

5. Belangengroeperingen

Het derde instrument dat consumenten kunnen hanteren om invloed op de kwaliteit van AWBZ-zorg uit te oefenen, zijn de diensten van belangengroeperingen. In dit hoofdstuk komen verschillende vragen aan de orde (zie paragraaf 1.3). Bijlage 4 geeft een korte schets van de Zorgbelangorganisaties.

5.1 Inleiding

Patiënten/consumentenorganisaties behartigen gemeenschappelijke belangen van patiënten/consumenten door hun belang centraal te stellen. Zij doen dit onder andere door hun invloed uit te oefenen op de ontwikkeling van beleid, door behartiging van gemeenschappelijke belangen van de aangesloten organisaties en door het signaleren van knelpunten in de uitvoering van beleid.

Patiënten/consumentenorganisaties beschouwen de patiënten/consumenten daarbij als de belangrijkste ervaringsdeskundigen. Het uiteindelijke doel van belangenbehartiging is borging en, wanneer dat gewenst is, verbetering van de kwaliteit van zorgverlening.

Zorginstellingen hebben vooral contact met die categorale patiëntenorganisaties²⁵ die werkzaam zijn in hun specifieke sector. De Zorgbelangorganisaties behoren daar niet toe. Een Zorgbelangorganisatie vormt op regionaal niveau de schakel tussen de individuele consumenten (vertegenwoordigd in de diverse patiëntengroeperingen) en het zorgkantoor.

5.2 Invloed belangengroeperingen op zorginkoopbeleid

Hoewel patiënten/consumentenorganisaties (zoals de NPCF, Zorgbelangorganisaties, de LOC-LPR en het LSR) en zorgkantoren elkaar in overlegsituaties treffen, onderhandelen zij niet rechtstreeks over de in te kopen zorg. De taak en rol van de diverse patiënten/consumentenorganisaties verschillen, bijvoorbeeld als gevolg van verschillend provinciaal beleid.

De invloed van patiënten/consumentenorganisaties op het zorginkoopbeleid van zorgkantoren is mede afhankelijk van factoren zoals representativiteit en continuïteit.

Omdat Zorgbelangorganisaties goed inzicht hebben in wat consumenten willen en aangezien zij beschikken over een regionaal netwerk, willen zorgkantoren graag gebruik van hen maken. Zo schakelen zorgkantoren Zorgbelangorganisaties in bij de formulering van gunningscriteria. Sommige zorgkantoren hebben voor de samenwerking met de Zorgbelangorganisatie uit de regio een convenant gesloten.

²⁵ Categorale patiëntenorganisaties zijn organisaties die door mensen met één bepaalde ziekte of handicap zijn opgericht en zich richten op andere mensen met die ziekte of een groep van ziektes. Ook zijn er organisaties die zich concentreren op één sector van de gezondheidszorg, bijvoorbeeld de psychiatrie.

Om de Zorgbelangorganisatie in staat te stellen om hun rol waar te maken, heeft één zorgkantoor aangegeven daarvoor een bedrag aan de betreffende Zorgbelangorganisatie ter beschikking te stellen.

De geïnterviewde Zorgbelangorganisaties hechten ook veel waarde aan de contacten met de zorgkantoren. Zorgbelangorganisaties zijn van mening dat zij een substantiële bijdrage (kunnen) leveren aan het zorginkoopproces van het zorgkantoor. Sommige zorgkantoren gaan volgens hen echter nog te veel uit van hun eigen inkoopproces en te weinig van de benodigde zorg.

Zorgbelangorganisaties hebben ook de taak om vertegenwoordigers van consumenten te werven voor de raden van advies van het zorgkantoor. Zie verder hoofdstuk 6.

Zorgkantoren en Zorgbelangorganisaties werken al veel samen. Een voorbeeld is de gezamenlijke organisatie van bijeenkomsten met cliëntenraden (in samenwerking met de LOC-LPR), die bedoeld zijn om deze te consulteren over wat zij in de zorgverlening belangrijk vinden. De samenwerking tussen Zorgbelang en het zorgkantoor verloopt moeizaam als het zorgkantoor en de Zorgbelangorganisatie wel een gemeenschappelijk werkgebied hebben, maar het zorgkantoor vanuit een andere regio opereert. Directe contacten ontbreken in zulke situaties veelal. Voor het goed functioneren van Zorgbelangorganisaties zijn zulke directe contacten noodzakelijk.

Zorgkantoren betrekken andere patiënten- en consumentenorganisaties, zoals landelijke categorale patiëntenverenigingen, veel minder bij het zorginkoopbeleid. De reden is dat het er zo veel zijn, zij zich op een beperkt gedeelte van de AWBZ richten en zij geen regionale binding hebben. Zorgkantoren benaderen andere patiënten- en consumentenorganisaties wel voor specifieke projecten, zoals ketenzorgprojecten.

De Consumentenbond en de NPCF hebben geen directe invloed op het zorginkoopbeleid van zorgkantoren. Zij houden zich bezig op een beleidsmatig hoger niveau in de vorm van politieke beïnvloeding.

Per Saldo voert met de meeste zorgkantoren regelmatig overleg. Dit overleg gaat dan vooral over de manier waarop zorgkantoren de PGB-regeling (moeten) uitvoeren. In het overleg met het zorgkantoor komen in een aantal gevallen ook doelmatigheidsaspecten aan de orde (zorg in natura versus PGB). Dergelijke overlegsituaties bevinden zich nog in de opstartfase.

De introductie van het PVB, dat aan het PGB gelieerd is (zie ook het SER-advies 'Langdurige zorg verzekerd, advies over de toekomst van de AWBZ'), zal gevolgen hebben voor het zorginkoopbeleid van zorgkantoren.

5.3 Invloed belangengroeperingen op zorglevering

Zorgbelangorganisaties hebben weinig (structurele) contacten met zorginstellingen. Het contact dat er is, vindt incidenteel plaats naar aanleiding van een melding of na een bepaald voorval. Vanwege problemen om de exploitatiekosten gedekt te krijgen, hebben dergelijke contacten geen (hoge) prioriteit. Eén geïnterviewde zorginstelling (uit de GGZ-sector) heeft aangegeven dat zij regelmatig contact heeft met de regionale Zorgbelangorganisatie.

Zorginstellingen vormen primair het werkterrein van de diverse categorale belangengroeperingen. Zorginstellingen overleggen met deze belangengroeperingen vooral om een beeld te krijgen van mogelijke toekomstige cliënten.

De zorginstellingen kunnen kiezen uit een groot aantal belangengroeperingen. Met het oog op de praktische haalbaarheid maken zorginstellingen een (beperkte) keuze.

Door uitbreiding van allerlei netwerken in het kader van AWBZ-zorgverlening hebben zorgkantoren, zorginstellingen en belangengroeperingen van zorgconsumenten steeds meer contact. Hierdoor neemt de invloed van belangengroeperingen ook toe.

5.4 Ervaren knelpunten en oplossingen

De knelpunten die zorgkantoren noemen, hebben betrekking op de Zorgbelangorganisaties. De reden is dat zorgkantoren hiermee door hun regionale binding het meest van doen hebben. De meeste andere (categorale) cliënten- en patiëntenorganisaties, die vooral contacten onderhouden met de zorginstellingen, worden voor een deel gefinancierd door het Fonds PGO (fonds voor patiënten en gehandicaptenorganisaties) en voor deel door hun leden. De Zorgbelangorganisaties zijn voornamelijk afhankelijk van (niet gegarandeerde) subsidies.

5.4.1 Ervaren knelpunten

De belangrijkste knelpunten die zorgkantoren hebben genoemd, dragen een algemeen karakter of hebben betrekking op de relatie met het zorgkantoor.

Onafhankelijkheid

Zorgkantoren maken bij het zorginkoopproces veelvuldig gebruik van de Zorgbelangorganisaties. De financiering van Zorgbelangorganisaties is echter niet van overheidswege geregeld. Omdat 'het werk het geld volgt' voeren zij uitsluitend werkzaamheden uit waarvoor anderen financiële middelen beschikbaar stellen. Aangezien de provincie het overgrote deel van de exploitatiekosten van Zorgbelangorganisaties betaalt, drukt de provincie op het werkprogramma van Zorgbelang een groot stempel. Dit betekent dat Zorgbelang veel aandacht moet besteden aan de WMO en de jeugdzorg. Een knelpunt is dat Zorgbelangorganisaties hun AWBZ-specifieke kennis hierdoor te weinig (kunnen) onderhouden.

Overlap

De Zorgbelangorganisaties en de organisaties die de cliëntenraden ondersteunen hebben een gemeenschappelijk belang, maar hun beleid (en financiering) is niet onderling afgestemd. De scheidslijn tussen taken van de LOC-LPR/het LSR en Zorgbelang is bijvoorbeeld onduidelijk. Zo maken beide organisaties gebruik van de inbreng van cliëntenraden. De LOC-LPR en het LSR beschikken over meer (landelijke) sectorspecifieke netwerken, terwijl de Zorgbelangorganisaties meer regionale netwerken hebben. Ook op landelijk niveau (Zorgbelang Nederland) vindt er, bijvoorbeeld over de invloed van de Zorgbelangorganisaties op het inkoopbeleid van de zorgkantoren, nog (te) weinig coördinatie plaats. Gebrek aan capaciteit (en financiën) op landelijk niveau ligt hieraan ten grondslag.

Regionale binding

De representativiteit van belangengroeperingen vormt een knelpunt. Het veld van belangengroeperingen is versnipperd en per regio verschillend. Voor een zorgkantoor is het moeilijk om een overleg te organiseren

waarin alle patiënten- en cliëntenorganisaties voldoende zijn vertegenwoordigd.

Relatie zorgkantoor en belangenorganisaties

Omdat de patiënten- en consumentenorganisaties geen regionale binding vertonen, hebben de (regionaal opererende) zorgkantoren ook nauwelijks contact met hen in het kader van het zorginkoopproces. Een uitzondering hierop zijn de Zorgbelangorganisaties, die wel regionaal zijn ingedeeld.

5.4.2 Mogelijke oplossingen

Behalve de knelpunten hebben de geïnterviewde zorgkantoren voor de genoemde knelpunten ook oplossingen aangedragen.

Onafhankelijkheid

Om de zorgkantoren in het kader van het zorginkoopproces-AWBZ blijvend van adequate informatie te voorzien, zijn de Zorgbelangorganisaties gediend bij waarborgen voor continuïteit. Een landelijk geregelde financiering van de Zorgbelangorganisaties is daarvoor een voorwaarde.

Overlap

Zorgbelangorganisaties en de LOC-LPR en het LSR moeten meer overleggen en samenwerken. De Zorgbelangorganisaties zouden zich daarbij meer kunnen richten op beleid en politiek, en de LOC-LPR en het LSR op inhoudelijke ondersteuning.

5.5 Resumé belangengroeperingen

Er is een veelheid aan patiënten- en consumentenorganisaties op het terrein van de AWBZ actief, waarbij de scheidslijnen niet altijd even duidelijk zijn.

De invloed van de verschillende belangengroeperingen op het zorginkoopbeleid van zorgkantoren is erg divers. De invloed van de regionale Zorgbelangorganisaties op de verschillende zorgkantoren is substantieel, dit vanwege hun directe betrokkenheid bij het zorginkoopproces en hun invloed op de raden van advies van zorgkantoren. Zorgkantoren ervaren de inbreng van de Zorgbelangorganisaties bij het zorginkoopproces als positief. Er is geconstateerd dat de Zorgbelangorganisaties hun activiteiten in het kader van het zorginkoopproces nauwelijks op landelijk niveau (Zorgbelang Nederland) afstemmen.

De toekomstige inbreng van de Zorgbelangorganisaties op het zorginkoopbeleid van zorgkantoren is niet gegarandeerd, dit vanwege onzekerheid over de financiering van de Zorgbelangorganisaties.

De overige (categorale) belangengroeperingen hebben geen directe invloed op het zorginkoopbeleid. De Zorgbelangorganisaties hebben daarentegen geen invloed op de zorginstellingen; dat behoort tot het werkteerrein van de categorale belangengroeperingen.

6. Overige mogelijkheden

Consumenten hebben nog aan aantal andere mogelijkheden om invloed op de kwaliteit van AWBZ-zorg uit te oefenen, zoals het aanvragen van een PGB, via de raad van advies van het zorgkantoor of door inschakeling van de media, de rechter, politici of de IGZ. Dit hoofdstuk gaat in op de invloed van deze verschillende beïnvloedingsmogelijkheden op het zorginkoopbeleid en de zorglevering en op de ervaren knelpunten en mogelijke oplossingen.

6.1 Inleiding

6.1.1 Invloed Persoonsgebonden budget

AWBZ-consumenten beschikken over een uiterst effectief instrument om zelf de regie over de zorgverlening te behouden *en* direct invloed uit te oefenen op de kwaliteit van de te leveren zorg. Dit instrument is het PGB AWBZ.²⁶ Met een PGB kan een consument (de budgethouder) zelf beslissen hoe hij AWBZ-zorg en begeleiding wil organiseren en inkopen. Het PGB blijkt duidelijk in een behoefte te voorzien. Ruim 10% van alle zorgvragers in de AWBZ maakt er gebruik van. Met een PGB kan de budgethouder verschillende vormen van zorg en begeleiding inkopen. De budgethouder heeft zelf in de hand welke AWBZ-zorg hij inkoopt. Door middel van het PGB kan de budgethouder ook AWBZ-zorg inkopen die niet aansluit op het aanbod van de aanbieders van zorg-in-natura. Het PGB heeft daarmee tevens een innoverende functie.

6.1.2 Invloed raden van advies van zorgkantoren

Zorgkantoren beschikken over een raad van advies.²⁷ Deze raad van advies heeft als taak om gevraagd en ongevraagd te adviseren over onder andere:²⁸

- de aard en de inhoud van de beleidsvisie en de jaarplannen van het zorgkantoor;
- de uitgangspunten die het zorgkantoor hanteert bij het contracteerbeleid en bij de uitvoering van subsidieregelingen;
- de opzet, de uitvoering en de resultaten van gebruikersevaluatie door het zorgkantoor;
- voorgenomen wijzigingen van het reglement van de raad van advies.

6.1.3 Invloed media en tussenkomst rechter en politici

De mogelijkheid bestaat de media in te schakelen om de werkwijze van zorgkantoren en zorginstellingen aan de kaak te stellen. De Nederlandse media kennen diverse consumentenprogramma's die regelmatig aandacht aan de (AWBZ-)zorg besteden. Voorbeelden zijn Kassa en Radar.

Als consumenten niet tevreden zijn over het handelen van hun zorgverlener, dan kunnen zij uiteindelijk via een kort geding ook de rechter inschakelen. Deze beoordeelt de feiten en de (on)rechtmatigheid.

²⁶ Het PGB bestaat al ruim 10 jaar. In 1995 en 1996 zijn de eerste regelingen van start gegaan na een lange tijd van experimenteren. De verschillende regelingen per doelgroep zijn in 2003 vervangen door het zogenoemde PGB-nieuwe stijl: één regeling voor de hele AWBZ.

²⁷ Gebaseerd op het 'Basisreglement Raad van Advies zorgkantoor' dat ZN heeft opgesteld.

²⁸ De raad van advies heeft geen rol bij de inhoud van individuele overeenkomsten met zorginstellingen, noch bij de procedure van het sluiten van deze overeenkomsten.

Op basis van de dagvaarding en het standpunt van partijen doet de rechter een (bindende) uitspraak over of er wel of geen sprake is van onrechtmatigheid.

Een AWBZ-consument kan eveneens de hulp/bemiddeling inroepen van (landelijke) politici.

6.1.4 Invloed IGZ

In Nederland bewaakt de IGZ de medische kwaliteit van de zorg.²⁹ Consumenten hebben recht op zorg van voldoende kwaliteit. Dit wil zegen dat de zorg veilig, effectief en patiëntgericht moet zijn. De IGZ doet, als toezichthouder op de kwaliteit van zorg, niet aan individuele klachtenbehandeling. De IGZ treedt op als er sprake is van een ernstig signaal.

6.2 Invloed overige mogelijkheden

6.2.1 Invloed Persoonsgebonden budget

6.2.1.1 Invloed PGB op zorginkoopbeleid

Zorginstellingen kunnen zowel zorg-in-natura als zorg aan PGB-houders leveren. De zorgkantoren die bij het onderzoek betrokken zijn, geven aan dat dit verschil in zorg geen invloed heeft op hun zorginkoopbeleid. Cliënten hebben bij inzet van een PGB de volledige regie over de zorglevering: zij kunnen zelf hun zorgverleners uitkiezen en zij bepalen op welke manier de zorg moet worden verleend. Omdat de budgethouder zelf de AWBZ-zorg inkoopt, vervult het zorgkantoor daarbij geen rol. Het aandeel PGB-zorg bij de grote reguliere aanbieders is klein in vergelijking met de zorg-in-natura.

Het PGB heeft gezorgd voor meer mogelijkheden voor de consument. Een voorbeeld dat een zorgkantoor noemde, is de vrijheid bij de keus voor dagbesteding. Budgethouders kunnen voor hun 'PGB-geld' zorgvormen eisen die voorheen niet bestonden.

Als de toepassing van het PVB zoals de SER dat heeft voorgesteld, wordt ingevoerd, dan zal dit voor het zorginkoopbeleid grote gevolgen hebben. De consument zal dan in het zorginkoopproces een veel grotere rol spelen (zie ook paragraaf 2.3.4).

6.2.1.2 Invloed PGB op zorglevering

De zorginstellingen die bij het onderzoek betrokken zijn, geven aan dat er geen sprake is van (substantiële) invloed van het PGB op de kwaliteit van de in te kopen zorg-in-natura.

Het PGB leeft niet bij cliëntenraden van de zorginstellingen, maar bij 13% van de cliëntenraden is het onderwerp van gesprek.

Bron: NZa enquête cliëntenraden

Volgens Per Saldo zijn reguliere zorginstellingen terughoudend om op maat gesneden zorg te leveren. Een PGB-houder wil nu echter juist op maat gesneden zorg ontvangen.

²⁹ De NZa houdt toezicht op de goede werking van zorgmarkten en op de transparantie van de kwaliteit op zorgmarkten. Transparantie is een voorwaarde om de kwaliteit van zorg positief te stimuleren (zie Visiedocument '(In) het belang van de consument' paragraaf 2.1).

De reguliere, voornamelijk intramurale, zorginstellingen geven er de voorkeur aan om standaard zorg te leveren.

Een aantal nieuwe (particuliere) toetreders, sommige met een AWBZ-toelating en andere zonder, heeft de PGB-niche ontdekt en levert zorg die de reguliere zorginstellingen niet kunnen of willen bieden. Wat in het bijzonder opvalt, is de groei van het aantal zorgboerderijen die zorg aan PGB-houders leveren.

De mogelijkheid om een PGB aan te vragen, heeft effect op zorginstellingen. Zorginstellingen die een fors gedeelte van hun productieafspraken dreigen kwijt te raken, bijvoorbeeld als gevolg van de invoering van de WMO, kunnen cliënten aan zich binden door ze een PGB aan te bieden. Daarbij zijn zij geneigd de cliënt niet te wijzen op de mogelijkheid om voor een andere zorginstelling te kiezen. Liever adviseren zorginstellingen hun cliënt om een PGB aan te vragen. Een aantal zorgkantoren en zorginstellingen heeft aangegeven dat dit in de praktijk ook is gebeurd.

In de gehandicaptenzorg wordt het PGB nog niet gebruikt om 'te stemmen met de voeten'. Hiervoor blijkt de verklaring dezelfde als bij de reguliere zorg: een cliënt wil niet 'zomaar' van zorgverlener wisselen.

6.2.2 Invloed raden van advies

6.2.2.1 Invloed raden van advies op zorginkoopbeleid

De Raad van Advies kan als onafhankelijk adviesorgaan gevraagd en ongevraagd het zorgkantoor adviseren. De raden besteden veel aandacht aan punten waarbij de klant centraal staat. Doordat cliënten(vertegenwoordigers) vertegenwoordigd zijn in de raden van advies, hebben zij indirect invloed op het zorginkoopbeleid van zorgkantoren. De raden van advies adviseren onder andere over de uitgangspunten voor het contracteerbeleid, over het zorginkoopbeleid en over de dienstverlening van het zorgkantoor. Hoewel de invloed van de cliëntenvertegenwoordigers slechts beperkt is, wordt er goed naar de stem van de consument geluisterd. Zorgkantoren geven aan dat zij de inbreng van de patiënten en consumenten serieus nemen.

Een Zorgbelangorganisatie heeft opgemerkt dat de agenda van de raad van advies zich voornamelijk vult met beleidsmatige onderwerpen en (te) weinig een relatie wordt gelegd met de praktijk.

6.2.2.2 Invloed consumentenorganisaties op Raden van Advies

Cliënten(vertegenwoordigers) hebben invloed op de samenstelling van de raden van advies van de zorgkantoren. Naast vertegenwoordigers van zorgaanbieders, gemeenten en provincies zitten in de raden van advies van de zorgkantoren ook vertegenwoordigers van patiënten- en consumentorganisaties. De lokale Zorgbelangorganisatie heeft daarbij een belangrijke invloed. Het is vaak die organisatie die de vertegenwoordiger(s) van de cliënten voordraagt.

De leden die de Zorgbelangorganisatie voor de raad van advies voordraagt, zijn goed bekend met de AWBZ-problematiek en hebben hun sporen verdiend (bijvoorbeeld als vakbondsmedewerker, huisarts of belangenvertegenwoordiger). De geïnterviewde Zorgbelangorganisaties hebben hierbij aangegeven dat zij de leden die vanuit het cliëntperspectief in de Raad van Advies zitting hebben ondersteunen. Een voorbeeld hiervan is het coördineren van de voorbereidingen voor de vergaderingen van de Raad van Advies.

6.2.3 Invloed media en tussenkomst rechter en politici

Uit het onderzoek bleek dat zowel zorgkantoren als zorginstellingen recent weinig te maken hebben gehad met negatieve aandacht in de media, met tussenkomst van de rechter of met kritische vragen van politici. Er valt wel een toename waar te nemen van het benutten van de media en (via de media) politici om mistoestanden aan de kaak te stellen. Uiteraard proberen zorgkantoren en zorginstellingen dit zoveel mogelijk te voorkomen door zorgvuldig te werken. Dreigen om een bepaalde kwestie naar buiten te brengen, heeft vaak wel (onbewust) effect. Zorgkantoren en zorginstellingen bekijken het betreffende dossier dan extra zorgvuldig (ook juridisch).

In het jaarverslag 2006 waarschuwt de Landelijke Beroepscommissie Klachten voor het risico dat gepaard gaat met inschakeling van de media. De Commissie schrijft hierover: *'Een betrekkelijk nieuw verschijnsel is dat ontevreden klagers 'dreigen' dan wel daadwerkelijk overgaan tot het overleggen van hun klacht en de afhandeling daarvan aan de media, in de hoop en verwachting hierdoor alsnog hun gelijk te kunnen behalen. en Op zich is openheid over klachtwaardige zaken toe te juichen, mits het gestelde dan wel op de realiteit gebaseerd is en dan moet de weergave daarvan ook in overeenstemming zijn met hetgeen in werkelijkheid heeft plaatsgevonden. Door de onzorgvuldige en veelal niet op waarheid gecontroleerde berichtgeving kan een onjuist beeld ontstaan van hetgeen feitelijk heeft plaatsgevonden en kunnen tehuizen ten onrechte een verkeerd imago krijgen.'*

NOVA heeft onlangs de crisisopvang aan de orde gesteld en Zembla besteedde een uitzending aan een voorgestelde locatie voor daklozenopvang, die op veel verzet van de buurt stuitte. Hoewel dergelijke aandacht altijd effect sorteert, hebben de uitzendingen niet geleid tot wijziging van beleid.

Veel invloed heeft de pers als zij meer algemene informatie publiceert over bijvoorbeeld de kwaliteit van de zorg. Bekend zijn de top-100-lijsten in landelijke dagbladen. Het inschakelen van radio en tv kan in individuele situaties wel het gewenste effect hebben, maar het is de vraag of dat ook voor de consumenten in het algemeen het geval is.

Een aantal jaren geleden heeft een rechterlijke uitspraak over de thuiszorg nogal wat losgemaakt: de wachtlijsten zijn sindsdien structureel aangepakt. Deze uitspraak heeft dus veel effect gehad.

De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) heeft onlangs een inval gedaan bij een zorginstelling die zij ervan verdacht de markt te verdelen, zodat er voor de consument minder te kiezen valt. Dit heeft de zorginstellingen bij het maken van afspraken met andere zorginstellingen extra alert gemaakt.

6.2.4 Invloed IGZ

Zorginstellingen zijn beducht voor tussenkomst van de IGZ. Wanneer een zorginstelling in het nieuws komt omdat de IGZ iets op haar heeft aan te merken, dan brengt dat veel (negatieve) publiciteit met zich mee. Eén van de instellingen die bij het onderzoek betrokken was, heeft hiermee ervaring opgedaan. Het direct melden van incidenten bij de IGZ en de politie/officier van justitie heeft veel extra naregheid voorkomen. Als de consument de IGZ inschakelt, dan heeft dit – als daarvoor gegronde redenen zijn – volgens de geïnterviewden een grote impact.

6.3 Ervaren knelpunten en oplossingen

6.3.1 Ervaren knelpunten

Hieronder volgen relevante knelpunten die door de geïnterviewde partijen zijn aangegeven.

Knelpunten persoonsgebonden budget

Een PGB wordt niet in alle gevallen gebruikt om 'te stemmen met de voeten'. Hiervoor wijzen de geïnterviewden dezelfde redenen aan als bij de reguliere zorgverlening: een cliënt wil niet 'zomaar' van zorgverlener wisselen.

Knelpunten raden van advies

De agenda's van de raden van advies zijn voornamelijk gevuld met beleidsmatige onderwerpen. Er wordt nog te weinig een relatie gelegd met de praktijk.

Knelpunten inschakeling media

De media kunnen 'misbruikt' worden door onzorgvuldige en onjuiste informatievoorziening door belanghebbenden. Hierdoor kan een scheef beeld ontstaan van wat er heeft plaatsgevonden.

6.3.2 Mogelijke oplossingen

De geïnterviewden hebben naast de knelpunten geen oplossingen aangedragen, maar wel mogelijkheden voor zorgkantoren bij het zorginkoopproces.

Persoonsgebonden budget

Uit de verantwoordingen van de budgethouders en de uitkomsten van globale en intensieve controles kunnen zorgkantoren ook informatie halen over de manier waarop budgethouders hun PGB besteden. Deze informatie kan een bijdrage leveren aan de inventarisering van de wensen van consumenten.

Gebruik maken van IGZ-rapporten

Zorgkantoren kunnen bij het zorginkoopproces meer gebruik maken van de (openbare)rapporten van de IGZ, waarin zij de instellingen met naam en toenaam noemt. Deze rapporten geven inzicht in de stand van zaken van de kwaliteit van de geleverde zorg bij de betreffende zorginstellingen.

6.4 Resumé overige mogelijkheden

De instrumenten in de voorgaande hoofdstukken, zoals cliëntenraden, klachtenregeling en belangengroeperingen, zijn gangbare instrumenten. Wanneer deze niet tot voldoende resultaat leiden, kan de consument een PGB verkiezen boven de zorg-in-natura, invloed uitoefenen via de raden van advies van de zorgkantoren en gebruik maken van de media, de rechterlijke macht, politici of de IGZ.

Enerzijds zorgt het PGB er niet automatisch voor dat de cliënt gaat stemmen met de voeten, omdat hierbij hetzelfde geldt als bij zorg-in-natura, namelijk dat een cliënt niet graag overstapt naar een andere zorgverlener. Anderzijds zorgt het PGB ervoor dat een cliënt als hij niet tevreden is over de AWBZ-zorg die het zorgkantoor heeft gecontracteerd, de zorginkoop zelf ter hand kan nemen. In de praktijk blijkt dat een relatief klein gedeelte van de zorg van de reguliere

zorginstellingen uit PGB-zorg bestaat. Het zijn vaak nieuwe toetreders die de PGB-zorg leveren.

Hoewel de mogelijkheid om te veranderen van zorgverlener wel druk op de reguliere zorginstellingen legt, is de invloed van PGB op de kwaliteit van de in te kopen zorg-in-natura in de huidige situatie nog beperkt.

Hoewel de invloed van de cliëntenvertegenwoordigers beperkt is, wordt in de raden van advies van de zorgkantoren wel geluisterd naar de stem van de consument.

De invloed van instrumenten zoals de media en tussenkomst van de rechterlijke macht en politici is nog beperkt. Wel constateert de NZa dat consumenten de media (en via de media vaak ook de politici) inschakelen om hun onvrede kenbaar te maken .

De IGZ treedt op als er sprake is van een ernstig signaal. Hoewel dergelijke situaties zich niet vaak voordoen, ervaren de zorginstellingen de invloed van de IGZ als groot.

7. Conclusie en vervolgacties

7.1 Conclusie

De conclusie heeft betrekking op de drie hoofdvragen van het onderzoek.

7.1.1 Invloed consumenten op zorginkoopbeleid van zorgkantoren

Cliëntenraden

De cliëntenraad vertegenwoordigt de consument onder andere bij het zorgkantoor. Tussen cliëntenraad en zorgkantoor bestaat geen formele relatie. Dat is mogelijk een reden waarom de invloed van de consument op het zorginkoopbeleid via cliëntenraden beperkt is. Om via de cliëntenraden de kwaliteit van de AWBZ-zorg te verbeteren, maken zorgkantoren gebruik van instrumenten zoals gunningscriteria van het contracteerbeleid (hierin hebben zorgkantoren al belangrijke stappen gezet) en communicatie (dit staat nog in de kinderschoenen). De NZa hecht veel waarde aan de inbreng van cliëntervaringen bij het zorginkoopproces. Goede communicatie tussen het zorgkantoor en de cliëntenraden, bijvoorbeeld in de vorm van (informeel) overleg met een afvaardiging van cliëntenraden, is hiervoor noodzakelijk.

Klachten

De invloed van de consument op het zorginkoopbeleid door middel van het indienen van een klacht is beperkt. Het aantal klachten dat zorgkantoren over de kwaliteit van de zorglevering ontvangen, is klein. Hierdoor worden de mogelijkheden voor zorgkantoren om klachten te gebruiken voor het uitoefenen van invloed op de kwaliteit van de zorglevering beperkt.

De NZa vindt dat consumenten gestimuleerd moeten worden gebruik te maken van hun recht om over tekortschietende kwaliteit van AWBZ-zorg een klacht in te dienen bij het zorgkantoor. Hiervoor is een actieve houding van het zorgkantoor vereist, dit wil zeggen dat het zich richting de consument meer als 'probleemoplosser' en 'probleemeigenaar' opstelt. Het zorgkantoor moet uit overtuiging de consument willen helpen.

Belangengroeperingen

De belangengroeperingen behartigen de algemene belangen van de consument. De invloed van de regionale Zorgbelangorganisaties op het zorginkoopbeleid van de verschillende zorgkantoren blijkt substantieel. Zorgkantoren ervaren de inbreng van de Zorgbelangorganisaties bij het zorginkoopproces als positief. Door de onzekerheid over de financiering van de Zorgbelangorganisaties is de toekomstige inbreng van deze organisaties op het zorginkoopbeleid van zorgkantoren niet gegarandeerd.

Geconstateerd is ook dat de Zorgbelangorganisaties hun activiteiten in het kader van het zorginkoopproces nauwelijks op landelijk niveau (Zorgbelang Nederland) afstemmen. De overige categorale belangengroeperingen hebben geen directe invloed op het zorginkoopbeleid.

Persoonsgebonden budget

Als een cliënt niet tevreden is over de AWBZ-zorg die het zorgkantoor heeft gecontracteerd, dan zorgt de mogelijkheid om een PGB aan te vragen ervoor dat hij de zorginkoop zelf ter hand kan nemen.

In de praktijk blijkt dat slechts een relatief klein gedeelte van de zorg van de reguliere zorginstellingen uit PGB-zorg bestaat. Het zijn vaak nieuwe toetreders die de PGB-zorg leveren.

Hoewel de mogelijkheid om te veranderen van zorgverlener wel druk op de reguliere zorginstellingen legt, is de invloed van PGB-houders die al bij de zorginstelling zitten op de kwaliteit van de in te kopen zorg-in-natura nog beperkt. Het leveren van zorg-in-natura en PGB-zorg vindt nog te veel gescheiden plaats.

Raden van advies

Hoewel de invloed van de cliëntenvertegenwoordigers slechts beperkt is, wordt in de raden van advies van zorgkantoren wel naar de stem van de consument geluisterd.

Overige mogelijkheden

Omdat consumenten maar weinig gebruik maken van de instrumenten media, de IGZ, de rechterlijke macht en politici, is de invloed van deze instrumenten op de zorgkantoren beperkt.

7.1.2 Invloed consumenten op zorglevering door zorginstellingen

Cliëntenraden

De relatie tussen de zorginstelling en de cliëntenraad is formeel geregeld. Uit het onderzoek komt naar voren dat deze relatie in het algemeen goed is (beoordeling gemiddeld 7,1). Het leeuwendeel van de directies van de zorginstellingen neemt de cliëntenraden serieus. Dit blijkt uit de interviews en de enquêteresultaten. De directies van de zorginstellingen beschouwen de cliëntenraad als een (nuttige) countervailing power, waarmee zij rekening houden. De rol van cliëntenraden bij pro-actieve signalering van knelpunten noemen de directies daarbij in het bijzonder.

Het onderzoek wijst uit dat er tussen cliëntenraden grote verschillen bestaan. De ene cliëntenraad is niet te vergelijken met de andere, en ook de ene zorginstellingsdirecteur is de andere niet. Er bestaat grote diversiteit in samenstelling, werkwijze en activiteiten van cliëntenraden. Daarbij richten centrale cliëntenraden zich vooral op beleid, terwijl lokale cliëntenraden zich vooral concentreren op de kwaliteit van de zorg en meer praktische aangelegenheden.

De NZa constateert dat er verbeterpunten zijn, zoals onafhankelijke financiering en professionalisering van de cliëntenraad, en tijdige communicatie bij voorgenomen besluitvorming.

Klachten

Voor consumenten is het indienen van een klacht een middel om verbeteringen in de kwaliteit van zorg te bereiken. Klachten die zij bij zorginstellingen indienen, worden in behandeling genomen en hebben als zodanig ook invloed op het beleid. Het aantal formeel ingediende klachten is beperkt. Dit valt te verklaren door enerzijds het ontbreken van een echte klaagcultuur in de AWBZ en anderzijds door ervaren drempels (zoals angst voor verstoring van de zorgrelatie) voor het indienen van een klacht.

De NZa is van mening dat zorginstellingen er goed aan doen zich te richten op informele signalen en zich meer open te stellen voor opbouwende kritiek van consumenten. Ook de Geschillencommissie Zorginstellingen kan eraan bijdragen om de klachtmogelijkheden van de consument te vergroten. Het is daarbij van belang dat de zorginstellingen verplicht zijn zich bij deze Geschillencommissie aan te sluiten.

Belangengroeperingen

De regionale Zorgbelangorganisaties hebben geen directe invloed op de zorginstellingen. De categorale belangengroeperingen hebben dat wel.

Persoonsgebonden budget

Ook een PGB-houder verandert niet graag van zorgverlener. Daarnaast blijkt dat een relatief klein gedeelte van de zorg van de reguliere zorginstellingen uit PGB-zorg bestaat. Hierdoor is de invloed van het PGB op de kwaliteit van de zorg-in-natura die het zorgkantoor inkoop beperkt.

Overige mogelijkheden

Omdat consumenten slechts weinig gebruikmaken van de instrumenten media, rechterlijke macht en politici, is de invloed van deze instrumenten op zorginstellingen beperkt. Er valt wel een toename waar te nemen van het benutten van de media en (via de media) van politici om mistoestanden aan de kaak te stellen.

Hoewel die relatief beperkt is, ervaren de zorginstellingen de invloed van de IGZ als groot.

7.1.3 Angst om te klagen over kwaliteit van geleverde AWBZ-zorg

Het aantal ontvangen klachten is beperkt. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de AWBZ geen echte klaagcultuur kent. Daarnaast is het zo dat een mogelijke klager, om een klacht in te dienen, een grote stap moet zetten. Ook heeft het indienen van een klacht in de ogen van de klager vaak geen zin. Het kost veel energie en het levert vaak niet veel op.

Consumenten hebben weinig mogelijkheden om anoniem te klagen. Organisaties staan er niet voor open om anonieme klachten te behandelen. De reden is dat het bij een anonieme klacht niet mogelijk is de 'andere kant van het verhaal' te horen en dat organisaties geen achtergrondinformatie kunnen inwinnen. Bovendien kan het voorkomen dat dezelfde klager meerdere keren over hetzelfde geval klaagt zonder dat de ontvanger dat in de gaten heeft. Alleen bij Zorgbelangorganisaties kunnen consumenten ook anoniem dingen melden. Dit doen zij niet veel. Zorgbelang maakt ook gebruik van zogenoemde meldacties, waarbij cliënten zich in een bepaalde week bij Zorgbelang (anoniem) kunnen melden met een specifiek onderwerp. Zorgbelang analyseert deze meldingen en gebruikt ze om beleid te formuleren.

Er zijn enkele signalen dat cliënten niet (anoniem) durven te klagen (40% van de geënquêteerde cliëntenraden ontvangt wel eens signalen dat een cliënt geen klacht durft in te dienen), maar 'harde' cijfers hierover ontbreken. Sommige cliënten zijn bang vanwege hun afhankelijkheidspositie, andere cliënten weten de weg niet te vinden of geven aan dat het lang kan duren voordat een klacht wordt behandeld. Als er over een bepaalde zorginstelling veel anonieme signalen binnenkomen, ondernemen partijen wel gerichte actie.

De NZa is van mening dat effectieve methoden om anoniem een signaal van onvrede kenbaar te maken, gezocht moeten worden in instrumenten zoals:

- de CQ-index (onderdeel van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg), waarbij cliënten hun waardering anoniem kwijt kunnen;
- interne cliënttevredenheidsonderzoeken;
- de patiëntenvertrouwenspersoon.

7.2 Vervolgacties NZa

De vervolgacties van de NZa zijn erop gericht om de invloed van consumenten op de kwaliteit van AWBZ-zorg te bevorderen.

De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de AWBZ-zorg ligt primair bij de zorginstellingen. Zorgkantoren hebben de verantwoordelijkheid om voor hun regio kwalitatief goede en voldoende zorg in te kopen. De vervolgacties van de NZa richten zich primair op aanscherping van de prestatiemeting die zij jaarlijks uitvoert in het kader van het rechtmatigheidsonderzoek zorgkantoren, dit om te stimuleren dat consumenten over de kwaliteit van de zorgverlening meer zeggenschap krijgen.

Cliëntenraden

Om de positie van de cliëntenraad te versterken, neemt de NZa in de prestatiemeting zorgkantoren³⁰ de volgende aandachtspunten op:

- Zet het zorgkantoor zich in voor het betrekken van (een aantal) cliëntenraden bij het periodiek overleg met de zorginstelling? Voorbeelden zijn het uitnodigen van de cliëntenraad voor het zogenoemde voorjaarsoverleg, waarbij vooral over de kwaliteit van de zorglevering wordt gesproken. Tijdens dit overleg kan een groot aantal onderwerpen aan de orde komen, zoals de kwaliteit van de zorg, het functioneren van de cliëntenraad en het kunnen beschikken over voldoende middelen en/of faciliteiten.
- Stelt het zorgkantoor bij de contractering als vereiste dat de gecontracteerde zorginstelling (in de V&V-sector) over een werkend kwaliteitssysteem beschikt, waarin zowel de tien inhoudelijke thema's uit het kwaliteitskader Verantwoorde zorg³¹ als de inbreng van de cliëntenraad centraal staan?³²
Essentiële kenmerken van het kwaliteitssysteem zijn:
 - een adequaat uitgevoerde, jaarlijkse zelfevaluatie op deze thema's via monitoring van de zorginhoudelijke indicatoren;
 - een klantvervalsingsonderzoek dat eens per twee jaar plaatsvindt met behulp van het landelijke aanvaard instrument de CQ-index;
 - een onderzoek en analyse van de bevindingen uit beide vormen (zelfevaluatie en klantvervalsingsonderzoek);
 - een interne verbetercyclus waarbij de prioriteiten in nauwe dialoog met de cliëntenraad worden vastgesteld.

De NZa dringt er bij de zorgkantoren op aan om bij het invullen van het Zorginkoopbeleid 2009-2010³³ met haar bovengenoemde aandachtspunten rekening te houden. De NZa zal de navolging van het gezamenlijke kader betrekken bij haar jaarlijkse onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren en dit expliciet betrekken bij de beoordeling.

Daarnaast adviseert de NZa de IGZ om als toezichthouder op de WMCZ aandacht te besteden aan de manier waarop de zorginstellingen met de cliëntenraden communiceren. De NZa is van mening dat zorginstellingen hun cliëntenraden goed moeten informeren. Dit betekent dat de zorginstellingen de informatie tijdig ter beschikking moeten stellen en dat zij daarbij eenvoudige taal moeten gebruiken en de belevingswereld

³⁰ Voor nieuwe toetsingsaspecten eerst inventariserend en niet beoordelend..

³¹ De thema's voor verantwoorde zorg zijn: Zorg(behandel)-/leefplan, Communicatie en informatie, Lichamelijk welbevinden, Zorginhoudelijke veiligheid, Woon- en leefomstandigheden, Participatie en sociale redzaamheid, Mentaal welbevinden, Veiligheid wonen/verblijf, Voldoende en bekwaam personeel en Samenhang in zorg.

³² De NZa vindt het juist dat zorgkantoren aan nieuwe zorgaanbieders in de praktijk geen eisen stellen waaraan deze niet kunnen voldoen. De beoordeling van een offerte van een nieuwe aanbieder mag echter niet afhankelijk zijn van de coulantheid van een inkoper op het moment van beoordeling. Het inkoopbeleid van zorgkantoren moet transparant en duidelijk zijn: het moet vooraf duidelijk zijn welke eisen wel en welke eisen niet voor nieuwe aanbieders gelden en het moet vooraf ook helder zijn hoe het zorgkantoor dit beoordeelt (zie NZa Monitor extramurale AWBZ-zorg 2007-2008).

³³ Zie Zorginkoop 2009-2010 Gezamenlijke leidraad voor de zorgkantoren van september 2008.

van de cliëntenraden centraal moeten stellen. Met nadere woorden: de cliëntenraadsleden moeten de verstrekte informatie kunnen begrijpen. De informatieverstrekking zal bovendien gepaard moeten gaan met een heldere adviesvraag: wat verwacht de directie exact van de cliëntenraad?

De NZa meldt aan het ministerie van VWS dat zij de onafhankelijke financiering van de cliëntenraden en de wens tot ondersteuning en verdere professionalisering van cliëntenraden ondersteunt (zie ook het programma 'Investeren in de zorgrelatie: zeven rechten voor de cliënt in de zorg').

Klachten

Om te bereiken dat zorgkantoren van het instrument klachten meer gebruik (kunnen) maken, neemt de NZa in de prestatiemeting zorgkantoren de volgende aandachtspunten op:

- Communiceert het zorgkantoor ook actief met andere (regionale) instellingen die klachten ontvangen over de kwaliteit van AWBZ-zorg over aantallen, aard en achtergronden van klachten ('het bundelen van klachten/signalen')? Speciale aandacht moet het zorgkantoor besteden aan anonieme klachten over de kwaliteit van de zorglevering.
- Stelt het zorgkantoor zich in de communicatie met de consument aantoonbaar op als 'probleemoplosser' en 'probleemeigenaar'? Het zorgkantoor moet uit overtuiging de consument willen helpen. Een klager wordt nog te vaak van het kastje naar de muur gestuurd. Het zorgkantoor kan daarbij een belangrijke rol spelen door voor zijn 'verzekerde' op te komen;
- Bekijkt het zorgkantoor de uitkomsten van verschillende signalen over mogelijke problemen bij de zorglevering in onderlinge samenhang? Een zorgkantoor kan een relatie leggen tussen onder andere het aantal ontvangen klachten, de uitkomst van de CQ-index, rapportages van de IGZ en de uitkomsten van materiële controles.

Daarnaast vraagt de NZa van de koepelorganisaties van zorginstellingen dat zij zorginstellingen stimuleren om ook informele signalen over mogelijke problemen bij de zorglevering te benutten om de kwaliteit van de AWBZ-zorg te verbeteren.

De NZa verzoekt het ministerie van VWS om onafhankelijke klachtenbehandeling (dus niet door een commissie die wordt aangestuurd door directie van de zorginstelling) en de verplichting voor zorginstellingen om zich bij de Geschillencommissie Zorginstellingen aan te sluiten, te betrekken bij het programma 'Investeren in de zorgrelatie: zeven rechten voor de cliënt in de zorg'.

Belangengroeperingen

De NZa neemt in de prestatiemeting zorgkantoren op of het zorgkantoor contacten onderhoudt met *alle* Zorgbelangorganisaties die in hun werkgebied actief zijn.

De NZa vraagt het ministerie van VWS om de knelpunten met betrekking tot de continuïteit van de regionale Zorgbelangorganisaties te betrekken bij het programma 'Investeren in de zorgrelatie: zeven rechten voor de cliënt in de zorg'.

Overige mogelijkheden

Om te bereiken dat zorgkantoren meer gebruik maken van de 'overige' instrumenten, neemt de NZa in de prestatiemeting zorgkantoren de volgende aandachtspunten op:

- Gebruikt het zorgkantoor de rapportages van de IGZ bij het zorginkoopproces (met ingang van de prestatiemeting 2007 is dit al gerealiseerd) en bespreekt het de IGZ-rapportages en de daaraan gekoppelde verbeteracties altijd met de zorginstellingen?
- Heeft het zorgkantoor bij het vaststellen van de agenda van de raad van advies aandacht besteed aan aspecten die de consument direct raakt, zoals de kwaliteit van de AWBZ-zorg?

Monitoring

Voor het Algemeen rapport Uitvoering AWBZ door AWBZ-verzekeraars, de concessiehouders en het CAK-BZ³⁴ dat de NZa jaarlijks publiceert, brengt zij de prestaties van alle zorgkantoren afzonderlijk in beeld. Een belangrijk onderdeel van deze prestatiemeting is de uitwerking van de (NZa-)eisen in meetbare normen. Deze vertaalslag voert de NZa uit in samenspraak met stakeholders. Deze methodiek stimuleert zorgkantoren op ieder onderdeel maximaal te presteren. Door (meer) elementen op te nemen die betrekking hebben op vergroting van de invloed van consumenten op de kwaliteit van de AWBZ-zorg, wordt gestimuleerd dat zorgkantoren hier ook daadwerkelijk invulling aan geven.

Via het Algemeen rapport volgt de NZa in welke mate zorgkantoren gebruik maken van de mogelijkheden om de invloed van de consument op de kwaliteit van de AWBZ-zorg te vergroten.

De NZa hecht grote waarde aan het consumentenbelang en wil dat de organisaties die onder haar toezicht staan de consument centraal stellen. Daarom volgt de NZa de consumentgerichte prestaties van de concessiehouders kritisch.

Als een concessiehouder op belangrijke consumentenonderdelen van de prestatiemeting niet aan de eisen van de NZa voldoet, zal zij de concessiehouder hierop direct aanspreken. De NZa wacht hiermee niet tot de uitkomsten van de aangescherpte prestatiemeting bekend zijn en zij zal ook naar aanleiding van het onderzoek over 2007 zo nodig direct interveniëren.

³⁴ In dit rapport wordt nog gesproken van het CAK-BZ, dat per 1 september 2008 het CAK heet.

Bijlage 1. Context onderzoek

Kwaliteitskader Verantwoorde zorg

Een groot aantal partijen in de V&V-sector heeft gezamenlijk de documenten 'Verantwoorde zorg thuis' en 'Verantwoorde zorg voor verpleeg- en verzorgingshuizen' opgesteld. Hierin is opgenomen wat onder goede (verantwoorde) zorg wordt verstaan.^{35 36} Het kwaliteitskader Verantwoorde zorg is opgesteld voor de V&V-sector. Voor zorginstellingen die actief zijn in de sectoren geestelijke gezondheidszorg en lichamelijk en verstandelijk gehandicaptenzorg volgen nog (vergelijkbare) eigen kwaliteitseisen.³⁷ Partijen hebben afgesproken dat de LOC-LPR leidend is bij het onderhoud van de indicatoren die cliëntervaringen meten.

Toepassing van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg is vanaf het verantwoordingsjaar 2007 verplicht voor alle zorginstellingen die op grond van de WTZi zijn toegelaten. De IGZ ziet hierop toe. Ook moeten zorginstellingen elk jaar een vragenformulier van de IGZ over zorginhoudelijke kwaliteit invullen. De IGZ gebruikt de uitkomsten van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg als basis voor haar risicoanalyse. Zorginstellingen die slecht scoren bezoekt de IGZ frequenter dan instellingen die goed scoren.

Relatie kwaliteitskader Verantwoorde zorg en zorgkantoren

ZN heeft samen met de zorgkantoren een kader ontwikkeld voor de contractering en de zorginkoop 2008 (juli 2007), de 'Bouwstenen zorginkoop AWBZ'³⁸ Zorgkantoren zijn op dit moment bezig om het kwaliteitskader Verantwoorde zorg te vertalen naar het zorginkoopbeleid en integraal op te nemen in de overeenkomsten met zorginstellingen. Volgens de LOC-LPR hanteert een aantal zorgkantoren bij het inkoopbeleid het kwaliteitskader Verantwoorde zorg wel als uitgangspunt, maar stelt dit (nog) niet als absolute voorwaarde. Als zij uitgaan van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg krijgen zorginstellingen punten bij de aanbesteding. Het kwaliteitskader Verantwoorde zorg telt dan wel mee bij de aanbesteding, maar niet zoveel als de LOC-LPR wenselijk vindt.

Relatie kwaliteitskader Verantwoorde zorg en zorginstellingen

Het kwaliteitskader Verantwoorde zorg heeft een positieve invloed op de kwaliteit van AWBZ-zorg. Door de toepassing van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg ontstaat transparantie en competitie tussen

³⁵ Bij het opstellen van het document 'Verantwoorde zorg thuis' zijn betrokken: Arcares/Z-zorg, BTN, AVVV, LOC, NVVA en Sting. Bij het document 'Verantwoorde zorg voor verpleeg- en verzorgingshuizen' zijn betrokken: Arcares, AVVV, LOC, NVVA en Sting.

³⁶ Zie ook de Kwaliteitswet zorginstellingen artikel 2, waarin is opgenomen wat onder Verantwoorde zorg wordt verstaan: "Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt".

³⁷ De gehandicaptenzorg heeft in 2007 een kwaliteitskader ontwikkeld met twaalf thema's en daarbij behorende indicatoren. De borging berust op zelfevaluatie van de bereikte kwaliteit en klantwaarderingsonderzoek. De geestelijke gezondheidszorg heeft een eigen set prestatie-indicatoren ontwikkeld. De meeste instellingen hebben in een meerjarige periode de HKZ-systematiek toegepast. Als onderdeel van die systematiek zijn peilingen bij cliënten gedaan.

³⁸ In het door ZN en zorgkantoren ontwikkelde kader voor zorginkoop 2008 'Bouwstenen zorginkoop AWBZ' is ook opgenomen dat zorg van benodigde AWBZ-zorg het zorgkantoor aanbieders contracteert die voldoen aan algemene geschiktheidseisen, bijvoorbeeld dat de instelling zich houdt aan de WKCZ, de WMCZ en beschikt over een vastgelegde klachtenregeling.

zorginstellingen. Deze competitie zorgt ervoor dat de kwaliteit van de zorgverlening op een steeds hoger niveau komt. Ook cliënten (raden) vervullen hierbij een rol; zij kunnen informatie uit de CQ-index onder de aandacht brengen van de eigen zorginstelling en zo de kwaliteit van de zorg stimuleren. Een minder gewenst effect van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg is dat de wachttijsten van goed functionerende zorginstellingen (kunnen) toenemen. Een positief effect is dat het gemakkelijker wordt om goed personeel aan te trekken.

Het kwaliteitskader Verantwoorde zorg biedt zorginstellingen een kader om met kwaliteitszorg om te gaan. Niet alle zorginstellingen zijn echter even ver met de implementatie van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg.

Door toepassing van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg is het gemakkelijker om verbeterpunten op te stellen en de cliëntenraad bij het kwaliteitsbeleid van de instelling te betrekken.

Programma 'Investeren in de zorgrelatie: zeven rechten voor de cliënt in de zorg'

Voor dit onderzoek zijn vooral de punten (f) het recht op een effectieve, laagdrempelige klacht- en geschillenprocedure en (g) het recht op medezeggenschap en goed bestuur relevant. Hierover schrijft het kabinet: *'Als de cliënt ervaart dat de zorgverlening anders of beter kan, dan moet hij, juist ook als hij langdurend zorg krijgt, daarover een signaal kunnen en durven afgeven. Als een klacht niet wordt opgelost moeten cliënten daarmee gemakkelijk bij een onpartijdige commissie terecht kunnen.'*

De cliëntenraad moet een serieuze gesprekspartner van het bestuur van de instelling kunnen zijn. Daarbij is het essentieel dat de cliëntenraad over een eigen, toereikend budget kan beschikken.

Het kabinet wil dit bereiken door – samen met alle betrokken partijen – initiatieven in de praktijk te ondersteunen, de organisaties die cliënten vertegenwoordigen te versterken en wetgeving voor te bereiden om de noodzakelijke veranderingen in de rechtspositie van cliënten te realiseren.

Om de beleidsdoelstellingen te kunnen halen, kan een aantal wetten niet in ongewijzigde vorm blijven bestaan. Het gaat om de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, de Wet toelating zorginstellingen en delen van het Burgerlijk Wetboek (Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst). De wetgeving gaat het sluitstuk vormen waarin alle thema's en de daaraan verbonden rechten voor de cliënt in onderlinge samenhang worden opgenomen.

Ad f) Het recht op een effectieve, laagdrempelige klacht- en geschillencommissie

Zorgaanbieders moeten zorgen voor een eenvoudige klachtenregeling, die minimaal een klachtenfunctionaris omvat die knelpunten in een vroeg stadium kan helpen oplossen en kwaliteitsverbeteringen kan bevorderen. De verplichting om per instelling een onafhankelijke klachtencommissie te hebben, vervalt daarbij.³⁹

De NZa doet nader onderzoek naar de behoefte van een cliëntvertrouwenspersoon in de deelsectoren.

³⁹ De Zorgbelangorganisaties waarschuwen voor een versoering van de huidige wetgeving.

Het kabinet streeft ernaar de bestaande wetgeving te vereenvoudigen zonder daarbij de minimale waarborgen voor een goede klachtenafhandeling uit het oog te verliezen.

Als een klacht door de zorgaanbieder niet wordt opgelost, krijgen cliënten de mogelijkheid om hun recht te halen bij een onpartijdige en externe commissie. De commissie kan een financiële compensatie tot € 25.000 toekennen. De weg naar de civiele rechter en de tuchtrechter blijft open.

Om te bereiken dat alle cliënten in de zorg kunnen rekenen op een effectieve klachtenafhandeling en geschilbeslechting, is wetgeving noodzakelijk. Bij de nadere vormgeving daarvan vindt aansluiting plaats bij bestaande initiatieven in het veld.

Ad g) Het recht op medezeggenschap en goed bestuur

Een cliëntenraad moet, meer dan dat nu het geval is, kunnen functioneren als een serieuze gesprekspartner van het bestuur van een zorginstelling. De inspraak van cliënten op besluiten van een zorgaanbieder moet goed en op het juiste niveau binnen de organisatie zijn geregeld.

Het kabinet wil in de wetgeving borgen dat cliënten of hun persoonlijke vertegenwoordigers via de lokale cliëntenraad invloed kunnen uitoefenen op besluiten die de persoonlijke levenssfeer en de kwaliteit van leven raken. Bekeken wordt of het noodzakelijk is om het verzwaarde adviesrecht bij deze onderwerpen te vervangen door een instemmingsrecht. Daarnaast is een centrale cliëntenraad verplicht. Hier ligt het adviesrecht bij strategische besluiten. Gezien de aard van de bevoegdheden van de centrale cliëntenraad en de bijbehorende vereiste deskundigheid, wil de NZa de mogelijkheid bieden om het cliëntenperspectief mede te laten vertegenwoordigen door professionals van een belangenbehartiger, zoals een landelijke organisatie die voor de belangen van cliënten opkomt.

Om een serieuze gesprekspartner voor het bestuur te kunnen zijn, is het nodig dat cliëntenraden de regie krijgen over hun budget. De toelichting bij de wetgeving verduidelijkt dat de instelling daarbij, als de cliëntenraad dit wenst, in ieder geval middelen beschikbaar moet stellen voor een vergoeding voor de voorzitter, voor vergaderfaciliteiten, voor reiskosten voor externe vergaderingen, voor scholing, voor ondersteuning, voor inhuur van expertise of voor lidmaatschap van een cliëntenorganisatie.

SER-advies 'Langdurige zorg verzekerd, advies over de toekomst van de AWBZ'

De SER formuleert in het advies een zestal beleidsopgaven voor de AWBZ:

- De cliënt moet veel meer centraal worden gesteld door het bieden van meer keuzevrijheid en regiemogelijkheden. Tegelijkertijd moet het toekomstige stelsel rekening houden met cliënten die niet of in mindere mate kunnen kiezen of die niet of in mindere mate de regie over het eigen leven kunnen voeren.
- Verbetering van de kwaliteit van de zorg en versterking van de zorginhoudelijke en logische samenhang tussen curatieve zorg (cure), langdurige zorg (care) en ondersteuning bij participatie.
- Het waarborgen van de beschikbaarheid van de zorg en vooral van voldoende gekwalificeerd zorgpersoneel.
- Vergroting van de eigen verantwoordelijkheid voor (draagkrachtige) cliënten, dit onder handhaving van de financiële toegankelijkheid van de zorg. Dat geldt vooral voor de omgeving waarin de zorg wordt verleend (de woonfunctie).
- Vergroting van de flexibiliteit en de dynamiek op de zorgaanbodmarkt, dit om in het zorgaanbod meer innovatie, differentiatie en maatwerk mogelijk te maken.

- Het waarborgen van de financiële houdbaarheid en het maatschappelijke draagvlak (solidariteit) voor het zorgstelsel in de toekomst.

De SER pleit voor een fundamentele kanteling van de huidige aanbod-gestuurde uitvoering van de AWBZ naar een vraaggestuurde, cliënt-georiënteerde uitvoering. In de vraaggestuurde AWBZ die de SER voorstelt, ontvangt de zorgaanbieder niet langer een budget vooraf (instellingsbudgettering), maar vindt bekostiging plaats op basis van de daadwerkelijk geleverde zorg. Kort gezegd kiest de cliënt de zorgaanbieder en volgt het geld de cliënt (PVB). Goed presterende zorgaanbieders kunnen hierdoor groeien; voor slecht presterende zorgaanbieders dreigt onderbenutting of leegstand. De SER verwacht dat dit bijdraagt aan meer diversiteit en vernieuwing van het zorgaanbod en aan een betere kwaliteit van de zorg.

Zorg-in-natura moet volgens de SER de standaardoptie blijven. Cliënten die dat willen, moeten echter net als nu kunnen kiezen voor een bedrag in geld (het PGB) waarmee zij zelf zorg inkopen. De SER gaat in zijn advies ook in op verbreding van de toepassing van het PGB, op het hanteren van een afslag (kortingspercentage) en op de informatievoorziening aan PGB-houders over de beschikbaarheid en de kwaliteit van zorg.

Bijlage 2. Toelichting cliëntenraden

Bevoegdheden cliëntenraden

In de WMCZ is geregeld dat de cliëntenraad over de volgende vijf instrumenten beschikt:

- recht op informatie
- recht op overleg
- recht om (gevraagd en ongevraagd) advies te geven
- recht om (verzwaard) advies te geven
- recht op bindende voordracht.

Het verschil tussen het gewone adviesrecht en het verzwaard adviesrecht zit vooral in de gevolgen voor de directie van de zorginstelling en de cliëntenraad als de directie het advies van de raad niet opvolgt.

Op basis van de WMCZ kan dan een beroep gedaan worden op de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden (LCvV) in Utrecht.⁴⁰

Iedere zorginstelling kan, in goed overleg met de cliëntenraad, overigens zelf ook een commissie van vertrouwenslieden instellen.⁴¹ Daarnaast kan de cliëntenraad en iedere cliënt van een instelling de kantonrechter verzoeken om een cliëntenraad in te stellen dan wel te faciliteren.

De WMCZ benoemt de onderwerpen waarover de cliëntenraad verzwaard advies mag uitbrengen of waarvoor instemming van de raad vereist is.

De cliëntenraad moet in de gelegenheid worden gesteld advies uit te brengen over formele onderwerpen (fusie/duurzame samenwerking, benoeming directeur en begroting/jaarrekening), maar ook over onderwerpen die direct betrekking hebben op de kwaliteit van de zorgverlening zoals (artikel 3, eerste lid, onder i tot en met m):

- *i*: voedingsaangelegenheden van algemene aard;
- *j*: de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de aan cliënten te verlenen zorg;
- *k*: de vaststelling of wijziging van een regeling voor de behandeling van klachten van cliënten en het aanwijzen van personen die belast worden met de behandeling van de klachten van cliënten;⁴²
- *l*: wijziging van de regeling (aantal leden cliëntenraad, wijze van benoemen, welke personen tot lid kunnen worden benoemd en de zittingsduur van de leden) en de materiële middelen van de instelling waarover de cliëntenraad kan beschikken);
- *m*: het belasten van personen met de leiding van een onderdeel van de instelling waarin 24-uurszorg wordt verleend aan cliënten die in de regel langdurig in die instelling verblijven.

44% van de cliëntenraden geeft aan dat hun zorginstelling een eigen Commissie van Vertrouwenslieden heeft.

Bron: NZa enquête cliëntenraden

Over de onderwerpen die genoemd zijn in artikel 3, eerste lid, onder i tot en met m, mag de instelling het advies van de cliëntenraad niet zonder

⁴⁰ De zorgsector kende vijf landelijke commissies van vertrouwenslieden: de LVC (V&V en thuiszorg), de LGC (GGZ), de LCVG (GHZ), de LCVZ (ziekenhuizen) en de LVR (revalidatie). Vanaf 2007 bestaat er nog één commissie: de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden.

⁴¹ Een commissie van vertrouwenslieden bestaat uit drie leden, waarvan één lid door de zorginstelling, één lid door de cliëntenraad en één lid door de beide andere leden worden aangewezen.

⁴² Dit is geregeld in de WKCZ uit 1995. De WKCZ schrijft voor dat elke zorginstelling schriftelijk moet regelen hoe klachten worden behandeld.

meer ter zijde leggen, tenzij de commissie van vertrouwenslieden daarmee heeft ingestemd.

Soorten cliëntenraden

Van de cliëntenraden die meegedaan hebben aan de enquête zijn er twaalf op lokaal en dertien op centraal niveau actief. 83% van deze cliëntenraden is verbonden aan zorginstellingen die zowel intramurale als extramurale zorg leveren.

Bezetting cliëntenraden

De cliëntenraad kan op verschillende manieren worden samengesteld. De volgende groepen kunnen in cliëntenraden zitting hebben:

- de cliënten zelf (dit doet zich steeds minder voor vanwege de hoge gemiddelde leeftijd en de korte verpleegduur);
- directe vertegenwoordigers van de cliënten (familie);
- betrokkenen met affiniteit met de instelling zonder directe 'eigen' binding.

De samenstelling van de cliëntenraden is wisselend:

- 56% bestaat uit een gemengde groep, dat wil zeggen zowel cliënten als vertegenwoordigers van cliënten
- 40% bestaat alleen uit cliënten
- 4% bestaat alleen uit vertegenwoordigers van cliënten.

Bron: NZa enquête cliëntenraden

De cliëntenraden maken gebruik van de volgende communicatie-instrumenten om hun achterban te informeren:

- schriftelijke informatiebronnen: 72%
- mondelinge informatieoverdracht: 60%
- achterbanraadpleging/inloopsprekuren: 56%
- er vindt geen terugkoppeling plaats: 8%

Bron: NZa enquête cliëntenraden

Cliëntenraden per sector

De ene cliëntenraad is de andere niet. Een cliëntenraad in de V&V-sector verschilt qua samenstelling en behandelde onderwerpen duidelijk van bijvoorbeeld een cliëntenraad in de GHZ-sector.

De verschillen tussen de diverse sectoren zijn als volgt:

- Binnen de V&V-sector is het aantal ouderen dat zitting heeft in de cliëntenraad afgenomen. De tendens is dat in de V&V-sector steeds meer familie van de cliënten in cliëntenraden zitten. In verpleeghuizen zijn het veelal de vertegenwoordigers (kinderen/partners) die actief bij de cliëntenraad betrokken zijn. In verzorgingshuizen komt het iets vaker voor dat er nog ouderen in de cliëntenraad zitten. Dit is ook van invloed op de onderwerpen die in de cliëntenraad aan de orde komen.
- In de GHZ-sector is er verschil tussen cliëntenraden voor lichamelijk gehandicapten (LG) en cliëntenraden voor verstandelijk gehandicapten (VG). In de LG worden de cliëntenraden veelal door de cliënten zelf bemenst. In de VG hebben soms de cliënten zitting in de cliëntenraden en soms hun ouders. In sommige gevallen is er sprake van een mix. De inbreng van de cliëntenraden in de LG en VG sectoren verschilt met die in de V&V-sector. De cliëntenraden in de LG en VG sector zijn veel meer gericht op onderwerpen die direct betrekking hebben op kwaliteit van de verleende zorg;
- Binnen de GGZ-sector is weer sprake van een andere (complexe) situatie. Het zijn de cliënten zelf of ouders die in de cliëntenraden zitting hebben. De ouders zijn bijzonder mondig en kunnen goed lobbyen.

- GGZ-cliënten kunnen moeilijk loskomen van hun eigen problematiek, met als gevolg dat het algemeen cliëntenbelang veel minder aan bod komt.

Websites

Voor dit onderzoek heeft de NZa van veertig zorginstellingen de websites gescreend op informatie over de cliëntenraad. De meeste websites geven (op hoofdlijnen) informatie over het doel, organisatie en/of activiteiten van de cliëntenraad. In een aantal gevallen bestaat de mogelijkheid om door te linken naar een eigen pagina van de cliëntenraad. Ongeveer een kwart van de websites bevat geen informatie over de cliëntenraad.

Rol van de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden

Bij conflicten met de zorginstellingen kunnen cliëntenraden een beroep doen op de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden (LCvV). De LCvV heeft als taak om te bemiddelen tussen zorginstellingen en cliëntenraden en zij kan een bindende uitspraak doen. De LCvV toetst marginaal, dit wil zeggen dat zij individuele kwesties niet inhoudelijk beoordeelt, maar uitsluitend of de zorginstelling in redelijkheid tot haar besluit heeft kunnen komen. Van de LCvV wordt nauwelijks gebruik gemaakt. In 2005 ging het om twee zaken, in 2006 om zes en in 2007 om acht zaken. De Commissie heeft zich afgevraagd (zonder daarop expliciet antwoord te geven): 'loopt het allemaal zo harmonieus of zien cliëntenraden kennelijk op tegen de procedure'.

Slechts één cliëntenraad uit de enquête heeft de afgelopen drie jaar de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden ingeschakeld en slechts één cliëntenraad de eigen Commissie van Vertrouwenslieden. Zij hebben het gevoel gehad sterker te staan en dat het daarom ook heeft resultaat gehad. De meeste cliëntenraden zeggen dat er geen aanleiding was om de hulp van derden in te schakelen.

Bron: NZa enquête cliëntenraden

Bijlage 3. Toelichting klachten

Ontvangen klachten door zorginstellingen

Klachten kunnen op drie verschillende manieren bij de zorginstelling worden ingediend:

- Bij de direct leidinggevende. Dergelijke klachten/signalen worden (veelal) niet geregistreerd; de reden is dat het niet altijd duidelijk is of het gaat om een vraag, een opmerking of een klacht.
- Bij de klachtenfunctionaris (een medewerker van de zorginstelling die via bemiddeling een klacht kan oplossen). Zorginstellingen zijn niet verplicht om een klachtenfunctionaris te hebben.
Uit de interviews komt een wisselend beeld over inschakeling van de klachtenfunctionaris naar voren: van enkele klachten per jaar tot enkele tientallen; de ervaringen met het effect van klachtenfunctionarissen zijn overwegend positief.
- Bij de klachtencommissie van de zorginstelling. Soms is dit een externe commissie die door een aantal zorginstellingen uit de regio gezamenlijk is ingesteld. Het voordeel hiervan is dat deze commissie geen directe binding heeft met de zorginstelling en dus onafhankelijker kan opereren.
Het gemiddelde aantal klachten dat de geïnterviewde zorginstellingen ontvangen wisselt sterk en varieert van enkele tot bijna honderd per jaar.

Voor dit onderzoek zijn van 25 zorginstellingen de maatschappelijke verantwoordingsverslagen 2006 doorgenomen. Uit de screening van de websites op onder andere het aantal ontvangen klachten, de aard van de klachten en voorlichting over de klachtmogelijkheden, blijkt dat zorginstellingen het belang van klachten onderkennen.

Twee zorginstelling hebben expliciet op hun website vermeld dat zij het belangrijk vinden om zaken waarover onvrede bestaat in een zo vroeg mogelijk stadium op te lossen (voordat het een echte klacht is). Tien van de 25 websites besteden ook aandacht aan verbeteracties naar aanleiding van ontvangen klachten. Bijgaande tabel toont de aantallen klachten die de betrokken zorginstellingen in 2006 hebben ontvangen.

Ontvangen klachten zorginstellingen 2006

| Aantal ontvangen klachten | Aantal zorginstellingen | Opmerkingen |
|---------------------------|-------------------------|---|
| 0 - 10 | 10 | |
| 11 - 20 | 2 | |
| 21 - 30 | 1 | |
| > 30 | 3 | Respectievelijk 60, 62 en 98 ontvangen klachten |
| Geen informatie | 9 | |

Bron: Maatschappelijk verantwoordingsverslagen en websites van 25 zorginstellingen

De klachten hebben betrekking op de zorgverlening, de bejegening, de communicatie, gevoelens van onvrede, de bereikbaarheid, de klimaat-beheersing en diefstal/vermissing.

Het vinden van de klachtenpagina van de zorginstellingen vereist soms enig zoekwerk en in een beperkt aantal gevallen is geen informatie aangetroffen over de mogelijkheden om een klacht in te dienen.

Ontvangen klachten door zorgkantoren

Het aantal klachten dat zorgkantoren hebben ontvangen is niet hoog. Het aantal klachten over de kwaliteit van de AWBZ-zorg is nog beperkter. In 2006 en 2007 ging het maximaal om slechts enkele klachten per zorgkantoor per jaar. Eén zorgkantoor heeft aangegeven dat het aantal ontvangen klachten in 2007 sterk is toegenomen en dat relatief een groot gedeelte van de klachten betrekking had op de kwaliteit van AWBZ-zorg.

Ontvangen klachten door Zorgbelangorganisaties

Zorgbelangorganisaties begeleiden een klager om zijn klacht bij andere instanties te uiten. Deze taak hebben de regionale Zorgbelangorganisaties overgenomen van de voormalige Informatie- en Klachtenbureaus Gezondheidszorg (IKG's). Belangrijke onderdelen van deze taak zijn voorlichting en hulp bij het opstellen van de klachtbrief. Zorgbelang probeert daarbij zoveel mogelijk uit te gaan van de individuele klager ('het luisterende oor') en probeert altijd uit te vinden waar het bij de klager om gaat: alleen om 'gehoord' te worden of dat de klager de klacht echt wil doorzetten. Belangrijk daarbij is om bij de klager niet te hoge verwachtingen te wekken en hem de diverse mogelijkheden uit te leggen.

Daarnaast probeert Zorgbelang samenhang aan te brengen tussen ontvangen klachten. De signalen die hieruit voortvloeien brengt Zorgbelang in de diverse overlegsituaties in.

Het aantal klachten dat de Zorgbelangorganisaties over de AWBZ hebben ontvangen, is relatief klein: variërend van ruim veertig tot honderd..

Hierbij is de volgende tendens gesignaleerd:

- Er is een toename van het aantal klachten over de verzorging en de bejegening.
- Bij een aantal zorginstellingen (afhankelijk van de opstelling van de directie) is sprake van professionalisering van de klachtenbehandeling met als gevolg dat ook de spreiding van de kwaliteit van de klachtenbehandeling toeneemt.

Ontvangen klachten door de Nationale ombudsman

Ook het aantal klachten dat de Nationale Ombudsman heeft ontvangen over de uitvoering van de AWBZ door bestuursorganen (zorgkantoren en het CAK), is beperkt. Over 2006 en 2007 zijn hierover circa 120 klachten binnengekomen. In 2008 was sprake van een sterke toename; deze wordt verklaard door de sterke stijging van het aantal klachten over het CAK met betrekking tot de eigen bijdragen zorg met verblijf.

Het aantal klachten over de kwaliteit van de AWBZ-zorg is toegenomen. De Nationale Ombudsman probeert bestuursorganen ervan bewust te maken dat zij bij het oplossen van klachten/problemen een actieve rol hebben. Vooral bij ketenproblemen is het van belang dat iedere schakel in de keten bereid is om na te gaan of het probleem op enige manier met of via zijn bemoeienis op te lossen is. Verder is het essentieel om problemen niet door te schuiven naar een andere ketenpartner.

Patiëntenvertrouwenspersoon

De patiëntenvertrouwenspersoon is voor de GGZ in het leven geroepen om de primaire rechten van de cliënten in deze sector te behartigen. De patiëntenvertrouwenspersoon is er dus primair voor de cliënt en hij bemiddelt uitsluitend bij klachten. De patiëntenvertrouwenspersoon is in dienst van een zelfstandige stichting: de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg (PVP).

De PVP informeert de zorginstellingen binnen de GGZ-sector over haar bevindingen; de cliëntgegevens zijn daarbij anoniem gemaakt. De

zorginstellingen kunnen deze rapportages gebruiken om verbeterpunten te signaleren.

In de overige sectoren kunnen zorginstellingen de vertrouwenspersoon-functie uitbesteden aan een afzonderlijke stichting: de Stichting Klachtenbemiddeling Gezondheidszorg (SKG) in Amersfoort. Het voordeel van deze constructie is dat de vertrouwenspersoon op grote afstand van de directie van de zorginstelling staat en dus onafhankelijk(er) kan functioneren.

In de GHZ is de cliëntenvertrouwenspersoon in opkomst. Een cliëntenvertrouwenspersoon functioneert onafhankelijk van de zorginstelling en is daardoor laagdrempelig. Een cliënt kan bij de cliëntenvertrouwenspersoon terecht nog voordat hij een echte klacht heeft. De cliëntenvertrouwenspersoon biedt procesgerichte ondersteuning en gaat met de cliënt mee als die in gesprek gaat met de zorginstelling.

Rol van de Landelijke Beroepscommissie Klachten

Van de Landelijke Beroepscommissie Klachten wordt slechts sporadisch gebruik gemaakt.⁴³ In 2006 zijn tachtig klachten in behandeling genomen en de indruk bestaat dat het aantal klachten toeneemt. De klachten hadden vooral betrekking op:

- zorgplannen (geen zorgdossiers bijgehouden, wijziging zorgplannen zonder overleg, zorgplannen niet (volledig) aantoonbaar uitgevoerd);
- communicatie (bijvoorbeeld over beslissingen over medisch-technische aangelegenheden).

In het jaarverslag 2006 heeft de Commissie hierover de volgende passage opgenomen: *'Oorzaak blijkt veelal, nog steeds, gebrek aan goede communicatie en soms ook grote afstand tussen leiding en werkvloer. Een aantal incidenten zou door een betere communicatie en kortere lijnen oplosbaar zijn geweest zonder inmenging van een klachtencommissie.'*

De Commissie beveelt aan om meer aandacht te besteden aan communicatie; door betere voorlichting (vooral tijdens de klachtenbehandeling) zullen cliënten/klagers zich eerder serieus genomen voelen.

⁴³ Hierbij wordt opgemerkt dat niet iedere zorginstelling aangesloten is bij Landelijke Beroepscommissie Klachten.

Bijlage 4. Toelichting Zorgbelangorganisaties

Zorgbelangorganisaties

Voor de AWBZ-doelgroep is een groot aantal belangenorganisaties actief. Binnen de patiënten- en consumentenorganisaties is sprake van verzuiling met 'voor elk wat wils'. Zo zijn bij één Zorgbelangorganisatie meer dan honderd verschillende (grotere en kleinere) organisaties aangesloten.⁴⁴

De meeste belangengroeperingen behartigen de belangen van een specifieke doelgroep (bijvoorbeeld de Hart- of Nierstichting). Belangengroeperingen die zich inzetten voor de hele AWBZ-doelgroep zijn schaarser.

Begin jaren negentig zijn de voorlopers van de Zorgbelangorganisaties, de RPCP's, ontstaan. De regionale Zorgbelangorganisaties zijn lid van Zorgbelang Nederland, die vervolgens weer lid is van de NPCF. Zorgbelang vormt op regionaal niveau de schakel tussen individuele consumenten (vertegenwoordigd in de diverse (regionale) patiëntengroeperingen) en zorgkantoren. Alle patiënten- en consumentenverenigingen kunnen zich bij Zorgbelang aansluiten. Zorgbelangorganisaties doen aan collectieve belangenbehartiging op regionaal niveau, die boven de sectoren uitstijgt. Daarbij gaat het onder andere om het organiseren van achterbanoverleg, (patiënten)onderzoek en meldacties.

Het gemeenschappelijke belang van Zorgbelangorganisaties en zorgkantoren is 'het ophalen van ervaringen en meningen van cliënten'. Zorgkantoren maken daarbij gebruik van de netwerken/kennis van Zorgbelang.

De omvang van de Zorgbelangorganisaties varieert per regio. Bij de geïnterviewde Zorgbelangorganisaties zijn tien tot 25 fte medewerkers op beleidsmatig/projectniveau werkzaam.

In eerste instantie werden de Zorgbelangorganisaties (of hun rechtsvoorgangers) gefinancierd door het ministerie van VWS; later is dat overgegaan naar de provincies. De Zorgbelangorganisaties worden op dit moment onder andere gefinancierd door de provincie (overgrote deel), het Fonds PGO (tot en met 2008), zorgverzekeraars en gemeenten.

Nieuwe structurele financieringsbronnen zijn moeilijk te vinden, waardoor het moeilijk is om dingen op te bouwen. Voor bepaalde projecten is soms wel tijdelijk extern geld beschikbaar, bijvoorbeeld voor de ondersteuning van PGB-houders.

In het kader van dit onderzoek zijn de volgende (algemene) belangengroepering betrokken: regionale Zorgbelangorganisaties, de NPCF, de Consumentenbond en Per Saldo.

⁴⁴ Ook de LOC-LPR participeert in Zorgbelangorganisaties.

Bijlage 5. Overzicht genoemde instanties en hun werkterrein

Belangenverenigingen

Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF): De NPCF is een samenwerkingsverband van (koepels van) patiëntenorganisaties. De lidorganisaties zijn actief op de volgende werkterreinen: mensen met een lichamelijke beperking, verstandelijk gehandicapten, psychiatrie, verpleging en verzorging en curatieve zorg (ziekenhuiszorg, huisartsenzorg). De federatie fungeert als platform voor gemeenschappelijke beleidsontwikkeling en belangenbehartiging op inhoudelijke thema's.

Consumentenbond: De Consumentenbond springt in de bres voor consumenten als hun belangen in het geding zijn, bijvoorbeeld door wachtlijsten in de gezondheidszorg. De bond voert overleg met de overheid en het bedrijfsleven en gaat als dat nodig is over tot actie.

Zorgbelang Nederland: Zorgbelang Nederland is de brancheorganisatie van de dertien regionale Zorgbelangorganisaties die elk actief zijn in hun eigen regio. Zorgbelang Nederland ondersteunt de leden door belangenbehartiging bij bijvoorbeeld het ministerie van VWS, koepels van zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties op landelijk niveau.

Regionale Zorgbelangorganisaties: Zorgbelangorganisaties werken aan optimale zorg- en welzijnsvoorzieningen. Zij laten de stem van burgers in de regio horen. Omdat Zorgbelangorganisaties goed inzicht hebben in wat consumenten willen en beschikken over een regionaal netwerk, hebben zij veel contact met zorgkantoren.

Categorale patiëntenorganisaties: Categorale patiëntenorganisaties zijn organisaties die door mensen met één bepaalde ziekte of handicap zijn opgericht en zich ook richten op andere mensen met die ziekte of een groep van ziektes. Ook zijn er organisaties die zich concentreren op één sector van de gezondheidszorg, bijvoorbeeld de psychiatrie.

Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC-LPR): De LOC-LPR ondersteunt en adviseert cliëntenraden door schriftelijke informatie (folders, tijdschrift) en telefonische informatie te verstrekken. Ook organiseren zij regionale bijeenkomsten waar leden van cliëntenraden informatie krijgen, vragen kunnen stellen en met elkaar contact kunnen leggen. De LOC-LPR houdt zich bezig met zowel ondersteuning van cliëntenraden als het behartigen van belangen van cliëntenraden en cliënten. De LOC-LPR vertegenwoordigt circa 2.200 cliëntenraden van thuiszorginstellingen, woonzorgcomplexen, verzorgings- en verpleeghuizen, welzijnsorganisaties, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, organisaties in de verslavingszorg en instellingen voor maatschappelijke opvang.

Landelijk steunpunt medezeggenschap (LSR): Het LSR ondersteunt en adviseert cliëntenraden in de vorm van schriftelijke informatie (folders, tijdschrift) en telefonische informatieverstrekking. Ook organiseert het regionale bijeenkomsten waar leden van cliëntenraden informatie krijgen, vragen kunnen stellen en met elkaar contact kunnen leggen. Bij het LSR ligt de nadruk op ondersteuning van cliëntenraden, vergroting van de zeggenschap van cliënten en uitvoering van

kwaliteitsonderzoek. Het LSR is actief in de gehandicaptenzorg en in de curatieve sector en het vertegenwoordigt ongeveer 500 cliëntenraden.

Per Saldo: Met ruim 17.000 leden is Per Saldo de belangenvereniging van en voor mensen met een persoonsgebonden budget in Nederland. Per Saldo zorgt ervoor dat de budgethouder tot zijn recht komt door hem goed te informeren, door op te komen voor zijn rechten en door voor hem in de bres te springen bij instanties en bij de politiek.

Klachtenloketten

Klachtenfunctionaris: Een (niet verplichte) klachtenfunctionaris van de zorginstelling kan alleen bemiddelen tussen zorgverlener en consument. Een klachtenfunctionaris kan over een klacht geen inhoudelijk oordeel vellen.

Klachtencommissie: Een AWBZ-instelling is op grond van de WKCZ verplicht een klachtencommissie te hebben. In eerste instantie kan de consument een klacht indienen bij de klachtencommissie van de betreffende zorginstelling.

Informatie en klachtenbureau gezondheidszorg (IKG)

Sommige consumenten vinden het moeilijk om een klacht (met de zorgverlener) te bespreken of een officiële klacht in te dienen. De klager kan hierbij de hulp inroepen van een IKG die onderdeel uitmaakt van een regionale Zorgbelangorganisatie.

Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon geestelijke gezondheidszorg (PVP): De PVP bemiddelt bij een klacht, maar neemt de klacht niet in behandeling.

Landelijke beroepscommissie klachten: Cliënten kunnen in beroep gaan tegen besluiten van de klachtencommissie van de instelling.

Geschillencommissie zorginstellingen: Met ingang van 1 juni 2008 is de Geschillencommissie Zorginstellingen in werking getreden. In feite is dit een uitbreiding van de bestaande Geschillencommissie Ziekenhuizen, waarbij de brancheorganisaties GGZ Nederland, ActiZ en VGN zich aansluiten. In de Geschillencommissie Zorginstellingen staat het consumentenbelang centraal.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ): De IGZ doet niet aan individuele klachtenbehandeling. Als de IGZ klachten ontvangt, beschouwt zij dit als een signaal. De IGZ registreert deze klachten en betreft ze bij het periodiek bezoek aan de zorginstelling. Als de melding betrekking heeft op een ernstig incident of een calamiteit, dan onderzoekt de IGZ de melding direct. Meerdere (minder ernstige) klachten over een instelling kunnen een signaal zijn dat er bij die zorginstelling toch iets aan de hand is.

Nationale Ombudsman: De Nationale Ombudsman probeert bestuursorganen bewust te maken dat zij een actieve rol hebben bij het oplossen van klachten/problemen. De Nationale Ombudsman kan geen klachten in behandeling nemen over andere dan overheidsinstanties (zoals de meeste zorgverleners en zorginstanties).

Stichting Klachtenbemiddeling Gezondheidszorg (SKG): De zorginstellingen kunnen de vertrouwenspersoonfunctie uitbesteden aan de SKG. Het voordeel van deze constructie is dat de vertrouwenspersoon op grote afstand van de directie van de zorginstelling staat en dus onafhankelijk(er) kan functioneren.