

Vergaderjaar 2001–2002

**27 807**

**Patiënten/consumentenbeleid**

**Nr. 14**

## **VERSLAG VAN EEN NOTAOVERLEG**

Vastgesteld 20 maart 2002

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 18 maart 2002 overleg gevoerd met minister Borst-Eilers en staatssecretaris Vliegthart van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **de nota Patiëntenbeleid/consumentenbeleid «Met zorg kiezen» (27 807, nr. 1)**.

Van het overleg brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

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

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

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Middel (PvdA), Van Lente (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Rijpstra (VVD), Bakker (D66), Rouvoet (ChristenUnie), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Gortzak (PvdA), Hermann (GroenLinks), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Spoelman (PvdA), Kant (SP), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD), Mosterd (CDA), Çörüz (CDA), Pitstra (GroenLinks).  
Plv. leden: Lambrechts (D66), Rehwinkel (PvdA), Apostolou (PvdA), Örgü (VVD), Verburg (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), Weekers (VVD), Ravestein (D66), Slob (ChristenUnie), Van 't Riet (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Belinfante (PvdA), Harrewijn (GroenLinks), Ross-van Dorp (CDA), Th.A.M. Meijer (CDA), Duijkers (PvdA), Smits (PvdA), Marijnissen (SP), O. P. G. Vos (VVD), Hamer (PvdA), Cherribi (VVD), Rietkerk (CDA), Visser-van Doorn (CDA), Van Gent (GroenLinks).



# Stenografisch verslag van een notaoverleg van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Maandag 18 maart 2002

Aanvang 11.15 uur

## Voorzitter: Hermann

Aanwezig zijn 8 leden der Kamer, te weten:

Buijs, Spoelman, Van der Vlies, Van Vliet, Weekers, Rouvoet, Kant en Hermann,

alsmede mevrouw Borst-Eilers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en mevrouw Vliegthart, staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aan de orde is de behandeling van:

- de nota **Patiëntenbeleid/consumentenbeleid "Met zorg kiezen"** (27807, nr. 1);
- de brief van de minister van VWS van 5 november 2001 inzake de evaluatie van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (28000-XVI, nr. 14);
- de brief van de minister van VWS van 29 november 2001 inzake complicatieregistratie medisch specialisten (VWS-01-1667);
- de brief van de minister en de staatssecretaris van VWS van 11 december 2001 inzake de evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (28000-XVI, nr. 78);
- de brief van de minister en de staatssecretaris van VWS van 11 december 2001 inzake het rapport "Klachtopvang in de Nederlandse gezondheidszorg" van het NIVEL (28000-XVI, nr. 77);
- de brief van de minister van VWS van 11 maart 2002 inzake de financiële ondersteuning van landelijk werkzame patiënten/

## consumentenorganisaties (27807, nr. 3).

De **voorzitter**: Ik heet de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, alsmede degenen die hen ondersteunen, in het bijzonder welkom. Natuurlijk is iedereen op de tribune ook zeer welkom, want het gaat over de nota Patiëntenbeleid/consumentenbeleid "Met zorg kiezen". In een nota-overleg komen de fracties in volgorde van grootte aan het woord. De op het groentje aangegeven spreektijden gelden voor beide termijnen.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Voorzitter. Er is de afgelopen tien jaar veel gesproken over patiëntgericht, vraaggericht, zorg op maat en laatst nog zorgaanbod. De vraag is of dat ook werkelijk heeft geleid tot meer invloed van de patiënt. Het antwoord op die vraag moet helaas met nee worden beantwoord. Patiënten of zorggebruikers kunnen nog steeds niet de kwaliteit van leven zelf bepalen. Bureaucratie en ingewikkelde wetgeving staan dit in de weg. Hoe kan het bijvoorbeeld dat iemand vanuit de ene regeling, de door de gemeente uitgevoerde WVG, een rolstoel krijgt, een zwarte want andere smaken kent de gemeente niet, en dat het kussentje dat in die rolstoel moet en dat die rolstoel passend maakt, uit een andere regeling komt, de Ziekenfondswet, en dat vervolgens dat kussentje niet past omdat de gemeente een andere leverancier heeft dan de zorgverzekeraar? Zie hier de dagelijkse praktijk waar mensen tegenaan lopen. Afgelopen dinsdag kwam in de fractie het verhaal van een fractiege-

noot aan de orde: een moeder van een gehandicapt kind die dagen heeft moeten leuren om haar kind ergens geplaatst te krijgen. Dat lukte, weliswaar ontzettend ver van haar woonplaats, maar toch. Ondertussen is zij wel zeer gefrustreerd over indicatieorganen, zorgkantoren, instellingen en zorgverzekeraars. Nu is zij, net als veel politici, erg mondig, maar hoe zit het met al die mensen die dat niet zijn en die al die regeltjes niet kennen? En hoe zit het met de wachtlijsten en het personeelstekort? Wat heb je aan een PGB en vraagsturing als je daar geen thuiszorg voor kunt inkopen wegens gebrek aan personeel? En wie kun je als patiënt aanspreken als je niet krijgt wat je wilt: de zorgverzekeraar, de overheid, de zorginstelling, de Inspectie voor de gezondheidszorg? Als iedereen verantwoordelijkheid heeft, is niemand verantwoordelijk. Dat zijn allemaal zaken die de patiënt of zorggebruiker direct raken en die in de hele berg stukken, een halve meter, slechts summier aan de orde komen alsof dit geen zaken zijn die de dagelijkse praktijk bepalen en alles te maken hebben met vragersinvloed. Het zijn zaken die je niet oplost met alleen een nieuw verzekeringsstelsel en die je ook niet alleen oplost door de rechtspositie van de patiënt te versterken. Natuurlijk hadden deze kwesties aan de orde moeten komen. Het is een gemiste kans. Misschien had het geholpen als de minister de patiëntenorganisaties nauw had betrokken bij de totstandkoming van de nota. Kan zij aangeven waarom dat niet is gebeurd? De ontwikkeling van aanbodgerichte zorg naar vraaggerichte gezondheidszorg hangt uiteraard wel samen met de positie van de patiënt. De

patiënt wordt steeds mondiger en is veel beter geïnformeerd dan vroeger. Internetsites over gezondheidszorg behoren tot de meest geraadpleegde. De patiënt is daardoor beter dan ooit in staat keuzen te maken. Dat neemt niet weg dat veel zorggebruikers, met name in de caresector, helaas niet zo mondig zijn, geen goede opleiding hebben, niet koopkrachtig zijn en niet goed geïnformeerd zijn. Het merendeel van de patiënten in verpleeg- en verzorgingstehuizen is helemaal niet zo goed in staat om de regie over zijn eigen leven te voeren; het valt die patiënten zwaar om hun vragen te verwoorden en keuzen te maken. Voor deze groep moeten er mogelijkheden worden gezocht om te bevorderen dat de zorg ook op hun behoeften wordt afgestemd. Deze mensen verdienen extra aandacht, maar tot mijn stomme verbazing komt dit onderwerp slecht zijdelings aan de orde. Een nota inzake patiëntenbeleid die geen aandacht schenkt aan juist deze zwakste groep, schiet wat ons betreft tekort.

Natuurlijk ondersteunen wij de minister in haar streven, de positie van patiënten in de toekomst verder te versterken. Dat vinden wij enorm belangrijk. De voortvarendheid waarmee zij deze zaken wil aanpakken, is echter die van de lange baan. Daardoor zal die geen gelijke tred houden met de ontwikkelingen die in de gezondheidszorg gaande zijn. Bij verdere ontwikkeling van de vraagsturing zal de regie meer en meer bij de gebruiker komen te liggen en niet bij de zorgverzekeraar, zoals wel vaker gedacht wordt. De regie moet bij de gebruiker komen te liggen, omdat die verantwoordelijk is voor het formuleren van de vraag, terwijl de aanbieder moet uitgaan van het individuele gebruikersperspectief. Om de gebruiker deze regierol goed te laten vervullen is het noodzakelijk dat zijn positie op de verschillende terreinen wordt versterkt. Er moet daarbij wel onderscheid worden gemaakt tussen de rechten van de individuele patiënt en die van de patiënten als collectief. Bovendien moeten de rechten van de patiënt ten opzichte van de zorgverlener en die van de patiënt ten opzichte van de zorgverzekeraar onderscheiden worden. Over dat laatste zal ik het niet hebben, want dat is afgelopen week uitgebreid aan de orde geweest tijdens het

zorgdebat, maar over de andere zaken wel.

Natuurlijk ben je als patiënt kwetsbaar. Klagen over de kwaliteit van de geleverde zorg is moeilijk als je de volgende dag weer moet worden gewassen door dezelfde persoon als over wie je een klacht hebt. Daarom is het van belang dat zowel de individuele positie van de patiënt wordt versterkt, als de positie van de organisaties en instellingen die de belangen van de patiënten behartigen.

Dé klant, dé patiënt of dé zorgvraag bestaat niet in onze pluriforme en steeds veranderende samenleving. Daarom groeit de behoefte aan een eigen culturele en levensbeschouwelijke identiteit. Ziek zijn doe je het liefst in je eigen taal. Als je misselijk bent na een chemokuur, eet je het liefst je eigen kostje. Wil je daadwerkelijk spreken van vraagsturing, dan moet het aanbod ook een breed palet aan zorgvormen bieden. Iemand moet kunnen kiezen voor bijvoorbeeld een plek in een homoverzorgingstehuis of een vrouwelijke arts. Hij moet voorlichtingsfolders in verschillende talen kunnen krijgen, een tolk kunnen inschakelen of zijn eetgewoonten in een ziekenhuis zelf mogen bepalen. Dat kan alleen als individuele vraagsturing het uitgangspunt is. Het gevaar van verregaande zelfregulering van de markt door marktpartijen als zorgverzekeraars en zorgaanbieders is dat ze monopolistisch gedrag gaan vertonen. Doordat deze partijen de laatste tijd ook nog flink aan het fuseren zijn geslagen, wordt dit gevaar alleen nog maar versterkt. Marktpartijen beconcurreren elkaar nu eenmaal niet op het behalen van zoveel mogelijk kwaliteit, maar op het behalen van zoveel mogelijk winst. Deze machtsconcentraties staan individuele vraagsturing in de weg. Wachten met versterking van de positie van de patiënt totdat er een nieuw verzekeringsstelsel is, is onzin. Omdat die versterking nu al nodig is, wil de PvdA-fractie dat op korte termijn een aantal verbeteringen wordt aangebracht. Het moet nu gebeuren en niet later. Het persoonsgebonden budget (PGB) is bij uitstek een instrument waarmee vraagsturing daadwerkelijk gestalte kan krijgen. Daardoor is het een belangrijk middel om de positie van de gebruiker te versterken. Het gebruik van een PGB is alleen niet

altijd zo heel makkelijk voor de gebruiker. Je moet al bijna een boekhouder zijn om je door de bureaucratie heen te kunnen worstelen. Verder veronderstelt het gebruik van een PGB ook uitgebreide kennis van alles wat er op de zorgmarkt te koop is. Die kennis is er natuurlijk niet. De PvdA-fractie wil daarom dat voor mensen met een PGB de mogelijkheid komt om te beschikken over een onafhankelijk adviseur of ondersteuner waarbij de patiënt zelf mag kiezen wie hij of zij inhuurt. Bij de vaststelling van PGB's moet hiermee rekening worden gehouden.

De Inspectie voor de gezondheidszorg ziet toe op de kwaliteit van de gezondheidszorg en onderzoekt tevens de misstanden en de medische missers. Individuele patiënten kunnen met klachten niet bij die inspectie terecht. Hierdoor beschikt de inspectie ook niet over een registratie van de klachten. Dat is jammer omdat de aard en de mate van de klachten de inspectie inzicht zouden kunnen verschaffen in de kwaliteit van de zorgaanbieder. Nu is de ene arts natuurlijk een klungel en de andere arts zo ontzettend deskundig dat hij of zij alleen maar patiënten behandelt die complexe behandeling vereisen. Nu zullen beide artsen een hoge complicatiescore halen. Zie hier het dilemma van complicatieregistratie. Het verschil tussen een medische misser en een complicatie is niet altijd duidelijk. Een buikvliesontsteking na een blindedarmontsteking kan een complicatie zijn, maar kan ook worden veroorzaakt door een medische fout. Bij het afzetten van een verkeerd been lijkt dat evident. Toch is een arts die dit een aantal jaren geleden deed, niet veroordeeld door de tuchtraad, want het werd gezien als een procedurefout en dus als een complicatie. Voor een patiënt zelf is het al helemaal moeilijk om te beoordelen. Het is echter ook niet mogelijk om dit extern te laten beoordelen door een onafhankelijk orgaan en het is al helemaal niet mogelijk om als patiënt vooraf te beoordelen of een zorgaanbieder wel de gewenste kwaliteit levert. De PvdA wil daarom dat er een grotere openheid en openbaarheid over prestaties en kwaliteit in de zorg komt. Kwaliteitsmeting vanuit patiëntenperspectief moet hier onderdeel van zijn. De informatie moet begrijpelijk en toegankelijk zijn

en er moet, net als in het onderwijs, een kwaliteitskaart komen, niet vrijblijvend, maar verplicht. De PvdA vindt ook dat complicatieregistratie openbaar moet zijn. Deze informatie moet toegankelijk zijn en moet ook de verschillen in risico's inzichtelijk maken. Wij vinden een wettelijke verankering van deze verplichting tot openbaarheid dan ook nodig.

De heer **Buijs** (CDA): U kent ongetwijfeld de briefwisseling met de Nederlandse Vereniging voor heelkunde en de opvattingen van de minister op dat punt. Het lijkt erop dat daar voorlopig nog geen zicht op is. Bent u met mij van mening dat daar zo snel mogelijk wat meer openbaarheid over moet komen?

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Dat is precies wat ik zeg. De PvdA is verder voorstander van een medische ombudsman, een onafhankelijk orgaan, voorzien van een eigen staf en een eigen statuut. Wij vinden ook dat er een verbinding moet komen met de inspectie en dat die onder de verantwoordelijkheid van de inspectie moet worden gebracht. De inspectie is er namelijk voor de patiënt. Wij vinden het ook van belang dat deze klachten leiden tot meting en verbetering van de kwaliteit. Dat kan alleen als de inspectie erbij wordt betrokken.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik hoor mevrouw Spoelman zeggen dat er een ombudsman moet komen als instituut, maar onder verantwoordelijkheid van de inspectie. Is de essentie van een ombudsman niet juist dat die volstrekt onafhankelijk is? Is het dan niet een rare figuur om die onder de inspectie te brengen?

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Een ombudsman en een inspectie zijn beide onafhankelijk. Ze zijn er beide voor de patiënt. Ik vind het van belang dat als er een ombudsman is, de klachten leiden tot verbetering. Dat kan alleen als het brede perspectief van kwaliteitsmeting naast een klachtenregistratie kan worden gelegd. Ik vind het van belang dat beide bij elkaar worden gebracht. Een medische ombudsman is bovendien wat anders dan een ombudsman die over consumentenzaken in het algemeen gaat. Daarom vinden wij het van belang dat die verbinding wordt gelegd.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Maar u pleit ofwel voor een ombudsman omdat u vindt dat de inspectie haar werk niet goed doet, ofwel voor een inspectie die haar werk beter gaat doen. U kunt niet een onafhankelijke ombudsman gaan introduceren en die onder de inspectie hangen omdat er iets mis zou zijn. Ik denk dat u moet kiezen.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Het gaat er niet om dat de inspectie iets fout doet, want de inspectie is er niet voor individuele klachten. De PvdA vindt echter dat de inspectie er wel moet zijn voor individuele klachten. Dat kan door de individuele klachtenbehandeling neer te leggen bij de inspectie, maar ook door een ombudsman bij de inspectie in te stellen. Dat lijkt mij voor de consument ook helder.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Wij hebben een Consumentenbond en een patiëntenbeweging en een ombudsvrouw die zich met de zorgverzekeringen en dergelijke bezighoudt. Wat wilt u er nu nog naast zetten, zonder ervoor te zorgen dat het een enorme bureaucratie wordt en mensen helemaal niet meer weten waar zij hun klachten moeten indienen?

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Ik wil juist voorkomen dat mensen door een hele bureaucratie heen moeten om klachten in te kunnen dienen. Het gaat niet om zorgverzekeraars, maar om de kwaliteit van zorg, dus om zorgaanbieders. Nu weten mensen niet de weg als het gaat om medische fouten of medische missers of complicaties. Het is daarom van belang dat er een externe en onafhankelijke plek is waar mensen terecht kunnen. Er bestaat natuurlijk een interne klachtenbehandeling en klachtenprocedure, maar het gaat hier om een extern en onafhankelijk orgaan. Het gaat evenals de ombudsman dat is op andere terreinen om een toegankelijk, laagdrempelig orgaan waar mensen terecht kunnen voor een beoordeling. Dat lijkt mij een goede zaak, omdat dit veel toevoegt en wij een dergelijk orgaan domweg niet hebben. Wij hebben de inspectie. Maar deze doet dit niet en hoeft dat ook niet te doen.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik zet vraagtekens bij de opmerking dat we

“een dergelijk orgaan domweg niet hebben”. Ik ga met u mee als u zegt dat de bestaande wegen wellicht niet goed te vinden zijn. U noemt als voorbeeld de medische missers, maar daarover zijn met justitie nu juist afspraken gemaakt. Volgens mij vallen er niet de gaten die u constateert. Men weet hooguit de weg niet. Waarom stelt u dan niet voor om daar een sterke voorlichting voor op te zetten? Is dat niet een veel concretere manier om mensen hun klachten op de goede plek te laten neerleggen?

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Voorlichting lost het probleem niet op. Het is een ingewikkelde kwestie om te beoordelen of het al dan niet om een medische fout of om een complicatie gaat. Mensen hebben zelf vaak niet voldoende inzicht in de hele zaak. Zij zijn medisch niet erg deskundig en staan tegenover een zeer sterke partij, namelijk een arts die die deskundigheid wel bezit of een ziekenhuis. Ik heb het niet over de zorgverzekeraars maar over de aanbieders. Er moet ook een partij zijn die een zaak kan beoordelen. Dat orgaan is er niet. Er is nergens een plek waar mensen extern en onafhankelijk hun klachten kunnen neerleggen. Mijn fractie vindt dat dit orgaan er moet zijn. De zorgverzekeraars zijn dat met ons eens. U noemt dat geklets, maar minister Borst heeft zelf op de radio gezegd dat zij dit ondersteunt. Het lijkt mij dat ik dit dus niet zo maar uit mijn duim zuig. Voorzitter. Ik kom bij de collectieve rechten van de zorggebruiker. De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen is vanaf 1996 van kracht. Deze wet regelt dat alle zorginstellingen een cliëntenvertegenwoordiging dienen te hebben. Door middel van medezeggenschap wordt geprobeerd te bereiken dat zorginstellingen rekening houden met de vragen en behoeften van de klant. Met name voor cliënten die langdurig in de zorginstelling verblijven, is medezeggenschap een belangrijk instrument, zoals de ondernemingsraad dat is voor werknemers. Cliëntenraden zijn voor hun financiering afhankelijk van de willekeur van de zorgaanbieder, dus van de persoon waarmee zij moeten onderhandelen. Zij verkeren hierdoor vaak in een afhankelijke positie. Bovendien is de regel dat, wanneer er meer geld naar de

cliëntenraad gaat, dit ten koste gaat van de zorg die wordt geleverd. Het wordt voor een cliëntenraad lastig om extra geld te vragen, als dit tegelijkertijd minder handen aan het bed betekent. Cliëntenraden hebben verder niet dezelfde positie als ondernemingsraden. Zij hebben namelijk slechts verzwaard adviesraad, terwijl ondernemingsraden instemmingsrecht hebben. Ook is de invloed van cliëntenraden bij het besluit over de leefomgeving onvoldoende. Zij hebben geen invloed op de bouw, verhuizing of opheffing van de instelling. Door de schaalvergroting en fusies in de zorg zijn er problemen met betrekking tot de bevoegdheden van cliëntenraden ontstaan. Zij hebben daardoor vaak geen invloed meer op vestigingsniveau, alleen op instellingsniveau. De instellingen zijn vaak zeer grote conglomeraten. Dit is soms wel heel ver van het bed van de cliënt. De PvdA-fractie vindt dan ook dat de huidige adviesprocedure onvoldoende garanties biedt om de invloed van cliëntenraden op de kwaliteit van de zorg te waarborgen. Zij wil daarom een onafhankelijke wijze van financiering van cliëntenraden. Zij vindt het nodig dat cliëntenraden instemmingsrecht krijgen en dat zij op vestigingsniveau georganiseerd moeten kunnen worden. Zij vindt het niet acceptabel dat een cliëntenraad naar huis gestuurd kan worden door het bestuur van een instelling en is van mening dat iedereen die zorg afneemt van een zorginstelling in een cliëntenraad vertegenwoordigd kan zijn, ook al woont iemand niet intern.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Dat klinkt erg goed. Als ik het zo hoor, kunnen we vandaag echt ergens komen. Ik heb echter nog een vraag over de financiering. Ik ben heel erg voor een aparte financiering, maar dit mag niet ten koste gaan van de zorg binnen een instelling, ook niet als de financiering gescheiden wordt maar het geld wel binnen het zorgbudget gezocht moet worden zoals nu het geval is. U vindt dat een aparte financiering nodig is. Vindt u dan ook dat er extra geld bij moet en dat het inderdaad niet ten koste mag gaan van de zorg?

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Bij de ene instelling worden cliëntenraden heel krap gefinancierd, bij de andere

juist heel ruim. Ik kan nu niet beoordelen of daar meer geld bij moet, maar ik ga ervan uit dat die financiering adequaat moet zijn. Als dat meer geld moet kosten, is dat zo, maar ik zeg niet op voorhand dat er nu al meer geld bij moet.

Zoals een cliëntenraad vergeleken kan worden met een ondernemingsraad, zo kunnen patiëntenorganisaties gezien worden als de vakbewegingen. In ons poldermodel is een stevig evenwicht tussen partijen onontbeerlijk. De onderhandelaars aan de zijde van de zorgaanbieders worden indirect gefinancierd uit de premiegelden die wij in ons land samen opbrengen. De overheid wordt gefinancierd door middel van onze belastingcenten. Het lijkt de Partij van de Arbeid daarom gerechtvaardigd dat de patiëntenorganisaties een adequate basis-subsidie ontvangen die het hun mogelijk maakt om daadwerkelijk een partner te zijn in dit krachtenveld.

De standaardpatiënt bestaat niet en daarom bestaat er ook geen grote organisatie voor deze standaardpatiënt. De incidentele zorggebruiker en de patiënten die langdurig op zorg zijn aangewezen, hebben verschillende belangen. Helaas zijn de patiëntenorganisaties er nog onvoldoende in geslaagd, een afspiegeling te zijn van alle soorten zorggebruikers. Allochtone zorggebruikers zijn in de patiëntenbeweging helaas nog slecht vertegenwoordigd. Een versterking van deze organisaties lijkt echter meer voor de hand te liggen dan een straf voor het gebrek aan diversiteit. Door middel van onderzoek en projectsubsidies moet daarin verandering worden aangebracht. De Partij van de Arbeid vindt het erg belangrijk dat de positie van de patiënt op korte termijn wordt versterkt. Hoewel deze positie niet helemaal losstaat van de discussie over een nieuw zorgstelsel, vraag ik de minister toch met klem de eerdergenoemde voorstellen op korte termijn uit te werken. Nog langer wachten vergroot alleen maar het verschil in macht tussen conglomeraten zoals zorgverzekeraars en zorginstellingen enerzijds en patiënten anderzijds.

De heer **Buijs** (CDA): Ik heb mevrouw Spoelman niet willen onderbreken, maar in het begin van haar betoog maakte zij een interes-

sante opmerking: we moeten nu haast maken met de versterking van de positie van de cliënt; we moeten niet wachten op de stelselwijziging. Even los van het feit dat ik op dit vlak van de PvdA niet zoveel heb gezien, wil ik haar vragen hoe zij dat nog in deze kabinetsperiode denkt te kunnen realiseren.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Dit overleg wordt helaas heel erg laat gehouden. Dat gebeurt overigens buiten mijn schuld, want ik heb er vaak op aangedrongen om het eerder te houden. Het lijkt mij inderdaad een beetje veel gevraagd om dat nog deze kabinetsperiode te regelen, maar wij voeren wel nog overleg over de genees- en hulpmiddelen. Op dat vlak is de regie van de zorgverzekeraars erg groot en de positie van de patiënt heel erg klein. Ik denk dat daar nog wel wat te regelen valt.

De heer **Buijs** (CDA): Bij het afscheid nemen van deze kabinetsperiode moet dus worden geconstateerd dat op het gebied van het patiëntenbeleid geen of nauwelijks vooruitgang is geboekt.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Dat is het geval.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Mevrouw Spoelman heeft haar betoog afgerond, maar ik heb toch nog een vraag die raakt aan een paar thema's in het laatste deel van haar speech. Zij spreekt over de financiering van alles wat de positie van de patiënt/cliënt en de bundeling van krachten, cliëntenraden enz., versterkt. Duidelijk is dat er ook financiële ondersteuning moet komen. Op twee momenten sprak zij over een onafhankelijke financiering. Het woord "onafhankelijk" werd daarbij beklemtoond. Ik begreep echter uit haar betoog dat zij deze middelen uit de reguliere zorg of de regulier voor de zorg beschikbare gelden haalt. Dat kon ik niet helemaal vatten. Kan mevrouw Spoelman dat eens verhelderen?

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Ik neem aan dat de heer Van der Vlies doelt op de financiering van de cliëntenraden en de patiëntenorganisaties. Voor de manier waarop dat moet gebeuren, heb ik niet direct een oplossing voorhanden, maar ik ben

ervoor dat dit adequaat gebeurt. Je zou de cliëntenraden bijvoorbeeld onder de CTG-regeling kunnen brengen, zodat je een onderscheid kunt aanbrengen tussen het zorgbudget voor de instelling en het budget voor de cliëntenraad. Dat is een mogelijkheid, maar ik vind niet dat ik moet zeggen hoe dat precies moet. Dat moet verder uitgezocht worden. Bij de patiëntenorganisaties kan daarvoor een percentage van de premiegelden beschikbaar worden gesteld. De onderhandelaars van de zorginstellingen en de zorgverzekeraars worden indirect ook uit de premiegelden gefinancierd. De overheid is ook een partner en financiert dat uit belastinggeld. Ik vind dat wij de taak hebben om op te komen voor de financiering van patiëntenorganisaties.

De heer **Weekers** (VVD): Voorzitter. Patiënten- en consumentenbeleid is een typisch liberaal thema. Ik verwijs naar de motie-Dees in het debat over de structuurnota van staatssecretaris Hendriks van volksgezondheid in 1974 over het versterken van de positie van de patiënt. Dat is het startpunt geweest voor de formulering van eigentijds overheidsbeleid. Zo heeft de VVD de eerste bijdrage geleverd aan de emancipatie van de patiënt. Vraagsturing avant la lettre, zogezegd. Vraagsturing is het Leitmotiv geworden voor het huidige beleid en voor alle partijen in de zorgsector. Bij de omslag van aanboddenken naar vraaggestuurd denken heeft de VVD in de persoon van Erica Terpstra de aftrap gedaan. Als staatssecretaris van VWS in Paars 1 heeft zij het persoonsgebonden budget een dusdanige vaart gegeven dat zelfs een tegenspuiterende Partij van de Arbeid deze stap voorwaarts in de autonomie van de patiënt niet kon tegenhouden.

Staatssecretaris **Vliegthart**: Dit is al de vijfde keer dat de VVD-fractie deze opmerkingen maakt. De Partij van de Arbeid heeft ook in de vorige kabinetsperiode de invoering van een persoonsgebonden budget gesteund, zij het dat wij kritiek hadden dat het geen versterking werd. Wij gingen daarin dus verder dan het toenmalige kabinet.

De **voorzitter**: Neemt u mij niet kwalijk, maar ik was een moment

afgeleid. Eigenlijk voert de Kamer hier het woord.

De heer **Buijs** (CDA): Met begrip voor de opwinding van de staatssecretaris na deze retoriek van de VVD over het begin van de patiënteninvloed wil ik vragen om enkele wapenfeiten te noemen die het patiënten/consumentenbeleid de afgelopen acht jaar een impuls hebben gegeven. Ik daag u uit om iets te noemen wat u de afgelopen acht jaar heeft gedaan. Ik constateer alleen dat u iets nagelaten heeft.

De heer **Weekers** (VVD): Wij zitten vandaag een hele tijd bij elkaar, maar die tijd is te kort om het beleid van de afgelopen jaren door te nemen. In mijn verhaal zal ik wel wat feiten verwerken, want de autonomie van de patiënt staat bij ons voorop.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Zo makkelijk komt de VVD-woordvoerder er niet vanaf. Hij kan best twee punten noemen die hij heeft bereikt. Dat vinden wij voldoende. Anders constateer ik dat hij er sinds de motie uit 1974 niet meer over gesproken heeft.

De heer **Weekers** (VVD): Dat is een flauwe opmerking. Ik ga even terug naar 1974 om aan te geven dat wij het patiëntenbeleid ontzettend belangrijk vinden. De Kamer heeft hierover de afgelopen jaren veel gesproken. Misschien heb ik in mijn inleidende woorden de collega's wat te veel geprikkeld, dan wil ik wat van die prikkeling terugnemen. Wij hebben allemaal een goed plekje in ons hart voor de patiënt en de consument en wij werken er allemaal hard aan.

Mevrouw **Kant** (SP): De heer Weekers kan die prikkel wel terug willen nemen, maar die prikkel heeft plaatsgevonden en dan volgt er een ontlading. Volgens de heer Weekers is patiëntenbeleid een typisch liberaal thema. Als dat zo is, hoe verhoudt zich dat dan met dat andere liberale thema, te weten de Zalmnorm en de tekorten in de zorg? Het is toch ook in het belang van de patiënt dat er genoeg zorg is?

De heer **Weekers** (VVD): Dat laatst ben ik zeker met mevrouw Kant eens. In mijn bijdrage zal ik dat liberale uitgangspunt verder

uitwerken, zodat zij op haar wenken bediend wordt.

De nota Patiëntenbeleid/consumentenbeleid is vooral beschrijvend van aard. Zij is vooral een actualisatie van eerdere nota's en zij sluit af met een bescheiden actieplan. Dat actieplan had ambitieuzer en integraler kunnen zijn. Wat ik ook mis, is de financiële paragraaf. Willen de bewindslieden die alsnog toezeggen?

De patiëntenbeweging heeft aangegeven niet gelukkig te zijn met de nota "Met zorg kiezen". In een brief aan de Kamer heeft zij geschreven de inhoud flinterdun te vinden en vluchtig, terwijl voorbij wordt gegaan aan hetgeen gebruikers van de zorg van wezenlijk belang achten. Ook wordt geheld dat de consumenten- en patiëntenbeweging nauwelijks is betrokken bij de totstandkoming van de nota.

Waarom is dat niet gebeurd? Centraal staat toch de gebruiker van de zorg? Waarom is de nota beperkt gebleven tot de koker van het ministerie van VWS? Waarom heeft de minister geen integraal verhaal geschreven, waarbij wonen, werk, sociale zekerheid, onderwijs, cultuur, welzijn, mobiliteit en financiën betrokken zijn? Collega Spoelman heeft zojuist ook al kritiek geuit op het gebrek aan integraliteit van de nota.

De patiënten/consumentenbeweging heeft een prima aanzet gegeven met een eigen nota. Wil het kabinet daarop reageren? Zo moet bij gebundelde inkoopmacht niet alleen naar de zorg worden gekeken. Ik noem het voorbeeld van ouders met verstandelijk gehandicapte kinderen die de krachten willen bundelen en een woongroep willen vormen. Zij lopen tegen veel problemen aan. Zij worden met name bij de wooncomponent vaak van het kastje naar de muur gestuurd. Niemand voelt zich daarvoor verantwoordelijk. Met integraal beleid zou je dat moeten oplossen, bijvoorbeeld door bij het zorgkantoor een casemanager aan te stellen die deze mensen helpt, de weg te banen. Een dergelijke benadering mis ik in de nota, maar die kan natuurlijk achter de nota schuilen. Ik hoor graag de reactie van de regering.

De fractie van de VVD benadert het patiënten/consumentenbeleid langs de lijnen van het eigen rapport "Kiezen voor keuze", maar wij stellen het individu, de burger, de patiënt,

zorggebruiker, consumenten, verzekerde centraal. Dé mens met een beperking, dé oudere, dé patiënt en dé consument bestaan niet. Per definitie zijn er onderlinge verschillen bij iedere persoon. Beleidsontwikkeling moet dus worden toegesneden op individuele personen. Collectieve medezeggenschap of collectieve belangenbehartiging is altijd een afgeleide van en een ondersteuning van de individuele persoon en kan nooit er nooit voor in de plaats treden, al heb ik zeer grote achting voor die collectieve medezeggenschap en belangenbehartiging, met name als het gaat om de kwetsbare mensen in de samenleving die zichzelf niet of onvoldoende kunnen mobiliseren.

Stel je het individu, de burger centraal dan moeten zorgaanbieders en verzekeraars dingen om de gunst van elke consument/zorggebruiker. Er wordt het beste naar hem geluisterd als hij kan stemmen met de voeten. De verzekeraar moet bij zorg in natura optreden als gedelegeerde van de verzekerde. Doet hij dat niet goed, dan lopen zijn klanten weg. Keuzevrijheid en kunnen stemmen met de voeten is dan ook het beste patiëntenbeleid, omdat het de aanbieders dwingt naar de zorggebruikers te luisteren. Is de minister dat met mij eens? Om dat te bereiken, zal het nodige moeten gebeuren, want op dit moment kan er nog veel te weinig met de voeten worden gestemd. In het verzekeringsstelsel kunnen alleen ziekenfondsverzekerden en jonge, gezonde particulier verzekerden jaarlijks stemmen met de voeten. Verschillen in prijs en kwaliteit zijn voor de burger niet duidelijk. Om prijsconcurrentie tussen verzekeraars te kunnen bewerkstelligen, moet de premie dan ook ontdaan worden van inkomenspolitiek. Om iedereen te kunnen laten stemmen met de voeten, moeten wij af van risicoselectie en de daarop gegronde premiedifferentiatie tussen jong en oud, ziek en gezond. Voor consumenten is het nu vaak te lastig om van verzekeraar te wisselen. Dat moet anders. Ik wil overigens niet het debat van vorige week overdoen. Ik verwijs er echter korthedshalve naar. Als wij de zorg beter willen maken, is het noodzakelijk dat het verzekeringsstelsel wordt hervormd.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ook ik heb absoluut niet de ambitie

om het debat van vorige week over te doen. Laten wij dat nemen als vertrekpunt voor dit debat. Ik heb de volgende vraag aan de heer Weekers, na wat vorige week is gezegd over het misschien tegen-draadse effect van een hoge nominale premie, waardoor mensen nog honkvaster worden als het gaat om hun verzekeraar. De wetenschappelijke rapporten over dit punt kent de fractie van de VVD overigens ook. Vindt de heer Weekers dat de overheid een verantwoordelijkheid heeft om inhoud te geven aan consumenten- en publieksvoorlichting over premies, service en pakketten? Of vindt de heer Weekers dat dit aan de verzekeraars overgelaten moet worden?

De heer **Weekers** (VVD): Ik kom straks te spreken over de informatievoorziening. Ik vind dat de overheid randvoorwaarden moet stellen aan de informatie die beschikbaar gesteld moet worden, opdat mensen een goede vergelijking kunnen maken. Hier ligt dus een verantwoordelijkheid van de overheid.

Mevrouw **Kant** (SP): Ook ik wil het debat van vorige week niet overdoen. Dit punt raakt echter aan de patiëntenbelangen. Hoe wil de VVD in een stelsel met concurrerende zorgverzekeraars en concurrerende zorgaanbieders de patiëntenbelangen en de patiënteninspraak waarborgen? Ik doel dan niet op de patiëntenbelangen van grote groepen maar op die van alle patiënten in Nederland. Zojuist is al gezegd dat het risico is dat er concurrentie plaatsvindt op winst en niet op kwaliteit van zorg.

De heer **Weekers** (VVD): Concurrentie vindt plaats op de diverse deelmarkten. Als het gaat om de verzekeringsmarkt, zal er een goede concurrentie plaatsvinden. Daarbij zal de burger kiezen voor de verzekeraar die de beste prijs-kwaliteitverhouding levert. De VVD stelt dat er niet aan risicoselectie gedaan mag worden. Er moet dus sprake zijn van een acceptatieplicht, zodat iedereen verzekerd zal zijn van zorg. Ook bij de zorgaanbieders zal er moeten worden gedongen om de gunst van de zorggebruiker. Daarvoor zullen een aantal nadere regels gesteld moeten worden, opdat er sprake is van een eerlijke concurrentie. Er mag geen sprake zijn van machtsmisbruik.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik zal het concreet maken. Concurrentie op aanbod is een van de risico's als zorgverzekeraars gaan concurreren. Ouders met een gehandicapt kind met gedragsstoornissen en psychiatrische problemen lopen het risico dat het aanbod van zorg niet adequaat zal zijn. In een situatie van concurrerende zorgverzekeraars hebben die organisaties immers belang bij grote groepen patiënten en niet bij individuele patiënten die een wat ingewikkeldere zorgvraag hebben.

De heer **Weekers** (VVD): De VVD heeft aangegeven niet alles op één hoop te willen gooien. Mevrouw Kant geeft een voorbeeld van langdurige, onverzekerbare zorg. Die willen wij in de AWBZ houden. Ik kom op het punt van uitbreiding van zowel het zorgaanbod als van de mogelijkheid van PGB's. Bij schaarste is de keuze immers beperkt en kan er nauwelijks met de voeten worden gestemd. In dit verband juicht mijn fractie het zeer toe dat de grenzen voor zorg in Europa inmiddels zijn opgerekt. Wat mij betreft zullen die grenzen onder voorwaarden geheel verdwijnen, niet om mensen naar ver te laten gaan, maar om de keuzevrijheid te vergroten en om onze eigen zorgaanbieders te prikkelen om beter in te spelen op de wensen van de zorggebruiker. Liefst hebben de mensen zorgverlening in de buurt. Daarop moet ook worden ingespeeld.

Kijkend naar de schaalvergroting, fusies en machtsconcentraties, moet ik constateren dat de burger steeds minder te kiezen krijgt en dat hij steeds verder weg moet voor de zorg die hij nodig heeft. Mijn fractie vindt dat een verkeerde ontwikkeling. Om machtsconcentraties en machtsmisbruik te voorkomen, moet er een marktmeester komen. Schaarste en collectieve aanspraken beperken ook de keuze uit huisartsen, tandartsen en fysiotherapeuten. De ideeën van de Consumentenbond voor een proactieve toezichthouder in de vorm van een marktmeester spreken mijn fractie zeer aan. Deze marktmeester, een zorgkamer, bijvoorbeeld van de Nederlandse Mededingingsautoriteit, moet als uitgangspunt hebben het bewerkstelligen van effectieve concurrentie, dat wil zeggen hoogwaardige dienstverlening, scherpe prijzen, optimale keuze-



vrijheid, innovatieve diensten en vergelijkbare informatie over prijs en kwaliteit. Kortom, er moet voor gezorgd worden dat de consumenten waar voor hun geld krijgen. Ik vraag de minister toe te zeggen, deze gedachte nader uit te werken. In dit verband kan ik voorbeelden noemen van zorgaanbieders, zoals fysiotherapeuten en orthopedisch schoenmakers, die op dit moment niet aan de bak komen omdat de gevestigde orde samen met de verzekeraars de markt gesloten houdt. Daar is niemand, behalve de gevestigde orde, mee gediend en daar zal dan ook snel een eind aan gemaakt moeten worden.

Om goede keuzen te kunnen maken, zal de consument, de zorggebruiker, over adequate informatie moeten kunnen beschikken. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders moeten hier een slag maken. Ik zou bijna zeggen dat er een cultuuromslag moet plaatsvinden. Het gaat niet alleen om informatie teneinde prijs en kwaliteit te kunnen vergelijken, maar ook om informatie uit het eigen dossier. De ICT-ontwikkeling speelt hierbij een belangrijke rol. Er zit enige vooruitgang in, maar ik vind het wel erg stroperig gaan. Zorgaanbieders vinden allemaal zelf het wiel uit en niets verzekert ons dat de informatie in de nabije toekomst via de elektronische weg snel, eenvoudig en veilig kan worden overgebracht naar de zorgverlener die deze informatie nodig heeft. Ik roep de minister op om op dit terrein de zorgverzekeraars, die toch de geldbuidel in de hand hebben, een coördinerende en stimulerende rol te laten vervullen. Ik pleit daarbij dus niet voor één mammoetsysteem, want dat werkt niet, maar wel voor zodanige standaarden dat de diverse systemen van de diverse zorgaanbieders met elkaar kunnen communiceren. De zorggebruiker moet als het ware overal en te allen tijde zijn eigen dossier kunnen inzien of laten inzien door de zorgverlener van zijn keuze. Je kunt met een pasje, een pincode en een klein apparaatje al je bankzaken doen waar ook ter wereld. Waarom zou je iets dergelijks dan niet kunnen doen met je eigen medische dossier?

Dan kom ik bij het vergelijkend warenonderzoek. Wat doet de minister om informatie over prijs en kwaliteit voor de burger te ontsluiten, opdat die informatie gemakkelijk vergeleken kan worden? In het

actieplan van de nota "Met zorg kiezen" stelt de minister dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders tot eind 2003 in de gelegenheid worden gesteld om informatie over leveringsvoorwaarden openbaar en inzichtelijk te maken. Waarom is dat nu nog niet het geval? Waarom wordt hun zo'n lange tijd gegund? Waarom heeft de minister niet gezegd dat per 1 januari 2002 bepaalde informatie inzichtelijk en openbaar moet zijn op straffe van een aanwijzing of een sanctie? Welke informatie wil de minister in elk geval beschikbaar hebben? Wat kan zij doen opdat de consument een simpel vergelijkend warenonderzoek kan doen? Met andere woorden, welke kwaliteitsindicatoren moeten inzichtelijk worden gemaakt en wanneer zal dat ook het geval zijn? Voor de kwaliteitsindicatoren kan een goede complicatieregistratie die op een verantwoorde wijze voor het publiek ontsloten wordt goede diensten bewijzen. De minister zal zich herinneren dat ik haar op 20 november in het vragenuurtje opheldering heb gevraagd over het geheime karakter van die complicatieregistratie. Die geheimhouding maakte mij zeer argwanend, al beseft ik dat de onderzoekers door die geheimhoudingsclausule waarschijnlijk eerlijker en vollediger zullen worden geïnformeerd. Uit een oogpunt van zorgvuldig onderzoek kan ik die geheimhouding ook wel begrijpen, maar het valt niet uit te leggen aan het publiek. Hieruit blijkt dat openheid nog geen gemeengoed is in de medische wereld en dat moet veranderen. Fouten maken is menselijk, maar het onder de pet houden van complicaties en medische missers is onmenselijk. Ik vind dat er een cultuuromslag moet plaatsvinden, opdat openheid, transparantie en een kwetsbare opstelling – ook bij eigen falen – de heersende cultuur wordt. Ik voeg er onmiddellijk aan toe dat ik erken dat dit op sommige plaatsen ook gebeurt. Ziet de minister echter mogelijkheden om dat proces te versnellen? Welke mogelijkheden ziet de minister op dit punt en kan dat proces eventueel worden versneld? En welke mogelijkheden ziet zij om fouten, ongevallen en bijna-ongevallen als kwaliteitsindicatoren zodanig voor het publiek te ontsluiten dat er een "vergelijkend warenonderzoek" kan plaatsvinden? De minister heeft aangegeven dat

het een optie is om jaarlijks het aantal publicaties landelijk te publiceren, zodat wij de kwaliteitsverbetering kunnen volgen. Gaat zij dit ook doen? Zo ja, wanneer? Een andere optie is een gebalanceerde score per ziekenhuis waarbij de resultaten worden gecorrigeerd voor patiëntkenmerken. Ook dat lijkt mij een goede zaak en volgens mij verzet zich er niets tegen om beide opties tegelijkertijd met bekwame spoed uit te werken. Wil de minister dat toezeggen en vanaf wanneer kunnen de zorggebruikers dergelijke informatie dan raadplegen? De klachtenafhandeling en genoegdoening na een medische misser moeten beter. Als een patiënt wordt getroffen door een medische misser, wil hij terecht recht gedaan zien, maar voor hem is op dit moment nauwelijks mogelijk. De VVD vindt dat dat verbeterd moet worden. Enerzijds ontbreekt het de patiënt aan het inzicht in wat er is misgegaan en verschilt van dokter tot dokter en van ziekenhuis tot ziekenhuis de bereidheid om openheid van zaken te geven. Anderzijds ziet de patiënt zich gesteld voor de bijna onmogelijke taak om aan te tonen dat er sprake is van schuld. Alleen als iemand onzorgvuldig handelen kan worden verweten, kan er sprake zijn financiële genoegdoening. In dergelijke situaties is allereerst meer openheid gewenst. Het systeem van meldingscommissies in de ziekenhuizen moet worden verbeterd door medische, ethische en juridische expertise van voldoende kwaliteit. Daarnaast moet de onafhankelijkheid beter worden gewaarborgd. In dit verband heeft de minister op schriftelijke vragen van mij in juli 2000 toegezegd met een wettelijke meldingsplicht te komen opdat ernstige incidenten in de gezondheidszorg worden gemeld aan de inspectie. Wij zijn nu anderhalf jaar verder, maar ik heb nog geen wetsvoorstel gezien. Waarom moet dit alles zo lang duren? Daarnaast kan gedacht worden aan regionale of landelijke meldingscommissies waar patiënten terecht kunnen wier zaak niet met voldoende openheid en/of objectiviteit bij de lokale commissies is behandeld. Ik vraag de minister om ook deze optie te onderzoeken. Het gebrek aan openheid en het niet willen toegeven dat er fouten zijn gemaakt leidt tot juridische

procedures die zich jarenlang voortslepen. Dat kost veel geld en energie. Bovendien levert het onnodig veel negatieve publiciteit op en is er sprake van de nodige frustraties. Advocaten en beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars traineren niet zelden de zaak totdat de gedupeerde murw wordt. Verzekeraars betalen liever een ton aan advocaatskosten dan een stuiver meer aan het slachtoffer. Dit is goed geld naar kwaad geld brengen en daar moet een einde aan komen. Met meer openheid en een coulantere opstelling van de verzekeraars zouden zowel de getroffen patiënt als de kwaliteit van de zorgsector gediend zijn. Beter dan het huidige systeem, waarbij de gedupeerde jarenlang moet vechten voor genoegdoening en waarbij hij afhankelijk is van de informatie van de aangeklaagde, is het no-fault-systeem. Daarbij wordt de vraag naar de schadevergoeding losgekoppeld van de schuldvraag. In het verleden zijn wel eens vraagtekens gezet bij een dergelijk systeem vanwege de financiële gevolgen, maar een no-fault-systeem waarbij de compensatie afhankelijk wordt gemaakt van de onwaarschijnlijkheid en/of het onverwachte karakter van een complicatie, kan heel wel tot een betaalbaar vergoedingensysteem leiden. Ook kan het veel ellende, moeite, verdriet en geld besparen. Prof. Kievit, die de landelijke heelkundige registratie heeft opgezet, heeft onlangs ook voor een dergelijk systeem gepleit. De inspecteur-generaal voor de gezondheidszorg, de heer Kingma, heeft in wat andere woorden in het blad *Zorgvisie* ook al gepleit voor een dergelijk systeem, maar dan het liefst als onderdeel van de zorgpolis. De Belgische regering heeft aangekondigd een dergelijk no-fault-systeem in te zullen voeren. Laat ons dat tot voorbeeld dienen. De VVD wil geen Amerikaanse claimcultuur. Zij wil geen defensieve geneeskunde en risicomijdend gedrag van artsen, maar zij wil wel open en eerlijke informatie als er iets is misgegaan en een billijke schadevergoeding voor het slachtoffer. Waar gewerkt wordt, worden fouten gemaakt. Vervolgens moet er echter wel recht worden gedaan. Een betaalbaar vergoedingensysteem waarbij de schuldvraag vermeden wordt, heeft het voordeel dat defensieve geneeskunde en risicomijdend

gedrag worden voorkomen, terwijl de gedupeerde een snelle en billijke genoegdoening kan worden gegeven. Ik vraag de minister om deze gedachten in enkele varianten uit te werken, daarbij uiteraard de consequenties aan te geven en de Kamer daarover te rapporteren. Ik overweeg op dit punt een motie in te dienen als de minister mij onvoldoende tegemoetkomt. Ik kom nu op de collectieve belangenbehartiging. Omdat het stemmen met de voeten in de huidige marktomstandigheden onvoldoende mogelijk is en ook in de toekomst niet in alle delen van de zorg mogelijk zal zijn en met name niet voor kwetsbare groepen, blijft medezeggenschap van bijvoorbeeld cliëntenraden en de georganiseerde patiëntenbeweging zeer hard nodig. De medezeggenschapswetgeving heeft al resultaten opgeleverd, maar heeft op onderdelen nog verbetering. In dit verband wil ik een aantal punten met name noemen. In de eerste plaats wijs ik op het toezicht op de naleving. De minister constateert naar aanleiding van de evaluatie dat de dekkingsgraad nog onvoldoende is. Ik zie hierin een rol weggelegd voor de inspectie. De minister schrijft dat zij dit aspect zal meenemen in een breder verband. Wanneer kunnen wij welke actie verwachten? In de tweede plaats wil ik ingaan op het ontslag van leden van cliëntenraden. Mevrouw Spoelman heeft er al op gewezen dat dit niet in de wet is geregeld, maar via de jurisprudentie heeft de zorgaanbieder de mogelijkheid gekregen de cliëntenraad op te heffen. Dit tast de autonomie van de cliëntenraad aan. Ik pleit er dan ook voor om een vorm van ontslagbescherming voor cliëntenraden in de Wet medezeggenschap op te nemen, uiteraard op zodanige wijze dat querulanten en cliëntenraden die niet representatief zijn, wel kunnen worden weggestuurd. Een onafhankelijk toets is dan op zijn plaats. Ik denk dan aan de kantonrechter, maar er zijn ook andere opties denkbaar. Graag krijg ik hierop een reactie. Door de schaalvergroting in de zorg zijn er problemen ontstaan met betrekking tot de bevoegdheden van de verschillende medezeggenschapsorganen. Cliëntenraden worden in toenemende mate op centraal niveau gesitueerd. Dit kan voor sommige taken en bevoegdheden zinvol zijn,

bijvoorbeeld bij fusies, overnames en verhuizingen enz., maar de kerntaak van de cliëntenraden ligt toch zo dicht mogelijk bij de directe leefwereld van cliënten. Voor een concernbrede inspraak die wettelijk is geregeld, moet mijns inziens wel een werkbare voorziening worden gecreëerd, opdat inspraak ook werkelijk kan plaatsvinden. Ik denk dan aan het doordelegeren van bepaalde taken door de decentrale cliëntenraad aan de centrale cliëntenraad die op zijn beurt natuurlijk weer een afspiegeling dient te zijn van de decentrale cliëntenraden. Wel moet er worden gewaakt voor bureaucrativering en onnodig "gepolder", want er moeten met spoed besluiten worden genomen. Hoe denken de bewindslieden hierover?

Ik voel er niets voor om uit Den Haag voor te schrijven hoeveel geld de cliëntenraden moeten krijgen. Dit doen wij ook niet voor ondernemingsraden. Wel zie ik dat er veel verschillen bestaan en dat sommige cliëntenraden voor de keuze worden gesteld tussen extra budget voor de raad of meer handen aan het bed. Ik vind dat een dergelijke morele druk niet mag worden opgelegd.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik ben enigszins verbaasd over de vergelijking die de heer Weekers maakt met de ondernemingsraden. Voor de inspraak wil ik die vergelijking wel maken, maar voor de zorg of bedrijven heeft de overheid toch een andere verantwoordelijkheid.

De heer **Weekers** (VVD): Dit is waar, maar de vraag is nu welke middelen er nodig zijn om de inspraak goed te organiseren. De overheid heeft ervoor gekozen om werknemers een bepaalde mate van inspraak te verschaffen en heeft aangegeven dat zij daarvoor een aantal middelen nodig hebben. Enerzijds zijn wettelijke middelen als adviesrecht, instemmingsrecht en voordrachtsrecht verstrekt en anderzijds is financiële facilitering nodig. Over dit laatste heb ik het nu. Ik vind dat cliëntenraden fatsoenlijk moeten kunnen functioneren. Ik zeg hierbij dat dit op verschillende manieren gebeurt in het land en ik wil niet uit Den Haag voorschrijven hoeveel geld beschikbaar zou moeten worden gesteld. Dit werkt te verstarrend. Aan de andere kant wil ik wel iets doen aan het dilemma dat ons wordt

geschetst en wijs op de morele druk die soms op betrokkenen wordt gelegd.

Voorzitter. Ik zou zelf willen aansturen op zelfregulerend middelen een set vuistregels, die bij voorkeur wordt neergelegd in een convenant. Ik besef dat dit niet het allersterkste middel is. Het sterkste middel is immers een beleidsregel van het CTG. Het is echter wel de vraag of dat middel niet te dwingend is, aangezien het mogelijk moet zijn om lokaal maatwerk te leveren. Een set vuistregels zou in de praktijk heel goed kunnen helpen.

De financiering van de patiënten/consumentenbeweging en de koepels van de patiëntenraden verloopt op dit moment rommelig. Het Patiëntenfonds, het ministerie en andere partijen hanteren namelijk allemaal andere uitgangspunten. Verder zijn de doelen versnipperd en soms zelfs tegenstrijdig. Hierin moet meer eenheid worden aangebracht. Op dit moment subsidieert de stichting Patiëntenfonds met middelen van het ministerie van VWS een groot aantal organisaties uit de patiënten/consumentenbeweging. Door de uitvoering van deze publiekrechtelijke taken beschouwt de minister het fonds materieel als een ZBO. De minister wil deze feitelijke situatie formaliseren en daar kan mijn fractie niet mee instemmen. Daardoor ontloopt zij namelijk haar verantwoordelijkheid. Zij heeft dan immers onvoldoende grip op het ZBO. Dit blijkt ook uit de stukken. Daar wordt namelijk aangegeven dat het Patiëntenfonds het een en ander zal worden gevraagd, maar tegelijkertijd ook dat de minister buitenspel staat als het fonds hierop negatief reageert. De VVD-fractie vindt dat op deze manier niet met belastinggeld mag worden omgegaan. Wij willen dat de minister zelf het beleid bepaalt, gecontroleerd door de Kamer. De subsidiëring moet via een ministeriële regeling plaatsvinden. De minister is daarvoor verantwoordelijk en daarom roep ik haar op, te onderzoeken hoeveel geld nodig is voor een adequate patiënten/consumentenbeweging, de actiepunten die zijn aangekondigd in de voorliggende stukken en de suggesties van de Kamer. Op basis van deze bouwstenen moet vervolgens een samenhangend beleid, ook een samenhangend subsidiebeleid, worden ontwikkeld,

met daaraan gekoppeld een aantal prestatie-indicatoren. Dat moet worden uitgewerkt in de nu nog ontbrekende financiële paragraaf. Een dergelijk plan moet er echt komen om te voorkomen dat wij maar blijven aanrommelen. In een dergelijk plan kunnen overigens ook voorstellen worden opgenomen voor de kennisverbetering en de patiëntenrechten. Uit de evaluatie is immers gebleken dat dit knelpunten zijn in de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Het biedt verder de mogelijkheid om plannen op te nemen voor de professionalisering van de klachtenopvang. Ik ben ervan overtuigd dat hier veel meer is uit te halen. Er is bij de vrijwilligers in het land heel veel expertise en die moet worden vertaald naar beleid. Klachten zijn in wezen gratis adviezen en daarmee moet wat worden gedaan, niet ad hoc, maar structureel. Met name de patiëntenbeweging moet hierbij een belangrijke rol spelen. Ten slotte wil ik nog aandacht vragen voor de verdere implementatie van de klachtopvang voor groepen van gevestigde beroepsbeoefenaren, vooral als deze samenwerken. Vooral gezien de ontwikkeling van de huisartsenposten, is het droevig gesteld met de klachtenopvang voor deze groep, laat staan dat het voldoende bekend is bij de zorggebruiker.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): De heer Weekers vertegenwoordigt een liberale partij. Het verbaast mij dan ook dat hij nu zegt dat de subsidies niet verdeeld mogen worden door een Patiëntenfonds, waarin alle partijen zitting hebben. Hij zegt namelijk dat dit centraal moet worden geregeld door de minister. Wat is er nog liberaal aan dit standpunt?

De heer **Weekers** (VVD): De minister geeft zelf aan dat het hier openbare taken betreft. Voor dergelijke taken moet beleid worden ontwikkeld en vervolgens moet daarover verantwoording worden afgelegd. Alleen als je vindt dat deze zaken niet tot het publieke domein behoren, moet je het aan het veld overlaten. De VVD-fractie heeft verder grote moeite met de ZBO's, want deze hangen er eigenlijk maar zo'n beetje tussenin. Dit heeft tot gevolg dat de Kamer de bewindspersonen niet echt goed kan aanspreken op hun beleid. Een ZBO

is verder ook geen markt of samenleving.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): De heer Weekers is geen voorstander van ZBO's en zoekt de minister om een rechtstreekse benadering. In het verlengde daarvan ligt een krachtig pleidooi voor een structurele en gewaarborgde financiering van de koepelorganisatie voor de hand. Als de heer Weekers van mening is dat de betreffende openbare functie een taak van de minister dient te zijn, kan hij niet zuinigjes kijken op het punt van de financiering.

De heer **Weekers** (VVD): Dat was de strekking van mijn verhaal.

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. "Met zorg kiezen" is de titel van de vorig jaar uitgebrachte nota over het patiënten/consumentenbeleid; de titel had beter kunnen zijn "Een zorgelijke keuze" en wel om een aantal redenen. Ten eerste lijkt het erop alsof de patiënt voor het eerst ontdekt is door de regering. Wij hadden toch op zijn minst mogen verwachten dat er iets van een evaluatie van de bereikte resultaten na de nota over het patiëntenbeleid uit 1995 was terug te vinden in deze nota. Ten tweede wordt in deze nota niet of nauwelijks een visie gepresenteerd die aansluit bij het debat over de stelselherziening en de zorgvernieuwing van vorige week. Ten derde wordt expliciet in deze nota vermeld dat deze zich beperkt tot het terrein van de zorg; ten aanzien van vragen op het terrein van wonen, vervoer, arbeid, onderwijs en sociale zekerheid wordt verwezen naar andere departementen. De bewindsleden kunnen toch niet ontkennen dat al deze terreinen een directe relatie hebben met de zorgsector? Een meer integrale benadering van deze beleidsterreinen met de zorgsector is naar de mening van de CDA-fractie noodzakelijk. Het niet opnemen van een integrale benadering in de nota is dan ook een gemiste kans. Ten vierde moet deze nota gezien worden als een poging om de positie van patiënten/consumenten te versterken binnen een zorgsysteem dat aanbodgestuurd blijft. Het is dan ook veelzeggend dat deze nota tot stand gekomen is zonder inspraak van de patiënten/consumentenorganisaties. De regering is blijkbaar van mening dat het ontwikkelen van een op

vraagsturing gericht beleid uitsluitend op andere partijen van toepassing is. De evaluaties van de diverse wetten die vandaag aan de agenda zijn toegevoegd, hadden naar onze mening onderdeel moeten zijn van deze nota. Mijn fractie heeft in dit verband met zeer veel belangstelling de nota van de NPCF "Een integrale visie op het patiënten/consumentenbeleid in Nederland voor de jaren 2002-2006" gelezen. Ik verzoek de bewindslieden om deze nota te incorporeren in de voorliggende nota "Met zorg kiezen". Daarmee kan een verzuim worden goedgeemaakt door de NPCF daadwerkelijk te betrekken bij de verdere beleidsontwikkeling. Graag hoor ik van de bewindslieden de toezegging dat deze twee nota's in elkaar worden geschoven in afstemming met de andere departementen. De brief van het kabinet van 5 juni 2001 over de interdepartementale commissie voor samenhangend en gecoördineerd beleid voor mensen met een handicap en/of chronische ziekte is daarbij een goed vertrekpunt. Wat is de mening van de bewindslieden ten aanzien van het toetsen op effecten van beleids- of wetswijzigingen op de belangen van mensen met beperkingen, een soort cliënteffect-rapportage (CER)? Is het niet verstandig om in het kader van de integrale benadering van cliënten/consumenten één bewindspersoon te belasten met de uitvoering van zo'n integraal beleid? Uit mijn woorden is op te maken dat ik een voorstander ben van een meer integraal beleid ten aanzien van cliënten/consumenten. Naar de mening van de CDA-fractie is een structurele financiering noodzakelijk om patiënten/consumentenorganisaties als volwaardige partij in evenwicht met aanbieders van zorg en verzekeraars te kunnen laten functioneren in een vraaggericht sturingsmodel. Deze structurele financiering kan plaatsvinden in de vorm van een premiefinanciering als basisvoorziening, met daarbovenop projectfinanciering voor specifieke doelen. Mijn fractie heeft de indruk dat de huidige wijze van financiering de samenwerking tussen diverse organisaties eerder belemmert dan bevordert. De door mij voorgestelde financiering kan plaatsvinden via het huidige Patiëntenfonds en zal gevuld

moeten worden vanuit verschillende ministeries. Dit brengt mij dan tegelijk op de ons toegezonden informatie over de evaluatie van de stichting Patiëntenfonds en de voornemens van de minister, verwoord in haar brief van 11 maart. Ik zeg met nadruk 11 maart, want dat was toch weer een forse aanslag op mijn absorptievermogen zo vlak voor het debat. Het zij zo. Allereerst komt daarbij de relatie tussen VWS en het Patiëntenfonds aan de orde. Naast doelmatigheid en rechtmatigheid van de besteding van middelen, zal VWS prestatie-indicatoren opstellen op grond waarvan VWS het functioneren van het Patiëntenfonds kan sturen en toetsen. Ik kan mij daar wel iets bij voorstellen, maar ik maak toch één kanttekening. Te veel nog ademt deze brief van 11 maart de sfeer uit van "over ons maar wel zonder ons". Om nu niet dezelfde fout te maken als bij het opstellen van de nota "Met zorg kiezen" wil de CDA-fractie dat de minister bij het vaststellen van die prestatie-indicatoren de patiënten/consumentenorganisaties betreft. Ditzelfde geldt voor de verdere uitwerking van de notitie "Voor een sterke zorggebruiker" van het Patiëntenfonds. Ik krijg dus graag de toezegging van de minister dat de patiënten/consumenten hierbij actief worden betrokken. Voorgesteld wordt om de subsidiëring van belangenorganisaties van ouderen en gehandicapten, nu gefinancierd in het kader van de Welzijnswet, ook onder te brengen in het Patiëntenfonds. Dit zou dan vóór 1 januari a.s. zijn beslag moeten krijgen. De CDA-fractie wil, alvorens die overheveling plaatsvindt, meer inzicht hebben in de wijze waarop bijvoorbeeld de belangenbehartiging voor niet-zorggerelateerde taken dan zal plaatsvinden. Op welke wijze zullen bijvoorbeeld ouderenbonden kunnen rekenen op ondersteuning? Bovendien biedt dit tevens de mogelijkheid om de subsidiestromen uit andere departementen te bundelen, waardoor een meer uniforme financiering voor de gewenste integrale benadering kan plaatsvinden. De minister merkt dat ik steeds weer terugkom op die integrale benadering. Wil zij deze mogelijkheid dan ook verder laten onderzoeken? Uit de evaluatie van het Patiëntenfonds blijkt overigens tot mijn

verbazing dat deze stichting in 2000 7 mln gulden niet heeft uitgegeven. Dit is een zeer substantieel bedrag op het totaal. Het is te vinden op bladzijde 76. Daar waar ons geluiden bereiken dat er meer geld nodig is voor een steviger beleid, blijkt dat er hier nogal wat op de plank blijft liggen. Hoe kan dat, zo vraag ik de minister. Zonder al te veel in details te treden, wil ik een mogelijke oorzaak noemen. Het is voor mij niet duidelijk waarom in 2002 de financiering van de stichting Downsyndroom is overgedragen aan het Patiëntenfonds. Het Patiëntenfonds zegt vervolgens dat het dat niet kan of niet wil en dan gaat het weer terug naar VWS. Dat betekent dat de stichting Downsyndroom nu in grote onzekerheid verkeert en nog steeds niet weet bij wie zij zich moet melden. Dit is een klein voorbeeld van de relatie tussen het ministerie en het Patiëntenfonds. Op welke wijze kan verhinderd worden dat zulke organisaties tussen de wal en het schip komen?

De heer **Weekers** (VVD): De opmerkingen van de heer Buijs over de relatie tussen het Patiëntenfonds en het ministerie vind ik heel interessant. Mag ik uit zijn woorden concluderen dat hij ook wat voelt voor de lijn die ik zojuist heb ingezet voor het subsidiebeleid, namelijk om dat helemaal te leggen bij de minister?

De heer **Buijs** (CDA): Dan heeft u mij verkeerd begrepen. Ik zie meer in een zeggenschap van het Patiëntenfonds daarover, ook in nauw overleg met de patiënten/consumentenorganisaties, dan in een centrale sturing van de minister. Ik gaf een voorbeeld waaruit blijkt dat de relatie tussen de minister en het Patiëntenfonds niet vlekkeloos is. Ik ben dus niet zo kapot van uw voorstel.

De heer **Weekers** (VVD): U ziet dat een organisatie tussen de wal en het schip dreigt te komen, omdat de financiering wordt overgeheveld van het ministerie naar het Patiëntenfonds. En dan zegt u dat de minister toch maar de touwtjes in handen moet nemen. Ik vind die redenering van u niet erg consistent.

De heer **Buijs** (CDA): De heer Weekers moet goed luisteren, want dat is het tegenovergestelde van wat

ik gezegd heb. Ik heb juist kritiek op het feit dat de stichting tussen de wal en het schip komt. Ik heb de minister gevraagd naar de oorzaak daarvan. Het zou mij niet verbazen als er op het ministerie iets mis is gegaan, maar ik hoor graag haar toelichting. U legt mij woorden in de mond die ik niet gezegd heb. Ik zei het tegenovergestelde. Ik kom terug op de nota "Met zorg kiezen", allereerst op de rechtspositie van de zorggebruikers. In de nota wordt verwezen naar de evaluatie van de diverse wetten welke de positie van de zorggebruiker zouden moeten versterken. Ik kom dadelijk terug op dit onderwerp aan de hand van de evaluaties, die apart geagendeerd zijn. Er wordt evenwel geconcludeerd dat de doelen van deze wetgeving voor een belangrijk deel zijn gehaald, maar dat er nog verbeteringen nodig zijn. Dat het geconcludeerd wordt, is merkwaardig en ik zeg het met nadruk. Ik vind het namelijk een misvatting, want juist in deze nota was het passend geweest om de effecten van wetgeving te beschrijven teneinde weer te geven op welke wijze de onderlinge afstemming en implementatie van deze wetten had moeten worden verbeterd. Ik kan de effecten namelijk niet vinden. Wij worden nu als het ware gedwongen om elk van deze drie wetten afzonderlijk aan de hand van een evaluatie te bespreken. Enige samenhang tussen de bestaande wet- en regelgeving moet verder ontwikkeld worden, aldus het kabinet. Dat is een prima zaak, maar het kabinet laat in deze nota na, te vertellen wat het daarmee bedoelt. Vervolgens wordt 1 mln gereserveerd voor een implementatieplan van deze wetgeving. Vooral de KNMG en patiëntenorganisaties worden hierop aangesproken, maar het is en blijft voor mij in ieder geval onduidelijk wat de regering hiermee precies bedoelt. Kan de minister dit uitleggen?

Het is zonneklaar dat zorggebruikers veel beter moeten worden geïnformeerd over wat zorgaanbieders en -verzekeraars te bieden hebben. Als ik alle beschreven activiteiten bezie, heb ik echter het idee dat het ministerie van VWS pas is gaan nadenken over de vorm van een en ander, toen het zich realiseerde dat er weer een patiënten/consumentennota moest verschijnen. Nogmaals, de nota staat vol goede

bedoelingen en heeft de instemming van mijn fractie, maar het is wel erg toevallig dat het nu allemaal wordt opgestart. Alles heeft een doorlooptijd in 2002 en 2003. Maar goed, beter laat dan nooit. Laten wij overigens niet vergeten dat ICT nog niet voor alle zorggebruikers toegankelijk is, wat de nota mogelijk impliceert. Zij impliceert namelijk tegelijkertijd dat de informatievoorziening naast scholing en ICT ook anderszins bereikbaar moet zijn. Ik vind daar weinig of niets van terug en neem aan dat de minister deze opvatting deelt.

Een van de andere ingezette trajecten is het advies- en begeleidingstraject. Bij het formuleren van vragen en bij de keuze voor een bepaald zorgproduct of -verzekering moeten zorggebruikers zich kunnen laten adviseren en zo nodig laten begeleiden. Mijn fractie is het daar hartgrondig mee eens, maar stelt dat ook hiervoor concrete voorstellen ontbreken in deze nota. Veel moet nog worden onderzocht, getoetst en gemonitord, terwijl er toch al concrete voorstellen van de patiënten/consumentenorganisaties beschikbaar zijn. Kan de minister meer duidelijkheid geven, bijvoorbeeld over de concrete stappen die worden genomen voor ouderadvisering? Wanneer worden de stimuleringsprogramma's en de pilotprojecten omgezet in concreet beleid?

Ik kom op de andere lijn, te weten de inkoopmacht. De CDA-fractie onderschrijft het verbeteren en uitbreiden van de PGB-systematiek, alsmede het vereenvoudigen van de uitvoering en het beperken van de administratieve lasten volledig en hartgrondig. In deze nota ontbreekt evenwel de herbezinning op taak en functie van de regionale indicatieorganen. Naar de mening van de CDA-fractie moet de werkwijze van de RIO's drastisch veranderen. In de nota wordt gesteld dat het van groot belang is dat verzekerden meer invloed krijgen op hun zorgverzekeraar. Ook hierbij wordt nagelaten om concreet aan te geven op welke wijze dit kan plaatsvinden. Naar de mening van de CDA-fractie is het noodzakelijk dat de patiënten/consumentenorganisaties in staat worden gesteld ook daadwerkelijk bestuurlijke kracht te ontwikkelen om die onderhandelingen te kunnen voeren. De huidige financiering is nog te veel gekoppeld aan projecten

en voorlichting, terwijl naar onze mening een verdergaande financiering voor verdere professionalisering van de patiënten/consumentenorganisaties ook dringend noodzakelijk is. Deelt de minister deze mening en, zo ja, op welke wijze wil zij dit faciliteren? Samenvattend is de CDA-fractie van mening dat de nota "Met zorg kiezen" een nota is waarin visie en samenhang ontbreekt, niet of nauwelijks wordt aangesloten bij voorgaande beleidsvoornemens, niet gekozen is voor een integrale benadering en men slechts volstaat met het opsommen van reeds voorgenomen of nu haastig in gang gezet beleid. Kortom, een gemiste kans. "Met zorg kiezen", misschien dat het woord kiezen iets met de verkiezingen van mei te maken heeft, want anders kan ik het niet duiden. Vervolgens kom ik te spreken over de evaluatie van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Het is plezierig om te moeten constateren dat de aanvankelijke angst, namelijk dat deze wet zou leiden tot juridisering, ongegrond blijkt te zijn geweest. Wat mijn fractie nog wel zorgen baart, is dat de helft van alle patiënten/cliënten nog niet op de hoogte zijn van zijn of haar rechten. Ook zorgaanbieders blijken nog onvoldoende te zijn geïnformeerd. Wil de minister bevorderen dat er alsnog een verbetering komt ten aanzien van voorlichting en informatie en, zo ja, wil zij bij de voorjaarsnota hiervoor voldoende budget reserveren?

Ik wil ook nog iets zeggen over de huidige bewaartermijn van de medische gegevens. Zou niet wettelijk kunnen worden vastgelegd dat de patiënt automatisch bijvoorbeeld na tien jaar over zijn of haar eigen dossiers kan beschikken alvorens tot vernietiging wordt overgegaan? Wat betreft het mogelijk verloren gaan van gegevens bedoeld voor wetenschappelijk onderzoek – bijvoorbeeld bij potentieel erfelijke ziekten – zou mijn fractie zich kunnen voorstellen dat een protocol wordt ontwikkeld waarin eenvoudig digitaal een aantal specifieke kenmerken kunnen worden opgeslagen, vanzelfsprekend na toestemming van de patiënt of diens nabestaanden. Ik hoor gaarne de mening van de minister over dit voorstel.

Over de complicatieregistratie het volgende. De brief van de minister

over dit onderwerp blijft wat vaag. De CDA-fractie heeft kennisgenomen van de correspondentie tussen de Nederlandse patiënten/consumentenfederatie (NPCF) en de minister, inclusief de Nederlandse Vereniging voor heelkunde. Daar waar de minister van mening is dat de NPCF betrokken moet zijn bij de vraag op welke wijze uitkomsten van de registratie van complicaties voor zorggebruikers beschikbaar moet komen, deelt de Nederlandse Vereniging voor heelkunde deze opvatting blijkbaar niet. Ik krijg graag wat meer verduidelijking van de minister over dit gevoelige punt. Naar de mening van de CDA-fractie moet het toch mogelijk zijn om onderscheid te maken tussen nalatigheid van de behandelaar en niet voorziene complicaties. Ook hierover graag de mening van de minister.

De Wet medezeggenschap cliëntenraden zorginstellingen is in 1996 tot stand gekomen, maar nog steeds hebben vele instellingen geen cliëntenraad. 56% van de ziekenhuizen voldeed niet aan de wettelijke verplichting tot het instellen van een cliëntenraad. Het is dan ook wat eufemistisch om in de samenvatting te concluderen dat het doel van de wet, het bevorderen van medezeggenschap, grotendeels bereikt is. Met zo'n percentage mag je dat niet zeggen. Ervaringen, opgedaan met bijvoorbeeld de medezeggenschap bij functieveranderingen van ziekenhuizen, waren zelfs zeer bedroevend. De CDA-fractie is van mening dat de brief van de minister van 11 december jl. volstrekt onvoldoende aanknopingspunten biedt om de medezeggenschap van cliëntenraden daadwerkelijk tot haar recht te laten komen. Ik heb dan ook de volgende voorstellen.

Ten eerste wil mijn fractie dat de minister binnen één maand haar mening geeft op de brief van de zes grote koepelorganisaties, waaronder LOC, LPR, LSR en NPCF. In deze brief wordt een prima inventarisatie gegeven van knelpunten en oplossingsrichtingen, alsmede acht voorstellen voor wetswijziging. Op voorhand wil mijn fractie nu al meedelen dat wij van mening zijn dat deze voorstellen tot wetswijziging een positieve bijdrage kunnen leveren aan het invullen van vraaggerichte zorg. Ook kan worden bevorderd dat instellingen de mogelijkheid krijgen om daadwerke-

lijk het maatschappelijk ondernemerschap in te vullen. Graag krijg ik dan ook de toezegging van de minister dat zij de Kamer binnen één maand nader zal informeren over de voorstellen van genoemde organisaties. Ik kan mij in grote lijnen vinden in datgene wat mevrouw Spoelman zei. Mocht het nodig zijn, dan willen wij een Kameruitspraak van haar ondersteunen.

Ten tweede moet er naar de mening van de CDA-fractie een adequate financiering voor de cliëntenraden worden ontworpen. De financiering is, zoals al eerder is gezegd, nog te veel overgelaten aan de willekeur van de zorgaanbieder. Het bureau Berenschot heeft op dit punt een voorstel in het kader van een CTG-regel ontwikkeld. Mijn fractie is van mening dat adequate financiering noodzakelijk is. Kan de minister toezeggen dat zij binnen één maand met een voorstel naar de Kamer komt op geleide van het rapport "Ontvoogding" van bureau Berenschot? De CDA-fractie wil zo nodig op dit punt een Kameruitspraak vragen.

Ten derde dient er een structurele landelijke financiering gegarandeerd te worden voor de landelijke koepels, de LOC, de LSR en de LPR om de belangenbehartiging, onderzoek, innovatie en scholing in voldoende mate te kunnen garanderen. Wij ontvangen ook op dit punt graag een toezegging van de minister. Voorzitter. Ik kom bij de evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen. De wijze waarop de klachttopvang in ons land wordt gerealiseerd, mag nog niet tot tevredenheid stemmen nu blijkt dat tweedede van de klagers niet tevreden is over de afhandeling van de klacht. Overigens blijkt dat de klachttopvang door de IKG's, de informatie- en klachtenbureaus gezondheidszorg, kan rekenen op een sterk groeiende waardering. Uit informatie van het IPO blijkt dat de huidige IKG's een beperkte financiering kennen, zeker als je deze vergelijkt met de financiering van bijvoorbeeld instanties als het Bureau rechtshulp. Ik verzoek de minister daarom een extra budget voor de IKG's beschikbaar te stellen en dat bijvoorbeeld bij de behandeling van de voorjaarsnota kenbaar te maken.

De CDA-fractie wil graag het initiatief van Arcarens en de LOC ondersteunen om een netwerk op te richten van

vertrouwenspersonen/klachtenfunctionarissen in de ouderenzorg. Er worden juist in verzorgings- en verpleeghuizen nogal wat problemen gesignaleerd bij de klachttopvang. Dit netwerk zou in februari jongstleden van start gaan. Hoe is de stand van zaken op dit punt?

Voorzitter. Ik wil ten slotte nog een enkel woord zeggen over de patiënten/consumentenplatforms, de RP/CP's. Er ligt een conceptadvies van Boer en Croon van 30 januari 2002. Het is jammer dat de Kamer nog geen standpunt van de minister op dit rapport ontvangen heeft. Dat maakt praten over de financiering en de functies van de NPCF moeilijk. Ik wil echter toch graag nog twee opmerkingen maken.

Ten eerste. Naar onze mening moet de inbreng van de diverse categoriale patiënten/consumentenorganisaties en de ouderenbonden voldoende tot zijn recht komen in RP/CP-verband. Ten tweede. Er dienen voldoende financiële middelen ter beschikking te komen om de RP/CP's in staat te stellen hun functie uit te oefenen. Dit is nu 20 mln structureel. Volgens het IPO zou dit 50 mln dienen te zijn. Wat is de mening van de minister hierover?

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Voorzitter. In de vorige nota inzake patiëntenbeleid stonden de versterking van de individuele rechtspositie van patiënten/cliënten en de vergroting van de invloed van de georganiseerde patiënten/cliënten centraal. Dit moest gebeuren door financiering van de patiënten/cliëntenorganisaties via het Patiëntenfonds, de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen (WKCZ) en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).

Voorzitter. Ik zal als een soort evaluatie over al deze onderwerpen eerst een aantal opmerkingen maken. De WGBO voldoet op hoofdlijnen aan haar doelen. De rechtspositie van de klant in de zorg is erdoor versterkt. De weerstand onder artsen is afgenomen en de vertrouwensrelatie met de patiënt is, anders dan zij vreesden, niet geschaad. Toch heeft jaarlijks ongeveer één op de twintig patiënten een probleem met zijn rechten. Het gaat dan vooral om gebrekkige

informatie, om omgang met persoonlijke gegevens en onheuse bejegening. De minister wil dit te lijf gaan met kennisverbreding, scholing en integratie in de opleiding onder de beroepsgroep en de patiënten. Maar wat als hier geen sprake is van gebrek aan kennis maar van onwilligheid, het niet willen uitvoeren van deze fatsoensnormen? Zijn er dan sancties? En zo nee, moeten deze er zijn?

Ook de evaluatie van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen is over het algemeen positief, met uitzondering van de ziekenhuiszorg. Ik ondersteun de heer Buijs op dit punt. Ik vind dat een grote schande. Kan de minister ons vertellen hoe zij deze sector daar flink op aan denkt te gaan spreken? De Wet medezeggenschap kan overigens wel een aantal aanscherpingen gebruiken, zodat cliëntenraden evenveel mogelijkheden hebben om patiëntenbelangen te behartigen als ondernemingsraden via de Wet op de ondernemingsraden voor de medewerkers hebben. Over de brief van alle landelijke organisaties wil de fractie van D66 graag binnen een maand een brief van de minister waarin de knelpunten van de Wet medezeggenschap worden opgenoemd en waarin een aantal oplossingsrichtingen wordt aangegeven. Ik sluit mij dus aan bij de opmerking van de leden Buijs en Spoelman. Een eventueel nodige Kameruitspraak zal mijn fractie zeker ondersteunen.

Ik wil staccato aangeven welke punten D66 in elk geval in de wet wil opnemen: het instemmingsrecht zoals in de ondernemingsraad, een eigen specifiek budget zoals in de artikelen 6, 17 en 18 van de WOR is vastgelegd en een bindend voordrachtsrecht voor cliëntenraden zoals bij de raden van toezicht. Op de overige punten wachten wij eerst de reactie van de minister af. Is de minister bereid de Kamer hierin tegemoet te komen?

Van de uitvoering van de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen word ik eerlijk gezegd treurig. De wet wordt naar de letter uitgevoerd, maar tweederde van de klagers is ontevreden over de uitvoering, terwijl zij in meer dan de helft van de gevallen gelijk hebben gekregen. Gelijk krijgen heeft dus niet het gevoel gegeven dat recht is gedaan. D66 is er daarom voor, de fasering hulpverlener en de IKG- of klachten-

functionaris – dan de Wet klachtrecht en dan extern – wettelijk vast te leggen. Op deze wijze wordt de wel goed werkende klachtopvang een wezenlijk onderdeel van het klachtrecht. De minister voelt daar vooralsnog niet voor. Kan zij toelichten waarom niet? Als dat nodig is, overwegen wij op dit punt om een Kameruitspraak te vragen. D66 vindt dat in dit kader bekeken moet worden op welke wijze de IKG's ondersteund kunnen worden in hun steeds belangrijker wordende rol. Ze moeten zich kwalitatief ontwikkelen en verbreden. Bovendien moeten ze bekender worden. Dit vraagt om een investering van enkele miljoenen. Een substantieel deel daarvan zou toch van de landelijke overheid moeten komen. Deelt de minister die mening? Zij spelen immers een belangrijke rol in de ombudsfunctie die mevrouw Spoelman net noemde. Ik denk hierbij aan het bieden van ondersteuning en het geven van toelichting en advies aan cliënten.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Is mevrouw Van Vliet het met mij eens dat een ombudsfunctie inhoudt dat een uitspraak kan worden gedaan? Zij praat nu alleen maar over klachtopvang. Dan wordt helemaal geen uitspraak gedaan over de vraag of de klacht gegrond is.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik vind het een goede zaak als over een klacht een uitspraak wordt gedaan. Ik bestrijd alleen dat dit op dit moment niet mogelijk is en dat wij daarvoor een andere functie nodig hebben. In haar inbreng zei mevrouw Spoelman dat zij zeer veel waarde hecht aan het ondersteunen van cliënten die de weg door de wirwar van regels niet kunnen vinden: hoe en waar dien je een klacht in en wat doe je als je niet tevreden bent? Dat is in essentie de taak van het IKG. In alle provincies zit een IKG. Zij zijn heel enthousiast en er werken veel vrijwilligers. Als wij de klant willen ondersteunen, moeten wij ons daarop richten en niet nog eens ergens een ombudsfunctie creëren. We hebben al veel wetgeving, er zijn cliëntenraden en er is al een ombudsman zorgverzekeringen. Een andere functie vind ik niet echt helpen, maar dit wel.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): De klachtopvang, de hulp en de

voorlichting moeten er zijn. Daarover ben ik het wel eens, maar dat is nog geen ombudsfunctie. Nu is er domweg geen orgaan waar mensen terecht kunnen als ze een klacht hebben over een misser of een complicatie. Ze kunnen naar de rechter stappen, maar een ombudsfunctie als zodanig is er nu niet. Daar moet mevrouw Van Vliet het toch mee eens zijn?

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Mevrouw Spoelman is niet erg duidelijk over de soort klacht waarover ze spreekt. Als je een klacht hebt, kun je naar de cliëntenraad. Is het een klacht in de medische sfeer...

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Het verkeerde been is bijvoorbeeld afgezet.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Daarvoor is er de medische tuchtraad. Bovendien wordt dat nu met justitie geregeld. Die twee lijnen zijn naar mijn mening voldoende. Het gaat er niet om, nog meer lijnen en organisaties te realiseren. Het gaat erom dat de mensen de weg daar naartoe kunnen vinden. Een medische tuchtraad en mogelijkheden om via het ministerie van Justitie medische missers aan te kaarten, zoals mijn collega Boris Dittrich heeft aangegeven, vinden wij op dit moment juist en voldoende. Daarnaast willen wij graag dat de IKG's worden ondersteund, opdat zij de patiënten/cliënten kunnen helpen om hun weg daarin te vinden.

De heer **Weekers** (VVD): Collega Van Vliet verwijst naar het ministerie van Justitie, waar een expertisecentrum wordt opgericht om medische missers eventueel strafrechtelijk te vervolgen, maar het gaat erom dat een gedupeerde patiënt zijn recht kan halen. Dan kan er wel worden verwezen naar de medische tuchtraad en andere instanties, maar die beslissen niet over financiële genoegdoening. Wat vindt collega Van Vliet van mijn gedachte om te komen tot een no fault-systeem voor de procedure waardoor de gedupeerde zijn recht kan krijgen?

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Daar staan wij positief tegenover. De fractie van D66 heeft zich niet vastgelegd op alleen een expertisecentrum, maar die discussie moet nog gevoerd worden. Dat is heel wat

anders dan nog een extra ombudsfunctie. Ik denk dat het IKG daar een grote rol in kan spelen. Bij het Patiëntenfonds kan ik mij aansluiten bij opmerkingen van vorige sprekers. Ik denk dat het goed is dat de financiering via het Patiëntenfonds loopt, omdat alle partijen daarbij rond de tafel zitten. Wij voelen veel voor de voorstellen die er zijn gedaan in de rapporten Berenschot over bottom-up-financiering en de mogelijkheid van een basisfinanciering voor de patiënten/cliëntenbeweging, zodat deze op dezelfde hoogte komt te staan als de partners waarmee zij moet onderhandelen. Er zijn nog wel verbeteringen nodig, maar geconcludeerd kan worden dat met de genoemde wetten en de financiering via het Patiëntenfonds een stevige juridische basis is gelegd om de rechtspositie van de gebruikers van zorg te versterken. Vandaag ligt de vraag voor of daarmee ook invulling is gegeven aan het patiënten/consumentenbeleid van de toekomst. De D66-fractie is van mening dat niet kan worden volstaan met het verstevigen van wat er nu ligt, maar dat er meer nodig is. Daarmee kom ik op het laatste onderdeel van mijn betoog, een kwalificatie van de nieuwe nota Patiëntenbeleid/consumentenbeleid "Met zorg kiezen". De D66-fractie vindt dat het patiënten/consumentenbeleid uit het perspectief van gezondheidszorg goed is belicht in de nota. De minister heeft in de afgelopen acht jaar een visie ontwikkeld op vraagsturing, de patiënt centraal, aanbodkeuze en een meer solidair verzekeringsstelsel. Er wordt duidelijk uitgewerkt wat dat voor de patiënt/cliënt betekent. De nota is ook lekker concreet over de vijf toerustingsniveaus: rechtspositie, informatie, advies en begeleiding, inkoopmacht van de gebruiker en onderhandelingsmacht. Hierover heeft mijn fractie vier concrete vragen. Is de minister bereid om voor de transparante informatievoorziening te onderzoeken of bij het gezondheidsportaal onafhankelijke rapporten over geneesmiddelen geplaatst kunnen worden, zoals in de Verenigde Staten gebeurt door de Food and Drugs Administration? Bij een bijeenkomst van de Raad voor chronisch zieken en gehandicapten bleek dat hieraan zeer veel behoefte bestaat.

Is de minister voorts bereid om de inkoopmacht van patiënten/cliënten te vergroten door het aantal aanbieders zo groot mogelijk te houden? Een fusie zou alleen mogelijk moeten zijn met de gedragscode die in de nota Mensen, wensen, wonen van het ministerie van VROM is opgenomen. Is de minister tevens bereid haast te maken met wat genoemd wordt de Michelingids van de zorg-instellingen? Welke professionaliteit en slagvaardige belangenbehartiging zijn er nodig voor een echte onderhandelingsmacht? Hoe kunnen deze gekoppeld worden aan het in stand houden van een vertegenwoordiging van de achterban? Bestaan hiervoor kwaliteitseisen of moeten zij er nog komen, zodat patiënten/cliëntenorganisaties weten waar zij zichzelf aan moeten toetsen? D66 vindt dat hierover steviger afspraken moeten komen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Mevrouw Van Vliet vraagt wanneer de minister nu eindelijk met een Michelingids komt voor zorg-instellingen. Ik had het genoegen om met haar fractiegenoot Bakker eind januari op het LOC-congres te zijn. Daar was een prachtige aanzet voor een soort Michelingids. Moet deze minister dat overnemen omdat het beter of anders moet, of waardeert zij het initiatief als zodanig, ook als er over de inhoud nog gesproken moet worden? Vindt zij dat een verantwoordelijkheid van de betreffende organisaties? Dat zou mijn instelling namelijk zijn.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Zo zie je maar weer dat je eigenlijk op ieder congres aanwezig moet zijn waarop je portefeuille betrekking heeft. Uiteraard heeft de heer Rouvoet gelijk dat wij hier het wiel niet opnieuw moeten uitvinden. Het lijkt mij goed als het ministerie er zich zodanig mee bemoeit dat er grotere bekendheid komt. Laten wij wel werken met hetgeen wij al hebben.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Is mevrouw Van Vliet het met mij eens dat kwaliteit heel goed beoordeeld kan worden vanuit het cliëntenperspectief, maar dat dit nooit voldoende kan zijn? Als je kwaliteit toetst en tot een kwaliteitskaart komt, dan is daar toch wel net iets meer voor nodig dan een oordeel van de cliënten?

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik heb kennelijk een gevoelige snaar geraakt door dit te noemen. Mijn vraag aan de minister is of wij door kunnen gaan met hetgeen er al is en wat door de patiënten zelf is aangedragen en waarop misschien aanvullingen nodig zijn. Kan er dan regelmatig zo'n Michelingids uitkomen? Daarmee kom ik tegemoet aan beide kanten. Ik kan mij voorstellen dat die kwaliteit, zoals mevrouw Spoelman zegt, van verschillende kanten moet worden bekeken en niet alleen vanuit het perspectief van de patiënten/cliënten. Ik vind het wel een van de belangrijkste. Het ging er juist om concreet te bekijken wat er gebeurt in de zorginstellingen. De inspectie is verantwoordelijk voor ander kwaliteitsbeleid. Over de ideeën van de commissie-Meurs is iedereen eigenlijk wel enthousiast. Als de Kamer daarover praat, geeft de minister steeds aan dat bedrijven deze ideeën over raden van toezicht wel zelf moeten implementeren. Ik begrijp dat de minister daar zelf niet veel invloed op kan uitoefenen, maar kan zij wel toezeggen een inventarisatie te maken van de stand van zaken van de implementatie? Deelt de minister onze mening dat bij de vijf toerustingsniveaus voorbij wordt gegaan aan de positie van de niet-mondige patiënt, met name in verpleeg- en verzorgingshuizen? Zo ja, is de minister bereid, die positie te versterken door in verpleeg- en verzorgingshuizen een periodieke kwaliteitsmeting vanuit het cliëntenperspectief verplicht te stellen? Misschien kan dit ook een onderdeel worden van die Michelingids. Wil zij begeleiding en ondersteuning toezeggen om die vragen en wensen eens goed te kunnen formuleren? Ik gaf aan dat dit de sterke punten van de nota zijn. De fractie van D66 vindt het heel jammer dat in de voorliggende nota geen sprake is van een departementen overschrijdende, integrale visie op hetgeen voor mensen met een beperking en incidentele gebruikers van wezenlijk belang is. Toekomstig patiënten/cliëntenbeleid moet ook gaan over wonen, werken, welzijn. Die gedachtegang vinden wij niet terug in de nota en dat is een omissie als je over toekomstig patiëntenbeleid in 2002 praat. Mijn fractie mist eveneens een nader uitgewerkt standpunt over de rol van de zorgverzekeraars die ten slotte de



zo belangrijke regierol krijgen om de positie van de patiënt/cliënt te verstevigen. Wij kunnen natuurlijk zeggen dat in principe de verzekeraars zorginkopers voor hun klanten moeten worden. Tegelijkertijd vragen wij van hen dat zij op de centen letten. Deze twee zaken kunnen botsen. Dat kan ten nadele van patiënten en cliënten uitwerken. Misschien is dit soms onvermijdelijk als je voor dit systeem kiest en dat doen wij, omdat wij er ook een fiks aantal voordelen in zien, maar je moet patiënten/cliënten en hun organisaties dan wel instrumenten geven om dit te bevechten. Dat is meer dan louter de acceptatieplicht. Ik denk aan een stevig patiëntenhandvest waarin goed op een rijtje staat wat die patiënt kan doen ten opzichte van zorgverzekeraars en anderen, zodat hij de samenhang kan zien met de wetgeving. Mijn fractie is van mening dat wel erg veel nadruk wordt gelegd op het met één mond spreken van de patiënten/cliëntenbeweging. Er zit een logische gedachte achter, want hoe meer eenheid in standpunten hoe sterker men staat. Tegelijkertijd onderschat dat de diversiteit van de achterban. De fractie van D66 vindt dat verwacht mag worden dat op hoofdlijnen met één mond wordt gesproken, maar dat wel recht gedaan wordt aan alle verschillende organisaties voortkomend uit verschillende ziektebeelden of aspecten van zorg. Afsluitend wil D66 ervoor pleiten dat de minister de integrale visie van de NPCF onderdeel maakt van de nota "Met zorg kiezen" en dat zij dus ook het gesprek hierover aangaat met de patiënten- en cliëntenbeweging. Kan de minister dit toezeggen?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Mag ik uit met mevrouw Van Vliet opmerkt over de rol van de verzekeraars afleiden dat zij, met mij, van mening is dat de minister ervoor moet zorgen dat de verzekeraars aan de verzekerden regelmatig een overzicht moeten verstrekken over wat zij leveren, hoe het pakket eruitziet, wat het kost en wat de service is? Als verzekeraars dat niet doen, ligt er toch een verantwoordelijkheid bij de overheid om dit over te nemen? Is mevrouw Van Vliet het met mij eens dat dit essentieel is voor de versterking van de positie van de verzekerden?

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik vind dat een zeer goede gedachtegang, waaraan overigens nog een aantal punten toe te voegen is. Ik verwijs naar wat ik heb gezegd over de commissie-Meurs en de afvaardiging in de raden van toezicht. Misschien moet ook goed op een rij worden gezet, bijvoorbeeld in een patiëntenhandvest dat immers zeer breed kan zijn, dat deze mogelijkheden er zijn. Dit kan gebruikt worden als publieksvoorlichting in praktische zin.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Kant van de Socialistische Partij. Zij verontschuldigt zich voor haar afwezigheid vanmiddag. Dan heeft zij andere verplichtingen.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Ik moet eigenlijk nu al dringend weg. Het is echter ondenkbaar dat mijn fractie op dit belangrijke punt vandaag het woord niet voert. Ik vertrek zometeen overigens met enig vertrouwen. Ik merk immers behoorlijke eensgezindheid op in de Kamer. Dat is niet altijd het geval. Meer aandacht voor patiëntenbelangen in de zorg is heel hard nodig. Iedereen heeft er altijd de mond van vol, maar daar blijft het dan ook vaak bij. Hopelijk is dat vandaag niet het geval. Het eerste belang van patiënten is dat de zorg op orde is. De zorg moet op de noden en behoeften worden afgestemd. Dan moet die zorg, die er nu vaak niet is, er natuurlijk wel zijn. Schaarste schaadt patiëntenbelangen. Dat is een waarheid als een koe. "Met zorg kiezen", zo heet de nota. Op een wachtlijst valt er echter niet veel met zorg te kiezen. Die kritische kanttekening wil ik vandaag gemaakt hebben. De nota is teleurstellend. De nota draagt onvoldoende bij aan de versterking van de rol van de zorgvrager en zijn organisaties. Die organisaties worden door het ministerie ook niet erg serieus genomen, gezien het feit dat zij niet of nauwelijks betrokken zijn bij de opstelling ervan. De patiënten/consumentenbeweging is helaas nog steeds geen daadkrachtige speler, zo staat in de nota. Er worden enkele wijzigingen in de financiering voorgesteld. Waarom niet een meer evenredige en gelijke financiering met verzekeraars en zorgaanbieders, bijvoorbeeld via de premiegelden? Ik heb dit ook anderen al horen zeggen.

Introductie van een keurmerk voor goed verzekeraarschap is een ander voorstel in de nota. Dat lijkt mij niet voldoende om de onderhandelingsmacht ten opzichte van de verzekeraar goed en voldoende vorm te geven. Het beleid van verzekeraars is gericht op het vermijden van kosten in plaats van op het verlenen van hoogwaardige dienstverlening. Gezien het nieuwe stelsel, met meer concurrerende ziektekostenverzekeraars, ben ik daar ook voor de toekomst niet gerust op. Dat effect zal dan versterkt worden. In de richting van de VVD merk ik op dat het klopt dat die partij er geen voorstander van is om de AWBZ uit het stelsel te laten vallen. Het is echter de vraag hoe dit uitpakt, omdat nogal wat partijen hiervan juist wel voorstander zijn. Ik noem een ander voorbeeld van het risico van selectie in aanbod in het nieuwe systeem, dat natuurlijk niet in het belang is van patiënten. Ik wijs op huisartsen en tandartsen in achterstandswijken, die het in tijden van schaarste heel moeilijk hebben. Als de zorgverzekeraars en zorgaanbieders gaan concurreren, voorzie ik daar nog grotere problemen. In de nota wordt geconstateerd dat de keuzemogelijkheden door de fusiegolf beperkt worden en daar blijft het dan bij. Zijn de bewindslieden bereid om analoog aan de fusiegedragscode in de nota Mensen, wensen en wonen van VROM een code op te stellen, waarin harde voorwaarden worden gesteld waaraan voorgenomen fusies moeten voldoen? Wat vinden zij van het voorstel van de LOC om een periodieke toepassing van de kwaliteitsmeting verplicht te stellen? De bewindslieden vinden een betrouwbare en laagdrempelige vorm van advies en begeleiding noodzakelijk, maar de vraag is hoe en wanneer dat zal gebeuren. Dat wordt niet duidelijk in de nota. Beperkt de overheid zich tot monitoring of gaat zij dat samen met de organisaties aanpakken? Is zij bereid onderzoek op te zetten om aanbevelingen te kunnen doen over een onafhankelijke, betrouwbare en laagdrempelige ondersteuning en begeleiding? Volgens de KNMG dient de algemene conclusie te zijn dat de WGBO in belangrijke mate bijdraagt aan de versterking en verbetering van de rechtspositie van de patiënt, maar dat dit ook wel weer gerelati-

veerd moet worden. Dat is namelijk onvoldoende gemeten volgens de KNMG. Volgens patiëntenorganisaties is de WGBO ook bij veel patiënten niet bekend. Ik vraag hier dan ook de aandacht van de bewindslieden voor. Ik hoor graag hoe dat verbeterd kan worden, zeker ook met het oog op allochtonen. De medezeggenschap van cliëntenraden begint op gang te komen, maar er is nog een flinke cultuuromslag nodig. De raden moeten ook niet afhankelijk zijn van de willekeur van de instellingen en daarom is aparte financiering nodig. Ik merk vandaag dat een meerderheid van de Kamer hiervoor lijkt te zijn. Het is dus in ieder geval duidelijk dat wij dit wensen. Vervolgens kan het ministerie kijken hoe dat geregeld kan worden.

De cliëntenraden hebben ook heel goede voorstellen gedaan om de WMCZ te verbeteren. Met de LOC ben ik het eens dat cliëntenraden dezelfde mogelijkheden moeten hebben als de ondernemingsraden. Het adviesrecht moet versterkt worden. Ik heb al gehoord dat de fracties van de PvdA, het CDA en D66 de toezeggingen die zij hebben gedaan op het congres van de LOC, waar ik ook was, gestand zullen doen. Ik ga er dan ook van uit dat de Kamer vandaag zal besluiten om daar instemmingsrecht van te maken.

De zorggebruikers blijken meer tevreden te zijn over de klachtenopvang dan over de officiële klachtenprocedures. Ik vraag het kabinet dan ook of het bereid is om deze onafhankelijke klachtenopvang te versterken en de bekendheid te vergroten. Het instellen van een netwerk van patiëntenvertrouwenspersonen of klachtenfunctionarissen in de ouderenzorg lijkt ook zeer noodzakelijk. Is dat inmiddels gestart en hoe wordt dat ondersteund door het kabinet?

Ik steun het voorstel van de PvdA-fractie om te komen tot een ombudsman voor de zorg. Ik vind het een goed voorstel en ik denk dat het zeker in een grote behoefte voorzien. De meeste Kamerleden krijgen, net als ik, ontzettend veel post van mensen. Wij willen ze vaak wel helpen met hun klachten, maar wij zijn natuurlijk niet in de positie om te bemiddelen. Ik denk dat er een grote behoefte is aan zo'n ombudsman.

De **voorzitter**: Ik geef het woord aan de heer Rouvoet die een extra minuut spreektijd heeft gekregen. Hij heeft nu dus zes minuten spreektijd.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik heb voldoende vertrouwen in uw democratische gezindheid om ervan uit te gaan dat u de fractie van de ChristenUnie met vijf zetels niet minder minuten zult toebedelen dan de fractie van de SP met vijf zetels. Ik ga er dus van uit dat ik gewoon zeven minuten spreektijd krijg. Anders wordt het echt willekeur.

De **voorzitter**: Dit is een typisch voorbeeld van je geeft een vinger en men neemt de hele hand. Dat doen wij dus niet.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dan wil ik graag weten waarop de verdeling van de spreektijd precies gebaseerd is. Het gaat in dit geval om fracties van gelijke grootte. Die moeten toch ook evenveel spreektijd krijgen. Dat lijkt mij een tamelijk principieel punt.

De **voorzitter**: Het is ongehoord dat een geroutineerd Kamerlid als u deze discussie opent. Die sluit ik dus hierbij. Begint u alstublieft met uw betoog.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dat doe ik onder protest. De twijfel aan de democratische gezindheid van een aantal leden is in ieder geval weer toegenomen.

Voorzitter. Er zijn heel veel kritische woorden gevallen over de nota. Laat ik eens beginnen met een positieve opmerking. Mijn fractie vindt het een toegankelijke nota, maar voordat de minister nu erg blij wordt, merk ik op dat het gaat om een toegankelijkheid in de meest letterlijke zijn. De nota staat namelijk bol van de open deuren over mondigheid, mondige zorggebruikers, vraagsturing, informatievoorziening, onderhandelingsmacht enz. Waar staan echter de concrete voorstellen? De kern van de nota is toerusting van de zorggebruiker in een vraaggestuurde zorg. Dat thema verdient echter een betere en vooral concretere nota. Waarin schiet de nota tekort?

In de eerste plaats staan er veel goede woorden in over informatievoorziening, medezeggenschap en vraagsturing. Er is echter te weinig

aandacht voor dagelijkse problemen die deze doelstellingen voor de zorggebruikers frustreren. Ik noem de schotten, de tekorten, de wachtlijsten, de bureaucratie en de houding van veel instellingen. In de tweede plaats wordt er in de nota te veel aan voorbijgegaan dat de zorgverzekeraars in de praktijk het veelal voor het zeggen hebben. Verzekeraars maken verzekerden vaak niet wijzer dan zij al zijn. Op bladzijde 10 van de nota staat dat de minister ook van mening is dat het slecht gesteld is met de informatievoorziening aan verzekerden. Mijn vraag is dan: wat gaat daaraan gebeuren? De minister schrijft ook dat stemmen met de voeten een ultieme remedie is. Dat verbaast mij, zeker na het debat van vorige week waarin de regering aangaf dat zij de mobiliteit van verzekerden wil bevorderen. Waarom is het stemmen met de voeten nu opeens de ultieme remedie, of is dit inzicht van latere datum? Bij interruptie heb ik al gewezen op de rol van de overheid bij het verstrekken van informatie aan verzekerden, zodat zij meer keuzemogelijkheden hebben en er inderdaad met de voeten kan worden gestemd.

De nota gaat in de derde plaats alleen over zorg en ziet niet op andere maatschappelijke velden die voor zorggebruikers deel van de dagelijkse problematiek zijn. De bewindslieden verwijzen in dit verband naar allerlei andere nota's, maar dit is toch de nota over patiënten- en consumentenbeleid? Zorg dan tenminste voor integraliteit en leg dwarsverbanden!

Mijn belangrijkste bezwaar tegen de nota is dat er veel achtergronden en uiteenzettingen van bestaand beleid in staan. Er worden "verbeterpunten" – het woord alleen al! – aangestipt en allerlei ontwikkelingen zullen worden gemonitord. Prachtig allemaal, maar ik lees nauwelijks concrete doelstellingen. Waarom wordt hierbij geen recht gedaan aan de doelstellingen van het VBTB-proces waarin gewerkt wordt met toetsbare doelstellingen? Waarop willen de bewindslieden eigenlijk worden afgerekend als het gaat om het patiënten- en consumentenbeleid? Uit de nota wordt dit onvoldoende duidelijk. Mijn fractie is geen voorstander van een kort-door-de-bochtbeleid – dat horen wij de laatste weken toch al te veel, vooral buiten deze Kamer – maar ook niet

van een langebaanbeleid. Ik geef een voorbeeld. De komende jaren willen de bewindslieden de advies- en begeleidingsstructuur ten aanzien van de verzekeringsmarkt dekkender en beter maken. Mijn vraag is nu hoe dat zal gebeuren. Het toerustingsniveau lijkt concreter te worden, maar de kernwoorden van de actiepunten bij toerustingsniveau 3 zijn achtereenvolgens: monitoren, bezinnen en vervolgen. Wat gaat er echter concreet veranderen? Wie gaat wat wanneer uitvoeren en wie is verantwoordelijk voor wat? Wat is precies de rol van het ministerie bij al dit soort zaken?

Wat betreft de medezeggenschap stel ik vast dat met instemming van mijn fractie indertijd is gekozen voor een primaire verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders. Dat had voor ons ook principiële kanten. Gelet echter op de soms weerbarstige houding van zorgaanbieders en de weinig actieve opstelling van verzekeraars ontstaat ook bij ons meer ruimte voor een duidelijker rol van de overheid bij het versterken van de positie van de zorggebruiker. Dat doet niets af aan de principiële keuze die wij toen gemaakt hebben. Wij zitten nu echter in een nieuwe fase waarin bepaalde zaken opnieuw moeten worden gewogen. De heer Buijs heeft vrij pregnant gevraagd om een aantal reacties binnen een maand op voorstellen van de koepels. Ik val hem daarin bij en ik vind dat wij daarover door moeten spreken. Het gaat zowel om de financiering van cliëntenraden en de koepelorganisaties als om hun rechten. Wat mij betreft is de discussie over eventueel instemmingsrecht op onderdelen open. Ik trek hierover nu geen conclusie, maar ik vind dat wij die discussie moeten voeren als een stok achter de deur om instellingen tot gedragsverandering te brengen. Voor mijn fractie maakt medezeggenschap wel degelijk onderdeel uit van het kwaliteitsbeleid. Ik heb mij verbaasd over de opmerking op bladzijde 7 van de brief over de evaluatie van de WMCZ waarin ik lees dat de regering vindt dat er onderzoek moet komen om op termijn te overwegen of medezeggenschap niet als onderdeel van het kwaliteitsbeleid dient te worden beschouwd. Ik deed dit al jaren. Medezeggenschap is onderdeel van het kwaliteitsbeleid! Waarom moet nog worden onderzocht of dit op

termijn misschien moet worden overwogen? Medezeggenschap is toch een onderdeel van een kwaliteitsbeleid. Medezeggenschap bepaalt of je een behoorlijk kwaliteitsbeleid op poten zet en welke rol de zorggebruikers daarin innemen. Ik begrijp werkelijk niet wat de regering nu nog wil onderzoeken. Ik vraag de bewindslieden mij na te zeggen dat medezeggenschap onderdeel is van het kwaliteitsbeleid. De vraag is slechts welke instrumenten al of niet moeten worden toegevoegd. Die discussie ga ik niet uit de weg, want er is een cultuuromslag nodig.

Ik lees dat er hier een daar zelfs sprake is van verslechtering, doordat instellingen de medezeggenschap minimaal invullen. Dit is niet de bedoeling van de regering en ook niet onze bedoeling. Hoe zullen de bewindslieden hierop reageren? Er is een brief geschreven naar aanleiding van het NIVEL-rapport over de klachtopvang. Ik verwijs kortheidshalve naar het congres op 28 januari jl. Er is vaak iets mis met de houding van de directies van instellingen. De manier waarop zij omgaan met klachten heeft alles te maken met de kwaliteit van het beleid. Iedere klacht is een gratis advies. Ik geloof dat de minister dit begrip voor het eerst heeft gebruikt en ik spreek haar graag na.

Ik heb geen opmerkingen over de standpunten van het kabinet en zijn voornemens voor de informatie, toestemming, beroepsgeheim en privacy zoals verwoord in de brief van 5 november 2001 naar aanleiding van de evaluatie van de WGBO. Ik maak hierbij wel een kanttekening. Op pagina 10 van deze brief staat dat een sterkere rechtspositie van de patiënt geen doel op zich is, maar vooral is bedoeld om bij te dragen aan goede hulpverlening. Ik begrijp de achtergrond van deze opmerking, maar ik vind dit een beetje gemakkelijk en riskant, zeker tegen de achtergrond van het veranderende stelsel en de rol van de zorggebruiker daarin. Een sterkere rechtspositie van de zorggebruiker is dan misschien iets meer doel op zich dan de minister hier doet voorkomen.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): De heer Rouvoet heeft gezegd dat er doelstellingen moeten staan in een nota patiëntenbeleid, maar daarin staan toch doelstellingen zoals de

verbetering van de rechtspositie, de informatie, de inkoopmacht enz. Kennelijk vindt hij die niet voldoende. Welke doelstellingen wil hij hieraan toevoegen?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik heb niet gezegd dat er onvoldoende doelstellingen zijn opgenomen, maar dat de nota niet voldoende concreet is. Het is helemaal niet zo moeilijk om op te schrijven dat de inkoopmacht moet worden vergroot en verbeterd. Ik wil graag weten hoe dit gebeurt. Wie doet wanneer wat en op welke wijze en wat is de rol van de regering daarbij? Ik heb de voorbeelden genoemd. De toerustingsniveaus zijn vermeld, maar als de concreetheit zit in het monitoren van bestaand beleid en in het voortzetten van ander bestaand beleid, is mijn reactie dat ik van een nota patiënten/consumentenbeleid meer verwacht, of je moet dik tevreden zijn met wat er nu aan de hand is. Dat is de minister ook niet, maar de bewindslieden geven niet concreet aan op welke wijze deze zaak moet worden aangepakt, wie op welke termijn wat gaat doen en welke doelstellingen zij willen behalen. In het kader van de VBTB-operatie zijn wij dit toch wel gewend te laatste jaren. Wij mogen dit niet loslaten, vooral niet op dit terrein.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): De heer Rouvoet zegt nu dat de doelstellingen voldoende zijn, maar dat zij niet concreet genoeg zijn ingevuld. Het is mij echter niet duidelijk wat hij bedoelde met zijn opmerking over de open deur.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik noem de opmerking dat de inkoopmacht wordt verbeterd een open deur. Ik wil daarbij concreet vermeld zien wie wat hoe en wanneer doet.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Mevrouw de voorzitter. Er is nog een lange weg te gaan naar een volledig vraaggestuurde inrichting van de gezondheidszorg. Het ambitieniveau van de nota "Met zorg kiezen" gaat feitelijk niet verder dan het inventariseren van de mogelijkheden op welke wijze de gebruikers van zorg kunnen worden toegerust om hun vragen en behoeften zodanig te kunnen formuleren dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars hiermee

nog meer rekening houden. Wat de SGP-fractie betreft had de lat hoger mogen en moeten liggen. De positie van de zorgvrager moet immers niet alleen in woorden, maar vooral ook door concrete daden worden versterkt. Mijn fractie mist op onderdelen de feitelijke invulling en vertaalslag naar de alledaagse praktijk van hetgeen in de nota wordt beschreven.

Een ander kritiekpunt van mijn fractie is dat de nota zich te zeer beperkt tot de gezondheidszorg. Ook de terreinen van arbeid, inkomen, levens- en arbeidsgeschiedtheidsverzekeringen, onderwijs, wonen, vervoer, toegankelijkheid raken namelijk rechtstreeks aan de levenssfeer van patiënten en cliënten. De SGP-fractie vindt het een gemiste kans dat in de nota de positie van de gebruikers van zorg niet op integrale wijze is beschreven, vooral juist omdat deze nota pretendeert vraagsturing centraal te stellen. Willen de bewindslieden nader beargumenteren waarom zij voor een dergelijke deelbenadering hebben gekozen? Wat vinden zij van de alternatieve nota "Een integrale visie op patiënten/consumentenbeleid in Nederland voor de jaren 2002-2006", die door de NPCF in samenwerking met haar lidorganisaties is uitgebracht? Bent u bereid om met een kabinetsstandpunt te komen over deze alternatieve nota? Is de regering bereid om daarin speciale aandacht te schenken aan de wenselijkheid en mogelijkheden van integrale beleidsvoering?

De SGP-fractie vraagt aandacht voor de positie van die cliënten en patiënten die om allerlei redenen niet zonder meer in staat zijn om op basis van de beschikbare informatie verantwoorde keuzes binnen de gezondheidszorg te maken. Ik denk daarbij aan mensen met een verstandelijke handicap en mensen met psychische en/of psychiatrische problemen. Juist deze zorggebruikers hebben vanwege de aard van hun handicap of problemen, naast goede en toegankelijke informatie, over het algemeen een meer dan gemiddelde behoefte aan advies op maat en aan extra begeleiding. Overigens is ook de vertegenwoordigersregeling uit de WGBO kennelijk onvoldoende bekend. Op welke wijze wordt hier door de regering rekening mee gehouden? Kan de staatssecretaris in dit verband ingaan op de her-

oriëntatie van de huidige SPD-functies? Hoe beoordeelt de minister verder de toereikendheid van de huidige advies- en begeleidingsstructuur voor mensen met psychische en psychiatrische problemen?

Gezien het belang van de versterking van het patiënten- en cliëntenperspectief, zeker ook met het oog op het nieuwe zorgstelsel, vindt de SGP-fractie dat de nota op duidelijke en adequate wijze moet worden geïmplementeerd en eventueel aangevuld met de inzet van de nota van de NPCF. "Geen woorden, maar daden", zo zei ik zojuist. Daarbij kan het niet bij monitoren alleen blijven. Bij de verwerking van het actieplan rekent de SGP-fractie dan ook op een actieve rol van het departement. Wat mij betreft zou de regering de Kamer hierover op vaste momenten dienen te rapporteren, zodat wij blijvend de vinger aan de pols kunnen houden. Ik hoor graag een heldere reactie op dit voorstel. Ik sluit mij verder aan bij het verzoek terzake van onder anderen de heer Buijs. Als dat wordt gedaan, kan met een krachtig implementatiebeleid een vervolg worden gegeven aan alle schone voornemens. Op welke wijze zullen de NPCF en haar lidorganisaties als de NPV en de CG hierbij worden betrokken.

De commentaren die de Kamer zijn aangereikt, bevatten twee heikele punten. Zo wordt gesproken over een structurele financiering en een adequate ondersteuning voor de cliëntenraden. Mijn fractie is het er geheel mee eens dat dit moet gebeuren. Het andere heikele punt is de omslag van een verzaamd adviesrecht naar een vorm van instemmingsrecht. Ik wil daarbij herinneren aan het debat over de wet terzake, waarin over het instemmingsrecht een principiële discussie is gevoerd. Mijn fractie kan zich niet zonder meer losmaken van die discussie. Zo zijn volgens ons de renovatietrajecten, de huisregels en de benoemingen van de afdelingshoofden duidelijk verschillende categorieën. Naar mijn idee is de autonomie van een instellingsbestuur relevant genoeg om te mogen beslissen over de benoeming van afdelingshoofden en renovatieplannen. Bij de huisregels ligt het iets anders. Als de instellingsbesturen daarmee echter niet prudent omgaan, dan blijft de SGP-fractie zich op dit punt

constructief beraden. Voor die cultuuromslag is evenwel tijd nodig en het is dan ook te vroeg om op dit moment te bepalen dat het adviesrecht een instemmingsrecht moet worden.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Is het niet gek dat werknemers in een instelling meer rechten hebben dan bewoners? Dienen die rechten niet gelijk te zijn? Ik doel hierbij niet op afdelingshoofden maar op majeure zaken zoals verbouwingen in een instelling, verplaatsingen van instellingen, het veranderen van statuten en dergelijke.

De heer **Van der Vlies** (SGP): De zaken die u noemt, zijn voor mij een geweldige fruitmand met appels, citroenen, peren en bananen. Ik kan over elk van die zaken wat zeggen, maar dat laat de tijd waarschijnlijk niet toe. In dit land is ten aanzien van werknemers een medezeggenschapstructuur ontwikkeld, tot uitdrukking komend in de Wet op de ondernemingsraden, die tot in de collectieve sector is doorgewerkt. Daaraan klevden consequenties voor de zorginstellingen. De werknemer heeft ten opzichte van de werkgever rechten verworven met betrekking tot salariering, rechtsposities en arbeidsvoorwaarden in het algemeen. Dergelijke rechten zijn nog niet geregeld voor consumenten van zorg. Ik ben het volstrekt met u eens dat een zichzelf respecterend instellingsbestuur zich in volledige samenspraak met bewoners inzet voor een goed klimaat. U toont zich echter voorstander van een afdwingbaar recht ten aanzien van onderdelen van die kwaliteit en omgevingsfactoren in een instelling. De identiteit van een instelling of het benoemen van kaderfuncties is in die zin van een andere orde dan het vaststellen van huisregels en het bepalen van de woonsfeer. Om die reden noemde ik de verschillende fruitsoorten in die fruitmand.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): U acht het van belang dat een en ander in samenspraak wordt bepaald, maar gebleken is dat instellingen daartoe in onvoldoende mate overgaan. Is het niet aan ons om de zaak goed te regelen en mensen rechten te geven op dit punt?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Naar

mijn mening hebben de instellingen, met autonome instellingsbesturen, een verantwoordingsplicht. Als de gang van zaken in de praktijk achterblijft, zal de SGP-fractie daarover constructief meedenken. Momenteel maak ik echter de afweging dat de omslag naar instemmingsrecht te vroeg is.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik heb veel begrip voor de positie van de heer Van der Vlies. Wij stonden in het debat over de WMCZ ten aanzien van het instemmingsrecht op hetzelfde standpunt. Ik zal niet proberen, hem te overtuigen om verder te gaan dan hetgeen hij heeft aangegeven omdat ook mijn positie een voorzichtige was. Voor mijn begrip stel ik hem wel de volgende vraag. Speelt op dit punt voor hem de discussie over de verandering van het stelsel, en dus de positie van de zorgvrager in het bestel, een rol, waardoor het aankomt op de vraag: welke instrumenten heeft een zorggebruiker nu eigenlijk?

De heer **Van der Vlies** (SGP): De heer Rouvoet heeft ongetwijfeld de SGP-fractie de jaren door gevolgd. Er kan geen enkel misverstand bestaan over de inzet van die fractie voor een versterking van de positie van de cliënt en de patiënt. Die versterking is hard nodig voor ontwikkelingen als regionalisering en stelselwijziging, die wij op gang hebben zien komen en voor een belangrijk deel ook hebben gesteund. Mijn kanttekening richtte zich op de grenzen van die versterking. Wat past nu wel in dat thema en wat niet of nog niet?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Mijn vraag was niet daarop gericht. Ik vraag het uit sympathie, omdat het mijn eigen afweging ook is. Ik miste dit instrument echter in uw afweging. Mijn vraag is of de versterking van de positie van cliënten en zorggebruikers bij dit vraagstuk van de toepassing op de cliëntenraden op weg naar het nieuwe stelsel principieel iets anders ligt dan indertijd bij de totstandkoming van de WMCZ. Dat is mijn eigen afweging; daar zit ik nog te schipperen. Mijn vraag is of die factor bij u ook een rol speelt bij uw uiteindelijke standpunt over de cliëntenraden.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Toen

wij die wet behandelden, was de kanteling van aanbod- naar vraagsturing al in beeld. Wij wisten alleen niet hoe dat precies vorm zou krijgen, en dat weten wij nog niet. Wij hebben vorige week wel gesproken over de stelselwijziging, maar die moet nog worden gedetailleerd. Dat moet allemaal nog handen en voeten krijgen. Als wij in die richting werken, is de versterking van de stem van patiënten/cliënten heel hard nodig. Zeker bij de ontwikkeling van de regiovisie en in het ouderenbeleid is dat gebleken. Wij moeten echter wel uitkijken als het gaat om de grenzen ervan. Waarvoor moet bijvoorbeeld het instemmingsrecht gelden? Dat is de volgende thematiek. Ik heb een aantal voorbeelden genoemd uit dit dossier. In een van de koepelreacties worden drie voorbeelden genoemd die voor mij op zichzelf al in verschillende categorieën vallen. Dat zal zo blijven. Ik moet er namelijk niet aan denken dat de identiteit van een instelling, om maar meteen het meest heikele punt te nemen, speelbal kan worden op de golven van de regionale belangstelling. Dan lopen wij vast ten aanzien van de levensbeschouwing bij bovenregionale voorzieningen. Dat moeten wij dus niet hebben.

De **voorzitter**: Ik verzoek de heer Van der Vlies om even het voorzitterschap van mij over te nemen, zodat ik namens de fractie van GroenLinks iets kan opmerken.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Dat wil ik graag doen.

**Voorzitter: Van der Vlies**

De **voorzitter**: Mevrouw Hermann, aan u is het woord namens de fractie van GroenLinks. U kent het aantal minuten spreektijd, want dat heeft u voor ons allemaal opgehouden. Dat zult u zich ongetwijfeld ook zelf realiseren.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Precies. Wij kijken op de klok. Voorzitter. Het overleg van vandaag stoelt op twee pilaren. De ene pilaar is de nota Patiëntenbeleid/consumentenbeleid "Met zorg kiezen". De andere pilaar is het terugblikken op het complex van wetten die in de jaren 1995-1996 over het patiëntenbeleid tot stand zijn gekomen. Ik noem de Wet geneeskundige behandelings-

overeenkomst, de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen. Niet genoemd, maar heel belangrijk in dat geheel is de Kwaliteitswet.

In de nota wordt een aantal behartigenswaardige zaken gezegd. Uit het commentaar van de patiëntengroeperingen blijkt echter zonneklaar dat de praktijk van de vraagsturing nog lang niet gerealiseerd is en dat een integrale aanpak node wordt gemist. Daar sluit GroenLinks zich bij aan. De vermaatschappelijking van de zorg, het opwaarderen van de positie van de patiënt/consument, maakt zo'n integrale aanpak nu juist zo noodzakelijk. In het commentaar van de NPCF las ik met instemming de uitspraak dat de gedachte, dat verzekeraars in de huidige situatie de belangen van zorggebruikers kunnen behartigen, voorgoed van de baan moet zijn. Ik sluit mij aan bij degenen die hebben gevraagd waarom er nog steeds sprake is van een projectfinanciering in plaats van een premiefinanciering van de patiëntenbeweging is. Wij vinden met z'n allen dat patiëntenrechten onderdeel van het zorgsysteem zijn, zodat het voor de hand ligt om daarvoor een premiefinancieringsroute te kiezen. Wij hebben het natuurlijk toch moeilijk, want wij zoeken met z'n allen naar richtlijnen, protocollen, standaarden en "evidence based" werkwijzen voor de gezondheidszorg. Zoals de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport tien dagen geleden op het diversiteitscongres van de KNMG echter zei: "Give me standard patients and I'll practice standard medicine." Omdat er geen standaardpatiënten zijn, is de geneeskunde van standaardgezondheidszorg aan de ene kant iets wat wij willen, omdat wij ons graag ergens aan vasthouden. Aan de andere kant is het echter toch een onmogelijke opgave. Over die spanning hoor ik graag straks nog iets van de bewindslieden. Ook bij de wetten waarover wij ons afvroegen hoe het ermee gaat, zit hier en daar wat spanning. De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst werkt goed, want het versterken en verduidelijken van de rechtspositie van de patiënt is wel degelijk gelukt. Er zit evenwel nog een aanbeveling bij. Samenhang en afstemming van gezondheidswetgeving met andere wettelijke regelin-

gen zijn heel belangrijk. In die zin is een aantal opmerkingen gemaakt waar ik mij bij aansluit. Niet alleen het kennisniveau van de hulpverleners, maar zeker ook dat van de patiënten en consumenten kan verbeterd worden. Wij moeten toch nog verder met de praktijkgerichte invulling, richtlijnen en dergelijke. Het actieplan dat de regering aanreikt bij de evaluatie van de WGBO onderschrijven wij dan ook van harte.

Wat betreft de kwaliteit is het ook niet zo eenvoudig. Een aantal van de eerdere sprekers hebben daar het een en ander over gezegd. Bovendien las ik in het rapport over 2000 van de Inspectie voor de gezondheidszorg over de kwaliteitsprofielontwikkeling waar de inspectie volop mee bezig is. In 53 van de 103 ziekenhuizen was het kwaliteitsprofiel in 2000 al aanwezig. Hoe krijgt de ontwikkeling van kwaliteitsprofiel-formulering door de inspectie en het kenbaar maken van die kwaliteit van instellingen aan patiënten en consumenten – iedereen in Nederland behoort daartoe – vorm? Ik heb enkele kritische kanttekeningen over de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Wij mogen en moeten er vragen over stellen dat de besturen van zorginstellingen nog steeds door coöptatie tot stand komen en dat de regering dat ook wel een wenselijke route vindt. De goeden niet te na gesproken, maar veel besturen vinden het wel zo makkelijk gewoon hun vriendjes of vriendinnetjes in zo'n bestuur erbij te vragen. De overeenstemming is dan namelijk verzekerd. Wat mij betreft is dat niet het laatste woord dat wij daarover zeggen. Ik hoop dat de regering daarop wil ingaan. Een evaluatiepunt was dat de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen voor de ouderenzorg en het maatschappelijk werk niet de goede route is en dat zij op dit punt in de praktijk niet werkt. Daarom is de suggestie gedaan om dit op een andere manier te regelen. Gezien de praktijkervaringen zou dat wenselijk zijn.

Over de klachtopvang als informele activiteit en voortraject voor de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen is het NIVEL redelijk positief. Het is echter een verzuim van de Kamer dat wij de evaluatie van de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen niet geagendeerd hebben. Juist in dat klachtrecht hapert namelijk nog

het een en ander. De regering heeft ons daarover eerder een standpunt gestuurd. Dat is inmiddels echter alweer zo lang geleden dat het bij ons kennelijk wat uit het beeld is verdwenen. Ik veroorloof mij dan ook de vrijheid om dat onderwerp er toch maar weer bij te halen, want dat klachtrecht functioneert nog lang niet zoals zou moeten. De invloed van de zorgaanbieders is veel te groot. Op dit moment moet alleen de voorzitter een onafhankelijke persoon zijn, maar als alle leden, met name in klachtencommissies van ziekenhuizen, binnen die ziekenhuizen werken, is het voor die voorzitter erg moeilijk om tot een onafhankelijk oordeel te komen. Ik wil dan ook aan de bewindslieden vragen of zij willen overwegen om de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen zo te wijzigen dat de commissie een onafhankelijke commissie wordt en wordt voorgezeten door mensen die daar terzake kundig voor zijn, namelijk door juristen. Datzelfde geldt voor de secretarisfunctie. Er is nu geen beroepscommissie, maar die zou er wel moeten zijn. Zou het niet goed zijn daar een regionale instelling van te maken? Verder moeten de aanbevelingen van zo'n klachtencommissie uitgevoerd gaan worden door instellingsbesturen. Daar wil ik het graag toe geleiden.

De vergadering wordt van 13.38 uur tot 14.20 uur geschorst.

#### **Voorzitter: Hermann**

De **voorzitter**: Wij zijn toe aan het antwoord van de regering in eerste termijn. De minister heeft zich bereid verklaard om aan het begin van haar antwoord een aantal handreikingen voor de orde van de vergadering te doen.

Minister **Borst-Eilers**: Mevrouw de voorzitter. Dit betreft in de eerste plaats de taakverdeling tussen de staatssecretaris en mijzelf. De Kamer kent onze portefeuilles. Het zal haar daarom niet verbazen dat we besloten hebben dat de vraag naar de breedte van de nota en waarom niet alle andere niet-zorgvoorzieningen erbij betrokken worden, door de staatssecretaris beantwoord zal worden. Zij voert altijd het overleg met de andere departementen over de verbetering van de situatie van mensen met een handicap en dergelijke. Zij zal ook de

Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen behandelen. Ik zal de overige punten behandelen. Ik zal eerst een inleiding houden over wat er tot dusverre gebeurd is. Ik zal vervolgens de evaluatie van de WGBO, de Wet klachtrecht en de klachtopvang behandelen. Vervolgens zal ik de onderwerpen "informatie" en "Patiëntenfonds" behandelen en tot slot enkele varia.

De **voorzitter**: Het lijkt me goed om na afsluiting van een blokje door de bewindslieden de rij van Kamerleden langs te lopen om de vragen en opmerkingen te horen, zodat deze gezamenlijk meegenomen kunnen worden in de beantwoording.

Minister **Borst-Eilers**: Mevrouw de voorzitter. Wij zijn blij dat wij eindelijk kunnen spreken over een aantal stukken, waarvan de meeste al meer dan een jaar bij de Kamer liggen. Het is mij niet ontgaan dat enkele fracties opmerkingen in onze richting hebben gemaakt over gebrek aan tempo en urgentie. Ik mag misschien een deel van dat verwijt terugleggen. Het zou fijn geweest zijn als wij deze behandeling een jaar geleden hadden kunnen doen. De opmerking van de heer Buijs dat het wellicht iets met de verkiezingen te maken heeft, was dan ook nog niet van toepassing geweest.

Er zijn met name door de twee coalitiefracties VVD en PvdA nogal wat kritische geluiden geuit bij monde van de heer Weekers en mevrouw Spoelman, dat er niet veel gebeurd zou zijn in deze kabinetsperiode. Gelukkig zijn er door de oppositie en de D66-fractie wat positievere opmerkingen gemaakt. Ik wil nog even kort memoreren dat er, als we de gehele periode van Paars 1 en Paars 2 nemen – want het is in feite één doorlopende beleidsontwikkeling geweest – voor de patiënten heel veel gebeurd is. Denk maar aan het hele pakket van wetgeving, de wetten die wij vandaag behandelen en ook nog de Wet mentorschap uit 1995. Er was in de tweede paarse periode ook direct een evaluatie van die wetten. Je kunt het allemaal wel mooi opschrijven, maar je wilt ook graag weten hoe het in de praktijk functioneert. We hebben die evaluaties ook aan de Kamer toegestuurd. Ik heb in 1996 een Patiëntenfonds opgericht. Dat was er niet. Ik heb daarna ieder jaar de subsidie aan dat fonds verhoogd.

De Kamer begrijpt dat dit niet eenvoudig was, zeker niet als je de financiële positie van Paars 1 in de herinnering terugroept. Inmiddels zit het fonds op een budget van 50 mln gulden. Er is in 1995 een patiëntennota uitgebracht. We hebben in 1996 ook nog een experiment gestart met de geschillencommissie ziekenhuizen. Dat is na een aantal jaren experiment te zijn geweest in 2001 structureel gemaakt. Wij hebben al deze dingen gedaan omdat wij het belang van een sterkere positie van de patiënt voortdurend op ons netvlies hebben. Vorige week hebben wij de verschillende rollen die de partijen moeten gaan vervullen in het nieuwe stelsel, nog besproken. Ik heb het dan niet zozeer over de verzekering, maar vooral over de nieuwe verdeling van de verantwoordelijkheden in een nieuw sturingssysteem. Als de patiënt daar niet echt een krachtige positie in krijgt, kan het systeem niet werken. Er is daarom ook ons zeer veel aan gelegen om dat tot stand te brengen. Misschien zijn we iets minder van mening dat dit allemaal van de ene op de andere dag kan worden gerealiseerd. Wij weten dat het succes van het beleid dat wij voeren, afhankelijk is van de gedragsverandering van mensen en groepen. Dat is een ingewikkelde zaak. Dat kan niet op heel korte termijn gerealiseerd worden. De opmerking van de Kamer dat het allemaal zo snel mogelijk moet, beschouwen wij als een ondersteuning.

Dan wil ik iets zeggen over de totstandkoming van de nota. Alle sprekers hebben gememoreerd dat de patiëntenbeweging het gevoel heeft dat zij onvoldoende betrokken is geweest bij de totstandkoming. Natuurlijk betreuren wij dat. Als de patiëntenbeweging dat zo heeft beleefd, is dat toch een belangrijk signaal. Bij het uitwerkingstraject zullen wij er dan ook rekening mee houden dat zij blijkbaar nog sterker het gevoel wil hebben dat zij echt meepraat. Vanaf de start van de nota is het onze intentie geweest om alle partijen erbij te betrekken: de patiëntenorganisaties, de aanbieders, de verzekeraars en de andere overheden. In het najaar van 2000 hebben we eerst een externe consultatieronde gehouden. Daarbij waren ook vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties betrokken. Iedereen is gevraagd naar hun opvattingen over de toekomst en

iedereen heeft zijn zegje kunnen doen. In februari 2001 hebben wij een derde bijeenkomst gehouden. Daarbij hebben wij ons geconcentreerd op de groep mensen met een chronische ziekte. Daarna is nog in kleiner verband met de patiëntenbeweging gesproken: ambtelijk overleg met NPCF, Consumentenbond, CG-raad, LOC en FVO. De patiënten/consumentenbeweging betrekken wij natuurlijk ook actief bij de moderniseringstrajecten inzake de AWBZ en de curatieve zorg. Bij discussies over de meerjarenafspraken hebben zij ook allemaal actief aan tafel gezeten. De patiëntenbeweging wilde echter op een gegeven moment echt hun goedkeuring hechten aan deze nota. Daarin zijn we toch niet meegegaan. Wij hebben toen aangegeven dat wij allen onze eigen verantwoordelijkheid hebben – onze verantwoordelijkheid is die van de politiek – en dat wij, nadat wij iedereen goed hebben gehoord en iedereen goed naar onze mening heeft geluisterd, toch zelf gaan opschrijven wat wij ervan vinden. Dat zal, vrees ik, altijd zo blijven. Die mate van betrokkenheid kun je niet realiseren.

De heer **Buijs** (CDA): Ik trek mij de opmerking van de minister wel aan, maar mag ik haar wijzen op de aanbestedingsbrief van 12 juni? Daarin staat dat de gedetailleerde standpunten op de wetsevaluaties WGBO en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen de Kamer in de zomer separaat zullen bereiken. Verder wordt vermeld dat de standpunten inzake het rapport Klachtopvang zullen worden nagezonden. Deze zaken heeft de Kamer pas in november ontvangen. Ik schuif het verwijt dus verre van mij en houd vast aan hetgeen ik in eerste termijn heb gezegd.

Minister **Borst-Eilers**: Die feiten kloppen. Ik wil niet in de agenda van de Kamer treden, maar als de Kamer zich zo betrokken voelt bij die nota en daarover zoveel heeft op te merken, was het denkbaar geweest dat zij eerst de nota met de minister had willen bespreken. Overigens is het niet mijn bedoeling om ervoor te zorgen dat wij elkaar telkens verwijten maken, maar ik voelde mij wel aangesproken door de toon die sommige fracties lieten doorklinken in de zin van "deze twee bewindslieden maken weinig vaart

met dit geheel". Dat heeft ons echt geraakt.

De heer **Buijs** (CDA): Toch vind ik dat de minister zich deze kritiek wel degelijk moet aantrekken. In juni geeft de minister aan dat de Kamer de standpunten in de zomer ontvangt. 's Zomers vergadert de Kamer niet, althans niet in de recesperiode. 29 november en 11 december ontvangt de Kamer de evaluaties. Dan kan de minister toch niet zeggen dat het aan de Kamer ligt?

Minister **Borst-Eilers**: Ik heb goed geluisterd naar de verwijten en de kritiek en die trek ik mij altijd aan, maar ik wilde nog iets van onze kant opmerken.

De Kamer heeft breed steun verleend aan de WGBO. Uit de evaluatie blijkt dat zij goed functioneert, maar dat de kennis over de toepassing bij de hulpverleners en patiënten onvoldoende is. De toepassing moet nog beter, hoewel er al een positief effect te zien is. Wij hebben geconcludeerd dat er nog een stevig implementatietraject moet komen. De KNMG heeft verklaard, bereid te zijn om het voortouw te nemen bij dat implementatietraject, waar de andere partijen ook bij worden betrokken. De KNMG is hiermee inmiddels gestart. Dit is een voorbeeld van iets wat al is gebeurd in afwachting van dit overleg. Het gaat over een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor alle partijen, daar zijn zij het alvast over eens. Er is gevraagd of hiervoor geld is gereserveerd. Dat is inderdaad het geval tot en met 2003. Ik heb goede verwachtingen van dit traject, waar de KNMG uitstekend leiding aan geeft.

Bij dit traject wordt ook de bewaartermijn van dossiers betrokken, waarover de heer Buijs sprak. Wij spreken hierover al heel lang. De termijn van tien jaar is weliswaar een duidelijke norm, maar hij is nooit een absolute eis of opdracht geweest. Er is altijd duidelijk gesteld dat de hulpverlener de gegevens langer moet bewaren, als dat nodig is uit het oogpunt van zorg van een goed hulpverlener, of als de patiënt daar zelf om verzoekt, bijvoorbeeld als het gaat om erfelijkheidsgegevens.

Wij blijven hierover heen en weer praten. Wij zijn het er allemaal over eens dat de termijn in veel gevallen langer dan tien jaar moet zijn. Het is

een goede zaak dat de KNMG en de andere partijen dit betrekken bij de implementatie van de WGBO. Ik zal heel serieus luisteren naar wat eruit komt, want ik heb het idee dat wij met tien jaar wat aan de krappe kant zaten. Tegenwoordig maakt de ICT dat alles met veel minder moeite en een kleiner ruimtebeslag langer bewaard kan blijven.

De heer **Weekers** vroeg of er ook inzage kan worden gegeven in het elektronisch dossier. Volgens de WGBO moet er een dossier worden bijgehouden waarbij de patiënt inzagerecht heeft in en afschrift kan krijgen van de stukken. Hetzelfde geldt onverkort voor het elektronisch dossier.

De heer **Weekers** (VVD): Ik heb gevraagd om de verzekeraars expliciet te belasten met de opdracht om te zorgen dat de systemen die de zorgaanbieders nu opzetten, met elkaar kunnen communiceren. Het instituut NICTIZ is ook bezig met standaardisatie, maar het zou goed zijn om bij de ICT-slag in de zorg te zorgen dat zij onderling goed communiceren.

Minister **Borst-Eilers**: Dat laatste ben ik volstrekt met de heer Weekers eens. Hij weet dat er een platform ICT is onder leiding van de heer Brinkman en daarnaast is er het instituut dat voor de uitvoering zal zorgdragen. Ik denk niet dat de zorgverzekeraars er makkelijk toe te krijgen zijn dat zij de afstemming eisen van de zorgaanbieders op elkaar. Een zorgverzekeraar kan met alle instellingen waarmee hij zelf zaken doet, afspreken dat alle systemen koppelbaar zijn en op elkaar aansluiten. Ik voel er niet veel voor, Zorgverzekeraars Nederland daartoe een opdracht te geven. Ik verwacht dat zij zullen zeggen dat zij dit doen als zij dat nodig hebben. Als zij er geen belang bij hebben, zullen zij geen zin hebben, daar veel geld in te steken. Laat het NICTIZ dat maar regelen. Wij praten over zoveel verschillende aanbieders.

De heer **Weekers** (VVD): Het maakt mij eerlijk gezegd niet zo gek veel uit wie het regelt, als het maar wordt geregeld. Kan de minister ons garanderen dat het NICTIZ daarvoor zorgt? Als daarvoor extra wet- en regelgeving nodig is, horen wij dat wel.

Minister **Borst-Eilers**: Ik onderschrijf dat volledig. Als het maar gebeurt. Ik zal daar ook voor zorgen.

De heer **Buijs** (CDA): Ik kom nog even terug op de tienjaarsnorm. Het is een bewaarplicht, althans zo is het in de gedragscode van de KNMG geformuleerd. De minister is niet ingegaan op mijn verzoek dat na die tien jaar alvorens tot vernietiging wordt overgegaan, de patiënt de mogelijkheid moet worden geboden, zelf eigenaar te worden van zijn dossier. Wat is de mening van de minister daarover?

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Welke sancties staan er op het niet uitvoeren van de WGBO, niet door gebrek aan kennis, maar door onwilligheid? Zijn er eigenlijk wel sancties? Als die er niet zijn, zouden zij er moeten komen.

Minister **Borst-Eilers**: De heer Buijs kan ik antwoorden dat ik er altijd voorstander van ben geweest dat een patiënt eigenaar van zijn dossier zou kunnen zijn. Ik begrijp dat het dossier om allerlei praktische redenen vaak het beste bij de hulpverleners kan berusten. Als er sprake is van vernietiging, zou het inderdaad goed kunnen zijn, de patiënt de gelegenheid te geven, het verder zelf te laten beheren. Het is een prima idee dat ik zal doorgeven aan de KNMG en de andere partijen als zij over dit onderwerp spreken.

De heer **Buijs** (CDA): Mag ik daaruit afleiden dat de minister eventueel bereid is, dit punt in de WGBO op te nemen?

Minister **Borst-Eilers**: Als wij dat afspreken, moet het natuurlijk in een wetswijziging worden opgenomen, want anders krijg je weer gesteggel in de trant van: dat hoeven wij niet te doen.

Mevrouw Van Vliet vroeg naar sancties in de WGBO. Als de WGBO niet wordt toegepast, kan de directie de medewerkers van een ziekenhuis of een andere instelling daarop aanspreken. Dat is de meest elegante weg. Het tuchtrecht kan ook van toepassing zijn. Ten slotte kunnen er klachten over worden ingediend van een zodanige aard dat zij ook de inspectie bereiken. Dat is de normale systematiek. Gevraagd is ook wat die sancties inhouden. Het tuchtrecht is voor

artsen een zware sanctie. Dat geldt ook voor andere hulpverleners zoals de verpleegkundigen. Als de inspectie zich met je handel en wandel bemoeit, is dat niet plezierig. Bestuurlijke boetes en dergelijke staan niet in de wet.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Bij het medisch tuchtrecht denk ik aan fouten zoals het afzetten van het verkeerde been. Ziet de minister onheuse bejegening of verkeerde stappen met persoonlijke gegevens ook in die lijn? Ik denk daarbij eerder aan bestuurlijke boete.

Minister **Borst-Eilers**: Als wij spreken van bejegening, komen wij bij mijn volgende onderwerp: de klachtopvang en de Wet klachtrecht. Onderwerpen als bejegening zullen met name daarin een plaats vinden. Een interne correctie is overigens geen sanctie. De hardste sanctie ligt in het tuchtrecht, dat een aantal stevige maatregelen kent. Die zullen voor een arts ook zwaarder tellen dan een bestuurlijke boete. De meeste opmerkingen van de Kamer gaan over het niet-geagendeerde onderwerp. Dat merkte de voorzitter al op in haar eigen termijn. Ik doel op de klachtenprocedure. Het is goed om daarbij een onderscheid te maken tussen de Wet klachtrecht en de klachtopvang. De Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen is geëvalueerd door ZON. In grote lijnen is een en ander geslaagd, maar tweederde van de klagers toont zich niet tevreden. De klachtopvang betreft meer het informele circuit. Mevrouw Van Vliet heeft gevraagd wat de positie is van de klachtopvang in het klachtenstelsel. De klachtopvang is geen formeel voorstadium van de klachtbehandeling in het kader van de wet. Een zorggebruiker kiest immers of hij of zij wel of niet gebruik wil maken van de klachtopvang. Die opvang is nooit verplicht. Men kan immers ook regelrecht recht halen op basis van de wet. De klachtopvang kan nooit verplicht worden gesteld voordat men formeel een klacht indient. Het vormt een mogelijkheid voor een zorggebruiker om, als hij of zij het klachtrechttraject is ingegaan en daarover niet tevreden is, formeel een klacht in te dienen, een klacht ter behandeling voor te leggen bij de kantonrechter of voor het tuchtrecht te kiezen. Bij de evaluatie van de Wet



klachtrecht is gebleken dat, hoewel ZON het in grote lijnen met name qua implementatie geslaagde wetgeving vindt, tweederde van de klagers niet tevreden is alhoewel de helft van de klagers in de klacht gelijk is gesteld. Verder is gebleken dat 10% van de instellingen nog geen klachtregeling had tijdens de evaluatie. Inmiddels ligt dat percentage iets hoger, al weet ik dat niet precies uit mijn hoofd. Het percentage moet naar 100: alle instellingen een klachtregeling. Op grond van de evaluatie willen wij de rol van de inspectie versterken door de inspectie het toezicht op de wet op te dragen en de inspectie de mogelijkheid te geven om in het kader van de Wet klachtrecht aanwijzingen te geven aan zorgaanbieders. Verder gaat de geheimhouding van de klachtencommissies tegenover de inspectie verdwijnen. Dat alles wordt vervat in een wetswijziging, die ik in april aan de ministerraad hoop voor te leggen. Ik was onaangenaam getroffen door de ontevredenheid bij tweederde van de klagers. Ik wil daar graag meer van weten. Ik heb NIVEL opdracht gegeven, via Zorgonderzoek Nederland, om met een wat diepere analyse na te gaan wat de oorzaken hiervan zijn. Heeft het ermee te maken dat Nederlandse klagers in het algemeen vaak niet tevreden zijn met de afhandeling van een klacht? Ik vermoed dat dit element ertoe bijdraagt. Een mondelinge toelichting van NIVEL heeft bij mij tot de indruk geleid dat de ontevredenheid erin gelegen is dat klagers hoge verwachtingen hebben over het straffen van de betrokken artsen. Men verwacht dat die een zware pijp te roken krijgen. De mensen zien dat er naar de klachten geluisterd wordt. Er gebeurt vaak ook iets in de vorm van een berisping. Het gaat dan echter niet om het tuchtrecht. Blijkbaar verwachten klagers er meer van. Ik wil echter niet te veel op het onderzoek vooruitlopen. Mevrouw Hermann heeft de onafhankelijkheid van de klachtencommissie aan de orde gesteld. De bedoeling is natuurlijk dat de klachtencommissie onafhankelijk is. In de wet staat ook dat er een onafhankelijke voorzitter moet zijn. Als je verstandig bent, dan zorg je er ook voor dat de rest van de commissie onafhankelijk is. Ik moet zeggen dat veel ziekenhuizen dat ook doen, bijvoorbeeld door patiëntenvertegenwoordigers en een

onafhankelijke arts in de commissie op te nemen. Er moet iemand zijn die met een medisch oog de klachten kan beoordelen, maar dat is dan vaak een arts van buiten de instelling, bijvoorbeeld een arts van een andere instelling of een huisarts. Ik denk zelf dat die artsen objectief zijn. Wij maken ook gebruik van artsen in tuchtcommissies en dan blijkt dat zij heel goed in staat zijn om een objectief oordeel te geven en zich los te maken van het idee dat het akelig is voor die collega. Ik denk dat het verstandig is om met de koepel van zorgaanbieders en patiëntenorganisaties een gesprek te hebben over dit onderwerp. Ik wil de NVZ ertoe brengen om de commissie van zoveel mogelijk onafhankelijke leden te voorzien, bij voorkeur 100%. Overigens zou het NIVEL hier ook aandacht aan besteden in zijn onderzoek.

De voorzitter van de KNMG heeft het voorstel gedaan om een medische ombudsman in te stellen. Ik vind dat een interessant idee, maar ik heb daar nog geen afgewogen oordeel over. Ik heb tegen de voorzitter van de KNMG gezegd dat het alleen interessant is als het een gat opvult. Ik wil voorkomen dat iedereen hetzelfde gaat doen. Het risico is bijvoorbeeld dat het als hoger beroep gaat functioneren voor de klachtenbehandeling of dat er een overlap met de inspectie plaatsvindt. Mijn voorstel is dat de KNMG in samenwerking met de patiëntenorganisaties een voorstel voor zo'n medisch ombudsman uitwerkt. Dat zal ik dan ook graag aan de Kamer voorleggen. Tot dat moment wil ik mijn oordeel daarover opschorten. Volgens mij hoort het onderwerp complicatieregistratie hier ook bij. Uit de reacties van de leden maak ik echter op dat wij dat als een apart punt beschouwen. Niet alleen de kiezer, maar ook de Kamer heeft altijd gelijk.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Ik heb begrepen dat mensen zich vaak niet gehoord voelen op het moment dat zij een klacht indienen bij de inspectie. Ik vond het idee van een ombudsman een aardig idee. Ik vind het dan ook gek dat de minister het uitwerken van die gedachte aan de KNMG overlaat. Ik vind dat de minister zelf met een voorstel moet komen en een experiment moet starten. Dat lijkt mij logischer dan

afwachten met welk voorstel de KNMG komt.

De heer **Buijs** (CDA): De klachtenopvang heeft natuurlijk grotendeels het karakter van bemiddeling. Daartegenover staan de IKG's die op een grote sympathie kunnen rekenen. Ik heb alleen geconstateerd dat zij als gevolg van financiële problemen niet echt volwaardig kunnen functioneren. Ik heb de minister ook gevraagd of zij bereid is om de IKG's wat meer te ondersteunen dan tot op heden het geval is. Er is nog een tweede vraag waar ik geen antwoord op gekregen hebben. Arcares en de LOC hebben het initiatief genomen om een soort vertrouwenspersoon in de ouderenzorg op te richten. Dat zou in februari van start gaan. Mijn informatie is dat dit nog niet van start is gegaan vanwege het feit dat er geen geld van het ministerie is gekomen. Kan de minister daar wat meer informatie over geven?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Uit de reactie van de minister op de suggestie van mevrouw Spoelman met betrekking tot een onafhankelijke ombudsman maak ik op dat zij eerst wil weten of het echt nodig is en of er werkelijk sprake is van een hiaat. Even later zei zij: laat de KNMG het maar uitwerken en met plannen komen. Dat spoort niet met elkaar. Het is nodig of het is niet nodig en als het nodig is, moeten er relevante voorstellen komen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik heb behoefte aan een overzicht van alle instanties en hun werkzaamheden. Dan kan ook worden nagegaan waar overlap of hiaten dreigen. Ik vind dat wij dat niet moeten overlaten aan de KNMG, want er is ook een politiek oordeel vereist.

De **voorzitter**: Ik meen dat het klagers niet zozeer om persoonlijke genoegdoening is te doen. In het algemeen willen zij voorkomen dat die dokter nooit meer dezelfde fout maakt bij andere patiënten. Verder wijs ik nog op het verschil tussen de positie van een arts in een tuchtcollege en in een klachtencommissie. In de tuchtcolleges functioneren artsen niet in zaken waarin zij een beroepsmatige rol hebben, terwijl in de klachtencommissie van een ziekenhuis vaak artsen zitten die in datzelfde ziekenhuis werkzaam zijn.

Daarom blijf ik aandringen op onafhankelijkheid.

Minister **Borst-Eilers**: Mevrouw Spoelman heeft gelijk dat mensen die een klacht indienen graag persoonlijk gehoord willen worden. Misschien is dat een van de redenen waarom zorggebruikers tevreden zijn over de klachtopvang door de IKG's. Verderop in het traject – als men in het kader van de wet zijn recht gaat halen – zal er inderdaad sprake kunnen zijn van een beoordeling op louter het dossier. Dat kan een argument zijn voor een medische ombudsman. Het lijkt mij overigens dat ik geen tegenstrijdige mededelingen heb gedaan. De toespraak van de voorzitter van het congres heb ik gelezen en geplaatst in het kader van het integriteitsverhaal. Dat heeft ook te maken met de relatie tussen de arts en de (farmaceutische) industrie. Ik meende hierin een zekere lacune te ontwaren als het gaat om het klachtrecht, hoewel de inspectie er wel op toeziet. Later las ik echter een interview met de heer Hagenouw waarin het meer ging om klachten waar wij het vandaag over hebben. Hier komt ook het aspect van de complicaties e.d. aan de orde en je moet je serieus afvragen of hier niet het risico van overlap met de activiteiten van de inspectie en het tuchtrecht aanwezig is. Ik laat het dus niet louter aan de KNMG over. Aan deze organisatie is gevraagd om samen met de NPCF tot enige uitwerking te komen en duidelijk te maken waar de lacunes zitten. Als zij dat over een maand kunnen aanleveren, want het zit kennelijk wel in hun hoofd dat het moet gebeuren en waarom, kan ik daarna een oordeel vormen en dit aan de Kamer voorleggen. De heer Rouvoet heeft gevraagd naar een overzicht. In de antwoorden op de vragen die de Kamer in het vergaderjaar 1999-2000 over de klachtwet heeft gesteld, is schematisch weergegeven welke soorten klachten er zijn, welke instanties daarbij zijn betrokken, welke activiteiten er plaatsvinden, de uitkomst en het karakter daarvan en de gemiddelde duur. Dit schema kent hij ongetwijfeld. Wil hij daarop nu nog een aanvulling?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dit is een misverstand. Ik heb niet gevraagd om een uitsplitsing van de klachten, want het genoemde

overzicht is mij uiteraard bekend. In een interruptie heb ik gezegd dat de minister mij van dienst zou zijn met een overzicht van overlappen en gaten. Het lijkt mij echter goed de route te bewandelen die zij heeft uitgestippeld. Laat de KNMG aangeven waar het probleem zit en laten wij niet daarop vooruitlopen.

Minister **Borst-Eilers**: Als ik die reactie doorstuur, kan ik daar ook nog mijn eigen inzichten in overlappen bijvoegen. Er is gevraagd of de activiteit in de ouderenzorg al van start is gegaan. Voorzover mijn informatie reikt, is het antwoord op die vraag ja en ik zie ook de staatssecretaris bevestigend knikken. Als men dan zelf zegt dat dit niet het geval is omdat er onvoldoende geld is, moet die opmerking van wat oudere datum zijn. Mevrouw Hermann heeft terecht gezegd dat klagers vaak een klacht indienen niet zozeer om zelf genoegdoening te krijgen, maar om te voorkomen dat een ander hetzelfde overkomt. Ik ben dit met haar eens. Zij heeft verder gevraagd naar het verschil in onafhankelijkheid tussen artsen in tuchtcolleges die geen enkele bemoeienis hebben met de aangebrachte zaak en specialisten in een klachtencommissie van een ziekenhuis. De laatsten zijn lid van de medische staf en hebben toch een soort verwantschap. Ik herhaal mijn toezegging dat ik met de Nederlandse Vereniging voor ziekenhuizen en de NPCF dit punt nadrukkelijk aan de orde zal stellen. De Nederlandse Vereniging voor ziekenhuizen heeft een aantal nota's uitgebracht waarin zij zich meer als maatschappelijke ondernemer positioneert. Daarmee wil zij zich sterker maken om meer tegemoet te kunnen komen aan de vraag en de wensen van de verzekerden, in dit geval de patiënten. In dit beeld past prima dat zij opnieuw kijkt naar de onafhankelijke samenstelling van de klachtencommissies. De huisartsen zijn aangesloten bij de IKG's. Het lijkt mij vreemd dat de huisartsenposten dit niet zijn. Ik zal dit laten nagaan.

De heer **Weekers** (VVD): Ik ben blij dat de minister dit zal nagaan. Het gaat mij niet zozeer om het "aangesloten zijn bij" als wel om de voorlichting aan de patiënten die bij

een huisartsenpost komen. Zij komen dan bij een andere huisarts dan de eigen huisarts en weten eigenlijk niet wat zij moeten doen als zij een klacht hebben.

Minister **Borst-Eilers**: Ik zal hier nog eens naar kijken, maar het is natuurlijk al tientallen jaren zo dat een patiënt in de avond, nacht of het weekeinde niet de eigen huisarts treft, maar iemand uit de groep van waarnemers. Het probleem is dus niet nieuw, maar als het wel zo wordt gevoeld, zal ik dit met de patiëntenorganisatie bespreken. Er is ook nog gesproken over de financiering van de IKG's. Wij weten dat op dit moment de financiële middelen beperkt zijn en dat er met vrijwilligers wordt gewerkt. Zij doen dit goed en enthousiast. Dat is echter op de lange termijn wellicht geen echte structurele oplossing. Zo is het de vraag of je mensen wel om zo'n grote inspanning mag vragen. De zorgaanbieders vragen steeds vaker of het mogelijk is om die klachtenopvangfunctie te vervullen in het kader van de eigen klachtenprocedure. Dat betekent dat wij bij de dienstverlening door de IKG's toe moeten naar een systeem dat herkenbaarder, uniformer en professioneler is.

Ik heb de stichting Patiëntenfonds gevraagd om in 2001 en 2002 een financiële bijdrage te leveren aan de verdere professionalisering. Het gaat daarbij om een bedrag van bijna 1 mln euro, waarmee vier pilots zullen worden bekostigd die gericht zijn op verschillende methoden voor kwaliteitsverbetering van de klachtenopvang. Zo zal men de deskundigheid, de continuïteit, de bereikbaarheid, de naamsbekendheid en de inbedding in de RP/CP's onderzoeken. Verder zal ook worden onderzocht wat het kost en hoe het het beste kan worden gefinancierd. Als de stichting Patiëntenfonds de resultaten van het onderzoek heeft gepubliceerd dat vorig jaar en dit jaar is gehouden, kunnen wij een definitieve keuze maken voor de financiering van de IKG's. Nogmaals: zij doen het goed en het hoeft alleen maar gestructureerd te worden. Dat geldt dus ook voor de financiering. In 1989 heeft de toenmalige Nationale raad voor de volksgezondheid een negatief advies uitgebracht over het no fault-systeem. Zijn advies was negatief, omdat dit systeem te veel geld zou kosten. Een

ander bezwaar van de raad tegen het no fault-systeem is dat de patiënt bij een instantie zou moeten claimen, waardoor de betrokkenheid van de hulpverlener bij de klacht eigenlijk afneemt. Dat is geen goede zaak, want, zoals mevrouw Hermann terecht opmerkte, klachten zijn adviezen voor de toekomst om te voorkomen dat het nog eens gebeurt. Verder is er bij het no fault-systeem sprake van een gestandaardiseerde vergoeding en niet van een hele vergoeding. Dat is verkeerd, omdat er veel situaties zijn waarin men liever een reële, dekkende vergoeding ontvangt en geen standaardvergoeding. Ondanks deze kritiek hebben wij het er niet helemaal bij laten zitten. Onlangs hebben wij aan ZON gevraagd om de buitenlandse systemen op dit gebied te onderzoeken, omdat wij hebben gehoord dat die goed bevallen en het rapport van de toenmalige Nationale raad voor de volksgezondheid al weer in 1989 is uitgebracht. ZON werkt aan dit rapport dat in de eerste helft van dit jaar wordt verwacht. Ik zal dat rapport samen met mijn standpunt naar de Kamer sturen. In het verleden heb ik al eerder uitgebreid met de Kamer gesproken over de complicatieregistratie van de medisch specialisten, mede naar aanleiding van vragen van de heer Weekers. Ik houd vast aan mijn opvatting dat de ontwikkeling die is ingezet door de Vereniging voor heelkunde een heel goede is. Het ligt binnen de beroepsgroep echter nog steeds een beetje gevoelig. Ik ben desondanks van mening dat openbaarheid ons doel zou moeten zijn. Die openbaarheid is echter pas mogelijk als de complicatieregistratie zo is ingericht dat zij ook informatie oplevert over de relativerende of versterkende factoren. Daarbij moet bijvoorbeeld worden gedacht aan de aard van de patiëntenpopulatie. Als er geen informatie is over die factoren, roepen wij een systeem van openbaarheid in het leven waardoor bepaalde beroepsbeoefenaren ten onrechte in een kwaad daglicht kunnen komen te staan. Dat is de reden dat ik de Vereniging voor heelkunde tot en met 2003 de tijd heb gegeven voor haar onderzoek en dat ik ermee heb ingestemd dat tot 2004 de gegevens alleen maar geanonimiseerd bekend mogen worden gemaakt. Dat betekent dat tot die tijd alleen maar bekend zal

worden gemaakt hoeveel complicaties er zijn in de heelkunde in heel Nederland en wat de trend is. Hopelijk is dat natuurlijk een dalende trend. Als wij gegevens per ziekenhuis of zelfs per specialist bekend willen maken, moeten wij de tijd beschikbaar stellen om een fatsoenlijke registratie op poten te zetten, waarin alle factoren op een goede manier worden verdisconteerd.

De heer Weekers vroeg of een vergelijkend onderzoek kan worden gedaan naar de FONA-commissies. Dat is volgens mij niet mogelijk. De Kwaliteitswet zorginstellingen verplicht de zorgaanbieders een zorgkwaliteitssysteem op te zetten, waarvan de FONA-registratie deel uitmaakt. In het kwaliteitsjaarverslag moet worden gemeld wat voor klachten, eventueel geanonimiseerde, er zijn geweest, wat de FONA-commissie heeft geadviseerd en welke maatregelen er zijn getroffen. De instelling hoeft dus niet alle complicaties in het verslag op te nemen. Bij die FONA-registratie is het streven erop gericht, herhaling te voorkomen. In de Kwaliteitswet zal een wetswijziging worden aangebracht om verslaglegging verplicht te stellen. Het verplicht opnemen van complicaties in het FONA-verslag zal echter een omgekeerd effect teweegbrengen. Laten wij wachten tot de Vereniging voor heelkunde de zaak netjes georganiseerd heeft. Andere beroepsverenigingen kunnen vervolgens die praktijk overnemen, waarna volstrekte openheid kan worden betracht ten aanzien van alle mensen in Nederland.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): De minister geeft aan dat het onderzoek naar complicatieregistratie pas in 2003 zal zijn afgerond. Als pas op dat moment een wettelijke verankering zal worden voorbereid, duurt het nog lang voordat er daadwerkelijk een wet op dit punt van kracht wordt. Ik verzoek de minister daarom om nu reeds die wettelijke verankering voor te bereiden zodat in 2003, op het moment dat het onderzoek is afgerond, een wet van kracht kan worden.

De heer **Weekers** (VVD): Ik ben ook van mening dat de complicatieregistratie goed moet functioneren en deugdelijk moet zijn voordat daaraan conclusies kunnen worden verbonden. De minister heeft in haar

brief in dit verband twee opties genoemd. De eerste optie is om het aantal complicaties landelijk te publiceren, zodat de kwaliteitsverbetering als zodanig kan worden gevolgd. Mag ik concluderen dat daartoe op korte termijn wordt overgegaan? De tweede optie betreft de vertaalslag naar ziekenhuizen; de telling aldaar zal gecorrigeerd moeten worden op patiëntkenmerken. Zal dat na 2003 plaatsvinden?

De heer **Buijs** (CDA): Ik kan de gedachtegang van de minister goed volgen, maar er blijft nog een aspect onduidelijk. In een brief aan de NPCF en de Vereniging voor heelkunde schrijft de minister dat zij van mening is dat de patiënten/consumentenfederatie in ieder geval betrokken moet zijn bij het overleg over de wijze waarop de gegevens over complicaties beschikbaar komen. De Vereniging voor heelkunde laat evenwel bij brief weten, daarvoor niets te voelen. Houdt de minister vol dat de NPCF betrokken moet worden bij de wijze waarop een en ander geregistreerd, verwerkt en vervolgens bekend moet worden gemaakt, of deelt zij de mening van de Vereniging voor heelkunde?

Minister **Borst-Eilers**: In de richting van mevrouw Spoelman wijs ik erop dat er een wetswijziging van de Kwaliteitswet in voorbereiding is. Daarbij gaat het om de verplichting tot het opnemen van FONA-registratie in het jaarverslag en om de beleidsverandering in het ziekenhuis als gevolg daarvan. In die wetswijziging is niet opgenomen dat alle complicaties gepubliceerd moeten worden in het jaarverslag. Ik wil wel bezien of dat punt via een AMvB in die wetswijziging verankerd kan worden. De wetswijziging wordt in ieder geval in april in de minister-raad behandeld.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Ik neem aan dat de minister de Kamer op het punt van die AMvB nog deze periode informeert?

Minister **Borst-Eilers**: Ja, ik houd de Kamer daarvan graag op de hoogte. Ik heb op het moment niet helder voor ogen of deze wet zich voor deze oplossing leent. Vaak is het een goede manier om de mogelijkheid bij AMvB op te nemen en die op een

later moment in werking te laten treden.

Het is mij niet bekend of de Vereniging voor heelkunde over het afgelopen jaar een landelijk dekkend cijfer kan publiceren. Dit lopende jaar zou het eerste jaar zijn waarin de registratie in heel Nederland plaatsvindt. Dat cijfer kan alleen met cijfers in het buitenland worden vergeleken want een trend is pas waarneembaar als meerdere jaren in beeld zijn. Op beide opmerkingen van de heer Weekers zeg ik korthedshalve "ja". Zoals hij het opmerkte, is het ook. Tegen de heer Buijs zeg ik dat de Nederlandse Vereniging voor heelkunde er wel niet veel zin in kan hebben, maar ik denk dat het heel verstandig is om juist wel de NPCF erbij te betrekken. Ik zal er ook voor zorgen dat dat gebeurt. Men is natuurlijk bang dat men dan teveel vraagt, maar dat zou wel eens dik kunnen meevallen. Dan kom ik op het blokje informatie, een belangrijk onderwerp. Tijdens de stelsel-discussie hebben wij al geconstateerd dat het nieuwe stelsel staat of valt met informatie en transparantie. Juist als je het overheidsstuur een beetje loslaat, is dat cruciaal. Patiënten moeten informatie hebben over hun eigen dossier, alsmede over de medische en zorgmogelijkheden. Deze laatste informatie moet men op internet kunnen krijgen. Verder moeten zij informatie krijgen over de kwaliteit en de prestaties van aanbieders en informatie over de zorgverzekeraars (kwaliteit, dienstverlening, prestaties, pakketten, prijs). Dat soort informatie moet ter beschikking komen van de zorgvragers.

Er moeten nu informatieconvenanten worden gesloten tussen de aanbieders respectievelijk de verzekeraars en de patiëntenbeweging. Deze convenanten moeten eigenlijk dit jaar nog worden gesloten per sector of per doelgroep. Het is dus niet één allesomvattend convenant. Het moet voldoen aan de criteria die ik net noemde over het type informatie dat voor de zorggebruiker ter beschikking moet staan. De heer Weekers vond nogal stellig dat dit ook moet leiden tot een informatieplicht, terwijl zijn fractie op andere dossiers altijd de kampioen is van de zelfregulering. Maar nu moet volgens hem de overheid stevig op de bok gaan zitten. Op het terrein van de informatievoorziening is het in mijn ogen de ideale procedure als partijen

convenanten sluiten met elkaar. Als ik zie dat dat niet werkt, zal ik onmiddellijk overgaan tot een wettelijke plicht. Er komt sowieso een wet op de informatievoorziening en daarin kan dit dan ook worden meegenomen. Ik wil echter partijen nog een kans geven om het op eigen initiatief te doen.

De heer Weekers vroeg wat de zorgverzekeraars zelf aan informatievoorziening doen. Ik beluisterde bij de Kamer zorgen over de activiteiten die zij voor hun klanten ontplooiën. Ik ben daar wat minder pessimistisch over. Zorgverzekeraars Nederland neemt deel aan de Gezondheidskiosk; daar hechten zij dus ook belang aan. Verder hebben zij veel geïnvesteerd in de verbetering van de informatievoorziening voor hun verzekerden. Denk maar aan de informatievoorziening over wachtlijsten bij ziekenhuizen en in de care-sectoren; het blijft niet bij informatie, maar men doet ook iets aan bemiddeling door te proberen elders zorg te contracteren. De verzekeraars hebben ook callcenters opgericht ten behoeve van hun verzekerden; deze maken ook een grote ontwikkeling door. Bij die callcenters, die vaak 24 uur bereikbaar zijn, kunnen verzekerden terecht met alle vragen omtrent gezondheid. Professionele deskundigen geven daar de gewenste informatie; zij kunnen doorschakelen naar gespecialiseerde deskundigen. Als de informatie niet neutraal is maar te maken heeft met eigen problemen op dat moment, zijn zij ook nog bereid tot het inschakelen van hulp. Met andere woorden: zorgverzekeraars voelen zich in toenemende mate geroepen om aan informatievoorziening te doen. Er zijn ook andere partijen, waaronder intermediairs, die via internetsites allerlei informatie bieden. Wij hebben een eigen zorgportaal ingericht dat volgens ons objectieve informatie bevat.

Mevrouw Van Vliet vroeg naar de algemene informatie voor de consument. In staccato geef ik de volgende voorbeelden. Het RIVM biedt de Nationale atlas volksgezondheid aan. Daarin vind je waar in Nederland wat aan de hand is op het gebied van zorg en gezondheid. De wachtlijstinformatie staat op internet. De NVZ werkt daaraan mee. Verder werkt het Algemeen Dagblad vrijwillig mee. Ik heb zojuist gezegd dat ik een aantal pilots van de IKG's

financier. Daarbij zit ook een pilot op het gebied van de wachtlijstinformatie. Daarnaast is de Consumentenbond actief. Deze publiceert bijvoorbeeld een ziekenhuisvergelijkingssysteem en geeft ieder jaar een overzicht van de zorgverzekeraars en hun premies en van de alternatieve beroepsverenigingen en hun kwaliteitssystemen. De patiëntenorganisatie Kind en Ziekenhuis is heel actief. De staatssecretaris zal straks zwaaien met de Michelingids. Omdat die op haar terrein ligt, laat ik het graag aan haar om over het succes daarvan te communiceren.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Misschien spreek ik voor mijn beurt, maar als ik het hele rijtje informatiebronnen hoor dat de minister nu noemt, kan ik als Kamerlid door de bomen al bijna het bos niet meer zien, laat staan dat een individuele patiënt dat kan. Ik vind dit een beetje weinig gecoördineerd. Ligt hier geen taak voor de minister?

Minister **Borst-Eilers**: Om die reden hebben wij op internet ons zorgportaal ingericht. Je begint daar natuurlijk, want daar kun je bekijken wat voor soort informatie je wilt hebben, waarna je kunt doorklikken. Dat is allemaal heel overzichtelijk. Ik merk daarbij op dat natuurlijk niet alle zorggebruikers zo vaardig zijn met het internet. Een van u maakte daar ook een opmerking over. Je moet de informatie ook nog op schrift aanbieden. Dat is een goed punt om even mee te nemen. Wij zijn op dit moment natuurlijk wel heel erg georiënteerd op de elektronische informatievoorziening. Als je het zo even snel afraffelt, lijkt het onoverzichtelijk. Een patiënt heeft evenwel een concrete vraag. Als hij maar belandt waar die vraag beantwoord wordt, dan hoeft hij niet in verwarring te raken.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Zoals ik al in mijn betoeg heb aangegeven, is dat natuurlijk heel leuk voor de mondige patiënt die wij allemaal voor ogen hebben. Hierbij gaat het echter om mensen uit bijvoorbeeld de gehandicapten- of ouderensector die niet zo gemakkelijk informatie van internet halen. Zij nemen ook schriftelijk niet gemakkelijk informatie tot zich. Toch hebben zij wel erg behoefte aan die informatie om de regie over hun eigen leven te kunnen

voeren. Hoe heeft de minister dat voor ogen?

Minister **Borst-Eilers**: In het kader van de taakverdeling zal de informatievoorziening aan mensen met een functiebeperking in welke vorm dan ook, door de staatssecretaris beantwoord worden. Ik verwijs nog naar de motie-Bakker van vorige week, die ook over informatievoorziening ging. Het is ook mijn vurige wens om flinke stappen te zetten binnen het informatiedossier. Vorige week heb ik de Kamer een notitie hierover beloofd. Binnen een maand zou ik die aan de Kamer sturen. Die toezegging geldt uiteraard nog steeds. Ik zal daarin tevens het punt van de ordening meenemen en een en ander zo overzichtelijk mogelijk rubriceren.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Los van de motie-Bakker, verzoek ik de minister heel concreet aan te geven waarom er in Nederland niet overgegaan kan worden tot het via het gezondheidsportaal op internet zetten van wetenschappelijke rapporten, bijvoorbeeld over het geneesmiddelenbeleid. Met name patiënten die chronisch ziek zijn en dus vaak een specialist op dat gebied zelf zijn, hebben daar zeer veel behoefte aan.

Minister **Borst-Eilers**: Ik vind dat een uitstekende suggestie. Wij zullen overigens eerst nagaan of anderen er al niet in voorzien. Het Geneesmiddelenkompas bijvoorbeeld staat ook op internet, maar wellicht is dat niet toegankelijk genoeg voor de mensen. Wij zullen ernaar kijken. Ik ben het in ieder geval met u eens dat men, omdat men vaak met zelfzorg bezig is, iets meer wil weten over de geneesmiddelen. Dat wil men zelfs als het voorgeschreven medicamenten betreft. Dat moet dan ook zeker geregeld worden. Er zijn verder vragen gesteld over het Patiëntenfonds. Ook op dat punt is er een evaluatie gehouden. Daaruit kwam naar voren dat de subsidiëring goed loopt, dat de doelmatigheid en rechtmatigheid goed zijn, maar dat het fonds wat meer aandacht moet besteden aan de doeltreffendheid. Het fonds gaat nu samen met patiëntenorganisaties prestatie-indicatoren ontwikkelen, aan de hand waarvan het fonds kan bekijken of de patiëntenorganisaties hun doel wel

bereiken. Ook daarvoor geldt namelijk het VBTB-verhaal. Het Patiëntenfonds wil tevens een meer proactieve rol vervullen en wil gaan investeren in een versteviging van die positie. Men wil dus niet alleen de belangenbehartiging subsidiëren, maar ook investeren in goede resultaten en de resultaten die de organisaties bereiken monitoren. Ook wil men organisaties van ouderen en gehandicapten gaan subsidiëren. Een belangrijk doel in dat nieuwe plan is het versterken van de positie van allochtonen, onder andere door het instellen van een bijzondere leerstoel voor het patiëntenperspectief, met als aandachtspunt het patiëntenperspectief van de allochtone patiënt. Ik denk dat het Patiëntenfonds, dat ik al een goede club vond, steeds meer de goede kant op gaat.

De heer Weekers was het niet eens met de ZBO-status van het Patiëntenfonds. Op het ogenblik is het Patiëntenfonds een stichting, dus een geheel zelfstandige rechtspersoon, los van de overheid. Daar hebben wij destijds met instemming van de VVD voor gekozen. Nu willen wij het wat dichter naar de politiek halen, via de ZBO-constructie, maar nu vindt de heer Weekers de afstand nog steeds te groot. De VVD is dus wel erg van opvatting veranderd. Ik denk echter dat de minister door een ZBO-constructie een sterkere instructiemogelijkheid krijgt dan nu het geval is. Het lijkt mij dus een ideale oplossing. De politieke verantwoordelijkheid wordt ermee onderstreept, maar de uitvoering blijft keurig op afstand.

De heer Buijs sprak over het budget. Dat is in vier jaar gestegen van 12 mln gulden naar 50 mln gulden. In 2000 zijn alle aanvragen gehonoreerd, voorzover ze voldeden aan de criteria. Ik ben blij dat men daar zo stevig aan vasthoudt, want het zou niet goed zijn als een Patiëntenfonds het geld maar ging uitgeven met de gedachte dat alles moet worden uitgegeven, en op geen enkele manier de patiëntenorganisaties zou houden aan de criteria. In 2001 hebben alle patiëntenorganisaties goed begrepen dat zij aan de criteria moesten voldoen. Toen is dan ook het volledige budget benut. Mevrouw Spoelman vroeg aandacht voor de allochtone patiënten. Naast het instellen van die leerstoel, moeten consumentenorganisaties in staat worden gesteld om ook ten behoeve van allochtonen speciale

activiteiten te organiseren en te proberen allochtone patiënten bij de lopende patiëntenorganisaties te betrekken. Het zou namelijk niet goed zijn als wij voor alles een dubblure kregen. Sommige organisaties zijn uiteraard speciaal voor allochtonen en dan gaat het om onderwerpen die te maken hebben met de leefwereld en dergelijke. Maar voor onderwerpen als diabetes kan men best samen optrekken en dan is men samen ook sterker. Verder wil het Patiëntenfonds de internationale oriëntatie van de patiëntenorganisaties sterker bevorderen. Die internationale oriëntatie kan dan worden gebruikt om wat beter oog te hebben voor wat er leeft onder de allochtone groepen in Nederland.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): De minister heeft bij het subsidiëren van de patiëntenorganisaties gesproken over "afrekenen op prestaties". Zij heeft het dan over het verlenen van projectsubsidies. Ik heb in eerste termijn gezegd dat ik graag naar een basissubsidie voor patiëntenorganisaties toe zou willen. Algemene belangenbehartiging is een belangrijke taak. Wanneer je de patiëntenbeweging een positie wilt geven zoals de werknemersorganisaties, moet je de patiëntenbeweging versterken. Dat kan door niet alleen projectsubsidies te verstrekken maar ook een basis-subsidie te verlenen. Belangenbehartiging is nu eenmaal niet in prestaties uit te drukken. Ik zou daar graag een toelichting op ontvangen van de minister.

Minister **Borst-Eilers**: Ik kan dat snel verhelderen, mevrouw de voorzitter. Zoals de Kamer heeft kunnen lezen in het stuk van het Patiëntenfonds, wil men van de projectsubsidies naar een structurele subsidiëring toe. Op prestatie afrekenen betekent niet dat je alleen projecten financiert. Ook belangenbehartiging is een prestatie. Je kunt deze alleen niet in maat en getal meten. Het Patiëntenfonds kan echter wel via een soort benchmarking zien dat de ene patiëntenorganisatie het beter doet dan de andere. We zijn het dus roerend met elkaar eens. Misschien heb ik mij niet helder uitgedrukt.

De heer **Buijs** (CDA): Ik heb in eerste inbreng twee vragen gesteld waarop ik nog geen antwoord heb gekregen.

De subsidiëring van belangenorganisaties zoals ouderen en gehandicapten, nu gefinancierd in het kader van de Welzijnswet, zal per 1 januari a.s. opgenomen worden in het Patiëntenfonds. Ik heb aan de minister gevraagd of zij de Kamer inzicht wil verschaffen op welke wijze dat zal gebeuren en op welke wijze de ouderenbonden in het kader van ondersteuning en dergelijke kunnen rekenen op een adequate financiering. Wij zouden daarover graag bericht ontvangen van de minister voordat dit geëffectueerd wordt. Ik heb verder specifiek iets gevraagd over de stichting Downsyndroom. De stichting zit nu al drie maanden zonder financiering. Hoe komt dat?

Minister **Borst-Eilers**: Ik heb de eerste vraag niet beantwoord, omdat ik dacht dat de staatssecretaris dit zou gaan doen. Ik kan de vraag echter zonder meer beantwoorden. Bij de overgang gaat de structurele subsidiëring volledig mee. Het is geen probleem om de Kamer inzage te verschaffen voordat dit geëffectueerd wordt. Het geld voor de stichting Downsyndroom wordt in goed overleg overgeheveld van de VWS-begroting naar het Patiëntenfonds. Het gaat om een subsidie van 28.000 euro. Deze blijft gewoon gehandhaafd. Ik begrijp niet hoe het kan dat de stichting geen geld heeft ontvangen.

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Wij moeten hier niet al te ver op ingaan. Het komt er in het kort op neer dat het Patiëntenfonds per brief heeft laten weten dat de minister kan zeggen wat ze wil maar dat het fonds niet zal betalen. Misschien wil de minister de Kamer daar schriftelijk over informeren.

Minister **Borst-Eilers**: Ik zal morgen meteen de brief op mijn bureau vragen. Dit is geheel niet conform wat we hebben afgesproken. Ik kan het niet geloven. Hier moet een misverstand aan de orde zijn. De heer Weekers heeft nog een vraag gesteld over de marktmeester. We hebben afgelopen woensdag uitgebreid gesproken over de vraag of het een kamer moet worden van de NMa of een Opta-achtige constructie? Velen in de Kamer kozen voor dit laatste. Ik heb de Kamer een notitie daarover toegezegd, waarin ik mijn keuze zal meedelen.

De **voorzitter**: De minister heeft vijf kwartier nodig gehad voor haar toelichting. De staatssecretaris is nu aan het woord. Eigenlijk is dat de pièce de résistance van vanmiddag. Met alle respect uiteraard voor de minister, de nota is de nota en de minister weet hoezeer ik aan de wetten hecht.

Minister **Borst-Eilers**: De totstandkoming daarvan heb ik anders geheel voor mijn rekening genomen. De voorwas is ook belangrijk, zeg ik altijd maar.

De **voorzitter**: Zoals wel eens meer gebeurt, heb ik mij ietsje te loslippig uitgelaten. Dat trek ik onmiddellijk weer in.

De Kamer verzoekt de staatssecretaris het mogelijk te maken dat het laatste half uur van dit overleg, ongeveer vanaf half vijf, kan worden bewaard voor de tweede termijn van de Kamer. Daarin kan een aantal moties, dat nu nog in voorbereiding is, worden ingediend.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Voorzitter. Mijn betoog is opgebouwd uit twee hoofdblokken. Het eerste blok heeft betrekking op de vragen en opmerkingen over het karakter van de nota, de samenhang met een aantal andere beleids-terreinen en op de algemene opmerkingen die door de verschillende woordvoerders zijn gemaakt. Het tweede blok heeft betrekking op de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Dat blok valt natuurlijk uiteen in een heleboel subpunten. Wil de Kamer dit afhandelen per subpunt of per hoofdblok?

De **voorzitter**: Hoofdblokken graag.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Dan kunnen daarover maar weinig vragen worden gesteld.

Voorzitter. Over het karakter van de nota zijn door alle woordvoerders opmerkingen gemaakt. Men vindt het een slechte zaak dat het geen integrale nota is. Wij hebben er bewust voor gekozen om deze nota te beperken tot de onderwerpen die in deze nota aan de orde zijn gesteld. Wij zijn immers bezig met de omslag in de zorg van een aanbodgericht naar een vraaggestuurd stelsel, wij zijn bezig met de modernisering van de AWBZ, de modernisering van de curatieve zorg en met het stelsel-

debat. Wij vonden het noodzakelijk om in dat kader aandacht te besteden aan de consequenties daarvan voor de positie van de cliënt. Een aantal dingen dat in de desbetreffende nota's onvoldoende tot hun recht kwam, wilden wij in dit kader agenderen. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat al die andere samenhangen, die de leden hebben aangeven, niet relevant zijn. Het is evident dat de samenhang tussen wonen, zorg, welzijn, dienstverlening en veiligheid van eminent belang is voor een versterking van de maatschappelijke positie van cliënten en patiënten in onze samenleving. Dat is echter niet het thema van deze nota. Deze onderwerpen komen in een groot aantal andere notities van het kabinet aan de orde. Het is mogelijk om een en ander te bundelen of naast elkaar te leggen, maar de commissieleden zullen ook alle stukken lezen. Sterker nog, de afgelopen periode hebben wij daarover al met elkaar van gedachten gewisseld. Ik ga er daarom van uit dat ook bij de moderniseringsoperaties de versterking van de positie van de cliënt, de kanteling van de zorg en het beter aansluiten op de behoefte van de cliënt de uitgangspunten zijn van beleid en dat het niet noodzakelijk is om dat hier allemaal te herhalen. Een groot aantal onderwerpen is al besproken in brieven en notities die door het kabinet naar de Kamer zijn gestuurd. Ik wijs bijvoorbeeld op de onderwerpen wonen en zorg, de evaluatie van de WVG en de samenhang met het dienstverleningsstelsel, op de discussie over de modernisering van de AWBZ, de vereenvoudiging van het persoonsgebonden budget, de verbetering van de uitvoering van de AWBZ en op de verbetering van het functioneren van de RIO's. Al deze thema's zijn genoemd. Ik onderschrijf dat deze thema's van uitermate groot belang zijn voor de versterking van de positie van de cliënt, maar deze zijn onderdeel van een ander traject. Ik kan zelfs nog een aantal andere onderwerpen noemen die van belang zijn. De Wet gelijke behandeling gehandicapten en chronisch zieken, die in voorbereiding is, is van uitermate groot belang voor de rechtspositie. Met Verkeer en Waterstaat wordt overlegd over de toegankelijkheid van het openbaar vervoer. Er is een discussie over de regiovisie, waarover de Kamer niet

zo enthousiast is, maar de cliënten-organisaties wel. Wat kan deze betekenen voor de afstemming tussen wonen, zorg, welzijn en dienstverlening? Kortom, er loopt heel veel op veel terreinen. Deze nota hoeft dat niet allemaal te omvatten. Het gaat erom wat wij bij de stelselherziening moeten doen om te zorgen dat de positie van de cliënt verder wordt versterkt. De stelselherziening bevordert deze wel, maar je kunt dat nog een zetje geven door de zaken op een aantal terreinen beter te regelen. Een groot aantal van die aspecten heeft de minister zojuist in haar antwoord betrokken, zoals de informatievoorziening en de toerusting. Mevrouw Spoelman en anderen hebben een paar belangrijke opmerkingen gemaakt die een illustratie vormen van de noodzaak van het ingezette moderniseringsbeleid. Zij zei dat er voldoende aanbod moet zijn om te kunnen kiezen. De aanpak van de wachtlijsten, de verruiming van het aanbod en de toelating van meerdere aanbieders zijn juist bedoeld om dat uitgangspunt van het kabinetsbeleid te realiseren. Er moet worden gezorgd dat er een goede afstemming is tussen indicatiestelling door de RIO's, de zorgkantoren en de zorgaanbieders. Dat moet naadloos verlopen in het belang van de cliënt. Daarvoor lopen verbetertrajecten. Bij de modernisering van de AWBZ en in de curatieve zorg wordt de rol van de verzekeraars versterkt, zodat helder geregeld moet zijn wie verantwoordelijk is. Er is gezegd dat sommige mensen gebruik willen maken van een persoonsgebonden budget, maar dat dit niet voor iedereen is weggelegd. Sommige groepen die zich moeilijk kunnen uiten, moeten de keuze hebben voor zorg op maat. Ook bij de zorg in natura geldt flexibilisering en het functioneel omschrijven van de aanspraken. Wij willen dat de zorg in natura beter aansluit bij de behoefte van die mensen. Er moet ondersteuning worden geregeld, zodat die mogelijkheden op een goede manier worden gebruikt. Ik heb in november of december vorig jaar een brief gestuurd over versterking van de ondersteuningsfunctie via het omvormen van de SPD's. De heer Van der Vlies en anderen hebben daarover vragen gesteld. Ik meen dat al die vragen in

de brief zijn beantwoord. Het is misschien goed om die brief een keer te bespreken. Ik ben het ermee eens dat versterking van de ondersteuningsfunctie belangrijk is. Sterker nog, wij vinden dat wij ook moeten kijken hoe wij dat kunnen verbreden naar andere cliëntengroepen. Er wordt nog het nodige onderzoek gedaan naar hoe deze versterkt kan worden. Het uitgangspunt van het kabinet is dat wij integraal beleid willen voeren om de positie van patiënten en cliënten te versterken. De heer Buijs verwees met instemming naar de brief die wij vorig jaar naar de Kamer hebben gestuurd over de positie van de ISG en de manier waarop wij daarmee omgaan. Daarbij past dat de vakbewindspersonen verantwoordelijk zijn om op hun beleidsterrein te zorgen voor integrale toegankelijkheid, opdat mensen met beperkingen, een chronische ziekte of handicaps volwaardig maatschappelijk kunnen participeren. Wij maken over en weer afspraken over de wijze waarop dat gebeurt. Het beleid was in het verleden georganiseerd langs de lijn van verschillende doelgroepen. Je hebt overlap tussen doelgroepen, maar ook verschillen. Dat geheel leidde tot een grote mate van versnippering, verschillende regels en schotten die de samenhang in het beleid niet bevorderd hebben. Daarom kiezen wij voor een integrale benadering. Daarbij wordt niet uitgegaan van de oorzaken van een beperking. Iedereen met beperkingen moet op een bepaalde manier en op gelijke wijze worden meegenomen in het algemene beleid. Tegen deze achtergrond hebben wij de onderhavige nota gemaakt. Voorzitter. Hierna wil ik enkele algemene opmerkingen maken over de Wet medezeggenschap. Dit is misschien een goed moment voor de knip.

De heer **Buijs** (CDA): Ik snap het niet. Aan de ene kant zegt de staatssecretaris dat is gekozen voor een integrale benadering, maar zij laat dat niet zien. Dat is Kamerbreed de klacht. De staatssecretaris zegt dat dit de manier van presenteren is, maar dat is dus een verkeerde manier. De meesten van ons hebben daar negatief op gereageerd. De staatssecretaris heeft ook veel reacties gehad van maatschappelijke groeperingen. Is zij bereid, de nota

van de NPCF te incorporeren in deze nota? Is het niet verstandig, één coördinerend bewindspersoon aan te stellen voor dat integrale beleid? Gaan wij nu vraaggericht werken of wordt het nog steeds aanbodgestuurd? Ik heb het idee dat het laatste nog steeds doorwerkt in deze nota.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): In de vorige nota inzake patiëntenbeleid stond het versterken van de rechtspositie centraal. Dat is een afgekaderd begrip. Dat geldt ook voor de wetgeving die daarbij hoort. Als gezegd wordt dat in deze nota de vraagsturing centraal staat en de betekenis daarvan voor de patiënt/consument, dan kun je dat geheel niet anders dan integraal bekijken. Dat is een veel breder onderwerp. De inleiding van de nota is wel integraal, maar de samenhang met andere departementen ontbreekt. Daarnaast vragen wij. Die samenhang toont de nota van de NPCF wel. Vandaar onze vraag.

Staatssecretaris **Vliegthart**: Een groot aantal zaken in de nota van de NPCF zijn niet omstreden, omdat zij aansluiten bij beleid dat in gang is gezet door het kabinet. Ik heb getracht aan te geven dat als wij een nota uitbrengen over wonen en zorg in het kader van de omslag naar een vraaggestuurd systeem of het scheiden van wonen en zorg, het van wezenlijk belang is dat dit systeem aansluit bij de behoefte van de cliënt. Wij willen die verantwoordelijkheden decentraal organiseren en niet langer centraal aanbodgestuurd om te kunnen inspelen op de veranderende behoefte van burgers. Wijzigingen in de onderwijswetgeving, het speciaal onderwijs, leerlinggebonden financiering en alles wat daarmee samenhangt, afstemming tussen dat cluster en hetgeen op het terrein van de modernisering van de AWBZ gebeurt, het zijn allemaal grote veranderingsprocessen. Het kabinetsbeleid beoogt in brede zin in te spelen op die omslag. Het is een proces en niet iets wat je van vandaag op morgen beslist, waarna het ineens allemaal anders is. Het zijn grote veranderingstrajecten waarmee wij wel degelijk bezig zijn. Ik noemde niet voor niets het voorbeeld van de Wet gelijke behandeling gehandicapten en chronisch zieken die een belangrijke

bijdrage kan leveren aan het versterken van de positie van de cliënt en de patiënt of zelfs van de burger met beperkingen, want niet iedereen voelt zich gehandicapt. Op heel veel terreinen is ons uitgangspunt het versterken van de positie van de cliënt. Deze nota heeft bewust een smallere invalshoek. Dat is een bewuste keuze geweest.

Mevrouw Van Vliet heeft gelijk. De grote patiëntenwetten zijn van eminente betekenis voor de versterking van de positie van de patiënt. Die wetten zijn vijf, zes jaar geleden tot stand gebracht. Zij zijn inmiddels geëvalueerd. De evaluatierapport liggen op tafel. Wij praten nu over de vraag wat wij op basis van die evaluaties doen. Moet de wet wel of niet gewijzigd worden? Kunnen wij ervoor zorgen dat de wet beter wordt toegepast? Welke conclusies kun je daaraan verbinden? Ook dat pakket ligt op tafel. Dat staat allemaal niet in deze nota, maar er wordt wel aan gewerkt. Als het gaat om het persoonsgebonden budget, het instrument om de positie van cliënten te versterken, gebeurt er verschrikkelijk veel. In deze nota wordt daar slechts een paar alinea's aan gewijd. Daar liggen echter stukken onder die aangeven hoe wij tot verdere vereenvoudiging en verbetering van de regelingen willen komen. Wij hebben over al deze stukken een paar weken geleden van gedachten gewisseld. Die stukken konden rekenen op grote instemming van de Kamer. Dit is dus niet het enige. Als dat wel zo zou zijn, zou de kritiek dat het om een beperkte invalshoek gaat terecht zijn. Dit is echter niet het enige. Ik vind dat men bij de beoordeling van het voorliggende moet kijken of er wat gebeurt op de andere terreinen. Dat is naar mijn oordeel het geval.

De heer Buijs vraagt of wij bereid zijn om de nota te incorporeren in dit stuk. Ik weet niet of dat de meest zinvolle oplossing is. Ik vind het, nu de nota er ligt samen met de andere brief van de patiënten- en cliëntenorganisaties, zinvol om een en ander systematisch langs te lopen. Er zit ongetwijfeld een aantal zeer zinvolle ideeën bij. Voorzover die op ons terrein betrekking hebben, kan bekeken worden hoe hiermee om te gaan. Als het gaat om de discussie over Verkeer en Waterstaat of over de aanpassing van de openbare ruimte of wat dan ook, zijn dat discussies die wij met de collega's

voeren over de aanpassing van het beleid op die terreinen. Dat is de essentie van de keuze die vorig jaar is gemaakt. De vakministers willen wij voluit verantwoordelijk maken voor het voeren van integraal beleid op de eigen beleidsterreinen. De positie van mensen met beperkingen moet daarbij tot zijn recht komen. Wie die positie wil versterken, moet ervoor zorgen dat het algemene beleid van het kabinet op die verschillende deelreinen veel meer rekening houdt met de positie van mensen met beperkingen. Dat worden er de komende jaren veel meer. De samenleving zal haar inrichting daar dan ook op moeten afstemmen.

De heer **Weekers** (VVD): In eerste termijn heb ik een concrete vraag gesteld. Kan de staatssecretaris de zaken die zij in de nota heeft gezet wat meer uitwerken? Ik wijs erop dat bepaalde groepen van het kastje naar de muur worden gestuurd. Bij toerustingsniveau 4 staan de PGB-regeling en de gebundelde inkoopmarkt. Dat zijn goede zaken. Mensen die op zoek zijn naar een woonvorm voor hun gehandicapte kinderen, worden echter van het kastje naar de muur gestuurd. Dat gebeurt overigens niet door de staatssecretaris. Het speelt zich vooral af op gemeentelijk vlak. Kan op dit gebied wat meer coördinatie plaatsvinden?

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Dit is precies een functie die de SPD nieuwe stijl moet vervullen. Het gaat immers om een ondersteunings- en adviesfunctie ten behoeve van cliënten. Dat doet men op gedeeltelijk al, naast andere taken en functies. Ik doel bijvoorbeeld op hulpverleningsfuncties. Over precies dit punt ligt overigens sinds eind november een brief bij de Kamer over de vraag hoe die ondersteuningsfunctie beter te organiseren is. Ik wacht met belangstelling de uitnodiging van de Kamer af om hierover van gedachten te wisselen.

De heer **Buijs** (CDA): Ik dank de staatssecretaris voor de toezegging om de bedoelde nota goed door te nemen. Ik neem aan dat de staatssecretaris daarbij een dwarsverbinding wil leggen naar de interdepartementale commissie. Wie de opzet van de NPCF-nota bekijkt,

ziet dat doelen, middelen en maatregelen per beleidsterrein parallel en overzichtelijk naar elkaar toe lopen. Dat mis ik in de integrale benadering van de staatssecretaris. Ik zie dan ook graag dat zij daar nog eens naar wil kijken.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik wil dat in de volgende patiënten- en consumentennota's duidelijk de samenhang tussen alle beleidsterreinen, zowel binnen als buiten de zorg, naar voren komt. Het is echter niet de bedoeling dat alles opnieuw opgeschreven moet worden. Kan daarnaar worden gestreefd?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Als wij als Kamer vragen om integraliteit, bedoelen wij niet dat alles opnieuw opgeschreven moet worden. Het gaat ons erom dat het één proces is. Met andere woorden, er mag geen tempoverschil en geen divergentie optreden tussen departementen. Waar en door wie wordt dat beheerd en beheerst?

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Het wordt door mij bewaakt. Er is misschien een misverstand ontstaan door wat er in de brief over de instelling van de ISG staat. In de brief staat dat het niet functioneert op de manier waarop het zou moeten functioneren en dat het geen meerwaarde heeft. Daarom stappen wij af van die constructie en willen wij veel meer de verantwoordelijkheid neerleggen bij de vakbewindspersonen. Zij moeten op het desbetreffende beleidsterrein het beleid zodanig aanpassen dat de volwaardige participatie van mensen met beperkingen wordt bevorderd. In de afgelopen periode hebben wij met de cliëntenorganisaties en de minister van Verkeer en Waterstaat om de tafel gezeten en wij hebben gezamenlijk afspraken gemaakt over de manier waarop wij verder werken aan het toegankelijk maken van het openbaar vervoer. Als wij ervoor willen zorgen dat de wetgeving een wat ruimere reikwijdte krijgt, dan moeten wij ook beleidsmatig bepaalde stappen zetten om ervoor te zorgen dat dit kan.

Ook met de staatssecretaris van Onderwijs worden er afspraken gemaakt over zaken die van belang zijn voor de samenhang tussen de beleidsterreinen. Zo lopen wij systematisch alles door. Als wij willen dat mensen met beperkingen



volwaardig worden meegenomen in het beleid van een ander ministerie, dan moeten wij niet alleen maar roepen dat dit moet veranderen. Dan moeten wij ook zelf formuleren wat er moet gebeuren om ervoor te zorgen dat daar rekening mee gehouden wordt. Integraal beleid houdt in onze visie in dat het beleid op de diverse beleidsterreinen integraal is. Dan moet je niet proberen om daar met allerlei constructies een samenhang in aan te brengen, want dat lukt gewoon niet. Ieder beleidsterrein heeft een eigen dynamiek. Je moet ervoor zorgen dat je aan tafel komt te zitten met de verantwoordelijken op die terreinen en dat is ook daadwerkelijk gebeurd.

Er kan natuurlijk nog heel veel verbeterd worden. In de nota van de NPCF wordt een aantal punten genoemd. Dan kun je op onderdelen van mening verschillen, maar het is een goede graadmeter. Ik zou graag zien dat de discussies gevoerd worden met degenen die er daadwerkelijk voor verantwoordelijk zijn. De Kamer doet dat zelf op een goede manier met de bewindslieden van Sociale Zaken en Financiën als het gaat om de inkomenspositie. Zij zijn daarvoor verantwoordelijk en dan is het ook goed om daar met hen over te spreken. Gelukkig zijn de organisaties ook stevig genoeg om zich te laten horen in die discussie. Wij kiezen dus voor een andere insteek, maar ik denk dat het een effectievere insteek is. Als je die omslag wilt maken, dan moet je ervoor zorgen dat de veranderingsprocessen op al die beleidsterreinen ook echt plaatsvinden. De heer Buijs merkte op dat wij ons in de brief aan de Kamer over de evaluatie van de WMCZ zo positief uitlaten. De conclusie die wij daarin geformuleerd hebben, staat letterlijk zo in het evaluatierapport. Dat staat dus niet in de brief omdat wij dat vinden, maar dat is de conclusie van de onderzoekers. De WMCZ heeft haar doel, te weten het bevorderen van de medezeggenschapsverhoudingen, grotendeels bereikt. Dat wil niet zeggen dat er niets verbeterd kan worden, maar in hoofdlijnen wordt het functioneren van die wet positief beoordeeld. In de sectoren waar traditioneel al sprake was van een (informele) vorm van zeggenschap – met name de langdurige zorg – heeft de wet ertoe geleid dat de bestaande

medezeggenschapsregelingen zijn geformaliseerd. In die sectoren is ook sprake van een bijna volledige dekking. In sectoren waar die traditie niet bestaat – bijvoorbeeld de ziekenhuizen en de thuiszorg – gaat het allemaal wat moeizamer, zij het dat daar ook de nodige vooruitgang wordt geboekt. Het feit dat het daar wat moeizamer gaat, heeft te maken met het feit dat de cliëntcontacten kortdurend zijn en dat mensen er niet zoveel behoefte aan hebben om zich er nadrukkelijk mee bezig te houden. De in de wet gekozen instrumenten hebben blijkens de conclusies van het onderzoek bijgedragen aan het bereiken van de doelen, met name omdat ze zodanig geformuleerd zijn dat ze de onderscheiden sectoren de nodige ruimte geven om er een specifieke invulling aan te geven. Dat is een goede zaak.

Natuurlijk zijn er nog enkele punten – ik denk aan de implementatie van de wet – die aandacht vragen. Daar moeten wij aan blijven werken. Inmiddels is er een brief gekomen van de LOC; de LPR en het LSR met een aantal voorstellen ter verbetering. Men heeft onder andere ook eigen ideeën ingebracht met het oog op versterking van de positie van de cliënt. De heer Buijs vroeg mij om er een schriftelijke reactie op te geven, maar een groot deel van mijn antwoord is geënt op die brief. Als ik een schriftelijke reactie geef, hoef ik vandaag de op dit punt gestelde vragen niet meer te beantwoorden, maar het lijkt mij zinniger om die punten toch even langs te lopen. De eerste aanbeveling uit het evaluatierapport is om het gecoördineerd ouderenwerk uit de werkings sfeer van de Wet medezeggenschap te halen. Dat vind ik een begrijpelijke aanbeveling en wij zullen daarover in overleg treden met de betrokken partijen. In die situaties zal echter wel sprake moeten zijn – ik denk dat dit ook al gebeurt – van andere vormen van cliëntenparticipatie die beter passen zijn bij deze vorm van dienstverlening. Het is in ieder geval een thema dat wij bij het implementatieplan rondom de aanbevelingen met betrekking tot de Wet medezeggenschap willen meenemen. Er zijn diverse vragen gesteld over de definitie van het begrip “instelling”. Bijna alle commissieleden vinden het van groot belang dat de zeggenschap zo dicht mogelijk bij de mensen komt te liggen. Het gaat

immers veelal om de dagelijkse gang van zaken die het leven van mensen in instellingen direct raakt. Wij zullen op dit punt de wet aanpassen en het begrip “instelling” vervangen door het begrip “zelfstandig optredend organisatorisch verband”. Dat kan een lokatie zijn, zodat de wet ook betrekking heeft op een laag niveau. Overigens heeft de rechter inmiddels uitgesproken – het ging hierbij om verzorgingshuizen – dat een eenheid van 44 plaatsen ook als zodanig moet worden aangemerkt.

Ik kom nu op de samenhang tussen de Wet medezeggenschap en de kwaliteitswetgeving. Toen ik dit weekeinde de stukken doorlas, viel mijn oog op de zin die de heer Rouvoet zo mooi citeerde. Het is inderdaad een wollige tekst, maar de bedoeling ervan is in de geest van zijn opmerking. De kern van kwaliteit is natuurlijk dat je uitgaat van de behoefte van de mensen in een instelling. De zorg moet aansluiten bij de wijze waarop zij hun leven willen inrichten. Zeker bij vormen van langdurige zorg raakt de kwaliteit van de zorg direct aan de kwaliteit van leven. Medezeggenschap, greep hebben op en de regie kunnen voeren over de eigen situatie, is onlosmakelijk verbonden met kwaliteit.

De Kwaliteitswet is op alles van toepassing en is niet beperkt tot de collectief gefinancierde instellingen, maar de WMCZ is wel beperkt tot de collectief gefinancierde instellingen. Een particulier verpleeghuis hoeft dus niet te voldoen aan de eisen van de WMCZ. Waarom eigenlijk niet? Er zijn verplichtingen op grond van de WMCZ. Zo moeten instellingen rapporteren of zij een cliëntenraad hebben en of zij voldoen aan alle eisen van de wet, verder moeten zij kwaliteitsjaarverslagen opstellen. Je zou dus best een discussie kunnen voeren over de vraag hoe die instrumenten zich tot elkaar verhouden en over de vraag of dit niet eenvoudiger kan worden georganiseerd. Zo kunnen er nog meer vragen worden gesteld en dit is eigenlijk de bedoeling van de geciteerde zin. Wij willen dit op een rijtje zetten en bezien hoe wij hiermee verder omgaan. Het moet goed geregeld worden. Dit geldt ook voor het toezicht op de kwaliteit. De inspectie kijkt daar nu niet naar, want dit valt niet in formele zin onder het beleid, maar toch is dit wel een belangrijk aspect van het begrip

kwaliteit. Wij willen dus nagaan of wij dit beter en gemakkelijker kunnen regelen. Dit is ook verwoord in de rapportage van de Algemene Rekenkamer over de informatievoorziening op dit terrein.

De laatste aanbeveling in de evaluatie is om per sector een landelijke commissie van vertrouwenslieden in het leven te roepen. Inmiddels heeft ook de gehandicaptenzorg, de VGN, een eigen commissie. In feite is er voor de hele sector een dekkend systeem. Het is dus niet nodig dit nog verder te regelen.

Verschillende woordvoerders hebben ervoor gepleit dat er een vorm van instemmingsrecht komt voor onderdelen die direct raken aan de levenssfeer van burgers. Het probleem van het begrip instemmingsrecht is dat dit in feite betekent dat de zeggenschap overgaat naar degene die daarmee moet instemmen. De bestuursverantwoordelijkheid wordt dus ingeperkt, omdat men op die punten overeenstemming moet bereiken. Er is een oplossing denkbaar. Op een aantal terreinen zoals ze al zijn genoemd, fusies, verhuizingen en de huisregels, kan in de geest van de wet het verzwaarde adviesrecht van toepassing worden verklaard. Zo ontstaat er een procedurele waarborg dat werkelijk rekening wordt gehouden met een redelijke opvatting van de cliëntenraad. In de meeste instellingen zal dit al zo werken, want de meeste instellingen met een wat langere traditie op het gebied van medezeggenschap en cliëntenparticipatie hebben allang gemerkt dat betrokkenheid en participatie bijdragen aan de kwaliteit van leven. "De cliënt centraal" is in de beleidsnota's van die instellingen als uitgangspunt opgenomen. Men probeert dat nu vorm te geven. Het moet immers een werkbare oplossing worden die voorkomt dat men met allerlei lastige complicaties wordt geconfronteerd op het moment dat de bestuursverantwoordelijkheid wordt ingeperkt. Met het oog hierop is het onze suggestie om het verzwaarde adviesrecht van toepassing te verklaren op die onderwerpen die heel direct de levenssfeer van de mensen zelf raken.

Bij de behandeling van de wet is al gesproken over de financiering door de instellingen. De WMC biedt een bescheiden regeling die het mogelijk

maakt om op een goede manier te functioneren. Daarbij kan worden gedacht aan vergaderfaciliteiten, een kopieerapparaat, de mogelijkheid om stukken naar de bewoners te sturen en bereikbaar te zijn voor bewoners, koffie en postzegels. Voor een groot deel kunnen dit soort zaken ter beschikking worden gesteld door de instelling. Er is gezegd dat hierdoor een afweging zou moeten worden gemaakt tussen handen aan het bed en de kosten hiervan. De werkelijke kosten die dit met zich brengt, vallen echter bijna in het niet bij de kosten die moeten worden gemaakt voor de uitbreiding van het aantal formatieplaatsen. Een instelling van enige omvang kan deze kosten echt gemakkelijk opbrengen.

In een aantal instellingen is het geen enkel probleem, maar in een aantal andere instellingen doet men hier wellicht wel moeilijk over. U vraagt mij nu of het mogelijk is om het te normeren en wettelijke regels in het leven te roepen. Gelet op de verschillen tussen de sectoren stel ik voor om aansluiting te zoeken bij het voorstel van de heer Weekers om een aantal vuistregels op te stellen. Cliënten in de verstandelijk gehandicaptenzorg en de GGZ hebben immers veel meer ondersteuning nodig om hun participatie en medezeggenschap vorm te geven dan mensen in een verzorgingshuis. Het is in ieder geval onmogelijk om alle instellingen over een kam te scheren. Het is volgens mij de beste oplossing om in de verschillende sectoren afspraken te maken met de cliëntenorganisaties en de koepels over de vraag wat onder redelijke ondersteuning van een cliëntenraad moet worden verstaan. Daarmee wordt voorkomen dat wij met zeer verfijnde regelgeving en beleidsregels moeten gaan werken, terwijl wij de bekostiging in de komende tijd nu juist op een andere leest willen schoeien.

Ik houd voorlopig vast aan mijn standpunt dat het mogelijk moet zijn om hierover met elkaar afspraken te maken. De wet stelt hier overigens in feite de norm, want daar staat dat de directies van instellingen de materiële ondersteuning moeten bieden voor het kunnen doen functioneren van de cliëntenraad. Dat betekent dat zij wettelijk verplicht zijn om te doen wat nodig is. Nogmaals: de precieze invulling kan daarbij van sector tot sector verschillen.

Voorzitter. De invoering van de wet is door enkele instellingen die voor deze invoering bovenwettelijke regelingen kenden die beter zijn dan de wettelijke regelingen, aangegeven om de praktijk aan te passen aan de wet. Die praktijk is in feite in strijd met de wet, omdat in een overgangsartikel is vastgelegd dat daar waar sprake was van bovenwettelijke regelingen of betere regelingen dan in de wet zelf, de bestaande praktijk gecontinueerd zou moeten worden. Als hierdoor problemen ontstaan of worden ervaren, staat het de cliëntenraad vrij, de rechter te vragen om een uitspraak over de vraag hoe een en ander zich verhoudt tot de wet. Een cliëntenraad kan dan immers het gelijk aan zijn zijde hebben. Er zijn enkele opmerkingen gemaakt over coöptatie en de bestuurs-samenstelling. Ik kreeg de indruk dat de brief van het kabinet verkeerd geïnterpreteerd is. Wij zijn het eens met de commissie-Meurs dat medezeggenschap en participatie meer is dan feitelijke bestuursdeelname. Het gaat ook om de wijze waarop mensen worden betrokken. Het is dan ook niet zo dat uitsluitend het bestuurslid dat belast is met het vertegenwoordigen van de belangen van cliënten in instellingen rekening moet houden met cliëntenbelangen. In feite moeten alle leden van de raad van toezicht uitgaan van de belangen van de cliënt. Overigens wil dit niet zeggen dat dit uitgangspunt overal gehanteerd wordt. Het beeld dat de commissie schetst rond gecontroleerde coöptatie was naar de mening van het kabinet te rooskleurig. Het kabinet is niet voorstander van de coöptatieprocedure, maar er is sprake van een bindend voordrachtsrecht voor de cliëntenraad voor een zetel in de raad van toezicht en dat moet gehandhaafd worden. De Kamer heeft op het geval gewezen waarin de cliëntenraad werd opgeheven op verzoek van de zorgaanbieder. In het betreffende geval heeft de zorgaanbieder echter niet rechtstreeks de cliëntenraad ontbonden. De zorgaanbieder is naar de rechter gestapt. Ik zal de informatie over het arrest doen toekomen. De kern van de zaak is dat de rechter getoetst heeft of de cliëntenraad representatief was voor de cliënten in de desbetreffende inrichting. Die toetsing wees uit dat dit niet het geval was. De rechter

heeft vervolgens een oordeel uitgesproken. Een zorgaanbieder kan nooit zelfstandig een cliëntenraad opheffen of mensen ontslaan. Ik kom op het punt dat de ziekenhuizen in het kader van de WMCZ en de cliëntenraden achterblijven. Het is van belang om erop te wijzen dat naleving van de WMCZ kan worden afgedwongen door de cliënt. Er hoort een cliëntenraad te zijn. Als daarvan geen sprake is, kan de cliënt naar de kantonrechter stappen teneinde de zorgaanbieder te bevelen, een cliëntenraad te stellen. De zorgaanbieder dient telkens opnieuw, bijvoorbeeld als de cliëntenraad gedurende twee jaar niet heeft gefunctioneerd, een voorziening voor het wederom oprichten van een cliëntenraad te treffen. De zorgaanbieder heeft een inspanningsverplichting om dat keer op keer te proberen als die oprichting om welke reden dan ook niet lukt. Dat is een wettelijke verplichting. De ziekenhuizen dienen zich dan ook in te spannen om een cliëntenraad op richten. In een aantal ziekenhuizen worden andere vormen van cliëntenparticipatie ingesteld zodat men zich goed kan informeren over datgene wat onder patiënten en cliënten leeft. Dat ontslaat hen echter niet van die wettelijke verplichting. Wij zullen bevorderen dat dat punt nog eens nadrukkelijk voor het overleg met de ziekenhuissector wordt geagendeerd. Wij zullen er ook naar streven dat dit wordt opgenomen in het handvest van de NVZ, zodat partijen ook op die wijze gebonden worden. Nogmaals: als cliënten van een ziekenhuis een cliëntenraad willen, kunnen zij daarvoor naar de rechter stappen. Mevrouw Spoelman vroeg of cliënten die gebruik maken van ambulante zorg of ondersteuning van een instelling en die buiten een instelling woonachtig zijn, ook onder de WMCZ vallen. Dat is het geval. Ook PGB-houders die bij een instelling inkopen, dienen voluit als cliënt te worden beschouwd en deel te kunnen uitmaken van een cliëntenraad.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Is dat ook wettelijk voorgeschreven? Wij hebben immers klachten gekregen, dat deze mensen niet in een cliëntenraad mochten deelnemen.

Staatssecretaris **Vliegthart**: Ja. In de wet staat: "Bij instellingen die

intramurale hulp of hulp die gepaard gaat met langdurig verblijf in de instelling verlenen, zijn in elk geval de daarin opgenomen personen als cliënten te beschouwen, doch ook de buiten de instelling verblijvende personen aan wie diensten worden verleend". Met name de extramurale zorgverlening van verzorgings- en verpleeghuizen en ook de gehandicaptenzorg vallen daaronder. Overigens geldt de WMCZ sowieso voor de extramurale zorg. Daar kan geen misverstand over bestaan. Misschien is het goed als wij ten behoeve van de koepels nog eens formuleren waaraan de instellingen dienen te voldoen ten aanzien van dit soort punten waarover onduidelijkheden blijken te bestaan.

De minister had aangekondigd dat ik iets zou zeggen over de Michelingids in de zorg. De echte Michelingids geeft met sterren een kwaliteitsbeoordeling en bepaalt wat een goed restaurant voor een redelijke prijs is. Als je het in die vergelijking trekt, moet je deze gids eerder als een campinggids zien. Alle Nederlandse instellingen op het gebied van wonen en zorg, bijvoorbeeld woonzorgcomplexen en verpleeghuizen, staan erin. Daarbij staat genoemd welke faciliteiten bij de desbetreffende instellingen beschikbaar zijn. Meestal wordt beschreven hoe de instelling er ongeveer uitziet en wat voor soort bewoners zij heeft. Een echte kwaliteitsgids is het nog niet. Wel is het de eerste keer dat er zo'n complete gids verschijnt. De cliëntenorganisaties en Arcaris verdienen alle lof voor het tot stand brengen van de gids, wat overigens met ondersteuning van ons departement gebeurd is. Het verdient aanbeveling dat de gids geleidelijk aan wat verder aangekleed wordt; ook als er meer gebenchmarkt wordt, want dan weten wij meer over de beoordeling van kwaliteit en prestaties van instellingen. Mensen kunnen een instelling dan op grond hiervan echt beoordelen. Deze gids is een eerste aanzet en is overzichtelijk en leuk opgezet. Ik hoop dat deze zijn weg vindt naar mensen die willen bekijken naar welke instelling in hun omgeving zij toe zouden willen. Het is dus een eerste stap.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**: Voor de tweede

termijn beschikt mevrouw Spoelman nog over 15 minuten, de heer Weekers over 3 minuten, de heer Buijs over 3 minuten en alle andere leden over 1 minuut, zodat die zich moeten beperken tot het indienen van moties.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Voorzitter. Weest u niet bang, ik zal die 15 minuten niet allemaal gebruiken. Ik wil eerst iets zeggen over de integraliteit van deze nota. Ik heb daar in eerste termijn niet over gesproken, omdat ik vind dat het gaat om een patiëntennota en dat dus de positie van de patiënt aan de orde moet komen en die heeft altijd een relatie met de gezondheidszorg. Als je spreekt over integraliteit, gaat het om de positie van de zorggebruiker ten opzichte van allerlei andere velden. Dan wordt die persoon niet meer als patiënt gezien, maar als een normaal persoon die van allerlei faciliteiten gebruik moet maken. Dat het niet in deze nota staat, vind ik dan ook niet zo erg, maar dat neemt niet weg dat ik het een gekke zaak vind dat het ook niet op andere plekken aan de orde komt. Misschien ben ik een beetje kritisch, maar dat is niet zo gek, want de Wet voorzieningen gehandicapten en de Wet gelijke behandeling zijn al in de Kamer behandeld en dat waren tamelijke drama's. Wij wilden bij de Wet voorzieningen gehandicapten meer integraliteit. De staatssecretaris heeft toen herhaaldelijk gezegd hoe goed het vervoer loopt. Dat loopt echter voor geen meter. Het overleg daarover loopt ook voor geen meter. Gehandicaptenorganisaties zijn dan weliswaar met Verkeer en Waterstaat in gesprek, maar er verandert niets. In 2030 zou al het openbaar vervoer toegankelijk moeten zijn voor mensen met een functiebeperking. Er komen wel liftjes voor zo'n mooi theekarretje in de trein, maar geen liftjes voor mensen met een functiebeperking. Het materieel dat nu is gekocht en dat tot 2050 mee moet, is ook niet toegankelijk voor mensen met een functiebeperking. Zo goed loopt het dus allemaal niet. Dat geldt ook voor de Wet gelijke behandeling. Die komt nog aan de orde, maar ook daar zijn wij niet tevreden over. Dat behelst namelijk maar één terrein: beroep en beroepsonderwijs. Wij willen dat een breder terrein aan de orde komt. Wij beseffen dat dat nu niet kan, maar

een stappenplan had wel veel gescheeld.

Het is leuk dat er een kwaliteitsgids is, maar ik vind het van belang dat naast het cliëntenperspectief, ook het bredere kwaliteitsbeleid aan de orde wordt gesteld. Daar zie ik echt een taak voor de overheid voor weggelegd. Ik hoor daarover nog graag iets van de staatssecretaris, dan wel de minister.

De minister heeft wat betreft de ombudsman aangegeven dat op het moment dat je zo'n ombudsman in het leven roept, er het gevaar van overlapping ontstaat. Zij heeft verder gezegd dat er nog veel onderzoek naar moet worden gedaan voordat kan worden begonnen met zoiets. Ik heb mij de afgelopen weken door een grote stapel stukken geworsteld en mij is gebleken dat er al heel veel onderzoek is gedaan. Wij zouden graag zien dat ook bij het onderwerp van de ombudsman geldt: boter bij de vis. Daarom wil ik mede namens de heer Weekers, de volgende motie indienen.

---

#### Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat het beleid van de minister van VWS gericht is op het versterken van de rechtspositie van de patiënt;

van mening dat de rechtspositie van de patiënt gebaat is bij het kunnen indienen van klachten inzake de behandeling van zorgverleners bij een onafhankelijk orgaan;

constaterende dat in de praktijk het voor de patiënt niet mogelijk is zijn klacht bij een onafhankelijk orgaan ter beoordeling voor te leggen;

verzoekt de minister, te komen met een voorstel om bij wijze van experiment over te gaan tot het instellen van een medische ombudsman en de mogelijkheid deze te koppelen aan de Inspectie voor de gezondheidszorg te onderzoeken,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:** Deze motie is voorgesteld door de leden Spoelman en Weekers. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 4 (27807).

**De heer Rouvoet** (ChristenUnie): Mevrouw Spoelman zei dat zij verder onderzoek niet nodig vindt. Is zij in de stapel stukken die zij heeft doorgeworsteld en waarin die andere instellingen kennelijk staan vermeld, niets van een overlap tegengekomen met wat zij nu voorstelt?

**Mevrouw Spoelman** (PvdA): De enige overlap is die met de inspectie. Ik stel daarom voor om de ombudsman te koppelen aan de inspectie, zodat het mogelijk is tegelijkertijd gebruik te maken van de kwaliteitsmeting.

**De heer Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Mag de conclusie dan zijn dat de strekking van deze motie is dat de inspectie haar werk beter moet doen?

**Mevrouw Spoelman** (PvdA): Nee, want de inspectie heeft nu geen taak bij het behandelen van individuele klachten. Wij willen die taak daar nadrukkelijk wel neerleggen.

**De heer Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Is in de conceptie van mevrouw Spoelman de informatie die beschikbaar is voor de ombudsman ook beschikbaar voor de inspectie? Dat zou in de rede liggen, als de ombudsman bij de inspectie is aangehecht. Is dat inderdaad de bedoeling?

**Mevrouw Spoelman** (PvdA): Dat lijkt me wel. Het zou anders niet mogelijk zijn om een klachtenregistratie en een klachtenmeting te doen en daaruit kwaliteitsimpulsen te halen.

**De heer Van der Vlies** (SGP): Is de ombudsman dan een soort voorstation van de inspectie?

**Mevrouw Spoelman** (PvdA): De zorginstellingen moeten hun klachten melden bij de inspectie. Individuele mensen – burgers, patiënten, zorggebruikers – kunnen niet terecht bij de inspectie met hun klachten. Zij worden ook niet gehoord door de inspectie. Zij kunnen eventueel alleen een geschil voorleggen. Dat gebeurt dan altijd op dossierniveau. Het kenmerk van een medische ombudsman is dat gewone mensen daar terecht kunnen. Het is laagdrempelig zoals de gewone ombudsman dat op tal van andere terreinen ook

is. Als je problemen hebt in een asielprocedure, kun je dat aan de ombudsman voorleggen. Dat is een onafhankelijk orgaan. Ik stel me iets dergelijks voor bij een medische ombudsman. Omdat wij het orgaan niet helemaal los willen koppelen van de inspectie, stellen wij voor om de mogelijkheid te bekijken om het aan de inspectie aan te haken. Dat lijkt ons meer logisch.

**Mevrouw Van Vliet** (D66): Het wordt voor mij steeds onduidelijker. Kiest u nu voor een ombudsman die een beetje niet-onafhankelijk is, omdat hij aan de inspectie gekoppeld is? Of stelt u nu een taakwijziging van de inspectie voor, namelijk dat deze opnieuw een individuele klachtenbehandeling gaat doen? Dat was ooit ook al het geval. Ik sta daar op zich sympathiek tegenover. In uw voorstel is het noch een taakwijziging noch een onafhankelijk ombudsman.

**Mevrouw Spoelman** (PvdA): Het gaat hier om een onafhankelijke ombudsman met een eigen statuut en een eigen staf, gekoppeld aan de inspectie. Nogmaals, ik vind dat je het juridisch goed moet dichttimmeren. Ik ben geen jurist. Ik vind dat de minister daar een voorstel voor moet doen. Dat is de strekking van de motie. Je doet dan twee goede zaken tegelijk. Je legt de klachtenbehandeling die de inspectie niet meer doet, bij de ombudsman neer. En je maakt een onafhankelijke ombudsman die laagdrempelig is, waar mensen terecht kunnen als bijvoorbeeld hun verkeerde been is afgezet.

**Mevrouw Van Vliet** (D66): Waarom kiest u er dan niet voor om de overlappingen- en wittevlekkennotitie van de minister en de staatssecretaris af te wachten en vervolgens op een passende wijze uw voorstel te doen? Zo kan het toch niet, mevrouw Spoelman?

**Mevrouw Spoelman** (PvdA): Voorzitter. Ik heb een beetje genoeg van al dat afwachten. Dit is het resultaat van al dat afwachten. Ik wil het graag nu geregeld hebben. Ik dien daarom deze motie in op deze manier. Mevrouw de voorzitter. Ik wil nog twee andere puntjes aan de orde stellen. Deze hebben betrekking op de positie van cliëntenraden. Ik

volsta vanwege de tijd met het voorlezen van beide moties.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de cliëntenraden krachtens de WMCZ zijn ingesteld om de invloed van cliënten binnen de zorginstellingen daadwerkelijk te vergroten;

constaterende dat cliëntenraden voor hun financiering afhankelijk zijn van de zorgaanbieder;

constaterende dat door cliëntenraden bedongen financiering ten koste gaat van het zorgbudget;

van mening dat cliëntenraden adequaat moeten worden gefinancierd voor hun werkzaamheden;

van mening dat dit bedrag zodanig moet zijn dat de reguliere kosten inclusief professioneel advies, ondersteuning en scholing hiervan kunnen worden bekostigd;

verzoekt de minister, zorg te dragen voor een financieringsvorm die zodanig is dat er middelen beschikbaar komen die afgezonderd zijn van de middelen voor de zorg en alleen bestemd zijn voor de cliëntenraden,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Spoelman, Buijs, Kant, Hermann, Van Vliet en Van der Vlies. Zij krijgt nr. 5 (27807).

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de WMCZ onvoldoende mogelijkheid biedt om de belangen van cliënten te behartigen;

constaterende dat in tegenstelling tot ondernemingsraden cliëntenraden geen instemmingsrecht hebben;

van mening dat een besluit geen

doorgang kan vinden wanneer de cliëntenraad negatief heeft geadviseerd en slechts in uitzonderings-situaties hiervan mag worden afgeweken;

verzoekt de regering, het verzwaard adviesrecht van cliëntenraden om te zetten in een instemmingsrecht en besluiten over identiteit, verbouwing en renovatie van de instelling, begroting, statuten en benoeming van de cliëntenvertrouwenspersonen en de algemeen directeur onder het instemmingsrecht te laten vallen en de WMCZ als zodanig te wijzigen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Spoelman, Buijs, Kant, Hermann en Van Vliet. Zij krijgt nr. 6 (27807).

De heer **Van der Vlies** (SGP): Kan mevrouw Spoelman bevestigen dat alle ondertekenaars van deze motie over alle onderdelen van deze motie hetzelfde denken?

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Ik kan niet voor andere mensen spreken. Ik stel voor om dat aan die mensen persoonlijk te vragen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): U neemt wel de verantwoordelijkheid voor het indienen van deze motie. U laat die motie medeondertekenen. Voorzitter. Kan ik al die mensen op dit punt een vraag stellen? Als ik mij de wetsgeschiedenis goed herinner, is er immers gereede aanleiding om daaraan te twijfelen.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Ik heb deze motie voorgelegd aan de genoemde personen. Zij hebben de motie ondertekend. Ik ga er dan van uit dat zij...

De heer **Van der Vlies** (SGP): Geen zweem van verwijt aan u. Ik vind het alleen maar handig.

De **voorzitter**: Misschien mogen we deze uiting van de heer Van der Vlies zo verstaan dat al degenen die deze motie hebben ondertekend, daar nog eens heel goed over nadenken alvorens zij tot stemming overgaan.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Onafhankelijke voorzitter!

De **voorzitter**: Nadenken kan nooit kwaad en het versterkt de onafhankelijkheid.

De heer **Buijs** (CDA): Ik denk dat u ons onrecht aandoet. Ik kom daar zo dadelijk op terug.

De **voorzitter**: Ik ben zelf een van de ondertekenaars. Het zij zo.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Tegen de heer Van der Vlies wil ik zeggen dat diezelfde vraag ook bij de eerste motie kan worden gesteld.

De **voorzitter**: Iedereen moet altijd blijven nadenken over waar hij mee bezig is. Dat doen wij ook. Als wij dat niet doen, gaat het verkeerd.

De heer **Weekers** (VVD): Voorzitter. Ik dank de beide bewindslieden voor de antwoorden. Op een aantal punten waren die voor mij bevredigend.

De minister heeft er bij de informatievoorziening terecht op gewezen dat mijn fractie altijd de voorkeur geeft aan zelfregulering boven wettelijk opleggen. In mijn betoog heb ik erop gewezen dat wij al lang informatie vragen aan instellingen, ook aan verzekeraars. Als het niet goedschiks kan, moet het maar kwaadschiks. Daarom heb ik de datum 1 januari 2002 genoemd. Als de minister er vertrouwen in heeft dat het alsnog binnen een bekwaame tijd wordt geregeld, ga ik daarin met haar mee.

Dan de financiële paragraaf en het Patiëntenfonds. De minister heeft gelijk als zij zegt dat de VVD in het verleden van harte akkoord is gegaan met het Patiëntenfonds en de financiering van de patiëntenorganisaties. Nu er een bepaalde wijziging plaatsvindt en de minister het een en ander in een ZBO wil onderbrengen, komen wij weer wat meer in de richting van het departement. Daarover ben ik het met haar eens. Om een algehele samenhang te krijgen in de subsidiëring van patiëntenorganisaties zouden wij liever nog een stapje verder gaan. Het voorbeeld dat de heer Buijs gaf over de stichting Downsyndroom, was toch wel treffend. Kennelijk zit er toch wat licht tussen de opvattingen van het departement en die van het Patiëntenfonds. Zo zijn er meer zaken te noemen. Ik begrijp ook dat er enerzijds 7 mln onderbesteding is,

maar dat er anderzijds over grote nood wordt geklaagd. Mij leek het beter om het hele beleid goed gecoördineerd door de minister te laten uitvoeren. Ik begrijp echter dat mijn fractie met haar opvatting over het ZBO alleen staat. Ik zal daarom geen motie indienen, want dat heeft toch geen zin.

Over de financiële paragraaf heb ik gevraagd om te onderzoeken hoeveel geld er nodig is voor een adequate patiënten/consumentenbeweging en voor de actiepunten in de stukken. Er zijn diverse financiers, zoals Zorgverzekeraars Nederland, het Patiëntenfonds en het departement, maar er gebeurt decentraal ook wat. Ik wil dat er nog een financiële paragraaf komt bij de patiëntennota en daarin sta ik niet alleen. Ik dien hierover de volgende motie in.

---

#### Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de nota "Met zorg kiezen" geen financiële paragraaf kent;

overwegende dat een financiële paragraaf essentieel is om te komen tot goed patiënten/consumentenbeleid;

verzoekt de regering, de nota "Met zorg kiezen" en het daarin gepresenteerde actieplan financieel te onderbouwen, en de Kamer daarover nog voor de zomer te berichten,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:** Deze motie is voorgesteld door de leden Weekers, Spoelman, Buijs, Rouvoet, Van der Vlies en Hermann. Zij krijgt nr. 7 (27807).

**De heer Weekers (VVD):** Ik ben blij dat de minister terug lijkt te komen op het afwijzen van het no fault-systeem en het advies uit 1989. Zij doet wat voorzichtige stappen, maar ik wil haar krachtig bijvallen. Het no fault-systeem moet in diverse varianten worden uitgewerkt. Het kan echt niet dat patiënten en gedupeerden meer dan tien jaar aan het lijntje worden gehouden met verschrikke-

lijke juridische procedures. Daarom dien ik de volgende motie in.

---

#### Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de rechtsgang voor een patiënt in het kader van medische letselschade momenteel een moeizame is;

overwegende dat een no fault-systeem, waarbij de compensatie afhankelijk wordt gemaakt van de onwaarschijnlijkheid c.q. het onverwachte karakter van een complicatie, wel tot een billijk en betaalbaar vergoedingssysteem kan leiden;

verzoekt de regering, verschillende varianten van een dergelijk systeem te onderzoeken en de Kamer daarover nog voor de zomer te rapporteren,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:** Deze motie is voorgesteld door de leden Weekers, Spoelman, Buijs, Van der Vlies en Rouvoet. Zij krijgt nr. 8 (27807).

**De heer Weekers (VVD):** Ik zou graag nog wat opmerkingen maken over de ombudsman, maar ik begrijp dat dit niet kan. Wellicht zijn andere collega's daar nog in geïnteresseerd.

**De heer Buijs (CDA):** Voorzitter. Ik ben in eerste termijn zeer negatief begonnen en ik houd dat vol. De ingediende moties laten zien dat er een breed gevoel van onbehagen is in de Kamer over het tot nu toe gevoerde beleid. Laten wij hopen dat het wat beter kan gaan. Ik ben blij met de toezeggingen van de staatssecretaris dat zij de nota van de patiënten/consumentenfederatie naast deze nota wil leggen en wil kijken welke zwaluwstaarten ertussen kunnen komen.

Ik had een motie voorbereid over de vernietigingstermijn van tien jaar, waarbij de patiënt eigenaar wordt gemaakt van zijn eigen dossier. De minister heeft toegezegd mijn verzoek te willen inwilligen, dus ik hoef de motie niet in te dienen.

Het belangrijkste is de medezeggenschap, waarover wij vrij lang hebben gepraat. Ik heb in eerste termijn drie voorstellen over de WMCZ gedaan aan de staatssecretaris. Alle acht wijzigingsvoorstellen van het LOC en andere cliëntenorganisaties hebben onze steun en ik wil graag dat de staatssecretaris binnen nu en een maand op deze voorstellen ingaat. Zij gaan niet alleen over instemmingsrecht, maar ook over ontslagbescherming, benoemingsprocedure, toezichtfunctie, enzovoorts. Ik nodig de staatssecretaris uit om constructief te kijken naar deze voorstellen, waar wij ons in kunnen vinden.

Over de financiering hebben mevrouw Spoelman en ik een motie ingediend. Ik heb de CTG-regel genoemd. Ook hierover ontvangen wij graag op korte termijn bericht van de staatssecretaris.

Er is nog niet ingegaan op mijn opmerking dat ik graag een garantie wil van een structurele, landelijke financiering van de koepels LOC, LSR en LPR, zodat zij kunnen zorgdragen voor belangenbehartiging, scholing, opleiding en innovatie.

Mevrouw **Van Vliet (D66):** Ik dank de minister en de staatssecretaris voor hun beantwoording. Ik was zeer kritisch met name over de samenhang en de interdepartementale beleidsnotitie. De bewindslieden hebben duidelijk verwoord hoe zij daarover denken en dat het wel degelijk hun intentie is. Ik verzoek hen daarom dat in vervolgnotities aan te geven.

In mijn tweede termijn zal ik mij beperken tot het indienen van een motie die ik graag toelicht. Deze motie betreft de niet-mondige patiënt in verpleeg- en verzorgingshuizen. Hoewel cliëntenraden zeer hun best doen, is het vaak moeilijk te meten wat de wensen en eisen van deze cliënten zijn. Zij kunnen dat niet altijd zelf verwoorden. Er is vaak geen tijd dat goed met hen te bespreken. Van vele kanten is verzoekt, met regelmaat in de verpleeg- en verzorgingshuizen een kwaliteitsmeting te houden. Dat is heel wat anders dan de inspectie doet. Het gaat om een cliëntgerichte kwaliteitsmeting waarin de wensen en eisen naar voren komen. De cliënt moet daarin worden begeleid. Wij steunen deze wens ter verbetering van de positie van de niet-mondige patiënt.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat ook de niet-mondige patiënten, met name in verpleeg- en verzorgingshuizen, hun wensen en eisen moeten kunnen formuleren en zoveel mogelijk verwezenlijkt moeten zien worden;

van mening dat deze visie niet duidelijk uit de nota "Met zorg kiezen" naar voren komt;

van oordeel dat dit bereikt kan worden door een periodieke kwaliteitsmeting vanuit cliënten-perspectief in verpleeg- en verzorgingshuizen, evenals vanuit begeleiding en ondersteuning van de cliënt bij het formuleren van de wensen en eisen;

verzoekt de regering, ervoor zorg te dragen dat deze kwaliteitsmeting en begeleiding en ondersteuning in verpleeg- en verzorgingshuizen wordt ingesteld en aan de Kamer terug te koppelen op welke wijze hieraan gevolg is gegeven,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Van Vliet, Spoelman, Hermann en Weekers. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 9 (27807).

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik wil nog drie opmerkingen maken in staccato. Over de ombudsman kan ik kort zijn. Uit de laatste zin van de heer Weekers maak ik op dat hij iets anders over de invulling van deze functie denkt dan mevrouw Spoelman. Zij hebben samen die motie ingediend en hij zit er dus aan vast. Ik heb die motie niet medeondertekend. Gelet op de herstructurering van de bijzondere opsporingsdiensten en de inspecties, past daarin geen onafhankelijke instelling, aangezien de inspectie nog altijd onder de politieke verantwoordelijkheid van de minister valt. Ik zie dus niets in een dergelijke constructie. Ik vind het geen goede route, hoewel ik best wil aannemen dat er hier en daar nog dingen te verbeteren zijn.

Dat moet dan wel bij de bestaande instanties gebeuren.

De moties over de financiering van de cliëntenraden en het instemmingsrecht heb ik niet ondertekend. Ik wil er best over discussiëren, maar beide zijn een flinke stap ten opzichte van de keuze die indertijd bewust is gemaakt bij de totstandkoming van de WMCZ. Ik ben daaraan nog niet toe en heb beide daarom niet ondertekend. Aan de hand van de reactie op de verschillende punten die zijn aangedragen, wil ik best praten over het instemmingsrecht. Op voorhand lijkt het mij geen goed idee, de cliëntenraden door het departement te laten bekostigen. Voor de instellingen zelf en de verhouding tot de cliëntenraden is dat geen probleemloze gedachte. Ik heb mijn teleurstelling uitgesproken over het gebrek aan concrete voorstellen in de nota Patiëntenbeleid/consumentenbeleid. Ik heb de vijf toetsingsniveaus aan het slot van de nota nog eens nagelezen en de woorden onderstreept die er centraal staan. Ik som op: monitoren, bezinnen, vervolgen, verder verbeteren, drastisch vereenvoudigen, belangrijke impuls, groot belang, aandringen op, stimuleren. Het is allemaal goed, maar waar zijn de toetsbare en meetbare doelstellingen waaraan wij de bewindslieden in het kader van de VBTB kunnen houden? Vandaar dat ik de eer heb, de volgende motie aan de Kamer voor te leggen.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van oordeel dat de nota Patiëntenbeleid/consumentenbeleid een aantal goede voornemens bevat op het terrein van informatievoorziening, versterking van de positie zorggebruikers, onderhandelingsmacht en dergelijke;

constaterende dat deze voornemens vooral in algemene bewoordingen zijn geformuleerd en te weinig geconcretiseerd in toetsbare beleidsdoelstellingen;

verzoekt de regering, de voornemens op het terrein van het patiënten- en consumentenbeleid te voorzien van

concrete, toetsbare beleidsdoelstellingen en bij de rapportage over de implementatie aan te geven in hoeverre deze doelstellingen worden gerealiseerd,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Rouvoet, Buijs, Weekers, Spoelman, Van der Vlies en Hermann. Zij krijgt nr. 10 (27807).

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Ik beperk mij tot het indienen van twee moties. Daarnaast wil ik mij een opmerking veroorloven over de motie over het verzaamd adviesrecht/instemmingsrecht. Ik heb in mijn eerste termijn en bij interruptie al aangegeven dat dit een vrij forse discussie openbreekt. Dat zullen de indieners van de motie zich ook absoluut realiseren. Ik verwees reeds naar de wetsgeschiedenis. Wetstechnisch maar ook principiële logistiek zitten hier vrij principiële kanten aan. Als de motie wordt aanvaard en de regering de motie zal uitvoeren, houd ik mij beschikbaar voor een indringende en verstrekkende discussie. Het verbaast mij inderdaad dat bijvoorbeeld het CDA deze motie heeft ondertekend. In de wetsgeschiedenis heeft het CDA op dit punt, aangaande identiteit en zo, immers een lijn gevoerd die dicht bij de onze lag. Het is in de voorgestelde optiek niet meer aan het instellingsbestuur, maar aan de consumenten. Dat is een doorbraak. De eerste motie gaat over de integraliteit van de voorliggende stukken. De staatssecretaris heeft uitgelegd hoe het allemaal is gelopen. De Kamer wil echter de vinger leggen bij het vervolg van de implementatie.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat het patiënten- en consumentenbeleid een breder terrein bestrijkt dan alleen dat van de gezondheidszorg;

overwegende dat de NPCF, mede namens haar lidorganisaties, een alternatieve nota, getiteld "Een integrale visie op patiënten/

consumentenbeleid in Nederland voor de jaren 2002-2006" heeft gepresenteerd;

verzoekt de regering, bij de implementatie van haar nota "Met zorg kiezen" uitdrukkelijk rekening te houden met de gewenste integrale beleidsvoering op het terrein van het patiënten- en consumentenbeleid, zoals dat in genoemde alternatieve nota wordt bepleit,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Van der Vlies, Buijs, Rouvoet, Weekers, Spoelman, Van Vliet en Hermann. Zij krijgt nr. 11 (27807).

De heer **Van der Vlies** (SGP): De tweede motie betreft het proces van implementatie als zodanig. Daar zijn reeds enkele moties over ingediend. De volgende motie bedoelt uit te spreken dat de Kamer periodiek een rapportage krijgt over de voortgang op het totale dossier. Dat hoeven deze bewindslieden zichzelf niet aan te rekenen. Zij zitten immers in de nadagen van hun missionaire status. De implementatie reikt over de huidige kabinetsperiode heen. Om veilig te stellen dat de Kamer de vinger aan de pols kan houden, dien ik de volgende motie in.

---

#### Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat ondanks alle intenties en voornemens, de positie van de zorgvrager nog steeds achterblijft ten opzichte van die van zorgaanbieders en -verzekeraars;

voorts constaterende dat, zeker met het oog op de komende herziening van het zorgstelsel, de positie en de rol van het patiënten- en cliënten-perspectief dient te worden versterkt;

overwegende dat teneinde deze achterstandspositie in te kunnen lopen, de implementatie van het actieplan uit de nota "Met zorg kiezen" nauwgezet en voortvarend dient plaats te vinden;

verzoekt de regering, periodiek te rapporteren over de voortgang

dienaangaande,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Van der Vlies, Buijs, Weekers, Spoelman, Hermann, Van Vliet en Rouvoet. Zij krijgt nr. 12 (27807).

**Voorzitter: Van der Vlies**

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Voorzitter. Ik dank de bewindslieden voor de beantwoording van de vragen.

Ik dien namens de fractie van GroenLinks de volgende motie in.

---

#### Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat uit de evaluatie van de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen blijkt dat de toegankelijkheid en onafhankelijkheid van de klachtencommissies verbetering behoeft;

overwegende dat ook blijkt dat de adviezen in uitspraken van de klachtencommissies in onvoldoende mate leiden tot aanpassing van het instellingsbeleid;

van mening dat het aanbeveling verdient dat leden van een klachtencommissie niet werkzaam zijn voor of bij de betrokken zorgaanbieder;

van mening dat het aanbeveling verdient dat juristen als voorzitter en secretaris van een klachtencommissie fungeren;

van mening dat het aanbeveling verdient dat klagers bij een regionale commissie in beroep kunnen gaan tegen uitspraken van een klachtencommissie;

verzoekt de regering, deze aanbevelingen te betrekken bij de ophanden zijnde wijziging van de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Hermann en Van Vliet. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 13 (27807).

**Voorzitter: Hermann**

Minister **Borst-Eilers**: Mevrouw de voorzitter. Ik zal mijn antwoord beperken tot een reactie op de moties. Ik begin met de motie van mevrouw Spoelman. Zij wil bij wijze van experiment overgaan tot het instellen van een medische ombudsman en de mogelijkheid laten onderzoeken om deze te koppelen aan de inspectie. Ik moet aanneming van deze motie ontraden. Ik vind een medische ombudsman geen onderwerp voor een experiment. Ik heb toegezegd dat ik de KNMG vraag om dit voorstel in overleg met de NPCF nader uit te werken. Ondertussen onderzoek ik ook de overlap. Vervolgens zal ik een conclusie trekken. Dat hoeft allemaal niet lang te duren. Mevrouw Spoelman denkt dat er veel onderzoek voor nodig is, maar dat is volgens mij niet het geval. De conclusie zal zijn dat er wel of niet een medische ombudsman zal komen. Nogmaals, als blijkt dat er geen overlap is met andere functionarissen en instanties, dan sta ik daar in principe positief tegenover. Dan zal er dus een medische ombudsman komen, maar ik wil die zeker niet aan de inspectie koppelen. Een medische ombudsman moet volstrekt onafhankelijk zijn en niet onder mijn politieke verantwoordelijkheid vallen. Ik zal ook nog even ingaan op de vraag over dat afgezette been. Dat gaat regelrecht naar de inspectie. Daar zal de inspectie een stevig onderzoek naar doen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Overweegt mevrouw Spoelman nu om haar motie aan te houden? Ik vind het wel van belang om te weten wat wij nog kunnen verwachten.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Dat was niet mijn bedoeling, maar wat niet is, kan nog komen.

Minister **Borst-Eilers**: Ik dank de heer Weekers voor het feit dat hij de zelfregulering nog één kans wil geven.

Hij heeft een motie ingediend betreffende een financiële paragraaf bij de nota. Ik ben graag bereid om zo'n financiële paragraaf te leveren. Ik proef dat er echt behoefte aan is en dat zullen wij dan ook doen. Die motie is een ondersteuning van mijn beleid en dus overbodig.



Ik ben ook bereid om de no fault te onderzoeken. Ik heb al gezegd dat wij gevraagd hadden om er nog eens naar te kijken. In zekere zin is dit dus ook een overbodige motie omdat ik al voornemens was om dat te doen.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): De minister heeft een ruimhartige toezegging gedaan met betrekking tot de financiële paragraaf. Is dat een reden voor de heer Weekers om zijn motie op stuk nr. 7 in te trekken?

De heer **Weekers** (VVD): Als de minister de motie qua strekking en inhoud overneemt, is zij overbodig. Ik trek de motie dus bij dezen in.

De **voorzitter**: Aangezien de motie-Weekers c.s. (27807, nr. 7) is ingetrokken, maakt zij geen onderwerp van beraadslaging meer uit.

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter. De heer Rouvoet verzoekt de regering de voornemens te voorzien van toetsbare doelstellingen. Ik wijs erop dat alle onderwerpen die in onze nota aan de orde komen een eigen traject kennen. Daarbij hoort ook steeds een doelstelling en het lijkt mij niet de handigste weg om dat in één keer voor de gehele nota aan te geven. Om die reden vind ik de motie van de heer Rouvoet overbodig.

De heer Van der Vlies heeft een motie ingediend over de periodieke rapportage. Er zal sowieso periodiek worden gerapporteerd, maar als de Kamer er behoefte aan heeft om dat ook nog eens vast te leggen omdat zij de nieuwe gezichten achter de regeringstafel straks nog niet kent, moet zij voor deze motie stemmen. Ik laat het oordeel over de motie dus graag aan de Kamer over. Mevrouw Hermann heeft een motie ingediend over de onafhankelijkheid van de klachtencommissies. Deze motie beschouw ik als een ondersteuning van het beleid.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Voorzitter. De heer Buijs heeft mij in zijn eerste termijn verzocht binnen een maand schriftelijk te reageren op de voorstellen van de gezamenlijke cliëntenorganisaties. Dan had ik dus ook de vragen vanuit de commissie hierover schriftelijk kunnen beantwoorden. Ik vond het echter belangrijk om hierover al tijdens deze vergadering iets te zeggen en

ben dus nu op enkele hoofdpunten ingegaan. De heer Buijs heeft echter zijn verzoek herhaald. Uiteraard ben ik graag bereid alle ins en outs nog eens op schrift te zetten zodat zorgvuldig kan worden bepaald op welke punten de wet moet worden gewijzigd. Dan zou ik echter wel graag zien dat de moties, die betrekking hebben op de onderdelen die hierbij aan de orde zijn, worden aangehouden tot het moment van afronding van de discussie. Ik ben er met het oog op een zorgvuldige voorbereiding van een eventuele wetswijziging groot voorstander van dat wij samen tot de conclusie komen wat wel en niet moet worden gewijzigd. Dat zal het wetswijzigingsproces aanmerkelijk vergemakkelijken. Ik heb al aangegeven dat wij graag bereid zijn de wet op een aantal onderdelen aan te passen. Daarbij kan aansluiting worden gezocht bij sommige suggesties van de gezamenlijke cliëntenorganisaties; op andere onderdelen zijn er toch wel de nodige haken en ogen. Die zijn in eerste termijn kort besproken, maar daar komen nu wel vergaande uitspraken van de Kamer over. Wij zijn in ieder geval bereid om een en ander nog even op een rijtje te zetten. Ik hoor wel hoe de Kamer hierover denkt.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Als de staatssecretaris toezegt binnen een maand met een notitie te komen, waarin ook aandacht wordt besteed aan de juridische aspecten, en als wij er nog deze kabinetsperiode over kunnen praten, ben ik bereid de desbetreffende moties aan te houden. De cliëntenraden hebben immers behoefte aan zekerheden. De heer Buijs en nog enkele andere woordvoerders hebben tijdens een bijeenkomst van de LOC toegezegd dat wij dit zouden doen. Wij willen dit aanhouden, maar wel onder de voorwaarde dat wij binnen een maand een notitie krijgen en daarover nog deze kabinetsperiode kunnen praten.

De heer **Buijs** (CDA): Als mede-indiener sluit ik mij hierbij aan, maar onder twee condities. De eerste conditie is dat die notitie binnen een maand beschikbaar moet zijn. De tweede conditie heb ik al eerder geuit, ik wil dat de staatssecretaris onderzoekt op welke wijze het instemmingsrecht juridisch vorm kan krijgen. Wij moeten nagaan of de

acht voorstellen die hier naar voren zijn gebracht, de juridische toets kunnen doorstaan.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Wij willen graag schriftelijk reageren op alle voorstellen die zijn gedaan. Voor sommige onderdelen zal gelden dat wij de voorstellen kunnen overnemen, omdat die in het verlengde liggen van onze conclusies uit het evaluatieonderzoek. Op andere onderdelen zie ik juridische haken en ogen. Ik wijs ook op de discussie die aan de andere zijde van de tafel is gevoerd over het instemmingsrecht en het verzwaard adviesrecht. Ik ben graag bereid dit in kaart te brengen. Ik zie in het voorstel van mevrouw Spoelman voor het instemmingsrecht de nodige problemen, terwijl dit niet het geval hoeft te zijn als wij het onder het verzwaarde adviesrecht brengen.

Wij zullen dit alles goed op een rijtje zetten zodat de Kamer op basis van die notitie uiteindelijk tot een oordeel kan komen of zij al of niet wil vasthouden aan de lijn die mevrouw Spoelman heeft uitgezet. De Kamer kan natuurlijk ook tot de conclusie komen dat ons voorstel een goed werkbaar tussenvorm is die de problemen zou kunnen verminderen. De Kamer kan zich dit oordeel vormen nadat de verschillende aspecten nog eens goed op een rij zijn gezet.

Ik zal mij ervoor inspannen dat de Kamer dit overzicht binnen een maand ontvangt. Een aantal punten hebben wij al in het kader van de voorbereiding van deze discussie nader gezien.

Mevrouw **Spoelman** (PvdA): Ik houd mijn moties over de cliëntenraden aan. Als de staatssecretaris haar toezegging niet kan nakomen en zij het stuk niet binnen een maand aan de Kamer voorlegt, zal ik deze moties alsnog in stemming brengen.

De **voorzitter**: Op verzoek van mevrouw Spoelman stel ik voor, haar moties (27807, nrs. 5 en 6) van de agenda af te voeren.

Daartoe wordt besloten.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Ik ben mevrouw Spoelman erkentelijk voor haar toezegging. Mevrouw Van Vliet vraagt in haar motie (27807, nr. 9) om een kwaliteitsmeting vanuit cliënten-

perspectief in verpleeg- en verzorgingshuizen.

Aan het verzoek van mevrouw Van Vliet om een regelmatige kwaliteits-toetsing wordt in feite voldaan, doordat de benchmark voor verpleging en verzorging wordt uitgevoerd vanuit het perspectief van de cliënt. Van deze benchmark maakt een kwaliteitsbeoordeling van de instellingen door de cliënten integraal onderdeel uit. Dit thema is dus door de invoering van een tweejaarlijkse benchmark een onderwerp van toetsing. Wel relevant is dat de stichting Perspectief de meer beleidsmatige ondersteuning op het terrein van het gehandicaptenbeleid subsidieert. Die subsidie wordt gebruikt voor de doorlichting van de individuele behandelingsplannen. Hierdoor kan worden vastgesteld of die in voldoende mate vanuit het perspectief van de cliënt worden vormgegeven. Wij proberen hierdoor het cliëntenbeleid in de instellingen een extra zetje te geven. Een periodiek grootschalig onderzoek naar de kwaliteitsmeting, de ondersteuning en de begeleiding is dus een integraal onderdeel van het benchmarkonderzoek.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik zal met deze of gene in overleg treden, omdat hierover toch enig verschil van inzicht bestaat. Daarna zal ik besluiten wat ik met deze motie doe.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Deze benchmark voor verpleging en verzorging wordt half april gepresenteerd. Wellicht kunt u op basis van dit onderzoek vaststellen of op deze wijze het cliëntenperspectief adequaat betrokken is bij de benchmark. Het is natuurlijk zeker mogelijk dat er verbeteringen aangebracht kunnen worden. Wij vinden dan ook dat in deze benchmark de relatie tussen kwaliteit en doelmatigheid van het functioneren van instellingen vanuit dat perspectief moet worden belicht. Dat instrument is daar mede voor bedoeld.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Voorzitter. Ik houd mijn motie aan en bekijk half april of de benchmark de gegevens oplevert die wij zoeken.

De **voorzitter**: Op verzoek van mevrouw Van Vliet stel ik voor, haar

motie (27807, nr. 9) van de agenda af te voeren.

Daartoe wordt besloten.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Voorzitter. Ik meen dat ik de Kamer al heb toegezegd dat wij de nota van de NPCF naast de voornemens van het kabinet zullen leggen. Het lijkt mij dan ook evident dat wij rekening zullen houden met het verzoek in de desbetreffende motie om rekening te houden met die nota. Ik weet nooit of je een motie een ondersteuning van je beleid moet noemen als je het een overbodige motie noemt. Als je dat niet doet, klinkt het wat hard. Wij zijn echter heel graag bereid om naar die nota te kijken.

De **voorzitter**: Ik bedank alle deelnemers aan dit notaoverleg voor hun bereidheid om even over het geagendeerde tijdstip van 17.00 uur heen te gaan. Verder wil ik mijn waardering uitspreken voor al diegenen op de publieke tribune die het debat de hele dag hebben gevolgd. Het ziet er naar uit dat over de moties op dinsdag 26 maart zal worden gestemd.

Sluiting 17.25 uur.