

Vergaderjaar 2020–2021

35 124

Wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg in verband met het creëren van een bevoegdheid voor Onze Minister om een voorgedragen kwaliteitsstandaard vanwege financiële gevolgen niet in het openbaar register op te nemen (financiële toetsing voorgedragen kwaliteitsstandaarden)

Nr. 19

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 15 december 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 21 september 2020 inzake voorhang Uitvoeringsbesluit Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) (Kamerstuk 35 124 nr. 18).

De vragen zijn op 29 oktober 2020 voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij brief van 8 december 2020 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Krijger

Inhoudsopgave	blz.
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de Minister	4

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de voorhang Uitvoeringsbesluit Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Genoemde leden zien de voorgestelde aanpassingen als een goede ontwikkeling. Daarnaast staan deze leden er zeer positief tegenover om voor huisartsen die in de avond-, nacht-, en weekeinddienst (ANW)-uren zorg leveren in Wlz- of GGZ-instellingen, de plicht voor een verklaring omtrent het gedrag (VOG) te schrappen. Deze leden hebben nog een enkele vraag.

Artikel 2.1b, eerste lid

De leden van de VVD-fractie zien het nut van de nadruk die wordt gelegd op de substantiële financiële gevolgen van de personele bezetting en hun vereiste kwalificaties. Deze leden zien naast deze focus ook een andere component die deze financiële gevolgen kan veroorzaken: de vraag of de kwaliteitsstandaard voldoet aan de stand der wetenschap en praktijk. Is de Minister voornemens om deze component aan artikel 2.1b, eerste lid toe te voegen? Op die manier kan duidelijk worden gemaakt voor welke patiëntengroep de standaard wel of niet geldt en waar de zorg mogelijk dicht bij de patiënt moet worden georganiseerd.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het Uitvoeringsbesluit Wet kwaliteit, klachten, en geschillen zorg. Deze leden hebben hier enkele vragen bij.

NOTA VAN TOELICHTING

I. ALGEMEEN

Inleiding en hoofdlijnen voorstel

De Minister geeft aan dat gelet op het doel, namelijk de financiële toetsing ten behoeve van de collectieve zorguitgaven en het mogelijk maken van de politieke weging daarvan, wordt gemonitord of niet te veel of te weinig kwaliteitsstandaarden onder de financiële toets vallen. Als uit de monitoring blijkt dat hiervan wel sprake is, zal voorgesteld worden om de risicocriteria in de Wkkgz aan te passen of zullen de nadere regels in het Uitvoeringsbesluit Wkkgz worden aangepast. De leden van de CDA-fractie vragen of dit betekent dat kwaliteitsstandaarden ook met terugwerkende kracht teruggedraaid kunnen worden, als uit de monitoring blijkt dat te weinig kwaliteitsstandaarden onder de financiële toets blijken te vallen. Op welke wijze en hoe vaak wordt de Kamer geïnformeerd over de monitoring?

Gevolgen

De leden van de CDA-fractie vragen waar de verwachting op is gebaseerd dat jaarlijks circa drie kwaliteitsstandaarden onder de financiële toetsing van het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) zullen vallen.

Advies en consultatie

De nadere regels over de risicocriteria in dit wijzigingsbesluit werken terug tot en met 5 juli 2018, zo lezen de leden van de CDA-fractie. Zij vragen hoeveel kwaliteitsstandaarden daardoor alsnog onder de financiële toetsing zullen komen te vallen.

II. ARTIKELSGEWIJS

Artikel 2.1b, eerste lid

De leden van de CDA-fractie lezen dat indien de stijging van het aantal voltijdsequivalenten personeel slechts 5% is ten opzichte van de bestaande norm, de kwaliteitsstandaard op basis van dit artikel niet onder de financiële toetsing valt. Genoemde leden vragen waarom voor deze grens gekozen is. Hoe vaak worden nieuwe kwaliteitsstandaarden voorgedragen waarbij er meer dan 5% extra personeel nodig is (in voltijdsequivalenten gerekend)? Tevens vragen deze leden waarom in dit geval niet ook een absolute bovengrens wordt gehanteerd.

Artikel 2.1c, tweede lid

Op basis van dit artikel wordt bepaald dat een kwaliteitsstandaard in ieder geval onder de financiële toetsing valt als daar jaarlijks tenminste 40.000 cliënten voor de desbetreffende zorg in aanmerking komen, zo lezen de leden van de CDA-fractie. Zij vragen of en hoe erop wordt toegezien dat kwaliteitsstandaarden niet op zodanige wijze worden opgesteld dat die voor een net wat kleinere groep cliënten van toepassing wordt, zodat deze net niet onder de financiële toetsing komen te vallen. Deze leden vragen tevens waarom hier voor de grens van 40.000 cliënten is gekozen.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de fractie van D66 hebben kennisgenomen van het Uitvoeringsbesluit Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg en hebben nog enkele vragen.

De leden van de D66-fractie vragen in hoeverre de procedure rondom kwaliteitsstandaarden aansluit bij de aannames van het Centraal Planbureau (CPB) in zijn middellangetermijnraming van de zorg, waarin ervan uitgegaan wordt dat de zogenaamde noodrem in de regel altijd wordt ingezet. Indien dit niet het geval is, kan de Minister dan in gesprek gaan met het CPB over de vraag waarom deze veronderstellingen van elkaar afwijken?

De leden van de D66-fractie vragen daarnaast om een overzicht van de kwaliteitsstandaarden in de afgelopen jaren, met een uitleg of deze onder de regels van dit uitvoeringsbesluit een Budget Impact Analyse (BIA) zouden hebben gehad. Zij vragen tevens om daarbij aan te geven wat de budgettaire consequenties daarvan zijn geweest en wat daarop volgens de Minister de juiste reactie zou zijn geweest. Concludeert de Minister hieruit dat de criteria wel of niet leiden tot een te grote hoeveelheid kwaliteitsstandaarden, die getoetst zullen moeten worden en die daarmee leiden tot vertraging van de implementatie ervan? Verwacht de Minister

nog altijd dat gemiddeld drie kwaliteitsstandaarden per jaar in aanmerking zouden komen voor deze toetsing, zoals bij de wetsbehandeling werd gesteld?¹ Zo ja, waarop baseert de Minister dit? Daarnaast vragen de leden van de D66-fractie of de Minister ook in algemene zin kan reageren op de zorgen uit het veld dat de implementatie van kwaliteitsstandaarden onnodige vertraging zou kunnen oplopen door te lage risicocriteria in dit uitvoeringsbesluit. Hoe is hier rekening mee gehouden in het voorliggende besluit? Is de Minister bereid dit doorlopend te monitoren en tot aanpassing over te gaan indien zich toch onverhoopt te veel filevorming voordoet bij het Zorginstituut, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) of de tripartiete partijen, nog vóór de wetsevaluatie na vier jaar conform het amendement Sloopweg/Laan-Geselschap?²

De leden van de D66-fractie constateren dat het Zorginstituut de voorkeur had voor een concreet bedrag als risicocriterium, maar dat hiervoor niet is gekozen. Heeft de Minister de afgelopen maanden gebruikt om hiervoor een tussenoplossing te vinden, die werkbaar is voor het Zorginstituut en die tevens het risico voorkomt dat kwaliteitsstandaarden opgeknipt worden? Valt het bijvoorbeeld te regelen om nadere regels te stellen die voorkomen dat kwaliteitsstandaarden opgeknipt worden ofwel dat een Minister kan voorschrijven dat bepaalde kwaliteitsstandaarden in samenhang beoordeeld dienen te worden?

De leden van de D66-fractie merken op dat de NZa de sterke wens heeft om betrokken te worden bij de vragen die het Zorginstituut stelt aan partijen ten aanzien van een voorgestelde kwaliteitsstandaard. Begrijpen genoemde leden het goed uit de nota van toelichting dat dit toch niet altijd het geval is? Deze leden vragen of de constatering dan ook juist is dat de NZa zich niet in staat acht de taken die uit deze regeling voor haar voortvloeien uit te voeren.

De leden van de D66-fractie wijzen op de subsidieverstrekking via ZonMw met het oog op de richtlijnontwikkeling. Deze leden vragen of de Minister in overleg met ZonMw is hoe bij deze subsidieverlening aandacht is voor de gevolgen van deze verandering in wet- en regelgeving ten aanzien van de richtlijnen, met het oog op zo laag mogelijke administratieve kosten en zo spoedig mogelijke implementatie.

De leden van de D66-fractie lezen in de nota van toelichting de uitspraak dat de beheersing van de collectieve zorguitgaven een verantwoorde-lijkheid is die bij de politiek ligt en niet bij zorgprofessionals. Genoemde leden vragen of de Minister het niet met hen eens is dat de beheersing van de collectief gefinancierde zorguitgaven een gedeelde verantwoorde-lijkheid is van alle partijen in de zorg.

II. Reactie van de Minister

Ik dank de leden van de fracties van de VVD, CDA en D66 voor hun vragen en opmerkingen in het kader van de voorhang van het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz in verband met de uitwerking van de in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg opgenomen criteria die bepalen wanneer een professionele standaard of voorgedragen kwaliteitsstandaard mogelijke substantiële financiële gevolgen heeft en aanpassing van de situaties waarin zorgaanbieder in bezit moet zijn van verklaring van goed gedrag (hierna: AMvB). De beantwoording van de vragen sluit aan bij de volgorde van het verslag.

¹ Handelingen II, jaargang 2019–20, nr. 42.

² Kamerstukken 35 124, nr. 11.

De leden van de VVD-fractie zien het nut van de nadruk die wordt gelegd op de substantiële financiële gevolgen van de personele bezetting en hun vereiste kwalificaties. De leden van de VVD-fractie vragen of de Minister voornemens is om de vraag of de kwaliteitsstandaard voldoet aan de stand der wetenschap en praktijk aan artikel 2.1b, eerste lid toe te voegen, aangezien deze component ook financiële gevolgen kan veroorzaken?

In de Wet van 9 september 2020 tot wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg in verband met het creëren van een bevoegdheid voor Onze Minister om een voorgedragen kwaliteitsstandaard vanwege financiële gevolgen niet in het openbaar register op te nemen (financiële toetsing voorgedragen kwaliteitsstandaarden) (hierna: de wet) wordt een aantal risicocriteria genoemd om te beoordelen of zich substantiële financiële gevolgen voordoen. Het gaat dan om:

- een toename van het aantal in te zetten voltijdsequivalenten aan zorgverleners, of
- een verhoging van de kwalificaties van de in te zetten zorgverleners, of
- een nieuwe wijze van zorgverlening of een andere organisatie van het zorgproces waarbij bouwkundige, ruimtelijke, technische of organisatorische aanpassingen nodig zijn waarvoor een financiële investering nodig is («technologische vernieuwing»), én
- brede toepasbaarheid.

In de voorgehangen AMvB worden nadere regels gesteld over een aantal risicocriteria. De stand van de wetenschap en praktijk³ is geen criterium dat in deze AMvB nader kan worden toegevoegd, omdat dit criterium niet in de wet is genoemd. Er is gekozen om dit criterium niet in de wet op te nemen, omdat het niet nodig is. Vanzelfsprekend kunnen kwaliteitsstandaarden de stand van de wetenschap en praktijk beschrijven. Daarbij kan ook duidelijk worden gemaakt voor welke patiëntengroep de kwaliteitsstandaard wel of niet geldt en waar de zorg mogelijk dicht bij de patiënt moet worden georganiseerd. In het geval een kwaliteitsstandaard een beschrijving van de stand van de wetenschap en praktijk bevat, die ertoe leidt dat meer of hoger gekwalificeerd personeel nodig is dan wel dat er sprake is van een technologische vernieuwing, worden alle financiële gevolgen van die (wijziging van de) kwaliteitsstandaard in kaart gebracht. In het geval dat de beschrijving van de stand van de wetenschap in een kwaliteitsstandaard niet leidt tot meer of hoger gekwalificeerd personeel of technologische vernieuwing, is de verwachting dat de kwaliteitsstandaard niet leidt tot substantiële financiële gevolgen voor de collectieve zorguitgaven.

De leden van de CDA-fractie vragen of kwaliteitsstandaarden ook met terugwerkende kracht teruggedraaid kunnen worden, als uit de monitoring blijkt dat te weinig kwaliteitsstandaarden onder de financiële toets blijken te vallen. Op welke wijze en hoe vaak wordt de Kamer geïnformeerd over de monitoring?

Eenmaal in het Register van het Zorginstituut opgenomen kwaliteitsstandaarden kunnen niet achteraf met terugwerkende kracht teruggedraaid worden als uit de monitoring blijkt dat te weinig kwaliteitsstandaarden onder de financiële toets vallen. Artikel 11e van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (hierna: Wkkgz) (zoals die zal luiden na inwerking-treding van de wet) bepaalt namelijk dat de Minister alleen in bepaalde gevallen een besluit van Zorginstituut Nederland (verder: Zorginstituut) kan vernietigen. Dat uit monitoring blijkt dat er te weinig kwaliteitsstan-

³ In de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg is geregeld dat de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties mede bepaald wordt door de «stand van de wetenschap en praktijk».

daarden onder de financiële toetsing vallen, is niet één van de genoemde gevallen.

Mocht uit de monitoring blijken dat te weinig kwaliteitsstandaarden onder de financiële toets komen te vallen, dan moeten de risicocriteria in de wet dan wel in de AMvB worden aangescherpt. Uw Kamer zal vooralsnog eenmaal per jaar ten tijde van de begrotingsbehandeling worden geïnformeerd over de monitoring en het aantal kwaliteitsstandaarden dat onder de financiële toets is komen te vallen.

De leden van de CDA-fractie vragen waar de verwachting op is gebaseerd dat jaarlijks circa drie kwaliteitsstandaarden onder de financiële toetsing van het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) zullen vallen.

De inschatting dat het jaarlijks om 3 tot 4 standaarden gaat die onder de financiële toetsing zullen vallen, is gebaseerd op de ervaring van het Zorginstituut tot nu toe. Het Zorginstituut is daartoe van alle kwaliteitstandaarden die in 2016 en 2017 in het Register zijn opgenomen nagegaan welke aan de risicocriteria voldoen. Sinds november 2017 heeft het Zorginstituut geanticipeerd op de voorgenomen wetswijziging. De ervaringen van het Zorginstituut sindsdien bevestigen deze verwachting. Sinds november 2017 is in totaal voor zes kwaliteitsstandaarden aan de NZa gevraagd een budget impactanalyse te doen.

De leden van de CDA-fractie lezen dat de nadere regels over de risicocriteria in dit wijzigingsbesluit terugwerken tot en met 5 juli 2018. Zij vragen hoeveel kwaliteitsstandaarden daardoor alsnog onder de financiële toetsing zullen komen te vallen.

Voor onderdelen van de professionele standaard werkt de wet terug tot en met 5 juli 2018. Als er onderdelen van de professionele standaard zijn met risico op substantiële financiële gevolgen ten gevolge van de nadere duiding in de AMvB en op of na 5 juli 2018 zijn opgesteld of gewijzigd, zou voor die onderdelen alsnog de weg van de kwaliteitsstandaarden moeten worden gevolgd. Het is niet aannemelijk dat dit voorkomt. Enerzijds omdat zorgverleners tijdig op de hoogte zijn gesteld van deze terugwerkende kracht. Anderzijds omdat het niet aannemelijk is dat onderdelen van de professionele standaard met substantiële financiële gevolgen daadwerkelijk zijn geïmplementeerd, zonder dat er extra financiële middelen ter beschikking zijn gesteld. Voor de kwaliteitsstandaarden die in het Register van het Zorginstituut zijn opgenomen, wijzigt er niets. Het Zorginstituut toetst al sinds eind 2017 tot aan de inwerkingtreding van de wet (de interimperiode) op substantiële meerkosten. Voor zover er al sprake was van meerkosten door kwaliteitsstandaarden, was er voorzien in financiële dekking op basis van de bestuurlijk akkoorden.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom in artikel 2.1b, eerste lid voor een grens van 5% is gekozen en hoe vaak nieuwe kwaliteitsstandaarden worden voorgedragen waarbij er meer dan 5% extra personeel nodig is (in voltijdsequivalenten gerekend)? Tevens vragen deze leden waarom in dit geval niet ook een absolute bovengrens wordt gehanteerd.

De norm van 5% is gekozen op basis van de ervaringen tot nu toe. Daarbij is gekeken naar 55 kwaliteitsstandaarden. Bij de verpleeghuiszorg ging het om een verhoging van 0,7 naar 0,9 fte bezetting (meer dan 25%). Bij de spoedzorg betrof het naast meer fte ook een verhoging van de kwalificaties van de zorgverleners. De komende periode zal gemonitord worden of het gekozen percentage voldoet.

Een absolute bovengrens die geen rekening houdt met het toepassingsbereik van een kwaliteitsstandaard voegt aan het gehanteerde percentage weinig toe. Een kwaliteitsstandaard kan immers van toepassing zijn in een

hele sector (zoals het kwaliteitskader verpleeghuiszorg) of in een klein onderdeel van de zorgverlening van een bepaalde groep zorgverleners (bijv. zorgstandaard conversiestoornissen). Een absolute bovengrens zou qua bedrag moeten aansluiten bij het percentage van 5% voor een hele sector, aangezien anders teveel kwaliteitsstandaarden voor financiële toetsing in aanmerking komen. Bovendien moet in dat absolute bedrag rekening worden gehouden met de kwalificaties van het personeel, aangezien anders teveel kwaliteitsstandaarden voor financiële toetsing in aanmerking komen. Een stijging van 5% op hoger gekwalificeerd personeel leidt immers tot meer financiële gevolgen dan een stijging van 5% op laag gekwalificeerd personeel. Bij kwaliteitsstandaarden die gelden voor kleinere sectoren of delen van sectoren of waar de personeelsstijging lager gekwalificeerd personeel betreft, voegt een absoluut bedrag niets toe.

Er zal gemonitord worden of niet te veel of te weinig kwaliteitsstandaarden onder de financiële toetsing vallen. Daarbij zal ook meegenomen worden of het toegevoegde waarde heeft om alsnog een absolute bovengrens te stellen.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom gekozen is voor een grens van 40.000 cliënten en of en hoe erop wordt toegezien dat kwaliteitsstandaarden niet op zodanige wijze worden opgesteld dat die voor een net wat kleinere groep cliënten dan 40.000 van toepassing wordt.

De grens van tenminste 40.000 cliënten is ontleend aan de verhoudingsgetallen voor prevalentie en incidentie, zoals die bijvoorbeeld worden gebruikt om te bepalen of er sprake is van een grote maatschappelijke ziektelast van een aandoening. Als er sprake is van een grote maatschappelijke ziektelast bestaat ook risico op substantiële financiële gevolgen. Het is niet goed voorstelbaar dat tripartiete partijen een kwaliteitsstandaard op zodanige wijze opstellen met als resultaat dat die standaard slechts ziet op een net wat kleinere groep dan 40.000 cliënten. Een kwaliteitsstandaard heeft immers betrekking op het gehele zorgproces of deel ervan en legt vast wat noodzakelijk is om vanuit cliëntperspectief goede zorg te verlenen. Bij het beschrijven van goede zorg vanuit cliëntperspectief zou dan een gerechtvaardigd onderscheid in soorten cliënten gemaakt moeten kunnen worden om het toepassingsbereik van de kwaliteitsstandaard tot minder dan 40.000 cliënten te beperken. Bovendien beoordeelt het Zorginstituut of de groep cliënten waarop de voorgedragen kwaliteitsstandaard ziet tenminste 40.000 bedraagt. Het Zorginstituut maakt daarbij een zo nauwkeurig mogelijke inschatting van de toekomstige zorggebruikers. De precieze methode om het aantal toekomstige zorggebruikers te bepalen, kan afhankelijk zijn van het soort zorg en de beschikbare gegevens en is door het Zorginstituut nog nader in te vullen.

De leden van de D66-fractie vragen in hoeverre de procedure rondom kwaliteitsstandaarden aansluit bij de aannames van het Centraal Planbureau (CPB) in zijn middellangetermijnraming van de zorg, waarin ervan uitgegaan wordt dat de zogenaamde noodrem in de regel altijd wordt ingezet. Indien dit niet het geval is, kan de Minister dan in gesprek gaan met het CPB over de vraag waarom deze veronderstellingen van elkaar afwijken?

Het CPB heeft in haar middellangetermijn-raming de groei in de verpleeghuissector neerwaarts aangepast vanwege de voorgenomen invoering van de in de wet opgenomen noodremprocedure en de invoering van de integrale vergelijking. Deze combinatie van maatregelen resulteert in een halvering van de groeicomponenten inkomen en overig voor het verpleeghuisdeel. Zie ook de beantwoording van vraag 53 door het CPB

bij de schriftelijke Kamervragen bij de Macro-Economische Verkenning 2021 (Kamerstuk 35 570, nr. 51). Het CPB doet geen mededelingen over doorwerking van de noodremprocedure in andere sectoren.

De leden van de D66-fractie vragen daarnaast om een overzicht van de kwaliteitsstandaarden in de afgelopen jaren, met een uitleg of deze onder de regels van dit uitvoeringsbesluit een Budget Impact Analyse (BIA) zouden hebben gehad. Zij vragen tevens om daarbij aan te geven wat de budgettaire consequenties daarvan zijn geweest en wat daarop volgens de Minister de juiste reactie zou zijn geweest. Concludeert de Minister hieruit dat de criteria wel of niet leiden tot een te grote hoeveelheid kwaliteitsstandaarden, die getoetst zullen moeten worden en die daarmee leiden tot vertraging van de implementatie ervan? Verwacht de Minister nog altijd dat gemiddeld drie kwaliteitsstandaarden per jaar in aanmerking zouden komen voor deze toetsing, zoals bij de wetsbehandeling werd gesteld?⁴ Zo ja, waarop baseert de Minister dit? Daarnaast vragen de leden van de D66-fractie of de Minister ook in algemene zin kan reageren op de zorgen uit het veld dat de implementatie van kwaliteitsstandaarden onnodige vertraging zou kunnen oplopen door te lage risicocriteria in dit uitvoeringsbesluit. Hoe is hier rekening mee gehouden in het voorliggende besluit? Is de Minister bereid dit doorlopend te monitoren en tot aanpassing over te gaan indien zich toch onverhoopt te veel filevorming voordoet bij het Zorginstituut, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) of de tripartiete partijen, nog vóór de wetsevaluatie na vier jaar conform het amendement Slootweg/Laan-Geselschap?⁵

Het Zorginstituut heeft gekeken welke van de kwaliteitstandaarden die in 2016 en 2017 in het Register zijn ingeschreven aan de risicocriteria voldoen. Daaruit is de schatting van drie standaarden per jaar gekomen. Daarnaast anticipeert het Zorginstituut sinds november 2017 al op de wetswijziging. Sinds november 2017 tot heden heeft het Zorginstituut voor zes kwaliteitsstandaarden aan de NZa gevraagd een budgetimpactanalyse te doen. Ook daaruit blijkt een gemiddelde van drie kwaliteitsstandaarden jaarlijks die aan de risicocriteria voldoen.

De kwaliteitsstandaarden waarover het Zorginstituut sinds november 2017 de NZa gevraagd heeft een budgetimpactanalyse te doen betreffen het kwaliteitskader Spoedzorgketen en een vijftal standaarden in de GGZ (Generieke module acute psychiatrie, Psychose, Opiaatverslaving, Persoonlijkheidsstoornissen en Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving).

Dat zijn ook de standaarden waarvan de verwachting is dat ze wegens eventuele financiële implicaties mogelijk voor beoordeling in aanmerking komen. Tot nog toe is – in deze interimperiode – echter bij geen van deze zes standaarden gebleken dat er aanleiding zou zijn geweest om de voorgedragen kwaliteitsstandaarden niet in het Register van het Zorginstituut op te nemen vanwege substantiële financiële gevolgen. In een aantal gevallen (Generieke module acute psychiatrie en Spoedzorgketen) was sprake van financiële dekking binnen de bestuurlijk akkoorden. Een viertal standaarden in de GGZ heeft het Zorginstituut bij partijen teruggelegd met de vraag om de normen in die standaarden nader te duiden, omdat de eventuele financiële gevolgen van implementatie ervan onvoldoende geëxpliciteerd waren.

Zoals aangegeven zullen de risicocriteria gemonitord worden. Niet alleen om te waarborgen dat de kwaliteitsstandaarden die substantiële financiële gevolgen hebben onder politieke besluitvorming vallen, maar ook om te voorkomen dat onnodig kwaliteitsstandaarden aanvullend financieel getoetst moeten worden met een onnodige vertraging in het proces tot

⁴ Handelingen II, Vergaderjaar 2019–20, nr. 42.

⁵ Kamerstuk 35 124, nr. 11.

gevolg. Deze monitoring zal doorlopend en dus nog vóór de wetsevaluatie na vier jaar conform het amendement Slootweg/Laan-Geselschap gebeuren.

De leden van de D66-fractie constateren dat het Zorginstituut de voorkeur had voor een concreet bedrag als risicocriterium, maar dat hiervoor niet is gekozen. Heeft de Minister de afgelopen maanden gebruikt om hiervoor een tussenoplossing te vinden, die werkbaar is voor het Zorginstituut en die tevens het risico voorkomt dat kwaliteitsstandaarden opgeknipt worden? Valt het bijvoorbeeld te regelen om nadere regels te stellen die voorkomen dat kwaliteitsstandaarden opgeknipt worden ofwel dat een Minister kan voorschrijven dat bepaalde kwaliteitsstandaarden in samenhang beoordeeld dienen te worden?

De wet kent niet de mogelijkheid om te kiezen voor een concreet bedrag, maar gaat uit van risicocriteria (artikel 1, achtste lid, van de Wkkgz zoals dat zal luiden na inwerkingtreding van de wet). Deze keuze is destijds in goed overleg met het Zorginstituut gemaakt. In de interimperiode sinds 2017 werkt het Zorginstituut ook al langs deze lijnen. In een algemene maatregel van bestuur kan bovendien niet van een wet worden afgeweken. Dit is met het Zorginstituut besproken, evenals de redenen voor de destijds gemaakte keuze om uit te gaan van risicocriteria. De door de leden van de D66-fractie geschetste oplossingsrichtingen om het opknippen van standaarden tegen te gaan, zijn eerder onderzocht. Die oplossingsrichtingen hebben als nadeel dat daarmee de mogelijkheden voor het opstellen en wijzigen van kwaliteitsstandaarden voor tripartiete partijen sterk worden ingeperkt. Zo zouden tussentijdse wijzigingen van kwaliteitsstandaarden op onderdelen in feite onmogelijk worden, omdat het Zorginstituut steeds in staat moet zijn om op een bepaald moment het geheel op samenhang te beoordelen. Daarom is in de wet en de AMvB gekozen voor de huidige lijn.

De leden van de D66-fractie merken op dat de NZa de sterke wens heeft om betrokken te worden bij de vragen die het Zorginstituut stelt aan partijen ten aanzien van een voorgestelde kwaliteitsstandaard. Begrijpen genoemde leden het goed uit de nota van toelichting dat dit toch niet altijd het geval is? Deze leden vragen of de constatering dan ook juist is dat de NZa zich niet in staat acht de taken die uit deze regeling voor haar voortvloeien uit te voeren.

Er is sprake van verschillende fases. Het Zorginstituut moet eerst toetsen of een voorgedragen kwaliteitsstandaard, die mogelijk substantiële financiële gevolgen voor de collectieve zorguitgaven heeft, een kwalitatieve beschrijving van de directe gevolgen van die standaard voor de collectieve zorguitgaven bevat die een beoordeling van die gevolgen mogelijk maakt. Het is dan ook primair de taak van het Zorginstituut om – mocht die kwalitatieve beschrijving onduidelijk zijn – zo nodig een toelichting aan de opstellers van de kwaliteitsstandaard te vragen. Vervolgens ligt het in de rede – aangezien de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) de budgetimpactanalyse van die kwaliteitsstandaard opstelt – dat het Zorginstituut tijdig bij de NZa verifieert of de NZa met de kwalitatieve beschrijving uit de voeten kan en als dat niet het geval is daarover vragen aan partijen stelt. De drie publieke organisaties (Zorginstituut, NZa en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) werken op dit terrein nauw samen. Op deze wijze kan de NZa haar taken goed uitvoeren.

De leden van de D66-fractie wijzen op de subsidieverstrekking via ZonMw met het oog op de richtlijnontwikkeling. Deze leden vragen of de Minister in overleg met ZonMw is, hoe bij deze subsidieverlening aandacht is voor de gevolgen van deze verandering in wet- en regelgeving ten aanzien van

de richtlijnen, met het oog op zo laag mogelijke administratieve kosten en zo spoedig mogelijke implementatie.

ZonMw stelt kwaliteitsgelden ter beschikking onder andere voor de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden. Veldpartijen zelf zijn echter verantwoordelijk voor het opstellen daarvan. Deze partijen zijn op de hoogte gebracht van deze wijzigingen in wet- en regelgeving, onder andere via een tweetal interim-brieven die het Zorginstituut heeft gestuurd.

De leden van de D66-fractie lezen in de nota van toelichting de uitspraak dat de beheersing van de collectieve zorguitgaven een verantwoordelijkheid is die bij de politiek ligt en niet bij zorgprofessionals. Genoemde leden vragen of de Minister het niet met hen eens is dat de beheersing van de collectief gefinancierde zorguitgaven een gedeelde verantwoordelijkheid is van alle partijen in de zorg.

De door deze leden aangehaalde uitspraak moet gelezen worden in de context van deze nieuwe wettelijke regeling. Natuurlijk hebben partijen in de zorg ieder een eigen verantwoordelijkheid de collectief gefinancierde zorguitgaven in de hand te houden. Het is belangrijk om dat vast te stellen. Maar als het bepalen van goede zorg op gespannen voet komt te staan met de betaalbaarheid ervan, is met deze wettelijke regeling de eindverantwoordelijkheid bij de politiek gelegd om de noodzakelijke afwegingen en keuzes te maken teneinde de collectieve (zorg)uitgaven binnen de perken te houden.