

Vergaderjaar 2004–2005

27 807

Patiënten/consumentenbeleid

Nr. 25

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 3 december 2004

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 14 oktober 2004 overleg gevoerd met minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en staatssecretaris Ross-van Dorp van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het **patiënten- en consumentenbeleid**. Hierbij zijn aan de orde:

- de brief van de staatssecretaris van VWS d.d. 4 februari 2003 inzake de IGZ rapportage particuliere verzorgingshuizen (VWS-03-118);
- de brief van de staatssecretaris van VWS d.d. 14 februari 2003 inzake instelling Medisch Ombudsman (27 807, nr. 19);
- de brief van de minister van VWS d.d. 21 maart 2003 inzake subsidie kleine patiëntenorganisaties (VWS-03-380);
- de brief van de minister en de staatssecretaris van VWS d.d. 17 april 2003 inzake voortgang uitvoering nota «Met zorg kiezen» (27 807, nr. 20);
- de brief van de staatssecretaris van VWS d.d. 6 augustus 2003 inzake Implementatieplan Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) (VWS-03-966);
- de brief van de minister en de staatssecretaris van VWS d.d. 1 april 2004 inzake het standpunt op het RVZ-advies «Van Patiënt tot Klant» (27 807, nr. 21);
- de brief van de minister en de staatssecretaris van VWS d.d. 8 juni 2004 inzake beleidsbrief nota «Met zorg kiezen» (27 807, nr. 22);
- de brief van de staatssecretaris van VWS d.d. 9 augustus 2004 inzake het rapport «De invloed van cliëntenraden» (VWS-04-1011);
- de brief van de minister van VWS d.d. 13 augustus 2004 inzake financiering cliëntenraden (27 807, nr. 23);
- de brief van de minister van VWS d.d. 25 augustus 2004 inzake het kabinetsstandpunt op het RVZ-advies «Gepaste Zorg» (27 807, nr. 24);
- de brief van de minister van VWS d.d. 10 september 2004 inzake Voortgang Sneller Beter/Landelijk Actieprogramma Kwaliteit, innovatie en doelmatigheid Ziekenhuizen (28 439, nr. 6);
- de brief van de staatssecretaris van VWS d.d. 17 september 2004 inzake onderzoek klachtbehandeling (VWS-04-1226).

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Koşer-Kaya (D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Halsema (GroenLinks), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), ondervoorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GroenLinks), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA).

Plv. leden: Rouvoet (ChristenUnie), Verdaas (PvdA), Griffith (VVD), Bakker (D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Van Nieuwenhoven (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GroenLinks), Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD), Eski (CDA).

Het moet mevrouw **Van Heteren** (PvdA) van het hart dat er in de Kamer vaak raar wordt gesproken over patiënten en de zorg. Ziekte is een soms korte, soms chronische onderbreking van een wat luchtiger loop van het leven. Ziekte hoort bij het leven, bij de kwaliteit van het leven, bij het denken over de kwaliteit van leven en bestaan en zet dit denken vaak op scherp. Het gesprek dat primair zou moeten gaan over bestaanszin en kwaliteit en hoe daarvoor ruimte te scheppen, wordt – zeker de laatste tijd – in de Kamer versmald tot een gesprek over kosten en consumeren, met tirades over exploderende zorguitgaven en over mensen die als sprinkhanen de zorgvoorzieningen zouden bespringen en die moeten worden geprikkeld tot financieel bewustzijn.

Het is wrang dat het zover is gekomen dat zij die de taal niet spreken van productieprikkels en procenten, nauwelijks worden verstaan. Die taal is niet de taal van de duizenden brieven die jaarlijks aan de Kamer worden gezonden door mensen die ziek zijn of door mensen die hun zieke verwanten verzorgen. Het is ook niet de taal van publicaties over de ervaringen van patiënten met de behandeling, de bejegening en de professionele hulpverlening in de zorg. Er gaapt dus een groot gat tussen de ervaringen van mensen en de taal van het beleid. De vraag is of hier nog verandering in kan worden gebracht, zeker nu er grote veranderingen in het zorgsysteem op stapel staan.

Mevrouw Van Heteren wijst erop dat er van alles wordt ondernomen in de zorg, maar dat het echte ondernemen voor patiënten achterblijft. Lange tijd was de gevleugelde vraag: wordt de klant er beter van en was het streven gericht op toegankelijke, kwalitatief goede en betaalbare zorg voor patiënten. Waar zijn de aanwijzingen dat alle inspanningen in de zorg die daarop zijn gericht, leiden tot verbeteringen voor patiënten en meer mogelijkheden voor patiënten om grip te krijgen op de eigen situatie? Zij zit met die rol van patiënten in het krachtenveld in de zorg in haar maag. Aan weinig onderwerpen is de afgelopen jaren zoveel lippendienst bewezen als aan de versterking van de positie van patiënten en consumenten in de zorg. Het feit dat er deze week voor het eerst sinds 2002 expliciet over het patiëntenbeleid wordt gedebatteerd, is een veeg teken. De laatste systematische inzet voor patiënten gaat terug tot 2001 toen met veel tromgeroffel de nota Met zorg kiezen werd gepubliceerd waarin werd toegezegd dat er werk zou worden gemaakt van het motto: de patiënt centraal. Vraagsturing was het toverwoord, de zorg moest op de schop om aan de noden en behoeften van patiënten nu eens eindelijk tegemoet te kunnen komen. In de beleidsnotities uit die dagen werden vijf dimensies onderscheiden en met moties door de Kamer ondersteund. Die vijfdeling wordt nog steeds gehanteerd en bestaat uit: rechtspositie, informatie, advies en begeleiding, inkoopmacht en onderhandelingsmacht.

Mevrouw Van Heteren wil aan de hand van deze vijfdeling nagaan wat er van de voorstellen die in dat kader zijn gedaan, terecht is gekomen. Tijdens dit overleg zou maar een vraag centraal moeten staan, namelijk of de patiënt er iets mee is opgeschoten. Staat de patiënt stevig in het spel der krachten in de zorg? Heeft de patiënt de informatie die hij of zij nodig heeft en verdient? Is de advisering en de begeleiding van de patiënt verbeterd? Is de inkoopmacht versterkt? Is de onderhandelingsmacht van de patiënt toegenomen? Of, in beleidstaal, wordt met alle inspanningen toegevoegd aan de kwaliteit van leven van mensen?

Het hoofdaccent van beleid ligt niet langer op vraagsturing. Sleutelwoorden zijn nu: decollectiveren, privatiseren en eigen verantwoordelijkheid. De «patiënt van Hoogervorst» moet van alles, moet vooral kritisch kunnen consumeren, maar de structurele ondersteuning bij het maken van keuzes is niet sterk genoeg, ook gezien het krachtenveld dat zich in de nabije toekomst zal ontwikkelen.

De evaluaties van alle patiëntenkwaliteitswetten die midden jaren

negentig zijn opgetuigd, laten zien dat die in de praktijk nog niet goed werken. Er zijn implementatietrajecten uitgezet, er is via amendering aangedrongen op meer mogelijkheden voor de melding van structurele fouten in het veld, maar de reacties van aanbieders zijn vaak wat spastisch. Van een echte kanteling in de richting vraagsturing is geen sprake. Cliëntenraden functioneren nog maar ten dele, hun financiering is alle moties ten spijt heikel en de recente evaluaties van die raden en van het functioneren van klachtencommissies geven te denken. Kortom, de rechtspositie van patiënten lijkt op papier heel wat, maar is in de praktijk te zwak. Wat zal de minister hier aan doen?

Sinds het einde van de jaren negentig is er eindeloos gebakkeleid over de juiste vorm van de patiënteninformatievoorziening. Er is kennis te over, maar op de een of andere manier lukt het niet om aan de patiëntgerichte informatiecultuur een voldoende solide vorm te geven. De enquête in het Algemeen Dagblad forceert een doorbraak naar patiëntvriendelijke informatie. Er lijkt nu wel iets meer inzet van de organisaties en de overheid te zijn om door te pakken, maar opnieuw nemen vooral de aanbieders het voortouw en dreigen meer klantgeoriënteerde initiatieven als Kiezen met zorg achter te blijven. Kunnen de activiteiten die in samenwerking met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Consumentenbond worden ontwikkeld, worden toegelicht? Wordt de patiënt er beter van? Kan er een scherp implementatietraject worden opgezet voor bijvoorbeeld het elektronisch patiëntendossier en de medicijnendossiers? Naar de aard van de ondersteuning en begeleiding van patiënten in kennis-, lobby- en cliëntenraden is vooral veel onderzoek gedaan. Reorganisaties en veranderingen in subsidiestromen hebben ook niet meegewerkt aan een dynamische begeleidingsstructuur. Mevrouw Van Heteren vraagt naar het toekomstbeeld dat de regering heeft van de kennisinfrastructuur, de cliëntenraden en de begeleiding.

Het PGB leek het enige harde instrument voor versterking van de patiëntenmacht in de vraagsturingsdiscussie, maar uitbreiding naar de cure wordt steeds afgehouden en de nieuwe plannen voor de WMO stemmen ook niet echt gerust. Wat is de toekomst?

Er zijn nogal wat discussies over de rol van de Consumentenbond, de NPCF en andere patiëntenlobby's. Welke rol krijgen deze bewegingen in de nieuwe stelselverhoudingen? Is de regering van mening dat het faciliteren van die rol – zeker in de overgangstijd – een overheidstaak is?

Er wordt veel drukte gemaakt over de verbetering van de positie van patiënten, maar of dit alles de toets van een echt patiëntenkeurmerk zal kunnen doorstaan, zal moeten blijken. Een inventarisatie van de relatie die in de begroting wordt gelegd tussen de beleidsdoelen en de instrumentering van het patiëntenbeleid stemt niet tot optimisme. Daaronder ligt de grote onzekerheid over de vraag hoe de patiënten uit de verdeling van krachten in het nieuwe zorgstelsel te voorschijn zullen komen. Als daar de geringe aandacht voor patiëntveiligheid aan wordt toegevoegd, is duidelijk dat er nog veel werk aan de winkel is. Mevrouw Van Heteren is er niet zo zeker van dat de patiënt in het huidige beleid de krachtige positie krijgt die Patiënt aan zet veronderstelt.

Mevrouw **Van Oerle-van der Horst** (CDA) zegt dat het belang van de derde partij, de patiënt, niet genoeg kan worden benadrukt. Zij vindt het dan ook onbegrijpelijk dat de regering onlangs een convenant heeft afgesloten met de zorgaanbieders om in de komende drie jaar tot een intensivering van de productie te komen zonder dat daarbij de consumenten of patiënten als partij zijn betrokken.

Zij herinnert eraan dat haar collega Buijs twee jaar geleden zijn teleurstelling heeft uitgesproken over het feit dat de nota Met zorg kiezen zich beperkt tot de patiënten- en cliëntenraden in de zorg. Hij heeft aangedrongen op een integrale benadering. Inmiddels kunnen er wel veranderingen worden waargenomen die zijn gericht op een betere patiënt-

gerichtheid, een grotere flexibiliteit in het productaanbod en meer innovatie, maar de derde partij is toch nog weinig gelijkwaardig aan de machtige zorgaanbieders en verzekeraars.

Wat is er nodig om tot een krachtige derde partij te komen? Goed toegankelijke vergelijkende informatie over zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Met de NPCF, het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) en de Consumentenbond is nu een convenant afgesloten. Waarom is er gekozen voor de Consumentenbond en bijvoorbeeld niet voor Landelijke organisatie cliëntenraden (LOC)?

In het nieuwe zorgstelsel moeten de zorgvragers zich goed kunnen laten informeren. Enkele jaren geleden is op initiatief van de overheid de website Kiesmetzorg.nl ontwikkeld. Blijft de overheid dit initiatief steunen zolang er geen andere volledige informatie beschikbaar is? Mevrouw Van Oerle is overigens van mening dat de consumenteninformatie ook via andere media beschikbaar moet worden gesteld.

Aan het einde van 2005 zal er een portalorganisatie operationeel zijn.

Waarom kan dit niet eerder? Er moet een infrastructuur komen voor de ondersteuning en begeleiding van cliënten op verschillende niveaus met als voornaamste opdracht dat de patiënt centraal moet staan. De landelijke cliënten- en patiëntenorganisaties moeten een sterke derde partij zijn voordat de nieuwe zorgverzekeringswet in werking treedt en er moet een structurele financiering komen in de vorm van premiefinanciering.

Kunnen de bewindslieden dit toezeggen? De wettelijke rechten op informatie en medebeslissingsmacht op het niveau van overheid, zorgaanbieders en zorggebruikers zijn goede instrumenten. Bovendien moeten de organisaties van cliënten meer mogelijkheden krijgen voor het organiseren en laten uitvoeren van eigen evaluaties en onderzoeken bijvoorbeeld door het verschuiven van budgetten van instellingen die nu uitsluitend voor de overheid of het veld werken. Willen de bewindslieden toezeggen dat dit in de begroting wordt meegenomen?

Een volgende vraag is hoe de cliënt op provinciaal niveau centraal kan blijven staan. Het ministerie van VWS voert een stimulerend beleid voor de versterking van de positie van de cliënt en de patiënt in de regio.

Dankzij dit beleid hebben patiëntenorganisaties de afgelopen jaren succesvolle projecten uitgevoerd. De RPCP's (Regionaal Patiënten Consumenten Platform) zijn belangrijke partners op regionaal en provinciaal niveau. Vooral na de komst van de WMO zal de regionale ondersteuning een goede bijdrage kunnen leveren. De toekomst zal zichtbaar moeten maken welke functies er voor de regio worden behouden. Hoe zal de minister dit vormgeven?

Hoe kan de cliënt centraal blijven staan op het gemeentelijk niveau? Hoe wordt de rol van de patiënt/consument gewaarborgd bij de invoering van de WMO? Mevrouw Van Oerle is van mening dat er een wettelijk recht moet komen opdat georganiseerde groepen in een vroeg stadium worden betrokken bij de ontwikkeling van het beleid. Zij kunnen hun expertise gebruiken om mede vorm te geven aan het beleid van de gemeente. Zo kunnen de burgers in een gemeente zelf meesturen bij de ontwikkeling van voorzieningen. Informatie- en medebeslissingsmacht zijn goede instrumenten om die beleidsdoelen te realiseren. Hoe denkt de minister hierover?

Voor de ondersteuning op individueel niveau kan worden gedacht aan constructies als een «zorgotheker» die mensen hulp biedt bij het zoeken naar adequate en goede hulp. Verder is de constructie van één loket een goed middel om cliënten die zelf kunnen winkelen, te ondersteunen. De invloed van patiënten en cliënten op het terrein van wonen, zorg, welzijn, vervoer en arbeid moet integraal aan de orde moeten komen. Een samenhangend beleid met andere levensterreinen is van wezenlijk belang voor de kwaliteit van het leven. Wil de minister toezeggen dat hij voor het einde van het jaar hiervoor voorstellen aan de Kamer zal voorleggen?

Een van de beleidsuitgangspunten van de zorginstellingen moet zijn dat zij beter aansluiten op de behoeften van de cliënten. De LOC kan in dit kader een goede gesprekspartner zijn, maar zijn positie moet wel erkend worden en er moet worden gezorgd voor een onafhankelijke financiering. De koepels van aanbieders en verpleging en verzorging hebben een budget van € 70 per patiënt/cliënt en de cliëntenorganisatie krijgt €10,50. Zij dringt erop aan dat deze bedragen evenredig worden verdeeld. Dan hebben de cliëntenraden voldoende geld om hun taken goed uit te voeren en kunnen zij een gebruikerspartij zijn tussen de financiers en de aanbieders in. Medezeggenschap maakt een wezenlijk onderdeel uit van kwaliteitsbeleid. Wil de minister dit toezeggen?

Instellingen in de zorg zouden net als het bedrijfsleven ook een cliënten-commissaris moeten kunnen krijgen met wettelijke bevoegdheden. Hoe denkt de minister hierover?

Met het oog op de komende stelselwijziging in de zorg is het van belang te bezien hoe de patiënt/cliënt antwoord kan krijgen op zijn vragen en behoeften. Er zijn nu veel signalen dat zij de veranderingen in de zorg niet kunnen bijbenen. Daarom is informatie zo belangrijk.

De rechtspositie van patiënten is in verschillende wettelijke regelingen vastgelegd, maar recente onderzoeken wijzen uit dat het met de rechten van patiënten niet zo rooskleurig is gesteld. Onderzoek naar de klachtbehandeling heeft uitgewezen dat klagers zeer ontevreden zijn, ook al worden zij in de helft van de gevallen in het gelijk gesteld. Het rapport van de Inspectie gezondheidszorg meldt dat 75% van de verpleeghuizen de minimale zorg niet kan garanderen. Wat heeft het voor zin dat dit bij wet is geregeld als de praktijk anders is? Er zal toch geen cliëntenraad zijn die het over zijn kant laat gaan dat een directeur overgaat tot «pyjama-dagen»? De Stichting Landelijke Koepel Familieraden (SLKF) heeft gevraagd om een wettelijke erkenning van familieraden. Wil de minister dit toezeggen?

Het PGB is een goed hulpmiddel voor versterking van de inkoopmacht. Zijn er nog andere instrumenten die de keuzevrijheid van de cliënten vergroten?

Het is positief dat de minister de patiëntenorganisaties nieuwe taken toekent, maar het is wel de vraag hoe die taken worden uitgevoerd en welke inbreng de consumenten-/patiëntenorganisaties daarin krijgen. Het is van belang dat patiëntenorganisaties een gelijkwaardige positie kunnen innemen in het krachtenveld van partijen die deel uitmaken van de gezondheidszorg. De terugtrekkende overheid gaat uit van een mondige, assertieve burger, maar op individuele basis is deze burger geen partij voor verzekeraars en aanbieders. De overheid zal patiënten-/consumentenorganisaties meer instrumenten in handen moeten geven en een adequate financiering tot stand moeten brengen om ervoor te zorgen dat deze organisaties een waardige onderhandelingspartner kunnen zijn voor verzekeraars en aanbieders van zorg.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD) wijst erop dat er in de Kamer al enkele jaren wordt uitgegaan van het adagium van vraagsturing. Er is en wordt hard gewerkt aan systemen die uitgaan van dit principe. De vraag is alleen of alle actoren die actief zijn in dit systeem – consumenten, aanbieders, verzekeraars, maar ook de ambtenaren – dit nog wel volgen en in de gaten hebben wat er gebeurt, voor wie en waarom. De doelstelling is te komen tot kwalitatief goede en toegankelijke zorg tegen een betaalbare prijs.

Een terugblik op de afgelopen periode leert dat vooral in de care de verwarring groot is. Het vraaggestuurde systeem van de AWBZ is ingewikkeld. Bovendien is de vraag groter dan het aanbod. Doorgaans betreft het dan kwetsbare mensen die langdurige zorg nodig hebben en hulp kunnen gebruiken bij het vinden van de beste vorm van zorg. Hoe moet iemand van in de tachtig met een indicatie voor activerende begeleiding in

hemelsnaam de weg vinden? Wat is eigenlijk activerende begeleiding uit het oogpunt van de cliënt? Het gaat hoogstwaarschijnlijk om iemand die hulp nodig heeft om nog wat activiteiten te kunnen ontplooiën. Hij kan en zal natuurlijk ook een beroep doen op zijn omgeving, maar er moet toch op zijn minst duidelijk materiaal voorhanden zijn waarin staat wat de indicatie betekent, welke aanbieders er in de omgeving van de cliënt zijn en welke overeenkomsten en verschillen er tussen die aanbieders zijn. Het moet een geïndiceerde die een wettelijk recht op zorg heeft, toch gemakkelijk worden gemaakt om die zorg te kunnen kiezen.

De vraag is wie de gids in AWBZ-land moet zijn. Mevrouw Van Miltenburg is van mening dat het zorgkantoor die gids moet zijn. Het moet aan de ene kant AWBZ-zorg doelmatig inkopen en moet aan de andere kant rekening houden met de wensen en verlangens van de klant. Het zorgkantoor moet ook zorgen voor een zo gevarieerd mogelijk aanbod; bij vraagsturing hoort immers keuzevrijheid. Het zorgkantoor zou dus het creëren van keuzemogelijkheden moeten bevorderen. Het zou tevens moeten onderzoeken of de klant en de potentiële klant wel tevreden zijn over het aanbod in hun zorggebied. Per slot van rekening is de klant veroordeeld tot het zorgkantoor. Dit legt de grote verantwoordelijkheid bij het zorgkantoor om aan de mensen in het zorggebied te laten weten dat het er voor hen is.

Zij heeft echter de indruk dat het voor de zorgkantoren niet helemaal duidelijk is wat er van hen wordt verwacht. Tot nu toe hebben zij vooral administratieve taken verricht, want het zorgkantoor moest bijvoorbeeld de wachtlijst- en zorgregistratie ter hand nemen. Als gevolg van het beheer van de wachtlijsten is er meestal wel een bureau zorgtoewijzing ingericht. Wordt het adagium van vraagsturing wel serieus genomen? Deelt de staatssecretaris de mening dat het met de consumenten-voorlichting in de AWBZ droevig gesteld is? Wat zal zij daaraan doen en op welke termijn?

Een cliënt die zijn weg heeft gevonden in de AWBZ en in een instelling woont, kan actief worden in de cliëntenraad. Een belangrijke doelstelling van die raden is dat zij vanuit het perspectief van de cliënt de kwaliteit kunnen meten. De raden moeten daartoe wel worden getraind en worden gesteund. De LOC werkt hier hard aan. Dat goede cliëntenraden belangrijk zijn, blijkt wel uit het feit dat instellingen die goed scoren, altijd ook over een goed functionerende en gefaciliteerde cliëntenraad beschikken. De Kamer heeft al vaker gevraagd om verhoging van het budget dat de cliëntenraden krijgen voor hun ondersteuning, want het bedrag dat zij nu krijgen, staat in schril contrast tot het bedrag dat de koepelorganisatie per bed krijgt. LOC en Arcaris hebben langdurig overleg gevoerd over de mogelijkheid van een gezamenlijke kwaliteitsmeting. Arcaris zegt nu dat het zelf de kwaliteitsbeoordeling zal uitvoeren met benchmarking. Vindt de staatssecretaris het passend dat een zorgaanbieder zelf de kwaliteit van de zorg meet of is zij van mening dat de cliëntenorganisatie of cliëntenraad dat beter kunnen doen? Wat doet de staatssecretaris om de cliëntenorganisaties in staat te stellen zelf een kwaliteitsonderzoek uit te voeren? Ook de overheid heeft fouten gemaakt. Uit een recent rapport blijkt dat het eenvoudig is om aanspraak te maken op AWBZ-zorg. Toch spreekt het kabinet vaak verwijtend over de calculerende burger en het heeft nu met de aanbieders in de zorg in een convenant afspraken gemaakt over kostenbeheersing. Verzekeraars, maar vooral ook patiënten hebben het nakijken. Mevrouw Van Miltenburg vindt het onbegrijpelijk dat zij, juist nu er moeilijke keuzes moeten worden gemaakt en de schaarste moet worden verdeeld, niet meer mogen meebeslissen. Van een calculerende burger mag worden verwacht dat hij precies kan uitrekenen wat goed voor hem is. Dat hij dan misschien een keuze maakt die minder aangenaam is voor de aanbieder, hoort nu eenmaal bij vraaggestuurde zorg. De partijen moeten daar in gezamenlijk overleg uit komen. Heeft de regering

met dit convenant afscheid genomen van de vraagsturing? Hoe kan worden bereikt dat de drie partijen weer met elkaar om de tafel gaan zitten?

Op een aankoop van bijvoorbeeld een horloge ter waarde van enkele tientjes krijgt de koper garantie, maar hij moet maar afwachten of hij voor de hoge bedragen die hij betaalt voor zijn ziektekostenverzekering, van de zorgverzekeraar wel krijgt wat die belooft. De RVZ spreekt over een «niet goed, geld terug»-regeling. De regering wil niet zover gaan en vertrouwt erop dat de verstandige verzekeraar consequenties zal verbinden aan klachten over de verleende zorg. Is de regering bereid de verzekeraar te verplichten om jaarlijks aan zijn verzekerden te rapporteren over het aantal klachten, de aard van de klachten en de manier waarop die zijn opgelost? Openbaarheid is een belangrijk wapen voor de zorgconsument. Dit geldt voor de kwaliteitsgegevens van zorginstellingen, maar ook voor de transparantie van de zorgverzekeraar.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks) vindt het erg nuttig dat er nu een apart overleg wordt gewijd aan de cliënt/patiënt. Ook al wordt er steeds gezegd dat de vraag centraal staat, de patiënt of cliënt staat vaak buiten beeld. De ironie wil dat hoe meer er wordt gesproken over mondige patiënten, hoe meer die patiënten verloren raken in ingewikkelde bureaucratische procedures, marktwerkingoperaties en indicatiestellingen. Het wordt al maar ingewikkelder en de niet-mondige patiënt raakt steeds verder buiten beeld. Uit het onderzoek naar de cliëntenraden blijkt dat het goed gaat bij de lichamelijk gehandicapten. Logisch, want die kunnen vaak goed voor zichzelf opkomen, maar dit geldt niet voor bijvoorbeeld demente ouderen en chronisch psychiatrische patiënten die de rol van mondige patiënt niet kunnen waarmaken. Dit mag ook niet van hen worden verwacht, maar het is dan niet toevallig dat juist de verpleeghuizen de laatste tijd zo in het nieuws komen. Maken de bewindslieden zich hier ook zorgen over en wat doen zij hieraan?

Desgevraagd zegt mevrouw Tonkens dat de Tweede Kamer moet aandringen op verbetering indien uit onderzoek blijkt dat mensen niet de zorg krijgen die zij nodig hebben. In voorkomende gevallen kan het nodig zijn om daar meer geld voor uit te trekken. Die mensen hebben niet zoveel aan meer transparantie en kwaliteitstoetsing; zij hebben anderen nodig die voor hen opkomen. In dit opzicht moet er ook meer aandacht worden besteed aan de zorgverleners die nu wel eens worden beschouwd als inefficiënte arbeidskrachten die vooral veel kosten, terwijl zij juist degenen zijn die kunnen aangeven waar het niet goed gaat. Zij doen hun best en worden door de bewoners gewaardeerd, maar zij moeten voortdurend onmogelijke keuzes maken tussen een goede maaltijd, iemand op tijd naar het toilet brengen of persoonlijke aandacht. Er is gewoon een tekort in de zorg. Natuurlijk zijn er ook huizen waar het beter gaat, maar de zorg is in vele opzichten zo verwaarloosd dat er meer nodig is dan transparantie en kwaliteitstoetsing.

De positie van de cliënt wordt ook bemoeilijkt door de taal van het beleid die steeds onbegrijpelijker wordt. Dit wordt voor een deel veroorzaakt door de marktwerking die bureaucratie met zich meebrengt en controles op afstand die de zaken schijnbaar overzichtelijk maken, maar die in feite alleen maar ingewikkelder maken. Er wordt niet langer gesproken over zorg aan mensen, maar in termen van functies. De cliënt die in aanmerking komt voor AWBZ-functies, wordt niet zonder meer geholpen; de zorg wordt opgeknipt in zeven onderdelen met verschillende functieklassen. Mevrouw Tonkens zegt dat zij een bestuurder heeft horen zeggen dat patiënten de indicatiestelling niet hoeven begrijpen. Deelt de staatssecretaris die mening? Een vereniging van ouders van verstandelijk gehandicapten geeft voor haar leden een training in AWBZ-indicatiestelling zodat zij kunnen meepraten. Het is toch droevig dat de kwaliteitsverbetering die wordt nagestreefd ertoe leidt dat vrijwel niemand meer over patiënten en

zorg spreekt, maar dat er allerlei onbegrijpelijke begrippen en termen worden gebruikt. Het gevolg is dat er talloze websites met informatie komen, maar het is de vraag wie die nog kan volgen.

Zij stelt voor dat er een ombudsman voor onbegrijpelijke taal in de zorg wordt ingesteld. Die ombudsmanfunctie kan worden ondergebracht bij een bestaande ombudsman, maar er moet een loket zijn waar mensen kunnen melden dat zij het jargon dat over hen wordt heengestort, echt niet meer begrijpen. Hoe denken de bewindslieden hierover?

Zij heeft verder nog een speels voorstel. Ook in de Kamer moet het taalgebruik weer duidelijk worden. Daarom heeft zij een bingospel Onbegrijpelijke taal gemaakt, een Loze-beleidsbegrippen-bingo. Mevrouw Tonkens deelt kaarten uit waarop de leden en bewindslieden in een overleg als dit onbegrijpelijke woorden kunnen aankruisen. Als een van hen vijf van dergelijke woorden horizontaal, verticaal of diagonaal op een rij heeft aangekruist, kan hij of zij bingo roepen. Dit geldt voor woorden als prestatiegerichte bekostiging, overbruggingsaanbod, sectoroverschrijdende productie en reikwijdteverbreiding. Zij zegt toe dat zij de volgende keer een spel zal maken voor de woorden die wel zouden moeten worden gebruikt. Daar zal dan een beloning op worden gesteld. Uit het onderzoek naar de cliëntenraden komt onder meer naar voren dat directies beter aan hun wettelijke verplichting moeten voldoen. Hoe kan dit worden bereikt?

Verder blijkt dat het overeind houden van een cliëntenraad op zich al veel werk is. Er moeten mensen worden gevonden die penningmeester, secretaris of voorzitter willen zijn. Dit vraagt al veel overleg voordat er wordt gesproken over de zaken waar het eigenlijk om gaat. Willen de bewindslieden nadenken over de mogelijkheden van andere vormen van cliëntenmedezeggenschap, aanvullend op de cliëntenraden, die niet om zo'n organisatie vragen? Dit zou bijvoorbeeld kunnen in de vorm van cliënten- of patiëntenpanels. De mensen worden dan wel geraadpleegd, maar zijn niet verplicht een vaste taak op zich te nemen en zich te verdiepen in het hele reilen en zeilen van de instelling. Zijn de bewindslieden bereid dergelijke experimenten te ontwikkelen en te steunen?

Het budget van de cliëntenraden blijft een probleem. Wellicht biedt het convenant hier een oplossing voor. Wanneer kan die oplossing worden verwacht?

Mevrouw Tonkens vraagt tot slot wat de bewindslieden zullen doen om op korte termijn verbetering te brengen in de klachtenbehandeling.

Het antwoord van de bewindslieden

De **minister** zegt dat terecht is vastgesteld dat het niet vanzelf spreekt dat de positie van de cliënt in de zorg goed is georganiseerd. Overigens geldt dit ook elders in de maatschappij, want er is niet voor niets wetgeving waarin de rechten van de cliënt worden beschermd. Bij de aanschaf van gebruiksgoederen ligt dit echter minder gevoelig dan in de zorg. De markt voor gebruiksgoederen is competitief en goed in staat om kwaliteitsverschillen aan te tonen. De consument kan zelf de prijsverschillen berekenen en op grond van al die informatie zijn keuze maken. De markt van vraag en aanbod is dus redelijk transparant.

In de zorg is de situatie heel anders. Het aanbod is voor de cliënt niet transparant. Hij kan heel moeilijk beoordelen of een ziekenhuis goed is, of een specialist de goede zorg verleent, of het ene verpleeghuis beter is dan het andere, enz. Bovendien is de cliënt meestal niet in de gelegenheid om eerst rustig te onderzoeken welk ziekenhuis of welke specialist voor hem de beste zijn of te wachten op een plaatsje in een verpleeghuis dat hem beter lijkt. Meestal is er sprake van urgentie en dan verkeert de cliënt in een afhankelijke positie. Daardoor is zijn positie lastiger dan die van een consument op de markt van gebruiksgoederen.

Aan de andere kant heeft een zorgcliënt een wat vrijblijvende positie,

omdat hij meestal maar een fractie betaalt van de kosten van de zorg-consumptie. De prijs-/kwaliteitsverhouding is dus anders, er zijn andere prikkels en de transparantie is ook anders.

Dit kabinet neemt de cliënt buitengewoon serieus. Vroeger was de zorg-verzekeraar de regiehouder, maar in het nieuwe zorgstelsel heeft de patiënt de regie. Hij moet de keuzes maken en er wordt van alles gedaan om die keuzemogelijkheden te verbeteren. De cliënt krijgt ook meer financieel belang om zodoende de vrijblijvendheid te verminderen. De eigen bijdragen zijn verhoogd, er wordt gewerkt aan een no-claim systeem en ook in de zorgverzekering krijgt de cliënt een groter financieel belang. De minister benadrukt dat dit niet is bedoeld om de cliënt dwars te zitten, maar juist om zijn regierol sterker en minder vrijblijvend te maken. Hij zegt desgevraagd dat dit niet geldt voor een chronisch zieke die sowieso zijn eigen risico zal volmaken. De maatregelen die moeten worden genomen zijn zowel zoet als ook een beetje zuur en moeten er uiteindelijk toe leiden dat de cliënt zich wat minder vrijblijvend opstelt.

Een verzekeraar zal in de regio met verschillende ziekenhuizen een contract aangaan. In het nieuwe systeem is restitutie mogelijk; een cliënt die niet tevreden is over het aanbod, kan altijd een andere keuze maken al kan dit betekenen dat hij moet bijbetalen. Tot slot kan een cliënt met zijn voeten stemmen. Hij kan eenmaal per jaar van verzekeraar veranderen. De verzekeraars weten dit. In de huidige situatie zitten nog veel mensen vast aan hun verzekeraar, maar in de toekomst is er een acceptatieplicht waardoor mensen vrij zijn in de keuze van hun verzekeraar.

Het is belangrijk dat de cliënt wordt ondersteund. Niet alleen de huidige patiënten, maar alle inwoners van Nederland hebben belang bij een goede zorg, want zij kunnen op enig moment die zorg ook nodig hebben. Daarom wordt er niet alleen gesproken met patiëntenverenigingen, maar ook met de Consumentenbond die een bredere visie en een breder belang vertegenwoordigt.

Het belang van de cliënten kan worden gediend door het transparant maken van de markt. Het bevorderen van keuzemogelijkheden is minstens zo belangrijk als de mogelijkheden van bijvoorbeeld een PGB. Er is inmiddels veel in beweging gezet. Het AD heeft een vergelijkend overzicht gegeven van de resultaten van het werk van de inspectie. De inspectie baseert zich op de zelfrapportage van de ziekenhuizen. Die rapportages worden vrijwillig verstrekt, maar de ziekenhuizen weten natuurlijk ook dat de inspectie de gegevens in de praktijk kan en zal controleren. Overigens is het de vraag wat de waarde is van zo'n top 100, want het is niet duidelijk hoe de verschillende factoren zijn gewogen. Als zich in een ziekenhuis nauwelijks wondinfecties voordoen, zou dit toch zwaarder moeten wegen dan het feit dat de klachtenafwikkeling nog niet helemaal op orde is. De lijst zal niettemin een geweldige impact hebben in de ziekenhuiszorg, want ieder ziekenhuis wil op een fatsoenlijke plaats staan. Bovendien zal de verzekeraar de informatie gebruiken om de kwaliteit op te schroeven. Het feit dat nu zo'n lijst is gemaakt, betekent dat er toch al veel is veranderd in de afgelopen jaren.

De minister zegt dat hij probeert de informatiestromen zoveel mogelijk te bundelen in één portalorganisatie. Die organisatie gaat eind van dit jaar van start met keuze-informatie over verzekeraars, ziekenhuizen en prijzen van geneesmiddelen. Dit is de eerste stap. In de loop van 2005 wordt de website verder aangevuld met keuze-informatie over verpleging en verzorging, thuiszorg, gehandicaptenzorg, GGZ en huisartsen. De burgers kunnen er ook terecht met vragen over preventie, ziekten, diagnoses en behandeling, etc. Dit alles wordt door het RIVM verzorgd. Naast deze internetinformatie wordt er een telefoonlijn geopend en zullen de bestaande fysieke loketten van gemeenten en bibliotheken worden gebruikt.

Voor de inrichting van de website wordt gebruik gemaakt van bestaande initiatieven en informatie zoals Kiesmetzorg, de Keuzegids verzekeraars en

de Keuzegids ziekenhuizen die door de Consumentenbond worden opgesteld, de IGZ-indicatoren en de resultaten van projecten in de care, verpleging, verzorging en thuiszorg. De toegankelijkheid zal ongetwijfeld nog kunnen worden verbeterd, maar er is nu een eerste stap gezet. De inrichting van de website moet zodanig zijn dat mensen snel kunnen vinden wat zij zoeken. De financiering van Kiesmetzorg.nl wordt door het RIVM gezien in het licht van zijn verantwoordelijkheid voor de portalorganisatie.

De minister stelt vast dat er op het punt van de transparantie veel in beweging is. Hij is ervan overtuigd dat de consument hier een grote dienst mee wordt bewezen. Hij heeft niet de illusie dat iedere cliënt alles tot in de puntjes zal uitzoeken, maar de informatie en de lijstjes die op basis daarvan worden opgemaakt, hebben ongetwijfeld een kwaliteitsopdrijvend effect. Hij herinnert aan de toezegging dat alle informatie over verpleeg- en verzorgingshuizen openbaar zal worden gemaakt.

Hij is het ermee eens dat de rechtspositie van de cliënt op papier goed is geregeld, maar in de praktijk nog wel eens te wensen over laat. Het onderzoek dat uitwijst dat 50% van de mensen die klagen in het gelijk worden gesteld, maar ook dat een veel groter deel ontevreden is over de klachtbehandeling, heeft misschien te maken met de indruk dat dergelijke fouten in de toekomst niet kunnen worden vermeden. De patiëntveiligheid is een onderontwikkeld terrein in de zorg. Dit wordt ook in de zorgsector onderkend. In het initiatief Sneller beter wordt hier aandacht aan besteed. De heer Rein Willems is als ambassadeur aangesteld en hij zal binnenkort een rapport uitbrengen over de veiligheid in de zorgsector. Dit onderwerp is misschien 20 jaar blijven liggen, maar het zal nu systematisch worden aangepakt. Dit is veel belangrijker dan een dorre klachtregeling die in de praktijk misschien heel lastig is voor cliënten.

Op het terrein van de rechtspositie is veel bereikt, maar nog niet genoeg. In de Eerste Kamer is de behandeling van de aanscherping van het klachtrecht op enige bezwaren gestuit. Daarom zal er een novelle aan de Tweede Kamer worden voorgelegd. Er zijn veel contacten met het veld over de invoering van een en ander en er worden in overleg concrete voorstellen geformuleerd.

In antwoord op de vraag waarom er in de cure geen PGB is, zegt de minister dat er in de cure al de vrijheid is om een ziekenhuis of een arts te kiezen. Bovendien zijn er weinig mogelijkheden voor substitutie van zorg. Het elektronisch medicatiedossier zal in 2006 worden ingevoerd als eerste stap op weg naar een elektronisch patiëntendossier. Thans wordt een proef gedaan in het Radboudziekenhuis waarbij patiënten via internet inzage krijgen in hun eigen dossier.

De minister zegt dat de NCPF een belangrijke gesprekspartner is die bij veel van de convenanten die inmiddels zijn afgesloten, is betrokken. De subsidietaakstelling die het ministerie is opgelegd, noopte tot een prioriteitsstelling. Die heeft ertoe geleid dat de Stichting Fonds PGO (Fonds voor patiënten-, gehandicaptenorganisaties en ouderenbonden) dat op landelijk niveau functioneert de subsidie behoudt, maar ook dat de subsidie van regionale organisaties als de RPCP's aan lokale overheden als provincies wordt overgelaten. De koepel van de RPCP's, de LOREP (Landelijke organisatie van RPCP's), kan net als andere landelijke koepels, wel projectsubsidies aanvragen bij de het Fonds PGO. Overigens loopt de regionale ondersteuning nog door tot 2006.

De ontwikkelingen op het terrein van de transparantie komen vooral op vrijwillige basis tot stand. Soms is er sprake van semi-vrijwilligheid, omdat duidelijk is dat er maatregelen zullen volgen als er geen resultaat wordt geboekt. Daarnaast zijn er ook nog wettelijke verplichtingen zoals artikel 22 van de WZV. De minister is verder van plan om in de Wet op de zorgautoriteit een wettelijke achtervang op te nemen. Het is echter niet zijn ambitie om daar volop gebruik van te maken. Een cultuur van zelfrapportage met de nodige controle is veel beter.

De cliëntenraden worden wel degelijk betrokken bij de uitvoering van het

convenant. Ieder gezin in Nederland betaalt € 4000 per jaar aan AWBZ-premie. Hoe zouden zij bezwaar kunnen maken tegen een convenant waarin de instellingen zich verplichten om voor hetzelfde geld meer zorg te bieden, ook in de wetenschap dat alternatieven voor dit convenant vergaande ingrepen in het pakket of de tarieven betekenen. In het overzicht van het Algemeen Dagblad is onder meer een kolom opgenomen over de klachtenafhandeling. Ook in de Keuzegids zorgverzekeraars zal per verzekeraar worden gemeld hoe zij met klachten omgaan. Er is geen wettelijke verplichting tot rapportage over klachten, maar een zorgverzekeraar zal niet graag in de keuzegids komen te staan met de mededeling dat hij niets aan klachten doet. De minister zegt tot slot dat hij het pleidooi van mevrouw Tonkens om begrijpelijke taal te gebruiken, onderschrijft.

De **staatssecretaris** beaamt dat lang niet alle mensen in staat zijn om hun zorgvraag helder te formuleren of via internet een keuze te maken. De vraag is dus hoe zij kunnen worden geholpen die het zwakst staan en niemand in hun nabije omgeving hebben om hen te helpen. De nieuwe organisatie MEE Nederland is speciaal bedoeld voor mensen met verstandelijke, psychische of lichamelijke problemen die moeilijk hun weg door de zorg kunnen vinden. De implementatie van de activiteiten van MEE in het lokale beleid krijgt nog steviger vorm in de WMO. Verder moet er bij inlooppunten als zorgloketten en de huisartsen laagdrempelige informatie voorhanden zijn. De informatie die wordt gebundeld op de nieuwe internetsite kan natuurlijk ook in afgedrukte vorm worden verspreid, bijvoorbeeld via bibliotheken. Daarnaast zijn er cliëntondersteuners, ouderenviseurs, mantelzorgsteunpunten en welzijnsinstellingen. Zij deelt de mening dat voorkomen moet worden dat de hulpverlening te versnipperd raakt, maar er zullen altijd specifieke doelgroepen blijven bestaan al is de AWBZ ontschot. Met de maatschappelijke organisaties zal worden gesproken over hulp aan mensen die niet naar een loket komen en die niet hun hulpvraag uiten. Het maatschappelijk werk moet zo worden ingericht dat ook zij worden bereikt.

Het PGB is de afgelopen jaren zeer tot tevredenheid van de cliënten ingezet. De evaluatie van het PGB die naar verwachting eind november verschijnt, zal de gemeenten die in de WMO met dit instrument moeten werken, handvatten bieden om het gebruik ervan verder te vervolmaken. Een aantal gemeenten in Nederland werkt er al mee. De gemeente heeft in de WMO grote beleidsvrijheid, maar een instrument dat zo goed werkt als het PGB, zal zeker worden toegepast. De geraamde middelen voor het PGB zijn toereikend.

Volgens een recent SCP-rapport zal de behoefte aan AWBZ-zorg tot 2020 toenemen met 40%. De vraag is nu hoe de AWBZ-zorg voor de nagenoeg onverzekerbare zwaar chronische zieken kan worden gegarandeerd. Die zware zorg zal steeds meer kosten en dit betekent dat er flink moet worden geïnvesteerd in welzijnsactiviteiten en -voorzieningen op lokaal niveau. De bodem van die voorzieningen is nu soms al flinterdun. Dit is voor een deel te wijten aan het gebrek aan beleid en soms is er sprake van gebrek aan samenwerking. Op dit terrein kan nog veel worden bereikt en de WMO is daar een goed instrument voor. De arrangementen op lokaal terrein zijn vooral welzijnsarrangementen. De zwaardere zorg moet in de AWBZ worden gegarandeerd. AWBZ en WMO moeten tot een sluitend stelsel leiden.

De uitgaven voor de zorg nemen steeds verder toe. Als alle voorzieningen in de AWBZ zouden worden gehandhaafd, zouden de pakketten in de komende 10 jaar steeds verder moeten worden uitgekleeft. De staatssecretaris zegt dat zij er liever voor kiest dat de mensen die echt zware zorg nodig hebben, een goed pakket krijgen waar alles in zit, ook de huishoudelijke hulp en de ondersteunende activerende begeleiding. Het zal een hele klus worden om dit op termijn veilig te stellen en daarom moet nu

aan de voorkant door middel van preventie, «outreaching» hulpverlening, maatschappelijk werk, enz. veel werk worden verzet. De gemeenten moeten worden geholpen om dit goed op te pakken. Ook dit zal niet eenvoudig zijn, maar uiteindelijk moet worden bereikt dat de cliënt goede informatie krijgt en ook nog iets te kiezen heeft.

De ondersteuning van de minst-mondige cliënten moet dus op lokaal niveau zijn beslag krijgen. De MEE-organisaties geven goed advies, maar instellingen als de RIO's zullen ook op klantniveau moeten communiceren. Zij zegt toe dat zij in het verkeer met de organisaties de noodzaak van klantvriendelijkheid zal benadrukken, want die kan op sommige punten zeker worden verbeterd. De RIO's kunnen de mensen verwijzen naar de keuze-informatie op het portal, maar daarnaast speelt het zorgkantoor een belangrijke rol. Zij zegt toe dat zij zal informeren naar de zorgelijke signalen die zijn ontvangen over het functioneren van de MEE-organisaties.

Uit gesprekken met de zorgkantoren blijkt dat klantgerichtheid het uitgangspunt is bij de zorginkoop. Het is belangrijk dat zorgkantoren zich afvragen wat de cliënt wil. De zorgverzekeraar zal de cliënt na een indicatiestelling moeten informeren over de mogelijkheden om in zijn regio tot verzilvering van die indicatie te komen. Op het internet zal duidelijk worden gemaakt wat een zorgkantoor kan doen voor cliënten. In het convenant dat met de zorgkantoren wordt afgesloten, zal dit punt worden meegenomen. Ook de voorinformatie moet duidelijk zijn en breed worden verspreid. Natuurlijk moet dan als eerste de groep worden aangesproken die een indicatie heeft en zorg moet kunnen vinden. Daarnaast moet het CTZ nadenken over de vraag hoe de inzet in de zorgkantoren is georganiseerd. In januari 2005 zal een overzicht verschijnen van de prestaties van de zorgkantoren. Dit zal worden gebruikt voor het toezicht en voor de concessieverlening in 2006. Zorgkantoren die niet goed functioneren, worden niet opnieuw aangewezen.

Het is belangrijk dat er wordt getoetst vanuit het perspectief van de cliënt. De discussies over het rapport van de inspectie over de kwaliteit van verpleeghuizen tonen eens te meer aan hoe belangrijk dit is. Dergelijke toetsen moeten worden uitgevoerd door organisaties die onafhankelijk zijn van de instellingen. De Stichting Cliënt en Kwaliteit heeft de afgelopen jaren honderden van die toetsen uitgevoerd, onder meer als onderdeel van de benchmarkonderzoeken in de verpleging- en verzorgingssector. Dit heeft stimulerend gewerkt. Zij zou graag zien dat deze toetsingsactiviteiten worden voortgezet. Instellingen zouden zich in hun streven naar maatschappelijk ondernemerschap en transparantie eigenlijk zelf aan een toetsing door een onafhankelijke toetsingsinstelling moeten onderwerpen. In de eerste jaren zal hier nog wel een financiële stimulans voor nodig zijn. Daarom wordt de financiering van de Stichting Cliënt en Kwaliteit nog twee jaar voortgezet door tussenkomst van het Fonds PGO. Het zal de komende twee jaar nog jaarlijks een bedrag van 1,3 mln euro aan de stichting verstrekken voor de uitvoering van cliënttoetsen.

Aan de koepelorganisaties is gevraagd of zij met de cliëntorganisaties een convenant kunnen sluiten op basis van alle nieuwe ontwikkelingen. Zij hebben daar in eerste instantie positief op gereageerd. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het instellen van de cliëntenraad en voor de randvoorwaarden voor het functioneren ervan. Cliëntenraden klagen over vrijblijvendheid. Samen met de organisaties van de cliëntenraden en de koepels van de aanbieders moeten er strakkere afspraken worden gemaakt en daar zou een convenant dienstig voor kunnen zijn. De staatssecretaris vertrouwt erop dat de organisaties erin slagen goede afspraken met elkaar te maken.

Uit het onderzoek naar de financiering van de cliëntenraden komt een heel divers beeld naar voren. Een algemene norm zou echter te uniformerend werken en zou de flexibiliteit belemmeren. Over het algemeen moet echter zichtbaar worden hoe cliënten denken over het functioneren van de

instelling. Dit kan wellicht een plaats krijgen op de kwaliteitskaart van de instelling. De instellingen zijn gehouden om de cliëntenraden te financieren. De Kamer heeft over dit onderwerp eerder een brief ontvangen. De werkwijze van de cliëntenraden kan nog wel worden verbeterd, maar dit moet op instellingsniveau gebeuren. De koepels kunnen hier een stimulerende rol in vervullen.

Bij de indiening van de WMCZ heeft de regering in de Raad van Toezicht een plaats ingeruimd voor een lid dat wordt voorgedragen door de cliëntenraad. Juist dit lid van de Raad van Toezicht wordt geacht oog te hebben voor de belangen van de cliënten.

In de verdeling van het budget over koepelorganisaties en cliëntenraden komen de verschillende verantwoordelijkheden tot uitdrukking. Vooralsnog kan niet worden vastgesteld dat de cliëntenraden te weinig geld krijgen om hun taak uit te voeren. De rijksoverheid heeft gezorgd voor een wettelijke verplichting om cliëntenraden in stand te houden en in staat te stellen hun taak waar te maken. Het is aan de instelling en de cliëntenorganisatie om te zorgen dat die activiteiten goed gestalte krijgen. De rijksoverheid kan vervolgens transparant maken hoe dit werkt.

De suggestie om te komen tot premiefinanciering van cliëntorganisaties staat haaks op de taakstelling van 127 mln euro op subsidies en premie-subsidies waarvoor het ministerie van VWS zich gesteld ziet. Dit neemt niet weg dat goede ondersteuning nodig blijft. Er is tot 2006 geld beschikbaar voor een soepele overgang.

Ook in de psychiatrie bestaat de verplichting om een cliëntenraad in te stellen. Die kan worden ingevuld door middel van een familieraad. Het gaat echter te ver om iedere instelling te verplichten een familieraad in te stellen.

Voor de echt afhankelijke patiënten in bijvoorbeeld verpleeghuizen spelen de vertegenwoordigers een belangrijke rol. Verder zijn er familieverenigingen waar goed naar wordt geluisterd. Vaak nemen de familieleden plaats in de cliëntenraden. Op die manier worden de belangen van afhankelijke patiënten verzorgd.

Het convenant is bedoeld om de macrokosten van de AWBZ te beheersen. Dit convenant is natuurlijk niet afgesloten met de bedoeling afbreuk te doen aan de kwaliteit. De vraagsturing wordt niet aangetast. Met de cliëntenorganisaties is afgesproken dat zij nauw zullen worden betrokken bij de uitvoering van het convenant. De koepelorganisaties hebben al aangegeven dat zij hierover met de cliëntenorganisaties afspraken zullen maken. Dit initiatief wordt van harte gesteund.

Gedachtewisseling in tweede termijn

Mevrouw **Van Heteren** stelt vast dat er op papier veel is geregeld, maar dat er in de praktijk nog wel afstemming nodig is. Als de wettelijke verplichting met betrekking tot de cliëntenraden onvoldoende wordt ingevuld, heeft de overheid toch een taak.

Juist in de overgangsperiode kan zijn goede advisering, begeleiding en infrastructuur nodig. Het is voor patiënten nauwelijks te volgen wat er gebeurt en daarom is ondersteuning op lokaal niveau zo belangrijk. De informatie moet zichtbaar, inzichtelijk en toegankelijk zijn voor de cliënten. Er is heel veel aanbiedersinformatie waar geen doorkomen aan is en daar moet verandering in komen.

In het krachtenveld van zorgverzekeraars, werkgevers en mensen die uit zijn op collectieve contracten, dreigen de patiënten verloren te gaan. Daarom moeten er harde toezeggingen worden gedaan voor de inkoop- en onderhandelingsmacht van patiënten zodat die in 2006 goed geregeld is. Mevrouw Van Heteren dringt erop aan dat die mogelijkheden worden verankerd. De patiënten moeten echt iets in handen krijgen.

Tot slot leest zij een gedicht uit «De schatten van de kleine Waanzin» van Hans Andreus voor.

Mevrouw **Van Oerle-van der Horst** heeft er wat meer vertrouwen in dat de informatieverstrekking verbeterd zal worden.

Zij is niet tevreden met het antwoord dat het RIVM zich zal beraden op de voortzetting van de site Kiesmetzorg.nl. Is de minister bereid ervoor te zorgen dat de site blijft bestaan tot het moment dat de gegevens in de centrale informatie worden opgenomen?

Ook op provinciaal niveau moet de invloed van patiënten en cliënten op het terrein van wonen, zorg, welzijn, vervoer en arbeid integraal aan de orde komen. Het is mooi dat het LOREP nog in aanmerking komt voor projectsubsidies. Kan een instelling ook subsidie ontvangen voor een projectdefiniëring?

Zij blijft bij haar bezwaar tegen de financiering van de cliëntenraden.

Natuurlijk is er sprake van verschillende verantwoordelijkheden, maar het uitgavenpatroon van de koepelorganisaties lijkt een hogere bijdrage aan de cliëntenorganisaties te rechtvaardigen.

Tot slot herhaalt zij haar vraag of de cliëntenorganisaties een budget kunnen krijgen om zelf onderzoek te doen dat nu door andere organisaties wordt uitgevoerd.

Het ergert mevrouw **Van Miltenburg** dat zij in antwoord op haar pleidooi voor een sterkere positie van de consument te horen krijgt dat dit veel kost en dat het nu eenmaal allemaal wat minder moet. Natuurlijk levert meer geld niet altijd iets op, maar juist als er minder geld is, moeten de cliënten en patiënten in de gelegenheid worden gesteld om mee te praten over de verdeling van de schaarste. Het is jammer dat de bewindslieden die noodzaak niet lijken te onderkennen.

Wat is de visie van de zorgkantoren op hun plaats tussen de consument en de zorgaanbieders? Elke zorgaanbieder in Nederland weet wat het zorgkantoor is, maar daarnaast zou iedere verzekerde in Nederland moeten weten wat het zorgkantoor doet en wat het voor hem kan betekenen, ook als hij daar nog geen behoefte aan heeft. Willen de bewindslieden toezeggen dat zij dit met de zorgkantoren opnemen? Misschien kunnen de zorgkantoren aangeven wat er nodig is om hun positie te versterken. Willen de bewindslieden toezeggen dat zij de Kamer in het voorjaar op de hoogte brengen van hun bevindingen?

De **minister** wijst erop dat het RIVM een rijksinstelling is die onder zijn politieke verantwoordelijkheid valt. Het instituut zal in het kader van de samenstelling van het zorgportal een afweging maken om te voorkomen dat er dubbelingen ontstaan. De mogelijkheden van de website Kiesmetzorg.nl worden daarbij betrokken. Hij zegt toe dat hij dit zorgvuldig zal bezien en dat hij de Kamer zo snel mogelijk schriftelijk op de hoogte zal brengen van de uitkomst van de afwegingen.

Vorig jaar zijn er duidelijke keuzes gemaakt over de financiering van landelijke en regionale instellingen. De regionale instellingen zijn primair een verantwoordelijkheid van de regionale overheden. Er is een grote verschuiving te zien van instellingssubsidies naar projectsubsidies en alleen bij hoge uitzondering worden er nog instellingssubsidies verstrekt. Als er in het kader van de invoering van de WMO nog om subsidie wordt gevraagd, zal de aanvraag serieus worden beoordeeld, maar er is wel sprake van een duidelijke prioriteitsstelling.

De **staatssecretaris** zegt dat bij de voorbereiding van de invoering van de WMO ook zal worden gekeken naar de wettelijke borging van de cliëntenorganisaties. De lokale democratie neemt uiteindelijk een besluit. De subsidiëring van de ondersteuningsstructuren van cliëntorganisaties op lokaal niveau zal in kaart worden gebracht. Met de koepels zal worden gesproken over de vraag welke voorwaarden aan de subsidieverstrekking ten grondslag zullen liggen.

De landelijke organisaties van patiënten- en gehandicaptenorganisaties kunnen een projectsubsidie aanvragen bij het Fonds PGO, maar dit geldt niet voor een afzonderlijke instelling.

De staatssecretaris zegt toe dat zij nog eens goed zal kijken naar de cliëntenorganisaties, want dit is een belangrijk punt in het kader van het convenant tussen de instellingen, koepels en cliëntenorganisaties. Zij zal erop aandringen dat er een regeling wordt getroffen waar alle betrokkenen zich goed in kunnen vinden. De WMCZ is er van en voor de cliënten. De overheid heeft geen bevoegdheid om te treden in het overleg tussen cliënten en instellingen, maar kan wel stimuleren. Transparantie is het middel om te weten te komen of er sprake is van een generiek probleem op instellingsniveau. Dan zal via de koepel of direct aan de instelling een signaal worden afgegeven. Als lokaal bekend wordt dat een cliëntenraad van een instelling niet goed kan functioneren, zal dit zeker effect hebben. Daarom is transparantie een belangrijk streven. De staatssecretaris zegt dat zij binnen de wettelijke bevoegdheden die zij heeft, haar rol zal waarmaken.

Zij neemt de suggestie over om het zorgverzekeraars te spreken over de vraag hoe de positie van het zorgkantoor onder de aandacht kan worden gebracht van de verzekerden. Misschien kan hierover iets op papier worden gezet. Dit zal dan aan de Kamer worden toegezonden.

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

De adjunct-griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Sjerp