

1. De Algemene Rekenkamer geeft aan dat het ministerie van VWS en de partijen uit het zorgveld in 2006 niet beschikten over een actueel en volledig overzicht van afstemmingsinitiatieven tussen zorgverleners die actief zijn rond patiënten met chronische aandoeningen. Is er inmiddels wel sprake van een dergelijk overzicht, of ontbreekt dat nog steeds?

U vraagt naar een overzicht van afstemmingsinitiatieven. Afstemmingsinitiatieven zijn volgens mij initiatieven van zorgaanbieders om meer samen te werken rondom de zorg voor chronische patiënten. In 2003 heeft het RIVM samen met NIVEL een grote achtergrondstudie uitgevoerd ten behoeve van de IGZ-rapportage, '*Staat van de Gezondheidszorg 2003*'. De studie is bedoeld als een eerste verkenning van de (keten)zorg voor 15 chronische aandoeningen. Het gaat daarbij niet om de zorginhoud zelf maar om de afstemming van de zorgverlening tussen de betrokken zorgaanbieders. Daarmee is mede de kennisbasis gelegd voor integrale zorg voor chronische aandoeningen.

In 2006 beschikten VWS en veldpartijen niet over een volledig en actueel overzicht van afstemmingsinitiatieven tussen zorgaanbieders, maar wel over voldoende gegevens om te concluderen dat zorgaanbieders beter kunnen afstemmen. Het is belangrijk om de ontwikkelingen te volgen. Het RIVM heeft bijvoorbeeld in september 2010 een rapport uitgebracht over de huidige stand van zaken rond de organisatie van zorggroepen, de 1-meting. Geconstateerd wordt dat ruim driekwart van alle huisartsen deelnemen aan een zorggroep, we gaan dus de goede kant op met samenwerking. In 2012 zal het RIVM een vervolg rapport over zorggroepen uitbrengen.

2. Kan de minister aangeven in hoeverre er sprake is van ontschotting tussen de eerste en de tweede lijn en binnen de eerste lijn?

Ontschotting binnen de eerste lijn wordt bevorderd door de introductie van de integrale bekostiging voor de aandoeningen diabetes, vasculair risicomangement (VRM) en Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Ontschotting tussen de eerste en tweede lijn wordt bevorderd door inhoudelijk samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Ik wijs op nieuwe werkvormen die ontstaan, zoals de inrichting van specialistische spreekuren in huisartspraktijken. Het is nog te vroeg om een uitspraak te doen of de ontschotting langs deze weg is geslaagd. De evaluatiecommissie Integrale Bekostiging komt medio 2012 met haar eindrapportage en zal hier naar kijken.

3. De Algemene Rekenkamer concludeert dat de integrale zorg bij chronische aandoeningen traag tot stand komt, ondanks de maatregelen van de toenmalige minister van VWS. Verwacht de huidige minister dat de ingezette maatregelen (op termijn) tot resultaten leiden? Is de minister van plan de door haar ambtsvoorganger ingezette maatregelen voort te zetten? Is de minister van plan aanvullende maatregelen te nemen om de integrale zorg sneller tot stand te laten komen?

Ik zet het beleid van mijn voorganger voort, omdat ik verwacht dat de gekozen aanpak tot goede resultaten zal leiden.

Ik ben niet van plan aanvullende maatregelen te nemen om de integrale zorg sneller tot stand te laten komen. Daarvoor heb ik twee redenen. Enerzijds wil ik de zorgsector tijd gunnen om deze nieuwe manier van werken in te voeren. Anderzijds wil ik de bevindingen van de evaluatiecommissie Integrale Bekostiging afwachten.

4. Kan de minister aangeven wat de huidige verwachtingen zijn ten aanzien van ontwikkelingen op het gebied van het aanbod van integrale zorg, afgezet tegen de verwachtingen ten aanzien van de vraag naar integrale zorg?

Het aantal chronische zieken stijgt. Dat komt door de vergrijzing, medische vooruitgang en de negatieve trend in leefstijl. Door deze stijging verandert de zorgvraag. Deze ontwikkeling vanuit de vraag, afgezet tegen het aanbod vraagt nieuwe antwoorden. Ik vind het van belang de (financiële) prikkels op de juiste plaats in te zetten, multidisciplinaire zorg te stimuleren, meer taakherschikking te stimuleren en kwaliteit te borgen via onder andere zorgstandaarden en indicatoren. Daarnaast is een stevige rol van patiënten door meer keuzevrijheid en meer zelfmanagement van belang en wil ik ruimte geven voor innovaties vanuit het veld. In mijn brief over Basiszorg nabij zal ik op een aantal van deze onderwerpen nader ingaan.

5. De Algemene Rekenkamer geeft aan dat voor de concrete uitwerking van de 'programmatische aanpak' voor chronische aandoeningen vooral het zorgveld aan zet is. De Algemene Rekenkamer concludeert vervolgens dat implementatie van het nieuwe beleid in het zorgveld trager dan verwacht verloopt. Kan de minister aangeven waardoor deze tragere implementatie wordt veroorzaakt?

Het zorgveld is inderdaad aan zet, ik heb er begrip voor dat meer tijd nodig is voor de uitwerking. Van zorgaanbieders en zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij op een andere manier gaan werken en contracteren dan zij gewend zijn. Van patiënten wordt gevraagd mee te werken aan de ontwikkeling en uitvoering van het persoonlijk zorgplan. Deze omslag verklaart waarom de implementatie soms traag verloopt. Tegelijkertijd zijn innovaties volop aan de gang, de resultaten daarvan moeten nog beter zichtbaar worden waarna de goede ervaringen kunnen worden benut. Ik vind dat de vaart er goed in zit, ik wijs op het tempo waarmee zorgstandaarden, zorggroepen en andere organisatievormen zijn ontstaan. Voor tempo verhoging of het trekken van conclusies om dit proces bij te stellen is het te vroeg.

6. De Algemene Rekenkamer geeft aan dat er nog onduidelijkheid bestaat over concurrentie in de zorgsector enerzijds, en samenwerking tussen partijen in de zorgsector anderzijds. Is de minister – eventueel samen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) – voornemens toe te lichten dat concurrentie in de zorg niet in de weg staat van samenwerking binnen deze sector en nadere informatie te verstrekken om de resterende onduidelijkheid aan te pakken?

Eerdere aanbevelingen zijn overgenomen om samen met de NMa en de NZa duidelijkheid te scheppen over wat vanuit het mededingingsrecht wel en niet mag bij samenwerking. Hiertoe hebben de NMa en NZa bijvoorbeeld 'richtsnoeren voor de zorgsector' gepubliceerd, waarin zij de mogelijkheden tot samenwerking binnen de wetgeving nader hebben uitgewerkt. Daarnaast zijn NMa en NZa in de 'Richtsnoeren zorggroepen' expliciet ingegaan op onduidelijkheden over de mededingingsregels bij samenwerking in zorggroepen voor chronische zorg. De Algemene Rekenkamer doet voor de toekomst de aanbeveling hieraan samen met de NZa en de NMa aandacht te blijven besteden om de resterende onduidelijkheid aan te pakken.

In dit kader kan ik u melden dat de NZa en NMa deze verantwoordelijkheid nog steeds ervaren en dat het verschaffen van informatie niet is gestopt na de publicatie van de richtsnoeren. Zo hebben de NZa en NMa op 28 januari 2011 nog een congres georganiseerd over samenwerking en specialisatie binnen de bestaande regelgeving. Het gezamenlijk uitgebrachte persbericht met de titel 'samenwerking mag als de patiënt er beter van wordt' is duidelijk over het feit dat samenwerking kan binnen de zorg en de wetgeving. De voorlichting gegeven vanuit de rijksoverheid heeft overigens alleen nut als de zorgaanbieders zich hier in verdiepen en zich daadwerkelijk laten voorlichten.

7. Is het handhavingsplan van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) voor het toezicht op aanbieders van zorg op chronisch zieken opgesteld? Vanaf wanneer zal dit plan worden toegepast? Welke aanbieders worden aan de hand van dit plan beoordeeld?

De inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft een handhavingplan opgesteld voor toezicht op aanbieders van zorg voor chronische ziekten. Dit is het Toezichtplan 2011-2014, *'Ketenzorg Chronisch Zieken'*. In januari 2011 is begonnen met de uitvoering van dit plan. De IGZ is gestart met de voorbereidingen van een thematisch toezicht bij 20 zorggroepen die zorg verlenen volgens de zorgstandaard diabetes.

8. Hebben de initiatieven die zijn genomen om duidelijkheid te scheppen over wat vanuit het mededingingsrecht wel en niet mag bij samenwerking geleid tot meer samenwerkingsverbanden tussen verschillende zorgverleners?

Ik constateer dat op dit moment duidelijkheid gegeven wordt over wat is toegestaan vanuit het mededingingsrecht, en dat dit ook gecommuniceerd blijft worden. In hoeverre de informatieverstrekking leidt tot meer samenwerkingsverbanden tussen verschillende zorgverleners kan ik niet beoordelen.

9. De ontwikkeling van zorgstandaarden: de ontwikkeling neemt al enige jaren in beslag en is zeer complex. Vindt de minister de ontwikkeling van zorgstandaarden een geschikte route om een integrale aanpak te bereiken? Zo ja, welk tijdspad lijkt de minister realistisch om de ontwikkeling van zorgstandaarden te bespoedigen?

Ik vind de ontwikkeling van zorgstandaarden een geschikte route om een integrale aanpak te bereiken. De ontwikkeling van zorgstandaarden is een belangrijke voorwaarde voor het realiseren van integrale zorg rondom mensen met een chronische aandoening. De zorgstandaard stelt de norm voor goede zorg, beschrijft de inhoud, de bijpassende organisatie en de indicatoren van kwaliteit. Om de integrale aanpak te bevorderen zet ik in op het verder doordenken en ontwikkelen van het instrument 'zorgstandaarden', dat vergt centrale sturing en regie. Totdat het kwaliteitsinstituut in werking is getreden zal het coördinatieplatform zorgstandaarden zich hiermee bezighouden. Het platform adviseert ook over het ontwikkelen van nieuwe standaarden en het tempo waarin dat wenselijk is. Het zijn overigens de patiëntenorganisaties en aanbieders zelf die met het ontwikkelen van een zorgstandaard aan de slag gaan, daar heb ik geen bemoeienis mee.

10. Welke belangentegenstellingen tussen zorgverleners geven aanleiding tot vakmatige domein- en competentiediscussies? Op welke manier wordt gezocht naar oplossingen voor deze belangentegenstellingen?

Zorgstandaarden zijn functioneel geformuleerd, er staat beschreven welke zorg geleverd moet worden en niet wie dat doet. Daarover maken de verschillende zorgaanbieders binnen het multidisciplinaire behandelteam afspraken. Bij zorggroepen sluiten hoofdaannemer en verzekeraar een contract af over de te leveren zorg en de kosten. De hoofdaannemer zal dan afspraken moeten maken met de zorgverleners bij hem in dienst en/of met onderaannemers. Daarbij spelen verschillende belangen en kunnen discussies ontstaan over wie wat doet, tot wiens domein iets behoort, wie welke competenties heeft en welke financiële vergoeding reëel is. Integrale zorg en integrale bekostiging stimuleert dus dat partijen onderhandelen en afspraken maken over inhoud en bekostiging. Uiteraard moet worden voldaan aan wet en regelgeving, zoals de wet BIG. Maar het is aan de zorgaanbieders zelf om deze discussie te voeren en afspraken te maken.

11. Wat is op dit moment de stand van zaken met betrekking tot de ontwikkeling van zorgstandaarden? Over welke zorgstandaarden bestaat nu consensus? Welke zorgstandaarden zijn nu in ontwikkeling? Welke zorgstandaarden zullen in de loop van de tijd ontwikkeld worden?

De zorgstandaarden voor diabetes, VRM, COPD en obesitas zijn afgerond en geautoriseerd. Voor de eerste drie aandoeningen is integrale bekostiging mogelijk. Daarnaast werken aanbieders en patiënten aan de ontwikkeling van de zorgstandaarden voor astma, cystic fibrosis, artrose, depressie, dementie, kanker, hartfalen, CVA en zeldzame aandoeningen.

Patiënten en zorgaanbieders nemen zelf het initiatief om zorgstandaarden te ontwikkelen. Ik kan besluiten de ontwikkeling van een zorgstandaard financieel te ondersteunen. Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden geeft mij hierover advies.

12. Welke mogelijke financiële gevolgen zijn er voor zorgverleners? Wordt dat onderzocht?

Integrale bekostiging brengt mogelijk financiële gevolgen voor zorgverleners met zich mee omdat het een nieuwe manier van bekostigen is. De evaluatiecommissie Integrale Bekostiging kijkt mede vanuit het perspectief van de zorgverlener/subcontractant naar de gevolgen van de invoering van integrale bekostiging.

Met integrale bekostiging verwacht ik – naast verbetering van de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken - een kostenreductie te realiseren door substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg. De evaluatiecommissie Integrale Bekostiging onderzoekt ook of dit inderdaad wordt gerealiseerd.

13. Welk recht zullen patiënten kunnen ontlenen aan het opnemen van afstemming van zorg als aspect van goede zorg? Hoever reikt dat? Op welke manier zullen aanbieders hieraan moeten voldoen?

Ik heb de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) ter behandeling ingediend bij de Eerste Kamer. In de Wcz is de zorgaanbieder verplicht goede zorg te leveren. De cliënt

kan dit recht afdwingen bij de zorgaanbieder dan wel geschilleninstantie. Onderdeel van goede zorg is afstemming. Hiermee wordt benadrukt dat de zorgaanbieders moeten zorgen voor afstemming binnen de instelling en afstemming over de grenzen van de instelling heen. Het is aan de aanbieders zelf om de afstemming vorm te geven. Zij kunnen daarbij gebruik maken van de handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Deze handreiking heeft de KNMG geschreven met een groot aantal beroepsorganisaties en de NPCF. De handreiking komt naast zorginhoudelijke richtlijnen en zorgstandaarden.

14. Op welke manier stuurt de minister aan op stroomlijning van de ontwikkeling van faciliteiten voor zelfmanagement om een gefragmenteerde aanpak per aandoening te voorkomen?

Het door TNO overgenomen instituut CBO voert het, door mij gesubsidieerde, programma zelfmanagement uit. Naast onderzoek zullen dit jaar proefimplementaties voor meerdere aandoeningen worden uitgevoerd. In 2010 is op initiatief van het veld de 'kerngroep zelfmanagement' opgericht. Dit is een brede beweging waarin naast patiënten en zorgverleners ook gezondheidsfondsen, bedrijfsleven en kennisinstututen vertegenwoordigd zijn. De kerngroep werkt aan een gezamenlijke visie. Ik ondersteun deze beweging en zie de kerngroep als een belangrijke motor voor de ontwikkeling van zelfmanagement.

15. De Algemene Rekenkamer doet de aanbeveling om de zorgverzekeraars aan te sporen in te kopen op basis van zorgstandaarden. Is de minister van plan deze aanbeveling over te nemen?

Met integrale bekostiging is een belangrijke prikkel geïntroduceerd om in te kopen op basis van zorgstandaarden. Met drie zorgstandaarden, diabetes, VRM en COPD wordt nu ervaring opgedaan met het sluiten van contracten tussen zorgaanbieders en verzekeraars. De evaluatiecommissie integrale bekostiging zal mij informeren over haar bevindingen.

Afgezien hiervan doet de Algemene Rekenkamer de aanbeveling om zorgverzekeraars aan te sporen op basis van zorgstandaarden in te kopen. Ik vind dat dit niet op mijn weg ligt. De zorgvraag komt tot uiting in de zorgstandaard, ik ga ervan uit dat verzekeraars en aanbieders op basis van deze vraag contracteren.

16. Op welke manier wordt de positie van de Regionale Ondersteuningsstructuren bi het organiseren van regionale samenwerking versterkt?

De Regionale Ondersteuningsstructuren (Ros'en) hebben een belangrijke taak als informatieverschaffer, adviseur en aanjager voor het organiseren van betere en samenhangende zorg. Dit jaar wordt de beleidsregel voor de Ros'en geëvalueerd en waar nodig aangepast aan de laatste inzichten.

17. Welke delen van de zorgstandaarden worden door zorgverzekeraars ingekocht? Welke niet? Welke reden heeft dat? Zal dat veranderen zodra zorgstandaarden 'uitontwikkeld' zijn?

Uitsluitend de zorgstandaarden diabetes, VRM en COPD kunnen op basis van beleidsregels worden ingekocht. Daarbij geldt een beperking. Niet alle delen van

de zorgstandaarden kunnen volgens deze beleidsregels door de zorgverzekeraars worden ingekocht. Voor diabetes en COPD is de te contracteren prestatie het deel van de zorgstandaard dat inhoud en levering beschrijft nadat de diagnose is gesteld. Voor VRM is de contracteren prestatie het deel van de zorgstandaard dat inhoud en levering beschrijft nadat het verhoogde risico is vastgesteld (risico \geq 5% om binnen 10 jaar te overlijden aan hart- of vaatziekte) en voor patiënten die een hart- of vaatziekte hebben.

Dit betekent dus dat voor diabetes en COPD de onderdelen geïndiceerde preventie en diagnosestelling geen onderdeel uit maken van de integrale prestatie, voor VRM is dat wat lastiger aangezien het zowel de geïndiceerde preventie betreft voor patiënten waarbij het verhoogd risico is vastgesteld, en de zorggerelateerde preventie voor de patiënten die een hart- of vaatziekte hebben.

De reden dat de aanwijzing zich tot deze indicaties beperkt zijn de budgettaire consequenties. Die zijn op dit moment nog niet bekend, zodra daar meer zicht op is kunnen de inkoopmogelijkheden eventueel worden verruimd. De inschatting van de budgettaire consequenties heeft niets met de verdere ontwikkeling van de zorgstandaarden te maken.

18. Hoe wil de minister de ontwikkeling van een preventieprogramma stimuleren dat meerdere aandoeningen voorkomt, waaronder dementie?

Voor mijn preventiebeleid verwijs ik u naar de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid die ik dit voorjaar aan de Tweede Kamer zal sturen.

Wat betreft de preventie van dementie zijn er helaas weinig mogelijkheden.

Ouderdom is de belangrijkste risicofactor voor dementie. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat hoge bloeddruk, diabetes type 2 en roken de kans op vasculaire dementie vergroten.

19. De Algemene Rekenkamer concludeert dat er onvoldoende inzicht is in de kwaliteit en kosten van integrale zorg – er is een gebrek aan transparantie – en doet hiertoe een aantal suggesties voor maatregelen. Is de minister voornemens deze maatregelen over te nemen en/of andere maatregelen te nemen om de transparantie te vergroten?

Ik onderschrijf het belang om tempo te maken met de implementatie van de integrale zorg en het krijgen van inzicht in de geleverde kwaliteit. Het programma '*Zichtbare Zorg*' is aan de slag om dit inzicht in kwaliteit van integrale zorg te vergroten. De suggestie van de Algemene Rekenkamer ten aanzien van het toezicht op verplichte registratie is deels geborgd in de registratieverplichting volgens de beleidsregels van de NZa. De Algemene Rekenkamer pleit voor het maken van afspraken met zorgverzekeraars over het delen van gegevens die nodig zijn voor het bepalen van kwaliteit en kosteneffectiviteit en doet de suggestie om deze gegevens te verzamelen in een databank. Deze suggesties passen in het programma '*Zichtbare Zorg*'. De evaluatiecommissie Integrale Bekostiging kijkt naar de kostenaspecten van integrale zorg.

20. Wordt er onderzoek gedaan naar de voorwaarden waaronder integrale zorg leidt tot betere en goedkopere zorg?

De evaluatiecommissie Integrale Bekostiging onderzoekt de voorwaarden of integrale zorg leidt tot betere en goedkopere zorg.

21. Wanneer verwacht de minister de resultaten van de evaluatiecommissie (gericht op integrale bekostiging) en wanneer wordt de Kamer hierover geïnformeerd? Welke invalshoeken worden door de evaluatiecommissie meegenomen (bijvoorbeeld patiënten, zorgverleners, etc.)?

De eerste tussenrapportage van de evaluatiecommissie Integrale Bekostiging heb ik 11 februari 2011 aan de Tweede Kamer gestuurd (kenmerk CZ/EKZ 3041759). Eind 2011 verwacht ik een volgende tussenrapportage en medio 2012 verwacht ik de definitieve eindrapportage. Over beide rapporten zal ik de Tweede Kamer informeren.

De evaluatiecommissie kijkt vanuit verschillende perspectieven naar de invoering van integrale bekostiging: het perspectief van de patiënt, van de hoofdcontractant/zorggroep, van de zorgverlener/subcontractant en het perspectief van de verzekeraar.

22. Heeft de minister al stappen gezet voor het opstellen van een bestuurlijke agenda op basis waarvan afspraken gemaakt worden over de implementatie van de 'programmatische aanpak' van chronische zorg? Kan de minister toelichten op welke manier zij deze bestuurlijke agenda wil realiseren en welke onderwerpen daar volgens haar in opgenomen moeten worden? Worden daarbij ook duidelijke afspraken gemaakt over het "wie, wat, waar, wanneer" en over de te plegen interventie wanneer de programmatische aanpak blijkt te stagneren?

In mijn brief van 26 januari 2011, *'Zorg die werkt, de beleidsdoelstellingen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport'*, heb ik mijn focus voor deze kabinetsperiode met u gedeeld. Mijn bestuurlijke agenda zal ik aan de hand van 'Zorg die werkt' verder uitwerken. Ik heb in mijn brief ook aangegeven dat er tal van onderwerpen zijn die niet in deze brief worden genoemd maar wel van groot belang zijn. Dat geldt ook voor de aanpak van chronische ziekten. Ik heb u toegezegd voorstellen met betrekking tot deze onderwerpen naar uw Kamer te sturen. In mijn brief over Basiszorg nabij en de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid zal ik eveneens verder ingaan op de aanpak van chronische ziekten.

23. De Algemene Rekenkamer geeft aan dat het bevorderen van patiëntbetrokkenheid een noodzakelijke voorwaarde is. Deelt de minister deze stelling? Kan de minister aangeven in hoeverre op dit moment sprake is van patiëntbetrokkenheid? Zo nee, is de minister voornemens maatregelen te nemen om de patiëntenbetrokkenheid te versterken?

24. Welke ontwikkelingen doen zich voor in het bevorderen van patiëntbetrokkenheid bij de afstemming van zorg aangaande chronische aandoeningen? Kan de minister ingaan op de aanbevelingen die de Algemene Rekenkamer hierover in 2006 heeft gedaan?

Het uitgangspunt van integrale zorg is dat zorgprocessen vanuit de zorgvraag en de behoeften van de patiënten worden georganiseerd. De betrokkenheid van patiënten is daarom noodzakelijk bij de ontwikkeling van integrale zorg voor chronisch zieken.

Patiëntenorganisaties zijn op meerdere vlakken actief bij de ontwikkeling van integrale zorg. Ik ben van mening dat de betrokkenheid van patiëntenorganisaties voldoende is. Patiënten en aanbieders werken bijvoorbeeld samen bij de ontwikkeling van zorgstandaarden. Bij de zorgstandaard dementie, kanker en hartfalen hebben zij zelf het initiatief genomen voor de ontwikkeling daarvan.

Ook bij de ontwikkeling van zelfmanagement zijn patiënten actief.

Patiëntenorganisaties sturen het zelfmanagement programma van het CBO inhoudelijk aan en maken zij deel uit van de 'kerngroep zelfmanagement'. Ik wijs u ook op mijn antwoord op vraag 14.

Bij de uitvoering van ketenzorg en integrale bekostiging is de betrokkenheid van de individuele patiënt nog beperkt. De evaluatiecommissie concludeert dat de rol van de patiënt in de huidige overgangssituatie nog passief is, omdat het van zorgverzekeraars en zorgaanbieders afhangt of integrale zorg wordt aangeboden. In de 1-meting Zorggroepen wordt geconstateerd dat patiënten steeds meer bij de organisatie van zorggroepen worden betrokken. Ik verwacht dat deze ontwikkeling in de komende jaren zal doorzetten, ik zie op dit momenteel geen aanleiding om hierop te sturen of maatregelen te nemen. .

In 2006 heeft de Algemene Rekenkamer de volgende aanbeveling gedaan:

"De minister zou kunnen onderzoeken of in de nieuwe Wet cliëntenrechten zorg patiëntbetrokkenheid bij afstemmingsafspraken als een recht voor de zorgconsument kan worden geformuleerd"

Ik heb onderzocht of patiëntbetrokkenheid als recht geformuleerd kon worden in de Wcz. Het expliciteren van dit recht in de Wcz bleek echter te leiden tot onevenredige gevolgen voor de administratieve lasten van zorgaanbieders. Daarom volsta ik met het verwoorden van patiëntbetrokkenheid bij de afstemming als integraal onderdeel van goede zorg. In mijn antwoord op vraag 13 ben ik hier op ingegaan.