



De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk Z/EPC-2437330	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
Onderwerp Standpunt op RVZ-advies Van Patiënt tot Klant		Bijlage(n)	Uw brief

In april 2002 heeft de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gevraagd te adviseren over het thema "Cliëntenperspectief bij zorginstellingen en professionals". Met de nota "Vraag aan bod" is VWS een weg ingeslagen waarin vraagsturing en vraaggerichte zorg centraal staan. Dit betekent dat de individuele vragen en behoeften van de cliënt zoveel mogelijk richtinggevend zijn voor het aanbod van zorg. Hiermee wordt de dienstverlening aan de cliënt beter en kan de kwaliteit van zorg verhoogd worden.

In de huidige Nederlandse gezondheidszorg zijn de keuzemogelijkheden en daarmee de beïnvloedingsmogelijkheden van cliënten op het gebied van zorg en zorgverzekering nog te beperkt. Het advies van de RVZ benadert deze problematiek aan de hand van de volgende vragen:

"Welke informatie of hulpmiddelen heeft de aanbieder nodig om zich in zijn handelen te richten op wat de cliënt wenst en op welke manier kunnen zorgaanbieders worden geprikkeld om zich te richten naar de vragen en informatiebehoefte van de cliënt?"  
Met deze brief geven wij ons standpunt op het advies.

### Kern van het advies

De zorgmarkt vertoont nog kenmerken van een aanbiedersmarkt. Volgens de RVZ is er een groot verschil tussen wat cliënten willen en wat professionals en instellingen in de zorg bieden. Er wordt te weinig rekening gehouden met de wensen en preferenties van de cliënten. De RVZ ziet hiervoor oorzaken op twee niveaus. Op macroniveau, dat van het zorgsysteem, bestaat schaarste; is er geen transparantie over de producten waardoor de cliënt geen goede prijs-kwaliteit afweging kan maken; belemmeren teveel financiële schotten en loketten de samenwerking en samenhang tussen zorgsectoren en zijn er onvoldoende prikkels voor cliëntvriendelijkheid.

Op het microniveau, dat van de zorgaanbieders, wordt onvoldoende informatie en keuzemogelijkheden geboden en wordt onvoldoende gebruik gemaakt van protocollen en richtlijnen die bovendien veelal cliëntonvriendelijk zijn. Ervaringskennis wordt niet op waarde geschat; zorgaanbieders beheren het dossier en er is onvoldoende oog voor adequate patiëntenlogistiek, aldus de RVZ.



De RVZ constateert dat de cliënt niet altijd keuzevrijheid heeft. Het cliëntenperspectief is begrensd, bijvoorbeeld door zorg-technische aspecten, door het type zorg dat een cliënt nodig heeft (bij acute zorg valt er niets te kiezen) of door het type cliënt (niet iedereen kan, wil of mag kiezen). Tot slot stelt de RVZ dat het cliëntenperspectief het aspect van goed patiëntschap omvat. De RVZ bedoelt hiermee dat de cliënt zelf verantwoordelijkheid draagt: voor een gezonde levensstijl, voor het actief participeren aan zijn behandeling en voor het oordelen en feedback geven over de geconsumeerde zorg.

Voor de beantwoording van de onderzoeksvraag onderscheidt de RVZ de volgende aspecten: het creëren van een klant- en betaalrelatie, kwaliteitsbevordering en kwaliteitsbeoordeling en de rol voor patiënten /consumentenorganisaties. Daarnaast benoemt de RVZ een aantal randvoorwaarden waaraan voldaan moet zijn. De RVZ werkt deze aspecten uit in specifieke adviezen. Hierna geven wij eerst een algemeen oordeel over het advies en gaan daarna in op de aanbevelingen.

## **Standpunt VWS**

### **Algemene reactie**

De RVZ richt zich in de beantwoording van de onderzoeksvraag sterk op de betaalrelatie met betrekking tot de curatief-somatische zorg. De beantwoording van de vraag hoe aanbieders geprikkeld moeten worden om meer vraaggericht te werken, wordt vooral uitgewerkt in de achtergrondstudie "Zorgaanbod en cliëntenperspectief". Het is een tekortkoming van het advies dat met deze informatie weinig is gedaan. De vraag naar handreikingen voor de zorgaanbieder om zich meer op het cliëntenperspectief te richten, wordt nu maar ten dele in het advies beantwoord.

Voor wat betreft de AWBZ stelt de RVZ in het advies dat in het traject van de Modernisering AWBZ al veel knelpunten aan de orde komen en oplossingen worden voorgesteld. Dat is de reden dat het advies van de RVZ op die onderdelen niet ingaat. Hoewel het juist is dat er in het kader van de Modernisering AWBZ vanuit het perspectief van de cliënt/vergroten keuzevrijheid cliënten, veel beleidsmatige inzet werd en wordt gepleegd, is het advies daardoor toch wat onevenwichtig van aard. In het vervolg van mijn reactie zal ik dan ook tevens daar waar relevant, de inspanningen die VWS op het terrein van de AWBZ pleegt, benoemen.

Het advies hanteert terecht het uitgangspunt "de klant centraal in de zorg" en stelt zich de vraag hoe de overheid, de zorgaanbieder en de verzekeraar er voor kunnen zorgdragen dat de klant meer centraal komt te staan. De door ons ingezette ontwikkeling naar gereguleerde marktwerking is hiertoe een middel. Het is ons beleid om op onderdelen van de zorgsector waar concurrentie niet mogelijk of niet wenselijk is, marktprikkels in te voeren zodat de klant ook in deze sectoren meer centraal komt te staan.

Met de RVZ zijn wij van mening dat iedere partij (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumenten) een eigen verantwoordelijkheid heeft in het krachtenspel rond de zorg. Reeds in de nota "Met zorg kiezen" die 18 maart 2002 aan u is gestuurd, wordt gesteld dat cliënten een steviger positie moeten innemen willen zij hun rol waar maken. Ook het nieuwe kabinetsbeleid zet hier op in. Meer transparantie en keuzemogelijkheden in het aanbod moet er toe leiden dat de cliënt zijn verantwoordelijkheid in de zorg kan waarmaken. Geen passieve rol voor de patiënten/consumenten, maar zelf actief bevorderen dat de zorg beter aansluit bij de eigen vragen en behoeften.

Bij onze beleidsontwikkeling wordt van kritische en mondige patiënten/consumenten uitgegaan, die zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid. De opmerking van de RVZ over het goed patiëntschap vinden wij daarom belangrijk. De cliënt heeft de verantwoordelijkheid zich actief en kritisch op te stellen indien hij daartoe in staat is. Dit

komt bijvoorbeeld tot uiting in het meewerken aan de behandeling door informatie te verschaffen en feedback te geven aan de behandelaar. Wij onderschrijven deze gedachte van harte en zullen bezien hoe deze uitgangspunten in de uitwerking van ons beleid een rol krijgen.

De verantwoordelijkheid van de cliënt betekent ook dat hij het aanbod vergelijkt, rationele keuzes maakt en daarmee zorg zoekt die aansluit bij zijn wensen. Door direct zorg te bieden die aansluit bij de wens van de client kan bijvoorbeeld overbodige behandeling worden voorkomen. Hiervoor heeft de cliënt een transparant en toegankelijk zorgaanbod nodig. De door ons voorgenomen ontwikkeling van een portalorganisatie draagt hieraan bij. Een kwartiermaker heeft van VWS de opdracht gekregen de mogelijkheden voor een portalorganisatie te bezien. Deze portalorganisatie moet burgers informatie gaan bieden over preventie en (de kwaliteit van) zorg op een wijze die aansluit bij de vragen en behoeften van burgers. Hierbij moet een betere benutting van al beschikbare informatie gerealiseerd worden en witte vlekken worden opgevuld. Tevens wordt hiermee een doelmatiger inzet van overheidsinvesteringen in publieksinformatie bereikt omdat bestaande subsidies voor voorlichting worden gebundeld en geherstructureerd. De informatie wordt aan burgers aangeboden via internet, telefoon en fysieke loketten. Patiënten- en consumentenorganisaties worden bij dit proces betrokken.

### **De specifieke aanbevelingen van de RVZ**

*1. Bevorder dat de cliënt in de zorgsector een klantrelatie en daarbij een betaalrelatie krijgt.* De RVZ stelt dat de cliënt zelf de keuze moet hebben op welke wijze hij zijn zorg wil ontvangen: in natura, via restitutie of via een Persoonsgebonden budget (PGB).

Op zichzelf vinden wij de combinatie van verschillende bekostigingsvormen in één verzekering een sympathieke gedachte. Bij de voorbereidingen van het nieuwe zorgstelsel bezien wij op welke wijze een combinatie van zorg in natura en zorg via restitutie mogelijk is. Daarbij betrekken wij aspecten als administratieve lasten en averse prikkels die die keuzemogelijkheid kunnen oproepen. Het is kabinetsbeleid de administratieve lasten in de zorg zoveel mogelijk te beperken. In een aantal sectoren van de AWBZ was het Persoons Gebonden Budget (PGB) al enige tijd beschikbaar. Sinds 1 april 2003 is er een AWBZ-brede PGB regeling. Op de mogelijkheid van een PGB in de cure komen wij later in dit standpunt terug.

De RVZ pleit voor een klant- en betaalrelatie in de zorg. Klanten moeten gestimuleerd worden de beste prijs-kwaliteitverhouding te kiezen. Dit betekent dat keuzen ook financiële gevolgen hebben voor de klant, bijvoorbeeld in de vorm van eigen bijdragen. De RVZ stelt voor om, in geval de klant ontevreden is, hij de eigen bijdrage of nominale premie terug kan vorderen.

De gedachte van de RVZ dat ook in de zorgsector het principe "niet goed geld terug" op moet gaan onderschrijven wij, maar wij zetten onze vraagtekens bij het door de RVZ gekozen middel. De RVZ werkt de betaalrelatie niet nader uit. Zo doet zij geen uitspraken over de verantwoordelijkheidstoedeling tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar en het begrip zorgplicht wordt niet nader ingevuld.

Wij zijn van mening dat een klant- en betaalrelatie alleen tot stand kan komen indien de klant vooraf weet wat hij mag verwachten. Wij wijzen hiermee nog eens op de noodzaak van transparantie in het zorgaanbod en het verzekeringsaanbod.

De RVZ wil met haar aanbeveling bereiken dat de klant meer zeggenschap heeft en financiële genoegdoening kan krijgen als het met de geleverde zorg echt is misgelopen.

Wij zijn van mening dat er andere wegen zijn om dat te bereiken. Bijvoorbeeld via adequate, laagdrempelige klachtafhandeling. Bij de beleidsvoorbereiding van het nieuwe zorgstelsel zullen wij de mogelijkheden hiervoor nader bezien.

Dit sluit aan bij de aanbeveling van de RVZ om te bevorderen dat verzekerden meer gebruik maken van de mogelijkheid ook klachten over het zorgaanbod in te dienen bij hun zorgverzekeraar. Wij zijn van mening dat een verstandige verzekeraar consequenties zal verbinden aan klachten over de verleende zorg.

Voor de AWBZ-sector heeft het College voor Zorgverzekeringen in de folder over de AWBZ een klachtenprocedure beschreven die de cliënt kan doorlopen als zij niet tevreden is met de verleende zorg. Uiteraard wordt er eerst van de cliënt verwacht dat hij met de zorgaanbieder overlegt om tot een oplossing te komen. Als dat niet tot een bevredigend resultaat leidt kan de cliënt zich tot het zorgkantoor wenden. Het zorgkantoor is ervoor verantwoordelijk dat de geïndiceerde zorg op een verantwoorde manier en van voldoende kwaliteit wordt verkregen. Het zorgkantoor neemt dan contact op met de zorgaanbieder. Als het zorgkantoor de cliënt in het ongelijk stelt, kan de cliënt tegen dit schriftelijke besluit van het zorgkantoor in bezwaar gaan. Daarna bestaat nog de mogelijkheid om in beroep te gaan bij de rechter.

Naast de hier beschreven procedure bestaat er tevens een klachtenregeling voor zaken die niet te maken hebben met de aard of omvang van de zorg maar bijvoorbeeld met de manier waarop de cliënt te woord wordt gestaan.

## *2. Kostenoverzicht*

De tweede aanbeveling van de RVZ om de betaalrelatie vorm te geven is de beoordeling van het kostenoverzicht door de verzekerde. Indien de verzekerde zijn zorg regelt via restitutie of natura, dient hij van de zorgverzekeraar periodiek een kostenoverzicht van de verleende zorg te ontvangen. De verzekerde beoordeelt dan of de vermelde zorg is verleend en deze toereikend is. Indien dat niet het geval is, meldt hij dat aan de zorgverzekeraar, aldus de RVZ.

Wij zijn van mening dat het periodiek ontvangen van een kostenoverzicht zinvol is voor het bevorderen van het kostenbewustzijn van de verzekerde. Ook krijgt de verzekerde hiermee inzage in de genoten en betaalde zorg. Bij voldoende transparantie kan de verzekerde beoordelen of hij heeft gekregen wat hij had mogen verwachten van de verzekeraar. De mogelijkheid van het invoeren van een kostenoverzicht zullen wij in de stelselontwikkeling nader bezien. Daarbij betrekken wij het aspect van de administratieve lasten.

In de AWBZ hebben cliënten reeds inzicht in de kosten. Indien de cliënt beschikt over een PGB koopt hij zelf zijn zorg in en heeft zo inzicht in de kosten. Bij zorg-in-natura krijgt de cliënt inzicht in de kosten doordat de eigen bijdrage mede afhankelijk is van de omvang van de zorg.

Voor het beoordelen van de zorg ten behoeve van kwaliteitsbevordering zijn er andere instrumenten beschikbaar zoals kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief en benchmarking. Het staat de zorgverzekeraar natuurlijk vrij om aan het kostenoverzicht een evaluatie te koppelen om, ten behoeve van de zorginkoop, inzicht te krijgen in de cliënttevredenheid.

## *3. Contracteervrijheid*

Voorwaarde om een klantrelatie optimaal tot stand te brengen en klanten werkelijk keuze te bieden, is dat de contracteervrijheid van verzekeraars wordt verbreed, aldus de RVZ. De RVZ stelt dat zorgverzekeraars niet verplicht moeten zijn het hele aanbod van een instelling

te contracteren, maar zich moeten kunnen beperken tot het inkopen van bepaalde specialismen.

Wij onderschrijven deze gedachte van de RVZ. Meer in algemene zin verwachten wij dat de verzekeraars hun inkooprol mede zullen benutten om waar nodig druk uit te oefenen op aanbieders om de klantgerichtheid te vergroten. In de curatieve sector bevordert het door ons ingezette traject tot invoering van DBC's de mogelijkheid om op termijn de contracteervrijheid te verruimen en te komen tot een situatie waarin verzekeraars niet alleen per specialisme maar zelfs per behandeling (DBC) zorg kunnen inkopen.

In de Modernisering AWBZ en met name in het project van de functiegerichte bekostiging zijn de ontwikkelingen er systematisch op gericht de keuzevrijheid van de cliënt verder te vergroten. Voor cliënten die kiezen voor zorg in natura, is per 1 april 2003 de toelating van aanbieders op aparte functies in de AWBZ en de toelating voor het aanbieden van deze functies aan cliënten uit alle sectoren al een behoorlijke verruiming van de keuzemogelijkheden voor cliënten.

Momenteel bestaat in de AWBZ nog de contracteerverplichting. Toch kan de cliënt zich melden bij elke zorgaanbieder die is toegelaten omdat elke toegelaten zorgaanbieder die dat wil, wordt gecontracteerd.

In de AWBZ wordt voorts gewerkt aan het opheffen van de contracteerverplichting voor extramurale zorg met ingang van 01-01-2005. In deze situatie kan het zich voordoen dat de cliënt zich wil wenden tot niet-gecontracteerde aanbieders. Dit vraagstuk wordt voorgelegd aan het College voor Zorgverzekeringen die in de eerste helft van dit jaar een uitvoeringstoets zal uitbrengen.

#### *4. Invoering PGB in de cure.*

Om werkelijk te kunnen kiezen is de RVZ van mening dat ook in de cure moet worden bezien in hoeverre een Persoonsgebonden Budget (PGB) mogelijkheden biedt. De cliënt moet *kunnen kiezen* hoe hij de zorg wil regelen: via restitutie, zorg in natura of via een PGB. De RVZ beargumenteert dat dit de regie van de cliënt bevordert en de samenhang in de chronische zorg voor een cliënt vergemakkelijkt.

Voor zover het de caresector betreft delen wij de mening van de RVZ dat het PGB de keuzemogelijkheden voor de cliënt vergroot. Met de invoering van het AWBZ-brede PGB regeling per 1 april 2003 is de keuzevrijheid voor de cliënt in de AWBZ al aanmerkelijk toegenomen. Voor de curatieve sector, met name de niet spoedeisende zorg, zijn wij van mening dat een systeem van restitutie tot een zelfde resultaat leidt, namelijk meer keuzemogelijkheden. De keuzemogelijkheid van zorg via restitutie naast het ontvangen van zorg in natura wordt daarom in de beleidsvoorbereiding van het nieuwe zorgstelsel nader bezien.

*5. Zorg ervoor dat aan de benodigde randvoorwaarden wordt voldaan in de situatie dat van de zorgaanbieder verwacht wordt dat hij zich op marktconforme wijze door de behoefte van de cliënt laat leiden.*

#### *5a. Randvoorwaarde: voldoende zorgaanbod*

De RVZ stelt dat er een lichte overcapaciteit aan zorgaanbod moet zijn om te kunnen kiezen.

De zorgaanbieder kan zich niet altijd door de behoefte van de cliënt laten leiden. Het is een feit dat er nog steeds sprake is van schaarste en ondercapaciteit in de zorg. Voor VWS is het wegwerken van deze schaarste en ondercapaciteit een belangrijk doel. Een van de middelen om het tekort aan hulpverleners op te lossen is een doelmatiger verdeling van

taken tussen zorgverleners. Op 31 oktober 2003 heb ik u het advies van de commissie Legrand en mijn standpunt daarop gestuurd. Naar aanleiding van dat advies gaan wij de Stuurgroep Modernisering van de Opleidingen en Beroepen in de Gezondheidszorg instellen. Deze stuurgroep moet binnen vijf jaar zorgdragen voor de implementatie van de aanbevelingen van de commissie Legrand.

Naast een doelmatiger verdeling van taken tussen zorgverleners dragen ook transparantie en inzicht in keuzemogelijkheden bij aan een doelmatige inzet van de zorg. Het maken van gerichte keuzen door goed geïnformeerde cliënten zorgt er voor dat niet onnodig wordt doorverwezen.

*5b. Randvoorwaarde: aandacht in (vervolg) opleidingen voor cliëntenperspectief*

De RVZ is van mening dat een cliëntgerichte attitude van zorgaanbieders van groot belang is.

Met de RVZ zijn wij van mening dat het systeem van gezondheidszorg voldoende prikkels voor de zorgaanbieder moet bevatten om cliëntgericht te werken. De volgende prikkels dragen onder andere bij aan meer cliëntgericht werken: de invoering van het PGB in de care; de invoering van prestatiegerichte bekostiging; het vergroten van de marktwerking en het vergroten van de beleidsruimte van zorgaanbieders. Wij zijn van mening dat de cliëntgerichtheid van de aanbieders vooral een verantwoordelijkheid is van de aanbieders zelf. Kwaliteitstoetsen vanuit cliëntenperspectief kunnen een signaal geven dat verbetering ten aanzien van cliëntgericht werken nodig is. Hoewel nog niet alle aanbieders even cliëntgericht werken zijn er binnen de caresector goede voorbeelden te vinden van hoe het binnen de huidige mogelijkheden beter kan. In de verpleging en verzorging is sinds 1998 een stimuleringsprogramma op het gebied van bejegening uitgevoerd in verpleeg- en verzorgingshuizen. Het materiaal zoals de gids "Beter bejegenen" zal aan de opleidingen worden aangeboden.

De rol van VWS bij de cliëntgerichtheid van aanbieders beperkt zich tot het inbouwen van voldoende prikkels in het systeem om daadwerkelijk cliëntgericht te werken. Door middel van management by speech en het signaleren en verspreiden van innovatie en doorbraakprojecten stimuleren wij cliëntgerichtheid sterker op de agenda van partijen te zetten. Het curriculum van de beroepsopleidingen in de zorg valt buiten onze competentie maar wij zullen dit thema onder de aandacht brengen van de onderwijskoepels.

*5c. Randvoorwaarde: ervaringskennis*

De RVZ vindt dat programma's op het gebied van vraagsturing en cliëntenperspectief tevens aandacht moeten hebben voor het ontwikkelen, beschrijven, systematiseren, en toegankelijk maken van ervaringskennis.

Wij vinden het van belang dat zorgaanbieders op de hoogte zijn van wat cliënten ervaren en dat zorgaanbieders deze kennis benutten. Het gebruik van ervaringsdeskundigheid blijft nog te vaak onderbelicht. In de caresector wordt onder andere via kwaliteitstoetsen vanuit cliëntenperspectief ervaringskennis beschreven en benut. Bijvoorbeeld Cliënt en Kwaliteit rapporteert hierover jaarlijks. In de geestelijke gezondheidszorg geven ervaringsdeskundigen cursussen aan medewerkers van instellingen, zodat zij inzicht krijgen in wat het betekent om GGZ-cliënt te zijn. Het elektronisch ervaringsdossier, gekoppeld aan het elektronisch patiëntendossier, zou een mogelijkheid kunnen zijn om individuele ervaringskennis toegankelijk te maken voor zowel de cliënt zelf als de hulpverleners. Wij zullen dit onderwerp onder de aandacht brengen van het Nationaal ICT instituut in de zorg (NICTIZ).

*5d. Randvoorwaarde: inzage in patiëntendossier*

De RVZ is van mening dat de cliënt zelf inzicht moet hebben in het eigen dossier.

Het inzagerecht is formeel geregeld in de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). In het implementatieprogramma voor de WGBO is het elektronisch patiëntendossier één van de aandachtspunten. In de care hoort de aanbieder het zorgplan in overleg met de cliënt op te stellen en schriftelijk vast te leggen. Uit de achtergrondstudie "Internetgebruiker en kiezen van zorg" blijkt dat 70% van de ondervraagde internetgebruikers zijn gegevens over de eigen gezondheidstoestand via internet zou willen raadplegen. Steeds meer zorgaanbieders (b.v. de Landelijke Huisartsen Vereniging) delen het inzicht dat inzage in de eigen patiëntengegevens vergemakkelijkt moet worden en daarom ook op elektronische wijze met de cliënt moet kunnen worden gedeeld. In het Radboudziekenhuis Nijmegen is begeleid door VWS en gefinancierd door EZ een pilot gestart voor IVF-patiënten, waarbij de patiënt thuis via internet het medische dossier kan inzien en vragen kan stellen aan de behandelaar. VWS ondersteunt voorts een actieprogramma van het NICTIZ dat moet bijdragen tot verbetering van eenduidige gegevensuitwisseling ten behoeve van het primaire proces. Hierover is overleg geweest met NICTIZ. Het door hen ontwikkelde programma is er al op ingericht rekening te houden met inzage van cliënten in hun eigen dossier.

#### *6. Meetbaarheid en vergelijkbaarheid*

De RVZ wijst op het belang van de meetbaarheid en vergelijkbaarheid van vraaggerichte zorg.

In de VWS-visie is transparantie een essentieel aspect van klantgerichtheid en de motor voor het continue proces van kwaliteitsverbetering. Kwaliteitsbevordering is één van onze prioriteiten. De mening van cliënten, gemeten door middel van kwaliteitstoetsen vanuit cliëntenperspectief, levert een belangrijke bijdrage aan het kwaliteitsbeleid in de zorgsector. Met steun van VWS zijn in verschillende sectoren instrumenten ontwikkeld om de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief te meten. Daarnaast nemen verschillende zorgsectoren in hun benchmarking de mening van cliënten op. Ondanks goede initiatieven verloopt de kwaliteitsbevordering in het algemeen nog onvoldoende vlot. Dit blijkt ook uit de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen (27 november 2001, kenmerk IBE/1/2233309). Het standpunt op de evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen (TK 28 439, nr. 1) en de vervolgbrief van de staatssecretaris (TK 28 439 nr. 2) geven aan hoe wij het kwaliteitsbeleid willen vormgeven en welke rol wij zien voor de (organisaties van) cliënten. Het programma Sneller Beter dat onlangs gestart is (20-11-2003 CZ/B-2427994), ondersteunt de partijen in het veld om prestatieverbetering in de zorg tot stand te brengen. Het doel van het programma is het creëren van meer transparantie door middel van benchmarking op zowel kwaliteit als doelmatigheid. Het ondersteunt prioritering en versnelde invoering van best practices. Dit stelt verzekeraars in staat om adequaat zorg in te kopen en te sturen. Omgekeerd kunnen patiënten/verzekerden op basis van dat wat de zorgverzekeraars aanbieden in hun polissen ook vergelijken en kiezen. Met inachtneming van ieders verantwoordelijkheden moet het oordeel van cliënten een structurele plaats krijgen in het opstellen en bewaken van kwaliteitssystemen in instellingen, bij het ontwikkelen van protocollen en bij het inkoopbeleid van verzekeraars. Momenteel bereiden wij een nieuwe visie voor op kwaliteitstoetsing vanuit patiëntenperspectief.

Het verbeteren van de kwaliteit in een instelling achten wij primair een verantwoordelijkheid voor de zorgaanbieder. Cliëntenraden hebben hierbij een adviserende bevoegdheid op basis van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ). Met de kwaliteitsbrief van

4 december 2002 is een lijn ingezet om meer druk uit te oefenen op zorgaanbieders en verzekeraars.

Wij onderschrijven het belang van de betrokkenheid van cliëntenorganisaties bij de ontwikkeling van protocollen en richtlijnen. Wij zullen dit aspect van het advies onder de aandacht brengen van zorgaanbieders. Overigens zijn er al tal van beroepsgroepen die cliëntenorganisaties betrekken bij de ontwikkeling van protocollen. Nogmaals benadrukken wij dat het aanwezig zijn van zulke protocollen geen garantie is voor de kwaliteit van zorg. De kwaliteit valt of staat met de toepassing van de protocollen. Met betrekking tot de implementatie verwijzen wij naar de kwaliteitsbrief van 4 december 2002. In januari 2004 volgt het aan u toegezegde Landelijk Actieprogramma Kwaliteit, Innovatie en Doelmatigheid. Het actieprogramma gaat vooral in op transparantie en de versnelde invoering van best-practices.

*7. Versterk de invloed van patiënten/cliëntenorganisaties in de situaties dat geen marktwerking mogelijk is c.q. dat de cliënt niet kan of wil kiezen.*

De Raad vindt dat ook als de cliënt niet kan of wil kiezen, gestreefd moet worden naar invloed van de cliënt op het aanbod van zorg.

In de rechtspositionele sfeer hebben wij via medezeggenschap vorm gegeven aan de collectieve countervailing power van de cliënten. Zo kan de cliëntenraad, die in elke instelling verplicht is, adviezen uitbrengen aan het management van de instelling waardoor beter met de behoeften van de cliënt wordt rekening gehouden. Met de activiteiten uit het implementatieplan op de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) kan de werking van de wet in de praktijk verbeterd worden. Het implementatieplan WMCZ is op 6 augustus 2003 aan u gezonden.

*7a. Beïnvloeding van zorginkoop.*

Zorg ervoor dat organisaties van cliënten en patiënten formeel betrokken worden bij de zorginkoop door verzekeraars, aldus de RVZ.

Wij zijn van mening dat uiteindelijk de gereguleerde marktwerking zal leiden tot het stemmen met de voeten: verzekerden die niet tevreden zijn zullen op zoek gaan naar een andere verzekeraar. De verzekeraar zal daarom zoveel mogelijk aan de wensen van zijn verzekerden willen voldoen. Inzicht en transparantie in het zorgaanbod en in de cliënttevredenheid is daarbij van belang. Wij streven ernaar dat structurele metingen van verzekerdentevredenheid worden ingevoerd. Met partijen worden hierover nog afspraken gemaakt.

Met betrekking tot de AWBZ verwijzen wij naar de afspraken die in het convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren zijn opgenomen met betrekking tot het contracteerbeleid van zorgkantoren. Het convenant is aan de Kamer op 7 oktober 2003 toegezonden als bijlage bij de vijfde voortgangsrapportage groot project modernisering AWBZ, nr. AWBZ/2412092.

*Conclusie*

Het advies van de RVZ is veelomvattend. Het geeft een overzicht van de uitgangspunten en randvoorwaarden waaraan voldaan moet worden om de cliënt een stevige positie in de zorg te geven zodat hij zijn verantwoordelijkheid kan waarmaken. Het advies wijst verder op mogelijkheden om de positie van de cliënt ten opzichte van de zorgverzekeraar en ten opzichte van de zorgaanbieder te versterken. Alle partijen hebben daarin een

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

9

Kenmerk

Z/EPC-2437330



verantwoordelijkheid: de overheid, de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders en de cliënten zelf.

Veel van de in het advies gegeven richtingen en aanbevelingen hebben in de huidige activiteiten van VWS reeds een plaats, zoals in het kwaliteitsbeleid, de initiatieven rond de portalorganisatie en de ontwikkelingen rond het EPD. De aanbevelingen over de klant- en betaalrelatie worden meegenomen bij de ideevorming en nadere uitwerking van het nieuwe zorgstelsel.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst

drs. Clémence Ross-van Dorp