

Onderzoeksrapport

**Invloed consumenten op
kwaliteit AWBZ-zorg**

oktober 2008

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	13
1.1 Aanleiding	13
1.2 Doelstelling onderzoek	14
1.3 Onderzoeksvragen	15
1.4 Informatiebronnen	16
1.5 Leeswijzer	16
2. Context onderzoek	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Prestatiemeting AWBZ	17
2.2.1 Relatie prestatiemeting AWBZ en onderzoek invloed consumenten op kwaliteit AWBZ-zorg	17
2.2.2 Scores prestatiemeting 2006	18
2.2.3 Voorlopige bevindingen 2007	19
2.2.4 Vooruitblik 2008	19
2.3 Nieuwe ontwikkelingen	19
2.3.1 Verantwoorde zorg	19
2.3.2 Programma Investeren in de zorgrelatie	20
2.3.3 Geschillencommissie Zorginstellingen	21
2.3.4 SER-advies 'Langdurige zorg verzekerd'	22
3. Cliëntenraden	23
3.1 Inleiding	23
3.2 Invloed cliëntenraden op zorginkoopbeleid	24
3.3 Invloed cliëntenraden op zorglevering	25
3.4 Ervaren knelpunten en mogelijke oplossingen	26
3.4.1 Ervaren knelpunten	26
3.4.2 Mogelijke oplossingen	28
3.5 Resumé cliëntenraden	29
4. Klachten	31
4.1 Invloed klachten	31
4.1.1 Klachten algemeen	31
4.1.2 Invloed klachten op zorginkoopbeleid	32
4.1.3 Invloed klachten op zorglevering	32
4.2 Obstakels om (anoniem) te klagen	33
4.2.1 Signalen van angst voor repercussie maatregelen	33
4.2.2 (On)mogelijkheden om anoniem te klagen	34
4.3 Ervaren knelpunten en oplossingen	35
4.3.1 Ervaren knelpunten	35
4.3.2 Mogelijke oplossingen	36
4.4 Resumé klachten	37
5. Belangengroeperingen	39
5.1 Inleiding	39
5.2 Invloed belangengroeperingen op zorginkoopbeleid	39
5.3 Invloed belangengroeperingen op zorglevering	40
5.4 Ervaren knelpunten en oplossingen	41
5.4.1 Ervaren knelpunten	41
5.4.2 Mogelijke oplossingen	42
5.5 Resumé belangengroeperingen	42

6. Overige mogelijkheden	43
6.1 Inleiding	43
6.1.1 Invloed Persoonsgebonden budget	43
6.1.2 Invloed Raden van Advies van zorgkantoren	43
6.1.3 Invloed media en tussenkomst rechter en politici	43
6.1.4 Invloed IGZ	44
6.2 Invloed overige mogelijkheden	44
6.2.1 Invloed Persoonsgebonden budget	44
6.2.1.1 Invloed PGB op zorginkoopbeleid	44
6.2.1.2 Invloed PGB op zorglevering	44
6.2.2 Invloed raden van advies	45
6.2.2.1 Invloed raden van advies op zorginkoopbeleid	45
6.2.2.2 Invloed consumentenorganisaties op Raden van Advies	45
6.2.3 Invloed media en tussenkomst rechter en politici	46
6.2.4 Invloed IGZ	46
6.3 Ervaren knelpunten en oplossingen	47
6.3.1 Ervaren knelpunten	47
6.3.2 Mogelijke oplossingen	47
6.4 Resumé overige mogelijkheden	47
7. Conclusie en vervolgacties	49
7.1 Conclusie	49
7.1.1 Invloed consumenten op zorginkoopbeleid van zorgkantoren	49
7.1.2 Invloed consumenten op zorglevering door zorginstellingen	50
7.1.3 Angst om te klagen over kwaliteit van geleverde AWBZ-zorg	51
7.2 Vervolgacties NZa	51
Bijlage 1. Context onderzoek	55
Bijlage 2. Toelichting cliëntenraden	59
Bijlage 3. Toelichting klachten	63
Bijlage 4. Toelichting Zorgbelangorganisaties	67
Bijlage 5. Overzicht genoemde instanties en hun werkterrein	69

Vooraf

Voor u ligt het rapport 'Invloed consumenten op kwaliteit AWBZ-zorg' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het bewaken en versterken van de positie van de consument neemt bij de taakuitoefening van de NZa een belangrijke plaats in. De positie van de consument ten opzichte van de positie van zorgkantoren en zorginstellingen is relatief zwak. Een consument kan immers niet overstappen naar een ander zorgkantoor en hij is ook nauwelijks in staat van (intramurale) zorginstelling te wisselen. Dit rapport geeft inzicht in de invloed van consumenten op de kwaliteit van de te leveren zorg door zorgkantoren en zorginstellingen. Daarnaast gaat dit rapport in op de mogelijkheden en eventuele obstakels om over de kwaliteit AWBZ-zorg (anoniem) te klagen.

De onderzoeksresultaten laten zien dat consumenten nog maar nauwelijks invloed hebben op de kwaliteit van de AWBZ-zorg. Een positieve uitzondering is de invloed die de regionale Zorgbelangorganisaties hebben op het zorginkoopbeleid van zorgkantoren.

Om de positie van de consument te versterken, gaat de NZa de prestatiemeting zorgkantoren zodanig aanpassen dat zorgkantoren verder worden gestimuleerd om consumenten meer zeggenschap te geven over de kwaliteit van de zorgverlening. Via het jaarlijks aan de Staatssecretaris uit te brengen Algemeen rapport Uitvoering AWBZ door AWBZ-verzekeraars, de concessiehouders en het CAK, gaat de NZa dit volgen. Daarnaast vraagt zij andere stakeholders ook om zich ook in te zetten om consumenten meer zeggenschap in de AWBZ-zorgverlening te geven.

Voor dit rapport heeft de NZa informatie ingewonnen door middel van bureauonderzoek, enquêtes en interviews bij onder andere cliëntenraden, zorgkantoren, zorginstellingen, Zorgbelangorganisaties, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Nationale Ombudsman en de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Graag richten wij een woord van dank aan allen die aan de totstandkoming van dit rapport hebben meegewerkt.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
portefeuillehouder Zorgmarkten Care

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Managementsamenvatting

Bewaking en versterking van de positie van de consument neemt in de taakuitoefening van de NZa een belangrijke plaats in. De positie van de consument ten opzichte van de zorgkantoren en zorginstellingen is relatief zwak. Een consument kan immers niet overstappen naar een ander zorgkantoor, tenzij hij naar een andere regio verhuist, en hij is ook nauwelijks in staat om van (intramurale) zorginstelling te wisselen. Het doel van dit onderzoek is om een antwoord te geven op de vraag welke invloed consumenten kunnen uitoefenen op zorgkantoren en zorginstellingen op het gebied van de kwaliteit van de zorg die zij leveren en op welke manier die invloed van consumenten kan worden gestimuleerd. Daarnaast moet dit onderzoek inzicht geven in de mogelijkheden en eventuele obstakels om over de kwaliteit van de geleverde AWBZ-zorg (anoniem) te klagen en als er sprake is van obstakels op welke manier het mogelijk is deze weg te nemen.

De resultaten van dit onderzoek dragen bij aan:

- verdere concretisering van het algemene consumentenbelang in toetsbare toezichtacties in de AWBZ;
- meer duidelijkheid over wat de NZa van de zorgkantoren bij de uitoefening van hun taken verwacht;
- het bieden van inzicht in de klachtenhouding van de consument, met als doel eventuele obstakels voor het indienen van klachten weg te nemen;
- het kabinetsprogramma 'Investeren in de zorgrelatie: zeven rechten voor de cliënt in de zorg'.

Voor de uitvoering van het onderzoek is gebruik gemaakt van de volgende onderzoeksmethodes: bureauonderzoek, een enquête bij (50) cliëntenraden uit alle AWBZ-sectoren (respons 50%) en interviews met zorgkantoren/concessiehouders, zorginstellingen, Zorgbelang-organisaties, de LOC-LPR, het LSR, Per Saldo, de IGZ, de Nationale Ombudsman, de NPCF, de Consumentenbond en de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Prestatiemeting AWBZ

In de Prestatiemeting AWBZ die de NZa jaarlijks in het kader van het rechtmatigheidsonderzoek zorgkantoren uitvoert, zijn sinds 2006 prestatie-indicatoren opgenomen die de consument centraal stellen. Uit het onderzoek Uitvoering AWBZ 2006 blijkt dat concessiehouders over 2006 op het onderdeel klachtenbehandeling gemiddeld een krappe voldoende scoren (drie goed, zes voldoende en vier onvoldoende). Aan twee concessiehouders heeft de NZa een aanwijzing opgelegd. De resultaten van de voorlopige bevindingen 2007 wijken in hun totaliteit nauwelijks af van 2006. Hierbij merkt de NZa op dat het beoordelingskader op basis van voortschrijdend inzicht is aangescherpt ten opzicht van voorgaande jaren. Toch constateert de NZa effect. De concessiehouders die over 2006 voor klachtenbehandeling een aanwijzing hebben gekregen, scoren nu - op basis van de voorlopige bevindingen - voldoende en goed. Kritische opmerkingen van de NZa hebben in een aantal gevallen tot een omslag geleid. Waar in het verleden bij klachtenbehandeling van een afwachtende houding sprake was, bleken concessiehouders in 2007 een meer actieve houding te hebben. Twee andere concessiehouders, die voorgaande jaren een voldoende scoorden, presteren over 2007 beduidend lager.

Op basis van de prestatiemeting 2006 heeft de NZa ook geconstateerd dat concessiehouders zich op een aantal PGB-indicatoren (Persoonsgebonden budget) nog moeten verbeteren. Op het onderdeel PGB scoort ongeveer de helft van de concessiehouders over 2007 lager dan het voorafgaande jaar. Het feit dat de indicatoren die betrekking hebben op consumentenaangelegenheden in 2007 strakker zijn geformuleerd, heeft hierop invloed.

De NZa heeft over 2006 eveneens geconstateerd dat concessiehouders zich nog kunnen verbeteren op het gebied van de informatieverstrekking over aspecten die betrekking hebben op individuele (zorg)vragen van consumenten. De resultaten van de voorlopige bevindingen 2007 wijzen op een verbetering ten opzichte van 2006.

Voor de overige onderdelen waarbij de consumentenbelangen een belangrijke rol spelen, halen de concessiehouders over 2007 vrijwel dezelfde (hoge) scores als over 2006.

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 consumentengerichte prestaties van de concessiehouders kritisch.

Invloed consumenten op zorginkoopbeleid van zorgkantoren

De invloed van de consument op het zorginkoopbeleid door middel van cliëntenraden is beperkt. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat tussen de cliëntenraad en het zorgkantoor geen formele relatie bestaat. De NZa hecht veel waarde aan de inbreng van cliëntervaringen bij het zorginkoopproces. Goede communicatie tussen het zorgkantoor en de cliëntenraad, bijvoorbeeld in de vorm van (informeel) overleg met een afvaardiging van cliëntenraden, is hiervoor noodzakelijk.

De invloed van de consument op het zorginkoopbeleid via het indienen van een klacht is beperkt. Het aantal klachten dat zorgkantoren hebben ontvangen over de kwaliteit van de zorglevering, is laag. 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, dat wil zeggen dat het zich in de richting van de consument meer als 'probleemoplosser' en 'probleemeigenaar' opstelt. Het zorgkantoor moet uit overtuiging de consument willen helpen.

De invloed van de regionale Zorgbelangorganisaties op het zorginkoopbeleid van de verschillende zorgkantoren is substantieel. Zorgkantoren ervaren de inbreng van de Zorgbelangorganisaties bij het zorginkoopproces als positief. Door onzekerheid over de financiering van de Zorgbelangorganisaties is toekomstige inbreng van de deze organisaties op het zorginkoopbeleid van zorgkantoren niet gegarandeerd. De overige categorale belangengroeperingen hebben geen directe invloed op het zorginkoopbeleid.

Hoewel de mogelijkheid om van zorgverlener te wisselen op de reguliere zorginstellingen een druk legt, kunnen PGB-houders die al bij de zorginstelling zitten op de kwaliteit van de in te kopen zorg-in-natura nog beperkt invloed uitoefenen. De levering van zorg-in-natura en zorg binnen een PGB vindt nog te gescheiden plaats.

In de raden van advies van zorgkantoren wordt geluisterd naar de stem van de consument.

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

Invloed consumenten op zorglevering door zorginstellingen

Zorginstellingen beschouwen de cliëntenraad als een (nuttige) countervailing power, waar zij rekening mee houden. De rol van cliëntenraden bij proactieve signalering van knelpunten noemen zij daarbij specifiek. Het onderzoek wijst verder uit dat er in de uitvoeringspraktijk grote verschillen tussen cliëntenraden bestaan in samenstelling, werkwijze en activiteiten.

De NZa constateert dat er verbeterpunten zijn, zoals onafhankelijke financiering, professionalisering en (het tijdig) communiceren bij voorgenomen besluitvorming.

De omvang van de formeel ingediende klachten is beperkt. Dit wordt verklaard door enerzijds het ontbreken van een echte klaagcultuur in de AWBZ en anderzijds door drempels die consumenten ervaren voor het indienen van een klacht. Daarnaast kost klagen veel energie.

De NZa is van mening dat zorginstellingen er goed aan doen zich ook te richten op informele signalen en zich meer open te stellen voor opbouwende 'kritiek' van consumenten.

Ook de Geschillencommissie Zorginstellingen kan bijdragen aan versterking van de klachtmogelijkheden van de consument. Het is daarbij van belang dat de zorginstellingen verplicht zijn zich bij deze Geschillencommissie aan te sluiten.

De categorale belangengroeperingen hebben directe invloed op de zorginstellingen, dit in tegenstelling tot de regionale Zorgbelangorganisaties.

Een relatief klein gedeelte van de zorg die de reguliere zorginstellingen leveren, bestaat uit PGB-zorg. Hierdoor is de invloed van het PGB op de kwaliteit van de zorg-in-natura nog beperkt.

De instrumenten media, rechterlijke macht en politici hebben weinig invloed op het zorgbeleid van instellingen; de oorzaak is dat consumenten er nog relatief weinig gebruik van maken. Hoewel dit dus slechts in beperkte mate gebeurt, valt wel een toename waar te nemen in het benutten van de media en (via de media) politici om mistoestanden aan de kaak te stellen.

De IGZ doet niet aan individuele klachtenbehandeling. Ontvangen klachten verwijst zij door naar de zorginstelling. De IGZ treedt op als er sprake is van een ernstig signaal. Hoewel dergelijke situaties zich niet veel voordoen, ervaren de zorginstellingen de invloed van de IGZ als groot.

Angst om te klagen over kwaliteit van geleverde AWBZ-zorg

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 organisaties geen achtergrondinformatie kunnen inwinnen. Daarnaast kan het voorkomen dat dezelfde klager meerdere keren over hetzelfde geval klaagt zonder dat de ontvanger dit in de gaten heeft.

Alleen bij Zorgbelangorganisaties kunnen consumenten ook anoniem klachten melden. Consumenten maken hiervan niet veel gebruik. Met een enkele anonieme klacht kan Zorgbelang weinig doen.

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, anderen 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.

Resumé vervolgacties NZa

De vervolgacties van de NZa richten zich primair op aanscherping van de prestatiemeting die zij jaarlijks uitvoert in het kader van het reguliere rechtmatigheidsonderzoek zorgkantoren. Het doel van de NZa is om te stimuleren dat consumenten over de kwaliteit van de zorgverlening meer zeggenschap krijgen.

De NZa neemt in de prestatiemeting zorgkantoren op of het zorgkantoor:

- zich inzet voor het betrekken van (een aantal) cliëntenraden bij het periodiek overleg met de zorginstelling;
- bij de contractering als vereiste stelt 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 zorg als de inbreng van de cliëntenraad centraal staan¹;
- met andere (regionale) instellingen die (anonieme) klachten ontvangen over de kwaliteit van AWBZ-zorg actief communiceert over de aantallen, de aard en de achtergronden van de klachten ('het bundelen van (anonieme) klachten/signalen');
- zich in de communicatie met de consument aantoonbaar opstelt als 'probleemoplosser' en 'probleemeigenaar';
- de uitkomsten van verschillende signalen over mogelijke problemen bij de zorglevering in onderlinge samenhang bekijkt;
- contacten onderhoudt met alle Zorgbelangorganisaties die in zijn werkgebied actief zijn;
- de rapportages van de IGZ gebruikt bij het zorginkoopproces;
- bij het vaststellen van de agenda van de raad van advies aandacht heeft besteed aan aspecten die de consument direct raakt, zoals de kwaliteit van de AWBZ-zorg.

Daarnaast informeert de NZa het ministerie van VWS over de volgende aanbevelingen:

- de wenselijkheid van onafhankelijke financiering en verdere professionalisering van cliëntenraden;
- aandacht besteden aan het knelpunt van de continuïteit van de regionale Zorgbelangorganisaties;
- de wenselijkheid van onafhankelijke klachtenbehandeling en de verplichting van zorginstellingen om zich bij de Geschillencommissie Zorginstellingen aan te sluiten.

De NZa dringt er bij de zorgkantoren op aan om bij het invullen van het Zorginkoopbeleid 2009-2010² rekening te houden met de aandachtspunten die de NZa heeft genoemd.

¹ 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 evenwel niet afhankelijk zijn van de coulance van een inkoop 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 duidelijk zijn hoe het zorgkantoor dit beoordeelt (zie NZa Monitor extramurale AWBZ-zorg 2007-2008).

² Zie Zorginkoop 2009-2010 Gezamenlijke leidraad voor de zorgkantoren van september 2008.

Daarnaast adviseert de NZa de IGZ om als toezichthouder op de WMCZ aandacht te besteden aan de manier waarop de zorginstelling met de cliëntenraad communiceert. Zo moet de informatieverstrekking gepaard gaan met een heldere adviesvraag: wat verwacht de directie exact van de cliëntenraad?

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

Monitoring

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 consumentengerichte prestaties van de concessiehouders kritisch.

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

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Bewaking en versterking van de positie van de consument neemt een belangrijke plaats in bij de taakuitoefening van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Artikel 3, lid 4 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zegt daarover: *De Zorgautoriteit stelt bij de uitoefening van haar taken het algemeen consumentenbelang voorop.*

De positie van de AWBZ-consument³ ten opzichte van zorgkantoren en (intramurale) zorginstellingen is relatief zwak. Een AWBZ-consument kan immers niet overstappen naar een ander zorgkantoor, tenzij hij naar een andere regio verhuist. Daarnaast is een AWBZ-consument nauwelijks in staat van zorginstelling te veranderen, dit vanwege:

- de onzekerheid/spanning bij de zorgbehoevende consument die wisseling van zorginstelling met zich brengt;
- schaarste van het aanbod van met name intramurale zorg;
- het niet transparant zijn van de kwaliteit van de zorglevering: (nieuwe) cliënten kunnen hierdoor (nog) niet bewust kiezen voor zorginstellingen die de hoogste kwaliteit leveren.⁴

De (on)mogelijkheden om van zorginstelling te veranderen, kan consumenten doen besluiten om te kiezen voor een persoonsgebonden budget (PGB). Consumenten die beschikken over een PGB voeren zelf de regie over de zorglevering: zij kunnen zelf hun zorgverleners uitkiezen en zelf bepalen op welke manier de zorg moet worden verleend. Dit verstrekt de positie van de consument.

De Tweede Kamer der Staten-Generaal, de Consumentenbond en de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF) hebben de NZa gevraagd het begrip 'algemeen consumentenbelang' uit de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) nader uit te werken.⁵ De NZa heeft hiervoor een aanzet gegeven met het visiedocument '(In) het belang van de consument'. De resultaten van dit onderzoek dragen bij aan een verdere concretisering van dit begrip.

In het visiedocument is ook opgenomen dat de NZa verder onderzoek doet naar de klachtenhouding van de consument. Dit rapport maakt onderdeel uit van dat vervolgonderzoek.⁶

Een andere aanleiding voor dit onderzoek is het reguliere rechtmatigheidsonderzoek dat de NZa jaarlijks uitvoert naar het handelen van de zorgkantoren. De invloed van AWBZ-verzekerden op de in te kopen AWBZ-zorg is een belangrijk onderdeel van deze prestatiemeting.⁷ De NZa heeft geconstateerd dat de zorgkantoren zich op een aantal onderdelen nog kunnen verbeteren. Met de resultaten van dit onderzoek verschaft de NZa meer duidelijkheid over wat zij van de zorgkantoren verwacht.

Nog een aanleiding voor dit onderzoek is dat het kabinet de invloed van consumenten in de zorg verder wil versterken. Het heeft hiervoor het

³ Hiermee wordt vooral de zorg-in-naturacliënt bedoeld.

⁴ Zie NZa Uitvoeringstoets Care voor de Toekomst, p. 142.

⁵ Zie Visiedocument '(In) het belang van de consument', paragraaf 1.2.

⁶ Zie actiepunten 8.1 (Onderzoek naar klachtenbehandeling AWBZ) in het Visiedocument '(In) het belang van de consument'.

⁷ Onder 'de in te kopen AWBZ-zorg' wordt ook 'de levering van de ingekochte AWBZ-zorg' verstaan.

programma 'Investeren in de zorgrelatie: zeven rechten voor de cliënt in de zorg' opgesteld.⁸ Daarmee wil het kabinet bereiken dat de consument goede zorg krijgt, die past bij zijn behoefte en dat hij zijn weg kan vinden in de vele mogelijkheden die de zorg biedt. Een onderzoek van de NZa naar de invloed van de consument op de AWBZ-zorg sluit daarop aan.

1.2 Doelstelling onderzoek

Zoals gezegd speelt bewaking en versterking van de positie van de consument bij de taakuitoefening van de NZa een belangrijke rol. In het Visiedocument van de NZa '(In) het belang van de consument' zijn drie invalshoeken genoemd die voor de consument van belang zijn. Deze consumentenwaarden zijn:

- de consument moet (keuze)mogelijkheden hebben;
- de markt moet transparant zijn;
- de rechtspositie van de consument moet goed geregeld zijn.

Dit onderzoek richt zich vooral op beïnvloeding door de consument en op de rol die zorgkantoren daarbij kunnen spelen; het heeft vooral betrekking op rechtspositionele aspecten.

Keuzemogelijkheden voor de consument en transparantie van de markt staan centraal in de publicatie van de uitkomsten van de CQ-index op KiesBeter.

De kwaliteit van de AWBZ-zorg wordt op diverse manieren beïnvloed:

- Via een persoonsvolgend budget (PVB) bij naturazorg. Een belangrijke prikkel om de kwaliteit van de AWBZ-zorg te verbeteren ontstaat wanneer nieuwe cliënten bewust kunnen kiezen voor zorginstellingen die hoge kwaliteit leveren. Zorginstellingen zullen dan moeite doen om nieuwe cliënten aan te trekken en de zittende cliënten profiteren mee. Zorgkantoren spelen hierop in door in de gunningscriteria van het contracteerbeleid steeds meer elementen op te nemen die op de kwaliteit van de te leveren AWBZ-zorg betrekking hebben.
- Via klachten en inspraakregelingen. Als cliënten in een zorginstelling niet die zorg krijgen waarop zij recht hebben, of om de zorg die zij wel geleverd krijgen te verbeteren, dan kunnen zij via het indienen van een klacht of via patiënten- en consumentenorganisaties hun invloed aanwenden om verbeteringen te realiseren.
- Via het aanvragen van een PGB. Als een consument de kwaliteit van de aangeboden zorg onvoldoende vindt, kan hij een PGB aanvragen. Via deze weg kan de consument zelf kiezen waar hij zorg inkoop.

Voor wat betreft het instrument PVB zijn er belangrijke stappen gezet (zoals KiesBeter en het kwaliteitskader Verantwoorde zorg) om consumenten meer inzicht te geven in de kwaliteit van zorgleveringen. Dit wil niet zeggen dat de consument op dit moment ook al voldoende keuzemogelijkheden heeft, want het aanbod van intramurale AWBZ-zorg is (lokaal) schaars.

Bij het zorginkoopproces moeten zorgkantoren zowel rekening houden met het kwaliteitskader Verantwoorde zorg, ontvangen klachten van consumenten, de deskundigheid van patiënten- en consumentenorganisaties, als met de aard en omvang van de PGB-aanvragen.

⁸ Zie brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal kenmerk MC-U-2852129.

Het doel van dit onderzoek is antwoord te geven op de vraag welke invloed consumenten kunnen uitoefenen op zorgkantoren en zorginstellingen op het gebied van de kwaliteit van de te leveren zorg en op welke manier het mogelijk is de invloed van consumenten te stimuleren. Daarnaast moet dit onderzoek inzicht geven in de mogelijkheden en eventuele obstakels om (anoniem) over de kwaliteit van de geleverde AWBZ-zorg te klagen en in de manieren waarop mogelijke obstakels kunnen worden weggenomen.

Onder 'invloed van consumenten' verstaat de NZa in dit onderzoek middelen die consumenten tot hun beschikking hebben om het gedrag van zorgkantoren en zorginstellingen te beïnvloeden.

De resultaten van dit onderzoek dragen bij aan:

- verdere concretisering van het algemene consumentenbelang in toetsbare toezichtsacties in de AWBZ;
- duidelijkheid over wat de NZa van de zorgkantoren bij de uitoefening van hun taken verwacht (dit kan ook worden gebruikt voor advisering van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bij het verlenen van concessies);
- inzicht in de klachtenhouding van de consument, met als doel eventuele obstakels voor het indienen van klachten weg te nemen;
- het kabinetsprogramma 'Investeren in de zorgrelatie: zeven rechten voor de cliënt in de zorg'.

1.3 Onderzoeksvragen

De eerste set onderzoeksvragen heeft betrekking op de instrumenten die cliënten tot hun beschikking hebben om invloed uit te oefenen op de kwaliteit van de AWBZ-zorg en op de functionaliteit daarvan.

Dit onderzoek is gericht op de volgende instrumenten:

- cliëntenraden van zorginstellingen (medezeggenschap cliënten);
- klachtenbehandeling (bij zorginstellingen, zorgkantoren, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Nationale Ombudsman en de NZa);
- belangenorganisaties;
- het PGB;
- inschakeling van derden, zoals de IGZ, de media, de rechter en politici.

Per instrument onderscheidt de NZa de volgende deelvragen:

- Welke invloed heeft het instrument op het zorginkoopbeleid van het zorgkantoor en wordt deze invloed als nuttig en effectief ervaren?
- Welke invloed heeft het instrument op de zorglevering door de zorginstelling en wordt deze invloed als nuttig en effectief ervaren?
- Welke knelpunten worden bij dit instrument ervaren en op welke wijze kunnen de knelpunten worden opgelost?
- Hoe kan de NZa bewerkstelligen dat het instrument effectiever wordt gebruikt?

De tweede set onderzoeksvragen heeft betrekking op de mogelijkheden en eventuele obstakels om over de kwaliteit van de geleverde AWBZ-zorg (anoniem) te klagen. Aanvullende vragen hierbij zijn:

- Zijn er signalen dat consumenten, uit angst voor repercussie-maatregelen of verstoring van de relatie, niet bij de zorginstelling durven te klagen over de kwaliteit van AWBZ-zorg?
- Zijn er mogelijkheden om anoniem te klagen?
- Wat is de rol van de patiëntvertrouwenspersoon?

1.4 Informatiebronnen

Voor de uitvoering van het onderzoek is gebruik gemaakt van de volgende onderzoeksmethodes: het houden van interviews, het afnemen van een enquête en bureauonderzoek.

Interviews

Er hebben interviews plaatsgevonden met:

- vier zorgkantoren/concessiehouders
- vijf zorginstellingen
- drie Zorgbelangorganisaties
- de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC-LPR)
- het Landelijk Steunpunt medezeggenschap (LSR)
- Per Saldo
- de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
- de Nationale ombudsman
- de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF)
- de Consumentenbond
- de Erasmus Universiteit Rotterdam.

De zorginstellingen, de zorgkantoren en de Zorgbelangorganisaties in het onderzoek zijn ad-random gekozen. Van alle interviews heeft de NZa verslagen gemaakt en deze zijn voorgelegd aan de geïnterviewden om te controleren of de NZa het gesprek juist heeft weergegeven.

Enquête bij 50 cliëntenraden

De NZa heeft bij het onderzoek cliëntenraden uit alle AWBZ-sectoren betrokken. Ook de LOC-LPR en het LSR hebben hun medewerking verleend. In totaal zijn 25 enquêtes retour ontvangen en verwerkt. Dit is een respons van 50%. De resultaten van de enquêtes zijn voorafgaand aan publicatie voorgelegd aan de LOC-LPR en het LSR.

Bureauonderzoek

Bij haar bureauonderzoek heeft de NZa de volgende bronnen geraadpleegd:

- signalen vanuit de NZa-meldlijn over de kwaliteit van verleende zorg;
- websites van zorginstellingen;
- maatschappelijke verantwoordingsverslagen van zorginstellingen;
- uitvoeringsverslagen en websites van zorgkantoren;
- jaarverslagen van de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden;
- jaarverslagen van de Landelijke Beroepscommissie Klachten.

1.5 Leeswijzer

Allereerst komt in hoofdstuk 2 de context van het onderzoek aan de orde. Hoofdstuk 3 gaat in op de invloed van cliëntenraden op het zorginkoopbeleid van zorgkantoren en op het beleid van zorginstellingen. In hoofdstuk 4 staat de invloed van klachten centraal en eventuele obstakels om (anoniem) over de kwaliteit van geleverde AWBZ-zorg te klagen. In hoofdstuk 5 komt de rol van belangengroeperingen aan bod. In hoofdstuk 6 komen een aantal aanvullende mogelijkheden aan de orde om invloed op de kwaliteit van AWBZ-zorg uit te oefenen, zoals het PGB, de raad van advies van een zorgkantoor of inschakeling van de IGZ, de media, de rechter en politici. Hoofdstuk 7 sluit af met de conclusies en vervolgtacties.

2. Context onderzoek

2.1 Inleiding

De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de AWBZ-zorg ligt primair bij de zorginstelling. Zorgkantoren hebben de verantwoordelijkheid om voor hun regio kwalitatief goede en voldoende zorg in te kopen. Dit hoofdstuk schetst de context van het onderzoek, waaronder de NZa-prestatiemeting zorgkantoren (paragraaf 2.2) en een aantal nieuwe (beleids)ontwikkelingen die direct invloed heeft op de instrumenten die consumenten tot hun beschikking hebben (paragraaf 2.3). Het gaat daarbij om het beleid met betrekking tot het kwaliteitskader Verantwoorde zorg, het programma 'Investeren in de zorgrelatie', de inwerkingtreding van de Geschillencommissie Zorginstellingen en het SER-advies 'Langdurige zorg verzekerd, advies over de toekomst van de AWBZ'. Bijlage 1 gaat hierop uitgebreider in.

2.2 Prestatiemeting AWBZ

In het Convenant zorgkantoren 2006-2008 (kortweg het Convenant) zijn afspraken vastgelegd over de prestaties die de concessiehouders (zorgkantoren) moeten leveren. Concessiehouders hebben met het Convenant de taak gekregen om consumenten te faciliteren, zodat deze op basis van de juiste informatie die zij op het juiste moment ontvangen, de juiste beslissingen kunnen nemen.

In de Prestatiemeting AWBZ, die de NZa jaarlijks in het kader van het rechtmatigheidsonderzoek zorgkantoren uitvoert, zijn sinds 2006 prestatie-indicatoren opgenomen die de consument centraal stellen. Hierdoor is het mogelijk de afspraken die in het convenant gemaakt zijn te toetsen.

2.2.1 Relatie prestatiemeting AWBZ en onderzoek invloed consumenten op kwaliteit AWBZ-zorg

In de Prestatiemeting AWBZ zijn een aantal indicatoren opgenomen die voor de consumenten belangrijk zijn. Deze indicatoren hebben betrekking op klachtenbehandeling, het PGB, het contracteerproces, de toegankelijkheid van de zorg en de kwaliteit van de zorgverlening. Hoewel deze indicatoren van groot belang zijn voor de consument, wordt hiermee de 'invloed van de consument' op zich niet gemeten.

Dit onderzoek geeft inzicht in de huidige stand van zaken bij de invloed van consumenten op de kwaliteit van AWBZ-zorg. Als uit het onderzoek blijkt dat de zorgkantoren meer kunnen doen om de invloed van de consument te vergroten, dan zal de NZa de prestatie-indicatoren voor de zorgkantoren concreter formuleren. Het resultaat hiervan is enerzijds dat consumentenbelangen meer aandacht krijgen en anderzijds dat zorgkantoren meer duidelijkheid krijgen over wat de NZa in dit kader van hen verwacht.

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 werkelijk te vergroten.

2.2.2 Scores prestatiemeting 2006

Klachtenbehandeling

Uit het onderzoek Uitvoering AWBZ 2006 van de NZa⁹ blijkt dat concessiehouders over 2006 op het onderdeel klachtenbehandeling gemiddeld een krappe voldoende scoren. Concessiehouders stellen de consument niet altijd centraal. De cliëntvriendelijkheid van de brieven van veel concessiehouders aan individuele consumenten vormt een punt van aandacht. Enkele concessiehouders hebben in 2006 de wettelijke behandelingstermijn van klachten niet gehaald. De meeste concessiehouders stelden de klager niet expliciet in de gelegenheid te worden gehoord en attendeerden hem niet op de mogelijkheid om een verzoekschrift in te dienen bij de Nationale Ombudsman. Aan twee concessiehouders heeft de NZa een aanwijzing opgelegd.

Scores 2006 onderdeel klachtenbehandeling

Score	Aantal concessiehouders
Goed	3
Voldoende	6
Onvoldoende	4

Bron: NZA

Persoonsgebonden budget

Concessiehouders kunnen zich op een aantal onderdelen nog verbeteren. Zo is het mogelijk brieven en formulieren minder zakelijk en dus meer cliëntvriendelijk op te stellen. Daarnaast is het uit een oogpunt van cliëntvriendelijkheid gewenst dat concessiehouders de budgethouders sneller over de bevindingen van de globale controles informeren.

Contracteerproces

Alle concessiehouders hebben in 2006 hetzij in samenspraak met cliënten of organisaties die cliënten vertegenwoordigen, hetzij op basis van cliënttevredenheidonderzoek hun inkoopbeleid afgestemd op de vraag van cliënten.

Toegankelijkheid zorg

Alle concessiehouders hebben in 2006 een lijst met namen en adressen van gecontracteerde zorgaanbieders op hun website geplaatst. Elf van de dertien concessiehouders (22 van de 32 zorgkantoren) informeren hun cliënten bovendien over het gecontracteerde aanbod door een folder beschikbaar te stellen, met daarin de namen en adressen van de gecontracteerde zorgaanbieders.

Kwaliteit zorgverlening

Nagenoeg alle concessiehouders informeren consumenten op een actieve manier over de locaties van het gecontracteerde zorgaanbod en over de groepen consumenten waarvoor die zorg bedoeld is. De informatieverstrekking over aspecten die betrekking hebben op individuele (zorg)vragen van consumenten is voor verdere verbetering vatbaar. Slechts een derde van de concessiehouders verstrekt specifieke informatie over individuele zorgaanbieders, zoals hun wachttijden, de stand van zaken bij de kwaliteitscertificering, hun geloofsovertuiging en de mogelijkheid om huisdieren te houden.

⁹ Algemeen rapport Uitvoering AWBZ 2006 door AWBZ-verzekeraars, de concessiehouders en het CAK-BZ, november 2007.

2.2.3 Voorlopige bevindingen 2007

Om de kwaliteit van de klachtenbehandeling te stimuleren, heeft de NZa in september 2006 aan de zorgkantoren een handreiking gestuurd met daarin een aantal belangrijke aandachtspunten voor de inrichting van het proces van klachtenbehandeling. Desondanks zijn de resultaten van de voorlopige bevindingen 2007 nauwelijks beter dan over 2006. Hierbij merkt de NZa op dat zij het beoordelingskader over 2007 op basis van voortschrijdend inzicht heeft aangescherpt ten opzicht van voorgaande jaren. Toch constateert de NZa effect. De concessiehouders die de NZa over 2006 voor klachtenbehandeling een aanwijzing heeft gegeven, scoren nu, op basis van de voorlopige bevindingen, voldoende en goed. Kritische opmerkingen van de NZa hebben in een aantal gevallen geleid tot een omslag bij de concessiehouder. Waar in het verleden bij klachtenbehandeling sprake was van een afwachtende houding, laten concessiehouders over 2007 een meer actieve houding zien. Kernwoorden hierbij zijn onder andere 'probleemeigenaar' en 'probleemoplosser'. Twee andere concessiehouders die in voorgaande jaren een voldoende scoorden, presteren over 2007 beduidend lager.

Op het onderdeel PGB scoort ongeveer de helft van de concessiehouders over 2007 lager dan in het voorafgaande jaar. Het feit dat de indicatoren die betrekking hebben op consumentenaangelegenheden in 2007 strakker zijn geformuleerd, heeft hier invloed op.

De NZa heeft over 2006 eveneens geconstateerd dat concessiehouders zich ten aanzien van de informatieverstrekking over aspecten die te maken hebben met individuele (zorg)vragen van consumenten nog kunnen verbeteren. De resultaten van de voorlopige bevindingen 2007 wijzen op een verbetering.

Voor de overige onderdelen waarbij de consumentenbelangen een belangrijke rol spelen, halen de concessiehouders over 2007 vrijwel dezelfde (hoge) scores als over 2006.

2.2.4 Vooruitblik 2008

Hoewel de prestaties van de concessiehouders in 2007 op onderdelen waarbij de consumentenbelangen een belangrijke rol spelen, in totaal niet echt verbeterd zijn ten opzichte van 2006, lijkt een kritische beoordeling door de NZa wel effect te hebben. Alle concessiehouders die in 2006 op het onderdeel klachtenbehandeling een onvoldoende hadden gescoord, hebben zich in 2007 nauwelijks hersteld. De NZa hecht grote waarde aan het consumentenbelang en zij wil dat de organisaties die onder haar toezicht staan de consument centraal stellen. Daarom volgt de NZa de consumentgerichte prestaties van de concessiehouders kritisch. Dit onderzoek moet bijdragen tot het scherper formuleren van de prestatiemeting zorgkantoren, zodat de invloed van de consument op de kwaliteit van AWBZ-zorg toeneemt.

2.3 Nieuwe ontwikkelingen

2.3.1 Verantwoorde zorg

Een groot aantal veldpartijen in de sector Verpleging en Verzorging (V&V) heeft gezamenlijk de documenten 'Verantwoorde zorg thuis' en 'Verantwoorde zorg voor verpleeg- en verzorgingshuizen' opgesteld. Deze documenten zijn tot stand gekomen in afstemming met de IGZ, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van VWS.

Transparantie, standaardisatie en meer ervaringsgerichtheid zijn hierbij sleutelwoorden. Door onderlinge samenwerking hebben vertegenwoordigende organisaties van cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, de IGZ en het ministerie van VWS overeenstemming bereikt over het kwaliteitskader Verantwoorde zorg – Verpleging, Verzorging en zorg Thuis. Toepassing van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg is vanaf het verantwoordingsjaar 2007 verplicht voor alle zorginstellingen die op grond van de WTZi toegelaten zijn. De IGZ ziet hierop toe.

De partijen hebben ook afspraken gemaakt over de toetsing van de kwaliteit door de cliënt: iedere zorginstelling moet minimaal één keer per twee jaar het oordeel van de cliënten toetsen via de Consumer Quality-index (CQ-index). Dit onderzoek wordt uitgevoerd door een onafhankelijk bureau. De zorginstelling betreft bij de opzet van het onderzoek en na afloop ervan, wanneer zij verbeterplannen opstelt, de cliëntenraad. Belangrijk hierbij is dat zorginstellingen niet alleen verbeterpunten benoemen, maar dat die punten ook leiden tot concrete verbeteracties. Publicatie van de uitkomsten van de CQ-index op KiesBeter prikkelt zorginstellingen om optimaal te scoren.

ZN heeft met de zorgkantoren in september 2008 een gezamenlijke leidraad voor de zorgkantoren opgesteld: 'Zorginkoop 2009-2010'. In dit document is opgenomen dat zorgkantoren bij contractering als eis stellen dat de zorgaanbieder werkt met een kwaliteitssysteem waarin het landelijke kwaliteitskader naadloos is geïntegreerd (zoals het kwaliteitskader Verantwoorde zorg V&V en het kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (GHZ)).

ZN merkt hierover op: 'Vanwege de verschillen in ontwikkeltempo per sector en het ontbreken van gevalideerde uitkomsten, zijn de kwaliteitskaders voor de inkoop 2009 nog niet bruikbaar. De zorgkantoren willen vanwege consistent beleid en de opdracht tot het inkopen van kwalitatief verantwoorde zorg blijven sturen op systeemkwaliteit, maar daarnaast het toepassen van het landelijke kwaliteitskader stimuleren. In de inkoopleidraad is dit vastgelegd. De zorgkantoren zien een groeimodel voor zich waarin van systeem naar proces- naar output indicatoren wordt geëvolueerd. Ook hiervoor moet de instelling zich verantwoorden in het jaardocument.'

Zorgkantoren sluiten op deze manier aan bij de kwaliteitsindicatoren die landelijk zijn vastgesteld. Zorgkantoren moeten 'Verantwoorde zorg' vertalen naar het (eigen regionale) zorginkoopbeleid en dit integraal in de overeenkomsten met zorginstellingen opnemen. De verwachting is dat dit in het zorginkoopproces van 2009 of 2010 volledig is ingevoerd voor de V&V-sector. De sectoren GHZ en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) lopen hierop ruim een jaar achter.

2.3.2 Programma Investeren in de zorgrelatie

Het kabinet wil de invloed van cliënten in de zorg verder versterken¹⁰. Daarmee wil het bereiken dat de cliënt goede zorg krijgt, die past bij zijn behoefte, en dat hij zijn weg kan vinden in de vele mogelijkheden die de zorg biedt. De positie van cliënten in de zorg is aan het veranderen. Cliënten willen goede zorg, en – vooral als zij langdurende of intensieve zorg nodig hebben – aandacht voor hun kwaliteit van leven. Wensen van cliënten zijn een sterke prikkel om de zorg te

¹⁰ Zie ook Kamerstukken II 2006-2007, 30800 XVI, nr.138 & Kamerstukken II 2006-2007, 28439, nr. 98.

verbeteren. De invloed van cliënten is dan ook een onmisbare impuls voor de kwaliteit en innovatie van de zorg.

Het kabinet heeft hiervoor het programma 'Investeren in de zorgrelatie: zeven rechten voor de cliënt in de zorg' opgesteld. Het gaat daarbij om de volgende beleidsvoornemens (a) het recht op beschikbare en bereikbare zorg, (b) het recht op keuze en op keuze-informatie, (c) het recht op kwaliteit en veiligheid, (d) het recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy, (e) het recht op afstemming tussen zorgverleners, (f) het recht op een effectieve, laagdrempelige klacht- en geschillenprocedure en (g) het recht op medezeggenschap en goed bestuur. De resultaten die het kabinet met dit programma beoogt, moeten in 2011 zijn gerealiseerd. Voor dit onderzoek zijn vooral de beleidsvoornemens (f) en (g) relevant.

Het kabinet stelt een combinatie van instrumenten voor. Het sluit daarbij aan bij de initiatieven van partijen in het veld die zich inspannen om de kwaliteit en klantervaringen zichtbaar te maken, om algemene voorwaarden op te stellen en om een zorgbrede geschillencommissie te introduceren. Ook versterkt het kabinet de organisaties die voor cliënten opkomen en verankert het de verbeterde rechtspositie voor cliënten in wetgeving.

De beleidsvoornemens om de positie van de cliënt te versterken, leiden ertoe dat een aantal wetten niet in ongewijzigde vorm kan blijven bestaan. Het gaat om de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ), de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ), de Wet toelating zorginstellingen en delen van het Burgerlijk Wetboek (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst).

Het wettelijk kader vormt het sluitstuk waarin alle thema's en de daaraan verbonden rechten voor de cliënt in onderlinge samenhang worden vastgelegd.

2.3.3 Geschillencommissie Zorginstellingen

Met ingang van 1 juni 2008 is de Geschillencommissie Zorginstellingen ingesteld. Deze Commissie vormt een uitbreiding van de bestaande Geschillencommissie Ziekenhuizen, waarbij de brancheorganisaties GGZ Nederland, ActiZ en VGN zich hebben aangesloten.

In de Geschillencommissie Zorginstellingen staat het consumentenbelang centraal, dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld de tuchtrechtspraak (waar het gaat om het medisch handelen van de beroepsgroep), de Landelijke Beroepscommissie Klachten (die zich concentreert op de relatie tussen zorginstelling en cliënt) en de Nationale Ombudsman (die organisaties bewust wil maken dat zij bij het oplossen van klachten/problemen een actieve rol vervullen).¹¹

Bij de Geschillencommissie Zorginstellingen kunnen cliënten en vertegenwoordigers van cliënten klachten indienen. Mogelijk kunnen in de toekomst ook cliëntenraden een klacht indienen wanneer er sprake is van een 'collectief belang'. De Geschillencommissie Zorginstellingen is onafhankelijk, kan een bindende uitspraak doen en kan een verplichting tot het betalen van een schadevergoeding van maximaal € 5.000 opleggen (in de toekomst mogelijk € 25.000).

¹¹ De belangrijkste reden waarom de Nationale Ombudsman zorgconsumenten niet goed van dienst kan zijn, is dat zorgverleners of zorginstanties geen overheidsinstanties zijn en de Nationale Ombudsman hierover dus geen klachten in behandeling kan nemen.

2.3.4 SER-advies 'Langdurige zorg verzekerd'

De staatssecretaris van VWS heeft op 29 mei 2007 de SER om advies gevraagd over de toekomst van de AWBZ. Volgens het kabinet kent de huidige AWBZ fundamentele tekortkomingen en is deze onvoldoende voorbereid op de toekomst.

In zijn advies 'Langdurige zorg verzekerd, advies over de toekomst van de AWBZ' (nummer 08/03) bevestigt de Sociaal Economische Raad (SER) dat de huidige AWBZ niet voldoende op de toekomst is voorbereid. Voor het oplossen van bestaande knelpunten en met het oog op toekomstige ontwikkelingen in en rond de AWBZ, zijn aanpassingen nodig.

Voor dit onderzoek is vooral van belang dat de SER een belangrijke rol toedicht aan de consument, toekomst ziet in het PGB en de cliënten een grotere regierol wil geven door toepassing van het PVB.¹²

In de kabinetsreactie op het SER-advies heeft de staatssecretaris van VWS aangekondigd dat zij het persoonsvolgend systeem de komende jaren stapsgewijs wil invoeren. Daartoe zal zij zich richten op duidelijk omschreven aanspraken, op een eenduidige en stabiele indicatiestelling, op een goed werkend systeem voor declaratieverkeer en op goede afspraken met verzekeraars over zorgcontractering.¹³

¹² Dit is een hoeveelheid geld die de cliënt, anders dan bij het PGB, niet zelf in handen krijgt. Het geld wordt toegevoegd aan het budget van de zorginstelling waarmee een zorgarrangement kan worden afgesloten en blijft daar zolang de cliënt de zorg van de zorginstelling ontvangt. De hoogte van het budget is afhankelijk van de indicatie. Het 'persoonsvolgende' betekent dat het budget de cliënt ook makkelijk kan 'volgen' wanneer hij naar een andere instelling gaat.

¹³ Zie brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal 'Zeker van zorg, nu en straks' van 13 juni 2008 (kenmerkt DLZ/KZ-2856771).

3. Cliëntenraden

Eén van de instrumenten die consumenten kunnen hanteren om invloed op de kwaliteit van AWBZ-zorg uit te oefenen, zijn de cliëntenraden van zorginstellingen. Dit hoofdstuk behandelt verschillende aspecten van cliëntenraden (zie paragraaf 1.3): de invloed van de cliëntenraad op het zorginkoopbeleid van de zorgkantoren, hun invloed op het beleid van zorginstellingen, knelpunten die de geïnterviewde partijen ervaren en mogelijke oplossingen daarvoor.

Bijlage 2 geeft een korte schets van de bevoegdheden van cliëntenraden, de verschillende soorten cliëntenraden, het verschil tussen de diverse zorgsectoren en de rol van de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden.

3.1 Inleiding

Door uitoefening van de medezeggenschapsrechten die de wet aan de cliëntenraden toekent, kunnen cliëntenraden eraan bijdragen dat zorg wordt geboden die aansluit bij de wensen en behoeftes van de cliënt. Zorginstellingen zijn verplicht een cliëntenraad in te stellen: met de invoering van de WMCZ in 1996 zijn cliëntenraden wettelijk geregeld. De zorginstelling moet (schriftelijk) het aantal leden van de cliëntenraad en de materiële middelen waarover de raad kan beschikken regelen. Naast hun wettelijk verankerde bevoegdheden kunnen cliëntenraden ongevraagd advies uitbrengen over alle onderwerpen die voor cliënten van belang zijn. Het toezicht op de WMCZ is in handen van de IGZ.

Landelijk werkende organisaties die cliëntenraden ondersteunen en adviseren zijn de LOC-LPR^{14 15} en het LSR.^{16 17} De LOC-LPR en het LSR ondersteunen en adviseren door zowel schriftelijke informatie (folders, tijdschrift) als telefonische informatie te verstrekken. Ook organiseren zij regionale bijeenkomsten waar leden van cliëntenraden informatie krijgen, vragen kunnen stellen en met elkaar contact kunnen leggen. Deze bijeenkomsten vinden doorgaans een paar keer per jaar plaats. De LOC-LPR houdt zich zowel bezig met de ondersteuning van cliëntenraden als met behartiging van de belangen van cliëntenraden en cliënten. Bij het LSR ligt de nadruk op ondersteuning van cliëntenraden, op vergroting van de zeggenschap van cliënten en op uitvoering van kwaliteitsonderzoek.¹⁸

In principe verloopt de uitoefening van invloed altijd via de zorginstelling. De vraag is aan de orde of cliëntenraden invloed op het zorginkoopbeleid van zorgkantoren hebben, en zo ja hoe groot die invloed is. De cliëntenraden hebben geen (formele) positie in het zorginkoopproces.

¹⁴ Per 1 januari 2008 zijn de LOC en het LPR gefuseerd.

¹⁵ De LOC-LPR vertegenwoordigt circa 2.200 cliëntenraden van thuiszorginstellingen, woonzorgcomplexen, verzorgings- en verpleeghuizen, welzijn, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang.

¹⁶ Het LSR is actief in de gehandicaptenzorg en de curatieve sector en het vertegenwoordigt ongeveer 500 cliëntenraden.

¹⁷ Daarnaast ondersteunt KansPlus ook (een kleine honderd) cliëntenraden in de verstandelijk gehandicaptensector. KansPlus behartigt de belangen op zowel landelijk als regionaal niveau en zowel collectief als individueel.

¹⁸ Individuele consumenten met een handicap kunnen bij het vinden van de juiste hulpverlening ondersteuning krijgen van één van de 22 MEE-organisaties. MEE ondersteunt bij het maken van de keus voor een zorgaanbieder, helpt waar nodig bij het aanvragen van de zorg en gaat na of de geleverde zorg aansluit bij de vraag.

3.2 Invloed cliëntenraden op zorginkoopbeleid

Minder dan een kwart (24%) van de geënquêteerde cliëntenraden heeft wel eens contact met het zorgkantoor. Het gaat in die gevallen over de kwaliteit van de zorgverlening en het zorginkoopbeleid.

Bron: NZa enquête cliëntenraden

De geïnterviewde zorgkantoren vinden cliëntenraden – in toenemende mate – een belangrijk instrument om de cliënt te betrekken bij het zorginkoopbeleid. Een voorbeeld hiervan is dat het eerst alleen nodig was dat zorginstellingen een kwaliteitsbeleid hadden waar de cliëntenraad achter stond. Nu wordt van zorginstellingen ook gevraagd om cliëntenraden te betrekken bij de cliëntenraadpleging en bij het opstellen en realiseren van verbetervoorstellen. Uit de interviews met zorgkantoren is een aantal mogelijkheden om cliëntenraden bij het zorginkoopproces te betrekken naar voren gekomen. Deze mogelijkheden zijn onder te verdelen in communicatie met cliëntenraden en gunningscriteria bij het contracteerbeleid.

Communicatie

Zorgkantoren gaan met communicatie verschillend om. Hier volgen enkele voorbeelden:

- Eén zorgkantoor organiseert (samen met de LOC-LPR) bijeenkomsten met cliëntenraden over de invulling van het zorginkoopbeleid en over andere onderwerpen die van belang zijn en in het inkoopbeleid vertaald moeten worden.
- Eén zorgkantoor heeft (eenmalig in 2006) een 'rondje langs de velden' gemaakt en een aantal cliëntenraden in de V&V-sector bezocht. Het doel hiervan was de mogelijkheden te onderzoeken om cliëntenraden in te schakelen.
- Twee zorgkantoren hebben aangegeven dat zij uitsluitend op verzoek van de cliëntenraden contact met hen hebben. De reden hiervoor is dat de cliëntenraden qua samenstelling en interesse te veel verschillen. Soms treden cliëntenraden pas in contact met het zorgkantoor als 'zij er met de zorginstelling niet uitkomen'.
- Eén zorgkantoor heeft aangegeven dat zij de relatie met cliëntenraden graag wil formaliseren (dit wil zeggen het onderhouden van een structurele relatie), maar dat dit ook sterk afhankelijk is van de houding van de directies van de zorginstellingen ten opzichte van bemoeienis van het zorgkantoor.

Gunningscriteria

Zorgkantoren nemen in (de gunningscriteria van) het contracteerbeleid voorwaarden op die betrekking hebben op cliëntenraden.¹⁹ Hieronder volgen een paar voorbeelden daarvan:

- In het zorginkoopbeleid heeft een zorgkantoor bij de gunningscriteria een punt opgenomen dat betrekking heeft op de contacten met de cliëntenraden. Bij de selectiecriteria kan de zorginstelling punten scoren als zij een beleid ten aanzien van klantwensen heeft geformuleerd waarmee de cliëntenraad instemt.
- Bepaalde informatie (in het kader van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg) moeten de zorginstelling met de cliëntenraden bespreken. Mochten er signalen komen van cliëntenraden dat zorginstellingen hieraan geen invulling geven, dan kan het

¹⁹ Een zorgkantoor kent in het kader van de aanbestedingsprocedure punten toe als een zorginstelling (met een instellingsbudget van minimaal € 750.000) een budget van minimaal € 25.000 aan haar cliëntenraad ter beschikking stelt.

- zorgkantoor overgaan tot het instellen van sancties, die in het uiterste geval tot een budgetkorting kunnen leiden.
- Bij bouwplannen van een zorginstelling (bijvoorbeeld bij tijdelijke huisvesting) toetst het zorgkantoor of de zorginstelling advies heeft gevraagd aan de cliëntenraad.
 - Eén zorgkantoor borgt het voldoen aan algemene geschiktheidseisen (waaronder die in de WMCZ, waarin de bevoegdheden van de cliëntenraden zijn geregeld) via de overeenkomst tussen het zorgkantoor en een zorginstelling.²⁰
 - Om voor een overeenkomst in aanmerking te komen, stelt één zorgkantoor als eis aan zorginstellingen dat er sprake is van een functionerende cliëntenraad (de cliëntenraad moet dit ook schriftelijk verklaren).

Daarnaast kunnen zorgkantoren aspecten die betrekking hebben op (het functioneren van) cliëntenraden betrekken bij het periodiek overleg met de zorginstellingen. De ervaringen van de zorginstellingen die bij dit onderzoek betrokken zijn, laten een wisselend beeld zien. De ene zorginstelling verklaart dat het functioneren van cliëntenraden in het overleg tussen zorginstelling en zorgkantoor niet aan de orde komt en de andere zorginstelling geeft aan dat dit juist wel het geval is, bijvoorbeeld aan de hand van gerichte vragenlijsten.

Ook cliëntenraden melden dat sommige zorgkantoren cliëntenraden wel bij het voorjaarsoverleg (kwaliteitsoverleg) en/of zorginkoopbeleid betrekken en dat andere zorgkantoren dit niet doen.

3.3 Invloed cliëntenraden op zorglevering

De cliëntenraden waarderen de samenwerking met de directies van zorginstellingen met een 7,1.²¹ Drie cliëntenraden hebben voor deze samenwerking een onvoldoende gegeven.

Bron: NZa enquête cliëntenraden

De meeste directies van de zorginstellingen die bij het onderzoek betrokken zijn, nemen de cliëntenraden serieus. Dit blijkt uit de interviews en uit de enquêteresultaten. De cliëntenraad wordt beschouwd als een (nuttige) countervailing power, waarmee directies van zorginstellingen rekening houden. De rol van cliëntenraden bij proactieve signalering van knelpunten noemen zij daarbij specifiek.

Het is moeilijk om te spreken van *de* cliëntenraad. Partijen kunnen ervoor kiezen om alleen cliëntenraden op lokaal niveau (per vestiging) in te stellen, alleen op centraal niveau (dit is uitsluitend mogelijk met instemming van de lokale cliëntenraden) of een combinatie van beide. Bij fusies worden (naast lokale raden) vaak centrale cliëntenraden ingesteld. In lokale cliëntenraden komen meer zorggerelateerde onderwerpen aan de orde. Daar wordt direct over de kwaliteit van leven en zorg gepraat. Het gaat dan om thema's zoals bejegening, het nakomen van afspraken, communicatie, de bibliotheekbus en het 'koekje bij de koffie'.²²

²⁰ Op dit moment is het ontbreken van een certificaat nog geen uitsluitingscriterium in het kader van het zorginkoopbeleid, maar de zorginstelling moet met het behalen hiervan wel zijn begonnen.

²¹ De geënquêteerde cliëntenraden die zijn aangesloten zijn bij het LSR zijn ruim een halve punt positiever dan dit algemeen gemiddelde. Hiervoor is geen eenduidige verklaring. Het kan liggen aan de betreffende sector, maar ook aan het feit dat de geënquêteerde LSR-clieëntenraden uitsluitend centrale cliëntenraden waren.

²² Deze aspecten komen overeen met de aspecten die de Erasmus Universiteit Rotterdam heeft genoemd en die te maken hebben met de door de cliënten beleefde kwaliteitsaspecten, namelijk bejegening (onder andere privacy) en toegankelijkheid (fysieke drempels).

In de centrale cliëntenraden komen meer beleidsgerelateerde zaken aan de orde. Hiermee worden onderwerpen bedoeld zoals de strategie, de begroting en het werkplan voor het komende jaar, het beleid en renovatie. Deze onderwerpen hebben minder te maken met de directe zorgomgeving van cliënten en de centrale cliëntenraden vinden het lastig daarover mee te praten.

Eén zorginstelling stelt hierbij dat de wens van de cliënt pas echt voorop staat als de cliëntenraad bij alle keuzes die voor de cliënt belangrijk zijn betrokken wordt. Duidelijke communicatie met de cliëntenraad daarbij is essentieel.

96% van de cliëntenraden geeft aan dat zij het belangrijk vinden om met de directie over faciliteiten te praten (WMCZ artikel 3, eerste lid, onder l). Op de tweede plaats, met 92%, komt de kwaliteit van de zorg (WMCZ artikel 3, eerste lid, onder i,j). Op de derde plaats staat met 76% de aanstelling van leidinggevende personen (WMCZ artikel 3, eerste lid, onder m). Andere onderwerpen die veel cliëntenraden noemen zijn klachtenbehandeling (60%) (WMCZ artikel 3, eerste lid, onder k), regeling over cliëntenraden (52%) (WMCZ artikel 3, eerste lid, onder l) en zorginkoopbeleid (8%).

Bron: NZa enquête cliëntenraden

Ruim twee derde van de cliëntenraden is van mening dat de directie ook naar hen luistert, hun adviezen serieus neemt en onderwerpen die de cliëntenraad aandraagt oppakt, zoals patiëntenvoorlichting, aanpassing van gebouwen, protocol voor het gebruik van medicijnen en toezicht in de huiskamers.

Bron: NZa enquête cliëntenraden

3.4 Ervaren knelpunten en mogelijke oplossingen

3.4.1 Ervaren knelpunten

In de voorgaande paragrafen is beschreven dat cliëntenraden in meer of mindere mate invloed kunnen uitoefenen op het zorginkoopbeleid van zorgkantoren en op de zorg die zorginstellingen leveren. Deze paragraaf zoomt in op de belangrijkste knelpunten die de geïnterviewde partijen in dit verband hebben genoemd.

Vertrouwen

Het gaat in dit verband om het ontbreken van wederzijds vertrouwen. Hiervan is sprake als de directie van een zorginstelling de cliëntenraad als bedreiging ziet (extra bestuurslaag, wettelijk bepaald) in plaats van als kans (goede signaleringsbron van mogelijke knelpunten). Hetzelfde is het geval als de cliëntenraad er niet op vertrouwt dat de directie zijn adviezen ook serieus neemt.

Een aantal zorginstellingen ziet een cliëntenraad niet als kans en onderkent de meerwaarde er niet van. Citaat uit de enquête: 'Wij worden eerder getolereerd dan geaccepteerd'. Sommige zorginstellingen hebben nog steeds geen (verplichte) cliëntenraad.

Onafhankelijkheid

Tussen cliëntenraden en zorginstellingen bestaat een bepaalde afhankelijkheidsrelatie. Cliëntenraden kennen namelijk geen onafhankelijke financiering, maar worden betaald uit het instellings-

budget. De cliëntenraad is hiermee afhankelijk van de medewerking van de zorginstelling. Het is uiteindelijk de zorginstelling die de middelen ter beschikking moet stellen. De indruk kan worden gewekt dat de kosten voor de cliëntenraden ten koste gaat van de zorgverlening.

Een ander knelpunt is het vinden van de juiste, kritische mensen voor een cliëntenraad, die voldoende afstand van de directie van de zorginstelling nemen. De leden van de lokale cliëntenraden moeten aan de volgende eisen voldoen: zij moeten actuele ervaring met de instelling hebben en in staat zijn het algemeen cliëntenbelang voorop te stellen in plaats van het individuele belang. De leden van de centrale cliëntenraden moeten kunnen meedenken op beleidsniveau.

Ook het ontbreken van goede (externe) ondersteuning kan in sommige gevallen leiden tot een minder goed functioneren van cliëntenraden. Het risico bestaat dat een cliëntenraad zich in die gevallen te gemakkelijk door de directie van de zorginstelling laat overtuigen.

76% van de cliëntenraden krijgt van de zorginstelling geld (het budget varieert van € 2.500 tot € 60.000) en ondersteuning in natura, en 24% alleen in natura. Een aantal cliëntenraden heeft aangegeven dat er geen vast budget beschikbaar is, maar dat de instelling ieder (redelijk) verzoek honoreert. Ook de manier waarop cliëntenraden verantwoording moeten afleggen is heel divers: 64% via declaraties, 16% via een exploitatierekening en een begroting, en 20% hoeft geen verantwoording af te leggen.

Bron: NZa enquête cliëntenraden

Communicatie en informatie

Ook de informatievoorziening aan cliëntenraden door de directies en de mate waarin zij de cliëntenraden (tijdig) bij relevante zaken betrekken, heeft invloed op hun functioneren. De AWBZ-materie is immers erg ingewikkeld (geworden).

Sommige directies vragen daarbij te veel van cliëntenraden. Het is beter om specifieke vragen op te stellen dan een mening te vragen over containerbegrippen. Het overladen van cliëntenraden met (veel en ingewikkelde) informatie kan tot gevolg hebben dat zij er niet meer uitkomen.

Bij besluiten waarvoor cliëntenraden een verzwaard adviesrecht hebben, worden zij niet altijd tijdig ingeschakeld (zie ook bijlage 2). De tijdigheid is vooral van belang omdat de cliëntenraad een besluit van de directie van een zorginstelling nietig kan verklaren als achteraf blijkt dat de raad niet om advies is gevraagd. De cliëntenraad moet dit binnen één maand schriftelijk laten weten. Gezien de vergaderfrequentie van cliëntenraden zal zo'n verzoek tot nietigverklaring vaak te laat komen.

Cliëntenraden geven voor een goed functioneren de volgende obstakels in hun relatie met de zorginstelling aan:

- onvoldoende tijd om te reageren (n=12)
- te ingewikkelde informatie (n= 9)
- onvoldoende informatie (n=6)
- te veel informatie (n=6)
- onvoldoende vergaderfaciliteiten (n=3)
- gebrek aan kennis over de WMCZ bij de zorginstelling (n=2)

Bron: NZa enquête cliëntenraden

Op de vraag of cliëntenraden goed en tijdig betrokken zijn bij kwaliteits-toetsing en verbeterplannen in het kader van 'Verantwoorde zorg', antwoordt 54% van de geënquêteerde cliëntenraden positief (meestal/altijd) en 46% negatief (soms/nooit).

Op de vraag of directies van zorginstellingen cliëntenraden goed en tijdig bij de cliëntenraadpleging betrekken, is 51% van de geënquêteerde cliëntenraden positief en 49% negatief.

Op de vraag of cliëntenraden voldoende geïnformeerd worden over zaken waarin ze adviesrecht hebben, antwoordt ruim twee derde positief (meestal/altijd) en minder dan eenderde negatief (soms/wisselend/nooit).

Op de vraag of cliëntenraden de informatie tijdig ontvangen, antwoorden zij iets minder positief (verhouding 57% positief en 43% negatief).

Op de vraag of de verstrekte informatie eenvoudig genoeg is (en voldoende mondeling wordt toegelicht), zijn de cliëntenraden positief: ruim 84% positief (altijd/meestal) en 16% negatief (soms moeten zij erom vragen).

Verbetervoorstellen die de cliëntenraden noemen, zijn: eenvoudiger taalgebruik en eerder communiceren bij voorgenomen besluitvorming.

Bron: NZa enquête cliëntenraden

Relatie zorgkantoor en cliëntenraad

Een specifiek knelpunt dat cliëntenorganisaties (met name de LOC-LPR) noemen, is de consequentie voor de financiering van de zorginstelling als gevolg van een kritische opstelling van de cliëntenraad. Kritische opmerkingen van de cliëntenraad over de kwaliteit van de zorgverlening kunnen bijvoorbeeld nadelige financiële gevolgen hebben voor de zorginstelling. Zorgkantoren kunnen deze informatie namelijk betrekken bij de zorginkoop bij de betreffende zorginstelling. Dit kan voor cliëntenraden een drempel zijn om het zorgkantoor te informeren over de kwaliteit van de geleverde zorg door de zorginstelling, omdat zij bang zijn dat er bij wijze van straf de zorginstelling financieel gekort wordt.

3.4.2 Mogelijke oplossingen

Behalve knelpunten in de relatie tussen cliëntenraden en zorginstellingen hebben de geïnterviewden ook oplossingen hiervoor aangedragen.

Onafhankelijkheid

De onafhankelijkheid van cliëntenraden is gebaat bij toekenning van een eigen budget, waardoor zij financieel niet meer afhankelijk zijn van de zorginstellingen. Ook deskundige (onafhankelijke) ondersteuning kan cliëntenraden helpen.

Een ondersteuner kan voorkomen dat een zorginstelling een 'eigen wending' aan het overleg met cliëntenraden geeft. Cliëntenraden moeten daarover zelfstandig kunnen beslissen. In het verlengde daarvan hebben geïnterviewden aangegeven dat (verdere) professionalisering van de (centrale) cliëntenraden, bijvoorbeeld door het aanstellen van een onafhankelijke voorzitter, zou bijdragen aan een beter functioneren. Door het centraal stellen van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg krijgen cliëntenraden meer formele invloed op de zorglevering; dit heeft een positieve invloed op hun onafhankelijkheid.

Communicatie en informatie

Als een zorginstelling optimaal gebruik wil maken van de (kennis en ervaring van een) cliëntenraad, dan moet zij de ingewikkelde materie op een 'eenvoudige' manier aan de cliëntenraad aanbieden. Het is daarbij van belang de cliëntenraad niet met informatie te overladen.

Het is beter om de cliëntenraad diepgaand te consulteren over een beperkt aantal relevante en concrete keuzevraagstukken dan over een groot aantal onderwerpen op een hoog en abstract niveau. Belangrijk is dat een zorginstelling de cliëntenraden betreft bij de keuzes die zij maakt: de instelling moet hierover goed communiceren. Daarnaast is het essentieel dat de directie van de zorginstelling bij besluiten waarvoor de cliëntenraad een verzwaaard adviesrecht heeft, deze tijdig inschakelt.

Relatie zorgkantoor en cliëntenraad

Zorgkantoren zouden voorzichtig moeten omgaan met het (direct) verbinden van nadelige financiële gevolgen aan kritische uitlatingen van een cliëntenraad over de kwaliteit van de geleverde zorg. De zorginstelling behoort eerst in staat gesteld te worden om (op korte termijn) verbeteringen door te voeren. Doordat cliëntenraden bij verbeterprocessen betrokken zijn (zie ook het kwaliteitskader Verantwoorde zorg), kunnen zij mogelijke verbeteringen ook kritisch volgen.

3.5 Resumé cliëntenraden

Het is niet mogelijk om te spreken van *de* cliëntenraad. De ene cliëntenraad is niet te vergelijken met de andere, en de ene zorginstellingsdirecteur is de andere niet. Er bestaat grote diversiteit tussen cliëntenraden in samenstelling, werkwijze en activiteiten. Daarnaast is er een onderscheid tussen centrale en lokale cliëntenraden. De centrale cliëntenraden richten zich meer op beleid, en lokale cliëntenraden meer op de kwaliteit van de zorg en meer praktische aangelegenheden.

De relatie tussen zorginstellingen en cliëntenraden is formeel geregeld. Uit dit onderzoek komt naar voren dat deze relatie in het algemeen goed is (beoordeling geënkquêteerde cliëntenraden gemiddeld 7,1). De NZa constateert dat er nog verbeterpunten zijn, zoals onafhankelijke financiering en professionalisering van de cliëntenraden, (het tijdig) communiceren bij voorgenomen besluitvorming door de directies van zorginstellingen en hun taalgebruik.

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

4. Klachten

Een tweede instrument dat consumenten kunnen hanteren om invloed op de kwaliteit van AWBZ-zorg uit te oefenen, is het indienen van een klacht. In dit hoofdstuk komen verschillende onderzoeksvragen aan de orde (zie paragraaf 1.3).

Paragraaf 4.2 gaat in op de tweede set onderzoeksvragen (zie paragraaf 1.3), die betrekking hebben op eventuele obstakels om (anoniem) over de kwaliteit van de geleverde AWBZ-zorg te klagen. De volgende onderwerpen komen specifiek aan bod: signalen dat consumenten bang zijn voor repercussie maatregelen of verstoring van de relatie, (on)mogelijkheden om anoniem te klagen en de rol van de patiëntenvertrouwenspersoon.

Bijlage 3 geeft een korte schets van de klachten die zorgkantoren, zorginstellingen, Zorgbelangorganisaties en de Nationale ombudsman hebben ontvangen. Daarnaast is er aandacht voor de patiëntenvertrouwenspersoon en de rol van de Landelijke Beroepscommissie Klachten.

4.1 Invloed klachten

4.1.1 Klachten algemeen

'Openstaan voor klachten van consumenten is te beschouwen als gratis advies' is een veel gehoorde slogan. Daarvoor is een goede klachtenprocedure noodzakelijk, zodat klachten waar nodig kunnen leiden tot aanpassing van de werkwijzen en procedures. Onder een klacht wordt verstaan: elke (schriftelijke of mondelinge) uiting van ongenoegen door de consument. Ook voor de consument is een goede klachtenbehandeling essentieel. Het indienen van een klacht is immers één van de mogelijkheden die consumenten hebben om verbeteringen te bewerkstelligen.

Een eerste logische stap is dat de consument de 'klacht' met zijn zorgverlener bespreekt. Ook kan hij zijn klacht indienen bij de klachtenfunctionaris van de zorginstelling. Een (niet verplichte) klachtenfunctionaris kan uitsluitend bemiddelen tussen de zorgverlener en de consument. Hij kan over een klacht geen inhoudelijk oordeel vellen. Sommige zorginstellingen 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).

Als een klacht niet tot tevredenheid van de consument is opgelost, kan hij een (formele) klacht indienen. In eerste instantie kan de consument een klacht indienen bij de klachtencommissie van de betreffende zorginstelling. Een AWBZ-instelling is op grond van de WKCZ verplicht een klachtencommissie te hebben. Het aantal klachten dat de zorginstellingen ontvangen, is vrij beperkt (zie ook de tabel 'Ontvangen klachten zorginstellingen 2006' in bijlage 3: gemiddeld ruim één klacht per maand).

Consumenten kunnen ook een klacht indienen bij de Landelijke Beroepscommissie Klachten. Van deze mogelijkheid maken zij echter slechts sporadisch gebruik. De klachten hebben vooral betrekking op (onvolledige) zorgplannen en onvoldoende communicatie.

Een andere mogelijkheid voor de consument is om een klacht in te dienen bij het zorgkantoor. Verder kan hij zijn ongenoegen kenbaar maken bij organisaties die de klacht niet individueel beoordelen, maar deze wel betrekken in een meer algemeen kader, zoals de cliëntenraad van de betreffende zorginstelling, de IGZ en de NZa.

Binnen de GGZ-sector bestaat het fenomeen patiëntenvertrouwenspersoon. De patiëntenvertrouwenspersoon is in dienst van een zelfstandige stichting: de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon (PVP) Geestelijke Gezondheidszorg te Utrecht. De PVP bemiddelt bij een klacht, maar neemt deze niet in behandeling. Bijlage 3 gaat hier dieper op in.

Sommige consumenten vinden het moeilijk om een klacht (met de zorgverlener) te bespreken dan wel een officiële klacht in te dienen. Zij kunnen hierbij de hulp inroepen van een Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG), die onderdeel uitmaakt van een regionale Zorgbelangorganisatie.

4.1.2 Invloed klachten op zorginkoopbeleid

De geïnterviewde zorgkantoren beschouwen klachten als een belangrijke bron van informatie. Een voorbeeld hiervan is dat een zorgkantoor voor het opstellen van zijn zorginkoopbeleid de klachten analyseert om na te gaan of het zijn inkoopbeleid moet bijstellen. Vaak echter krijgen zorgkantoren te weinig klachten binnen om er daadwerkelijk een rode lijn in te ontdekken die zij naar het zorginkoopbeleid kunnen vertalen.

Zorgkantoren gaan met klachten over de kwaliteit van de geleverde AWBZ-zorg beleidsmatig verschillend om. Sommige zorgkantoren sturen klachten door naar de betreffende zorginstelling en volgen de afhandeling ervan passief; andere doen hetzelfde, maar volgen de afhandeling op een actieve manier. Zorgkantoren betrekken ontvangen klachten bij het regulier periodiek overleg met de zorginstelling en sommige nemen ook direct gerichte actie als de ernst van de klacht daartoe aanleiding geeft of zij betrekken de betreffende zorgaanbieder bij de materiële controles.

Klachten kunnen voor zorgkantoren aanleiding zijn om een zorginstelling tussentijds te bezoeken. Hetzelfde geldt voor een signaal van de regionale Zorgbelangorganisatie. De mate en de diepgang van het contact tussen de Zorgbelangorganisatie en het zorgkantoor spelen hierbij een belangrijke rol.

Eén zorgkantoor probeert ook (informele) signalen van verzekerden op te vangen. In 2007 heeft het een groot aantal verzekerden uitgenodigd om plaats te nemen op 'de praatstoel'. Met deze praatstoel trekt het zorgkantoor door de regio om op verschillende plaatsen met mensen in gesprek te gaan over de zorg en wat het zorgkantoor daarin kan betekenen.

4.1.3 Invloed klachten op zorglevering

De geïnterviewde zorginstellingen beschouwen klachten van consumenten eveneens als een belangrijke informatiebron om de zorgverlening te verbeteren. Dit doen zij zowel op basis van individuele klachten als op basis van managementrapportages (met een analyse van de aard en omvang van de ontvangen klachten en met verbetervoorstellen).

Omdat het aantal schriftelijk ontvangen klachten slechts het topje van de ijsberg vormt, zijn niet de formeel ingediende klachten de belangrijkste

bron voor verbetering van de kwaliteit van de AWBZ-zorg, maar juist de informele signalen.

Ontvangen informele signalen worden vrijwel nergens (formeel) vastgelegd, maar geven wel een prima beeld van hoe consumenten de kwaliteit van zorg binnen een zorginstelling beleven.

Ook Zorgbelangorganisaties kunnen een belangrijke rol spelen bij het waarderen van de kwaliteit van de AWBZ-zorg in een zorginstelling. Eén Zorgbelangorganisatie bespreekt ontvangen (anonieme) signalen met zorginstellingen. Dit gebeurt op verzoek van de Zorgbelangorganisatie dan wel de zorginstelling om uit ontvangen klachten lering te trekken.

Twee derde van de cliëntenraden ontvangt wel eens een klacht van cliënten of hun familie. Zij bespreken de klacht met de directie of verwijzen deze naar de klachtencommissie of de patiëntenvertrouwenspersoon.

Bron: NZa enquête cliëntenraden

Bijna de helft van de cliëntenraden wordt door de directie geïnformeerd over de aard van de klachten die de instelling ontvangt *en* over de manier waarop deze zijn afgedaan. Nog eens een kwart van de cliëntenraden wordt uitsluitend over de aard van de klachten geïnformeerd.

Bron: NZa enquête cliëntenraden

De IGZ doet, als toezichthouder op de kwaliteit van zorg, niet aan individuele klachtenbehandeling. Ontvangen klachten verwijst zij door naar de zorginstelling: dit is de instantie die de betreffende klacht moet behandelen. Vaak gaat het over onderwerpen zoals bejegening, communicatie en het nakomen van afspraken.

Als de IGZ klachten ontvangt, beschouwt zij dit als een signaal. Zij registreert deze klachten en betreft deze 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 klachten over een zorginstelling kunnen een signaal zijn dat er bij die organisatie iets aan de hand is.

De NZa doet evenmin aan individuele klachtenbehandeling. Klachten van consumenten komen als signaal binnen via haar zogeheten meldlijn. Via deze meldlijn zijn (nog) geen signalen ontvangen dat er in bepaalde gevallen sprake is van slechte kwaliteit van AWBZ-zorg.

De NZa betreft ontvangen klachten over de kwaliteit van de geleverde zorg onder andere bij de prestatiemeting zorgkantoren door te onderzoeken welke rol het zorgkantoor daarbij heeft gespeeld.

4.2 Obstakels om (anoniem) te klagen

4.2.1 Signalen van angst voor repercussie maatregelen

De NZa heeft enkele signalen ontvangen dat consumenten die al in zorg zijn genomen, niet altijd durven klagen wanneer zij niet de zorg krijgen waar zij recht op hebben. Deze consumenten zouden bang zijn dat hun klacht ertoe leidt dat hun relatie met hun zorgverlener verslechtert en dat zij daarom slechter behandeld worden.

Een enkel zorgkantoor heeft aangegeven dat het wel eens een signaal krijgt dat een cliënt geen klacht over hun zorgverlener durft in te dienen uit angst voor repercussies of het verstoren van de relatie.

Geen enkel zorgkantoor beschikt over harde feiten. Ook de geïnterviewde zorginstellingen hebben geen signalen ontvangen dat cliënten geen klacht over hun zorgverleners durven in te dienen.

Bij de geïnterviewde Zorgbelangorganisaties komen wel eens signalen binnen dat consumenten bang zijn om een klacht in te dienen over hun zorgverlener als zij niet tevreden zijn met de kwaliteit van de geleverde zorg. De mogelijke verklaring hiervoor is dat de consument afhankelijk is (of zich afhankelijk voelt) van de zorgverlener. Soms dienen familieleden, tegen de wil van de cliënt, toch een klacht in. Harde cijfers hierover ontbreken.

Minder dan de helft van de cliëntenraden (40%) ontvangt wel eens signalen dat cliënten geen klacht durven in te dienen. Sommige cliënten zijn bang vanwege de afhankelijkheidspositie, andere cliënten weten de weg niet te vinden of geven aan dat het lang kan duren voordat een klacht wordt behandeld.

Bron: NZa enquête cliëntenraden

Heel sporadisch ontvangt de Nationale Ombudsman een signaal dat cliënten niet durven te klagen vanwege mogelijke repercussie-maatregelen of uit angst om de relatie te verstoren. Een voorbeeld hiervan is: 'Wij verzoeken u (de klager) dit niet aan de grote klok te hangen, omdat wij (de zorginstelling) dan nog moeilijker aan goed personeel kunnen komen'.

Ook de IGZ ontvangt wel eens een signaal dat cliënten niet durven te klagen vanwege mogelijke repercussie-maatregelen of uit angst voor verstoring van de relatie. De reden is ook hier dat de AWBZ-cliant afhankelijk is van zijn zorgverlener. Iemand switcht niet eenvoudig naar bijvoorbeeld een ander verpleeghuis als de zorgverlening niet goed is. Harde cijfers zijn echter niet beschikbaar.

Belangenorganisatie Per Saldo heeft de ervaring dat zelfs cliënten met een PGB schromen om bij hun zorgverlener te klagen. Dit terwijl deze cliënten zelf nog in staat zijn om te bepalen bij wie zij zorg inkopen. Vroeg of laat komt iemand echter weer bij dezelfde zorgverlener terecht en hij moet dan wel weer met die hulpverlener verder kunnen.

4.2.2 (On)mogelijkheden om anoniem te klagen

Een probleem bij anonieme klachten is de validiteit. Bij een anonieme klacht is het niet mogelijk de 'andere kant van het verhaal' te horen en om achtergrondinformatie in te winnen. Daarnaast kan het voorkomen dat dezelfde klager meerdere keren over hetzelfde geval klaagt zonder dat de ontvanger dit in de gaten heeft.

Slechts af en toe ontvangt een zorgkantoor, een zorginstelling of een Zorgbelangorganisatie een anonieme klacht. Het ene zorgkantoor zegt dat het anoniem indienen van een klacht niet mogelijk is, omdat het voor een goed oordeel ook de andere kant van het verhaal moet horen. Het andere zorgkantoor heeft het beleid om aan iedere klacht, anoniem of niet, aandacht te besteden.

Eén van de vier geïnterviewde zorgkantoren gaf aan dat het soms (niet anonieme) klachten ontvangt, waarbij de klager vraagt deze anoniem te behandelen. Het zorgkantoor bespreekt – in overeenstemming met de wens van de klager – de klacht met de zorginstelling. De betreffende

zorginstelling weet dan meestal al van welke consument die 'anonieme' klacht afkomstig is.

Zorginstellingen zelf ontvangen eveneens nauwelijks anonieme klachten; zij nodigen mogelijke klagers daartoe ook niet echt uit.²³

Mochten zorginstellingen anonieme klachten ontvangen, dan is het de vraag of zij daar iets mee kunnen doen. Er zijn andere methoden om een signaal van onvrede af te geven waarbij anonimiteit is gewaarborgd.

Enkele genoemde voorbeelden zijn:

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

Bij de Zorgbelangorganisaties kunnen consumenten ook anoniem dingen melden. Consumenten maken hiervan weinig gebruik. Met een enkele anonieme klacht kan Zorgbelang niet veel doen; dat is wel het geval als er meerdere anonieme klachten over dezelfde zorginstelling worden ontvangen.

Wanneer Zorgbelang over een specifieke kwestie meerdere meldingen ontvangt, wordt daarop gerichte actie ondernomen, zoals het bespreken van het signaal met het zorgkantoor, de zorginstelling of de IGZ.

Zorgbelang maakt ook gebruik van zogenoemde meldacties. In een bepaalde week kunnen cliënten zich (anoniem) met een bepaald onderwerp bij Zorgbelang melden. Zorgbelang analyseert deze meldingen en gebruikt ze voor het formuleren van beleid.

Ook de Nationale Ombudsman kan geen anonieme klachten in behandeling nemen.²⁴ Anonieme klachten merken zowel de Nationale Ombudsman als de IGZ aan als een signaal. Als er over een organisatie veel anonieme signalen binnenkomen, ondernemen zij gericht actie.

4.3 Ervaren knelpunten en oplossingen

4.3.1 Ervaren knelpunten

Hieronder komen de belangrijkste knelpunten aan de orde die de geïnterviewde partijen hebben genoemd met betrekking tot (het indienen van) klachten.

Verantwoordelijkheid

Een algemeen knelpunt is dat de AWBZ te ingewikkeld is geworden: de consument snapt het niet meer. Ook de medewerkers van de dienstverlenende organisaties weten veel van het gedeelte waarvoor zij verantwoordelijk zijn, maar overzien de keten als geheel niet (meer). Hierdoor wordt de klager van het kastje naar de muur gestuurd. Een bijkomend aspect is dat geen enkele partij zich verantwoordelijk voelt om klachten of problemen op te lossen. Er lijkt sprake te zijn van een doorschuifcultuur: een schakel die problemen voor de consument oplost ontbreekt.

²³ De websites van de zorginstellingen gaan vrijwel nooit inhoudelijk in op de mogelijkheid om bij hen anoniem een klacht in te dienen; soms wordt deze mogelijkheid expliciet uitgesloten.

²⁴ De Nationale Ombudsman kan in theorie de persoonsgegevens van iemand niet bekend maken aan de instantie waarover diegene klaagt. Voor het daadwerkelijk doen van onderzoek of vinden van een oplossing is dit lastig, omdat de instantie snel toch wel zal begrijpen om welke cliënt het gaat.

Aantal ontvangen klachten

De AWBZ kent geen echte klaagcultuur; cliënten zijn dankbaar voor het feit dat zij zorg krijgen. Een veelgehoorde zin is 'de zorgverleners hebben het al zo zwaar'.

Daarbij komt dat de klager om een klacht in te dienen, een grote stap moet zetten. Klagen kost hem erg veel energie en het levert vaak te weinig op. In de ogen van de klager heeft het indienen van een klacht dan ook vaak geen zin ('duurt te lang' en 'er wordt toch niet naar geluisterd').

Of een consument een gevoel van ongenoegen ook omzet in een officiële klacht, is voor een groot gedeelte afhankelijk van de cultuur binnen een organisatie. Is er sprake van een open cultuur (iedere klacht is een aanzet tot verbetering) of heerst een cultuur waarbij een ontvangen klacht ervaren wordt als extra werk of kritiek?

In veel gevallen zijn de verwachtingen van de klager te hoog gespannen. Het verwachtingspatroon van een klager kan enorm verschillen: wil hij serieus genomen/gehoord worden, gelijk krijgen, verbeteringen bereiken of bijvoorbeeld 'de directeur ontslaan'.

Anoniem klagen

Cliënten schromen om bij hun zorginstelling te klagen, omdat de klachtenfunctionaris/klachtencommissie in dienst is van die organisatie en de cliënt zich in een afhankelijke positie bevindt. Daarnaast mankeert bij de voorlichting aan consumenten nog het een en ander. Zo zijn er zorginstellingen die geen klachten in behandeling nemen die niet eerst met de leidinggevende zijn besproken.

Relatie zorgkantoor en klachten over kwaliteit van zorg

Door het geringe aantal klachten dat zorgkantoren hebben ontvangen, vooral over de kwaliteit van de zorgverlening, zijn deze nauwelijks te gebruiken voor eigen beleids(aanpassing) en om zorginstellingen aan te spreken.

4.3.2 Mogelijke oplossingen

De geïnterviewde organisaties hebben voor de ervaren knelpunten de volgende oplossingen aangedragen.

Verantwoordelijkheid

Niet de wet- en regelgeving moet bij de behandeling van klachten centraal staan, maar de belevingswereld van de consument. Om zicht te krijgen op wat de klager wil, moet de klachtenbehandelaar contact opnemen met de klager. De kans is dan groter dat de klager het vertrouwen krijgt dat zijn klacht serieus genomen wordt. Het kan zijn dat een luisterend oor of alleen maar een duidelijke uitleg voldoende is. Daarnaast moet de klachtenbehandelaar meer oplossingsgericht denken, in de vorm van 'ik los het voor u op' en het bieden van nazorg (oog hebben voor de gevolgen van de situatie van de klager).

Aantal ontvangen klachten

Om meer klachtensignalen op te vangen, moeten instanties meer gebruik maken van niet-officiële klachten/signalen. Een goede invalshoek is de positieve benadering, dat wil zeggen het beleid niet insteken op negatieve signalen zoals klachten, maar op zoek gaan naar verbeteringen ('Als u vindt dat het beter kan, zeg het dan'). De consument wil ook liever niet gezien worden als een negatieve 'klager', maar wel als de positieve 'ideeëngenerator'. Een voorbeeld hiervan is de zorginstelling die met regelmaat een high tea organiseert waarbij zij cliënten uitnodigt om te discussiëren over wat er beter kan. In zo'n

informele omgeving worden cliënten gevraagd hun ervaring te gebruiken om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren (de dialoog staat hierbij centraal).

Daarnaast zou meer de nadruk moeten liggen op bemiddeling in plaats van het formeel oplossen van een klacht. De patiëntenvertrouwenspersoon kan bijvoorbeeld een positieve bijdrage leveren om de drempels voor het indienen van een klacht te verlagen. Ook zouden zorginstellingen de klachtenfunctionaris meer kunnen inzetten als een soort vertrouwenspersoon waar mensen makkelijker naartoe stappen.

Het instellen van een externe – onafhankelijke - geschillencommissie (de Geschillencommissie Zorginstellingen) die ook een schadevergoeding kan opleggen, draagt bij aan het versterken van de klachtmogelijkheden voor de consument. Het effect is pas optimaal als alle zorginstellingen bij de Geschillencommissie zijn aangesloten.

Anoniem klagen

Om het idee van anoniem klagen verder vorm te geven, is het mogelijk meer gebruik te maken van het instrument 'meldlijn'. Consumenten die vanwege angst voor mogelijke repercussie maatregelen of verstoring van de relatie niet formeel durven te klagen, kunnen via zo'n meldlijn signalen die wijzen op onvoldoende kwaliteit van AWBZ-zorg kenbaar maken.

Een andere mogelijkheid is de relatie tussen zorginstelling en klachtencommissie te verbreken. Als de klachtencommissie is samengesteld uit onafhankelijke leden (leden van buiten de zorginstelling, die daar dus geen dienstverband hebben), dan zal dit de drempel om (niet anoniem) te klagen verlagen. Voorwaarde is wel dat hierover goed wordt gecommuniceerd.

4.4 Resumé klachten

Voor consumenten vormt het indienen van een klacht een middel om verbeteringen in de kwaliteit van zorg te bereiken. Klachten die bij zorginstellingen binnenkomen worden in behandeling genomen en hebben als zodanig invloed op het beleid. De omvang van de formeel ingediende klachten is slechts beperkt. De verklaring is enerzijds het ontbreken van een echte klaagcultuur en anderzijds de drempels die consumenten voor het indienen van een klacht ervaren. Zorginstellingen doen er daarom goed aan zich ook te richten op informele signalen. Een belangrijk instrument is de cliëntentevredenheidsmeting. De CQ-index, die gebruikt wordt bij normen voor verantwoorde zorg (zie hoofdstuk 2), is daar een goed voorbeeld van. Cliënten kunnen via de CQ-index op een anonieme manier hun wensen kenbaar maken.

Het aantal klachten dat zorgkantoren over de kwaliteit van de zorglevering ontvangen is minimaal. Dit maakt dat de mogelijkheden voor het zorgkantoor om klachten te gebruiken voor het uitoefenen van invloed op de kwaliteit van de zorglevering beperkt zijn. De Geschillencommissie Zorginstellingen kan bijdragen aan uitbreiding van de klachtenmogelijkheden voor de consument. Het is daarbij van belang dat de zorginstellingen verplicht zijn zich bij deze Geschillencommissie aan te sluiten.

Er zijn enkele signalen dat cliënten niet anoniem durven te klagen, maar 'harde' cijfers hierover ontbreken. Organisaties staan niet echt open voor het behandelen van anonieme klachten: het grootste probleem hierbij is het beoordelen van de validiteit.

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 werkkterrein 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 werkterrein 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 narijheid 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.

Eenzijds 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 inkoopt 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 klantervaringsonderzoek 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 klantervaringsonderzoek);
 - 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 inkoop 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 directe 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 voor de levering 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 wachtlijsten 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 versobering 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 zesttal 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 (vervaard) 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.