

Vergaderjaar 2008–2009

31 476

Patiënten- en cliëntenrechten

Nr. 6

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 5 december 2008

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 23 oktober 2008 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en staatssecretaris Bussemaker van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief d.d. 23 mei 2008 van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het programma «Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie» (31 476, nr. 1).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

Voorzitter: Van Gerven
Adjunct-griffier: Clemens

Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Voorzitter. Een dijk van wet- en regelgeving is geen garantie voor kwaliteit op de werkvloer. Het CDA heeft met veel waardering kennisgenomen van het programma Zeven rechten voor de cliënt in de zorg. Dit programma is een aanzet om de positie van cliënten in de zorg te versterken en in wet- en regelgeving vast te leggen. Het CDA heeft veel waardering voor de inzet van VWS en de veldpartijen bij de totstandkoming van dit programma. Het CDA is een groot voorstander van het versterken van de positie van de zorgconsumenten. In het verlengde van het versterken van de positie van die cliënt ligt volgens het CDA ook de positie van ouders en verwanten, die vaak als vertegenwoordiger of als belangenbehartiger van de cliënt optreden. Hoe ziet het kabinet daarnaast in dit verband de plaats van de individuele cliëntenondersteuning voor mensen die niet in staat zijn om zelf gebruik te maken van hun rechten? Aangezien het hele traject van wet- en regelgeving zo veel tijd in beslag neemt en omdat het dringend nodig is dat een aantal zaken op korte termijn wordt geregeld, vraagt het CDA aan het kabinet om via een nota van wijziging op de WMCZ (Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen) in ieder geval twee onderdelen te regelen.

Voor het CDA staan de volgende zes uitgangspunten centraal. Het CDA wil

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) en Sap (GroenLinks).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

dat kwaliteit en veiligheid de hoogste prioriteit hebben, niet alleen op papier, maar ook in de dagelijkse praktijk. Het CDA wil dat het cliëntenperspectief in alle vormen en in alle sectoren van de zorg het leidend uitgangspunt is. Het CDA wil dat de positie van cliëntenraden en de vertegenwoordigers van cliënten zoals ouders en verwanten aanmerkelijk wordt versterkt. Het wil dat de klachtenprocedure laagdrempelig, onafhankelijk, onpartijdig en transparant is, dat het toezicht op de zorg hoogwaardig, effectief, onafhankelijk en transparant is en dat de wet- en regelgeving glashelder, samenhangend en toegankelijk zijn.

Dan kom ik op de kwaliteit van de zorg. De kwaliteit en veiligheid moeten volgens het kabinet de eerste prioriteit hebben bij de zorgverleners. Dat onderschrijft het CDA van harte. In dit programma wordt echter nergens een definitie gegeven waaruit blijkt wat de cliënt onder kwaliteit mag verstaan. Hij krijgt een afdwingbaar recht op informatie over kwaliteit. Er worden kwaliteitsindicatoren ontwikkeld en er mag geconcurrereerd worden met kwaliteit. Er worden richtlijnen opgesteld. Hoe kan de klant nu vanaf de buitenkant zien dat kwaliteit wordt geleverd en welke kwaliteit wordt geleverd?

De overheid kan in het overleg met de partijen in het veld van alles regelen in wet- en regelgeving, maar veel verbeteringen zullen toch in de dagelijkse praktijk, in de directe zorgrelatie tussen cliënt en zorgverlener, waargemaakt moeten worden. Dat kan natuurlijk alleen als zorgverleners daarvoor de tijd, de ruimte en de ondersteuning en vaardigheden krijgen. Dat is niet allemaal in wetgeving vast te leggen. Het kabinet beschrijft het zo mooi: de basis voor goede zorg is de vertrouwensband tussen de cliënt en de zorgverlener. Kan het kabinet eens uitleggen hoe het deze omslag gaat bewerkstelligen? Hoe gaat het kabinet ervoor zorgen dat zorgverleners, zorgverzekeraars en beleidsmakers durven denken en beslissen vanuit het perspectief van de cliënt? Hoe gaan zij de cliënt centraal stellen boven grafieken, formulieren, cijfers, systemen, structuren en financiën? En hoe kunnen professionals op de werkvloer hun kwaliteiten weer inzetten los van bureaucratie?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind dat het CDA goede punten aansnijdt. Hoe kan de professional weer tijd en ruimte krijgen voor goede zorg en hoe krijgen wij die band tussen degene die zorg nodig heeft en degene die zorg verleent, nu voor elkaar? Wij voeren heel vaak debatten over de arbeidsmarkt. Hoe denkt het CDA over de personeelstekorten? Hoe kunnen wij die oplossen? Hoe denkt het CDA over de opleiding van het personeel in de instellingen? Wat is precies de visie van het CDA daarop?

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Als het werk weer aantrekkelijk wordt en als, zoals het kabinet ook zegt, geïnvesteerd wordt in de directe relatie, dan denk ik dat mensen weer graag in de zorg willen werken en dat zij daar ook blijven. Tot nu toe worden zij te veel belast met allerlei formulieren en met allerlei dingen die gecheckt, overgedragen en dubbel gecheckt moeten worden. Dat is niet het werk waarvoor de mensen in de zorg zijn komen werken. Investeren in de directe zorgrelatie – dat wil het kabinet en daarom wil ik ook horen hoe die omslag kan worden gemaakt – zal zeker leiden tot plezier in het werk. Dan wordt ook naar buiten uitgestraald dat het plezierig is om in de zorg te werken.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik ben het met mevrouw Willemse eens dat wij zeker een streep door de bureaucratie moeten zetten. Onnodige formulieren en allerlei kwaliteitsdocumenten moeten wij gewoon schrappen. Wij moeten ervoor zorgen dat kwaliteit en vertrouwen in de professional er zijn. Ik vraag toch nog een keer aan het CDA hoe het denkt het personeelstekort op te lossen en hoe het ervoor wil zorgen dat goed personeel wordt ingezet. Is het CDA net als de SP van mening dat de politiek er veel strakker bovenop moet zitten en veel meer eisen moet stellen aan instel-

lingen op het vlak van de bezettingsgraad en de opleidingsgraad van het personeel?

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): U heeft goed geluisterd. Ik heb gezegd dat het tussen de oren moet zitten van de beleidsmakers, van de mensen die aan de top van de zorg staan. Als daar anders wordt gedacht over werken in de zorg, dus meer vanuit het perspectief van de cliënt, dan wordt anders omgegaan met de budgetten voor het personeel. Dan zal er ongetwijfeld meer ruimte zijn voor het opleidingsbudget. Ik kom daarop nog terug.

Zit het cliëntenperspectief op dit moment al in de opleidingen en de nascholing?

Bij het recht op beschikbare en bereikbare zorg hoort ook het recht op tijdige zorg. Ook die tijdigheid heeft alles te maken met de kwaliteit van leven, niet alleen fysiek en psychisch, maar ook emotioneel. Hoe gaat het kabinet dat regelen? Wij horen uit diverse sectoren dat er nog steeds wachtlijsten bestaan: bij de jeugdzorg, de verzorgingstehuizen, de specialisten, bij operaties. Welke sancties staan er op te lange wachttijden? Voor het CDA staat de cliënt centraal en is ieder mens uniek. Mensen hebben hun eigen voorkeuren, hun eigen identiteit en hun eigen begrip van kwaliteit. Zeker als zij langdurig in een zorginstelling verblijven, hoe groot of klein van omvang ook, is het van essentieel belang dat het cliëntenperspectief leidend is voor het beleid en de sfeer in de instelling. Immers, de klant is de basale rechtvaardiging voor het bestaan van een zorginstelling. Op dit terrein is nog veel werk te verrichten. In het programma wordt met geen woord gerept over de vraag of het cliëntenperspectief in de opleidingen en in de nascholing van de werkers in de zorg centraal staat of centraal zal komen te staan. Graag hoor ik een reactie.

De medezeggenschap. Het versterken van de positie van cliëntenraden in zorginstellingen moet volgens het CDA op korte termijn op twee onderdelen worden geregeld. Dat kan niet wachten tot 2011. De zorg is inmiddels complex en de ontwikkelingen gaan snel terwijl de cliëntenraden veel te beperkt zijn in hun bevoegdheden en deskundigheid en over te weinig geld beschikken. Die verhouding klopt niet. Wachten tot 2011 betekent mogelijk dat cliënten op een aantal terreinen het nakijken hebben. Dat kan niet de bedoeling van het kabinet zijn. Het CDA verzoekt het kabinet dan ook dringend om de WMCZ per omgaande aan de Kamer aan te bieden, met een nota van wijziging waarin de twee volgende zaken worden geregeld: a. instemmingsrecht bij beleidswijzigingen op het terrein van omvang, aard en identiteit en b. een onafhankelijk budget voor de cliëntenraden. Het CDA vraagt het kabinet nadrukkelijk om het wijzigingstraject voor 1 januari 2009 af te ronden. In het verdere traject voor de cliëntenraden lezen wij dat het kabinet voornemens is om de bindende voordracht door de cliëntenraden voor de raad van toezicht te schrappen. Daar heeft het CDA grote moeite mee. Het is van essentieel belang dat deze stem, en natuurlijk zonder last en ruggespraak, blijft doorklinken in de raad van toezicht. Het cliëntenperspectief zit nog lang niet tussen de oren van alle leden van raden van bestuur en raden van toezicht. Het CDA wil dit recht voor de komende jaren in ieder geval nog gehandhaafd zien. De klachtenprocedure. Een laagdrempelig en slagvaardig traject van klachtenbehandeling is van groot belang voor de versterking van de positie en voor de gemoedsrust van de cliënt. Het CDA wil een samenhangend systeem van klachtenpreventie, klachtenbehandeling en toezicht, waarin de verschillende niveaus naadloos op elkaar aansluiten. Het CDA steunt het kabinet voor een laagdrempelig systeem voor een klachtenfunctionaris en een cliëntvertrouwenspersoon. Het vertrouwen van de cliënt in beide functionarissen is van groot belang voor de afhandeling van de klachten. Een tweede stap is een onafhankelijke, onpartijdige,

externe geschillencommissie met een bindend advies op alle beleids-terreinen waarover uitspraken moeten worden gedaan. Het toezicht moet onafhankelijk, effectief en transparant zijn. Het voorstel over het onderbrengen van het College sanering zorginstellingen is gisteravond uitgebreid aan de orde geweest bij het onderwerp «kapitaal». Het CDA vindt dat dit college moet worden ondergebracht bij de IGZ. Dan het doolhof aan wet- en regelgeving. Het CDA wil zonder meer dat een glasheldere zorgconsumentenwet aan de horizon blijft. Wij begrijpen dat tijdelijk snelheid moet worden gemaakt, dus als dit tijdelijk wordt ondergebracht in een wet omdat dit nodig is om 1 januari 2011 te halen, hebben wij daar begrip voor, maar de zorgconsument moet volledig boven de markt blijven. De communicatie. Wij vragen het kabinet om vanaf nu een heel duidelijk traject van communicatie met de partijen in het veld uit te zetten en niet alleen via kiesbeter.nl. Dat moet in allerlei vormen gebeuren, zodat iedere klant, ook de mensen die visueel beperkt zijn, ook de mensen met een verstandelijke handicap en ook de mensen uit andere culturen zelfstandig hun weg kunnen vinden in dit hele woud van rechten en plichten van cliënten en patiënten. Hoe gaat het kabinet dat traject uitzetten?

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Voorzitter. Voorheen kwam het voor dat een mompelende en onverstaanbare arts een patiënt met een onleesbaar recept opzadelde of dat een groep artsen aan het ziekenhuisbed een discussie voerde over de patiënt alsof hij niet lijfelijk aanwezig was, en dat aan de hand van een voor de patiënt onbereikbare status die aan het voeteneind van het ziekenhuisbed hing. Die tijden zijn voorbij, althans dat hopen wij. De PvdA is ervoor dat zorgaanbieders, verzekeraars en beleids-makers denken en beslissen vanuit het perspectief van de cliënt. Alle partijen zijn het erover eens dat de positie van cliënten in de zorg op de leest van de 21ste eeuw geschoeid moet zijn, maar dat dit nog niet het geval is. Wij hebben een flink aantal kritische vragen en kanttekeningen bij de visie van deze bewindslieden op de cliëntenrechten. Wij willen stilstaan bij de analyse die daaraan ten grondslag ligt, op de zeven afzonderlijk geformuleerde rechten en op de voorgenomen wetgeving, die nogal wat behelst.

Allereerst de analyse die aan de visie ten grondslag ligt. De patiënt, de consument en de cliënt bestaan niet. Wat gaat er op dit moment mis in al die rollen van patiënt, cliënt en consument in de cure en de care? Dat er iets misgaat, is duidelijk, maar wat misgaat, staat niet in de analyse van de bewindslieden. Gezegd wordt dat de invloed van de cliënt een onmisbare impuls is voor de kwaliteit en de innovatie van de zorg. Daar blijft het bij. Het is verbazingwekkend dat de grootschalige veranderingen die de bewindslieden voorstellen, met zo weinig argumenten worden gestaafd. Want er is meer dan dat. De PvdA heeft drie wezenlijke vragen: 1. hoe kunnen cliënten op een betere manier hun recht halen, 2. hoe verbeter je de invloed en medezeggenschap die in de zorg is geregeld en 3. hoe vergroten wij de transparantie, voor zover die al bestaat? Mijn fractie wil echt een stap vooruitzetten op het gebied van de patiënten- en consumentenrechten omdat patiënten nu echt te weinig te vertellen hebben in de zorg en te afhankelijk zijn. Daartoe zullen cliënten meer kennis en meer macht moeten krijgen. Krijgen zij dat nu met de rechten die de bewindslieden voorstellen? Welke concrete acties vloeien uit deze voorstellen voort? Ik loop de rechten even langs.

Het recht op een beschikbare en bereikbare zorg. Hierbij wordt gerept over een normering. De overheid garandeert een spoedeisende hulp, zeven dagen per week, 24 uur per dag, die binnen 25 minuten beschikbaar moet zijn. Dit individueel afdwingbare recht komt straks ook in de door de bewindslieden voorgestelde consumentenwet. Ik vraag mij af hoe wij dat moeten zien. De overheid garandeert, het recht is individueel afdwingbaar en de inspectie gaat toezicht houden op de bereikbaarheid en op de

beschikbaarheid van acute zorg. Als iets misgaat, moet de burger dan de overheid aanklagen omdat de overheid deze zorg heeft gegarandeerd en in gebreke is gebleven? Of moet ik dat anders zien? In hoeverre overlapt zo'n normering de basisrechten die in de Zorgverzekeringswet zijn verankerd? Zijn de bewindslieden voornemens om meer van dergelijke normeringen in deze wet op te nemen?

Het recht op keuze-informatie. Hierbij spelen twee zaken een rol. 1. Is er een keuze? 2. Weet ik voldoende van die keuze af? Kiesbeter.nl begint wat te worden, maar de informatie die wij krijgen is tamelijk diffuus. Mijn fractie steunt het voorstel om de namen van zorgverleners die een bevoegdheidsbeperkende maatregel opgelegd hebben gekregen, openbaar te maken. De bewindslieden maken de juiste keuze door bij het recht op informatie vergelijkbare informatie over aandoeningen, klantervaringen en wachttijden te publiceren. Mijn fractie hecht eraan dat het informatiepunt, waar de burger deze informatie straks kan krijgen, zeer helder, toegankelijk en gebruiksvriendelijk is. Ook dit mag niet alleen via het internet worden aangeboden.

Het derde recht: het recht op kwaliteit en veiligheid. Ook dit is een individueel afdwingbaar recht. Hoe werkt het wanneer iemand vindt dat hij of zij zijn of haar recht niet heeft gekregen? Worden ook de «hoe»-vragen in deze wet beantwoord? De zorgaanbieder heeft de plicht de kwaliteitskaders te maken. De inspectie ziet daarop toe. De minister kan, als dit niet lukt, door middel van een ministeriële regeling aanvullende eisen stellen. Als de normen niet worden nageleefd, kan de inspectie in de toekomst bestuurlijke boetes of een dwangsom opleggen. In deze constellatie is het individu wel een beetje zoekgeraakt. Wat is het recht dan waard dat hier wordt geregeld? Op welke wijze wordt dit recht afdwingbaar?

Het vierde recht: het recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy. Ik geef een leuk voorbeeld dat ik te zien kreeg toen ik laatst een werkbezoek aflegde. In het nieuwe Martini Ziekenhuis in Groningen hangen boven ieder bed touchscreens. Nu kun je daarmee internetten, naar de radio luisteren en naar de tv kijken, maar volgend jaar kun je op dit scherm ook je eigen behandeling volgen. De minister maakt duidelijk dat hij geen rol wenst te spelen in het opstellen van de tweezijdige algemene voorwaarden, die natuurlijk zeer relevant zijn bij het beoordelen van klachten en geschillen. Waarom niet? Het klachtrecht verdwijnt en iedere zorgaanbieder mag zijn eigen systeem bedenken. Dat klinkt niet echt als een vooruitgang. Wat bedoelt de minister met de overweging om de totstandkoming van die voorwaarden mogelijkwerijs een plek te geven in de wetgeving? Een laagdrempelige klachten- en geschillenregeling is van groot belang. Ook externe zorgbelangenorganisaties spelen daarbij een belangrijke rol. Wij missen hen ten enenmale in de visie. Waarom is dat? Het vijfde recht: het recht op afstemming tussen de zorgverleners. Hier worden de voornemens wel erg fraai geformuleerd. Te fraai? Nooit meer van het kastje naar de muur. Ik hoef hier maar de gang op te lopen of de Spuistraat in en ik kom terug met een boek vol met soms lachwekkende, maar soms ook treurige voorbeelden van niet bestaande ketenzorg. Dit wordt erg interessant, vooral omdat ook dit recht afdwingbaar is en wordt uitgebreid naar de eerste lijn en naar de AWBZ. Kortom, wij zullen de wet moeten afwachten om te zien wat ons dat oplevert.

Het recht op een effectieve laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling is het zesde recht. Mijn fractie ondersteunt het wettelijk voorschrijven van een voorziening voor klachten waarbij een vrijgestelde klachtenfunctionaris het werk gaat doen. Ook het openbaar maken van ervaringen van cliënten is een goede zaak. Daarnaast is het erg belangrijk dat klachten en geschillen die niet naar tevredenheid zijn opgelost, naar een externe en onpartijdige commissie kunnen. Ik hoop dat dit ook wettelijk wordt vastgelegd. Gaat het hier om één landelijke commissie? Een geschillenregeling wordt straks ook van toepassing voor andere instellingen dan alleen ziekenhuizen. Dat lijkt mij goed.

Het laatste recht: het recht op medezeggenschap en goed bestuur. Delen de bewindslieden de opvatting van cliëntenorganisaties dat zij meer bevoegdheden en financiering nodig hebben? De eerstelijnszorg is vaak heel anders georganiseerd dan de AWBZ-instellingen, maar toch kan een cliëntenraad bij grotere eerstelijnszorgorganisaties een uitkomst zijn. Waarom hebben de bewindslieden dit zo vrijblijvend geformuleerd? De bewindslieden gaan snel voorbij aan de rol van cliënten bij goed bestuur van zorginstellingen, terwijl nu juist daar vaak de schoen wringt. Wat is de kijk van beide bewindslieden op de onafhankelijkheid van de raad van toezicht? Wordt daarin juist niet gezocht naar mensen met een bepaalde expertise en is juist een cliëntenperspectief niet een van die noodzakelijke expertises? Waarom wordt dan de bindende voordracht geschrapt? Dit lijkt eerder een achteruitgang dan een vooruitgang.

Het zevende recht eindigt met een totaal wonderlijke passage over het behoud van vermogen voor de zorg, ook na het afschaffen van het bouwregime in de care en de ggz. Het is mijn fractie volstrekt onduidelijk waarom deze bewindslieden dat in het zorgrecht wensen te regelen. Wellicht kunnen zij daar nog argumenten voor geven.

Tot slot iets over de wetgeving. In mijn ogen wordt dit een soort Wabo 2. De Wabo (Wet algemene bepalingen omgevingsrecht) regelt de omgevingsvergunning. Het is een heel grote samenvoegingswet. Wij zullen die toetsen op de volgende uitgangspunten. Is het duidelijk hoe de consument zijn recht kan halen? Zijn de invloed en medezeggenschap goed/beter geregeld? Verplicht deze wet de zorgaanbieders om nu eens transparant te zijn? Wij hebben gelezen dat de minister een begeleidingscommissie heeft ingesteld voor de totstandkoming van deze wet. Kan hij ons daar al iets over melden? Kan hij bijvoorbeeld de bevindingen van deze begeleidingscommissie kenbaar maken? Wanneer komt het voorstel naar de Kamer en is de minister voornemens om dit voorstel ook aan Actal voor te leggen?

Ik vraag dit gelet op de tegenstrijdige berichten die wij ontvangen over meer dan wel minder administratieve lasten. Mijn fractie hecht zeer aan de vermindering van administratieve lasten.

Ik heb nog drie korte vragen. Dit stuk richt zich uitsluitend op de rechten die cliënten hebben ten opzichte van zorgaanbieders en zorgverleners. De verzekeraars zijn op dit vlak volledig uit beeld. Waarom is dat? Je hebt wetgeving, cultuur, ingesleten patronen en de praktijk. Allemaal zijn ze belangrijk. Hoe beoordelen de bewindslieden de kritiek van het veld dat wetten de positie van cliënten niet erg fundamenteel zullen veranderen, maar de introductie van een snel elektronisch patiëntendossier wel? Hoe zien beide bewindslieden de rol van de inspectie, die een vrij zware rol krijgt bij het bewaken en het houden van toezicht op al deze rechten? En hoe zien de bewindslieden de rol van de inspectie in dat opzicht veranderen?

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Het stuk dat voorligt is een goede stap voorwaarts. Veel punten die wij in onze eigen Zorgnota hebben genoemd, staan erin. Als je zo'n stuk ziet, word je dus sowieso niet ongelukkig. Als het kabinet dingen goed doet, mag een oppositiepartij dat ook best zeggen. The devil zit natuurlijk wel altijd in the detail. Dit zijn namelijk voornemens, maar de crux is de uitwerking in de wet. Op dat vlak is er nog wel een uitdaging. De voornemens zijn goed, maar hoe komen wij daar?

Waarom één wet? Wij proberen nu de langdurige zorg en de kortdurende zorg in één wet te proppen. Als de WMCZ ons iets heeft geleerd, dan is het dat dit niet zo briljant werkt. Iemand die kortdurende zorg nodig heeft en voor een behandeling naar het ziekenhuis gaat, heeft vaak heel andere eisen en wensen dan iemand die permanent in een instelling verblijft. Ik kan mij voorstellen dat patiënten uit de laatste categorie inspraak willen hebben op het gebied van verhuizingen, verbouwingen enz., maar iemand

die kortdurend in een ziekenhuis verblijft, zal minder belang hebben bij wat er gebeurt bij een verhuizing. Ik geef maar een voorbeeld. In hoeverre is het daarom verstandig om dit in één wet te regelen? De VVD wil daar graag een duidelijk antwoord op, want het lijkt ons best verstandig om die twee uit elkaar te halen.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): De heer Zijlstra wil het uit elkaar halen. Wat stelt hij dan voor? Wil hij er twee wetten van maken of wil hij bestaande wetgeving zo vormgeven dat het gewenste wordt bereikt?

De heer **Zijlstra** (VVD): Nu voegen wij zaken toe aan bestaande wetgeving en wij proberen een en ander te stroomlijnen. Dat vinden wij een goede zaak en dat zou naar onze mening moeten leiden tot twee separate wetten: één wet voor kortdurende zorg en één wet voor langdurige zorg waarin de specifieke elementen daarvan worden benoemd. Anders regel je voor langdurige zorg misschien te weinig. De WMCZ heeft dat een beetje bewezen. Deze mensen zijn veel afhankelijker van een instelling en hebben daardoor heel andere wensen en eisen. Voor kortdurende zorg heb je misschien minder eisen. Voor hen moet je de dingen die je bij langdurige zorg wilt regelen, ook niet willen regelen. Is het dan niet verstandig om dat uit elkaar te trekken? Probeer je anders niet het beste van twee werelden te krijgen en krijg je dan niet het slechtste van twee werelden?

Voorzitter. Wij zijn het eens met de constatering dat er een verschuiving moet komen van collectief contracteren naar ruimte voor maatwerk en vraagsturing, zoals dat op pagina 12 wordt aangegeven. Dat geldt in alle opzichten, ook in financieel opzicht. Ik vraag de staatssecretaris om dat bij de Wmo goed in de gaten te houden. De bewindslieden zijn natuurlijk niet stil gaan staan toen dit stuk uitkwam. Zij zijn al door gaan praten over de vraag wat er moet gebeuren om een en ander te concretiseren. Wij hebben gehoord dat Wmo-onderdelen misschien buiten de wet worden gehouden. Dat vindt de VVD geen goede zaak. De VVD vindt dat de Wmo onderdeel moet blijven van een patiënten- en consumentenbeleid en van de desbetreffende wet.

Dan de zeven rechten. Naar onze mening moet er een achtste recht bij, namelijk het recht van de cliënt op inzicht in de eigen rekening. Dat is in dit land niet zo vanzelfsprekend als je denkt. Het is naar onze mening heel goed dat de cliënt de rekening kan inzien en kan nagaan of de rekening klopt, of alle kosten erop staan, of er overbodige kosten op staan enz. Hij kan dan zelf nagaan of er dingen op staan die er helemaal niet op horen te staan. Dat is echter geen recht. Sterker nog, het is een vrij hot topic. Waarom wordt dat niet opgepakt? Zijn de bewindslieden bereid om dat alsnog te doen? Al was het alleen maar vanwege het kostenbewustzijn van diezelfde cliënt.

Het is terecht dat de bewindslieden bij de dilemma's aangeven dat kwaliteit vooropstaat. Uiteindelijk moet dat leidend zijn. Daarbij hoort veiligheid, want zonder veiligheid kom je ook niet tot kwaliteit. Het kabinet wil niet dat de namen van zorgverleners die een berisping krijgen, openbaar worden gemaakt. Dat verbaast ons. Dit wordt gezegd in de passage die gaat over kwaliteit. Het is toch vreemd dat een cliënt dat soort informatie over kwaliteit niet beschikbaar heeft. Waarom wordt dat soort informatie niet openbaar gemaakt? Als een cliënt voor de beste arts wil gaan dan moet hij toch weten dat de arts die hij in gedachten heeft, net een berisping heeft gekregen? Dat lijkt mij buitengewoon zinvolle informatie in een keuze- en kwaliteitsproces. Wat is de motivatie om dat niet te doen? In de brief wordt aangegeven dat de arts dan nog steeds zijn functie mag uitoefenen. Dat is zo, maar het is wel degelijk een kwaliteitsaspect. Waarom wordt dit vanuit dit perspectief niet daarbij betrokken? Kunnen de bewindslieden aangeven hoe zij deze informatie helder en eenduidig gaan ontsluiten? De cliënt is alleen maar gebaat bij deze informatie als die op

een duidelijke manier te vinden is. Het kan wel bekend zijn, maar als niet duidelijk is waar deze informatie gevonden kan worden, dat weet de cliënt het nog steeds niet. Dat geldt ook voor transparante informatie. Het is heel goed dat dit als recht wordt neergezet, maar hierbij is weer de vraag: hoe wordt dit vormgegeven, hoe kun je dit vinden? Als je de informatie niet makkelijk vindt, is die feitelijk niet beschikbaar.

Kwaliteit en veiligheid. Gaan wij over op certificering van medische apparatuur? Stap je in een ziekenhuis in de lift, dan zie je daar een plaatje hangen waarop staat dat de lift is gecontroleerd. Het zou immers best slordig zijn als de lift naar beneden dondert. Maar bij een hart-long-machine gebeurt dat niet. Dat is toch wel heel vreemd. Als de hart-longmachine weigert heb je toch ook een probleem. Wij vinden het heel gek dat dit soort certificering nog steeds niet is geregeld. Is de minister bereid om dit soort zaken op te pakken?

Het recht op dossiervorming en inzage. Dat gaat de goede kant op, maar wij missen het recht van de familie op inzage in het dossier, bijvoorbeeld als iemand komt te overlijden door een medische misser. Dat is nu al een probleem. Een familielid is overleden in het ziekenhuis en de familie heeft een vermoeden van een medische misser, maar kan het dossier niet inzien. Dat dossier kan wel de informatie bevatten waaruit blijkt dat het misschien inderdaad is misgegaan. Als een familie een vermoeden heeft van een medische misser, heeft zij dus niet de beschikking over het dossier. Als je dat niet regelt, is er een soort beschermingswal voor de zorgverlener. Wij hebben het hier over cliëntenrechten. Moet een cliënt daarom niet kunnen regelen dat zijn familie bij dat soort zaken inzicht krijgt in zijn dossier? Hij moet ook vanuit privacyoverwegingen kunnen aangeven dat dit inzicht nooit mag worden gegeven. Als de cliënt daarvoor kiest, is dat prima. Dat is dan zijn eigen keuze, maar de mogelijkheid moet naar de mening van de VVD wel in de wet worden opgenomen. Het recht op afstemming tussen zorgverleners. Ik vertel het verhaal van een van mijn medewerkers.

Zij werd doorverwezen van het ene ziekenhuis naar een ander ziekenhuis. Het dossier moest ook worden doorgegeven. In het volgende ziekenhuis was het dossier niet aanwezig. Gezegd werd: wij vragen dit soort dossier niet op, wilt u dat even bij uw vorige ziekenhuis gaan regelen? Mijn medewerker gaat naar het vorige ziekenhuis. Daar wordt gezegd: wij sturen wel dossiers op, maar alleen als het ontvangende ziekenhuis daarom vraagt. Maar dat ziekenhuis deed dat niet. Na heel wat heen en weer pingpongen, is deze persoon naar het eerste ziekenhuis gegaan en heeft daar bij zes verschillende artsen het dossier opgevraagd. Daarvoor moest zij zes dvd'tjes kopen à €5. Daarna heeft zij zelf de gegevens verstrekt aan de nieuwe zorgverlener.

Dat wij gaan zorgen voor ketenzorg en afstemming gaat dus een groot applaus van de medewerkers en de fractie van de VVD opleveren. Ik denk dat dit echt noodzakelijk is.

Willen de bewindslieden voor de behandeling van klachten een centrale instantie oprichten waar cliënten die niet weten hoe zij hun klachten moeten indienen, terecht kunnen? Ik noem bijvoorbeeld een zorgklachten-telefoon, waardoor mensen naar de juiste instantie verwezen kunnen worden. Een soort bewegwijzering in klachtenland. Zijn de bewindslieden daartoe bereid? Wij menen dat daarmee tegemoet wordt gekomen aan een behoefte.

Een externe geschillencommissie is heel goed, maar dan dient er wel één commissie te zijn. Op pagina 30 wordt gesproken over «commissies». Dat zo'n commissie werkt met verschillende kamers, is prima en nodig, maar met verschillende commissies wordt onduidelijkheid gecreëerd.

Naar onze mening moet de cliëntenraad falend management via de Zorgkamer kunnen aanklagen. In 2004 is de motie-Heemskerk/Weekers met algemene stemmen aangenomen om dat mogelijk te maken. Toch staat het er niet in. Het lijkt mij dat de cliëntenraad dit moet kunnen. Als het

management van een ziekenhuis faalt, dan moet de mogelijkheid bestaan via de Zorgkamer verhaal te halen.

Cliëntenraden. Ik pleit voor een onafhankelijke financiering. Wie betaalt, bepaalt. Het geld moet dus niet beschikbaar worden gesteld door het bestuur, met alle zaken die daaromheen hangen. Verwerk het bijvoorbeeld in de tarieven. Zorg ervoor dat er op die manier een gegarandeerde inkomensstroom is. Er zijn diverse moties, van Van Miltenburg, Vietsch, en Van Beek, waarin daarom wordt gevraagd. Toenmalig staatssecretaris Ross-van Dorp heeft dit toegezegd. Waarom wordt dat niet geregeld? Graag hoor ik in dezen een toezegging.

De uitdaging is om alle goede voornemens concreet te maken. Daar wensen wij de bewindslieden veel succes bij.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Het stuk over de zeven patiëntenrechten begint met de volgende zin: wij willen de invloed van de cliënten in de zorg verder versterken; daarmee bereiken wij dat de cliënt goede zorg krijgt die past bij zijn of haar behoefte en dat de cliënt zijn of haar weg kan vinden in de vele mogelijkheden die de zorg biedt.

De SP vindt het raar om te spreken van «cliënt» als het om zorg gaat. Naar onze mening gaat het eigenlijk al mis bij de eerste zin. Als je een televisie gaat kopen, kun je je goed informeren. Je kunt verschillende keuzes maken – een breedbeeld, meer pixels, een flatscreen – en je kunt bepalen wat je uit wilt geven. Ook vraag je een bonnetje, want dan kun je de tv ruilen als zij niet goed is. In de zorg bestaat dat niet. Want wat is nou de keuze van iemand die zorg nodig heeft? Wat is nou precies de keuze van iemand die gehandicapt is of van iemand die ouder wordt en met gebreken wordt geconfronteerd? Ziek zijn is geen keuze. Iemand die zorg nodig heeft, is gewoon geen cliënt.

De tweede farce in de eerste zin van dit stuk is de stelling dat keuze de kwaliteit verbetert. Het is niet kiezen tussen geen kwaliteit, een beetje kwaliteit of goede kwaliteit. Kwaliteit moet er gewoon zijn. Iemand die een blindedarmontsteking heeft, kijkt niet eerst op het internet om te achterhalen waar de kwaliteit het best is. Die persoon wil naar een ziekenhuis gaan en goed geopereerd worden. Hetzelfde geldt voor mensen die naar een verzorgingshuis moeten of voor hun familie. De kwaliteit moet gewoon op orde zijn. Je kunt naar de website kiesbeter.nl, maar wat is er te kiezen als de kwaliteit niet goed wordt gemeten?

Deze eerste zin is voor ons een metafoor en geeft aan waarom dit stuk nu voorligt. De KNMG gaat in haar brief in op de vraag waarom dit er is, wat precies het probleem is en wat de analyse is achter deze voornemens. Dat zijn natuurlijk goede vragen, want eigenlijk zijn al deze rechten open deuren die goed geregeld zouden moeten zijn. Voor de SP is het duidelijk dat het voorstel voor deze rechten het sluitstuk is van een recente stelselwijziging in de zorg. Na de invoering van de Zorgverzekeringswet, de Wet marktordening gezondheidszorg en de zorgzwaartefinanciering in de AWBZ moet nu de positie van de patiënt worden geregeld. Dat is rijkelijk laat. Als wij de positie van de patiënt in de zorg centraal hadden willen stellen, hadden wij daarmee moeten beginnen en niet moeten eindigen. Deze zeven rechten liggen in de lijn van de ideologie van de marktwerking in de zorg en gaan dus ook uit van drie gelijkwaardige partijen in de zogenaamde zorgmarkt. Daar hebben wij grote problemen mee. Mensen die zorg nodig hebben, hebben immers per definitie een afhankelijke relatie met hun zorgverleners. Of het nou artsen of specialisten zijn die weten welke ingreep zal leiden tot beterschap, verzorgers en verplegers in een verzorgof verpleegtehuis of in een gehandicapteninstelling: iemand die zorg nodig heeft, heeft een zorgverlener nodig en nergens in de zeven rechten lezen wij iets over het recht op goed opgeleide zorgverleners. Ik wil wel eens weten hoe de minister en de staatssecretaris daarover denken.

Verder missen wij rechten. Wat gebeurt er bijvoorbeeld bij medische missers of ongevallen zonder dat daarbij sprake is van een directe schuld? Er komt een schadefonds, maar ik lees niet veel over een onafhankelijke toetsing. Wij willen hiervoor graag een voorstel doen: doet zich een medische misser of ongeval voor zonder dat daarbij sprake is van directe schuld, dan dient bij het neerleggen van een klacht hierover altijd getoetst te worden of de zorginstelling of het ziekenhuis aan alle voorwaarden heeft voldaan die voor de behandeling en de verzorging zijn vereist. Is dus alles in het werk gesteld zodat goede zorg kan worden gegeven? Was er genoeg personeel? Was het personeel genoeg opgeleid? Ik denk dat het heel erg belangrijk is om op deze manier te toetsen. Ik hoor hierop graag een reactie.

Wij zouden graag de visie van het kabinet vernemen op een no-fault-systeem, zoals dat in België wordt gehanteerd. Daarbij hoeft niet per se schuld bewezen te worden als er schade is. De schade wordt eerst uitgekeerd en dan pas start het onderzoek. Daardoor wordt voorkomen dat iemand jarenlang tegenover een zorgverlener staat die mogelijk door schuld een misser heeft gemaakt. Dat zou schrijnend zijn.

In de rechten staat niet precies beschreven wat bereikbare en wat beschikbare zorg is. Wat als je in Flevoland woont, met donkere wolken boven de IJsselmeerziekenhuizen? Heb je straks dan nog een ziekenhuis dichtbij of niet? Wie bepaalt uiteindelijk wat beschikbaar en wat bereikbaarheid is? Is dat de patiënt, de zorgverzekeraar of de wet?

Ook al is het een apart kopje, inspraak wordt onvoldoende in deze rechten geregeld. Inspraak is nu een doekje voor het bloeden. Wij willen graag dat dit wordt verbeterd. De bindende voordracht voor de raad van toezicht moet naar onze mening niet worden geschrapt. Wij willen toevoegen dat de cliëntenraad, de gebruikersraad, de bewonersraad of hoe je het ook wilt noemen, instemmingsrecht krijgt. Om te beginnen een instemmingsrecht bij fusies, maar ook een instemmingsrecht bij de inzet van personeel en bij bezuinigingen op facilitaire zaken in een instelling. Hoe denkt de minister bijvoorbeeld over een instemmingsrecht bij de bezoldiging van de bestuurders? Het is vaak armoede troef voor de bewoners, die luierdagen hebben of in de weekenden zelf hun warme maaltijden moeten betalen, terwijl de bestuurder er met meer per jaar vandoor gaat dan Balkenende. De minister is nog niet bereid om hier iets aan te doen. Geef dan maar goede instemmingsrechten aan patiënten en bewoners. Ik weet zeker dat zij korte metten maken met deze praktijk. Van de SP mag er ook een recht van amendement komen, zeker op de begroting. Een medezeggenschapsorgaan of een cliëntenraad hoeft dan niet alles af te keuren. Dan is het ook mogelijk om te wijzigen.

Voor goede medezeggenschap, kennisbevordering en belangenbehartiging zijn stevige patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties nodig. Het nieuwe fonds PGO biedt onvoldoende waarborg voor het diverse pallet van dit soort organisaties. Als de bewindslieden werkelijk rechten willen versterken, dan vraagt de SP om een solide financiering. Afgelopen maandag bracht ik een bezoek aan de bijeenkomst van bewonersraden van gehandicapteninstellingen. Zij zijn absoluut niet bezig met dit pak papier. Zij vragen zich af wat er met de dagbesteding gaat gebeuren in de zorgzwaartepakketten die straks worden ingevoerd. Zij hebben klachten over het vervoer naar hun uitjes, waarbij zij verlies lijden. Zij vrezen voor een schaalvergroting van hun instellingen. Zij maken zich grote zorgen over het verdwijnen van hulpmiddelen uit de Zorgverzekeringswet. Zij houden na aftrek van alle eigen bijdragen amper geld over aan het einde van de maand. Zij zien de bezuinigingen op de AWBZ naderen. Wij vragen ons af: waar is het recht van patiënten, zodat zij zich kunnen weren tegen hoge kosten en onafhankelijkheid? Hoe willen de minister en de staatssecretaris antwoord geven op al deze reële zorgen? Waar wordt hier in de zeven rechten antwoord op gegeven?

De heer **Zijlstra** (VVD): De zuurgraad is vandaag weer stevig. Ik had gehoopt dat mevrouw Leijten nog een paar punten voor de cliënt zou vinden waar zij gelukkig mee is. Ik weet niet of die nog komen. Mevrouw Leijten verhaalt over de vreselijke dingen die allemaal gaan gebeuren. In feite zegt zij daarmee dat het oude systeem geweldig was, maar wat was toen de positie van de patiënt of cliënt? Wat had degene die gehandicapt was of die op een operatietafel lag toen in te brengen? Wat was er in dat systeem zoveel beter dat de consument gegarandeerd de goede zorg kreeg die mevrouw Leijten per definitie denkt te krijgen? Hoe vanzelfsprekend is dat en was dat? Dat was natuurlijk helemaal niet vanzelfsprekend. Waarom doet mevrouw Leijten zo zuur over deze zaken, terwijl de situatie vroeger absoluut niet beter was?

Mevrouw **Leijten** (SP): Het verbaast mij niet dat ik deze vraag krijg van de bedenkers van de marktwerking in de zorg. In de vragen hoor ik ook «consument» en «cliënt». Ik heb in mijn inleiding uitgelegd dat daar geen sprake van is. De heer Zijlstra heeft mij niet horen zeggen dat vroeger alles beter was. De zuurgraad is wellicht heel erg hoog. Als je werkelijk wilt dat de patiënt centraal staat, dan had de patiënt het startpunt moeten zijn, terwijl nu marktwerking aan de orde van de dag is. Daardoor zijn er allerlei problemen. Dit stuk papier, met alle goede bedoelingen en mooie woorden, gaat daar niks aan veranderen. Wij gaan 8 mln. bezuinigen in de AWBZ. Wij gaan met grote vaart naar marktwerking in de ziekenhuiszorg. In Flevoland is gisteravond helemaal niet gegarandeerd dat de IJsselmeerziekenhuizen blijven bestaan. Daar hebben de mensen nu mee te maken. Wij hebben nu een stuk papier over zeven rechten, die de SP eigenlijk heel vanzelfsprekend vindt. Ik vraag mij af waarom de VVD, de bedenker van marktwerking in de zorg, niet gestart is bij de patiënt als zij zich altijd zoveel zorgen heeft gemaakt omdat de patiënt niet kreeg wat hij had. Nu is er immers minder toegang en meer versnippering. Ziekenhuizen overleggen niet eens meer met elkaar. De heer Zijlstra geeft zelf voorbeelden van zijn eigen bedenksels.

De heer **Zijlstra** (VVD): In het oude systeem waren patiëntenrechten niet op een fatsoenlijke wijze in te passen. De patiënt was gewoon het lijdend voorwerp. Om dat te verbeteren was een stelselwijziging nodig. Overigens, over marktwerking gesproken: wij hebben net de eerste minuscule stapjes gezet. Alle zaken die misgaan en die mevrouw Leijten zo overvloedig opnoemt, zijn vooral zaken die voortvloeien uit het oude systeem en niet uit de zogenaamde marktwerking. Ik vind het echt een enorme stap voorwaarts dat patiënten nu iets te kiezen krijgen. Neem de situatie bij de IJsselmeerziekenhuizen. Wij zeggen niet voor niks dat de cliëntenraad de mogelijkheid moet krijgen om bij de zorgkamer in te spreken. Dat wordt nu mogelijk. Waarom is mevrouw Leijten daar niet enthousiast over? Waarom omarmt zij niet de mogelijkheden die cliënten eindelijk krijgen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Als de VVD werkelijk zo begaan was geweest met de rechten van de patiënten, dan had zij dat als eerste geregeld. Dan hadden de IJsselmeerziekenhuizen al veel eerder bij die kamer aan kunnen kloppen. Als dingen niet goed zijn, moet je die repareren. Als nu opeens zeven rechten van patiënten en consumenten nodig zijn – de SP heeft een heel andere visie op de zorg dan de VVD en is het met «consumenten» dus niet eens – dan is mijn enige en echte conclusie dat het recht op zorg blijkbaar zo slecht wordt gewaarborgd in een systeem van marktwerking dat dit recht moet worden opgeschreven. De voorzitters van de cliëntenraden van gehandicapteninstellingen wisten wel wat zij misten bij de patiëntenrechten en dat was het recht op genoeg zorg. Door genoeg zorg kan de patiënt menselijk benaderd worden. Daardoor kunnen zij, zeker als zij in een instelling wonen, kiezen voor zorg op

het moment dat zij die nodig hebben. Nu is er stopwatchesorg, niet alleen in de thuiszorg, maar ook in instellingen. Dat heet met een groot eufemisme «een zorgmoment». Dat is echt armoede. Want als je verdrietig bent en een schouder wilt, zegt de verpleger: helaas, maar u heeft nu geen zorgmoment, hou maar even op. Dat geldt zelfs voor het naar de wc gaan. «U heeft nu geen zorgmoment.» «Dat past nu niet in uw zorgplan.» Wil je vandaag naar buiten omdat het vandaag mooi weer is, dan staat misschien wel in je zorgplan dat je morgen naar buiten moet gaan. «Helaas, u heeft geen zorgmoment.» Ik zou willen weten waarom in deze zeven rechten niet is opgenomen dat er ook recht is op genoeg zorg.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik neem aan dat mevrouw Leijten het ermee eens is dat er in het voortgezet onderwijs op dit moment geen marktwerking is. Kinderen die vroeger aanvullende zorg nodig hadden in het onderwijs, bijvoorbeeld door ADHD of door dyslexie of door wat dan ook, kregen die zorg automatisch van de leraar. Tegenwoordig moeten zij door een heel indicatiepakket met rugzakjes en de hele rataplan. Pas dan krijgen zij extra hulp. Daar komt geen marktwerking aan te pas. Helemaal niets van dat alles, en toch gebeurt dat daar. Kan mevrouw Leijten eens uitleggen waarom de marktwerking in de zorg, voor zover die er al is, de oorzaak is van dit soort zaken?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik denk dat het onderwijs en de zorg in ieder geval twee parallellen hebben: in beide sectoren, maar zeker in het onderwijs, is fors bezuinigd en in beide sectoren is er een groot personeelstekort. Het recht op goed opgeleid personeel is niet een van deze zeven rechten. Ik denk dat dit in het onderwijs ook een groot probleem is. Personeel is vaak duur, zeker goed opgeleid personeel. Dat zie je in het onderwijs aan de klasvergroting en de schaalvergroting en in de zorg zie je dat ook aan de groepsvergroting en schaalvergroting. Daarbij raakt iedereen die extra aandacht nodig heeft, wat meer uit zicht. Dan komt er vanzelf een roep om extra financiering en dan ontstaat dat hele indicatiecircuit. Het zou mij een lief ding waard zijn als de SP en de VVD op dat terrein samen konden optrekken om dat indicatiecircuit overbodig te maken en te zorgen voor kleinschalige zorg waarin mensen gekend worden. Hetzelfde geldt voor het onderwijs: forse klassenverkleining. Als wij dat hier kunnen afspreken, is dat een bijzonder resultaat van de discussie over de zeven patiëntenrechten.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik denk dat wij een eind kunnen komen, maar ik constateer wel dat mevrouw Leijten niet aangeeft dat het aan de marktwerking ligt, maar aan allerlei andere dingen. Het is fijn dat wij daar uiteindelijk zijn uitgekomen.

Mevrouw **Leijten** (SP): In het onderwijs kunnen de instellingen zelf beslissen hoe zij hun geld besteden. Zij kunnen dat aan personeel of materiaal uitgeven, maar zij kunnen het ook aan de reserves toevoegen. Dat is in de zorg ook het geval. Ook daar is het niet verplicht om een bepaald bedrag te besteden aan personeel. Ik zie dat bij beide dat wel degelijk wordt bespaard op personeelskosten. Het hoger opgeleid personeel wordt bijvoorbeeld vervangen door minder hoog opgeleid personeel, met alle frustraties van dien. Mensen zijn gefrustreerd en dat komt wel degelijk doordat instellingen, ook in het onderwijs, het personeel soms helaas als een kostenpost zien. Daarom zie ik zo graag dat er ook een recht komt op goed en genoeg personeel.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Vindt de SP dat «patiënten in de zorg nooit mogen kiezen»? Vindt de SP niet dat er iets moet gebeuren aan de informatie die aan patiënten wordt gegeven? Ik constateer dat de SP tot tweemaal toe tussen neus en lippen door heeft gezegd dat de zeven rechten

die in het stuk zijn geformuleerd, vanzelfsprekend zijn. Deelt de SP daarmee die rechten?

Mevrouw **Leijten** (SP): Patiënten moeten zeker kunnen kiezen. Ik voer hier vaak discussies over keuzevrijheid. Daarbij gaat het ook over het aanbod. Als wordt gezegd dat kwaliteit ontstaat door keuze, gaan mijn nekharen overeind staan, want volgens mij is dat niet zo. Je moet kunnen kiezen tussen verschillende vormen van goede zorg. Zeker bij gehandicaptenzorg of ouderenzorg is het heel goed dat het mogelijk is om aan te geven wanneer je welke zorg wilt. Is er echter een tekort aan personeel of wordt in de AWBZ gestuurd op minder aanspraken, dan kun je niet meer kiezen. Heeft de patiënt recht op informatie? Ja, graag optimaal. Als je zorg nodig hebt, heb je echter te maken met professionals die over het algemeen een informatievoorsprong hebben. Misschien is dat niet het geval bij chronisch zieken die veel kennis hebben over de eigen ziekte, maar als je aan je been of je hart moet worden geopereerd, dan lijkt het mij goed dat de chirurg daar meer verstand van heeft dan jij. De vraag is dus: welke informatie moet je hebben? Mijn voorstel is om de instelling, als fouten worden gemaakt of als een aantoonbare misser is opgetreden door schuld of door omstandigheden, te laten aantonen dat alles in het werk is gezet om goede zorg te leveren. Volgens mij wordt de positie van de patiënt daarmee wel degelijk versterkt. Dat geeft de ziekenhuizen de stimulans om ervoor te zorgen dat dit in ieder geval op orde is. Ik zou graag willen dat wij daar de steun van de PvdA voor krijgen.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Mevrouw Leijten heeft tot tweemaal toe gezegd dat de genoemde rechten vanzelfsprekend zijn; het is niet meer dan logisch dat die er staan. Kan mevrouw Leijten bevestigen dat de SP deze zeven rechten ook goede rechten vindt?

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat zijn goede rechten, maar ik mis er een hele hoop.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Wat klinkt de wet met de zeven rechten voor de cliënt mooi, goed en logisch. Helaas biedt deze wet geen enkele garantie dat de zorg ook zo mooi, goed en logisch wordt. Veel van de genoemde rechten zijn namelijk al lang verankerd in wetten, maar leiden niet tot het gewenste effect. Kraamvrouwen krijgen het minimum-aantal uren zorg niet eens omdat er niet genoeg kraamverzorgenden zijn. De thuiszorg voert klantenstops in. Huisartsen zijn telefonisch slecht bereikbaar. Ambulances komen te laat. Geschorste tandartsen werken gewoon door. De apparatuur waarmee in ziekenhuizen wordt gewerkt is verouderd en er sterven mensen tijdens het wassen in zorginstellingen. Vijfhonderd zorginstellingen doen niet eens mee met kiesbeter.nl en 75 000 mensen die een indicatie hebben voor AWBZ-zorg, krijgen die niet eens. Dat zijn allemaal voorbeelden waaruit blijkt dat het verzilveren van rechten heel moeilijk is voor patiënten en cliënten. Het lijkt er dan ook sterk op dat het tot stand brengen van een integrale wet meer een symbolische dan een reële betekenis heeft. Laat ik beginnen met de effectieve laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling. De staatssecretaris en de minister zijn van oordeel dat de Wet klachtrechten cliënten zorgsector (WKCZ) in zijn huidige vorm niet volstaat. Al in 1990 bleek uit onderzoek dat ongeveer 10% van de onderzochte instellingen geen informatie kon geven over het bestaan van een klachtencommissie of aangaf dat er geen klachtencommissie was. Hoe staat het daarmee nu eigenlijk? En als er dan wel een klachtencommissie is, in hoeverre wordt er dan gecommuniceerd met de bewoners? Uit hetzelfde onderzoek bleek dat twee derde van de klagers vindt dat hun geen recht is gedaan. Na dit onderzoek is de conclusie dat er een discongruentie kan bestaan tussen de verwachtingen van een cliënt over

de klachtenbehandeling en de taken en de werkwijze van de WKCZ-klachtencommissie. Dus wordt er een nieuw onderzoek tegenaan gegooid, met als doel na te gaan wat cliënten precies verwachten van de klachtenbehandeling. Dat is nu, jaren later, duidelijk. Wat een verrassing: want een van de belangrijkste redenen van cliënten om een klacht in te dienen, is dat zij willen dat er wat verandert naar aanleiding van hun klacht. Wat is nu eigenlijk de doelstelling van de WKCZ? De doelstelling was onder andere gericht op het benutten van signalen van cliënten om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Laat dat nu net zijn wat niet gebeurt. In de praktijk blijkt dat klagers soms worden afgestraft, bijvoorbeeld zo van «laat die zeikerd maar in haar luier plassen», of worden neergezet als zeurpiet. Het gebeurt dat klachten wel worden erkend, maar dat er niets gebeurt. Of er wordt gesteld dat het slechts gaat om incidenten. Incidenten zijn nog altijd actualiteiten die structurele problemen blootleggen. Na het indienen van een klacht verandert er doorgaans niets. Ik zou graag zien dat de klachtenregeling van instellingen aan minimale eisen moet voldoen. Ik noem bijvoorbeeld een verplichte rapportage, hoe is de klacht onderzocht, wat is de motivering of het oordeel over de klacht, welke maatregelen zijn genomen en binnen welke termijn moeten maatregelen worden genomen. Dit moet niet overgelaten worden aan de instellingen zelf. Ook moet er een mogelijkheid zijn om daarna naar een landelijke geschillencommissie te gaan waar alle instellingen aan deel moeten nemen. Dan is het voor iedereen helder waar hij of zij met een klacht terecht kan.

Het is opvallend dat het aantal klachten dat in verpleeghuizen wordt behandeld, relatief klein is. Het ligt niet voor de hand dat het aantal klachten daar ook daadwerkelijk laag is. Er worden veel drempels gesignaleerd. Er is angst voor represailles, een klacht wordt niet onderkent en de druk bestaat om klachten in de lijn op te lossen. Het gaat hier om een zeer kwetsbare groep mensen. Zij zien geen alternatief. En wie geen alternatief heeft, zal zich eerder verzoenen met de situatie dan daartegen in opstand komen. Degenen die wel in opstand komen, worden afgestraft. Dat moet niet kunnen in ons land.

Een nieuwe wet verandert hier helemaal niets aan. De IGZ moet toezien op het voorkomen van wraak op klagers. Zij moet ook buiten kantooruren anoniem toezicht houden zodat daarvoor geen ruimte is. Er moeten voldoende inspecteurs zijn om hierop toe te kunnen zien. Hoe staat het met de mystery guest?

Ik wil graag nader ingaan op de rol van de IGZ. Steeds vaker horen wij geluiden die erop wijzen dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg wel op de hoogte is van misstanden, maar ervoor kiest om een afdeling of instelling niet of nog niet te sluiten. Het sluiten van een afdeling of instelling wordt gezien als een ultimum remedium. De IGZ moet instrumenten krijgen die minder ingrijpend zijn voor cliënten, maar die de onveilige situatie wel per direct stoppen. Hoe zit het met de mogelijkheid om vaker niet de instelling te sluiten, maar het bestuur per direct naar huis te sturen? Wil de minister nagaan in hoeverre dit te realiseren is? Wat zijn de voor- en nadelen daarvan?

Het recht op informatie zal expliciet het recht omvatten op informatie over fouten die merkbare gevolgen kunnen hebben voor de cliënt: de medische blunders. Ik heb verschillende malen aangegeven dat cliënten dit recht zouden moeten hebben en ik ben hier dan ook erg blij mee. Tot hoever heeft het recht op informatie over fouten invloed op het al dan niet afstaan van het patiëntendossier aan het Openbaar Ministerie als justitie een strafbare medische fout vermoedt? Mijn fractie is van mening dat patiënten erop moeten kunnen vertrouwen dat hun dossiers juist wel beschikbaar zijn voor justitieel onderzoek als de dokter een verwijtbare, strafbare fout heeft gemaakt. Wat is de positie van de nabestaanden hierbij?

Cliënten hebben in beginsel het recht op inzage in en een afschrift van hun dossier. Wat wordt bedoeld met «in beginsel»? Zij moeten dit recht toch te allen tijde hebben? Ook wil ik graag weten of nabestaanden het recht op inzage in het dossier krijgen en een afschrift van het dossier kunnen krijgen. Wat zijn de voor- en nadelen van dat recht voor de nabestaanden?

De heer **Zijlstra** (VVD): Uit haar verhaal begrijp ik dat mevrouw Agema het in principe wel eens is met de lijn die in het wetsvoorstel wordt geschetst. Klopt dat?

Mevrouw **Agema** (PVV): Kun je het niet eens zijn met symboolpolitiek of met een symbolische wet? Natuurlijk ben ik het eens met die wet, maar in mijn betoog heb ik aangegeven dat er in de praktijk waarschijnlijk helemaal niks verandert. Over een paar jaar wachten nog steeds 75 000 mensen op AWBZ-zorg en dan zijn er nog steeds 500 zorginstellingen die niet eens meedoen aan kiesbeter.nl. Symbolische wet? Ik zou willen dat die praktijk werd. Ik ga ervan uit dat dit niet gebeurt.

De heer **Zijlstra** (VVD): Over het algemeen stemt de VVD tegen symboolpolitiek. Mevrouw Agema geeft een prachtige opsomming van zaken die misgaan. Anderen hebben dat ook gedaan. Ik denk dat niemand aan deze tafel zegt dat het allemaal briljant gaat. De doelstelling is nu om zaken te verbeteren. Mevrouw Agema geeft aan dat zij daar geen vertrouwen in heeft. De vervolgvraag is dan welke dingen de PVV gaat doen om ervoor te zorgen dat het allemaal beter gaat, zodat de patiënt in tegenstelling tot de huidige en vroegere situatie wél de rechten krijgt waardoor hij of zij kan acteren.

Mevrouw **Agema** (PVV): Wij hebben moties ingediend over alle zaken waarvan ik voorbeelden heb gegeven. Als die moties in dit huis niet worden aangenomen, kan ik niet anders dan doorgaan met de strijd om die dingen gedaan te krijgen. De realiteit is wel dat dit huis die moties niet steunt.

Dan het recht op zorg. Weet de heer Zijlstra dat nog? Dat was onder minister Bomhoff. Het recht op zorg kwam toen in de wet, maar vervolgens hielden wij wel de budgetplafonds in stand. Als iemand recht heeft op zorg, dan heeft hij recht op zorg. Dan moet je overgaan op $p \times q = \text{budget}$. Nu ontstaat symboolpolitiek omdat de praktijk anders is, maar dat neemt niet weg dat de beschreven rechten wel realiteit zouden moeten zijn. Maar zij zijn het niet en zullen het over vijf jaar ook niet zijn.

De heer **Zijlstra** (VVD): De moties van mevrouw Agema spreken altijd uit «het is een schande dat», en dan houdt het ongeveer altijd op.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik maak hier ernstig bezwaar tegen. Als de heer Zijlstra mijn moties niet kent, kan hij zich op z'n minst op een andere wijze uiten.

De heer **Zijlstra** (VVD): Helaas ken ik de moties over het algemeen wel. De moties gaan in die richting. Mijn vraag blijft overeind.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het woord «schande» heb ik nog nooit in een van mijn moties gebruikt.

De heer **Zijlstra** (VVD): Op het moment is de situatie niet goed. Daar zijn wij het over eens. Als mevrouw Agema de situatie wil verbeteren en geen vertrouwen heeft in de voorliggende wet, dan blijf ik bij mijn vraag: wat gaat zij dan doen om dit wel te verbeteren? Dat staat niet in haar moties. In geen enkele van die moties is aangegeven wat moet worden gedaan.

Mevrouw **Agema** (PVV): Moet ik hierop nog reageren?

De **voorzitter**: U hoeft hierop niet te reageren, maar dat mag wel.

Mevrouw **Agema** (PVV): In de afgelopen twee jaar zijn 200 dossiers voorbijgekomen. Bij ieder dossier hebben wij concrete voorstellen gedaan voor verbetering. Ik kan er niet veel meer van maken. Ik ben wel heel erg blij met de toezegging van de staatssecretaris op ons voorstel voor een mystery guest, die ook onaangekondigd bij zorginstellingen gaat controleren. Wij hopen natuurlijk ook dat hij buiten kantooruren gaat kijken. Je kunt veel goede voorstellen doen, maar uiteindelijk moet daar wel een meerderheid voor zijn. De heer Zijlstra zou moeten begrijpen dat het hier zo werkt.

Antwoord van de bewindslieden

Minister **Klink**: Voorzitter. De versterking van de positie van de cliënt in de zorg is het thema van vandaag. Dat het sluitstuk van de stelselherziening hier voorligt, betekent niet dat er nu pas aandacht is voor de patiënt en de cliënt. Integendeel, ik durf met de hand op het hart te beweren dat de vele hervormingen die de afgelopen jaren zijn ingezet en waar wij eigen accenten aan hebben toegevoegd, maar één doel hadden en dat is precies de patiënt. Een herordening en herschikking van posities tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, het definiëren van het basispakket en tegelijkertijd de toegankelijkheid garanderen, bijvoorbeeld via een zorgtoeslag, hebben allemaal te doen met een ordening die uiteindelijk op de patiënt is gericht. Vandaag spreken wij over een wet in wording die vooral de positie van de cliënt en de patiënt raakt. Dat impliceert niet dat deze de laatste schakel van het geheel is. De cliënt of patiënt was van meet af aan het middelpunt. Dat neemt niet weg dat het belangrijk is om de patiënt en het patiëntenperspectief nog eens helder te benoemen, om de rechten daaromheen te bundelen en van daaruit nog eens te kijken naar de rollen van de verschillende actoren zoals de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. Mevrouw Leijten zei dat het vanzelfsprekend moet zijn dat de cliënt centraal staat. Dat onderstreep ik. Haar opmerking dat dit sluitstuk in feite het primaire begin had moeten zijn, onderstreep ik ook, maar daarbij maak ik wel de kanttekening dat dit ook zo is geweest. Deze wettelijke precisering van rechten mag daarop niet in mindering worden gebracht.

De staatssecretaris en ik hebben onze eigen accenten gelegd in het verlengde van het beleid dat in het verleden is gevoerd. Die accenten hebben onder andere te maken met de betaalbaarheid van de zorg, de krapte op de arbeidsmarkt, de schaarste aan personeel. Dit thema is door verschillende genoemd. Als je de rechten op papier hebt geformuleerd, is de zorg nog niet per definitie verbeterd. Integendeel. Als op de arbeidsmarkt schaarste ontstaat en er zijn grote personeelstekorten in de zorg, dan kun je één ding voorspellen en dat is dat je heel weinig kunt met de rechten die hier zijn vertolkt. Dat is een reden temeer om in de randvoorwaardelijke sfeer te blijven investeren in de arbeidsmarkt. Een derde thema dat voor ons van belang is, is kwaliteit en veiligheid. Daar hebben wij grote prioriteit aan gegeven. Ik kom er zo meteen nog op terug. Transparantie is van betekenis, want daardoor weten patiënten waar de beste zorg wordt geleverd. Zowel in de cure als in de care worden op dit gebied activiteiten ondernomen. Dat geldt ook voor de veiligheid. Er werd al gerefereerd aan een aantal rapporten van de inspectie. Deze hebben alleszins te maken met onze mening dat veiligheid een primair aandachtspunt dient te zijn.

De vierde pijler van ons beleid is de versterking van de positie van de cliënt. Het is uitdrukkelijk de bedoeling dat de ontwikkelingen die wij in gang hebben gezet, met name rondom kwaliteit en veiligheid, spiegel-

beeldig uitmonden in de versterking van de positie van de cliënt en zijn of haar rechten. Deze wetgeving moet daarom als een staatsstuk worden gezien van onze ambitie om de transparantie van de kwaliteit te verhogen, de veiligheid beter te garanderen en deze vervolgens in de vorm van aanspraken van de patiënten te preciseren. Dat wordt althans met dit wetsvoorstel beoogd.

Hierop wil ik in algemene zin ingaan voordat ik de specifieke vragen beantwoord. De staatssecretaris en ik hebben de taak verdeeld. Ik ga in op de bereikbaarheid, de keuze-informatie, kwaliteit en ketenzorg, klachten en geschillen. De staatssecretaris zal spreken over de WGBO-rechten, de medezeggenschap en het goede bestuur.

Mevrouw Vermeij vroeg in hoeverre een analyse ten grondslag ligt aan deze voorloper op de wetgeving die wij beogen. Wij krijgen min of meer een analyse in de schoot geworpen door de voorbeelden die de Kamerleden hebben gegeven van voorvallen in hun nabije omgeving. Ik vond het verhaal van de heer Zijlstra over zijn collega binnen de VVD-fractie toch wel een beetje schokkend. Ik hoor ook met enige regelmaat verhalen over een gebrek aan afstemming. Mensen klagen dat zij bij verschillende artsen telkens hetzelfde verhaal moet houden, maar dat het zover gaat dat men überhaupt weigert om informatie op te vragen of toe te sturen voordat daarom wordt gevraagd, dat gaat toch wel heel ver. Het illustreert op een perfecte manier dat de overheid aan zet is om dit soort uitwassen weg te nemen.

Behalve de voorbeelden die wij in onze omgeving kennen, liggen ook rapporten ten grondslag aan deze voorloper. Zo-even wees mevrouw Agema al op de leemtes in het klachtrecht. De afgelopen jaren is een keur aan rapporten uitgegeven, waarin daar ook op wordt gewezen. De inspectie heeft in 2006 in de Staat van de gezondheidszorg gewezen op een gebrekkige afstemming tussen zorgaanbieders bij ketenzorg, op de klachtenprocedure en de informatievoorziening aan cliënten. Toen ik vorig jaar in Amerika was en wij een wetenschappelijk onderzoek voorgeschooteld kregen waarin landen werden vergeleken, sprong Nederland er heel goed uit, behalve op één punt. Dat betrof de samenhang in de zorg, de afspraken die gemaakt worden en de gebrekkige elektronische uitwisseling van gegevens tussen de eerste en tweede lijn en binnen de eerste lijn. De kwaliteit van de zorg in Nederland stond met top bovenaan, maar op de genoemde onderdelen schoot Nederland dus stellig tekort. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) heeft gewezen op knelpunten die een sterke positie van de cliënt in de weg staan. In die analyse gaat de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg vooral in op de informatie aan cliënten. Het CPB heeft daar een paar jaar geleden ook op gewezen en gezegd dat het zorgstelsel zeker niet zal functioneren zoals de bewindspersonen en de politieke partijen toen voor ogen stond, tenzij informatie wordt ontsloten en verschillen inzichtelijk worden gemaakt. De NZa heeft daar ook op gewezen. Zij is immers de marktmeester. En wat heb je aan inzicht in prijsverschillen als je daar vervolgens niet de kwaliteitsverschillen naast kunt leggen, want dan heb je in feite maar een zeer gebrekkige input voor je keuze-informatie.

Ook uit onderzoeken van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) blijkt dat cliënten lang niet tevreden zijn over de manier waarop hun klachten worden afgehandeld en dat verbeteringen nodig zijn. Dan zijn er nog onderzoeken naar de medezeggenschap die duiden op lacunes in de financiering van de cliëntenraden en de positie van de cliëntenraden binnen de verschillende zorginstellingen. Onder deze aanpak ligt dus wel degelijk een keur aan rapporten die wijzen op lacunes.

De staatssecretaris en ik willen lering trekken uit deze analyses. Wij constateren dat er voldoende aanleiding is om een herziening van de rechtspositie van de cliënt tot een belangrijk thema te verheffen. Uit de toonzetting van onder meer mevrouw Vermeij, de heer Zijlstra en

mevrouw Willemse constateer ik dat dit breed wordt onderschreven. Dat bleek overigens ook wel uit de toonzetting van de dames Agema en Leijten, maar zij missen een aantal rechten of hebben twijfels bij de effectivering daarvan. Daarop kom ik nog terug.

Wij willen graag dat cliënten en zorgaanbieders een grotere vrijheid krijgen om de zorg te kiezen die past bij hun behoefte. Om dat te bereiken, willen wij de positie van de patiënt versterken en aanbieders meer ruimte geven. Ik denk dat wij in dat opzicht op de goede weg zijn. De driehoek in de zorg is bekend: de cliënt, de aanbieders en de verzekeraars. In de Zorgverzekeringswet is de relatie tussen verzekerde en verzekeraar geregeld. Met het oog op goede zorg voor alle verzekerden is in de vorige kabinetsperiode al voor de ordening gekozen. Wij kennen onder andere de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgtoeslag. Met het oog op de solidariteit is de relatie tussen verzekeraar en verzekerde naar mijn mening redelijk geborgd.

De Wet marktordening gezondheidszorg is de tweede poot van de driehoek. Hierin wordt de relatie tussen de aanbieder en de verzekeraar geregeld. De bekostiging op basis van producten en diensten, die ook gerealiseerd zal worden via het zorgzwaartepakket en de AWBZ, en de vrije prijsvorming in de cure moeten gaan bijdragen aan een betere zorg voor de cliënt. Zij moeten de verzekeraar in staat stellen om bij de zorginkoop en de contracten die worden gesloten ook kwaliteit als leidraad te nemen. Ook daarom is keuze-informatie van belang.

Als sluitstuk doen wij nu voorstellen die zijn gericht op de verbetering van de relatie tussen cliënt en zorgaanbieder. Het is mijn stellige overtuiging dat de versterking van de positie van de cliënt bijdraagt aan de verbetering van de kwaliteit van de zorg. Als cliënten meer keuze-informatie hebben en als een deel van de cliënten daarvan gebruikmaakt om daadwerkelijk anders te kiezen, dan stimuleert dat aanbieders om betere en meer passende zorg te bieden. De transparantie werkt dus ook in de relatie tussen de aanbieder en de patiënten. Als cliënten individueel en als groep gemakkelijker hun wensen over de kwaliteit van de zorg kunnen uiten, zal dat ook effect hebben op de kwaliteit van de zorgverlening. De cliënt heeft recht op zorg van goede kwaliteit. Die zorg moet in de nabijheid van de cliënten en in effectieve ketens worden georganiseerd.

Mevrouw **Leijten** (SP): De keuze van de cliënt, van de patiënt, verbetert de kwaliteit. Wij hebben toch de inspectie voor de kwaliteit? Wij hebben toch kwaliteitswetgeving? Daarin wordt toch bepaald aan welke kwaliteitsnormen de zorg moet voldoen? Zolang daaraan niet wordt voldaan, is op dit vlak een rol voor de inspectie weggelegd. Het mag niet voorkomen dat het perspectief op keuze voor de patiënt leidt tot een plicht tot keuze terwijl er geen kwaliteit is en dat achteraf wordt gezegd: jammer dat u slechte zorg heeft gekregen, mijnheer Klink, dan had u maar beter moeten kiezen.

Minister **Klink**: De plicht tot keuze is geen keuze. Dat spreekt elkaar tegen. Kwalitatief goede zorg dient over de gehele linie gewaarborgd te zijn. Met dat punt in het betoog van mevrouw Leijten ben ik het wel eens. Geen enkele zorgaanbieder mag door de bodem heen zakken. Die bodem is natuurlijk van belang. Ik benoem die maar even met de term «veiligheid». Voor die veiligheid zal de inspectie moeten instaan. Sterker nog, als de inspectie één ding moet doen, dan is dat naar mijn stellige overtuiging dat zij de normen die met veilige zorg te maken hebben, nader moet preciseren en benoemen en daarop beter moet gaan handhaven. Dat legt als het ware een bodem op het niveau van de kwaliteit waar niemand doorheen mag zakken, anders zullen sancties volgen van de inspectie. Boven deze minimumnorm kan de kwaliteit wel degelijk verschillen. Dat weten wij ook. Dat zie je zelfs aan sterftecijfers, maar je ziet het ook bij hersteloperaties. Deze verschillen zullen zich specifiek per aandoening aftekenen.

Dan is het niet meer dan normaal dat een patiënt mag weten welke arts beter is in het behandelen van bijvoorbeeld staar, of welk verpleeghuis beter is in het bestrijden van decubitus en dat mede op basis daarvan keuzes worden gemaakt door patiënten. Als deze zaken transparant worden, zullen ook de zorgaanbieders zelf elkaar onderling vergelijken en daar lering uit trekken. Zo houdt men elkaar scherp. Ten slotte zijn het de zorgverzekeraars die op basis van die kwaliteit hun zorginkoop of andere vormen van sturing hanteren om iedereen naar een hoger niveau van kwaliteit te tillen. Die veiligheid moet gegarandeerd zijn. Van alle verschillen die zich daarboven aftekenen moet de patiënt kennis kunnen nemen zodat hij op basis daarvan keuzes kan maken.

Mevrouw **Leijten** (SP): Er is dus geen keuzeplicht, maar keuze leidt wel tot kwaliteit. Ik vind dat hier echt iets wringt. De bodem is de veiligheid, maar de kwaliteit, bijvoorbeeld af te leiden uit sterftecijfers, gaat omhoog door de keuze. Als men ergens een goede werkwijze heeft, dan gaat het toch om uitwisseling en toch niet om de keuze van de patiënt? Je kunt toch niet tegen de nabestaanden zeggen dat de patiënt maar anders had moeten kiezen en ergens naartoe had moeten gaan waar het sterftecijfer lager is? Dat kan toch niet het gevolg zijn?

Minister **Klink**: De strekking van mijn betoog is dat de veiligheid gegarandeerd moet zijn. Daar ziet de inspectie op toe. Ik wil daar ook normen voor hanteren. Je ziet ook dat sterftecijfers soms verbonden zijn met de mate waarin men een aandoening behandelt, met het volume en de routines die daarmee zijn gemoeid. Ik wil dat de inspectie daar meer en meer normen voor ontwikkelt. Daar is zij ook mee bezig en dat zal ook worden voortgezet. Boven de minimumnorm zitten grote verschillen en dat mag de patiënt weten zodat hij keuzes kan maken. Dat is niet alleen maar ten behoeve van de individuele patiënt. Dat is primair, maar dat is ook ten behoeve van het algemene kwaliteitsniveau, want dat tilt het geheel op.

Mevrouw **Willemsse-van der Ploeg** (CDA): De minister spreekt over een bodemkwaliteit die gegarandeerd moet zijn. Aan kwaliteit hangt een prijskaartje. Een bodemkwaliteit heeft de prijs x. Lopen wij dan niet het risico dat zorgverzekeraars gaan contracteren op die bodemprijs? Die is immers verantwoord. Dat is bij de geneesmiddelen ook zo. Het goedkoopste middel dat goed is, wordt voorgeschreven. Hoe ziet de minister er dan op toe dat mensen binnen de verzekering en keuzes ook een hogere kwaliteit kunnen eisen?

Minister **Klink**: De ontwikkeling bij zorgverzekeraars gaat een totaal andere richting uit. Men vindt kwaliteit buitengewoon belangrijk. Die brengt men in kaart en op basis daarvan wordt gecontracteerd. Voor zover er al een relatie is tussen kwaliteit en prijsniveau, is die relatie eerder omgekeerd. Gaandeweg is toch wel duidelijk dat een hogere kwaliteit ook vaak doelmatiger is. Hersteloperaties zullen bijvoorbeeld minder plaatsvinden als goed wordt geopereerd en behandeld. Die relaties zijn dus veel minder contrair dan vaak wordt verondersteld. Ik ben nog geen enkele zorgverzekeraar tegengekomen die een goedkope polis wilde aanbieden met de kwalitatief minst volwaardige zorg omdat dit goedkoper is. Ik ken die relaties eerlijk gezegd niet. Als die er wel zou zijn, zouden enorm veel alarmbellen moeten gaan rinkelen, maar zover is het niet. Nogmaals, ik zie een tegengestelde beweging. Ik ga zo meteen nog wel even in op de transparantie van de zorg bij trajecten die op dit moment door de inspectie in samenspel met het veld in gang zijn gezet. Ik doel nu op Zichtbare zorg en op tachtig aandoeningen. Parallel daaraan hebben de verzekeraars bijvoorbeeld voor de ggz en anderszins kwaliteitsindicatoren opgesteld om aan hun verzekerden te laten zien dat zij optimale zorg contracteren.

Het is wel waar dat wij overgaan van een cultuur van verondersteld vertrouwen naar een cultuur van verdiend vertrouwen. Vroeger vond men – ik zie dat bij de iets oudere generatie – dat een arts een arts is en dat die arts kwaliteit vertegenwoordigt. Zo is het simpelweg niet. Er zijn grote verschillen in kwaliteit tussen artsen, tussen ziekenhuizen en tussen afdelingen van ziekenhuizen. Onlangs las ik nog in het NRC Handelsblad dat medisch specialisten tegen hun familieleden zeggen «als ik het wist, zou ik nooit naar X gaan». Ik vind dat dit soort informatie niet alleen maar bij de intimi bekend dient te zijn, maar bij de patiënt in algemene zin. Ik zie niet wat daar mis mee is. Integendeel.

Voorzitter. Ik ga nu in op de verschillende rechten en op enkele vragen die daarover zijn gesteld. Ik ga eerst in op de bereikbaarheid en de beschikbaarheid. Om het mogelijk te maken dat cliënten kunnen kiezen, is het noodzakelijk dat zorg bereikbaar en beschikbaar is en dat voldoende keuze-informatie voorhanden is. In ons land is er een grote mate van dichtheid van eerstelijnszorg, maar zeker ook van ziekenhuiszorg en langdurige zorg. Dat is een van de kenmerken van ons land. Dat vind ik belangrijk en dat moet ook zo blijven. Toen wij afgelopen jaar met elkaar discussieerden over de fusies en de criteria die daarbij gelden, heb ik om die reden aangegeven dat ik een marktmacht van 50%, die de NMa hanteert, vrij veel vind. Ik zou liever zien dat dit bij 30% ligt, vanwege de beschikbaarheid van de zorg en omdat je elkaar dan scherp houdt en er geen regionale monopolies ontstaan.

Deze beschikbaarheid van zorg is in eerste instantie een zaak van verzekeraars. Mevrouw Vermeij maakte daar een opmerking over. Het recht op zorg is geregeld in de Zorgverzekeringswet en in de AWBZ en wel in die zin dat een zorgverzekeraar een zorgplicht heeft ten overstaan van zijn verzekerden. In het kader van de versterking van de positie van de cliënt in de zorg, span ik mij daarnaast extra in voor de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg.

Toch ga ik nog even in op de beschikbaarheid van de niet acute zorg. Gisteravond spraken wij over de IJsselmeerziekenhuizen. In dit concrete geval is het de vraag in hoeverre de IJsselmeerziekenhuizen noodzakelijk zijn voor het behoud van de continuïteit van de zorg, waarvoor ik verantwoordelijk ben. Dat brengen wij op dit moment in kaart. Het blijkt dat er schimmigheid is over het antwoord op de vraag of de rijksoverheid aan zet is of de verzekeraar. Daarbij doel ik op het proces naar een fatsoenlijke afweging, ook tegenover het personeel, bij de vraag hoe en op welke wijze wij de continuïteit van de zorg het beste kunnen garanderen. Ik voel mij wel getriggerd door de vraag van mevrouw Leijten: waar kan een patiënt zijn recht halen op het gebied van beschikbaarheid van acute zorg, continuïteit en bereikbare zorg? Ik vind dat dit aspect in eerste aanleg dient te liggen bij de zorgverzekeraar. In het kader van dit wetgevingstraject ga ik bekijken in hoeverre de schimmigheid die er nu nog een beetje is, kan worden weggenomen. Dat zou dus betekenen dat je mede op basis van je zorgpolis een recht kunt doen gelden op bereikbare zorg, met wellicht een hardheidsclausule. Ook nu kunnen de 45 minuten die voor acute zorg staan immers niet over het hele land gerealiseerd worden, tenzij wij inboeten op de kwaliteit van de zorg omdat er dan ergens een ambulance staat met iemand die een half jaar niks te doen heeft en dan ineens één patiënt krijgt. Men kan van mij aannemen dat de kwaliteit van de betrokkene dan zienderogen naar beneden gaat. Dat soort hardheidsclausules moet er dan dus wel zijn. Ik gaf zo-even aan dat wij hier de relatie regelen tussen de zorgaanbieder en de patiënt, maar de vraag van mevrouw Leijten is gerechtvaardigd. Die heeft betrekking op de relatie tussen de patiënt en de verzekeraar. Dat aspect betrekken wij bij de nadere vormgeving van de wet.

Ook bij de acute zorg geldt de minimumnorm van veiligheid. Je hebt recht op zeven keer 24 uur spoedeisende hulp. Dat geldt ook voor de bereikbaarheid van de huisarts, zeker als het om acute hulp gaat. Wij verkennen

nu – het is een illustratie van de minimumnormen die ik van betekenis vind – in hoeverre er een wettelijke plicht kan komen om bereikbaar te zijn. De keerzijde, het spiegelbeeld, daarvan is vervolgens het recht van de patiënt om daar aanspraak op te maken. Dat geldt ook voor de huisarts. Daarbij loop je wel aan tegen iets wat mevrouw Vermeij en de heer Zijlstra ook noemden: in hoeverre kan bestuursrechtelijke handhaving door de inspectie samenlopen met het claimen van het recht door de patiënt? Dat kan samenlopen, want je kunt wel degelijk gebruikmaken van je klachtenrecht, zeker als het om zorginstellingen gaat, en van een geschillencommissie, ook al gaat het daarbij om een norm waarop de inspectie dient toe te zien. Die twee kunnen parallel gaan. Sterker nog, die kunnen elkaar versterken.

Mevrouw Vermeij vroeg of ik een individueel afdwingbaar recht op acute zorg opneem in de wet. Op grond van de zorgplicht heeft de verzekeraar te allen tijde de plicht zich ervan te vergewissen dat acute zorg voor de cliënt geregeld is. Daarmee is het wat mij betreft een individueel afdwingbaar recht. Dat zullen wij nader preciseren in de wetgeving tegen de achtergrond van de schimmigheden die ik zo-even noemde.

Mevrouw Willemse vroeg hoe het kabinet gaat regelen dat de zorg tijdig wordt geleverd, zonder lange wachttijden of wachttijsten. Ik teken daar nu alvast bij aan dat een en ander sterk afhankelijk is van het aanbod van personeel. Mevrouw Agema wees al op de kraamzorg en de thuiszorg en de problemen die zich daar voordoen. Gisteren was op teletekst te lezen dat de metaalsector grote personeelstekorten heeft. Er is ook een tekort aan verpleegkundigen in operatiekamers. Ook daar tekenen zich problemen af. Wij zagen het al bij de kraamhulpen. Een van de speerpunten van de staatssecretaris en mij, en van het hele kabinet, is daarom om het aanbod te versterken. Sterker nog, dit was een van de redenen waarom in de vorige kabinetsperiode zo'n punt werd gemaakt van VUT, prepensioen en dergelijke en van het arbeidsmarktbeleid. Ik wil de vertegenwoordiger van de SP uitnodigen om niet alleen te wijzen op de effecten en de symptomen van het gebrek aan aanbod en personeel, maar ook in arbeidsmarkttermen mee te denken over de vraag hoe dat aanbod kan worden gestimuleerd. Dat lijkt mij een zeer belangrijk punt. Dat bedoel ik niet om partijpolitiek te zwartepieten, maar hier ligt een megaopgave voor de politiek, anders gaat de verzorgingsstaat over de hele linie door de benen. Dit probleem doet zich immers niet alleen voor in de zorg, maar ook in het onderwijs en anderszins.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dan wil ik de minister toch vragen om in te gaan op het aspect personeel en daarvoor geld beschikbaar te stellen. Het kabinet wilde 5000 tot 6000 extra medewerkers genereren door 250 mln. extra beschikbaar te stellen, maar het Centraal Planbureau heeft op basis van onze tegenbegroting aangegeven dat voor 2009 5000 tot 6000 extra medewerkers heel goed mogelijk zijn. Het kabinet maakt daarvoor niet de 250 mln. extra vrij. In hoeverre benut de minister alle mogelijkheden die hij heeft om meer personeel voor deze arbeidsmarkt te werven?

Minister **Klink**: Vandaag spreken wij in feite niet hierover, maar over de patiëntenrechten. Het is wel van belang om het volgende te constateren. Toen dit probleem zich in 2001 voor het eerst voordeed, bleek dat incidenteel. Straks zal dat door de demografische ontwikkeling structureel worden. In 2001 was er een enorme hoogconjunctuur, waardoor er gebrek was aan personeel. De implicatie daarvan was dat bijvoorbeeld in de metaalsector vrij veel salaris werd geboden. Vervolgens moest de heer Zalm met 9 mld. gaan bijpassen om de collectieve sector op hetzelfde peil te krijgen. Als wij haasje-over gaan krijgen tussen verschillende sectoren langs de lijn van het verhogen van salarissen, dan garandeer ik u dat dit buitengewoon veel gaat kosten. Onze economie zal dat niet kunnen dragen en het effect is dat wij op een hoger niveau van salarissen

hetzelfde probleem houden. Er is dus iets anders nodig en dat is een arbeidsmarktbeleid dat ervoor zorgt dat deze sectoren aantrekkelijk blijven om in te werken. Daarover ben ik het met mevrouw Leijten en mevrouw Willemse eens. Tegelijkertijd zullen wij in de sfeer van opleidingen en sociale zekerheid en dergelijke een extra impuls aan het aanbod moeten geven. Anders zullen deze problemen gegarandeerd ontstaan.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dit is geen antwoord op mijn vraag. Het Centraal Planbureau heeft becijferd dat het mogelijk is om naast alle plannen die de regering heeft gepresenteerd, ook in de arbeidsmarktbrief van 2007, ervoor te zorgen dat in 2009 5000 tot 6000 extra medewerkers in de zorg gaan werken. Dat kost 250 mln. Waarom doet de minister dat niet? Waarom gaat er wel 275 mln. extra naar de Vogelaar-wijken, waarom gaat er wel 262 mln. extra naar ontwikkelingssamenwerking, waarom gaat er 180 mln. extra naar de illegalen en de asielzoekers van Albayrak en waarom wordt niet 250 mln. besteed voor het realiseren van 5000 tot 6000 extra medewerkers in de zorg? Volgens het Centraal Planbureau moet dat mogelijk zijn.

Minister **Klink**: Wij doen al vrij veel. Wij investeren in het Zorginnovatieplatform om op die manier de arbeidsproductiviteit te verbeteren. Daardoor hebben wij minder mensen nodig en worden de mensen die in de zorg werken minder belast. Dat maakt het werk dus aantrekkelijker. Daarnaast investeren wij in het stagefonds. De staatssecretaris voert daarop primair het beleid; zij kan hierover wellicht iets zeggen. Mevrouw Agema kan dus niet volhouden dat dit kabinet daar niet aan werkt. Ik wijs alleen maar op een algemene problematiek. Mijn stelling is dat wij er met geld alleen niet uit zullen komen. Er is arbeidsmarktbeleid nodig. Met rechten alleen kom je er niet. Er zal een breed randvoorwaardelijk beleid moeten zijn, willen wij de kwaliteit in de zorg kunnen realiseren en wachtlijsten kunnen vermijden.

Mevrouw **Leijten** (SP): De opmerking van de minister dat de SP mee moet denken over het arbeidsmarktbeleid, laat ik even liggen, want als er een partij is die daartoe partijvoorstellen heeft gedaan, dan was dat zeker de SP. Wij stellen hierover ook veel vragen. Er wordt niet eens om salarisverhoging gevraagd. Heel veel mensen in de zorg strijden juist tegen salarisverlaging. Maar dat laat ik even buiten beschouwing. Bij de zeven patiëntenrechten mis ik het recht op goed opgeleid personeel. Ik heb gevraagd of de minister daarop wil ingaan. Dan heb ik het nog niet eens over de naderende tekorten.

Minister **Klink**: In dit land word je niet zomaar huisarts, arts, chirurg of verpleegkundige. Aan die beroepen ligt een opleiding ten grondslag en daaraan zijn eisen verbonden. Deze minimumeisen garanderen in elk geval dat het personeel goed is opgeleid. Daarin is dus voorzien.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het is aan de instelling om te bepalen hoe het personeel wordt ingezet op afdelingen in ziekenhuizen of in een gehandicapteninstelling of in verpleeg- en verzorgingshuizen. Als je zorg krijgt, via een AWBZ-indicatie of via de Zorgverzekeringswet, mag je er toch van op aan kunnen dat is gegarandeerd dat opgeleid personeel aanwezig is.

Minister **Klink**: Ik zei al dat aan de opleiding eisen worden gesteld. Tegelijkertijd is het doen van medische verrichtingen voorbehouden aan daartoe gekwalificeerd personeel. Dat geheel garandeert dat toereikende zorg wordt geboden. Blijft staan dat de verleiding groot is – of het is bittere noodzaak, want je wilt wel handen aan het bed – om soms in te boeten op de kwaliteitseisen die aan het personeel worden gesteld als

zich een schaarste aftekent. Dat zie je in de zorg en in het onderwijs. Om die reden moeten wij de druk op de kwaliteit en de kwalificatie van het personeel zien te vermijden.

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Ik begrijp dat het arbeidsmarktbeleid door beide bewindslieden maximaal wordt benut om ervoor te zorgen dat er voldoende mensen in de zorg zijn. Als ik straks recht heb op beschikbare, bereikbare en tijdige zorg, wanneer ontstaan er dan fricties als ik mijn recht wil laten gelden? Wanneer kunnen zorginstellingen zich daar misschien onterecht achter verschuilen? Wat gebeurt er dan en wie ziet daarop toe? Straks kan de stelling dat er geen personeel is, als middel worden gebruikt. Een klant kan dat niet achterhalen of overzien. Dat is ook niet de taak van de klant. Wanneer kan hij dan toch zijn recht op tijdige, beschikbare zorg laten gelden?

Minister **Klink**: Wij kennen op dit moment de Treeknormen, die min of meer de toegestane wachttijden aangeven. Wij willen gaan garanderen dat patiënten, verzekeraars en zorgaanbieders inzicht kunnen krijgen in de wachtlijsten. Op basis daarvan kunnen personen zelf bepalen van welke zorgaanbieder zij de zorg willen afnemen. Dat geeft ook ruimte aan de zorgverzekeraars om daar bij de inkoop rekening mee te houden. Wij willen ook ruimte creëren voor het toetreden van nieuwe zorgaanbieders. Om die reden zullen wij de toelatingsprocedures afschaffen en willen wij ons louter beperken tot de borging van kwaliteit en goed bestuur. Mevrouw Vermeij vraagt of ik heb overwogen om een norm voor de bereikbaarheid van huisartsenzorg op te nemen in de nieuwe wet. Ik gaf al aan dat de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) zijn gevraagd om heldere normen voor te stellen voor de fysieke en telefonische bereikbaarheid van huisartsenzorg. Ik heb hun gevraagd ons in maart te informeren over de stand van zaken van deze ontwikkeling. In een latere fase zal ik bezien of het wenselijk is om in de wet normen op te nemen voor de bereikbaarheid van huisartsenzorg. Om ervoor te zorgen dat de beschikbaarheid van zorg ook in de toekomst goed blijft, zullen wij de continuïteit van de zorg bewaken. Ik wees al op de IJsselmeerziekenhuizen en de discussie die wij daarover gisteren hadden. VWS heeft de Nederlandse Zorgautoriteit gevraagd om een early warning systeem op te zetten voor de instellingen die in financiële problemen dreigen te komen, zodat wij tijdig weten in hoeverre wordt ingeteerd op de continuïteit van de zorg en wij financiële steun kunnen verlenen via de NZa. Hierbij is overigens wel de vraag aan de orde waar het College sanering zorg zal worden ondergebracht, bij de NZa of de IGZ. Het early warning systeem wordt namelijk door het College sanering zorg ontwikkeld. Wordt het de inspectie, dan wordt het systeem bij de inspectie ontwikkeld en door haar nader geïmplementeerd. Het is wel de NZa die financiële handreikingen doet als instellingen in de problemen komen. Om je daarvoor te kwalificeren gelden weer allerlei condities. Het early warning systeem komt er dus wel en zal uiteindelijk de continuïteit van de zorg moeten borgen, waar dan ook neergelegd. Vervolgens kom ik te spreken over de keuze-informatie. Het recht op keuze tussen zorgaanbieders ligt besloten in de verzekeringswetgeving. Om te kunnen kiezen, moet je een goede kwaliteitsinformatie hebben. Ik wees al op het project Zichtbare zorg, dat nu ontwikkeld wordt door de IGZ. De Zorgautoriteit zal uiteindelijk gaan toezien op de naleving, in die zin dat er inzicht is in de prestaties en dat die ook openbaar worden gemaakt. Dat is een onderdeel van de marktordening. Daarnaast willen wij dat de cliënt van de zorgaanbieder kan verlangen dat deze op een begrijpelijke en betrouwbare manier informatie verstrekt over de prestaties en ervaringen. Via het traject van Zichtbare zorg willen wij voor 80 aandoeningen inzichtelijk maken hoe de kwaliteit is. Tevens willen wij de patiënt het recht

geven om bij de specifieke zorginstellingen die hen voor ogen staat, de informatie op te vragen. Dat is een recht dat vervolgens geëffectueerd kan worden ten overstaan van die zorgaanbieder. Het recht op die informatie is dus af te dwingen.

De minister krijgt bovendien de mogelijkheid duidelijke regels te stellen aan de vorm en inhoud van de kwaliteitsgegevens. Die gegevens moeten vergelijkbaar zijn, zodat je weet waar je aan toe bent. Keuzevrijheid mag volgens mevrouw Willemse geen bureaucrativering uitlokken. Dat ben ik met haar eens, maar om te kunnen kiezen is het noodzakelijk dat je vergelijkbare keuze-informatie hebt. Dat stelt eisen aan het registreren en etaleren van informatie die naar boven komt. Dat kan niet anders dan met een zekere mate van regelgeving gepaard gaan.

De informatie moet gevalideerd, vergelijkbaar en openbaar zijn. Punt van aandacht is dan wel dat die informatie er komt en dat duidelijk is wie de regie heeft bij welk proces. Een van de punten die ik in deze wetgeving meeneem, is de vraag in hoeverre wij zorginstellingen daadwerkelijk zullen verplichten om in 2011, oplopend tot die 80 aandoeningen, die informatie daadwerkelijk te bieden. Dat zou een extra stimulans en drang zijn in de richting van het veld om daadwerkelijk te werken aan de informatie.

Dan de kwaliteit. Cliënten krijgen een individueel afdwingbaar recht op verantwoorde zorg. Zorg moet veilig zijn, zo veilig dat er geen enkele vrijblijvendheid bij past. Dat is de reden waarom wij vorig jaar een programma inzake patiëntveiligheid zijn gestart naar aanleiding van het rapport over onnodige schade in de gezondheidszorg. Zorgaanbieders moeten zorg leveren volgens evidence-basedrichtlijnen. Wij willen dat het cliëntenperspectief is verdisconteerd in die richtlijnen. Zij zijn primair van belang voor de beroepsbeoefenaren en voor het toezicht. De inspectie kan immers normen afleiden uit de richtlijnen die ontwikkeld zijn door degenen die echt deskundig zijn; dat zijn in de regel de specialisten en de wetenschappelijke verenigingen. Die normen ontleen zij dus bij voorkeur aan door het veld zelf geformuleerde richtlijnen en zorgstandaarden. Die richtlijnen komen in overleg met de patiëntenorganisaties tot stand. De totstandkoming ervan gaat mij overigens niet snel genoeg. Ik wil daar zeker een impuls aan geven, zonder het initiatief te willen overnemen van de veldpartijen en de wetenschappelijke verenigingen en de specialisten. Het is eerst hun verantwoordelijkheid om de kwaliteit van de zorg op peil te houden, maar ik wil ze daar wel bij gaan helpen en faciliteren. Dat is een van de redenen waarom ik in de loop van dit jaar met een brief wil komen over een regie-orgaan voor de kwaliteit van de zorg. Vanuit dit orgaan zullen wij een impuls geven aan het tempo maken met betrekking tot die richtlijnen. Een punt van aandacht daarbij is nog dat, als die richtlijnen er eenmaal zijn, het van belang is te weten in hoeverre men richtlijnconform optreedt. Je ziet namelijk grote verschillen tussen regio's wat betreft praktijkvariatie. Dat kan wijzen op onderbehandeling of overbehandeling in een bepaalde regio. Door die informatie naar boven te tillen, kan dat inzicht geven aan de patiënten, de zorgaanbieders en de verzekeraars.

Mevrouw **Leijten** (SP): Wat vindt de minister van de suggestie van de SP dat, als er sprake is van een schade na een behandeling, al dan niet verwijtbaar, de instelling of het ziekenhuis bij de toetsing moet aantonen dat deze alles in het werk heeft gesteld om goede zorg te verlenen en dus naar de richtlijn heeft gehandeld?

Minister **Klink**: Een zorginstelling moet een calamiteit sowieso melden aan de inspectie. Indien de inspectie er werk van maakt, zal die instelling moeten aantonen dat zij er alles aan heeft gedaan om schade te vermijden. Dat is eigenlijk vanzelfsprekend.

Dan het punt van de afstemming. Kwalitatief goede zorg is steeds vaker ketenzorg. Ik vind het van het grootste belang dat zorg waar nodig en behulpzaam voor cliënten in ketens wordt georganiseerd. Cruciaal is dat deelnemers in de ketens onderling afspraken maken. Zonder afstemming is er geen verantwoorde zorg. Dat er op het gebied van afstemming nog veel te verbeteren valt, leert het recente rapport van de inspectie over het peroperatieve proces. Driekwart jaar geleden zagen wij ook problemen rond het postoperatieve proces. Nu gebeurt er al vrij veel om de afstemming in de ketens te verbeteren maar er valt ook nog wel het nodige te doen. Wij zijn wel bezig met het ontwikkelen van zorgstandaarden die in feite samenhangende zorg indiceren. Ik noem bijvoorbeeld de diabeteszorg, waarbij diëtisten, internisten, huisartsen en dergelijken beter samenwerken. Wij stimuleren dat. Het zal een van de speerpunten zijn voor de komende jaren om bij chronische aandoeningen via zorgstandaarden te preciseren welke zorg verantwoord is. Door de staatssecretaris en mijzelf zal ook sterk gewerkt worden aan herijking van de bekostiging ter zake. Nu is die bekostiging versnipperd tussen eerste en tweede lijn, waardoor vaak ook de zorg zelf versnipperd is. Dus via zorgstandaarden en een herijking van de bekostiging willen wij een impuls geven aan de samenhangende zorg, waarbij de patiënt ook weet dat hij recht heeft op die samenhangende zorg en hij via de kwaliteitsindicatoren op de hoogte is van wie de beste zorg levert.

Het is ook van belang dat de ketenzorg zich voldoende aftekent. Het peroperatief proces geeft namelijk aan dat die onvoldoende geborgd is. De voorbeelden van de heer Zijlstra geven aan dat het ook tussen zorgaanbieders vaak helemaal niet goed loopt. Om die reden vinden wij dat zorgaanbieders in de keten afspraken moeten maken over de volgorde en de aansluiting van werkzaamheden en over wie waarop aanspreekbaar is voor de patiënt, wie welke informatie geeft aan de patiënt en waar de cliënt terecht kan met zijn klacht. Om zorgaanbieders ertoe te bewegen om over de wijze van zorgverlening onderling goede afspraken te maken, wil ik bepalen dat de cliënt ieder van die zorgaanbieders kan aanspreken en aansprakelijk kan stellen indien er onvoldoende afstemming is geweest. Daarmee voorkom je dat de cliënt moet gaan uitzoeken waar uiteindelijk de schuld lag op het moment dat de communicatieproblemen tussen artsen en medisch deskundigen er waren. Door onderling verhaalsrecht kunnen de zorgaanbieders dan zelf onderling verder uitvechten waar het probleem precies lag, maar elke afzonderlijke arts in de keten van zorg is voor de cliënt aanspreekbaar op het moment dat sprake is van gebleken gebrekkigheid van afstemming. Wij bezinnen ons nog op de vraag of de huisarts een rol krijgt in laatste instantie als het gaat om kwetsbare cliënten die niet snel achter die afstemming kunnen aanjagen. Dan zal er iemand moeten zijn die zich bekommert om de patiënt en de afstemming van de zorg. Dat zullen wij bij de nadere invulling van de wetgeving preciseren.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Dat klinkt heel goed, maar als dit wordt vervat in een wet, dan betekent dat nogal wat, ook voor het veld. Wat betreft die keten gaat er in dit land namelijk erg veel mis. Als patiënten ineens een verhaalsmogelijkheid krijgen, dan heeft dat behoorlijk stevige gevolgen.

Minister **Klink**: Het voorbeeld van de heer Zijlstra is wellicht goed gekozen. Als artsen over en weer niet goed afstemmen, dan is ieder op zichzelf aanspreekbaar op het feit dat men zich niet vergewist heeft van het feit dat er informatie was die voor deze specifieke arts relevant was om een patiënt goed te behandelen. Als hij zich daar niet van vergewist heeft, kom de aansprakelijkheid te liggen bij betrokkene. Op het moment dat er dan schade ontstaat, is wel die persoon aansprakelijk en daarop aanspreekbaar. Vervolgens zal men onderling moeten nagaan waar het dan aan gelegen heeft. Het kan inderdaad zo zijn dat een zorgverlener de

desbetreffende informatie niet wil geven, tenzij die gevraagd wordt door betrokkenen X of betrokkene Y, waardoor het in de keten gaat stagneren. Dat laat onverlet dat ieder van de afzonderlijke artsen die in die keten een rol hebben gespeeld, aansprakelijk blijft.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dit gaat over de curatieve zorg, maar ook in de langdurige zorg worden fouten gemaakt, soms met heel treurige gevolgen. Wilt u dan personeel hoofdelijk aansprakelijk stellen of is het dan de instelling die moet boeten voor het niet goed organiseren van de zorg?

Minister **Klink**: Krachtens de Kwaliteitswet zorginstellingen is de instelling aansprakelijk en dat zal zo blijven.

De procedure voor klachten en geschillen willen wij dus aanzienlijk verbeteren. Met de veldpartijen hebben wij daarover overigens uitgebreid gesproken. Dat geldt voor alle onderdelen van onze voorstellen. Wij hebben elkaar gevonden in de lijn die ook het CDA en de PvdA beschrijven in hun inbreng. De zorgaanbieder is en blijft primair verantwoordelijk voor een goede afhandeling van klachten. Dat begint met voorlichting, informatie, advies en eventueel bemiddeling bij een klacht. Daartoe wordt de zorgaanbieder verplicht om ervoor te zorgen dat de klager op een eenvoudige manier toegang heeft tot een functionaris ten behoeve van de opvang van klachten. Elke zorgaanbieder heeft een klachtenregeling waarin in ieder geval geborgd is dat de zorgaanbieder binnen een redelijke termijn, te weten zes weken, schriftelijk besluit over een klacht. De cliëntenraad moet instemmen met de klachtenregeling, dus ook met het profiel van een eventuele functionaris voor de opvang van klachten. Als naar het oordeel van de cliënt de klacht niet goed wordt opgelost door de zorgaanbieder, kan hij de beslissing vervolgens voorleggen aan een onafhankelijke geschilleninstantie die dan bindende uitspraken doet. De klager heeft daarnaast direct toegang tot die commissie als de zorgaanbieder geen klachtenregeling heeft, als er niet binnen zes weken is besloten of als het een schadeclaim betreft. Alle uitspraken van de geschilleninstanties worden op een toegankelijke manier gepubliceerd, uitgezonderd de gegevens waarmee de identiteit van betrokkene achterhaald kan worden. VWS zal het initiatief nemen tot de totstandkoming van zo'n brede geschilleninstantie. Dat wordt dus een instantie met regionale kamers die vervolgens de werkzaamheden zullen realiseren. Mevrouw Vermeij stelt dat ik geen rol wil spelen bij de totstandkoming van de tweezijdige algemene voorwaarden. Die voorwaarden kunnen een nadere uitwerking zijn van de wet. Het kan dan gaan om wachttijden, betaling en inzage in het dossier. Dat wordt dan nader geregeld zodat iedereen weet welke processtappen soms gezet moeten worden. Natuurlijk zal ik in de toelichting van de wet ingaan op nut en noodzaak van de tweezijdige algemene voorwaarden. Via subsidiëring zal ik het ook stimuleren, maar een wettelijke basis voor de procedure vind ik niet gewenst. Tweezijdige algemene voorwaarden moeten echt gebaseerd zijn op de horizontale verhoudingen en afspraken tussen cliënten en aanbieders en moeten niet een afgeleide zijn van een wettelijke verplichting. Het is overigens ook een uitdrukkelijk verzoek van de Consumentenbond om ons als overheid daar niet te veel mee te bemoeien maar dat wel te stimuleren via subsidiëring en via een zodanige wet dat die voldoende aanknopingspunten biedt voor tweezijdige algemene voorwaarden. Ik heb dit jaar met de Consumentenbond en het NPCF afgesproken om onder regie van de SER met de zorgaanbieders voor de verschillende sectoren die voorwaarden te gaan bespreken. Dat proces begint op dit moment te lopen.

Ik sluit af met nog iets te zeggen over de wetgeving en de communicatie eromheen. Sluitstuk van de aanpak is wetgeving waarin de rechten van cliënten en de daaruit voortvloeiende verplichtingen bij elkaar zijn

gebracht. Door die wetgeving nu ter hand te nemen, zorgen wij voor het juiste klimaat en tijdsbesef voor de omslag die ons voor ogen staat. Wij willen de veranderingen tezamen met de diverse patiëntenrechten die nu in verschillende wetten zijn ondergebracht bundelen in één wetsvoorstel. Naar ons oordeel is dat ook winst omdat de samenhang van het geheel dan beter tot haar recht komt. Kwaliteit heeft alles te maken met onder andere een goede afstemming in de zorg, goed bestuur en een goede klachtenregeling. In de loop van 2009 zal het wetsvoorstel naar de Kamer worden gestuurd.

Er is gevraagd in hoeverre informatie beschikbaar is. Die is breder beschikbaar dan alleen maar via kiesbeter.nl en internet, namelijk ook via de telefoon en de diverse gezondheidsloketten.

De heer Zijlstra heeft gevraagd in hoeverre het kenbaar moet worden gemaakt als artsen een waarschuwing of een berisping hebben gekregen. Ik hik al een poosje tegen die vraag aan maar ik begin een beetje in zijn richting op te schuiven, in de zin dat het wel bekend zou moeten zijn voor mensen. Ik kom er bij de nadere invulling van de wet graag op terug. Beveiligen van medische apparatuur is onderdeel van het veiligheidsmanagementsysteem. Zorginstellingen zijn ertoe gehouden om dat te introduceren. Het is een goede manier om de veiligheid te borgen. Verder heeft de heer Zijlstra gevraagd waarom care en cure worden ondergebracht in een wet. De care en de cure hebben veel gemeenschappelijks. Om die reden willen wij deze bundelen in één wet. Voor zover er differentiatie nodig is met betrekking tot de wettelijke bepalingen kan het ook in een wet. Voor het overige biedt de wet voldoende ruimte om er in de langdurige zorg en curatieve zorg per sector nadere invulling aan te geven.

Vervolgens heeft de heer Zijlstra de aandacht gevraagd voor een centraal punt om klachten in te kunnen dienen. Hij noemde dat de zorgklachten-telefoon. Op dit moment ondersteunen wij Zorgbelang, de CG-Raad, het NPCF, de Consumentenbond en kiesbeter.nl om hun informatievoorziening en ondersteuning te bundelen en onderling te versterken. Mevrouw Leijten heeft gevraagd naar het no-faultsysteem. Slachtoffers van medische fouten zijn in dat opzicht niet anders te behandelen dan slachtoffers van verkeersongevallen of arbeidsongevallen. Daarbij kennen wij het no-faultsysteem ook niet. Voor het overige ben ik bang en beducht voor een claimcultuur die eruit kan voortvloeien. Derhalve kiezen wij niet voor dit systeem.

Ten aanzien van de medische missers zonder schuldvraag is een rol weggelegd voor de inspectie. Calamiteiten moeten worden gemeld en de inspectie zal, ongeacht de helderheid over de schuldvraag, altijd onderzoek doen als dat gepast is.

Mevrouw Agema heeft er op gewezen dat 500 instellingen niet meedoen aan kiesbeter.nl. Dat is precies de reden waarom wij een verplichting willen opleggen tot het bieden van de informatie, tevens zijnde een recht van de patiënten.

Daarnaast heeft mevrouw Agema een vraag gesteld over sluiten van een instelling dan wel het naar huis sturen van een falend bestuur. De inspectie kan advies geven tot sluiting als de veiligheid van kwaliteit in het geding is. Dat advies wordt aan mij gegeven. Vervolgens kan ik via een bevel een afdeling van een ziekenhuis sluiten. Bij falend bestuur zal er ook opgetreden moeten worden. Dat kan via de raad van toezicht, die als eerste aan zet is als er sprake is van falend bestuur. Een enquêterecht voor de cliëntenorganisaties zou daarbij behulpzaam kunnen zijn. Voor de nieuwe wetgeving overwegen wij op dit moment de mogelijkheid voor bewindspersonen van VWS om de rechtbank te verzoeken om schorsing van een raad van bestuur of een raad van toezicht. In dat geval zou een bewindvoerder aangewezen moeten worden om in de tussentijd de lopende zaken te regelen, zoals dat ook het geval is in de woningbouwsector en het bankwezen. Een half jaar geleden hebben wij de Kamer

overigens al bij brief aangegeven dat wij de figuur van de bewindvoerder willen introduceren in de gezondheidszorg.

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Ik heb u duidelijk horen spreken over de klachtenfunctionaris, als een soort vrijgestelde binnen de zorginstelling, maar ik heb u niets horen zeggen over de cliëntvertrouwenspersoon, die mijns inziens bijna net zo belangrijk is voor de cliënt om het interne circuit goed te begeleiden.

Verder is de minister niet ingegaan op de vraag of in de opleidingen en nascholing van de medewerkers in de zorg het cliëntenperspectief standaard is opgenomen.

Minister **Klink**: Daarop kom ik terug in de tweede termijn.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Voorzitter. De minister heeft al aangegeven in het begin van zijn betoog dat de voorliggende nota niet geïsoleerd bekeken kan worden. Ik hecht eraan om dat nog een keer te zeggen. Er is natuurlijk een heel directe relatie met andere thema's die ons bezighouden, zoals de arbeidsmarktproblematiek, de kwaliteit van de zorg en meer sturing door cliënten, waarvan cliëntenrechten onderdeel uitmaken. Alles wat hier staat en wat wij hier bespreken, moet in die samenhang worden gezien. Ik hecht eraan aan te geven hoe belangrijk deze rechten zijn voor de caresector. Versterking van de positie van de cliënt in de zorg is hard nodig, juist waar het gaat om de care. Ik kan dat niet genoeg benadrukken. In de langdurige zorg zijn mensen namelijk ook langdurig afhankelijk van de aanbieders en de medewerkers die de zorg verlenen. Juist daarom moet de zorg goed aansluiten bij de behoefte van mensen. Het gaat hierbij om de kwaliteit van zorg én de kwaliteit van leven. Dat kan mede bepalen hoe je woont, hoe mobiel je bent, hoe je dagbesteding eruit ziet, kortom, het beïnvloedt niet alleen de zorg in meer medische termen maar je hele leven. Mevrouw Willemse zei naar aanleiding van het centraal stellen van de professional en de cliënt, dat je moet kiezen voor de cliënt, boven de administratie, de structuren en de verantwoording, hoe belangrijk die ook zijn. Ik heb eerder gezegd dat de directe relatie tussen cliënt en professional op de werkvloer steeds het ijkpunt is van al mijn beleid. Dat geldt dus ook hierbij. Alles wat wij doen, moet dienend zijn aan het verbeteren van die relatie en aan het vergroten van de zeggenschap van de cliënten. Juist omdat voor cliënten die langdurige zorg nodig hebben, het van groot belang is dat zij zo veel en zo lang mogelijk de regie over eigen leven kunnen blijven voeren, moet de cliënt centraal staan in de zorg en moet de kwaliteit van zorg goed zijn. De cliënt moet daarbij met respect behandeld worden. Natuurlijk in samenspraak met de professional, maar de cliënt heeft zeggenschap over de zorg die hij of zij krijgt, in welke vorm dan ook. Daarnaast is het belangrijk te constateren dat zich in de langdurige zorg zeer kwetsbare mensen kunnen bevinden en dat eigen regie daar niet gemakkelijk is te organiseren en maatwerk vraagt, dus toegesneden op wensen van deze groep cliënten. Onder de groep van cliënten in de langdurige zorg zit enorm veel ervaringsdeskundigheid die lang nog niet altijd goed benut wordt. Zorgaanbieders kunnen en moeten naar mijn idee die deskundigheid meer gebruiken om de kwaliteit van zorg en van leven te verbeteren. Dat moet het geval zijn in de individuele zorgrelatie en bij het maken van beleidskeuzes. In de zorgrelatie gaan wij dat doen door het verplicht stellen van het zorgplan en door het maken van beleidskeuzes via cliëntenraden. Deze elementen hebben voor mij ook een belangrijke plek in ons programma ter versterking van de positie van de cliënt. Het gaat dus om meer dan alleen een kleine beleidswijziging. Het gaat om wat de CG-Raad een paradigmashift in de zorg heeft genoemd en wat mij betreft heeft deze hierin echt een punt. Zorgaanbieders, professionals, zorgkantoren en beleidsmakers moeten echt durven denken en beslissen vanuit het perspectief

van de cliënt. Dan moet de cliënt natuurlijk wel in de positie zijn om er iets over te zeggen. De relatie tussen de cliënt en de professional moet daarbij centraal staan en moet gebaseerd zijn op vertrouwen. Met het voorliggende programma willen wij de cliënt vanuit dat vertrouwen een stevige positie geven om het overleg met de professional en de zorgaanbieder aan te gaan. Dat past ook in het kader van een persoonsvolgende bekostiging in de AWBZ, waarbij niet meer de aanbieder bepaalt wat goed voor iemand is en de zorginstelling bepaalt wat er moet gebeuren, maar waarbij zorginstellingen processen organiseren naar de behoefte van de cliënt en niet naar de kenmerken van het zorgaanbod. Dat betekent dat de zorgarrangementen toegespitst worden op de cliënt.

Ik ben dan ook blij met de steun die hiervoor door diverse woordvoerders is geuit. Met name was ik verheugd over wat de heer Zijlstra op dit punt heeft gezegd, namelijk: dit is een mooi plan, laten wij voorwaarts gaan. Ik zeg dat «voorwaarts» de heer Zijlstra graag na. Ik voeg er nog wel aan toe de woorden «en niet vergeten». Mevrouw Vermeij schetste zeer goed wat mij niet moeten vergeten, namelijk die artsen die aan een bed kunnen staan en die zonder overleg met de cliënt, alsof die er niet eens bij is, met elkaar bespreken wat er met die cliënt moet gebeuren. Dat is een beeld waar wij van af willen. Er moet veel meer met de cliënt gesproken worden. Wat mij betreft is dat een ultieme vorm van emancipatie van mensen, zeker in de langdurige zorg, die altijd afhankelijk van anderen zullen zijn voor de zorg die zij krijgen. Ook anderen moeten weten wat goed voor hen is. Ook daar is nog een wereld te winnen als het gaat om emancipatie.

De heer Zijlstra heeft wat betreft de langdurige zorg gevraagd naar de relatie tussen het onderhavige wetsvoorstel en de Wet maatschappelijke ondersteuning. Laat ik vooropstellen dat ook in laatstgenoemde wet de rechten van cliënten gerespecteerd moeten worden. De wet die wij nu maken richt zich echter specifiek op de zorg, terwijl de Wmo zich richt op participatie. De wetgeving over medezeggenschap en klachtrecht geldt nu ook voor Wmo-clianten. Wat wij absoluut niet willen, is dat de positie van mensen in de Wmo door de wetgeving voor cliëntenrechten zou verslechteren. Dus wat wij verder ook in wetgeving gaan veranderen, daarbij wordt de Wmo op genoemde onderdelen meegenomen. De bepalingen die in de nieuwe wet opgenomen worden over klachten en medezeggenschap zullen derhalve ook van toepassing zijn op de Wmo.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dat is heel goed. Aangezien wij steeds meer gaan naar de situatie van vraagsturing en van keuzen in allerlei opzichten, dus ook in financiële zin – bij een persoonsgebonden budget in het kader van de Wmo is daar al sterk sprake van – verzoek ik u ook te kijken naar hoe de Wmo zich in de toekomst verder zal ontwikkelen. Dan zou sprake kunnen zijn van een situatie waarin het vanzelfsprekender is om extra zaken mee te nemen die onder deze wet vallen.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Dat geldt zeker als het gaat om het persoonsgebonden budget. Met u ben ik van mening dat de keuze voor zorg in natura of een persoonsgebonden budget de keuze van de cliënt is. Die wordt gemaakt na een indicatie en die kan gemaakt worden in de AWBZ en in de Wmo. Ik zeg er wel meteen bij dat het bij de AWBZ gaat over individuele rechtsaanspraken van mensen. Dat is een verzekering. De Wmo is een voorziening en daarbij gaat het veel meer om collectieve voorzieningen en de ontwikkeling van sociale netwerken. Het is de vraag hoe ver je dan wilt gaan met individueel afdwingbare rechten. Dat staat namelijk op gespannen voet met de gedachte van de Wmo. Die kanttekening plaats ik er dus wel bij. Ik wil niet in de Wmo een claimcultuur inzake individuele rechten. Ik wil juist dat daarin veel meer op horizontaal niveau tussen instellingen en iedereen die ertoe doet in de buurt en in de wijk wordt samengewerkt zodat de Wmo ook een echte buurtwet wordt.

Vervolgens kom ik te spreken over het thema informatie en toestemming in de zorgrelatie. Dat betekent dat ik tevens terechtkom bij de Wet geneeskundige behandelovereenkomsten. De werking van cliëntenrechten die nu in het Burgerlijk Wetboek zijn vastgelegd, zal worden verbreed naar de verpleging, verzorging en begeleiding. De rechten gelden tot nu toe alleen in de geneeskunde, dus in de cure, en dus niet in de care. Het betekent ook dat de verplichtingen voor aanbieders zullen veranderen. Bij het van toepassing laten zijn van de WGBO-bepalingen zal bekeken worden of de bepalingen die nu gelden voor de cure, ook op precies dezelfde manier toegepast kunnen worden op de care dan wel of er met het oog op het specifieke karakter van de care een iets andere tekst nodig is. Dus het blijft wel één wet, maar natuurlijk kijken wij daarbinnen of wat betreft de vormgeving van de specifieke rechten een andere formulering van de care nodig is. De cliënt krijgt ook recht op informatie over incidenten en fouten in zijn individuele zorgrelatie. De heer Zijlstra heeft terecht de vraag gesteld of cliënten dan ook inzicht kunnen krijgen in de rekening. Ik neem die vraag mee bij onze verdere overwegingen inzake de wetgeving ter zake. Ik zeg er wel bij dat ik niet zou willen dat het ertoe leidt dat de cliënten daarmee een soort schuldgevoel wordt aangepraat in de zin van de kosten die met hem of haar zijn gemoeid. Anderzijds kan het een positieve uitwerking hebben als je op die manier onnodige kosten of fraude op het spoor kan komen.

Dat betekent ook dat cliënten informatie moeten krijgen over de aard en toedracht van eventuele incidenten en dat zorgverleners daarmee ook fouten moeten erkennen, wat schadeverzekeraars ook beweren. De cliënt krijgt het recht op informatie van zijn zorgaanbieder, ook over andere mogelijkheden van behandelmethoden en zorgvormen. Dat stelt de cliënt in staat om een afweging te maken tussen voorkeuren. Wij bezien nog of er andere elementen in de jurisprudentie zijn die wij moeten opnemen in de wetgeving, zodat voor eenieder duidelijk is welke informatie de zorgaanbieder aan de cliënt moet geven. Uiteraard moet die informatie ook te begrijpen zijn voor desbetreffende cliënt.

Wij doen ook wat aan de kenbaarheid van de rechten van de cliënten. De NPCF is samen met een aantal organisaties bezig met een project om cliënten meer bewust te maken van hun rechten en hen te helpen informatie over die rechten te vinden en die ook te gebruiken. Alleen het formuleren in de wetstekst is op zichzelf niet voldoende om dit mogelijk te maken, maar die wet kan wel helpen om tot een cultuurverandering te komen. Daarvoor is ook nodig dat patiënten die informatie krijgen en ermee om kunnen gaan.

Ook het zorgplan krijgt in het wetsvoorstel zijn plek. Binnenkort krijgt de Kamer de AMvB waarvan het de bedoeling is die op 1 januari 2009 in werking te laten treden aangezien die heel nauw verbonden is met de invoering van de zorgzwaartepakketten. Het is van belang dat er voor alle betrokkenen een zorgplan is en dat ook het gesprek daarover tussen cliënt en zorgprofessional wordt gevoerd. Het mag dus niet alleen een gesprek zijn met een meer medisch ingestelde professional. Het moet ook gaan over de kwaliteit van zorg en leven. Het is niet de bedoeling dat in het zorgplan een zorgmoment centraal staat; de bedoeling is dat daarin de bewoner centraal staat. Bijvoorbeeld kan in zo'n zorgplan aangegeven worden dat de cliënt het belangrijk vindt om veel naar buiten te gaan. Ook kunnen daarin bepaalde voorkeuren voor hobby's en dergelijke worden vermeld, zodat daarmee rekening kan worden gehouden bij de dagindeling.

Het zorgplan omvat ook de kwaliteit van leven. De basiskwaliteit moet altijd op orde zijn. Daar hebben wij ook de inspectie voor. Daarbovenop zijn er elementen die meer afhankelijk zijn van een persoonlijke invulling. Mevrouw Agema heeft gevraagd naar informatie over blunders. In de wet komt een bepaling over het recht voor de cliënt om alle informatie te

krijgen over de aard en toedracht van incidenten en fouten waardoor hij of zij is getroffen.

Verder is gevraagd of ook nabestaanden recht op inzage in het medisch dossier krijgen. Het uitgangspunt van de huidige wetgeving is dat de geheimhoudingsverplichting ten aanzien van het medisch dossier ook bestaat na overlijden van de patiënt. Dus dat betekent dat nabestaanden in beginsel geen toegang tot het medisch dossier hebben indien de overledene daarvoor geen toestemming heeft gegeven. In de jurisprudentie zijn er omstandigheden aangenomen op grond waarvan nabestaanden toch inzage kunnen krijgen in het medisch dossier. Wij gaan nader onderzoeken of in de wet kan worden opgenomen dat in bepaalde omstandigheden nabestaanden inzage kunnen krijgen in dat medisch dossier. Een van die omstandigheden zal in ieder geval zijn dat de overledene toestemming heeft verleend of dat verondersteld kan worden dat de overledene toestemming heeft verleend.

Mevrouw **Agema** (PVV): Wat wordt ermee bedoeld dat cliënten «in beginsel» recht hebben op inzage in hun dossier?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Het is vanzelfsprekend dat cliënten inzage krijgen in de informatie die voor hen geldt en dat er uitzonderingen op kunnen zijn. Ik wil u vragen om daarvoor de wet af te wachten. Het hangt namelijk ook weer samen met de jurisprudentie. Dat vraagt om een zeer precieze verwoording van onze kant.

Mevrouw **Agema** (PVV): Mag ik dat dan ook zien als een toezegging dat u daarop terugkomt in de verdere voorbereiding van de wet?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Dat mag u zien als een toezegging.

Mevrouw **Leijten** (SP): Als het gaat om inzage in het dossier, zeker wat betreft de gehandicaptenzorg, maak ik mij zorgen. Er is namelijk een brochure van de VGN, getiteld «Beginnen of bezinnen», waarin zorginstellingen allerlei adviezen worden gegeven over hoe je een dossier kan opbouwen over een cliënt en zijn of haar familie, om later het recht in handen te hebben om eventueel de familie toegang te weigeren dan wel om de cliënt te verplaatsen. Ik zou de staatssecretaris willen verzoeken om dit mee te nemen bij de toezegging die zij heeft gedaan richting mevrouw Agema. Als dit een van de uitzonderingsclausules zou zijn waarbij men geen inzage heeft, dan zou ik dat een ernstige beperking vinden als het gaat over kennisvoorsprong ten aanzien van de zorgverlenende instelling en degenen die zorg nodig hebben.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Dat zeg ik graag toe. De bedoeling van deze wet is om de positie van de cliënt of de bewoner te versterken ten opzichte van de zorgaanbieder. Het is niet de bedoeling van de wet dat het effect precies het tegenovergestelde is. Ik ga er wel van uit dat ook bij een gehandicapteninstelling in principe op basis van vertrouwen wordt gewerkt. Dus anders dan u wantrouwt ik een brochure van de VGN niet onmiddellijk, want die kan er ook op gericht zijn om de zorgverlening voor de cliënt te optimaliseren.

Mevrouw Agema vroeg of het Openbaar Ministerie medische dossiers kan inzien.

In het algemeen is er geen inzagerecht van het OM, tenzij de patiënt er toestemming voor heeft verleend. In de praktijk is het meestal ook geen probleem, aangezien de patiënt altijd toestemming zal geven als er wat aan de hand is. Als de patiënt is overleden, kan je uitgaan van een veronderstelde toestemming. Dat kan op grond van jurisprudentie.

Vervolgens ga ik in op het thema medezeggenschap, met name de rol van de cliëntenraden. Veel woordvoerders hebben terecht het belang van

cliëntenraden en de daarvoor benodigde financiële middelen benadrukt. Ik ben het met hen eens dat de cliëntenraden van groot belang kunnen zijn bij de nieuwe sturingsfilosofie, waarin de behoeften van cliënten centraal staan en waarbij organisaties mensen kunnen binden. Dus ook een organisatie heeft belang bij een goed functionerende cliëntenraad. Voor het onderwerp medezeggenschap kiezen wij eigenlijk dezelfde lijn als bij het onderwerp klachten en geschillen. Dat betekent dat wij zorgaanbieders verantwoordelijk stellen voor een goede invulling van de medezeggenschap. Aanbieders moeten samen met de cliëntenraad de medezeggenschap goed organiseren. De regeling voor medezeggenschap moet net als de klachtenregeling aan een aantal minimumeisen voldoen. Net als bij de vormgeving van de klachtenregeling heeft de cliëntenraad instemmingsrecht ten aanzien van de vormgeving van de medezeggenschap. Een zorginstelling moet dan ook een cliëntenraad hebben. Wat een instelling dan precies is, wordt uiteindelijk bepaald aan de hand van de concrete omstandigheden. Dat moet in de wet goed worden toegelicht. Daar komen wij in het kader van de wet dus nog op terug. De zorgaanbieder dient de cliëntenraad te betrekken bij alle zaken waarvan de cliëntenraad zelf heeft aangegeven dat die voor de cliënten van belang zijn. De zorgaanbieder is, indien de cliëntenraad dat adviseert, gehouden om delen van de bevoegdheden op een ander niveau binnen de organisatie neer te leggen. Dat geeft cliëntenraden en aanbieders de flexibiliteit om wat betreft de medezeggenschap aan te sluiten bij de meest geëigende plek voor besluitvorming in de organisatie. In de care kunnen dat weer andere niveaus zijn dan in de cure, afhankelijk van de organisatievorm die is gekozen. Ik kan mij bijvoorbeeld voorstellen dat in intramurale instellingen in de care gekozen wordt voor cliëntenraden op het niveau van de locatie. In deze raden worden de onderwerpen besproken die de directe leefomgeving betreffen. De zorgaanbieder moet dan samen met de cliëntenraad wel de verhoudingen tussen de verschillende instanties goed regelen, zodat de organisatie ook goed bestuurbaar blijft. Ook de samenstelling van de cliëntenraad kan in de care anders zijn dan in de cure. Dat bevordert de bestuurbaarheid en de effectiviteit.

Mevrouw **Agema** (PVV): De staatssecretaris zegt dat alle instellingen een klachtenregeling moeten hebben, maar hoe is het in de praktijk? Hebben alle instellingen zo'n regeling? Uit eerder onderzoek blijkt dat 10% die niet had? Als die er wel is, wordt die dan ook actief gecommuniceerd onder de bewoners? Weten bewoners dat er een klachtenregeling binnen de instelling is en in hoeverre heeft de staatssecretaris daar zicht op?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Op de klachtenregeling is de minister zo-even uitgebreid ingegaan. Ik heb het over cliëntenraden.

Mevrouw **Agema** (PVV): U snijdt het onderwerp zelf aan.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik heb gezegd dat wij voor de cliëntenraden dezelfde lijn kiezen als voor de klachtenregeling. De samenstelling kan dus ook anders zijn. De zorgaanbieder heeft voorts de verplichting om met adviezen zorgvuldig om te gaan en kan alleen gemotiveerd afwijken. De klachtenregeling en de structuur van de medezeggenschap zijn onderwerpen waarvoor wat ons betreft instemmingsrecht gaat gelden. Maar een instemmingsrecht is nog geen vetorecht. Als het advies van de cliëntenraad onredelijk is of als er zwaarwegende omstandigheden zijn die nopen tot afwijking van dat advies, dan mag het bestuur een ander besluit nemen. Vervolgens kom ik op het punt van de financiering van cliëntenraden. Dit is een onderwerp dat in deze Kamer een lange geschiedenis kent, waarover meer dan eens een motie is ingediend, zoals de PvdA-motie-

Spoelman/Arib en de motie-Van Miltenburg die mede door het CDA en de PvdA is ondertekend. Ook uit mijn tijd als Kamerlid weet ik dat dit een heet hangijzer is en dat de Kamer al heel lang vindt dat hiervoor voldoende middelen moeten zijn. Dat vinden wij ook. Cliëntenraden moeten onvoorwaardelijk voldoende middelen krijgen om hun werk goed te kunnen doen. Ze dienen een begroting en een werkplan in bij de zorgaanbieder en kunnen daarin ook om middelen vragen voor ondersteuning, scholing en advisering. Ook met betrekking tot de vaststelling van het budget voor de cliëntenraad heeft deze een instemmingsrecht. Als cliëntenraad en zorgaanbieder er samen niet uitkomen, kan de commissie van vertrouwenslieden een bindende uitspraak doen over de hoogte van het budget. Bij de koepels van de zorgaanbieders en de cliëntenraden bestaat draagvlak voor deze lijn. Ik heb deze partijen dan ook gevraagd om vooruitlopend op de nieuwe wetgeving, onderling afspraken te maken over de wijze van financiering van cliëntenraden. Want liever vandaag geregeld dan morgen. In de praktijk zou de financiering van cliëntenraden dus ook heel snel geregeld kunnen zijn.

Bij de financiering is wel de vraag hoe je die het beste kan inrichten. Het CDA pleit voor een nota van wijziging om het alvast te regelen met het oog op 1 januari 2010. Zo'n nota van wijziging zal echter ook niet op stel en sprong leiden tot praktische veranderingen. Ook die zal namelijk langs de ministerraad en de Raad van State moeten. Dat betekent dat inwerking-treding per 1 januari 2009 niet mogelijk is. De medezeggenschap kan het snelst goed geregeld worden via het nu al afspraken maken en vervolgens via de wet cliëntenrechten zorg. Op die manier kunnen wij meteen veel meer verbeteringen meenemen dan de twee die het CDA nu voorstelt. De minister heeft al aangegeven dat het onze bedoeling is dat het desbetreffende wetsvoorstel voor de zomer bij de Kamer ligt. Kortom, wij delen met het CDA het doel, maar wij denken niet dat de route die het CDA wil bewandelen tot een sneller resultaat leidt dan de route die wij voorstaan.

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Ik heb juist betoogd dat als wij gewoon in het traject meenemen wat de staatssecretaris voorstaat, de mensen bij heel veel dingen het nakijken hebben. Zij hebben tot nu toe geen geborgd geld om het werk goed te doen, kennis te vergaren en externen in te huren. Bovendien hebben ze geen instemmingsrecht op het terrein van fusies en grootschalige veranderingen in de instelling. Wij willen dat de staatssecretaris genoemde twee punten alvast naar voren haalt middels een nota van wijziging en dat zij vervolgens in de wet straks alles regelt. Mijn informatie is dat die nota van wijziging niet de langs de Raad van State hoeft, zodat de staatssecretaris het snel kan regelen.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Laat ik vooropstellen dat wij allemaal hetzelfde willen en dat wij het snel willen. De snelste weg is een beroep op de koepels van zorgaanbieders en cliëntenraden om hierover afspraken te maken. Wij hebben het echt uitgezocht maar een nota van wijziging, zeker als die financiële consequenties heeft, moet via de Raad van State. De vraag is dus of uw route tijdwinst oplevert ten opzichte van onze route. Ik merk dat u zit te popelen om de positie van de cliëntenraden te borgen. Ik vind eerlijk gezegd dat u daarin een punt heeft, gezien de zeer lange voorgeschiedenis hiervan. Wat ik u wel wil toezeggen, is dat wij kijken of wij beide routes, dus de route die u voorstelt en de route die wij voorstellen, parallel kunnen laten lopen om vervolgens te kijken wat het snelste resultaat oplevert. Ik kan echter niet om de juridische regels heen. Dus het betekent dat bij beide routes een wetsbehandeling hoort. Het is dus niet mogelijk dat het per 1 januari 2009 geregeld zal zijn.

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Ik denk er even over na of ik hierop nog wil terugkomen in de tweede termijn dan wel in een VAO. Wij vinden hetzelfde maar het is natuurlijk in- en intriest dat wij met zo'n

onderwerp al zo veel jaren bezig zijn zonder dat wij het echt kunnen regelen, terwijl er allerlei zaken in de sector gebeuren waar mensen bij staan zonder bevoegdheden, zodat ze het nakijken hebben.

Mevrouw **Leijten** (SP): Of wij precies hetzelfde bedoelen, weet ik niet. De staatssecretaris zei op een gegeven moment dat instemming op verschillende niveaus goed is. Echter, als de raad van bestuur van een grote instelling beslist dat een locatie verkocht wordt, vraag ik mij af wat de cliëntenraad daar dan nog over kan zeggen. Op dit moment kan die cliëntenraad er niets over zeggen maar wordt deze wel geconfronteerd met de gevolgen. Daarom pleit ik voor instemmingsrecht van cliëntenraden bij fusies en dergelijke. De staatssecretaris zegt daarvan dat het dan niet mag gaan om een vetorecht en dat het dus eigenlijk een adviesrecht is. Instemmingsrecht betekent dat als de raad van bestuur zijn voorstel slecht heeft voorbereid en beargumenteerd, dat voorstel niet doorgaat op het moment dat de cliëntenraad er niet mee instemt. Anders is het een doekje voor het bloeden.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Je hebt een adviesrecht, een instemmingsrecht, een vetorecht en een verzwaard adviesrecht. Het gaat hierbij om een instemmingsrecht. Daar heeft u om gevraagd. Daarvan heb ik gezegd dat wij vinden dat dit er ook moet komen. Dus volgens mij wordt u op uw wenken bediend. Wel vraag ik u om ons de kans te geven om dat op een nette manier in de wet te formuleren. Een raad van bestuur kan op basis van gegronde argumenten en met redenen omkleed afwijken van het advies van een cliëntenraad. Dat geldt echter niet als die raad van bestuur er een potje van maakt. Bovendien is er altijd nog een rechter die kan toetsen of alles in redelijkheid is gegaan.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Op pagina 33 van het stuk staat: Voor besluiten die gericht zijn op fusie willen wij de effectieve invloed van de cliëntenraad borgen door middel van een verzwaard adviesrecht. U zegt nu toe dat dit een instemmingsrecht wordt?

Staatssecretaris **Bussemaker**: Daarop kom ik in tweede termijn terug. Dan wil ik eerst even de precieze formulering van de brief voor mij hebben. Ik zeg wel reeds dat ten aanzien van een instemmingsrecht bij een fusie wij afstemming moeten zoeken met de minister van Justitie. In dat geval geven wij de cliëntenraden een zwaardere bevoegdheid dan ondernemingsraden. Onze wens op dit punt is in de brief geformuleerd, maar ik zeg er wel bij dat dit niet betekent dat wij het van de ene op de andere dag precies op die manier kunnen regelen. Mocht dat niet zo zijn, dan hoort u dat beargumenteerd van ons, na overleg met de minister van Justitie en anderen.

Gevraagd is verder waarom er geen cliëntenraad komt in de eerste lijn. Er is tussen de langdurige zorg en de eerste lijn wel degelijk een groot verschil. De tweedelijnszorg, met name de langdurige zorg, grijpt vaak diep in in iemands leven. Bovendien is sprake van grote afhankelijkheid van de zorgverlening. In de eerste lijn is het meestal kleinschalig georganiseerd en zijn er ook veel meer mogelijkheden om te kunnen kiezen. De interesse om zitting te nemen in cliëntenraden voor de eerste lijn, is naar mijn verwachting beperkt. Uit onderzoek van vijf jaar terug blijkt dat je cliëntenraden in de eerstelijnszorg niet goed gevuld krijgt en dat, ondanks het feit dat ze nu verplicht zijn, ze er nauwelijks zijn. De vraag is dus wat dit toevoegt. Als ik denk aan een huisartsenpraktijk waarbij cliënten in een cliëntenraad zouden moeten zitten die verder eigenlijk niets met elkaar delen behalve dat ze dezelfde huisarts bezoeken, dan is het echt de vraag wat dat toevoegt. Overigens geldt dat als ze het wel willen, ze het ook mogen doen. Er is wat dat betreft geen verbod. In situaties waarin het wel

relevant is en waarin cliënten het willen en er voldoende cliënten zijn om deel te nemen, is er dus niets wat hen belemmert om dat te doen.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Ik kan het wel volgen. Echter, nu de minister betoogt dat de eerste lijn een veel grotere positie zal krijgen met betrekking tot chronisch zieken, zou wellicht het streven kunnen zijn om daarin een bepaalde cliëntenvertegenwoordiging te hebben. In sommige gevallen, zoals bij grote huisartsenposten, kan ik mij dat wel degelijk voorstellen. Zoals het nu is geformuleerd, is het wel heel vrijblijvend. Maar goed, die wet is er nog niet, dus daar komen wij nog wel verder over te praten als die er ligt.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik heb nooit bezwaar tegen discussiëren. Laten wij er tussen nu en volgend jaar vooral over blijven nadenken. Mocht daartoe aanleiding zijn, dan hebben wij alle mogelijkheden om daarover een debat te voeren.

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Ik wil het nog even hebben over de cliëntenraden voor de extramurale langdurige zorg. Dat betreft vaak instellingen die zodanig gefuseerd zijn dat ze landelijk werken. Ik heb het dan bijvoorbeeld over een thuiszorginstelling die ook de zorg aan het lichaam van mensen doet. Hoe kijkt de staatssecretaris dan aan tegen cliëntenraden die regionaal zijn opgezet? Je moet toch een klein beetje zicht hebben op wat er in je eigen omgeving gebeurt.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Dat gaat dus in overleg met de cliënten. Dat schrijven wij niet voor, en dat zouden wij ook niet moeten willen. Het lijkt mij dat wij daarin met z'n allen in de praktijk de juiste weg moeten vinden en dat wij het niet moeten voorschrijven. Er moet in ieder geval wel altijd een cliëntenraad zijn.

Vervolgens kom ik te spreken over de suggestie om vanuit de cliëntenraad iemand voor te dragen als lid van de raad van toezicht. Dat wij dat niet willen heeft alles te maken met de manier waarop wij naar de raad van toezicht kijken. Deze raad moet onafhankelijk en kritisch functioneren ten opzichte van de instelling. De raad van bestuur voert het beleid maar de raad van toezicht moet daar onafhankelijk en kritisch naar kijken. De afgelopen tijd hebben wij genoeg voorbeelden gezien van zaken waar wat dat betreft wel wat op aan te merken valt. Juist daarom is het zo belangrijk dat die raad van toezicht onafhankelijk en kritisch blijft en dat er openbare werving van deskundigheid plaatsvindt. Geen coöptatie, geen verkapte belangenbehartiging en geen te directe betrokkenheid van leden die in de raad van toezicht zitten die het er als een aardigheidje bij doen. Raden van toezicht hebben een zeer zware verantwoordelijkheid. Onze prioriteit ligt er in dat zij die ook goed uit kunnen oefenen. Natuurlijk is er wel een betrokkenheid van de cliëntenraad. Zo moet deze kunnen adviseren over een profielschets voor alle nieuwe leden van de raad van toezicht. De cliëntenraad kan dus best vragen of er iemand in komt die kennis heeft vanuit het perspectief van cliënten. Eigenlijk zou je overigens mogen veronderstellen dat alle leden van de raad van toezicht opereren vanuit het belang van de cliënt. Het kan echter niet zo zijn dat er een raad van toezicht is van bijvoorbeeld een thuiszorgorganisatie, die bestaat uit een lid dat is voorgedragen door de cliëntenraad, een lid dat is voorgedragen door de ondernemingsraad en een lid dat is voorgedragen door de kapitaalverschaffers. Ook als zij allemaal zonder last of ruggespraak opereren, moet de schijn van belangenverstremgeling vermeden worden. Wij pleiten dan ook voor een daadwerkelijk onafhankelijke raad van toezicht. De heer Zijlstra vroeg naar de rol van de Ondernemingskamer in relatie tot de motie-Heemskerk/Weekers. Nu moet een zorginstelling in haar statuten al opnemen dat een vertegenwoordiging van cliënten een enquêteverzoek kan indienen bij de Ondernemingskamer. Wij overwegen om die

bevoegdheid expliciet toe te kennen aan de cliëntenraad. Ook dit kan men beschouwen als een toezegging, in de zin dat wij dit element zullen betrekken bij de verdere ontwikkeling van het wetsvoorstel.

Het volgende thema betreft goed bestuur. Wij zien het bestuur van een instelling als eerste verantwoordelijke en als eindverantwoordelijke voor goede zorg aan de cliënt. Te allen tijde mag de cliënt het bestuur van de instelling aanspreken als zijn rechten niet worden nageleefd. Hij hoeft niet te weten bij welke zorgverlener binnen de instelling iets is misgegaan. Voor de cliënt is de instelling aangewezen. Ook de inspectie spreekt het bestuur aan als zorg onder de maat is. De casus van het St. Radboud-ziekenhuis laat nog eens zien hoe belangrijk het is om daar helder over te zijn. In dat verband is het ook van belang wat de positie van de raad van toezicht is om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dat is ook een antwoord op de vraag van mevrouw Leijten en mevrouw Agema over kwalitatief goede zorg. De raad van toezicht moet juist sterkere bevoegdheden krijgen. Vandaar dat het ook zo belangrijk is dat die niet op basis van coöptatie of bevriende relaties wordt samengesteld. Die raad moet de eerstverantwoordelijke zijn voor kwaliteit en veiligheid. De minister en ik willen dat de raden van bestuur en de raden van toezicht zich elk kwartaal buigen over de acties die nodig zijn om het kwaliteitssysteem te verbeteren. De inspectie moet de verslagen van die vergadering dus ook kunnen opvragen. Ook andere zorgverleners, zoals het stafbestuur en de individuele medisch specialisten in ziekenhuizen moeten hun verantwoordelijkheid nemen voor de gezondheid van hun patiënten en daar ook naar handelen. Wij vinden het onacceptabel dat er zorgverleners zijn die misstanden kennen maar ze vervolgens niet melden aan hun raad van bestuur, of erger nog, gewoon doorgaan met behandelen terwijl ze weten dat de veiligheid van de patiënt in het geding kan zijn. De medische professie en andere zorgverleners kunnen bij dit soort situaties niet meer afzijdig blijven.

Mevrouw Willemse heeft gevraagd naar cliëntenondersteuning, met name in situaties waarin mensen niet zelf in staat zijn om van hun rechten gebruik te maken. Als een cliënt niet in staat is om een klacht in te dienen, dan kan altijd een vertegenwoordiger dat namens hem of haar doen. Het belang van de cliënt moet dan wel centraal staan. Als mensen geen familie of bekenden hebben, zijn er mentoren. De afgelopen jaren hebben wij dan ook zo'n 3 mln. geïnvesteerd in de totstandkoming van netwerkgroepen van mentoren in heel Nederland. Verder wijs ik op de MEE-organisaties die ondersteuning bieden aan mensen in de langdurige zorg. Overigens hebben ook gemeenten ouderenadviseurs.

Mevrouw Agema heeft aandacht gevraagd voor de handhaving. Wij zijn van plan om de verplichtingen die voor zorgaanbieders voortvloeien uit de nieuwe wetgeving bestuursrechtelijk te laten handhaven door de inspectie. Zoals bekend, is de inspectie er niet voor individuele klachten. Daar is de geschilleninstantie voor, waarop de minister al heeft gewezen. In een handhavingsplan zal de inspectie aangeven hoe zij haar toezicht inricht en hoe zij zal handhaven. De inspectie zal zich daarbij richten op ernstige of structurele schendingen van bepalingen in de wet. Zij ziet ook nu al toe op het overgrote deel van de onderwerpen die in de nieuwe wet worden geregeld. Ik meen dus dat ook de gevolgen voor de inspectie zullen meevallen en dat er sprake zal zijn van een vloeiende overgang. Verder heeft mevrouw Agema gevraagd naar de stand van zaken rondom de mystery guest. Ik heb eerder aangegeven dat de inspectie vaker onverwacht op bezoek zal gaan bij zorginstellingen. Bij het debat over de toekomst van de AWBZ heb ik bovendien verwezen naar Frieslandlab, waar ten behoeve van cliëntgerichtheid onder meer met de mystery guest zal worden gewerkt. Ik zal er dan ook echt op letten dat dit goed vorm krijgt. Dan ga ik graag samen met mevrouw Agema buiten werktijd, onverwacht en liefst onherkenbaar op bezoek bij zorginstellingen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat «anoniem» wordt toch een klein probleem, vrees ik.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Nou ja, wij kunnen ons best doen. De minister heeft al aangegeven dat de Kamer het wetsvoorstel voor de zomer kan verwachten. Daarvoor zal op 8 december nog een breed overleg met de veldpartijen plaatsvinden, waarbij wij zorgvuldigheid en snelheid met elkaar willen verbinden. Vanzelfsprekend zal het wetsvoorstel ook langs Actal en het College Bescherming Persoonsgegevens gaan .

Mevrouw **Agema** (PVV): De staatssecretaris zei dat de inspectie er in principe niet is voor individuele gevallen. Stel je voor dat de mystery guest onaangekondigd in een verpleeghuis komt, een kamer binnenloopt en ziet dat een medewerker een oudere mishandelt of knijpt. Wat doet die mystery guest dan?

Staatssecretaris **Bussemaker**: De inspectie kan in individuele gevallen bij de raad van bestuur aankloppen. Bovendien zijn er ook de inspectierapporten. Daaruit blijkt dat zeer uitgebreid op tal van onderdelen door de inspectie nagegaan wordt of een zorginstelling alles goed op orde heeft. Mocht iets aangetroffen worden wat niet goed is bij zo'n onverwacht bezoek, dan is allereerst de raad van bestuur aan zet om daarin verbetering aan te brengen. Als er elementen zijn die niet goed zijn en die herhaald voorkomen of bij meerdere cliënten, dan heeft de inspectie mogelijkheden om een aanwijzing te geven of een instelling onder verscherpt toezicht te plaatsen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik snap wel hoe het in elkaar steekt, maar wij zijn medewetgever en de medewetgever kan ook zaken veranderen. Zou het dus niet zo moeten zijn dat als die inspecteur onaangekondigd en anoniem binnenkomt en vervolgens iets ernstigs aantreft, zoals onheuse bejegening of mishandeling van een cliënt, hij de desbetreffende medewerker op staande voet moet kunnen ontslaan?

Staatssecretaris **Bussemaker**: De inspectie kan niet een medewerker ontslaan.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het gaat er om hoe het zou moeten zijn.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Het lijkt mij niet wenselijk dat de inspectie een medewerker kan ontslaan. Wel is het wenselijk dat er een leidraad is voor de wijze waarop je met dit soort meldingen omgaat. Het moet in ieder geval vermeld worden bij de verantwoordelijke. En dat is de instelling. Die is verantwoordelijk en mag de zaak niet afschuiven naar anderen. Voor de cliënt is de instelling degene waar hij of zij terecht kan. De inspectie geeft aan wat er moet gebeuren met een individuele casus en hoe de raad van bestuur dat moet oppakken binnen een instelling. Vervolgens is het in het systeem van gelaagd toezicht, de inspectie die nagaat of de organisatie als geheel haar zaakjes op orde heeft. Het lijkt mij niet wenselijk dat de inspectie individuele medewerkers berispt c.q. ontslaat.

Mevrouw **Agema** (PVV): Wij vinden dat wel degelijk heel erg wenselijk. Als de inspecteur zo'n situatie aantreft en daarvan melding moet doen aan de raad van bestuur, dan gaat het weer in de papiermolen. Die raad moet het dan weer objectiveren en dan moet er onderzoek naar worden gedaan. Vervolgens zijn wij maanden verder. Als je het hebt over strafbare feiten, vraag ik mij af waarom zo'n inspecteur zo iemand niet gewoon de laan uit kan sturen.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Bij strafbare feiten is er wel iets heel anders aan de hand. Mochten er strafbare feiten door wie dan ook geconstateerd worden, dan moet dat natuurlijk gemeld worden. Bij zeer ernstige situaties kan de inspectie direct optreden. Zij kan zelfs een bevel uitvaardigen. Volgens mij heeft u nog niet zo lang geleden met de minister een heel uitgebreid debat gehad over de inspectie. Het lijkt mij niet verstandig dat hier over te doen. Dat laat onverlet dat duidelijk moet zijn waar cliënten hun klachten neer moeten kunnen leggen. Dat staat wat mij betreft centraal.

Nadere gedachtewisseling

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Voorzitter. Ik dank beide bewindslieden voor hun uitgebreide beantwoording. Ik heb nog een aantal vragen. De minister is niet ingegaan op mijn vraag over het cliëntenperspectief in de opleidingen en nascholing van de werkers in de zorg. Vervolgens wil ik graag nog een reactie van de minister op mijn suggestie van een cliëntvertrouwenspersoon naast de klachtenfunctionaris.

Daarnaast verneem ik nog graag van de minister of hij bereid is om samen met de andere veldpartijen het onderhavige traject vergezeld te doen gaan van een communicatieplan en of hij daarbij ook tegemoet wil komen aan mensen met verstandelijke beperkingen, mensen met zintuiglijke beperkingen en mensen uit andere culturen.

Ik ben blij dat de staatssecretaris en ik het eens zijn over de uitgangspunten. Over het tempo waarin een en ander zal plaatsvinden, houd ik nog wel zorgen.

Iemand die op voordracht van een cliëntenraad in een raad van toezicht wordt benoemd, kan een heel onafhankelijke persoon zijn. Natuurlijk zit hij of zij daar dan zonder last of ruggespraak. Zelf heb ik jarenlang ervaring in raden van toezicht met zo'n voordracht van ondernemingsraden en cliëntenraden. Het is mijns inziens ontzettend belangrijk dat deze mensen ook in die raden vertegenwoordigd zijn. Anders gebeurt er op deze terreinen veel te weinig. Ik overweeg om hierover een VAO aan te vragen.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Ik wil het laatste punt van mijn CDA-collega onderschrijven. In een raad van toezicht kunnen verschillende expertises nodig zijn. Er zijn al goede ervaringen mee opgedaan.

Ik dank beide bewindslieden voor hun antwoord. In mijn optiek zijn ze in hun toezeggingen iets verder gegaan dan in de stukken die wij vandaag bespreken. Dat geldt met name voor het in de wetgeving ophelderen van de individueel afdwingbare rechten versus het toezicht en de normering. Over het recht op afstemming tussen zorgverleners werd ik helemaal vrolijk. Deze paradigmashift verdient inderdaad een fraaie communicatiecampagne, zodat iedereen ook weet wat hem te doen staat als hij van het kastje naar de muur wordt gestuurd.

Verder stel ik vast dat gelet op de discussie van vandaag, het nodig is dat op korte termijn deze commissie maar weer eens met de minister van gedachten gaat wisselen over het arbeidsmarktbeleid. Het is namelijk alweer enige tijd geleden dat wij daar een apart AO over hebben belegd. De minister sprak over de mogelijkheid van inschakeling van bewindvoerders. Mij is echter nog niet helemaal duidelijk waar en op welke wijze dat wettelijk geregeld gaat worden.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Ook ik dank beide bewindspersonen voor hun beantwoording die mijns inziens in grote mate overeenstemt met het voorliggende stuk, namelijk dat er sprake is van veel beloftes. Nu is het tijd voor de uitvoering. Zij hebben ruimhartig toezeggingen gedaan, maar ook daarvoor geldt dat die vanaf nu concreet ingevuld moeten worden.

De staatssecretaris heeft een toezegging gedaan over het parallel laten lopen van de twee genoemde trajecten. Ik vraag haar om daarbij de mogelijkheid van een spoedprocedure bij de Raad van State te betrekken. Deze zou de gehele procedure aanzienlijk kunnen bekorten.

Ten aanzien van de onafhankelijke financiering van de cliëntenraad proefde ik bij de staatssecretaris dat zij daarin mee wil gaan, maar haar toezegging op dat punt vond ik toch wat minder helder. Heb ik het goed gehoord dat de staatssecretaris heeft toegezegd met een positieve grondhouding het aspect van de onafhankelijke financiering van de cliëntenraden bij de wet te zullen betrekken? Als ik dat niet goed heb gehoord, wat had ik dan wel moeten horen?

Ook is het goed om vanuit een positieve grondhouding te kijken naar de mogelijkheden voor nabestaanden om inzage te krijgen in de dossiers. Wat betreft het vraagstuk van één of twee wetten, is het helder dat de staatssecretaris in die ene wet duidelijk onderscheid gaat maken tussen de twee patiëntengroepen, te weten kortdurend en langdurend. Wij wachten de nadere invulling ervan af.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Een zorgaanbieder, een ziekenhuis of een zorginstelling moet alles in het werk stellen om aan te tonen dat goede zorg is geleverd in het geval van ongevallen en missers. Dat deze uitspraak nu door de bewindslieden is gedaan, vind ik echt winst. Tot dusverre geldt namelijk dat het bij klachtenprocedures en mogelijke juridische procedures heel moeilijk is voor de desbetreffende slachtoffers om de instellingen hiertoe te dwingen.

Verder is het goed nieuws dat de raad van bestuur en de raad van toezicht naar huis gestuurd kunnen worden, althans dat er een onderzoek naar de mogelijkheid daartoe komt. Al jaren pleiten wij hiervoor. Een half jaar geleden kreeg ik nog van de staatssecretaris te horen dat ik niet begreep hoe het allemaal rechtelijk in elkaar zat wanneer het ging om het naar huis sturen van falend bestuur. Nu wordt er onderzoek naar gedaan en daar zijn wij heel blij mee. Op welke termijn zal de Kamer de resultaten daarvan overigens tegemoet kunnen zien? Met veel falende raden van bestuur en raden van toezicht lijkt mij dat wij wat dat betreft flink aan de bak kunnen. Teleurstellend vind ik het antwoord inzake het recht op personeel. Meteen wordt er dan gezegd dat wij hier niet een arbeidsmarktdiscussie moeten gaan voeren, maar tegelijkertijd wordt er gezegd dat zorg intrinsiek de relatie behelst tussen professional en patiënt. Dat laatste vinden wij ook. Daarom zou het heel goed zijn als juist in deze rechten ook het aspect van personeelsbeleid wordt opgenomen. Want wat als onder het argument van schaarste op de arbeidsmarkt, terwijl dat wellicht meer een excuus is dan de realiteit, instellingen vast personeel ontslaan waardoor die zorgrelatie niet meer tot stand kan komen? Iedereen weet dat personeelswisselingen in een zorginstelling of in de thuiszorg leiden tot heel veel frustratie aan beide kanten. Ik zou graag zien dat daarop nog werd ingegaan. Ik wil geen arbeidsmarktdiscussie voeren. Ik wil dat het recht wordt gegarandeerd op een goede professional die structureel kan functioneren.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Het wordt een prachtige wet, maar wel een meer symbolische dan een reële. Gelet op wat er in de huidige wetgeving allemaal bereikt wordt, gaan wij wellicht iets regelen wat in de praktijk helemaal nooit aan de orde zal zijn. Ik zou eigenlijk willen zeggen: doe eerst iets aan die 75 000 mensen die geïndiceerd zijn voor AWBZ-zorg en die niet krijgen, aan de tekorten aan kraamverzorgenden, aan de huisartsen die telefonisch niet goed bereikbaar zijn, en aan de geschorste tandartsen. Kortom, doe wat aan al die voorbeelden van niet toereikende zorg. En lees ook eens het boekje van Bomhoff die ook zijn eigen recht op zorg meer zag als symboolwetgeving dan als reële wetgeving. Verder zou ik nog graag antwoord krijgen op mijn vraag over de klachtencommissie met betrekking tot zorginstellingen. Als uit onderzoek zou

blijken dat 10% van de instellingen geen klachtenregeling heeft, zou dat niet fraai zijn. Mij verzoek is dan ook om in kaart brengen of de klachtenregeling daadwerkelijk in alle zorginstellingen actief is en ook gecommuniceerd wordt met de mensen.

Tot slot ga ik nog in op de rol van de inspectie in relatie tot mishandelingen en dergelijke in instellingen. Mishandeling is natuurlijk wel een strafbaar feit. Wanneer de inspecteur anoniem en onaangekondigd komt, moet hij de bevoegdheid hebben om een medewerker die zich schuldig heeft gemaakt aan mishandeling, op staande voet te ontslaan of op non-actief te stellen, zodat er niet eerst een hele papiermolen aan vooraf moet gaan. Als wij iets willen verbeteren aan de zorg, is het van belang dat wij de rotte appels die soms jarenlang een afdeling weten te terroriseren, durven aan te wijzen en te ontslaan en dat wij ervoor zorgen dat ze nooit meer aan het werk gaan in de zorg.

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik denk dat ik vrij kort kan zijn. Ik neem aan dat de onderwerpen cliëntenperspectief en de opleidingen nog ruimschoots in het verdere traject aan de orde komen. Ik zal een en ander in ieder geval verkennen. Mochten er hiaten in zitten, dan laat ik de Kamer dat weten. Dan de vertrouwenspersoon. In de Wet BOPZ is deze opgenomen als een verplichting. Dat is ook wel logisch omdat het de keerzijde is van het feit dat mensen gedwongen opgenomen zijn. In de langdurige zorg is er de praktijk dat er een vertrouwenspersoon is, maar om die verplicht te stellen over de gehele linie lijkt mij niet de aangewezen weg. Wel kunnen zorgaanbieders in samenspraak met de cliëntenraad daartoe beslissen waarbij de cliëntenraad er eventueel een impuls aan zou kunnen geven. Het communicatieplan zal breed van opzet zijn en zal rekening houden met verschillende culturen en met het feit dat sommige mensen zintuiglijke beperkingen hebben. Dus op het moment dat de wet van kracht wordt, zullen wij daarvoor zorgen.

Mevrouw Vermeij heeft behoefte aan opnieuw een AO over arbeidsmarktbeleid. Ik schrik daar eerlijk gezegd wat van terug, gegeven het aantal uren dat ik hier al ben. Tegelijkertijd vind ik het wel een heel belangrijk onderwerp. Als iets het nu verdient om speerpunt te zijn, dat is het dat wel, gegeven de randvoorwaarden die daarmee in termen van goede zorg gemoeid zijn.

De bewindvoerder zullen wij gaan aanwijzen. Dat hadden wij al toegezegd in het kader van de brief «Waardering van betere zorg», maar wij gaan er in de onderhavige wet handen en voeten aan geven, in het verlengde van de continuïteit van behoud van vermogen en de continuïteit van de zorg, waarbij ik tevens wijs op het early warning system dat ontwikkeld gaat worden. Dat is meteen een antwoord op de vraag van mevrouw Leijten in hoeverre raden van bestuur naar huis gestuurd kunnen worden. In dat kader moet de bewindvoerder dus gezien worden. Ik wijs er op dat dit geen vreemde figuur is, aangezien wij die al kennen in de sfeer van de woningbouwcorporaties. Zelfs in het tot het recente verleden ultraprivate bankwezen kennen wij de bewindvoerder.

Mevrouw Willemse heeft gevraagd in hoeverre er recht is op tijdige zorg. Tijdige zorg veronderstelt voldoende personeel en dat is iets wat een overheid niet altijd in de hand heeft. Dat is ook de reden waarom sociale grondrechten waaruit inderdaad het recht op zorg afgeleid kan worden, een instructienorm is zonder dat het echter een afdwingbaar recht is. Want tot het onmogelijke is niemand gehouden. Als morgen niemand meer voor de zorg kiest, hebben wij in Nederland een groot probleem. Dan kunnen wij hooguit het leger op de zorg afsturen. Wij kennen natuurlijk wel het fenomeen van de aan artsen voorbehouden handelingen die conform de Wet BIG aan hen zijn toegekend. Maar een recht op personeel en dergelijke zou echt een inbreuk plegen op de bedoelingen van de sociale grondrechten en de desbetreffende instructienorm.

Mevrouw Agema heeft in het verlengde hiervan de kraamverzorgenden genoemd. In feite wordt zij al op haar wenken bediend. Er waren tekorten die ook implicaties hadden voor het aantal uren waarbinnen kraamzorg verleend kon worden. Vervolgens is er met de sector en de verzekeraars een plan van aanpak ontwikkeld om een toereikend aantal mensen in de opleidingen te krijgen, teneinde te kunnen gaan voldoen aan het indicatieprotocol.

Verder kan ik nog opmerken dat er straks een klachtenregeling dient te zijn met het oog op een goede klachtenafhandeling. Dat zal mede uit deze wet voortvloeien.

Mevrouw **Agema** (PVV): Die kwestie rond de kraamverzorgenden toont juist aan hoe groot het probleem is rond het voldoende beschikbaar zijn van zorg. Van de zomer kon het wettelijk minimumaantal uren van 24 niet eens meer gegarandeerd worden vanwege personeelstekorten. Het punt is dat er eerst jaren overheen gaan voordat dit weer hersteld is. Er was wel degelijk sprake van zorg die wettelijk door de bodem ging, in de zin dat u de wettelijke norm niet eens meer kon garanderen.

Minister **Klink**: U herformuleert het probleem. Die wettelijke bodem was wel degelijk het aangrijpingspunt om een plan van aanpak te maken teneinde uit de problemenzone te komen. Wij gaan er met man en macht aan werken.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Voorzitter. Mevrouw Willemse heeft gesproken over de voordracht van cliëntenraden voor een lid van de raad van toezicht. Ik zou willen voorstellen om de discussie hierover verder te voeren bij de behandeling van het wetsvoorstel. Wel kan ik reeds toezeggen dat wat wij er ook mee doen, wij zeer zorgvuldig en gemotiveerd zullen toelichten welke keuzen wij zullen maken.

De heer Zijlstra heeft gesproken over de cliëntenraden in relatie tot de procedure bij de Raad van State. Vanzelfsprekend zal het gaan om een spoedprocedure. Ik zal niet proberen een route te bevoorstellen boven een andere. De inzet is dat wij samen zoeken naar de snelst mogelijke manier om de financiering met betrekking tot de cliëntenraden rond te krijgen. Ik heb overigens niet gezegd dat ik vind dat er een onafhankelijke financiering van cliëntenraden moet komen. Het zou namelijk ingewikkeld zijn om een onderdeel van wat wij bijvoorbeeld bij de langdurige zorg met de zzp'ers en bij de cure met de dbc's geïntegreerd doen, eruit te halen. Zoals in de brief staat, gebeurt het op voorstel van de cliëntenraad en kan het vervolgens vastgesteld worden door het bestuur. Mocht men er niet uit komen, dan is er de geschillencommissie waar men naartoe kan.

Mevrouw Leijten kan ik zeggen dat wij de resultaten van het onderzoek naar de raden van bestuur en de raden van toezicht zullen betrekken bij het wetsvoorstel.

Mevrouw Agema heeft tot twee keer toe gezegd dat er 75 000 mensen op een wachtlijst voor de langdurige zorg staan. Dat is echt niet het geval.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat komt uit uw eigen stukken.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Er zijn 75 000 mensen die zorg krijgen maar die een voorkeur hebben voor bijvoorbeeld een andere instelling of die graag intramurale zorg zouden willen krijgen in plaats van thuiszorg. Uit de stukken blijkt ook dat er een wachtlijst is van 5500 mensen, met name licht verstandelijk gehandicapten en zwaar dementerenden. Dat zijn de mensen op wie mevrouw Agema doelt en dat zijn er dus geen 75 000. Verder heeft mevrouw Agema aandacht gevraagd voor mishandeling in zorginstellingen. Mishandeling is een strafbaar feit. Natuurlijk kan daar het tuchtrecht of het strafrecht op van toepassing worden verklaard, maar de instelling blijft verantwoordelijk bij een ernstige overtreding. In dat geval

is ook toezicht mogelijk en kan de inspecteur zelfs een bevel richting de zorgaanbieder uitvaardigen. Voor het overige verwijs ik ten aanzien van goed gedrag naar het BIG-register.

De heer **Zijlstra** (VVD): De onafhankelijke financiering loopt al vanaf 1999. De eerste motie is van Weekers, Van Vliet en Dankers. Daarna volgden nog moties van Van Miltenburg, Verbeek en Vietsch. Als u bij het wetsvoorstel met een grondige motivering komt waarom het volgens u een slechte zaak zou zijn om het onafhankelijk te doen, dan zijn wij altijd te overtuigen, maar ik vind het te mager wat u hierover tot nu toe heeft gezegd.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Laten wij dan wel een misverstand wegnemen, want ik heb wel gezegd dat ik vind dat er een financiering voor cliëntenraden moet komen. Dat is ook in lijn met eerdergenoemde moties. De enige vraag is of die financiering moet plaatsvinden los van het instellingsbudget of als onderdeel van dat budget. Als het onderdeel van het budget is, moet ook geborgd zijn dat er voldoende middelen zijn voor de cliëntenraad. Wat ik wil voorkomen is dat wij nieuwe bureaucratie met elkaar gaan maken door middel van nieuwe financieringsstromen. Wij zouden anders verder wegrijven van wat de Kamer ook wil, namelijk een budget dat meer de cliënt volgt in plaats van de aanbieder. Dit alles laat onverlet dat ik vind dat er voor de cliëntenraden financiën moeten komen en dat wij dat ook in de wet moeten vastleggen. Op de modaliteiten van de uitvoering kunnen wij terugkomen in het kader van het wetsvoorstel.

De heer **Zijlstra** (VVD): Volgens mij komen wij een heel eind tot elkaar. De crux zit hem erin dat er nog steeds wordt gesproken over vormen waarbij de raad van bestuur instemming verleent. Daar zit de moeilijkheid van «wie betaalt, bepaalt». Zolang dat soort mechanismen er in zit, zijn wij verontrust.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Dat snap ik. Ik wil ook niet dat de raad van bestuur zegt geen geld te hebben voor de cliëntenraden. De garantie moet er zijn dat cliëntenraden goed kunnen functioneren. Omgekeerd kunnen cliëntenraden ook niet het onmogelijke vragen door steeds te zeggen dat ze nog meer willen hebben. Uiteindelijk moet het dus in onderling overleg gebeuren. Het is aan ons om er in het wetsvoorstel de garanties en de contouren voor te schetsen, opdat het op een verantwoorde manier gebeurt.

Mevrouw **Agema** (PVV): Je mag altijd een verschillende lezing hebben over bepaalde zaken, maar liegen mag niet. Er zijn 75 000 mensen die een AWBZ-indicatie hebben, maar die zorg niet geleverd krijgen. U maakt er vervolgens een politieke wachtlijst van. U schrapt mensen van de lijst omdat ze bijvoorbeeld wachten op een huis van hun voorkeur. U reduceert die lijst omdat u vindt dat wanneer iemand in een bejaardenhuis zit maar nog geen dagbesteding krijgt, dit niet urgent is. U maakt van die lijst van 75 000 een lijst van 4000 tot 5500 mensen die u dan als urgent wachtenden aanmerkt. Maar wachtend is wachtend, en dat zijn er 75 000. Dat getal komt uit uw eigen stukken.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik accepteer het niet dat mevrouw Agema mij hier van leugens beticht.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat doet u in mijn richting. U moet u beperken tot de feiten.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Wij hebben dit debat meer dan eens gevoerd. U zegt dat 75 000 mensen wachten op zorg. Ik bestrijd dat, omdat ik niet wil dat dit soort getallen een eigen leven gaat leiden. Er mag niet het idee ontstaan dat er 75 000 mensen in Nederland geen zorg krijgen die deze zorg wel bitterhard nodig hebben. Die mensen krijgen wel zorg, maar nog niet in het verpleeghuis van hun eerste voorkeur. Als wij met z'n allen onmiddellijk iedereen altijd hun eerste keuze zouden willen aanbieden, dan moet de premie voor de AWBZ verviervoudigd worden. En dan mag u dat uit gaan leggen aan de Nederlandse burgers. Dus wat ik heb gezegd, is niet dat er 75 000 mensen zijn die geen zorg krijgen maar is wel dat het overgrote deel van die mensen zorg krijgt maar misschien nog niet in hun verpleeghuis van eerste voorkeur dan wel dat ze thuiszorg krijgen terwijl ze eigenlijk in een verpleeghuis terecht zouden moeten kunnen met de indicaties die ze hebben. Er is een harde wachtlijst van zo'n 5500 mensen waarover ook ik mij grote zorgen maak. Dat zijn de mensen die echt wachten op zorg en ten aanzien van wie wij er alles aan doen om die zorg zo snel mogelijk te kunnen bieden.

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): De staatssecretaris heeft voorgesteld om de twee voorstellen die ik heb gedaan te betrekken bij de bespreking van het wetsvoorstel. Ik heb eerder gezegd daarover nog te willen nadenken. Ik kan op voorhand al een uitspraak van de Kamer vragen om de staatssecretaris een richting mee te geven. Ik zal mij daarover beraden.

Dan nog even over het onafhankelijke budget. Tot nu toe is in de voorstellen van de staatssecretaris dat budget afhankelijk van de goedkeuring van de raad van bestuur. Uit de stukken blijkt dat alles eerst aan de raad van bestuur moet worden voorgelegd voor instemming. Er zijn in de zorg allerlei criteria op basis waarvan wij de salarissen van de leden van de raad van bestuur bepalen. Je kunt toch gewoon een aantal criteria bedenken, zoals omzet, omvang, aantal zorgplaatsen en aantal medewerkers, op basis waarvan je bepaalt wat het bedrag moet zijn dat de cliëntenraad nodig heeft? Dan is het wel onafhankelijk. Dat doen wij ook met de raden van bestuur en die krijgen er nog allerlei aanverwante zaken bij, zoals een zakenauto. Dus wij kunnen het budget op basis van genoemde criteria onafhankelijk vaststellen en dan hoeft het niet langs de raden van bestuur. Het zit gewoon in het instellingsbudget.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Dan komen wij weer terug op het debat dat ik net met de heer Zijlstra voerde. Het kan best in het instellingsbudget zitten zonder dat het dan aan andere dingen besteed mag worden. Er is wel een instemmingsrecht van de cliëntenraad en dat geldt ook voor de financiële middelen die ervoor uitgetrokken worden. Dus een raad van bestuur kan niet zomaar zeggen: het staat wel in de wet maar het geld hebben wij niet. Natuurlijk moet je dan een midden vinden ten aanzien van de hoeveelheid middelen die er voor een cliëntenraad moeten zijn, afhankelijk van de soort organisatie. Over de vraag welke criteria daarbij een rol moeten spelen, gaan wij graag verder de discussie aan met de cliëntenorganisaties, want die moeten zich er ook in kunnen herkennen. In de memorie van toelichting moeten wij aangeven waar je aan moet denken bij de grootte van dat budget. De cliëntenraad heeft instemmingsrecht, ook bij de financiering van de cliëntenraad.

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

Adjunct-griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Clemens