar DOT gegaan; zouden we eigenlijk niet naar een diagnose-outcomecombinatie moeten? Dat is echt een streven dat ik prioriteit zou willen geven. Dat vind ik ongelooflijk belangrijk om uiteindelijk op uitkomst met elkaar te kunnen afrekenen in plaats van op volume. Dat zou een belangrijke ontwikkeling zijn. Waarom heeft die nog niet plaatsgevonden? Omdat het heel ingewikkeld is. Het zijn trajecten die tussenstappen vergen. Die tussenstappen worden ook gezet. De DOT is een grotere verbetering op de dbc en uiteindelijk zal de DOT ook niet het eindplaatje zijn, maar een tussenstap.

De heer Mulder merkte op dat we verschillende soorten lijsten hebben. Zouden we die niet moeten bundelen? Er zijn ook een heleboel private lijsten. Dat is niet erg; die heb je in heel veel sectoren. Dat moeten

tijdschriften, kranten en sites allemaal zelf weten. Ten aanzien van overheidslijsten moeten wij echter inderdaad zo veel mogelijk zaken bundelen.

De heer Mulder noemde ook de ondervoedingsindicator. Zou het niet goed zijn om daar veel meer in te splitsen? Ik vind dit iets voor de sector. De sector kan het best zeggen waar hij het meest aan heeft. De Orde, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de NFU hebben gezegd dat integrale indicatoren het meeste effect hebben. Die hebben de grootste kwaliteitswinst opgeleverd. Dat is dan ook hun verantwoordelijkheid. Zij hebben daar ook het meeste verstand van. Alle indicatoren worden jaarlijks door de inspectie samen met de Orde, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de NFU doorgelicht. Onderdeel van de toetsing zijn onder meer het behalen van kwaliteitswinst en de administratieve lastendruk.

Dan de veiligheidsnormen in het ziekenhuis. Moeten we niet per individuele specialist normen hebben? Een norm geeft een minimumvoorwaarde aan, met het niveau van resultaten dat als ondergrens moet worden beschouwd om nog te kunnen spreken van verantwoord zorg. Dat is een norm die voor iedere specialist geldt; daar moet iedere specialist aan voldoen. Daar kan iedere specialist dus ook op worden aangesproken door collega's, patiënten, het bestuur en de inspectie. Dat is de basisnorm. En wat daarbovenop voor excellente prestaties worden geleverd, dat is leuk als we erachter komen. De heer Mulder zei het al: moet je ook niet naar teams kijken? Dat doe je in feite. Als je per ziekenhuis kijkt, kijk je ook per team. Een knieoperatieteam is verantwoordelijk voor die resultaten op die operatie.

Over de uitdijende informatiestromen voor zorgaanbieders heb ik het zojuist gehad. Je moet die bundelen. Het kwaliteitsinstituut zal er in ieder geval voor zorgen dat van overheidszijde, dus met ZiZo, IGZ, de verzekeraars, de branches en de inspectie, een bundeling ontstaat. Je moet echter ook kijken naar wat branches zelf uitvragen. Het is eigenlijk iets waar we allemaal iets aan moeten doen. Wat we wel kunnen doen, is een gezamenlijk programma van informatie-uitvraag stimuleren. Hoe meer prestatie-indicatoren, hoe beter. Maar is dat zo? Dat vraag ik mij af. 80 is een beetje een getal geworden. Ze zouden er van 80 aandoeningen moeten zijn. Je moet er echter ook voor zorgen dat iets niet een enorme administratieve last wordt waardoor je een soort papieren werkelijkheid krijgt. Ik heb daar ook binnen ziekenhuizen over gesproken. Je moet dus eigenlijk zorgen voor indicatoren die veel zeggen over de kwaliteit van een ziekenhuis. En die moet je slim kiezen. Als ze een aantal jaren lopen kun je bijvoorbeeld constateren dat een bepaalde indicator niet meer zo onderscheidend is voor de kwaliteit in een bepaald ziekenhuis. Die kun je er dan uit gooien, en er een nieuwe in doen. Het zou een overzichtelijk setje indicatoren moeten zijn, zodat de mensen die ermee moeten werken, zoals de verpleegkundigen, de verzorgenden en de artsen, er zelf ook het nut van inzien om erop te registreren. Ik heb hierover met veel verpleegkundigen en verzorgenden gesproken. Als je indicatoren hebt die echt veel zeggen over de manier waarop je het op een afdeling doet, vinden verpleegkundigen het ook ongelooflijk belangrijk om goed op zo'n indicator te scoren. Maar als je er tien of honderd hebt, verliezen ze iedere functie. Ik wil dus niet zozeer naar getallen kijken. Ik wil bekijken wat daadwerkelijk iets zegt over de kwaliteit van zorg. Er moeten niet meer indicatoren zijn dan nodig en als ze niet meer onderscheidend zijn, moet je ze eruit gooien en er nieuwe in zetten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Wat de minister zegt is eigenlijk een beantwoording van mijn hartenkreet: wat zeggen de prestatie-indicatoren nu eigenlijk? Het is een papieren werkelijkheid. Maar wat zegt het feit dat de minister dit zegt eigenlijk over wat we nu hebben en waarop we nu kwaliteit bepalen? Kwaliteit is belangrijk en daarvoor hebben we

prestatie-indicatoren. Die waren heilig. En nu zegt de minister: die prestatie-indicatoren zeggen eigenlijk niet zo veel, en wellicht zijn we over de hoofden van de uitvoerenden, de architecten van de zorg, heen gegaan. Ik vraag de minister haar oordeel daarover. We hebben het over kwaliteit. Die zouden we moeten meten met de prestatie-indicatoren, maar die deugen eigenlijk niet, zegt de minister met zo veel woorden. Ik vertaal dat op die manier. En eigenlijk is KiesBeter ook niet het juiste instrument op dit moment. Waar staan we dan nu?

Minister **Schippers**: We kwamen van niets. Er zijn indicatoren ontwikkeld. Ik zeg niet dat ze allemaal waardeloos zijn. Ik zeg dat we daarvoor moeten waken. Ik heb gezien hoe het ging met de dbc's. Als je het loslaat, ontploft het en dan worden het er een heleboel. Dan kun je je afvragen of het er niet te veel zijn en wat we ermee kunnen. En dan ga je het aantal weer terugbrengen. Laten we die weg niet op gaan. Dat vind ik niet alleen; dat vinden een heleboel mensen. Daarom zijn we hiermee op een totaal andere manier aan het werk. We kwamen echter van niets. Er zijn heel grote stappen gezet en ik zeg: ja, we zouden het eigenlijk nog beter kunnen doen. Ik vind dat je, als je beleid maakt, altijd in contact met de mensen die het doen, goed moet bekijken hoe het beter kan. En daar kijk ik naar. Ik ben in gesprek geweest met heel veel verpleegkundigen, met de vereniging van de verpleegkundigen en met artsen. Overal waar ik kom, vraag ik hiernaar: hoe zouden we dit nu slim kunnen doen? En eigenlijk is het antwoord steeds hetzelfde: zorg ervoor dat je niet heel veel prestatie-indicatoren hebt, want dan verliest de organisatie de focus; zorg voor een aantal onderscheidende prestatie-indicatoren waar de organisatie zich op kan richten en die onderscheidend zijn. Als een indicator niet meer onderscheidend is, gooi je hem eruit en doe je er een andere in. Het kwaliteitsinstituut gaat hiermee aan de slag. Het gaat ook verdere stappen zetten. Dat is de route die ik belangrijk vind om uit te zetten.

Mevrouw **Leijten** (SP): We hebben de afgelopen jaren debat op debat gevoerd. We hadden prestatie-indicatoren nodig en er moest gescoord worden. Dan kwam er weer een onderzoek van Plexus, Nexus of weet ik veel wat voor bedrijf dat heel rijk wordt van al die metingen. Dat ging altijd over de hoofden heen van de mensen die het doen. Ik noem hen de architecten van de zorg: specialisten, medici maar ook verpleegkundigen en verzorgenden. Kan de minister mij toezeggen dat zij niets meer zal invoeren aan meetinstrumenten of wat dan ook, wat komt van «de bureaus» en «de pakken», en alleen nog maar zal werken met de architecten van de zorg? Als zij dat toezegt, dan geloof ik de minister.

Minister **Schippers**: Ik zit hier nu een halfjaar en ik heb niets met de organisaties die mevrouw Leijten noemt. Mijn streven is om het met mijn eigen mensen te doen. Dat zijn goede mensen; het zijn goede ambtenaren die er veel van weten. Ik ben dus helemaal niet van plan om allerlei bureaus in te huren. Ik hoop dat dit mevrouw Leijten enigszins geruststelt. Ik wil een goed kwaliteitsinstituut inzetten waarin patiëntenorganisaties, artsenorganisaties en iedereen die daadwerkelijk het werk doet, een grote stem heeft in dit soort zaken. Ik zit hier nu een halfjaar; ik kan niet alles in een halfjaar. Wat ik wil is precies wat ik zojuist heb geschetst, namelijk onderscheidende indicatoren die daadwerkelijk iets zeggen over de zorg. Dus niet de bureaus die mevrouw Leijten noemt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik raak nu in de war. De minister heeft gekozen voor de ideologie van de marktbenadering. Daar hebben we het veertien dagen geleden over gehad. Het zou vrije prijzen opleveren, en onderhandelingen. Wij hebben daar onze zorgen over uitgesproken. Een van de voorwaarden om te kunnen onderhandelen is echter dat je weet wat je koopt. We hebben tot nu toe uitgelegd gekregen dat de prestatie-

indicatoren de leidraad zouden zijn bij de inkoop van de kwaliteit. Nu zegt de minister dat ze daar eigenlijk niet zo veel in ziet. Misschien heeft ze wel gelijk, maar wat komt er dan wel? Wat gaat er in het najaar gebeuren? Ik heb gevraagd hoeveel prestatie-indicatoren er in het najaar zijn. Mevrouw Smilde had daar een heel optimistisch verhaal over, maar de minister zegt dat we het misschien eigenlijk niet meer moeten doen. Waar gaan de zorgverzekeraars nu over onderhandelen? Hoe wordt de kwaliteit gemeten? 70% van de prijzen is vrijgegeven in de ziekenhuizen. Ik begrijp nu dat voor een groot deel volstrekt onduidelijk is waar straks over onderhandeld gaat worden. Nogmaals, mevrouw Smilde is heel optimistisch over de prestatie-indicatoren; de minister zegt dat we eigenlijk verkeerd bezig zijn.

Minister **Schippers**: Ik ga niet mee in het ideologische gepingpong over marktwerking. Het gaat erom dat je belooft naar prestatie. Daarom voeren we prestatiebekostiging in. De heer Van der Veen doet net alsof een zorgverzekeraar compleet blanco is in wat hij inkoop. Alsof hij geen spiegelinformatie heeft in zijn systemen. Alsof hij niet weet hoeveel hersteloperaties er in het ene ziekenhuis worden uitgevoerd en in het andere. Als je bij een zorgverzekeraar gaat bekijken wat hij aan informatie heeft over kwaliteit, dan valt je dat reuze mee. Ik raad de heer Van der Veen aan om het een keer te doen. Zorgverzekeraars weten ongelooflijk veel van wat er in ziekenhuizen en in de sector gebeurt. Ze weten ongelooflijk veel van de kwaliteit. Ik zeg niet: ach, alles wat we tot nu toe hebben gedaan is niets. Nee, ik zeg: we moeten het niet zo laten ontploffen als met de dbc's. Daarbij zaten we op bijna 40 000. We zitten nu op 50 prestatie-indicatoren. De heer Van der Veen vroeg daarnaar. Het zouden er 80 zijn. Zo dramatisch is het dus niet. De prestatie-indicatoren zijn opgezet door ZiZo. Dat is van het veld, het gebeurt nu dus niet heel anders. Wat ik voor verbeteringen zou willen aanbrengen in de toekomst, is dat we letten op focus en op wat onderscheidend is, en dat systeem sterk doorzetten in de toekomst.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Nu hebben we het erover dat kwaliteitscriteria eenduidig en herkenbaar moeten zijn. De minister zegt dat de zorgverzekeraars al beschikken over zo veel kwaliteitsinformatie dat zij al prima kunnen inkopen op basis daarvan. Stel dat dit waar zou zijn. Tot nu toe zeggen de zorgverzekeraars dat zij behoefte hebben aan meer duidelijkheid. De ziekenhuizen zeggen ook dat zij behoefte hebben aan meer duidelijkheid. De patiënten zeggen ook dat ze behoefte hebben aan meer duidelijkheid. Dat is het KiesBeter-verhaal. Als de zorgverzekeraars straks alleen onderhandelen op basis van hun eigen informatie, hoe komt dan de publieke, transparante informatie tot stand? Wat voor meetinstrument hebben we dan nog voor de voortgang van het stelsel, de inkoop van de zorg en de kwaliteit van de ingekochte zorg?

Minister **Schippers**: Doordat CZ zijn nek heeft uitgestoken en heeft gezegd dat er tempo gemaakt moet worden met het daadwerkelijk vaststellen door de specialismen wat goede zorg is en wat onze normen zijn, heeft er enorme versnelling plaatsgehad, die nog steeds plaatsvindt. Er gebeurt ontzettend veel op dit terrein. Het is echt een miskennis om te zeggen dat het allemaal stilstaat. Er staat helemaal niets stil. Men werkt zich helemaal rot. Er gebeurt ongelooflijk veel op dit moment. Dat zijn allemaal openbare richtlijnen en openbare normen. Het is ongelooflijk belangrijk dat dit in gang wordt gezet. Daarnaast hebben zorgverzekeraars in hun eigen systemen ook heel veel informatie. Die is niet publiek, maar die hebben ze wel. En daarbovenop moeten wij via kiesBeter.nl de patiënt informatie geven waarmee hij kan vergelijken. Die informatie moet dus iets zeggen over wat daar gebeurt.

Die moet iets betekenen. Die moet onderscheidend zijn voor de keuze die wordt gemaakt.

De heer **Mulder** vroeg of het IFMS-systeem niet verplicht moet worden gesteld. Het aardige is, dat dit systeem van de medisch specialisten zelf is. Zij zijn hier heel goed mee bezig. Het is een instrument van de Orde om door functioneringsgesprekken en visitatie elkaar scherp te houden. Ik ben bang dat het averechts gaat werken als de overheid zich hier weer mee bemoeit. Dit wordt goed door de beroepsgroep zelf opgepakt.

De heer **Mulder** (VVD): Ik heb ook nog gevraagd naar Openbaar Ministerie en het Expertisecentrum Medische Zaken. Zij hebben een protocol met de IGZ, maar het beeld is dat er minder dan 25 zaken voorkomen. Moet er niet meer ruchtbaarheid aan dat protocol van het Openbaar Ministerie worden gegeven?

Minister **Schippers**: De informatie-uitwisseling tussen de inspectie en het Openbaar Ministerie verloopt naar mijn inzicht goed. Wel komen heel veel zaken niet eens bij het OM terecht. Dat is mij een grote doorn in het oog. Wij proberen het met het wetsvoorstel wcz op te vangen. De zware zaken moeten nog steeds naar het OM, maar een heleboel zaken waarin mensen gewoon financiële genoegdoening willen, willen we via een geschillencommissie veel makkelijker toegankelijk maken voor een veel breder publiek. Mensen gaan met advocaten aan de slag en moeten een jarenlange adem hebben om een proces uit te zitten. Ik vind dat dit sneller moet. Er zitten dus wel verbetervoorstellen in de wcz.

Ik ga nu in op de motie-Van Miltenburg over de controle van medische apparatuur. Een aantal zaken is in het veld opgenomen in de eigen richtlijnen. Die zaken zullen dus volgens die richtlijnen moeten worden gehandhaafd. Naar aanleiding van het IGZ-rapport «Risico's van medische technologie onderschat» heeft mijn ambtsvoorganger een aantal acties in gang gezet die tot verbetering moeten leiden van de toepassing van medische technologie. Een van de belangrijkste acties betreft de invulling van de verantwoordelijkheden op dit terrein door de raden van bestuur van ziekenhuizen. Daarvan zit een aanscherping in de wcz. Op dit moment vindt invulling plaats van de onderhoudsparagraaf, juist met betrekking tot hun rol op dit punt, in aanvulling op de leidraad medisch specialisten. Daarnaast heeft het ministerie vandaag toevalligerwijs een bijeenkomst georganiseerd voor deze doelgroep, om over dit onderwerp in gesprek te gaan en om specifieke prestatie-indicatoren te ontwikkelen. Op deze conferentie wordt ook gesproken over het rapport van de Expertgroep Medische Technologie, die concrete adviezen op de meest risicovolle technologieën zal aandragen. Ik zal de Kamer dit rapport, met mijn standpunt, aanbieden voor het zomerreces. Daarbij zal ik tevens de stand van zaken meenemen met betrekking tot de ingezette verbeteracties, zoals ik eerder heb aangegeven in mijn reactie op de nulmeting op het terrein van de medische technologie.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik constateer dat het al heel lang duurt, sinds de gebeurtenissen in Almelo. Dat is alweer een jaar geleden. Kan in de brief meteen worden meegenomen hoe het staat met de manier waarop wordt gesteriliseerd in de ziekenhuizen? Ik heb namelijk het signaal gekregen dat het onderhoud en de reiniging van medische apparatuur nogal eens aanleiding geven tot problemen.

Minister **Schippers**: Ik zal dat meenemen, voorzitter.

Over de SURPASS-checklist heb ik al gezegd dat de ziekenhuizen tot de zomer de tijd hebben om die in te voeren en dat de inspectie daarop controleert.

Wie is er verantwoordelijk voor de opstelling van normen voor concentratie? Er zijn hier natuurlijk verschillende normen van toepassing.

Eenzijds heb je kwaliteitsnormen. Die kunnen tot concentratie nopen, soms tot heel grote concentratie bij misschien maar één ziekenhuis of een AMC. Hoe gangbaarder de operatie is en hoe breder ziekenhuizen die kunnen doen, des te minder de noodzaak tot concentratie bestaat. Daar heeft het natuurlijk van alles mee te maken. Er zijn allerlei wetenschappelijke verenigingen die nu ook veld- en volumennormen opnemen ten aanzien van onder andere longkanker, dikke darmkanker, alvleesklierkanker, slokdarmkanker, leverkanker enz. Ik heb hier een hele rij aan volumennormen die worden opgesteld. Dat is natuurlijk van grote invloed op concentratie. Het gevolg ervan is dat je als ziekenhuis die operaties niet meer mag doen als je op een gegeven moment niet meer aan deze kwaliteitsnormen – dat zijn het – voldoet. Dan lever je namelijk gewoon niet meer de kwaliteit die de beroepsgroep zelf heeft gedefinieerd. De inspectie handhaaft daarop en zit er bovenop. Zij zit dus niet alleen boven op de ontwikkeling van die normen, maar ook op de handhaving ervan.

De heer **Van der Veen** (PvdA): In dit blokje hebben we het over criteria voor spreiding en concentratie, maar in Maastricht speelt onzekerheid over de vraag of de raad van bestuur de functie immunologie afstoot vanwege kwaliteitsnormen of vanwege financiële bezuinigingen. Ik noem maar iets. Er liggen geen onderliggende criteria, maar daar wordt om gevraagd. De NFU is op dit ogenblik ook bezig met spreiding en concentratie, maar dat onttrekt zich volstrekt aan de waarneming van iedereen. Nu heb ik de minister gevraagd om criteria te noemen waaraan men moet voldoen als het gaat om spreiding en concentratie van voorzieningen. Daarop heeft zij toegezegd dat de Kamer daarvoor voor het zomerreces een brief zou krijgen. In mijn optimisme dacht ik: dat gaat de goede kant uit. Heb ik verkeerd begrepen dat we die brief krijgen?

Minister **Schippers**: Over welke brief hebt u het? Ik heb nogal wat brieven te gaan.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Over de brief die u net zelf hebt toegezegd.

Minister **Schippers**: U bedoelt over de NMa?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Nee, toen het over criteria ging. De NMa vraagt daar ook om. U zei: ja, dat lijkt mij eigenlijk wel een goed onderwerp. Ik zal er een brief over sturen. Aan de hand van die formulering dacht ik eerst: het zal toch niet de thematische bijeenkomst van deze commissie over dit onderwerp zijn? Ik ga ervan uit dat we in de brief van de minister over de manier waarop de criteria voor concentratie en spreiding moeten worden gehanteerd, klip-en-klaar horen wie daarvoor verantwoordelijk is en hoe die criteria tot stand komen. Ik wijs nogmaals op het antwoord van de minister op mijn vraag over het kinderoncologisch centrum. Dat luidde: als ze dat allemaal willen, moeten ze het zeker doen; doen ze het niet, dan is het jammer. Ik vertaal het een beetje vrij. Dergelijke situaties willen we niet hebben. Ik wil dus echt van de minister weten hoe het met de criteria voor spreiding en concentratie zit, wie ervoor verantwoordelijk is en hoe ze vallen te controleren.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Er loopt in deze vraag wel een aantal dingen door elkaar. De brief over de NMa heb ik toegezegd omdat er blijkbaar veel onduidelijkheid bestaat over wat ziekenhuizen wel met elkaar mogen doen en wat niet. Dat die onzekerheid bestaat, is niet goed. Dan kun je proberen scherp te krijgen wat wel en niet kan, maar misschien is het beter om het op te schrijven voor de Kamer, zodat zichtbaar wordt wat het betekent. Verder speelt het feit een rol dat sommige behandelingen nu misschien worden afgestoten zonder dat je zeker weet of dat is vanwege de kwaliteit of vanwege de financiën, omdat ze er onvoldoende

voor betaald krijgen. Prestatiebekostiging zou een stuk schelen, want op grond daarvan wordt een bepaalde handeling in een ziekenhuis gewoon kostendekkend betaald en verandert de situatie dat een ziekenhuis een behandeling afstoot omdat die niet kostendekkend betaald wordt. Vervolgens stellen verenigingen als de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en andere wetenschappelijke verenigingen normen op waaraan iedereen moet voldoen. Aan de andere kant heb je natuurlijk de zorgverzekeraar met zijn zorgplicht. Die zorgverzekeraar moet de zorg inkopen die zijn patiënten nodig hebben en er daarbij voor zorgen dat hij aan die normen voldoet. Zo hebben we in Nederland met elkaar afgesproken het te organiseren. Zo moeten we het dus ook van de grond zien te krijgen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dit is een vrij principiële punt. Ik wil het nog even over die criteria hebben. Laat ik daarbij het theoretische verhaal van de minister maar volgen. Zodra alle partijen in positie staan en de prestatiebekostiging geregeld is, waarvan we net hebben gezegd dat die nog goed moet worden bekeken, dan heb je wellicht voldoende instrumenten om het in de gaten te houden. We praten alleen over de situatie nu. De NFU is in het kader van de concentratie bezig functies te verdelen, waarbij volstrekt onhelder is welke criteria worden gehanteerd. Ik herhaal dat het kinderoncologisch centrum er een voorbeeld van is. Er was ruzie tussen kinderartsen, patiëntenverenigingen en de raden van bestuur binnen de NFU over hoe er al dan niet moest worden geconcentreerd. De vraag is: wie gaat vanaf morgen in de gaten houden hoe het zit met die spreiding? We hebben het over de academische ziekenhuizen. Hoe gaat diegene dat doen en welke criteria hanteert hij of zij daarbij? In de brief van de NVZ en van Zorgverzekeraars Nederland wordt daar ook om gevraagd.

Minister **Schippers**: Als we kijken naar de specifieke casus, dan zien we dat de initiatiefnemers goed met de NFU aan het overleggen zijn. Het lijkt er ook op dat zij tot gezamenlijke afspraken komen. Een heleboel dingen liggen niet altijd hetzelfde of zijn eenduidig. Het ligt er ook een beetje aan over wat voor soort zorg je het hebt. De ene zorg is de andere niet. Een knieoperatie is een totaal ander verhaal dan topzorg of zorg die alleen academische ziekenhuizen verlenen. Er lopen dus verschillende casussen door elkaar, bijvoorbeeld die van het academisch ziekenhuis Maastricht dat bepaalde besluiten neemt en die van de kinderoncologie. Belangrijk is dat er voldoende kwalitatief goede zorg in Nederland voor patiënten beschikbaar is. Dat is het uitgangspunt. Ons systeem is dat de verzekeraar verplicht is om zorg in te kopen en om er voor zijn patiënten te zijn. Verder is het zo geregeld dat de een zegt ergens kwaliteitsverlies te zien, terwijl de ander het in de buurt wel aanbiedt. Dit verloopt bij de academische ziekenhuizen tot nu toe in behoorlijk goed overleg. We hebben met elkaar een goed systeem opgetuigd dat dit robuust garandeert.

De heer Van der Veen vroeg hoe het verdere traject rondom de veiligheidsnormen eruitzag. Veilig werken begint bij heldere en volledige richtlijnen waarin kwalitatief optimale zorg voor de patiënt wordt beschreven. Onlangs heeft de Richtlijnadviescommissie een moderniseringsplan in richtlijnontwikkeling voorgesteld, waarbij onder andere heldere normstelling bijzondere aandacht krijgt. Bij iedere aanbeveling zal expliciet de status worden vermeld, dus of het een minimumnorm, een streefnorm of een overweging betreft. De Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten, opgericht door de Orde van Medisch Specialisten en Zorgverzekeraars Nederland, zal dit vanaf 2012 als criterium overnemen bij de financiering van nieuwe richtlijntrajecten. Goede voorbeelden op dit gebied zijn het vastleggen van normen voor blaaskankeroperaties en normen van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.

De eerste lijst is na de zomer aangeleverd; men is hiermee begonnen in de eerste lijn en de ggz.

We hebben in eerdere debatten over een medische ongevalleerraad en een medisch letselschadefonds gesproken. We verschillen daarover met elkaar van mening. Mijn standpunt is anders en niet gewijzigd sinds het laatste debat daarover. In het wetsvoorstel voor de wet cliëntenrechten zorg is een hoofdstuk opgenomen over klachten en geschillen. Dat hoofdstuk moet de Wet klachtrecht cliënten zorgsector vervangen. Klachtenprocedures moeten klantvriendelijker worden en mogen niet vrijblijvend zijn. De kern van het wetsvoorstel is dan ook dat een cliënt die ontevreden is over de wijze van klachtafhandeling door een zorgaanbieder dit geschil kan voorleggen aan een geschilleninstantie, die hierover een bindend advies kan uitbrengen en bevoegd is tot het toekennen van een schadeclaim. Ik vind dus dat een medisch letselschadefonds daarmee niet overbodig is.

Mevrouw **Leijten** (SP): Wij verschillen inderdaad van mening. De SP zal gewoon een voorstel in die wet doen, want het gaat wel degelijk om iets wat wordt toegevoegd. De discussie zullen we dan wel voeren. Ik hoop op steun van de Kamer. Iedereen zegt er in de media een hoop over, dus het wordt tijd dat men de handen in de lucht steekt bij het stemmen.

Minister **Schippers**: Mevrouw Leijten heeft het vervolgens over verschillende incidenten. Dat die incidenten er eerder niet waren, klopt niet, want die waren er toen ook. Dankzij de transparantie en de informatie-uitwisseling is er gelukkig veel aandacht voor. Dat is ongelukkig belangrijk. Het is overigens niet zo dat de patiënten van die arts in Schotland overgeleverd zijn aan iemand die frank en vrij kan opereren. Nee, hij wordt daar begeleid en staat onder toezicht van de Schotse inspectie. Wat we daar hebben gezien, is juist een motivatie om er in Europa voor te zorgen dat er beter informatie wordt uitgewisseld over artsen die een berisping, schorsing of iets anders aan hun broek hebben. We moeten er op Europees niveau voor zorgen dat de toezichthoudende instanties elkaar überhaupt beter kunnen vinden. Ik denk dat we stappen kunnen zetten, al zijn er heel verschillende zorgsystemen waarin ook heel verschillende toezichthouders werken. Hoe dan ook, ik zal me volop blijven inzetten voor een betere informatievoorziening, in ieder geval binnen Europa. Buiten ons land wil ik patiënten ook tegen prutsers beschermen, net zo goed als ik dat hier binnen Nederland wil. De inspectie moet medisch, maar ook juridisch goed zijn. Het is dus en-en. Zij moet op beide terreinen goed zijn, want als zij juridisch niet goed is, kan een uitspraak van haar sneuvelen. Als dat een paar keer gebeurt, is de inspectie haar positie natuurlijk totaal kwijt. Bovendien zijn die procedures er niet zo maar om te neuzelen, zij zijn er om zorgaanbieders en artsen te beschermen tegen willekeur en tegen zaken die vanuit de inspectie niet zouden deugen. Er moet dus voor worden gezorgd dat de zaken zowel medisch als juridisch op orde zijn. Dat het niet altijd goed gaat, is waar. De inspectie heeft recentelijk ook haar excuses aangeboden voor dingen die traag en niet goed gaan. Inspectiewerk is natuurlijk net zo goed mensenwerk. Toch vind ik het van belang om hier aan te geven dat de inspectie zowel medisch als juridisch haar zaken goed voor elkaar moet hebben.

Mevrouw **Leijten** (SP): Uiteraard moet dat. Het duurt alleen al vijf jaar. Er is nog steeds geen uitspraak, terwijl het in Groot-Brittannië blijkbaar mogelijk was om deze arts eerst heel snel te schorsen en daarna onder verscherpt toezicht te laten opereren. Heel snel! Wat is er nu aan de hand bij de inspectie? Medisch Spectrum Twente: afspraken met het ziekenhuis over een falende arts. Waterlandziekenhuis: heel vaak een uitspraak, maar geen optreden. Wat is er aan de hand bij de inspectie? Er lopen op dit

moment vijf onderzoeken die al langer dan een jaar duren. Is het juridisch zo ingewikkeld of zijn er andere belangen? Dergelijke zaken wil ik graag weten. Van het beeld dat uit de uitzendingen van Argos naar voren komt, word ik niet gelukkig. Mijn vraag is: wil de minister onderzoek doen?

Minister **Schippers**: De suggestie dat de inspectie niet alleen zou werken in het belang van de patiënt, van kwalitatief goede zorg in Nederland, werp ik echt verre van mij. Ik zou niet weten welke andere belangen zij zou moeten hebben. Het is namelijk een overheidsinstelling, gewoon betaald door de belastingbetaler om haar werk goed te doen en om ervoor te zorgen dat we in Nederland kwalitatief goede zorg hebben. Gaat er nooit eens iets mis? Nee, dat zeg ik niet, want er gaat wel eens iets mis. Is dat erg? Ja, dat is erg. Soms duren dingen lang omdat er tegenwerking is, omdat niet iedereen direct gemakkelijk vindbaar is vanwege allerlei obstakels. Duurt het soms veel te lang? Ja. In de zaak die mevrouw Leijten noemt, heeft de inspectie ook haar excuses aangeboden. Het is wel van belang om eventjes iets van deze zaak af te weten. Hoor en wederhoor is een fundament van onze rechtsstaat en dus van de inspectie. Als zij dat niet toepast, zit zij helemaal fout. Dan vraagt mevrouw Leijten mij : wat zijn het voor een dictatoriale wantoestanden dat de inspectie iemand aan de hoogste boom heeft opgehangen zonder met diegene te spreken? Het is dus altijd een evenwicht. Ik ben het helemaal met mevrouw Leijten eens dat er in deze zaken tempo moet worden gemaakt en dat wij scherp moeten kijken naar de extra bevoegdheden die de inspectie heeft gekregen. In het kader van de laatste aanpassing van de Wet BIG, waarbij wij onder andere het publiceren van een aantal zaken aan de orde hebben gehad, hebben wij besloten om de gang van zaken in het tuchtrecht integraal te bekijken in plaats van steeds amendementen op onderdelen in te dienen. De publicatie of openbaarmaking is geregeld in de Wet BIG, want het is natuurlijk ontoelaatbaar dat een ziekenhuis dat blij is dat het van een disfunctionerende arts af is, op de vraag van een ander ziekenhuis antwoordt dat hij of zij goed functioneert. Je moet je dus afvragen of een ziekenhuis dat een arts een waarschuwing heeft gegeven, dat moet laten weten aan een ander ziekenhuis. Nu gebeurt dat allemaal nog niet. Ik heb de Kamer dus toegezegd om na de zomer met weloverwogen voorstellen te komen voor het hele stel van wat wij met elkaar moeten regelen of veranderen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vraag mij af of de minister de uitzending van Argos heeft gehoord. Het beeld dat daaruit naar voren komt, is ontluisterend. Een ziekenhuis meldt aan de raad van bestuur dat er een specialist rondloopt die niet goed functioneert. De inspectie belt intern en hoort vanuit Limburg: nee, die was bij ons ook bekend. De inspecteur is gedekt door zijn hoofdinspecteur om naar het tuchtcollege te gaan, maar zodra de inspecteur op vakantie is, wordt het teruggedraaid en wordt hij op non-actief gesteld. Deze klokkenluider – dat is hij op dit moment in mijn perspectief – mag niet spreken. De inspectie lijkt wel drukker bezig met het hem ontnemen van het woord – over hoor en wederhoor gesproken! – dan met het vervolgen van die arts, die nog steeds niet is geschorst of voor het medisch tuchtcollege is verschenen. Dit ontluisterende beeld kan worden weggenomen dankzij een onderzoek. Wat is hier gebeurd? Welke belangen hebben hier een rol gespeeld? Daarnaast vraag ik. Als de minister niet bereid is tot het laten doen van onderzoek, laat zij de suggestie bestaan evenals het ontluisterende beeld dat uit Argos naar voren komt.

Minister **Schippers**: Er lopen allerlei procedures ten aanzien van deze zaak, ten aanzien van deze inspecteur. Mevrouw Leijten zegt dat hij een klokkenluider is, maar ik kan niet zeggen of hij dat al dan niet is. Ik stel voor dat we de rechter bij wie de zaak aanhangig is gemaakt, daarover

uitspraak laten doen. Het is lastig om daarop vooruit te lopen. Van belang is dat de inspectie bij acuut gevaar voor een patiënt helemaal geen procedure hoeft te doorlopen, maar acuut een maatregel kan nemen, acuut een bevel kan geven. Dit is van belang om de patiënt te beschermen. Met een dergelijk systeem moeten wij er met zijn allen voor zorgen dat het goed zit. Ik probeer dat systeem te verbeteren en zal de Kamer na de zomer brede verbetervoorstellen doen toekomen.

Net als mevrouw Smilde hoop ik dat het kwaliteitsinstituut volledig overbodig wordt, zoals de OMS zelf heeft aangekondigd. Dat zou ik heel plezierig vinden, maar ik denk dat wij met vereende krachten moeten werken om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Mevrouw Smilde vroeg specifiek aandacht voor ouderen. Ik heb aangegeven dat dit een van de speerpunten, een van de drie topprioriteiten in het verbeterprogramma is om die vermijdbare sterfte naar beneden te krijgen. Mevrouw Smilde heeft dus terecht opgemerkt dat er op dit vlak grote risico's bestaan en dat we hierop dus verbeteringen moeten doorvoeren.

Ten aanzien van het overdrachtsmoment is ook een aantal acties in gang gezet: de richtlijn medicatieoverdracht, een succesvolle pilot met medicatieverificatie, waarover ik het net in het kader van de overdracht al had, en de SURPASS-checklist, waarover ik het ook heb gehad. Er is verder een intensiveringsplan waarin specifiek aandacht wordt besteed aan het delen van best practices. Goede ideeën of toepassingen moeten eigenlijk worden gedeeld.

Hoe krijg je het veiligheidsdenken in een hele organisatie geïmplementeerd? Het VMS Veiligheidsprogramma bevat veel instrumenten, indicatoren en systemen voor de implementatie waarvan de zorgaanbieders verantwoordelijk zijn. Als de inspectie iets eenmaal als best practice heeft aangemerkt, gaat er een implementatietermijn in. De inspectie ziet erop toe dat het na die termijn gangbare zorg is geworden. Gevraagd is of de richtlijn over borstkanker snel wordt ingevoerd. Ook is gevraagd naar de volumennormen. Het veld ontwikkelt die in 2011 en in 2012 worden ze naar verwachting geïmplementeerd.

De mammapoli is een enorme verbetering geweest. Er hoeft nu bijvoorbeeld niet meer zo lang op de resultaten te worden gewacht.

Gevraagd is naar de concrete doelen die voor verloskunde zijn gesteld. Er is een college voor in oprichting, maar ik moet zeggen dat het niet soepeltjes verloopt, want er wordt ontzettend veel ruzie gemaakt. De NZa is wel bezig met een integraal tarief. Daaraan hecht ik zeer, omdat ik denk dat er een enorme kwaliteitsverbetering optreedt als de financiële prikkel wordt weggenomen. Men moet en zal dan namelijk veel meer samenwerken dan nu het geval is. Ik hecht dus sterk aan dat ene integrale tarief waaraan de NZa dit jaar werkt. Dat college komt dus niet zo gemakkelijk van de grond, maar er is deze week overleg tussen de NVOG en andere betrokkenen geweest. Er is in ieder geval overeenstemming over de nadere invulling van de normen die de Stuurgroep zwangerschap en geboorte heeft opgesteld. De inspectie heeft aan alle ziekenhuizen met verloskunde gevraagd hoe de toepassing van de normen verloopt, die alle ziekenhuizen hebben overgenomen. Zij heeft gevraagd wat het voor de verloskundige zorg in het ziekenhuis betekent, of het ziekenhuis genoeg mensen ervoor heeft en hoe het met de logistieke afstemming zit. In de zomer moeten de ziekenhuizen daarover rapporteren, waarna de inspectie nagaat wat het betekent. Je kunt namelijk wel kwaliteitsnormen stellen, maar als dan blijkt dat verloskundige zorg in bepaalde gebieden niet meer binnen de gestelde tijden bereikbaar is, hebben we weer een ander probleem. We moeten een en ander dus eerst laten inventariseren, de inspectie daarnaar laten kijken en vervolgens van haar horen wat de gevolgen ervan zijn voor de verloskundige zorg in Nederland en de spreiding daarvan. Ik kom erop terug aan de hand van wat de zieken-

huizen zullen hebben aangeleverd en het oordeel van de inspectie daarover.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden en voor de toegezegde brieven over de NMa en over de voortgang van het kwaliteitsinstituut. Ik denk dat we dan een groot gedeelte van de discussies van vandaag weer dunnetjes overdoen. Ik heb nog wel een aantal vragen. De IGZ gaat toezien op het VMS Veiligheidsprogramma en op de implementatie van de best practices. In eerste termijn heb ik wel aangegeven dat er nogal wat bezwaar is tegen de kwaliteitsonderzoeken van de IGZ. Mevrouw Leijten heeft ook gevraagd of daarnaar niet eens moet worden gekeken. Daarop heeft de minister geantwoord dat we daarvoor de Raad voor Gezondheidsonderzoek hebben en dat er een hoogleraar wordt aangesteld. Gaan die twee daadwerkelijk iets doen? Ik vraag dit omdat wij voor de kwaliteitsinformatie heel erg afhankelijk van de IGZ worden. Ik ben blij dat kiesBeter.nl op de schop gaat. Ik ben het met mevrouw Leijten eens dat de zorg in ieder ziekenhuis goed moet zijn, al moeten we niet doen alsof wij in Nederland ziekenhuizen van vooroorlogse kwaliteit hebben, want dat is ook niet zo. Ik denk wel dat er verschil is en vind daarom dat de patiënt moet kunnen kiezen naar welk ziekenhuis hij gaat. Dat moet ergens te vinden zijn.

De heer **Mulder** (VVD): Ik dank de minister voor haar antwoorden en toezeggingen. Mijn fractie is blij dat de gecorrigeerde sterftecijfers eind dit jaar zichtbaar worden. Ik dank de ziekenhuizen daar ook voor. In 2013 krijgen wij een rapport over vermijdbare schade en vermijdbare sterfgevallen. Hoe houdt de Kamer de vinger aan de pols? Kan zij tussendoor worden geïnformeerd? De VVD-fractie is ook blij dat de minister meer chocola van kiesBeter.nl gaat maken, zodat wij indicatoren krijgen die gestructureerd zijn. Verder is mijn fractie blij dat zij dat niet alleen doet ten aanzien van de overheids-taak, maar dat zij ook wil bevorderen dat andere partijen dan de overheid gezamenlijk met een programma voor gegevensuitvraag komen. Door meerdere partijen, waaronder de SP en de minister zelf, is al gezegd dat artsen en verpleegkundigen misschien wel gek van al die gegevens worden en dat dit niet motiveert.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb de minister het voorstel gedaan om voortaan de architecten van de zorg de gegevensuitvraag te laten bepalen of hen daarbij in ieder geval te betrekken in plaats van het door de pakken in ivoren torens te laten doen. Wat vindt de VVD-fractie daarvan?

De heer **Mulder** (VVD): Artsen moeten het bij voorkeur doen, maar je moet ook goed kijken naar de verzekeraars, want die kopen zorg voor hun patiënten in. Laat de indicatoren vooral zo eenduidig mogelijk zijn. Er moet niet om indicatoren worden gevraagd waarvan iedereen denkt: verrek, dat is vooral voor de bureaucratie, ik kan weer een steekwagentje invullen, maar ben ik hier nu aan het werk of ben ik met de bureaucratie bezig? Artsen genieten dus mijn voorkeur, maar ook verzekeraars spelen natuurlijk een rol. Ik hoop dat de minister erin slaagt, te bevorderen dat men samen om tafel gaat om te komen tot een gezamenlijke gegevensuitvraag, zodat we hier rechtdoen aan ieders positie. De heer Van der Veen sprak over een aantal brieven. Laat ik naar aanleiding daarvan gelijk iets zeggen tegen de mensen die mij een dag voor een overleg brieven sturen. Dat is wat laat. Ik krijg nu nog brieven binnen over het AO over DOT's! Dat is helemaal te laat. Ik zou tegen eenieder die de politiek probeert te beïnvloeden, willen zeggen: wees op tijd, want een dag van tevoren is te laat en als de heer Mulder dan iets anders doet, heb je gewoon pech.

Dan wacht ik nu wel op de interruptie van de heer Van der Veen. Hij vroeg of ik wilde reageren op die brieven, vandaar dat ik dit zeg.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voordat mensen mij nu allemaal weken van tevoren iets toe gaan sturen, wil ik ze zeggen dat voor mij geldt dat een dag van tevoren heel goed werkt.

De heer **Mulder** (VVD): We hebben altijd supermannen in de Kamer. De heer Van der Veen is daar natuurlijk een van!

Ik rond af. Zet de IGZ iemand op non-actief als er een onderzoek loopt of wacht zij daarmee? Er zijn natuurlijk twee belangen af te wegen, enerzijds dat van de arts, die reputatieschade oploopt, en anderzijds dat van patiënten en hun veiligheid. Gebeurt dat nu wel goed genoeg? Ik vraag dit, omdat de betreffende chirurg vermoedelijk twee doden en een geamputeerd been op zijn geweten heeft. De afweging krijg ik dus graag nog iets scherper. Wellicht kan de minister daarop in haar brief nog ingaan.

Ik eindigde mijn eerste termijn met het OM, maar eigenlijk wil ik afsluiten met medische wonderen. In mijn kast heb ik een bakje medische missers, maar er zijn ook medische wonderen. Vorige week heb ik de hoogleraren Repping en Van der Veen genoemd in verband met het invriezen van eicellen, maar onlangs zag ik een interview met neurochirurg Guus Beute, die acht centimeter onder iemands hersenpan kan opereren. Dat noemen wij een medische misser. Voor artsen die zelfs naar het buitenland gaan om steeds hun kennis aan te scherpen heeft de VVD grote bewondering en waardering.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. We hebben veertien dagen geleden met name over de financiering en de vrije tarieven gesproken. De conclusie van de minister was dat je dat aan partijen over moet laten, maar in het FD van vanochtend heb ik gelezen dat partijen er nog niet uit zijn. Ook vorige keer heb ik mijn grote vrees uitgesproken dat later niemand zich voor het volume verantwoordelijk zal voelen.

Nu hebben we het pas over de kwaliteit, terwijl wij het daar naar ons idee als eerste over hadden moeten hebben. Ook hier trek ik de conclusie dat de minister het steeds bij partijen neerlegt, zie het voorbeeld van het azM. De partijen hebben veertien dagen geleden uitgesproken dat zij de komende twee jaar nodig hebben voor hun rol en positie. Over de kwaliteit van de zorg geven de partijen aan dat die te versnipperd is, dat er onvoldoende inhoudsdeskundige normen zijn en dat er onvoldoende op kwaliteit gestuurd wordt. Het optimisme van de minister dat het snel tot stand komt en dat zorgverzekeraars binnenkort gaan onderhandelen op basis van de eigen informatie, deel ik dus niet. Bovendien rijst de vraag wie er nu meer van kwaliteit weet: de beroepsgroep of de zorgverzekeraars? Het zullen dus spannende discussies worden waarvan in ieder geval de patiënt niet weet hoe die in elkaar steken. De afhankelijkheid van de patiënt neemt wat dat betreft alleen maar toe. CZ heeft terecht zijn nek uitgestoken, waarna de roep is ontstaan om eenduidige kwaliteitsnormen. De minister zegt daar nu van dat zij die aan het veld overlaat.

Ik maak mij grote zorgen over wie er vanaf 2012 verantwoordelijk is voor het volume, zoals ik al zei, maar ik maak mij ook grote zorgen over wie er vanaf 2012 verantwoordelijk is voor de kwaliteit.

Ik ben werkelijk geschrokken van het antwoord van de minister dat er op de prestatie-indicatoren best wat aan te merken viel en dat we het op een andere manier zouden moeten doen. Als je gelooft in deze ontwikkeling zijn juist die prestatie-indicatoren ongeveer de kern van het hele systeem. Ik houd er zelf een heel ongelukkig gevoel aan over. De minister sprak de woorden «stuck in the middle». Mijn grote vrees is dat we als een soort jeeps in een moeras steeds meer gas geven, waardoor we alleen maar verder wegzakken in dat moeras. Mij zou het wat waard zijn als we dat

zorgvuldig deden. Ik maak mij heel erg ongerust over de komende periode.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. De ideologische geloofsblijdenis hebben we nog maar twee weken gehad. Vandaag zegt de minister eigenlijk dat zelfregulering niet werkt. We hadden Zichtbare Zorg, ZiZo – weer een afkorting – en die ging prestatie-indicatoren opstellen. Nu zegt de minister: eigenlijk kunnen we daar niet zo veel mee. En wat is nu die zelfregulering? Dat zijn die maatpakken in ivoren torens – zorgverzekeraars, raden van bestuur van ziekenhuizen, afgevaardigden van een koepel van specialisten of van verpleegkundigen – die over de hoofden van de echte architecten van de zorg heen werken. Ik krijg van de minister graag de toezegging dat het kwaliteitsinstituut daadwerkelijk spreekt en gevuld is met de architecten van de zorg en niet weer met die maatpakken. Zij gaan namelijk over de hoofden heen en zorgen voor de steekkarretjes van de heer Mulder. Als je het vraagt aan de architecten van de zorg, dan zeggen die wel wat er belangrijk is om kwaliteit te kunnen meten of om te registreren met het oog op een goede overdracht. Als we dat aan de maatpakken overlaten, gaan er belangen spelen. Dan zul je zien dat zelfregulering niet leidt tot een goede route, maar juist tot een soort «stuck in the middle» en vooral tot veel formulieren die niet nodig zijn voor het meten van de kwaliteit.

Ik ben eigenlijk wel teleurgesteld in de minister, want zij stelt voor om de rechtbank te laten oordelen over het geschil dat een oud-inspecteur met de inspectie heeft. Dat geschil ligt er, omdat deze inspecteur niet mag praten maar dat wel heeft gedaan. Hij heeft de klok geluid over een arts. Hij zag dat die arts meerdere berispingen had gehad en wilde hem bij het medisch tuchtcollege aanmelden, zodat hij uit het BIG-register werd gehaald. Die inspecteur is overruled zonder dat hem uitgelegd is waarom. Dat is de rechtszaak. Ik wil dat er onderzoek naar dat overrulen wordt gedaan. Ik wil van de minister weten waarom zij geen onderzoek naar deze kwestie wil laten doen. Waarom heeft die overruling plaatsgevonden? Die arts was al lang in beeld. Hij was allang berispt. Er was sprake van een doorhalingsprocedure, maar toen telde juridische afdekking blijkbaar zwaarder dan het medische belang. Ik zou willen dat de minister dit niet aan een rechtbank overliet, maar dat zij zei: de inspectie doet dit in naam van mij; ik wil weten wat hier is gebeurd. Ik krijg dit graag toegezegd, anders ga ik een motie indienen.

Voorzitter: Gerbrands

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden. We komen in juni natuurlijk terug op het kwaliteitsinstituut. Ik vind het goed dat er verbeterprogramma's zijn opgezet met het oog op de ouderen, die grote risico's lopen, en op de overdrachtmomenten. Kunnen wij volgend jaar rond deze tijd al significante verbeteringen bespeuren?

De zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de implementatie van het veiligheidsdenken via systemen en dergelijke. Het moeten natuurlijk wel mensen van vlees en bloed zijn, zoals ik ook heb gezegd over de huisartsen en de POH. De mensen moeten het gevoel hebben dat zij het met elkaar moeten doen en dat zij elkaar moeten aanspreken op veiligheid. Dat moet ook van laag naar hoog, zodat een verpleegkundige die ziet dat een chirurg iets onveilig doet, dat ook meldt. Daar moet de sfeer ook naar zijn. Dergelijke dingen moeten ook heel concreet worden ingevuld.

Voorzitter: Smilde

Minister **Schippers**: Voorzitter. De Gezondheidsraad heeft onderzoek gedaan naar de inspectie. In het rapport over dat onderzoek wordt een onderzoeksprogramma geadviseerd. Via dat programma moet onderzoek worden gedaan naar de effectiviteit van toezicht. Dat is natuurlijk ontzettend belangrijk, want als het niet effectief is, schiet het niet op. Ik heb de Kamer al toegezegd dat ik haar dat advies zou toezenden. Daar zal ik bij vermelden wat ik ermee zal doen.

De inspectie ziet toe op de veiligheidsprogramma's en de implementatie van de best practices.

De heer Mulder vroeg of hij tussentijds kon worden geïnformeerd. De inspectierapportage over het VMS Veiligheidsprogramma komt na de zomer. De quickscan, de stand van zaken in de thema's en de implementatie van het VMS komen dus ook na de zomer. Meting van de uitkomsten en de thema's vindt eind 2012 plaats en de eindmeting van het EMGO en het NIVEL in 2013.

Zoals ik al heb toegezegd, wil ik bevorderen dat anderen dan de overheid tot een gezamenlijke gegevensuitvraag komen. Ik kan het niet afdwingen, maar ik kan het wel bevorderen. Daarvoor zal ik mij zeker inzetten.

Overeenkomstig het verzoek betrek ik bij de brief over het tuchtrecht, de inspectie en wat wie aan wie moet meedelen over artsen die niet goed functioneren, de vraag of artsen in meer gevallen eerder op non-actief moeten worden gezet. Ik kan dat zo niet beoordelen, maar ik weet dat de inspectie de bevoegdheid daartoe heeft. Ik ga daarop dus in die brief nader in. Ik stuur de Kamer die na de zomer.

Ben ik optimistisch of niet? Laat ik alles aan het veld over of niet? Eigenlijk trek ik juist iets wat met name bij de beroepsgroep lag en volledig aan het veld werd overgelaten, inclusief het tempo en of men ergens toe kwam, meer naar de overheid toe. Met een kwaliteitsinstituut dat doorzettingsmacht heeft en dus daadwerkelijk iets kan afdwingen geef ik een enorme impuls aan kwaliteit. Ik laat het niet waaien, het is geen laissez-faire, ik doe juist het omgekeerde! Ik trek het via het kwaliteitsinstituut juist meer naar de overheid toe. Zij krijgt dus een veel stevigere vinger in de pap dan nu.

Mevrouw Leijten is heel kritisch over wat ZiZo heeft opgeleverd, terwijl ik juist denk dat ZiZo een uitermate belangrijke stap heeft betekend, ook in de sector zelf. ZiZo heeft transparantie op de kaart gezet en de sector bewust gemaakt van de noodzaak van transparantie. ZiZo is ook van het veld en niet van een maatpak. ZiZo is van de mensen zelf. Ik wil juist wel stappen bij het kwaliteitsinstituut zetten om de betrokkenheid van verplegenden en verzorgenden veel meer te betrekken bij het ontwikkelen van kwaliteitsnormen. Ik vind dat die beroepsgroep veel wijsheid in pacht heeft, maar te weinig bij zaken betrokken wordt. Dat zal ik dus zeker intensiveren bij het kwaliteitsinstituut.

De zaak over de specialist die naar Schotland is vertrokken ligt onder de rechter. We hebben in Nederland trias politica. De rechter oordeelt of het terecht of niet terecht is verlopen.

Over de vraag of het toezicht van de inspectie wel effectief is, heb ik mevrouw Gerbrands net een toezegging gedaan.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Ik vind het erg jammer dat de minister niet bereid is om naar aanleiding van dit dankzij Argos openlijke conflict onderzoek te doen naar hoe het verloopt. Waarom duren die vijf onderzoeken bij de inspectie al langer dan een jaar? Is er in de inspectie sprake van een machtsstrijd of een remmende factor? Het zou goed zijn om dat te weten, zeker nu we allemaal willen dat de inspectie meer mogelijkheden en wat de SP-fractie betreft meer middelen krijgt om goed te functioneren. Ik vind het dus heel jammer dat de minister dit onderzoek afhoudt. Deze zaak is wellicht onder de rechter, maar dit is niet de enige keer dat we de

inspectie op het hakblok zien en de baas van de inspectie zelfs met naam en toenaam in Argos horen noemen. Dat zou ook voor de minister aanleiding moeten zijn om dat eens even allemaal door te lichten.

Minister Schippers: Ten eerste worden er op grond van het voor handen zijnde onderzoek stappen gezet, zoals ik mevrouw Gerbrands heb toegezegd. Ten tweede heb ik een traject ter verbetering van het systeem ingezet. Dan gaat het niet alleen om publicatie van artsen die van de tuchtrechter een berisping hebben gekregen of iets anders; behalve de waarschuwing wordt het allemaal openbaar. Dat traject gaan we nog verder optuigen en verbeteren. Na de zomer kom ik daarop terug. De transparantie van de inspectie over het aantal zaken dat loopt en de zaken die langer lopen, legt druk in de zin dat de politiek en de maatschappij gaan vragen hoe iets zit en of er niet kan worden opgeschoten. Die druk houdt de inspectie scherp. Dat is goed. Ik kan alleen heel weinig met de grote woorden die over de inspectie worden gebezigd. De inspectie is een organisatie waar mensen werken die hun stinkende best doen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Ik zeg niet dat er nooit fouten worden gemaakt, maar ik zeg wel dat deze organisatie haar werk integer doet.

Mevrouw Leijten (SP): Ik vind de signalen ernstig. Argos krijgt wel een hoop meldingen uit de inspectie. De mensen bij de inspectie die wel meldingen hebben over hoe het reilt en zeilt roep ik dus op om die te blijven doorgeven, want wellicht krijgen we daarmee een opeenhoping waardoor we de interne werking van de inspectie eens gaan onderzoeken.

Minister Schippers: Het is altijd goed om te melden. De organisatie waarbinnen iemand werkt, moet een veilige organisatie zijn. Als je binnen die organisatie kritiek hebt, moet daar oog en oor voor zijn. Dit geldt natuurlijk ook voor de veiligheid van dit soort zaken op de werkvloer, zeg ik hierbij tegen mevrouw Smilde. Verpleegkundigen en verzorgenden die zaken constateren, moeten dat natuurlijk veilig kunnen doorgeven en daar geen last van krijgen. We hebben daarvoor allerlei regelingen getroffen, maar ondanks al die regelingen ben ik van mening dat het uiteindelijk goed moet zitten in de organisatie. Als het niet goed zit, moet je eerst binnen de organisatie naar een oplossing zoeken voordat je het met wetten en regelingen beter kunt maken. We hebben die regeling, die is nog kersvers, maar de veiligheid van de organisatie staat voorop. Op de vraag over de mammografie antwoord ik schriftelijk, want daar komen we nu niet helemaal uit.

Mevrouw Leijten (SP): Voorzitter. Ik meld bij dezen dat ik in de plenaire afronding van dit AO graag een motie indien.

De voorzitter: Dit melden wij aan de Griffie.