

Vergaderjaar 2010–2011

**32 402**

## **Wet cliëntenrechten zorg**

**Nr. 6**

### **NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG**

Ontvangen 14 juli 2011

#### **INHOUDSOPGAVE**

	<b>Blz.</b>
<b>A. ALGEMEEN</b>	<b>2</b>
DEEL I DOEL EN HOOFDLIJNEN VAN HET WETSVOORSTEL	4
1. Doel en context van het wetsvoorstel	4
2. De cliënt centraal	15
3. Noodzaak van verbetering van de positie van de cliënt	19
4. Oplossingen van de knelpunten	22
5. Een nieuwe wet voor de relatie tussen de cliënt in de zorg en de zorgaanbieder, waarin de cliënt centraal staat	23
6. Rechtskarakter van deze wet	31
7. Bestuurlijke handhaving	34
DEEL II DE RECHTEN EN PLICHTEN VAN DE CLIËNT EN DE ZORGAANBIEDER	36
8. Reikwijdte van de rechten en plichten	36
9. Recht op goede zorg	38
10. Recht op keuze-informatie	47
11. Recht op informatie, toestemming, dossiervorming en bescherming van de persoonlijke levenssfeer	50
12. Recht op effectieve klachten- en geschillenbehandeling	54
13. Recht op medezeggenschap	61
14. Goed bestuur	70
15. Beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg	78
DEEL III OVERIGE ASPECTEN	84
16. Relatie met andere wetten	84
17. Regeldruk	89
<b>B. ARTIKELSGEWIJS</b>	<b>90</b>

## A. ALGEMEEN

In het Regeerakkoord VVD-CDA en het Gedoogakkoord VVD-PVV-CDA<sup>1</sup> is vastgelegd dat de rechten van patiënten worden versterkt en individueel afdwingbaar dienen te zijn, maar dat tevens geborgd moet worden dat er sprake is van redelijkheid en billijkheid bij de uitvoering van deze rechten. Daartoe wordt het nog door het vorige kabinet bij de Tweede Kamer ingediende voorstel van Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) doorgezet. Daarnaast komt er voor bewoners van instellingen een specifieke Beginselenwet zorginstellingen (Bwzi), die de concrete rechten voor bewoners van zorginstellingen regelt. Laatstbedoeld wetsvoorstel is intussen voor advies aan de Raad van State gezonden.

De staatssecretaris en ik hechten aan de inwerkingtreding van de Wcz. In de Wcz krijgt de cliënt expliciete rechten. Zo gaan de rechten op informatie en toestemming, dossier en privacy ook gelden in de langdurige zorg. Cliënten krijgen het recht op informatie over incidenten en op keuze-informatie. De naleving van die rechten door zorgaanbieders kan de cliënt eenvoudiger afdwingen, onder andere omdat zorgaanbieders zich moeten aansluiten bij een geschilleninstantie die bindende uitspraken doet en een schadevergoeding tot € 25 000 kan toekennen. Cliëntenraden krijgen meer invloed en er worden meer eisen gesteld aan goed bestuur. De rechten van cliënten zijn nu nog grotendeels geformuleerd in termen van verplichtingen voor zorgaanbieders en zijn versnipperd over een aantal wetten. De Wcz bundelt en harmoniseert de rechten en plichten van cliënten en zorgaanbieders uit een aantal wetten in één wet. Dit is overzichtelijker voor cliënten, cliëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

De Wcz is tevens de drager voor overige wetgeving die in het Regeerakkoord en in het Gedoogakkoord is aangekondigd. Voor de effectiviteit van de Bwzi is het van belang dat governance goed is geregeld, dat er een effectieve klachtenregeling is en dat de inspraak van cliëntenraden op de wijze van tot stand komen van zorgplannen adequaat is geregeld. Voor het voorstel voor de Wet investeren in zorg dat het uitkeren van winst in de intramurale curatieve zorg mogelijk maakt is het wenselijk dat de aanscherping van de verantwoordelijkheid van het bestuur voor de kwaliteit van de zorg, de transparantie van de kwaliteit en wederom de governance op orde zijn. Allemaal elementen uit de Wcz. Voor het wetsvoorstel zorgspecifieke fusietoets is de inspraak van cliëntenraden bij fusies cruciaal. Ook de wetgeving die noodzakelijk is voor het functioneren van het Kwaliteitsinstituut neemt de inhoud van de Wcz als uitgangspunt.

In mijn beleidsagenda Zorg die werkt<sup>2</sup> heb ik aangegeven dat we moeten zorgen dat het zorgsysteem gaat werken en dat we uit de «stuck in the middle» situatie komen. De overheid moet beleid voeren dat het nemen van verantwoordelijkheden (door zorgaanbieders, zorgverzekeraars, cliënten) stimuleert. De Wcz beschouw ik als een belangrijke drager voor dat beleid en als een volgende stap in de vernieuwing van het zorgstelsel.

Naar aanleiding van debatten over het Elektronisch patiëntendossier (EPD), onder andere op 24 mei 2011, heb ik u op 27 juni 2011 een quick scan gestuurd van wat rondom de elektronische uitwisseling van gegevens van cliënten nog wettelijk moet worden geregeld en in welke wetten eventueel aanpassingen nodig zijn<sup>3</sup>. Het opplussen of wijzigen van wetten zal op een later moment via de Wcz kunnen worden geregeld.

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2010/11, 32 417, nr. 15.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 1.

<sup>3</sup> Kamerstukken II 2010/11, 27 529, nr. 82.

Ik zeg de Kamerleden dank voor de belangstelling die zij tonen voor het wetsvoorstel en voor de inbreng die zij hebben geleverd. In deze nota naar aanleiding van het verslag ga ik uitgebreid in op de vragen die de leden van de verschillende fracties hebben gesteld.

Ik zend u tevens een nota van wijziging. Ik zie aanleiding tot het op onderdelen aanpassen van het voorstel voor de Wcz. Ik heb de vragen en opmerkingen in het verslag van uw Kamer zorgvuldig bestudeerd. Naar aanleiding daarvan en van debatten die ik met u heb gevoerd, stel ik voor het wetsvoorstel op een aantal punten aan te passen. Daarbij gaat het er mij vooral om de maatschappelijke onrust over bepaalde aspecten van de Wcz, die doorklinkt in uw vragen, weg te nemen. Ik doel op zorgen over het schrappen van bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) en de professionele autonomie van met name vrijgevestigde medisch-specialisten.

#### 1. WGBO

De leden van de fracties van de VVD en D66 stellen vragen over de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). In paragraaf 5.2 beantwoord ik deze vragen. Omdat ik ongerustheid bespeur bij leden van uw Kamer en in het veld over het schrappen van een aantal bepalingen uit de WGBO, laat ik de WGBO en de bijbehorende jurisprudentie in hun volle omvang bestaan. Ik schrap dus niet langer bepalingen uit de WGBO. In artikel 7:446 BW zal worden toegevoegd dat de bepalingen van de WGBO en de Wcz naast elkaar van toepassing zijn, behoudens voor zover deze bepalingen niet goed verenigbaar zijn of de strekking daarvan in verband met de aard van de rechtsbetrekking zich tegen toepassing verzet. Dat doe ik om nog eens extra te verzekeren dat de verbeteringen ten opzichte van de WGBO in hoofdstuk 3 van de Wcz ook van toepassing zijn op geneeskundige behandeling.

#### 2. Professionele autonomie

Leden van de fracties van de VVD, PvdA, CDA en PVV stellen vragen over de professionele autonomie en de positie van zorgverleners, met name vrijgevestigde medisch-specialisten. In paragraaf 14.1 ga ik in op deze vragen. Ik ben van mening dat met het oorspronkelijke wetsvoorstel het behoud van de professionele autonomie reeds voldoende was geborgd. Omdat daarover echter nog steeds twijfel bestaat, niet in de laatste plaats bij de belanghebbenden, voeg ik in artikel 2 de bepaling toe dat de arbeids- of toelatingsovereenkomst niet treedt in de verantwoordelijkheid van de zorgverlener zoals die voortvloeit uit de professionele standaard.

#### 3. Meldingen bij de IGZ

Voorts is besloten tot uitbreiding en verbetering van de regeling rond verplichte en onverplichte meldingen en de taak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) daarbij, aansluitend bij de breed levende verwachtingen over de in deze tijd passende rol van de IGZ. Deze aanpassingen vloeien mede voort uit discussies met uw Kamer naar aanleiding van de Twentse neuroloog en de orthopedisch chirurg Waterlandziekenhuis<sup>1</sup>. De bescherming van persoonsgegevens wordt in dit kader beter gewaarborgd.

#### 4. Overhevelen taken College sanering zorginstellingen naar NZa

De leden van de VVD-fractie hebben vragen gesteld over de taken van het College sanering zorginstellingen (CSZ), onder andere naar aanleiding van artikel 46. Ik heb inmiddels besloten tot verdere stroomlijning van de taken van zelfstandige bestuursorganen op het terrein van de zorg. Dat heeft geleid tot het alsnog opheffen van het CSZ en het overhevelen van de taken van het CSZ naar de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

<sup>1</sup> Zie o.a. bijlage bij Kamerstukken II 2008/09, 31 700 XVI, nr. 173 en Kamerstukken II 2010/11, 32 500 XVI, nr. 135.

## 5. Medezeggenschap

Veel fracties hebben vragen gesteld over medezeggenschap. De vragen hebben voornamelijk betrekking op het geheel aan bevoegdheden voor de cliëntenraad, op onderscheid tussen cure en care en op medezeggenschap bij bouw. In hoofdstuk 13 ga ik in op al deze vragen en licht ik toe waarom ik overga tot een aantal aanpassingen op het gebied van medezeggenschap bij bouw en bij benoeming van leidinggevenden.

## 6. Verklaring omtrent gedrag

Parallel aan hetgeen in de Bwzi wordt geregeld voor de AWBZ-sector, en ter voldoening aan hetgeen recentelijk aan uw Kamer is toegezegd naar aanleiding van de vragen van het Kamerlid Leijten (SP) over een verklaring omtrent gedrag in de zorg (2011Z03670), wordt nu ook in de Wcz de verplichting opgenomen tot het vragen van een verklaring omtrent gedrag aan nieuwe medewerkers van zorginstellingen. Mede naar aanleiding van de besluitvorming op basis van het Rapport onafhankelijke Commissie Zedenzaak Amsterdam (commissie Gunning) zoals die op 11 juli 2011 aan u is toegezonden door de ministers van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Veiligheid en Justitie, is het denkbaar dat de screening in de toekomst niet ophoudt na de eenmalige verklaring omtrent gedrag bij indiensttreding.

Deze wijzigingen vloeien voort uit gewijzigde inzichten en nadere keuzen. Voorts worden in het wetsvoorstel wijzigingen aangebracht met het oog op afstemming van het wetsvoorstel op andere wetgeving; daarnaast is sprake van technische verbeteringen. In de bijgevoegde nota van wijziging licht ik alle wijzigingen toe.

## Verwijzingen

De vragen van de leden van de SP-fractie die zijn opgenomen onder Algemeen beantwoord ik in paragraaf 1.5 van deze nota naar aanleiding van het verslag.

## DEEL I DOEL EN HOOFDLIJNEN VAN HET WETSVOORSTEL

### 1. Doel en context van het wetsvoorstel

#### 1.1. Waarom één nieuwe wet

In mijn beleidsagenda Zorg die werkt<sup>1</sup> heb ik aangegeven dat iedere Nederlander moet kunnen rekenen op zorg van hoge kwaliteit: snel, goed, veilig en respectvol. Om deze reden hecht ik sterk aan de totstandkoming van de Wet cliëntenrechten zorg. Deze wet geeft cliënten het recht op goede en veilige zorg. Op grond van deze wet kunnen cliënten ook inzicht krijgen in de mate waarin de zorg goed en veilig is. Ze kunnen hun ervaringsdeskundigheid inbrengen, bestuurders moeten daar hun voordeel mee doen. Als de zorg niet goed en veilig is, is er een laagdrempelige en effectieve procedure om te klagen met als stok achter de deur een geschilleninstantie die bindende uitspraken doet en een schadevergoeding kan toekennen. Daarnaast worden de eisen aan bestuur en toezicht aangescherpt en krijgen cliëntenraden meer invloed. De IGZ ziet toe op de naleving van het recht op goede en veilige zorg en andere onderdelen van de Wcz. Al deze elementen die tezamen bijdragen aan goede zorg worden in deze ene wet geregeld. Dat is helder voor cliënten en aanbieders en geeft duidelijk weer dat de zorg er is voor de cliënt en niet omgekeerd.

Het motto van de staatssecretaris is Vertrouwen in de zorg<sup>2</sup>. Zij wil vanuit vertrouwen de voorwaarden scheppen waarin zij die zorg en ondersteuning nodig hebben en zij die zorg en ondersteuning geven in

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 1.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 2.

wederkerigheid goed met elkaar kunnen samenwerken. Dat is precies wat de Wcz doet.

*De leden van de fractie van de PvdA vragen of de knelpunten in de huidige wetgeving (zij noemen daarbij een aantal voorbeelden) ook zonder één nieuwe wet hadden kunnen worden opgelost. De leden van de fractie van D66 vragen of voor de verbetering van de rechtspositie van de cliënt een hele nieuwe wet nodig is, die andere wetten vervangt. De leden van de SGP-fractie vragen naar de noodzaak van de wet, nu rapporten van de IGZ<sup>1</sup> en de Raad voor de volksgezondheid en zorg (RVZ)<sup>2</sup> aangeven dat de rechtspositie al goed is geregeld en dat bestaande instrumenten beter moeten worden benut. Verder vragen zij of de knelpunten die wetgeving behoeven, opgelost kunnen worden door de bestaande wetgeving te moderniseren.*

Knelpunten in wetten moeten in eerste instantie met wetgeving opgelost worden, knelpunten in de praktijk kunnen misschien deels met wetgeving voorkomen worden, maar zullen deels ook opgelost moeten worden in de praktijk. In die zin is de Wcz geen panacee voor alle problemen in de zorg. Ik loop de problemen langs die de leden van de PvdA-fractie schetsen.

- *Onheldere definitie van het «recht op goede zorg» en onhelderheid over de inhoud van «goede zorg».* De definitie van goede zorg in de Wcz is iets meer ingevuld dan de definitie van verantwoorde zorg in de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwaliteitswet). Ook kan de norm van goede zorg gemakkelijker nader worden ingevuld dan de norm van verantwoorde zorg onder de Kwaliteitswet. Goede zorg is op wetsniveau zeker meer ingevuld dan goed hulpverlenerschap uit het BW. In alle gevallen moet de nadere concretisering van de wettelijke norm echter van veldpartijen komen: zij weten het beste wat goede zorg is. Om de totstandkoming van richtlijnen en standaarden, die een nadere invulling geven aan de open norm in de wet, te bevorderen, komt er het Kwaliteitsinstituut.
- *Onvoldoende keuze-informatie.* Het recht op keuze-informatie in de Wcz moet voor partijen in het veld een extra stimulans zijn om hard door te werken aan het opstellen van indicatoren voor de kwaliteit van de zorg. De gemakkelijkste manier voor aanbieders om keuze-informatie te geven als de cliënt daarom vraagt, is immers het beschikbaar stellen van de scores op kwaliteitsindicatoren van de zorg die relevant zijn voor de cliënt met zijn aandoening. Sinds het verschijnen van het rapport van de RVZ in 2006 is in het kader van het programma Zichtbare Zorg stug doorgewerkt aan het tot stand komen van vergelijkende keuze-informatie.
- *Onvolkomenheden in de WGBO.* Ik weet niet op welke onvolkomenheden de leden van de PvdA-fractie precies duiden, maar de Wcz repareert juist een aantal onvolkomenheden, o.a. rechten gelden ook in de langdurige zorg, recht op informatie over incidenten en recht op informatie voor nabestaanden. Uit de evaluatie van de WGBO uit 2000<sup>3</sup> bleek dat er op onderdelen van de WGBO lacunes waren in de kennis van de WGBO bij veldpartijen. Inmiddels heeft met name de KNMG veel gedaan om die kennis te vergroten. Er zijn diverse rapporten verschenen over hoe bijvoorbeeld de bepalingen over informatie en toestemming en dossier gelezen moeten worden. Deze kennis behoudt ook haar waarde; temeer daar ik de betreffende bepalingen in de WGBO laat staan.
- *Klachtrecht niet laagdrempelig, niet effectief en niet bindend.* Door in de Wcz een verplichte klachtenfunctionaris of cliëntenvertrouwenspersoon op te nemen, wordt de behandeling van klachten, of liever gezegd het gesprek over onvrede bij cliënten, beslist laagdrempeliger en worden formele klachtenprocedures voorkomen. Als er toch een formele procedure komt en de cliënt is niet tevreden over de afhande-

<sup>1</sup> IGZ, Staat van de Gezondheidszorg 2006.

<sup>2</sup> RVZ, De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet, 2006.

<sup>3</sup> Dute J.C.J., Friele R.D., Gevers J.K.M. et al. (2000), *De evaluatie van de WGBO*, Den Haag: ZonMw.

ling van de klacht door de zorgaanbieder, is er een onafhankelijke instantie die een bindend besluit neemt. Het veld heeft zelf een beroepsprofiel voor klachtenfunctionarissen opgesteld en het is aan veldpartijen om te zorgen dat er één of meer geschilleninstanties zijn die voldoen aan de eisen van de wet.

- *Beperkte invloed van cliëntenraden.* De Wcz doet op dit punt alles wat een wet kan doen: zorgen dat cliëntenraden goed geëquipeerd zijn en hen ruimere bevoegdheden geven. Daarnaast doet de sector zelf ook veel: een modelregeling voor de financiering van cliëntenraden en een medezeggenschapscode. Ten slotte ligt er ook een taak voor leden van cliëntenraden en bestuurders zelf: zij moeten met elkaar een effectieve wijze van omgang vinden, die zorgt voor effectieve invloed van de cliëntenraad en werkbare besluitvorming voor het bestuur.

Uit bovenstaande opsomming blijkt dat de Wcz wel degelijk knelpunten oplost. De leden van de SGP-fractie hebben wel gelijk, in die zin dat de Wcz niet alle door de IGZ en de RVZ gesignaleerde knelpunten oplost. In paragraaf 4.2 van de memorie van toelichting<sup>1</sup> is uitgebreid uiteengezet welke acties organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverleners en de overheid nog meer ondernemen om te zorgen dat de positie van de cliënt, de kwaliteit en de samenhang in de zorg en de transparantie over de kwaliteit verbeteren.

De vervolgvraag is of de wettelijke knelpunten ook kunnen worden opgelost door de verschillende afzonderlijke wetten aan te passen. Mijn antwoord daarop is: gedeeltelijk. De WGBO had aangepast kunnen worden, maar dat zou de cliënt niet hebben verlost van de vraag of hij een overeenkomst sluit of niet en, zo nee, of de ingewikkelde «schakelbepaling» (artikel 7:464 BW) dan van toepassing is, zodat hij zijn recht kan halen. De Kwaliteitswet zou aangepast kunnen worden, maar dan zou de samenhang met de regelgeving voor klachten, medezeggenschap en goed bestuur niet helder zijn. Aanpassing van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) zou geen recht doen aan de raakvlakken tussen medezeggenschap en goed bestuur. De Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) zou zo drastisch aangepast moeten worden, dat daarvoor ook een hele nieuwe wet in de plaats had moeten komen. Aanpassen van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) is geen optie geweest: die wet is grotendeels een lege huls geworden na het afschaffen van het bouwregime. Verschillende onderdelen van de Wtzi (goed bestuur, acute zorg, winstverbod) zijn op verschillende plekken in de Wcz terecht gekomen. Het aanpassen van alle wetten tegelijkertijd zou zowel voor het parlement als voor aanbieders en cliënten onoverzichtelijk zijn geweest.

*De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe groot de winst van de ene wet zal zijn, nu in de praktijk toch verschillende regelingen naast elkaar blijven bestaan en zij verwijzen daarbij naar het advies van de Raad van State.*

De winst van het huidige wetsvoorstel is dat er één wet is voor de relatie cliënt – zorgaanbieder, die de cliënt centraal stelt, hem meer rechten geeft en meer mogelijkheden biedt om de naleving daarvan door de zorgaanbieder af te dwingen. Door de bundeling wordt de wetgeving transparanter en overzichtelijker. Eén artikel met verslagverplichtingen in plaats van verplichtingen in vier wetten. Wat met elkaar samenhangt (klachtrecht en kwaliteit van zorg, medezeggenschap en kwaliteit van zorg, transparantie van de zorg en transparantie van de wetgeving, algemene informatie over de kwaliteit van de zorg en individuele informatie over de kwaliteit van de zorg) wordt in samenhang geregeld. Begrippen worden geharmoniseerd, reikwijdtes op elkaar afgestemd. En er is de

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2010/11, 32 402, nr. 3, p. 13.

mogelijkheid om de wet verder uit te breiden (bijvoorbeeld met regelgeving over winst).

In de Wcz is een groot aantal bepalingen gebundeld dat betrekking heeft op de relatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder. Er worden mij in feite twee vragen tegelijk gesteld: enerzijds de vraag of die bundeling wel nodig is en anderzijds de vraag of die bundeling wel ver genoeg gaat. In de eerste fase van de voorbereiding van de Wcz was er de roep om één consumentenwet voor de relatie van de cliënt met de zorgaanbieder en de verzekeraar. Tegelijkertijd leefde bij veel partijen in het veld de angst voor een te groot en veel omvattend wetsvoorstel. Er is toen gekozen voor een middenweg, waarbij de ene wet wel een aantal wetten bundelt, maar alleen die wetgeving die betrekking heeft op de relatie cliënt – zorgaanbieder en dan ook nog niet alle wetten, om vertraging bij lopende wetgevingsprocessen te voorkomen. Daarbij is nadrukkelijk de mogelijkheid opengelaten voor de latere aanbouw van overige wetgeving.

De Raad van State vond het wetsvoorstel niet voldoende gemotiveerd. De motivering is dan ook aangevuld in het nader rapport<sup>1</sup> en in de memorie van toelichting<sup>2</sup>. Inderdaad is in de versie van de Wcz die bij uw Kamer is ingediend een deel van de bepalingen in het BW over de geneeskundige behandelingsovereenkomst blijven staan, waardoor de betreffende afdeling van het BW en de Wcz naast elkaar bestaan. Hiervoor is gekozen om te laten zien dat de Wcz niets verandert aan het al of niet afsluiten van overeenkomsten of geneeskundige behandelingsovereenkomsten tussen cliënten en zorgverleners of zorgaanbieders. Voor de cliënt leidt dit niet tot nieuwe onoverzichtelijkheid. De cliënt hoeft zich immers niet bezig te houden met de vraag of hij een overeenkomst sluit met een zorgaanbieder en, zo ja, wat voor een overeenkomst dat dan is en met wie hij die precies sluit. Alle cliëntenrechten vloeien voort uit de Wcz en kunnen op basis van de Wcz afdgedwongen worden, ongeacht of er sprake is van enige overeenkomst of niet. De opname van de inhoudelijke cliëntenrechten uit het BW in de Wcz is pure winst voor cliënten in de langdurige zorg die geen geneeskundige behandeling ontvangen, maar wel andere zorg: voor hen gelden de rechten op grond van dit wetsvoorstel wel, terwijl dat op grond van het BW niet het geval is. Voor cliënten met een naturaverzekering ontstaat ook meer duidelijkheid: de rechten in de Wcz gelden ongeacht de wijze van financiering van de zorg.

Gegeven de eerdere keuze om de Wcz en geneeskundige behandelingsovereenkomst naast elkaar te laten bestaan, heb ik er in de bijgevoegde nota van wijziging voor gekozen dan ook maar alle bepalingen van de WGBO in het BW te laten staan. Dit draagt niet bij aan verdere integratie van wetgeving, maar neemt wel maatschappelijke onrust weg over het verdwijnen van bepalingen uit het BW.

*De leden van de PvdA-fractie hebben gevraagd welke knelpunten in de huidige regelingen niet goed worden gehandhaafd en in welk opzicht de Wcz hierin verbetering zal brengen.*

Op dit moment is er geen sprake van rechtstreeks toezicht van de IGZ op de naleving van de patiëntenrechten uit de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Een belangrijk voordeel van dit wetsvoorstel is dat het, anders dan de bepalingen inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst, ook een handvat biedt voor bestuursrechtelijk toezicht door de IGZ op naleving van verplichtingen voor zorgaanbieders voortvloeiend uit rechten van cliënten en de mogelijkheid biedt voor een wettelijke, laagdrempelige geschillenregeling. Door verschillende wetten in een nieuwe wet onder te brengen worden knelpunten weggenomen (bijvoorbeeld door een eenduidige definiëring van begrippen) en wordt de

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2010/11, 32 402, nr. 4, p. 4 en 5.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2010/11, 32 402, nr. 3, p. 18 en 19.

regelgeving voor alle betrokkenen toegankelijker en inzichtelijker, waardoor beter gehandhaafd kan worden. Dit is een belangrijke verandering en verbetering ten opzichte van de huidige situatie.

*De leden van de PvdA vragen welke specifieke punten uit de Wcz het voor cliënten makkelijker maken om te kiezen voor de zorgaanbieder die bij hun zorgvraag past en om goede zorg te krijgen, afgestemd op de behoeften. Zij vragen of dat met de (aanpassingen van) bestaande regelingen niet zou kunnen.*

De informatievoorziening aan cliënten en de daarbij behorende verplichtingen voor zorgaanbieders zijn op dit ogenblik tamelijk onsamenhangend geregeld. De groep zorgaanbieders die aan de verplichtingen tot openbaarmaking van gegevens over hun zorgverlening moeten voldoen, is verschillend per wet (Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), Wtzi, Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet big), Kwaliteitswet, Wkcz, Wmcz). Dit heeft tot gevolg dat het voor cliënten lastig is om de zorgprestaties van de verschillende zorgaanbieders met elkaar te vergelijken. In de Wcz worden de volgende verbeteringen aangebracht als het gaat om de informatievoorziening aan cliënten, anders dan de informatie-uitwisseling in de individuele zorgrelatie:

- 1) cliënt krijgt recht op keuze-informatie;
- 2) verslagverplichtingen uit verschillende wetten worden gebundeld;
- 3) de minister kan regels stellen aan de vergelijkbaarheid van gegevens en
- 4) minister en NZa stemmen hun regels onderling af met het oog op verantwoording en transparantie van de markt.

Wat betreft het recht op goede zorg leidt de Wcz tot de volgende verbeteringen voor de cliënt:

- 1) de cliënt krijgt recht op goede zorg (dit recht vervangt de verplichting voor de zorgaanbieder uit de Kwaliteitswet om verantwoorde zorg te leveren);
- 2) het belang van veilige zorg komt tot uitdrukking in de wet;
- 3) afstemming zowel binnen de organisatie van de zorgaanbieder als tussen zorgaanbieders wordt beter geregeld;
- 4) de overheid kan zonedig regels stellen waarin de norm van goede zorg wordt uitgewerkt;
- 5) kwaliteitsgegevens moeten beschikbaar zijn om te worden benut voor verbetering van kwaliteit waarbij bescherming persoonsgegevens beter wordt geregeld en
- 6) de zorgaanbieder moet waarborgen dat hij zijn verantwoordelijkheid voor goede zorg waar kan maken.

Verbeteringen van de klachten- en geschillenregeling en van de invloed van cliëntenraden zijn onlosmakelijk verbonden met een betere kwaliteit van de zorg. Aanpassing van bestaande regelingen zou een veel complexer wetgevingstraject met zich brengen dan harmonisatie in de Wcz.

## **1.2. Wat gebeurt er nog meer, behalve een nieuwe wet**

*De leden van de VVD-fractie benadrukken het belang van respect over en weer en een goede onderlinge verhouding en communicatie tussen zorgaanbieders en cliënten. Zij vragen welke additionele maatregelen naast wetgeving hieraan bijdragen.*

Ik onderschrijf het belang van additionele maatregelen naast wetgeving om ervoor te zorgen dat cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars zodanig gaan functioneren dat een cliëntgerichte werkwijze centraal staat. Op het aspect voorlichting wordt nader ingegaan in het antwoord op de



onderstaande vraag van de leden van de PvdA-fractie. In aanvulling daarop kan vermeld worden dat programma's als Zorg voor Beter en In voor zorg zorgaanbieders stimuleren om meer cliëntgericht te werken.

Om de informatievoorziening voor cliënten ten behoeve van het maken van keuzes sneller op een goed peil te brengen, werkt het programma Zichtbare Zorg binnen de IGZ met alle betrokkenen (waaronder cliënten) met prioriteit aan het ontwikkelen van de benodigde kwaliteitsindicatoren. Daarnaast werkt het Centrum Klantervaringen Zorg (een stichting bestuurd door organisaties van cliënten, aanbieders en zorgverzekeraars, financieel gesteund door de overheid) aan de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van metingen van ervaringen van cliënten. De resultaten van het programma Zichtbare Zorg en het meten van cliëntervaringen zijn zichtbaar op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl).

Daarnaast zijn allerlei initiatieven van verschillende partijen van groot belang voor de relatie tussen cliënten en zorgaanbieders. Enkele voorbeelden:

- tweezijdige algemene voorwaarden;
- inrichting geschilleninstanties;
- gedragscodes;
- bekostiging cliëntenraden en
- oprichting van het Kwaliteitsinstituut.

De eigen regie van burgers over hun privacygevoelige medische informatie is in principe afdoende geregeld door middel van het recht van de cliënt op inzage, het recht van de cliënt om het dossier te laten vernietigen en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, waaronder de geheimhoudingsplicht van de zorgaanbieder. Naar aanleiding van de juridische analyse die ik u op 27 juni 2011 heb toegezonden<sup>1</sup> zal ik aanpassingen in de wetgeving voorbereiden o.a. op het punt van de regie van burgers over hun privacy gevoelige medische informatie bij elektronische uitwisseling van gegevens.

*De PvdA-fractieleiden vragen op welke wijze voorlichting zal worden gegeven over de rechten van patiënten, zoals opgenomen in de nieuwe wet en hoe ervoor wordt gezorgd dat cliënten inderdaad bewuster gebruik kunnen en zullen maken van hun rechten.*

Zoals ik hierboven al aangaf, is een nieuwe wet op zichzelf niet genoeg om ervoor te zorgen dat cliënten daadwerkelijk bewuster gebruik kunnen en zullen maken van hun rechten. Aanvullend is ook voorlichting nodig om de cliënten te informeren over hun rechten en mogelijkheden. Ook cliëntenorganisaties, cliëntenraden, zorgaanbieders, zorgverleners en zorgverzekeraars moeten geïnformeerd worden over de consequenties van het wetsvoorstel, de consequenties verder uitdragen en meewerken aan een cultuur waarin de cliënt centraal staat. Het doel van de wet is uiteindelijk om de positie van de cliënt in relatie tot de zorgverlener te versterken. Hiertoe worden al veel initiatieven vanuit het veld (o.a. zorgaanbieders, verzekeraars, professionals en cliëntenorganisaties) ondernomen. Voorbeelden hiervan zijn informatiewebsites zoals Zorgkaart Nederland, professionele platforms voor innovatieve ideeën (zoals Tedx waar gesproken is over de cultuurverandering in de relatie tussen de arts en patiënt) en ranglijsten van verzekeraars. De campagne van de Consumentenbond «Kiezen moet kunnen», gericht op het transparant maken van de kwaliteit van de zorg, sluit heel goed aan bij de Wcz. Dat geldt ook voor het programma van de Consumentenbond voor de totstandkoming van tweezijdige algemene voorwaarden. Met de communicatie over de wet wil ik zoveel mogelijk aansluiten bij de inhoudelijke thema's uit de wet (zoals medezeggenschap, geschillenin-

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2010/11, 27 529, nr. 82.

stanties, goed bestuur), bij de trajecten die zich richten op de implementatie van de wet en bij reeds lopende programma's van veldpartijen. *De leden van de D66-fractie vragen of de Wcz de actieve betrokkenheid bij en eigen verantwoordelijkheid in de eigen behandeling van patiënten stimuleert of juist afremt. De leden van de D66-fractie vragen tevens welke inspanningen nodig zijn om zorginstellingen alsnog ertoe te bewegen om bestaande wetgeving te verankeren in de beroepspraktijk, zodat nieuwe wetgeving overbodig wordt. Ook de leden van de SGP-fractie vragen waarom niet eerst werk gemaakt wordt van een beter toepassen van de beschikbare instrumenten.*

Ik ben van mening dat de Wcz cliënten juist zal stimuleren om actief mee te denken over hun zorg, onder meer dankzij verbeteringen in het recht op keuze-informatie, klachten- en geschilbehandeling en medezeggenschap. De cliënt krijgt immers meer informatie op basis waarvan hij kan kiezen als hij dat wil. Hij krijgt verder effectievere mogelijkheden om aan de bel te trekken als hij niet tevreden is over de zorg en cliëntenraden kunnen meer invloed uitoefenen op de besluitvorming van de zorgaanbieder.

Ik onderschrijf wel het belang van additionele maatregelen naast wetgeving om ervoor te zorgen dat cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars zodanig gaan functioneren dat een cliëntgerichte werkwijze centraal staat. In antwoorden op bovenstaande vragen van de leden van de VVD-fractie en de PvdA-fractie is hierop nader ingegaan. Het beter toepassen van bestaande wetgeving juich ik uiteraard toe, maar dat kan niet de lacunes in de bestaande wetgeving wegnemen, zoals blijkt uit de opsomming in paragraaf 1.1. Het bevorderen van het tot stand komen en implementeren van richtlijnen door het Kwaliteitsinstituut en toezicht en handhaven door de IGZ zijn eveneens van belang voor het beter toepassen van wetgeving in de praktijk.

### **1.3. De cliënt**

*De leden van de fractie van de SP hebben bezwaar tegen de titel van de wet, omdat deze de suggestie wekt van een gelijke machtsverhouding tussen vragers en aanbieders.*

Het woord «cliënt» in de titel van de wet is zo gekozen, omdat dat de beste overkoepelende naam is voor patiënten in de curatieve zorg, relatief gezonde consumenten die kiezen naar welke zorgaanbieder ze gaan en bewoners van intramurale instellingen, zowel mensen met somatische beperkingen als mensen met verstandelijke beperkingen. Ik beschouw «cliënt» als een neutrale term voor meer en minder mondige mensen die zorg gebruiken of vragen. Ik wil de zorggebruiker of de zorgvrager niet neerzetten als iemand die shopt of als iemand die zielig is. Het is voor de duidelijkheid noodzakelijk, maar technisch ook onvermijdelijk, om in de wetgeving, of het nu om één of om meerdere wetten gaat, steeds dezelfde term te gebruiken.

Juist om de verhoudingen tussen zorgaanbieder, verzekeraar en cliënt in evenwicht te brengen, kies ik ervoor om de rechten die de cliënt heeft ten opzichte van de zorgaanbieder te bundelen en in één wet neer te leggen. Rechten voor de cliënt betekenen plichten voor de zorgaanbieder. Doordat de IGZ ook toezicht houdt op de naleving van de verplichtingen voor de zorgaanbieder die voortvloeien uit de rechten van de cliënt, wordt de cliënt beter beschermd.

*De leden van de SP-fractie hebben vragen over de relatie tussen de zorgaanbieder en iemand die zorg nodig heeft.*

De leden van de SP-fractie merken terecht op dat iemand die is aangewezen op zorg, in een afhankelijke positie verkeert ten opzichte van de zorgverlener en de zorgaanbieder. Die afhankelijkheid komt allereerst voort uit het gegeven dat de cliënt van de kennis, ervaring en inzet van de zorgverlener afhankelijk is voor zijn herstel. Daarnaast speelt een rol dat de cliënt in onzekerheid kan verkeren over de aard van zijn gezondheidsproblemen en de kansen op herstel, verbetering of kwaliteit van leven. De afhankelijkheid zal intenser worden ervaren naar gelang het gaat om meer ingrijpende of langer durende vormen van zorg.

Vanwege die afhankelijkheid ligt er nadrukkelijk een verantwoordelijkheid voor de overheid en wordt het op zijn plaats geacht dat de wetgever regels stelt ter versterking van de positie van de cliënt, ongeacht de juridische grondslag van de relatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder, dus los van de vraag of er een overeenkomst tussen de cliënt en de zorgverlener of zorgaanbieder bestaat.

Waar de leden van de SP-fractie kennelijk in het wetsvoorstel lazen dat van de bescherming van de rechten van de cliënt uitsluitend een privaatrechtelijke zaak wordt gemaakt, moet sprake zijn van een misverstand. Door dwingende wettelijke regels te stellen die zorgverleners en zorgaanbieders steeds jegens de cliënt in acht moeten nemen, wordt de feitelijke ongelijkheid in positie zoveel mogelijk weggenomen; de cliënt kan immers van de zorgaanbieder verlangen dat deze zijn verplichtingen jegens hem nakomt. De cliënt kan zo nodig daarbij een beroep doen op de geschilleninstantie waarbij de aanbieder verplicht is aangesloten. Daarnaast is er vanwege de zwakkere positie van de cliënt zeker aanleiding om ook de IGZ een rol te geven bij de handhaving van de wet. Dat doet het wetsvoorstel dan ook, anders dan de WGBO nu. De IGZ heeft nadrukkelijk tot taak om in te grijpen waar zich situaties voordoen die onwenselijk worden geacht.

#### **1.4. Rechten en plichten**

*De leden van de PvdA-fractie vragen aan te geven welke plichten van de zorgverleners als individueel recht kunnen worden afgedwongen. Zij doelen daarbij op bepalingen over goed bestuur, medezeggenschap en maatschappelijke verantwoording waarvan zij veronderstellen dat deze onder de noemer van individueel basisrecht zijn gebracht.*

Het wetsvoorstel kent de cliënt een aantal *individuele rechten* toe:

- in artikel 5 het recht op goede zorg;
- in artikel 9 het recht op geestelijke verzorging en het recht op het houden van een leefwensenonderzoek;
- in artikel 13 het recht op keuze-informatie;
- in artikel 14 het recht op overleg en informatie omtrent de behandeling;
- in artikel 16 het recht op toestemming (informed consent);
- in artikel 18 het recht op voortzetting van de behandeling;
- in artikel 19 het recht op een dossier;
- in artikel 20 het recht op bewaring of vernietiging van het dossier;
- in artikel 21 het recht op mededeling en opneming in het dossier van incidenten;
- in artikel 22 het recht op inzage van het dossier;
- in artikel 23 (voor nabestaanden) een beperkt recht op inzage in het dossier;
- in artikel 24 het recht op bescherming van zijn persoonsgegevens;
- in artikel 26 het recht op privacy bij de behandeling;
- in artikel 27 het recht op een behoorlijke klachten- en geschillenvoorziening;

- in artikel 32 het recht op een goede medezeggenschapsregeling en aansluiting bij een commissie van vertrouwenslieden.

Het wetsvoorstel kent de cliënt, anders dan deze leden veronderstellen, echter geen individueel recht toe op goed bestuur en maatschappelijke verantwoording. Naast de als individueel afdwingbaar recht geformuleerde bepalingen kent het wetsvoorstel bepalingen waarin aan de zorgaanbieder *verplichtingen* zijn opgelegd (ook wel collectieve rechten genoemd). Dat geldt voor

- artikel 2 (afspraken met zorgverleners, vergewisplicht en verklaring omtrent gedrag);
- artikel 7 (organisatie van de zorg);
- artikel 10 (systematische kwaliteitsbewaking);
- artikel 12 (meldplicht calamiteiten e.a.);
- artikel 15 (achterwege laten informatieverstrekking);
- artikel 28 (regeling treffen inzake klachtenbehandeling);
- artikel 29 (aansluiten bij geschilleninstantie);
- artikel 33 e.v. (regeling medezeggenschap, financiering daarvan, informatieverstrekking, advies vragen, aansluiten bij commissie van vertrouwenslieden);
- artikel 40 (goed bestuur);
- artikel 42 (beschikbaarheid);
- artikel 44 (maatschappelijke verantwoording);
- artikel 46 (verbod winstuitkering) en
- artikel 47 (ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering).

Aan de individuele rechten is artikel 2 gekoppeld. In het eerste lid wordt de zorgaanbieder de verplichting opgelegd om ervoor te zorgen dat de zorg die hij biedt, voldoet aan hetgeen waarop de cliënt ingevolge deze wet recht heeft. Op die manier zijn ook de individueel afdwingbare rechten tot een verplichting voor de zorgaanbieder gemaakt. In de overige leden van artikel 2 zijn nadere waarborgen gecreëerd voor het naleven van die verplichtingen door zorgaanbieders en zorgverleners.

Dit brengt mij tot de vaststelling dat het voor de formele juridische positie van de cliënt in dit wetsvoorstel betrekkelijk irrelevant is of zaken als recht zijn geformuleerd of dat er sprake is van een verplichting voor de zorgaanbieder. In beide gevallen moet de zorgaanbieder deze in acht nemen. Ook voor de handhaving maakt het niet uit. We formuleren in de Wcz individuele rechten voor de cliënt om tot uitdrukking te brengen dat het draait om hem. De zorgaanbieder moet de rechten van de cliënt naleven; de cliënt kan dat afdwingen als hij dat wil.

De regeling van het klachtrecht in het wetsvoorstel (artikel 27 en 28) geeft de cliënt het recht te klagen over elke gedraging van de zorgaanbieder; dat omvat het schenden van rechten van de cliënt en het nalaten van dingen die de zorgaanbieder moet doen. De regels over de geschilleninstantie (artikel 29) geven de cliënt het recht een bindend advies van die instantie te vragen over elke geschil met een zorgaanbieder over een gedraging van de zorgaanbieder. Daarmee kan de cliënt desgewenst op eenvoudige wijze over alle aspecten van de zorgverlening (ongeacht of het gaat om een recht of om een verplichting) een bindende uitspraak verkrijgen.

Desgewenst kan een betrokken en actieve cliënt aldus in het geweer komen tegen een zorgaanbieder die zijn wettelijke verplichtingen schendt en daardoor het indirecte belang van de cliënt (en dat van andere cliënten) bij een goed bestuur, goede medezeggenschap of adequate maatschappelijke verantwoording schaadt. Hiermee is sprake van een forse versteviging van het recht van de cliënt. De gemiddelde cliënt zal waarschijnlijk

vooral belang hechten aan en bereid zijn inspanningen te doen voor de naleving van de individuele rechten die het wetsvoorstel hem toekent. Het wetsvoorstel voorziet in toezicht door de IGZ op de naleving van de verplichtingen door de zorgaanbieders (artikel 58). Het gaat daarbij zowel om toezicht op de naleving van de verplichtingen die in de wet zijn geformuleerd, als om de naleving van verplichtingen die voor zorgaanbieders voortvloeien uit de rechten van cliënten.

Bij de burgerlijke rechter kan de cliënt zo nodig tegen elke schending van zijn rechten, dus met inbegrip van zijn recht op een goede klachtenregeling en op een goede medezeggenschapsregeling, opkomen met een zogenaamde actie uit onrechtmatige daad. Het wetsvoorstel maakt met het toekennen van een recht immers duidelijk dat deze regels strekken ter bescherming van het belang van de cliënt. Een onrechtmatige daad is immers elke inbreuk op een recht. Of een individuele cliënt bij de rechter ook tegen schending van de verplichtingen (collectieve rechten) kan opkomen, zal afhangen van de vraag of de rechter tot het oordeel komt dat deze verplichtingen beogen die cliënt in enig belang te beschermen. Uiteraard is en blijft het mogelijk voor de cliënt om zich bij geneeskundige behandeling tot de burgerlijke rechter te wenden vanwege wanprestatie op grond van de WGBO.

### **1.5. Zorgstelsel en vervallen Wtzi**

*De leden van de VVD-fractie vragen naar de toegevoegde waarde van dit wetsvoorstel in een systeem waarin zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar onderhandelen over de kwaliteit en de prijs van de zorg.*

Als zorgaanbieders en zorgverzekeraars volledig vrij met elkaar onderhandelen en er is sprake van voldoende zorgverzekeraars en zorgaanbieders en volledige transparantie van de kwaliteit van de zorg, zouden er in principe voldoende waarborgen moeten zijn voor goede zorg tegen een redelijke prijs. Er zou dan wellicht volstaan kunnen worden met een aantal minimale wettelijke waarborgen. Deze ideale situatie is echter nu niet aan de orde en naar verwachting in de zeer nabije toekomst ook niet. Er is niet in alle deelsectoren zoveel aanbod dat cliënten geheel vrij een zorgaanbieder kunnen kiezen. Ook de transparantie van de kwaliteit moet nog verder verbeterd worden en is er slechts op een deel van de markt sprake van vrije prijzen. Ik streef ernaar dat dat deel snel groter wordt, maar op een deel van de markt zal ook in de toekomst geen sprake zijn van vrije prijzen. Ik ben daarom van mening dat de zorgsector een aantal wettelijke waarborgen nodig heeft voor de kwaliteit en cliëntgerichtheid van de zorg.

*De leden van de CDA-fractie vragen naar de gevolgen van het intrekken van de Wtzi. De leden van de SP-fractie vragen waarom de liberalisering van de toetreding voor zorgaanbieders in de Wcz is opgenomen. Zij vragen wat dit te maken heeft met de rechten van patiënten en zorgbehoevenden.*

Mede ter accentuering van de centrale rol van de cliënt in de zorg en met het oog op het vergroten van zijn keuzemogelijkheden, zijn de afgelopen jaren belangrijke stappen gezet. De invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 heeft een gewijzigd verzekeringstelsel tot stand gebracht. Met de totstandkoming van de Wtzi en de Wmg zijn stappen gezet op weg naar een stelsel waarin meer ruimte is voor zorgaanbieders om meer cliëntgericht te ondernemen in de (nog steeds sterk gereguleerde) zorg. Dit wetsvoorstel ter versterking van de positie van de cliënt is een volgende stap in de vernieuwing van het zorgstelsel.

Bij de totstandkoming van de Wtzi in 2006 was het expliciet de bedoeling om gefaseerd meer ruimte te bieden voor ondernemerschap met het oog op cliëntgerichte zorg. Op basis van de Wtzi is in 2008 en 2009 het bouwregime afgeschaft. Met dit wetsvoorstel verdwijnt de toelating op grond van de Wtzi. Dat past ook in het kabinetsbeleid om voorafgaande vergunningen, waar dat mogelijk is, te vervangen door wettelijke eisen die altijd gelden en ook gehandhaafd worden.

Dat neemt niet weg dat ik het nog steeds nodig vind dat er wettelijke waarborgen zijn voor de positie van de cliënt en de kwaliteit van de zorg. De Wcz scherpt die waarborgen juist aan. Eisen ten aanzien van bestuur en intern toezicht, enquêterecht en toegang tot de Ondernemingskamer voor cliënten, maatschappelijke verantwoording en beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg worden in de Wcz steviger verankerd dan het geval was in de Wtzi. Al deze elementen uit de Wtzi zijn wel degelijk van belang voor de cliënt; die moet er immers op kunnen vertrouwen dat de interne checks en balances bij een zorgaanbieder goed zijn.

*De leden van de VVD-fractie vragen of er toelatingseisen komen. De leden van de CDA-fractie wijzen erop dat op dit moment verzekerde zorg gekoppeld is aan instellingen die toegelaten zijn op grond van de Wtzi. Zij vragen wat het gevolg is als de Wtzi komt te vervallen. De leden van de SP-fractie vinden dat toetsing van zorgaanbieders ook vooraf moet gebeuren op kwaliteit en financiële transparantie en dat blijvend toetsen van deze criteria noodzakelijk is. De SP-fractieleden wijzen daarbij op de vrijblijvendheid van een register. Zij vragen in dit kader ook naar onderaanbesteding.*

Bij inwerkingtreding van de Wcz komt de toelatingseis te vervallen. Dat betekent dat instellingen geen toelating meer nodig hebben om verzekerde zorg te kunnen leveren op grond van de AWBZ of Zvw. Bij de aanvraag van een toelating vindt een marginale toets plaats, die er in feite op neer komt dat wordt gekeken of de statuten in overeenstemming zijn met de wet. De toets biedt geen garantie op de kwaliteit van de te leveren zorg. Deze administratieve last kan wat mij betreft dan ook vervallen. Uiteraard moeten alle zorgaanbieders, ook de nieuwe, goede zorg leveren. Zij zijn en blijven gebonden aan de eisen uit de Wcz, waaronder de eisen voor goede zorg, keuze-informatie, goed bestuur en maatschappelijke verantwoording. De IGZ ziet toe op de naleving daarvan. Ik ben het dan ook met de leden van de SP-fractie eens dat de genoemde kwaliteitseisen gesteld mogen en moeten worden aan nieuwe toetreders, net zoals ik die ook stel aan bestaande zorgaanbieders. De kwaliteitseisen gelden daarbij voor alle nieuwe en bestaande zorgaanbieders; ook degene die geen verzekerde zorg leveren en dus geen toelating nodig hebben. Deze verruiming vind ik een belangrijke verbetering ten opzichte van de papieren toets die voorafgaat aan de toelating.

De IGZ besteedt in haar risico-analyse aandacht aan nieuwe toetreders op de markt. Iedere nieuwe toetreders krijgt een vragenlijst toegestuurd en op basis van de antwoorden beziet de IGZ bij welke instelling controle ter plaatse aan de orde is. In feite is dat een veel beter systeem ter waarborging van kwaliteit van zorg dan de wijze waarop de Wtzi-toelatingen door het agentschap CIBG van VWS worden afgegeven, gericht op organisatorische eisen.

Ook zorgverzekeraars hebben een rol bij het beoordelen van nieuwkomers op de markt; zorgverzekeraars moeten inhoudelijk beoordelen of het – gezien het overige beschikbare zorgaanbod – aantrekkelijk is om bij deze nieuwkomers in te kopen. Deze rol van zorgverzekeraars/zorgkantoren

wint aan belang zodra ook voor de intramurale AWBZ-zorg de contracteerplicht wordt afgeschaft.

Voor het Wcz-register van zorgaanbieders wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van gegevens die al worden vastgelegd/geregistreerd, met name de gegevens uit het Handelsregister en de Jaardocumenten Maatschappelijke Verantwoording (MV). Een zorgaanbieder die zich niet in het Handelsregister registreert, kan aangepakt worden op grond van de Handelsregisterwet. Het is daarbij de bedoeling dat er voldoende waarborgen komen voor de juistheid van de informatie die over de zorgaanbieder in het Handelsregister wordt opgenomen, zodanig dat de informatie goed bruikbaar is ten behoeve van de zorgsector. Ook de verantwoording door middel van een Jaardocument MV kan op grond van de Wcz worden afgedwongen. Het register is dus zeker niet vrijblijvend. En het verlenen van zorg is dat al helemaal niet. De geleverde zorg moet goed zijn; de IGZ ziet daarop toe.

Op grond van de eisen uit de Wcz met betrekking tot goede zorg is de zorgaanbieder ervoor verantwoordelijk de zorgverlening zodanig te organiseren dat onderaannemers zich houden aan de eisen die gesteld worden aan goede zorg. De zorgaanbieder blijft verantwoordelijk en aansprakelijk voor de zorg verleend door onderaannemers.

*De leden van de SP-fractie wijzen erop dat de kwaliteit van toezicht en bestuur vaak ter discussie wordt gesteld. Zij vragen of het niet beter zou zijn om wettelijke eisen op te nemen voor het mogen verlenen van zorg, waarbij een zorgaanbieder ook het recht op het verlenen van zorg kan verliezen na ernstig falen.*

Ik zie de eisen uit de Wcz als de wettelijke eisen voor het mogen verlenen van zorg, waar de leden van de SP-fractie naar vragen. Als deze eisen niet worden nageleefd kan ik een aanwijzing geven. In een uiterste geval kan de IGZ, op grond van de Wcz, een zorgaanbieder een schriftelijk bevel geven tot het beëindigen van de zorgverlening.

## **1.6. Verwijzingen**

Voor het antwoord op de vragen van de leden van de fractie van de PvdA over de delegatiebepalingen in de Wcz verwijs ik naar paragraaf 5.4. De vragen van de leden van de fracties van D66 en de ChristenUnie over de WGBO en mogelijke juridisering beantwoord ik in paragraaf 5.2. Voor het antwoord op de vragen van de leden van de fracties van de ChristenUnie en de SGP over de relatie tussen de Wcz en de Bwzi, verwijs ik naar paragraaf 5.1. Het antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie over de capaciteit van de IGZ komt aan de orde in hoofdstuk 7. In paragraaf 15.1 ga ik in op de vragen van de leden van de CDA-fractie over de continuïteit van de zorg. De vraag van de leden van de SGP-fractie naar de verhouding van de Wcz met andere wetten beantwoord ik in hoofdstuk 16.

## **2. De cliënt centraal**

### **2.1. Plichten van cliënten**

*De leden van de PvdA-fractie stellen vragen over de regels over de plichten van cliënten en de sancties op het niet naleven daarvan.*

De gedachte dat in een behandelrelatie ook op de cliënt verplichtingen rusten, spreekt mij aan. Ik wil graag benadrukken dat ook van de cliënt mag worden verlangd dat hij van zijn kant alles doet wat aan het welslagen van de behandeling en de zorg kan bijdragen. Tegelijk gaat het om een weerbarstige materie.

Van oudsher (artikel 7:452 WGBO) kent de wetgeving een verplichting voor de cliënt om de hulpverlener naar beste weten de inlichtingen en de medewerking te geven die deze redelijkerwijs voor het uitvoeren van de overeenkomst behoeft. In artikel 6 van de Wcz is die bepaling overgenomen. Naar de letter brengt deze bepaling met zich dat de cliënt de zorgverlener zo goed mogelijk informeert, meedenkt en meebeslist over de behandeling, instructies en adviezen opvolgt (therapietrouw) en leefregels in acht neemt. Toch kan nakoming van deze verplichting niet worden afgedwongen<sup>1</sup>. Een afdwingbare verplichting zou leiden tot een forse ingreep in de persoonlijke levenssfeer en het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt en zou weinig effectief zijn. Het zal immers zeer moeilijk zijn vast te stellen, wanneer sprake is van een verwijtbare niet-naleving van een verplichting door de cliënt, zo dat al te controleren zal zijn. Om die reden voorziet het wetsvoorstel, net als de WGBO thans, niet in sancties in geval van niet voldoende meewerken door de cliënt.

Hier ligt nadrukkelijk ook een rol voor de zorgverlener. Deze zal de cliënt maximaal moeten informeren over het nut van terapietrouw en goede medewerking. De RVZ heeft in het signalement Goed patiëntschap uit 2008 aangegeven dat geen aanpassing van de wetgeving nodig is om de eigen verantwoordelijkheid van cliënten te bevorderen, maar dat het aankomt op goede communicatie. Indien in een extreem geval het niet meewerken door de cliënt ertoe zou leiden dat de zorgverlener eigenlijk niet in staat wordt gesteld goede zorg te leveren, zou de zorgaanbieder eventueel daarin aanleiding kunnen vinden de zorgverlening te beëindigen, maar niet dan nadat hij al het mogelijke heeft gedaan om te bewerkstelligen dat een ander de zorgverlening overneemt.

Naast de verplichting van de cliënt om de inlichtingen en medewerking te verlenen die voor het verlenen van goede zorg nodig is, bestaan voor de cliënt uiteraard ook de normale verplichtingen die in het maatschappelijk verkeer gebruikelijk zijn, zoals het niet zonder goede gronden en tijdig afzeggen van een afspraak met de zorgverlener en een respectvolle bejegening van de zorgverlener. Geweld tegen zorgverleners is uiteraard nimmer gerechtvaardigd. Aanvullende wettelijke regels daarover acht ik echter niet noodzakelijk. Ook hiervoor geldt dat de zorgaanbieder in het uiterste geval daarin een reden kan vinden de relatie te verbreken. In geval een cliënt schade aanricht, biedt het aansprakelijkheidsrecht reeds een goede basis om die op hem te verhalen. In geval van geweld tegen zorgverleners biedt het strafrecht adequate correctiemiddelen.

Of zorgaanbieders een rekening naar de cliënt willen sturen als deze niet op een afspraak verschijnt, is aan de zorgaanbieder zelf. Het niet verschijnen van de cliënt leidt er toe dat er geen zorg wordt verleend. Strikt genomen is de Wmg daarom niet van toepassing: wegblijven is immers geen vorm van zorg als omschreven bij of krachtens de Zvw of AWBZ. Omdat de Wmg niet van toepassing is, is de NZa niet bevoegd een tarief vast te stellen en staat het een zorgaanbieder vrij om een weggebleven cliënt een rekening te sturen.

Ik acht tweezijdige algemene leveringsvoorwaarden – leveringsvoorwaarden die zijn opgesteld door organisaties van cliënten en organisaties van zorgaanbieders gezamenlijk – een geschikt instrument om nadere afspraken te maken over wat er gebeurt als een cliënt niet op een afspraak verschijnt. Op die manier kan rekening worden gehouden met de specifieke groep cliënten en weet iedereen van tevoren waar hij aan toe is. In de tweezijdig opgestelde leveringsvoorwaarden in de sector verpleging-, verzorging-, en thuiszorg, die sinds 1 januari 2011 gehanteerd worden door leden van BTN en Actiz, is bijvoorbeeld opgenomen, dat een cliënt een vergoeding verschuldigd is als deze niet verschijnt op een

<sup>1</sup> Zie ook B. Sluyters en M.C.I.H. Biesart, De geneeskundige behandelingsovereenkomst, Zwolle: W.E.J. Tjeenk Willink 1995, p.53–55 en mr. G.R.J. de Groot, De schuivende panelen van de zorgverzekering, preadvies 2011 voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht, SDU-uitgevers, p.208–209.



afpraak en dit niet 48 uur van te voren kenbaar heeft gemaakt. In de algemene voorwaarden wordt daarbij rekening gehouden met de psychische gesteldheid van de cliënt: een psychogeriatrische cliënt wordt niet aan dezelfde gedragsregels gehouden als iemand die alleen fysieke klachten heeft.

*De leden van de CDA-fractie vragen naar de plicht voor cliënten om zich te gedragen als een goed zorgvrager of een goed patiënt.*

In mijn ogen is er geen bezwaar tegen het opnemen in het wetsvoorstel van een bepaling naar analogie van artikel 7:611 BW (goed werkgeverschap en goed werknemerschap). Een dergelijke bepaling zou echter niets toevoegen aan de meer concrete bepaling van artikel 6 Wcz en artikel 7:452 BW.

## **2.2. De rol van de verzekeraar**

*De leden van de VVD-fractie vragen waarom de zorgverzekeraar buiten de Wcz is gehouden en vragen naar de afwegingen hierbij. De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de rechten van cliënten jegens verzekeraars buiten de wet zijn gehouden. De leden van de ChristenUnie-fractie stellen vragen over de rol van de zorgverzekeraar wat betreft het faciliteren van goede zorg. De leden van de SGP-fractie vragen naar de gevolgen van de Wcz voor de rol van verzekeraars om goede zorg namens hun verzekerden in te kopen, op grond van hun zorgplicht.*

Het is duidelijk dat zorgverzekeraars – zowel in het kader van de Zvw als in het kader van de AWBZ – een betekenisvolle rol toekomt als het gaat om het leveren van goede zorg. Het merendeel van de zorg waarop de Wcz van toepassing zal zijn, wordt immers gevormd door zorg als omschreven in die twee wetten. In ons land wordt tot nu toe het overgrote deel van de verzekerde zorg geleverd als zorg in natura, dat wil zeggen dat de zorgverzekeraar deze zorg voor zijn verzekerden inkoopt. Daarnaast zijn er situaties waarin de cliënt zelf zorg inkoopt, al dan niet met behulp van een persoonsgebonden budget of een vergoeding achteraf door de zorgverzekeraar. De Wcz is op het leveren van in beginsel alle zorg van toepassing, ongeacht of die aan de cliënt wordt verleend in het kader van een verzekering, dus zelfs op zorg die in het geheel niet verzekerd is. De rechten van de cliënt jegens de zorgaanbieder gelden dus altijd, ongeacht de wijze van financiering. De rechten van de cliënt jegens de zorgverzekeraar zijn afhankelijk van de verzekering en daarmee van de wijze van financiering (natura of restitutie).

De cliënt /verzekerde heeft ingeval van een naturaverzekering *jegens zijn zorgverzekeraar* een afdwingbaar recht op levering van goede zorg. Welke en hoeveel zorg dat is en bij wie en op welke wijze de cliënt/verzekerde zijn recht tot gelding kan brengen wordt bepaald door de wettelijke voorwaarden van de AWBZ of de polisvoorwaarden van de Zvw-verzekering. Voor de nakoming van zijn verzekeringsverplichtingen tegenover zijn naturaverzekerden zal de zorgverzekeraar goede zorg moeten inkopen. Dat wil zeggen dat hij ervoor zal hebben te waken dat de ingekochte zorg voldoet aan de professionele standaard en tijdig voor de cliënt beschikbaar is. De zorgverzekeraar moet er bovendien op letten dat hij de zorg inkoopt bij zorgaanbieders die hun wettelijke verplichtingen nakomen en die hun cliënten behandelen overeenkomstig de rechten die de wetgever de cliënt heeft toegekend. De zorgverzekeraar is ook aansprakelijk voor tekortschietende zorg. De cliënt/verzekerde kan zijn zorgverzekeraar zo nodig in rechte aanspreken als hij zijn leveringsplicht niet of niet behoorlijk nakomt door onvoldoende of slechte zorg in te kopen.

De cliënt die zorg nodig heeft, ongeacht of hij daarop jegens zijn verzekeraar recht heeft, wendt zich tot een zorgaanbieder van zijn keuze voor het verkrijgen van de zorg. De cliënt heeft *jegens die zorgaanbieder* een afdwingbaar recht op levering van goede zorg en naleving van de wettelijke regels van de Wcz. Als de cliënt zich – binnen de door de verzekeringsregels gestelde grenzen – tot een zorgaanbieder wendt voor het ontvangen van de zorg waarop hij uit hoofde van zijn verzekering recht heeft, bepaalt de verzekeringsaanspraak de aard en omvang van de te verlenen zorg en zal de zorgaanbieder niet gehouden zijn de cliënt meer zorg te verlenen. Als de cliënt zich tot de zorgaanbieder wendt om zorg te ontvangen buiten zijn verzekeringsaanspraak om of te kennen geeft meer zorg te willen ontvangen dan waarop hij op grond van zijn verzekering recht heeft, zal hij daarover met de zorgaanbieder afspraken kunnen maken en zal de zorgaanbieder die afspraken hebben na te leven. In beide gevallen is de Wcz van toepassing op het verlenen van de zorg.

Eén en ander brengt met zich dat de cliënt – als het gaat om verzekerde zorg die hij in natura ontvangt – zich bij tekortschietende zorg zowel tot zijn zorgverzekeraar als tot zijn zorgaanbieder kan wenden. Beide zijn immers aansprakelijk voor het leveren van goede zorg. De cliënt die verzekerde naturazorg waarop hij aanspraak heeft, niet kan krijgen, zal zijn zorgverzekeraar moeten aanspreken. Als het gaat om de kwaliteit van de zorg of schending van zijn cliëntenrechten, heeft hij de keuze tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Beide zijn – althans bij naturazorg – wettelijk aansprakelijk voor goede zorg.

De cliënt kan bij naturazorg dus ook de zorgverzekeraar aanspreken voor tekortschietende zorg, maar deze kan zijn aansprakelijkheid in de verzekeringsvoorwaarden beperken. Het ligt in de rede dat de zorgverzekeraar in zijn contracten met zorgaanbieders die voor hem de zorg zullen leveren, clausules opneemt die ertoe leiden dat de zorgaanbieder uiteindelijk aansprakelijk is voor de kwaliteit van de zorg. Veelal spreekt de cliënt in de huidige praktijk rechtstreeks de zorgaanbieder aan. Hij kan dat met de Wcz in de hand in elk geval doen waar het de niet nakoming van de daarin gestelde regels betreft. Voor cliënten die zelf de zorg bij de zorgaanbieder inkopen, is de Wcz onmiskenbaar de enige grondslag voor een vordering wegens het niet naleven van hun cliëntenrechten.

Het overbrengen van de zorginkooprol van de zorgverzekeraars naar de Wcz zou impliceren dat zowel de hele zorgverzekering als de hele AWBZ in de Wcz zouden moeten worden ondergebracht. Het is immers onmogelijk om de inkooprol van de zorgverzekeraars uit de Zvw en de AWBZ te knippen en over te brengen naar de Wcz, zonder die eerste wetten onhanteerbaar te maken. Het integreren van de rechten van naturaverzekerden uit de Zvw en de AWBZ in de Wcz zou slechts mogelijk zijn door zowel de Zvw als de AWBZ integraal op te nemen in de Wcz. De verzekeringsrechten van de naturaverzekerden vormen een integraal en niet af te splitsen onderdeel van de verzekeringswetten. Het ligt, in verband met het geschetste verschil in reikwijdte van de verschillende regels en de verschillen in normadressaat (Zvw en AWBZ leggen verplichtingen op aan zorgverzekeraars, de Wcz niet), naar mijn mening niet voor de hand die twee wetten integraal in de Wcz op te nemen. Bovendien zou door het simpele feit van die overbrenging nog niets veranderen aan de onderscheiden taken en verplichtingen.

Daarbij moet voorts worden bedacht dat de Zvw ook restitutieverzekeringen en gemengde verzekeringen (natura en restitutie) mogelijk maakt. Voor zover het gaat om een restitutieverzekering, valt niet in te zien wat de zin zou zijn van het integreren van de rechten van de cliënt/verzekerde uit zijn verzekeringsrelatie met de rechten die hij als cliënt van een zorgaan-

bieder jegens de zorgaanbieder heeft; de cliënt kan uitsluitend de zorgaanbieder aanspreken op tekortkomingen in de zorgverlening; hij kan de verzekeraar uitsluitend aanspreken voor de vergoeding van de genoten zorg.

Voor Wmg ligt de afweging enigszins anders. Die wet is, net als de Wcz, van toepassing op alle zorg en strekt inderdaad deels ook tot bescherming en bevordering van de positie van de cliënt, namelijk voor zover het gaat om diens informatieachterstand en het machtsverschil tussen partijen in de zorg. De Wmg beoogt echter ook het meer collectieve belang te dienen van ontwikkeling en ordening van markten op het gebied van de gezondheidszorg en het toezicht daarop, mede met het oog op een doelmatig en doeltreffend stelsel van de zorg en de beheersing van de kostenontwikkeling van de zorg. De instrumenten die de Wmg inzet voor de bescherming en bevordering van de positie van de cliënt, zijn zodanig geïntegreerd in het totale pakket aan taken en bevoegdheden van de NZa, dat deze niet eenvoudig uit de Wmg gelicht kunnen worden. Wel is, parallel aan en in aanvulling op artikel 38 van de Wmg in artikel 13 van de Wcz voorzien in een uitgebreid recht op keuze-informatie.

Verzekeraars hebben bij hun inkoop overigens wel baat bij een aantal verbeteringen dankzij de Wcz, zoals het beter expliciteren van de eisen waaraan goede zorg moet voldoen, betere keuze-informatie, klachten- en geschillenbehandelingen, medezeggenschap, aanvullende eisen aan goed bestuur, betere verantwoording en betere verankering van de eisen aan beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg. Mede op basis van de verantwoording over deze onderwerpen kunnen verzekeraars beter bepalen welke zorg zij inkopen.

*De leden van de fractie van de PvdA vragen op welke wijze zorgverzekeraars betrokken zijn bij de uitgewerkte bepalingen van de cliëntenrechten.*

Dit wetsvoorstel is in nauwe samenspraak met organisaties in de zorg tot stand gekomen. Ook Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is betrokken geweest in de verschillende stadia van voorbereiding van dit wetsvoorstel en heeft in zijn brief van 17 april 2009 zijn waardering uitgesproken over het proces van het tot stand komen van het conceptwetsvoorstel. ZN is zeer positief dat er wetgeving komt die de transparantie richting verzekeren borgt en heeft op de conceptteksten voor de afzonderlijke hoofdstukken en artikelen gereageerd. De reactie van ZN is betrokken bij de aanpassing van het conceptwetsvoorstel.

### **2.3. Verwijzingen**

In paragraaf 9.1 ga ik in op de vraag van de leden van de ChristenUnie-fractie over professionele standaard en doelmatigheid. Voor het antwoord op de vraag van de leden van de fractie van de ChristenUnie over de rol van zorgverzekeraars bij de continuïteit van zorg verwijs ik naar paragraaf 15.1.

### **3. Noodzaak van verbetering van de positie van de cliënt**

*De leden van de fractie van de SP vragen waarom de zorg nu niet vanuit het patiëntenperspectief wordt gegeven en welke rol organisatorische en financiële belemmeringen daarbij spelen.*

Internationaal gezien is de kwaliteit van de zorg in Nederland goed en zijn cliënten tevreden over de zorg die zij ontvangen. Nederland heeft vorig jaar de eerste prijs gewonnen in de European Health Consumer Index. Dit is een prijs voor de waardering van de gezondheidszorgsystemen door de inwoners van het land. Het onderzoek gaat over 33 landen en is opgesteld

aan de hand van zes criteria die belangrijk zijn voor de consument, zoals patiëntenrechten, voorlichting en de wachttijd voor een behandeling. De Health Consumer Index geeft aan dat Nederland een onbetwiste koppositie heeft in vergelijking met andere Europese landen in de ontwikkeling van de patiëntgerichtheid van de gezondheidszorg. Het is dus niet zo dat de zorg in Nederland niet cliëntgericht wordt verleend.

In veel gevallen wordt goede en cliëntgerichte zorg verleend. Het is dus niet zo dat organisatorische of financiële belemmeringen eraan in de weg staan dat goede en cliëntgerichte zorg kan worden geleverd. De ene instelling levert met een bepaalde cliëntenpopulatie en een bepaald budget wel goede zorg, afgestemd op de wensen van de cliënt en de andere instelling met een vergelijkbare populatie en een vergelijkbaar budget lukt dat niet. Dat betekent dat de kwaliteit en de cliëntgerichtheid nog verder verbeterd kunnen worden. Er is geen systematisch verband tussen de omvang van de zorgorganisatie en de kwaliteit van de geleverde zorg. De kwaliteit en de cliëntgerichtheid van de zorg worden bepaald door de wijze waarop binnen de zorgorganisatie het proces van zorgverlening wordt vormgegeven. Daarbij is de professionaliteit van de individuele bestuurders en zorgverleners en de onderlinge samenwerking tussen zorgverleners en tussen zorgverleners en bestuurders van belang. Alle partijen die betrokken zijn bij het reilen en zeilen van een instelling, hebben een rol bij het bewaken van de cliëntgerichtheid: bestuurders, zorgverleners, toezichthouders en cliëntenraad. In dit samenspel moet goede zorg tot stand komen.

De Wcz scheidt waarborgen daarvoor met regels voor goed bestuur en medezeggenschap en extern toezicht door de IGZ, maar de kwaliteit wordt gemaakt in de instellingen zelf. In het uiterste geval, als er sprake is van wanbeleid of taakverwaarlozing, kan de Ondernemingskamer van het Gerechtshof in Amsterdam ingrijpen in het bestuur en toezicht van de instelling.

*De SP-fractieleden vragen waarom de regering niet is ingegaan op hun eerdere voorstellen over inspraak en afdwingbare afspraken. Zij willen verder weten of een zorgaanbieder aansprakelijk kan worden gesteld voor het inzetten van ongekwalificeerd personeel.*

Met betrekking tot het persoonlijk aansprakelijk stellen van bestuurders voor het aannemen van ongekwalificeerd personeel is recent de motie Van Gerven-Leijten<sup>1</sup> aangenomen. In deze motie is gevraagd te onderzoeken of het mogelijk is om werkgevers die ongekwalificeerd personeel inzetten aansprakelijk te stellen voor wanbestuur. Daarnaast heeft de staatssecretaris de toezegging gedaan tijdens het AO bijbetalingen AWBZ van 19 mei 2011, om in te gaan op de mogelijkheden die zij heeft om in te grijpen als instellingen in de langdurige zorg niet goed bestuurd worden en op de strafrechtelijke mogelijkheden bij fraude.

Uw Kamer ontvangt rond deze tijd tal van documenten die te maken hebben met het onderwerp goed bestuur en verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg. Dit wetsvoorstel gaat daar uiteraard over. Ook de Bwzi bevat elementen van bestuur en organisatie met het oog op kwaliteit. U hebt brieven ontvangen over de continuïteit van de zorg, de aanscherping van de fusietoets en het Kwaliteitsinstituut. U ontvangt na het zomerreces het Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van de IGZ. De staatssecretaris voert gesprekken met het veld over verdere professionalisering van bestuur en toezicht in de zorg. Vóór de begrotingsbehandeling ontvangt u van de staatssecretaris een overkoepelende brief met haar visie op goed bestuur in de langdurige zorg. Deze brief zal allerlei ontwikkelingen in samenhang

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2010/11, 29 282, nr. 113.

presenteren en de inbreng uit de gesprekken met het veld zal erin worden verwerkt. In deze brief zal zij ingaan op de bovenstaande vraag van de leden van de SP-fractie, de vraag van deze fractie naar het creëren van de mogelijkheid voor bestuurlijke ondertoezichtstelling, de motie en de genoemde toezegging.

*De leden van de SP-fractie vragen waarom de regering niet regelt dat patiënten inspraak krijgen op de personeelsinzet van een zorgaanbieder.*

Voor de invloed van patiënten op de personeelsinzet van een zorgaanbieder verwijs ik u naar paragraaf 13.5. Ik vergroot de betrokkenheid van de cliëntenraad bij de benoeming van leidinggevenden. De cliëntenraad heeft verder instemmingsrecht als het gaat om het kwaliteitsbeleid. Het beleid met betrekking tot de inzet van personeel is uiteraard van belang voor de kwaliteit van de zorg.

*De leden van de SP-fractie vragen aan te geven waarom de regering zorg een contract vindt tussen de zorgbehoevende cliënt en de zorgaanbieder.*

Ik hecht eraan hier het misverstand weg te nemen dat de regering de nadruk zou willen leggen op het contractuele karakter van de zorgrelatie. Met het wetsvoorstel is juist benadrukt dat de rechten van de cliënt gelden ongeacht de juridische grondslag van de relatie tussen de zorgaanbieder en de cliënt. Deze rechten moeten zonder meer worden nageleefd. Zelfs als er wel sprake is van een geneeskundige behandelingsovereenkomst gaat het in eerste instantie om vertrouwen tussen cliënt en zorgverlener.

*De leden van de fractie van de SP vragen waar de rol van familie en verwanten is gebleven. De leden van de ChristenUnie-fractie zien graag een expliciete rol voor naastbetrokkenen en familieleden bij het verbeteren van kwaliteit van zorg.*

Uitgangspunt is dat een cliënt zelf moet instemmen met zorg. Het gaat immers om de lichamelijke integriteit en het zelfbeschikkingsrecht. Als de cliënt zelf in staat is om het gesprek over de zorg aan te gaan, hebben familieleden geen recht op inspraak. Pas als een cliënt minderjarig is of zelf niet (meer) in staat is om het gesprek over de zorg met de zorgaanbieder te voeren, geldt dat familieleden of de curator of mentor recht op inspraak hebben. Daarbij moet het belang van de cliënt voorop blijven staan.

In artikel 4 is geregeld dat als de cliënt minderjarig is, de zorgaanbieder de verplichtingen op het gebied van informatie, instemming, dossierinzage en medezeggenschap moet nakomen jegens degenen die het gezag over de cliënt voeren. Als de cliënt, bijvoorbeeld een dementerende oudere of een comateuze persoon, zelf niet meer in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen, geldt dat de zorgaanbieder deze verplichtingen moet nakomen ten opzichte van een ander. Dat kan een mentor of curator zijn. Als de cliënt zelf schriftelijk heeft aangegeven wie hem vertegenwoordigt als hij zelf niet wilsbekwaam is, is die persoon gemachtigd om in zijn plaats op te treden. Als een cliënt dat niet heeft gedaan, gelden de verplichtingen tegenover de echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de cliënt; als deze ontbreekt of niet wil, gelden de verplichtingen jegens een ouder, kind, broer of zuster, tenzij deze dat niet wil.

Voorts is er een specifiek – zij het beperkt – inzagerecht voor nabestaanden (artikel 23). De vertegenwoordigers van de cliënt komt ook in het klachtrecht en bij het indienen van een geschil bij de geschilleninstantie een plek toe (artikelen 28 en 29). Voorts zullen verwanten van

cliënten, afhankelijk van de keuze die de zorgaanbieder in samenspraak met de cliëntenraad daarover maakt, een rol kunnen spelen bij het behartigen van de cliëntenbelangen in de cliëntenraad. Dat zal vooral het geval zijn als de cliënten zelf niet wilsbekwaam of lichamelijk niet in staat zijn deel te nemen. In dat geval kan de familie meedenken over de kwaliteit van de zorg.

In het geval van zorg voor iemand, voor wie formele en informele zorg worden gecombineerd, ga ik ervan uit dat over de samenwerking overlegd wordt met alle betrokkenen. Voor mensen die langdurig in een instelling verblijven, is de regering voornemens te regelen dat hierover afspraken moeten worden gemaakt in het zorgplan. Dit wordt meegenomen in het voorstel voor de Bwzi.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen naar het verband tussen de Wcz en een elektronisch patiëntendossier.*

Op 27 juni 2011 heb ik u een juridische analyse doen toekomen van wat nog wettelijk moet worden geregeld rondom de elektronische uitwisseling van gegevens<sup>1</sup>. Op de in die analyse genoemde punten zal een wetsvoorstel tot aanvulling van de Wcz worden voorbereid.

#### **4. Oplossingen van de knelpunten**

##### **4.1. Cliëntenorganisaties**

*De leden van de PvdA-fractie vragen naar een uiteenzetting over de voorgenomen bezuinigingen op patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties in relatie tot het belang dat deze een sterke positie hebben ten opzichte van zorgverzekeraars en aanbieders van zorg en ondersteuning en van overheden. De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen naar de rol van deze organisaties in de Wcz.*

In de tijd tussen het verzenden van het wetsvoorstel aan uw Kamer en het ontvangen van het schriftelijk verslag is er veel gebeurd. Door de financiële crisis moeten alle overheidsuitgaven kritisch worden bekeken. Zo ook het budget voor belangenbehartiging door cliëntenorganisaties. Op dit moment ontvangen cliëntenorganisaties ongeveer € 42 miljoen per jaar en ik zal hierop moeten bezuinigen. U hebt op 25 mei 2011 een brief ontvangen, waarin is aangegeven hoe ik de taakstelling op subsidies wil realiseren<sup>2</sup>. Ik hecht aan een sterke cliëntenbeweging, die als volwaardige gesprekspartner voor zorgverzekeraars, aanbieders van zorg en ondersteuning en overheden kan optreden. Ik ben echter van mening dat er andere manieren zijn om cliëntenorganisaties te versterken dan door hen meer geld geven. In het wetsvoorstel krijgen cliëntenorganisaties meer mogelijkheden tot collectieve acties. In artikel 29, tweede lid, onderdeel b, wordt geregeld dat stichtingen of verenigingen een geschil aan de geschilleninstantie kunnen voorleggen, mits met dat geschil een belang in het geding is dat de stichting of vereniging volgens haar statuten behartigt. De geschilleninstantie geeft ook in dat geval een bindend advies. Dit versterkt de positie van cliëntenorganisaties ten opzichte van zorgaanbieders. Deze kunnen een kritisch geluid, als het belang van de cliënt in het geding is, minder makkelijk naast zich neerleggen. Daarnaast is in de Wcz geregeld dat de geschilleninstantie mede door cliëntenorganisaties moet zijn ingesteld, evenals de commissie van vertrouwenslieden, die bemiddelt en bindende uitspraken doet als zorgaanbieder en cliëntenraad het niet met elkaar eens kunnen worden over medezeggenschapsonderwerpen. Ook in het kader van het Kwaliteitsinstituut zal ik zorgen voor waarborgen voor een goede inbreng van ervaringsdeskundigheid van cliënten.

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2010/11, 27 529, nr. 82.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2010/11, 29 214, nr. 59.

## **4.2. Verwijzingen**

Voor het antwoord op de vragen van de leden van de VVD-fractie en de SP-fractie over de Wtzi-toelating verwijs ik naar paragraaf 1.5. In hoofdstuk 9 ga ik in op de vraag van de leden van de VVD-fractie over ketenzorg.

## **5. Een nieuwe wet voor de relatie tussen de cliënt in de zorg en de zorgaanbieder, waarbij de cliënt centraal staat**

### **5.1. Relatie met Beginselenwet zorginstellingen**

*De leden van de fracties van de VVD en de PvdA vragen waarom de rechten uit de Bwzi in een separate wet worden opgenomen. De leden van de fracties van de ChristenUnie en van de SGP vragen hoe zij de Bwzi moeten zien in relatie tot de Wcz. De leden van de fractie van de SGP betrekken daar ook de wetsvoorstellen verplichte ggz en zorg en dwang bij.*

De Wcz is een algemene wet met rechten voor cliënten en geldt voor alle cliënten in de zorg en alle zorgaanbieders. Voor de AWBZ-zorg en voor bewoners van instellingen voor AWBZ-zorg in het bijzonder, zal de Bwzi aanvullende bepalingen bevatten. De beide andere door de Kamerleden genoemde wetsvoorstellen hebben betrekking op onvrijwillige zorg. De wetsvoorstellen kennen alle vier een andere oorsprong en de voorbereiding en behandeling is op verschillende momenten onder verschillende kabinetten gestart. Om pragmatische redenen (zo spoedig mogelijke inwerkingtreding van alle gewenste bepalingen) is ervoor gekozen de Beginselenwet de vorm van een apart wetsvoorstel te geven. Overigens is de realisatie van de Wcz voor de Bwzi wel van belang. De naleving van de concrete afspraken die op grond van de Bwzi moeten worden gemaakt over de inrichting van het leven van bewoners van instellingen, kunnen beter worden afgedwongen met het klachtrecht uit de Wcz. Ook zijn de verantwoordelijkheid van het bestuur voor de kwaliteit van de zorg, de interne en externe verantwoording en de inspraak van de cliëntenraad op de procedures voor het opstellen van zorgplannen uit de Wcz van belang voor het welslagen van de Bwzi.

Het kan zo zijn dat een cliënt in de toekomst met verschillende van de genoemde wetten tegelijk te maken heeft. In de toekomst kan worden gezien of en in hoeverre integratie van de algemene wet met de drie specifieke wetten wenselijk en mogelijk is. Op dit moment vind ik een snelle inwerkingtreding van de verschillende wetten het belangrijkste en wil ik vertragingen als gevolg van (discussies over) een mogelijke integratie voorkomen. Het kan niet zo zijn dat de inhoud of de behandeling van één wetsvoorstel de realisatie van de overige wetsvoorstellen belemmert.

De wetsvoorstellen zijn en worden in nota's van wijziging onderling afgestemd. Al naar gelang de tijdspaden van behandeling van de verschillende wetsvoorstellen zal een finale afstemming nog noodzakelijk zijn. Een voorbeeld: als de Wcz eerder in werking treedt dan de Bwzi, zal de Bwzi niet meer kunnen verwijzen naar de Kwaliteitswet, maar moeten verwijzen naar de Wcz. Als de Bwzi eerder in werking treedt dan de Wcz, zullen de bepalingen in het Uitvoeringsbesluit Wcz over de zorgplanbespreking moeten vervallen.

### **5.2. Wgbo, afdwingbaarheid en juridisering**

*De leden van de VVD-fractie vragen naar de knelpunten die worden opgelost met de – in hun ogen – forse herstructurering van wetgeving ten aanzien van cliëntenrechten, in het bijzonder gaat het daarbij om de herformulering van de bepalingen uit de WGBO.*

Voor de specifieke knelpunten die aanleiding zijn geweest voor de Wcz verwijs ik naar paragraaf 1.1.

De keuze voor het uit het BW lichten van de bepalingen van de WGBO in het wetsvoorstel zoals dat bij uw Kamer is ingediend, heeft niet plaatsgevonden op grond van specifieke knelpunten. Terecht wijzen de leden van de VVD-fractie op het feit dat deze bepalingen blijkens de evaluatie goed functioneren. Het uitlichten heeft in deze versie van het wetsvoorstel met name plaatsgevonden om deze bepalingen in samenhang met en dus afgestemd op andere bepalingen in één wettelijke regeling te kunnen samenbrengen. Een aanpak waarbij die andere wettelijke bepalingen juist in de WGBO zouden zijn samengebracht, was niet aangewezen, omdat daaronder de nodige bepalingen zijn die zich niet lenen voor opnemings in het kader van de behandelingsovereenkomst. De bepalingen van de WGBO zijn, gelet op het ontbreken van echte knelpunten, dan ook nagenoeg ongewijzigd in de Wcz opgenomen. Wel zijn de bepalingen tekstueel aangepast aan het gewijzigde wettelijke kader en zijn er enige verbeteringen voor de cliënt aangebracht, welke in de toelichting bij het wetsvoorstel<sup>1</sup> zijn aangeduid en zijn zij aangevuld, bijvoorbeeld met het recht op informatie over incidenten (artikel 21) en het recht voor nabestaanden om in bepaalde gevallen het dossier van een overledene in te zien (artikel 23). De aanvullingen betreffen deels enige verdergaande uitwerking van WGBO-rechten met in de jurisprudentie ontwikkelde en algemeen aanvaarde normen. Naast de inhoudelijke verbeteringen wordt bestuursrechtelijke handhaving door de IGZ mogelijk.

Het meest gevoelde knelpunt betreft het feit dat de WGBO-rechten niet gelden in situaties waarin de nadruk ligt op verzorging (care). De uitbreiding van de WGBO tot de care zou zijn beslag kunnen krijgen door een wijziging van reikwijdte en naam van de WGBO-bepalingen in het BW. Daar is evenwel niet voor gekozen vanwege de gewenste integrale wettelijke regeling.

Specifiek ingaande op de vraag over de weging van voor- en nadelen van de herformulering, merk ik op dat daarbij vooral is stilgestaan bij de vraag of het voor de rechtsbescherming van de cliënt uitmaakt of zijn rechten worden geregeld als voorschriften die in het kader van een overeenkomst tussen de zorgaanbieder en de cliënt in acht moeten worden genomen (met de zgn. schakelbepaling van artikel 7:464 BW voor gevallen waarin er geen overeenkomst aan de geneeskundige behandeling ten grondslag ligt) of als wettelijke rechten die hij zonder meer kan invoeren. Na zorgvuldige heroverweging op grond van het advies van de Raad van State, is de conclusie getrokken dat dit voor een adequate rechtsbescherming van de cliënt niet uitmaakt. Bovendien is in artikel 2, eerste lid, van het wetsvoorstel nog eens expliciet verankerd dat bij overeenkomst niet ten nadele van de cliënt kan worden afgeweken van hetgeen de Wcz regelt. Daarmee is naar mijn oordeel in elk geval geen sprake van risico's voor de positie van de cliënt die aan het maken van deze keuze in de weg zouden hebben gestaan. Ook verandert de inhoud van de mede-aansprakelijkheid niet (artikel 3) en zijn de professionele autonomie en de positie van de medisch-specialisten (zie paragraaf 14.1) niet in het geding.

Niettemin bespeur ik in de vragen van uw Kamer, de brieven van veldpartijen over het wetsvoorstel en artikelen van gezondheidsrechtjuristen ongerustheid over het uit de WGBO lichten van een aantal inhoudelijke bepalingen. Om deze ongerustheid weg te nemen en om nog zekerder te stellen dat de bestaande jurisprudentie haar waarde blijft behouden, maak ik in de bijgevoegde nota van wijziging het schrappen van de bepalingen uit de WGBO ongedaan (artikel 84). Alle bepalingen

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 12.



blijven dus staan in de WGBO. Om te zorgen dat als een cliënt ervoor kiest om een «hulpverlener» aan te spreken op basis van wanprestatie, ook de voor de cliënt op onderdelen gunstigere rechten van de Wcz gelden, pas ik via een nieuw artikel 84 Wcz, artikel 7:446 BW aan in die zin dat de WGBO en de Wcz naast elkaar van toepassing zijn op geneeskundige behandeling, behoudens voor zover deze bepalingen niet wel verenigbaar zijn of de strekking daarvan in verband met de aard van de rechtsbetrekking zich tegen toepassing verzet. Zowel de bepalingen in het BW als die in de Wcz zijn van dwingendrechtelijke aard. In de WGBO en in de Wcz is opgenomen dat niet ten nadele van de patiënt respectievelijk cliënt van de bepalingen mag worden afgeweken. Het voor de cliënt meest gunstige regime zal daarmee van toepassing zijn.

*De leden van de VVD-fractie vragen naar de transparantie en werkbaarheid van het wetsvoorstel. De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen of er niet teveel juridische processen door elkaar lopen.*

Ik kan mij in het geheel niet voorstellen dat het bij elkaar plaatsen van de onderscheiden privaatrechtelijke, bestuursrechtelijke en strafrechtelijke bepalingen in dezelfde wet afbreuk zou doen aan de transparantie of werkbaarheid van het wetsvoorstel. Kern van het wetsvoorstel zijn de privaatrechtelijke (d.w.z. door de een jegens de ander in acht te nemen) regels over de verhouding tussen de zorgaanbieder en de cliënt en de bestuursrechtelijke verplichtingen voor de zorgaanbieder, welke indirect het belang van goede zorg beogen te dienen. Daarnaast is er een enkele strafrechtelijke bepaling welke overigens evenzeer ook nu al geldt. Ik zou eerder durven stellen dat het voor de zorgaanbieder en de cliënt aanzienlijk meer transparant is dat al deze bepalingen nu in onderlinge samenhang in dezelfde wet zijn opgenomen en daarmee in één oogopslag in onderling verband kunnen worden gelezen, dan in de huidige situatie waarin die in meerdere wetten moeten worden teruggevonden.

*De leden van de D66-fractie vragen of het niet beter was geweest de WGBO aan te passen teneinde de patiëntenrechten te verbeteren.*

Met het uitbreiden van de WGBO-bepalingen tot de caresector, zou kunnen worden bewerkstelligd dat deze in alle zorgrelaties gelden. Daarmee zou evenwel niet de beoogde integratie van de thans verspreid geregelde bepalingen ter bescherming van het individuele en collectieve cliëntenbelang kunnen worden gerealiseerd. De verplichtingen van zorgaanbieders die leiden tot een collectief recht van cliënten en de andere verplichtingen van zorgaanbieders, met inbegrip van de verplichte aansluiting bij de geschilleninstantie, lenen zich namelijk niet voor opneming in de WGBO.

*De leden van de D66-fractie willen weten waarom het wetsvoorstel bijdraagt aan een betere rechtspositie van de patiënt, terwijl ook bestaande wetgeving beter zou kunnen worden benut.*

De leden van de D66-fractie menen dat hulpverleningsrelaties onnodig onder druk kunnen komen te staan, doordat de Wcz bijdraagt aan de afdwingbaarheid van rechten in plaats van verbetering van de overeenkomst tussen patiënt en hulpverlener. Ik kan de leden van deze fractie om twee redenen in die gedachte niet volgen. Ook ik stel voorop dat de zorgverlening bij voorkeur dient plaats te vinden in een sfeer van goed onderling vertrouwen tussen cliënten en zorgverleners. Ik acht het echter geenszins een ongewenst neveneffect wanneer cliënten in voorkomend geval van schending van hun rechten langs eenvoudige weg hun rechten

kunnen afdwingen met gebruikmaking van de nieuwe mogelijkheid van de geschilleninstantie.

In de tweede plaats ontgaat mij waarom de gekozen wijze van vormgeving van de rechten van de cliënt meer druk op de hulpverleningsrelatie zou zetten dan de thans bestaande vorm, waarin de rechten van cliënten uitsluitend zijn geformuleerd als bestanddeel van de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Zoals in de memorie van toelichting is aangegeven, beoogt het wetsvoorstel geenszins afbreuk te doen aan de mogelijkheden om ter zake van een geneeskundige behandeling een overeenkomst te sluiten. Dit benadruk ik nog eens door in de nota van wijziging het schrappen van bepalingen uit de WGBO ongedaan te maken en alle bepalingen in de WGBO te laten staan. Het wetsvoorstel regelt slechts dat de cliënt – ongeacht de juridische grondslag van zijn relatie met de zorgaanbieder en dus ook indien er geen behandelingsovereenkomst aanwezig mocht zijn – altijd de in de wet vastgelegde rechten heeft. Als er wel sprake is van een behandelingsovereenkomst, waarborgt artikel 2, eerste lid, tweede volzin van de Wcz dat in die overeenkomst niet ten nadele van de cliënt van zijn rechten kan worden afgeweken. Aldus is bewerkstelligd dat van een te sluiten behandelingsovereenkomst in elk geval ook de Wcz-rechten deel uitmaken. In de nota van wijziging creëer ik hiervoor, door het nieuwe artikel 84, een dubbel slot. Wat met artikel twee, eerste lid, tweede volzin wordt geregeld in de Wcz, wordt via het nieuwe artikel 84 geregeld in de WGBO.

Voor de knelpunten die met de Wcz worden opgelost verwijs ik naar paragraaf 1.1.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of het wetsvoorstel het beoogde resultaat oplevert en niet leidt tot verdere juridisering.*

Naar mijn mening zal het wetsvoorstel hoe dan ook leiden tot versterking van de rechtspositie van de cliënt. Die versterking is gelegen in de uitbreiding van de WGBO-rechten tot de caresector, het recht op keuze-informatie, het aanscherpen van bepalingen, de versterking van de regeling van klachten en medezeggenschap, de laagdrempelige geschillenregeling en de toegenomen transparantie. Voor zover er nieuwe zaken worden geregeld, leidt dat inderdaad tot juridisering in die zin, dat zaken juridisch worden vastgelegd die voorheen niet of anders waren geregeld. Dit behoeft evenwel niet te leiden tot (verdere) juridisering van de relatie tussen cliënt en zorgaanbieder. De gestelde regels brengen tot uitdrukking wat naar de mening van de wetgever onderdeel uitmaakt van een goede zorgrelatie; als het voor een goede zorgrelatie vereiste vertrouwen over en weer aanwezig is en de zorgaanbieder de cliënt op gepaste wijze bejegt, zullen de wettelijke bepalingen haast onbewust in acht worden genomen. Omgekeerd zal de cliënt dan ook niet direct geneigd zijn de zorgaanbieder «met de wet in de hand» aan te spreken op zijn verplichtingen. Maar de cliënt kan dat wel doen, en die bescherming is ook nadrukkelijk beoogd, als de zorgaanbieder naar zijn mening tekortschiet op voor hem wezenlijke punten.

### **5.3. Eén wet voor alle sectoren van de zorg**

*De leden van de fractie van D66 constateren dat de Wcz onvoldoende rekening houdt met verschillen tussen de verschillende werkvelden in de zorg.*

De Wcz geldt voor alle zorg en alle zorgaanbieders. Zorgaanbieders en cliënten moeten zoveel mogelijk met één regime te maken hebben. In toenemende mate leveren zorgaanbieders verschillende vormen van zorg en ontvangen cliënten verschillende vormen van zorg van verschillende

zorgaanbieders. In het wetsvoorstel is dan ook de balans gezocht tussen enerzijds uniformiteit (en dus duidelijkheid) en anderzijds de mogelijkheid voor maatwerk. Zo geldt de plicht om verantwoording af te leggen over de kwaliteit van de zorg voor alle zorgaanbieders, maar is er ruimte om de inhoud van de verantwoording af te stemmen op de soort zorg en de grootte van de zorgaanbieder. Elke zorgaanbieder moet een kwaliteitsstelsel hebben, maar de inrichting van de stelsel hangt af van de grootte van de zorgaanbieder en van de vorm van zorg die hij levert. Evenzo geldt de verplichting om een klachtenregeling te hebben voor alle zorgaanbieders, maar is er, binnen de randvoorwaarden van de wettelijke waarborgen, ruimte om de klachtenregeling zo in te vullen dat die past bij de organisatie. De medezeggenschapsstructuur kan eveneens passend bij de organisatie worden gemaakt.

Niettemin zijn er enkele bepalingen in het wetsvoorstel die slechts op een deel van de zorgaanbieders van toepassing zijn. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om het recht van cliënten op geestelijke verzorging (bij verblijf, artikel 9, onderdeel a), het recht op een leefwensenonderzoek (AWBZ-zorg met verblijf, artikel 9, onderdeel b), de zorgplanbespreking (AWBZ-zorg die langer duurt dan drie maanden, te regelen in het Uitvoeringsbesluit Wcz) en de cliëntenraad (alle AWBZ-zorg en curatieve zorg met verblijf). In het hoofdstuk medezeggenschap (hoofdstuk 13) ga ik in op de overeenkomsten en verschillen tussen de verschillende deelsectoren in de zorg als het gaat om medezeggenschap en de wijzigingen die ik daarin aanbreng.

#### **5.4. Delegatiebepalingen**

*De leden van de PvdA-fractie zijn van oordeel dat het wetsvoorstel veel delegatiebepalingen bevat.*

Ik voldoe graag aan het verzoek van de leden van de PvdA-fractie om een volledig overzicht van delegatiebepalingen en om een toelichting per geval waarom voor juist die vorm is gekozen.

Bij het opstellen van het wetsvoorstel is, in overeenstemming met de geldende opvattingen omtrent het primaat van de formele wetgever en omtrent gevallen waarin delegatie naar een lagere regeling geoorloofd wordt geacht, nadrukkelijk uitgangspunt geweest delegatiebepalingen tot het uiterste te beperken. Door de Raad van State zijn daarover dan ook geen opmerkingen gemaakt. Daaraan zij toegevoegd dat van de gedelegeerde bevoegdheden, gelet op de gewenste terughoudendheid bij het stellen van regels, uiteraard slechts gebruik zal worden gemaakt, indien daartoe een dringende noodzaak aanwezig is. Omwille van de transparantie zullen overigens alle lagere regels worden bijeengebracht in één uitvoeringsbesluit en één uitvoeringsregeling.

*Delegatie naar een algemene maatregel van bestuur (amvb)*

Deze delegatie vindt plaats in de artikelen 1, vijfde lid, 8, 11, vierde lid, 40, derde lid, 42, tweede lid, 44, vierde (voorheen tweede lid), 46 (voorheen 49) en 58a, tweede lid, van het wetsvoorstel. Hierbij is rekening gehouden met de wijzigingen die met de nota van wijziging zijn aangebracht.

Alleen in het geval van artikel 44 is sprake van een verplichting tot het maken van een amvb; in alle andere gevallen gaat het om de mogelijkheid tot het maken van een amvb (facultatieve amvb). In het wetsvoorstel zoals dat bij u is ingediend, was ook nog een delegatiebepaling opgenomen in artikel 51, zevende lid. Deze bepaling is overgebracht naar artikel 56d van de Wmg in verband met de overheveling van taken van CSZ naar NZa.

In artikel 1, maakt het vijfde lid het mogelijk dat delen van de wet bij amvb buiten toepassing worden verklaard. Die bevoegdheid is nadrukkelijk geclausuleerd. Zij geldt slechts voor aan te wijzen onderdelen van doventolkzorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, verstrekking van verpleegartikelen en vervoer. Het uitgangspunt is uiteraard dat de formele wetgever bepaalt in welke gevallen de wet zal gelden. Het wetsvoorstel geldt voor zorgaanbieders (en hun cliënten) die zorg leveren die valt onder de definitie van zorg in het eerste lid van artikel 1. Voor bepaalde soorten zorg in de zin van die definitie<sup>1</sup> wordt evenwel geleverd door aanbieders die geen directe relatie met de cliënt onderhouden. Om die reden is een uitzondering op de toepasselijkheid van de wet voor die zorg(aanbieders) op zijn plaats. De enige reden om deze uitzondering niet op wetsniveau, maar bij amvb te regelen, is gelegen in het feit dat die zorg zelf ook in een amvb, te weten het Besluit zorgverzekering of het Besluit zorgaanspraken AWBZ, is omschreven. Die omschrijvingen worden regelmatig bij amvb aangepast. Als de bedoelde uitzondering dan in dit wetsvoorstel niet bij amvb, maar op wetsniveau zou worden vastgelegd, zou regelmatig wetswijziging noodzakelijk zijn om na een wijziging in die besluiten ook de uitzondering van de toepassing van dit wetsvoorstel correct te prolongeren.

Het vijfde lid van artikel 1 biedt de mogelijkheid de werking van de wet uit te sluiten voor aan te wijzen soorten zorg en daarmee voor degenen die die zorg verlenen. Voor het merendeel van de uit te zonderen zorg kan de omschrijving plaatsvinden op het niveau van een amvb. Voor de hulpmiddelen ligt dat echter anders, omdat deze zijn omschreven in de Regeling zorgverzekering. In het vijfde lid (zoals aangepast met de nota van wijziging) is nu de mogelijkheid van subdelegatie opgenomen. Daardoor kan de omschrijving van de uit te zonderen hulpmiddelen met verwijzing naar de Regeling zorgverzekering bij ministeriële regeling geschieden en hoeft in de amvb niet de naam van die regeling te worden opgenomen.

Artikel 8 delegeert aan een amvb de bevoegdheid om kwaliteitsregels te stellen, zoals de Kwaliteitswet ook al deed. Hierbij is voor het niveau van een amvb gekozen omdat het bij tekortschieten van zelfregulering door het veld mogelijk te lang zou duren voordat op wetsniveau regels zijn gesteld. Het niveau van een ministeriële regeling (zonder tussenkomst van een amvb) komt, gelet op de aard en betekenis van de te stellen voorschriften, niet in aanmerking, omdat dat onvoldoende waarborgen biedt voor een zuinig en zorgvuldig gebruik van de bevoegdheid.

Voor een deel (onderdeel b) gaat het om de mogelijkheid om nadere regels te stellen ter omschrijving van wat de wettelijke verplichting tot het leveren van goede zorg (artikel 5 van het wetsvoorstel) en de verplichting tot een goede organisatie van de zorg (artikel 7) inhouden. De noodzaak voor het stellen van die regels moet wel aanwezig zijn en worden onderbouwd; het wetsvoorstel formuleert dat een dergelijke amvb slechts mogelijk is als het kwaliteitsniveau van bepaalde zorg dit vereist. Onder de Kwaliteitswet is van deze bevoegdheid in twee gevallen gebruik gemaakt, te weten voor het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg en het Besluit kwaliteitseisen ziekenhuisbloedbanken (dit betreft implementatie van een Europese verplichting). Deze twee besluiten zullen worden opgenomen in het Uitvoeringsbesluit Wcz. Vooralsnog bestaat geen reden tot het stellen van meer nadere regels als hier bedoeld.

Artikel 8 kent voorts (onderdeel a) de mogelijkheid om regels te stellen over het gebruik en periodieke veiligheidscontroles voor daarbij aan te wijzen apparatuur. De noodzaak om hierover regels te kunnen stellen zou kunnen bestaan wanneer de partijen in de zorg hun verantwoordelijkheid

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 95 en 96.

voor de kwaliteit van onderhoud en onderhoudsdiensten voor apparatuur onvoldoende zouden waarmaken. Om hen te stimuleren dat te doen, zal vooralsnog worden volstaan met een eenvoudige verplichting om de noodzakelijke waarborgen te treffen voor verantwoord gebruik van apparatuur, waaronder begrepen periodieke kwaliteits- en veiligheidscontroles.

Artikel 8 maakt het ook mogelijk dat in de amvb het stellen van regels wordt doorgedelegeerd aan de minister. Dat betekent dat in de amvb voor bepaalde onderwerpen kan worden bepaald dat de minister in een regeling, en binnen de kaders die de amvb geeft, nadere regels daarover stelt.

Artikel 11 maakt het via het (nieuwe) vierde lid mogelijk bij amvb vast te stellen uit welke elementen een interne procedure voor het melden van incidenten, waaronder calamiteiten en geweld in de zorgrelatie, moet bestaan. Deze bepaling is gelijk aan de bepaling die zal worden opgenomen in de Bwzi. Het is niet de bedoeling van deze bevoegdheid gebruik te maken, tenzij mocht blijken dat de noodzaak daartoe aanwezig is. Van de organisaties wordt verwacht dat zij zelf een interne procedure vaststellen. Zo kan iedere meldprocedure passend worden gemaakt voor de eigen werksituatie. Zo nodig kunnen voor technische details bij ministeriële regeling nadere regels worden gesteld.

Artikel 40 biedt de mogelijkheid om bij amvb nadere regels te stellen om te waarborgen dat het toezichthoudende orgaan onafhankelijk zijn werk doet. Die nadere regels kunnen uitsluitend betrekking hebben op de eisen waaraan (personen die willen worden benoemd tot) leden van het orgaan moeten voldoen. Van deze bevoegdheid zal ook gebruik worden gemaakt. Het gaat om vrij gedetailleerde regels, deels ontleend aan bestaande governance codes; dat maakt dat regeling op wetsniveau niet aangewezen is. Het niveau van een ministeriële regeling komt, gelet op de aard en betekenis van de te stellen voorschriften, niet in aanmerking, omdat dat onvoldoende waarborgen biedt voor een zuinig en zorgvuldig gebruik van de bevoegdheid.

In artikel 42 is bepaald dat bij amvb kan worden bepaald voor welke vormen van zorg afspraken moeten worden gemaakt om beschikbaarheid te waarborgen. Momenteel wordt bezien voor welke zorg het maken van die afspraken wenselijk is. Indien zou blijken dat het veld niet voldoende voortvarend tot afspraken komt, waar dat noodzakelijk wordt geacht, zal van deze regelmogelijkheid gebruik kunnen worden gemaakt. Omdat het hierbij indirect gaat om het van toepassing verklaren op zorgaanbieders van een wettelijke verplichting, is regeling bij amvb aangewezen. Het niveau van een ministeriële regeling komt, gelet op de aard en betekenis van de te stellen voorschriften, niet in aanmerking, omdat dat onvoldoende waarborgen biedt voor een zuinig en zorgvuldig gebruik van de bevoegdheid.

Artikel 42 (eerste lid) voorziet erin dat de minister bij regeling zorgaanbieders in een bepaalde regio aanwijst die verplicht zijn de bedoelde afspraken te maken. Het gaat om een incidenteel (bij tekortschieten van de zorgaanbieders) en liefst tijdelijk toe te passen bevoegdheid. Dat rechtvaardigt het gekozen regelniveau.

Artikel 44 schrijft dwingend voor dat bij amvb categorieën zorgaanbieders worden aangewezen die een jaarrekening en een jaarverslag moeten indienen. Deze verplichting komt dan naast die van het eerste lid om verslagen in te dienen over kwaliteit, klachten, medezeggenschap en goed bestuur. In het Uitvoeringsbesluit zal daaraan uitvoering worden gegeven

door het aanwijzen van de categorieën op welke ook nu al zo'n verplichting rust op grond van het Uitvoeringsbesluit Wtzi. Omdat het hierbij gaat om het van toepassing verklaren op zorgaanbieders van een wettelijke verplichting, is regeling bij amvb aangewezen. Het niveau van een ministeriële regeling komt, gelet op de aard en betekenis van de te stellen voorschriften, niet in aanmerking, omdat dat onvoldoende waarborgen biedt voor een zuinig en zorgvuldig gebruik van de bevoegdheid.

Artikel 46 bepaalt dat zorgaanbieders die zorg verlenen die is omschreven in de Zvw of de AWBZ, geen winstuitkeringen mogen doen. Bij amvb kunnen daarop uitzonderingen worden gemaakt en kunnen regels worden gesteld over het doen van winstuitkeringen. Van deze bevoegdheid zal uitsluitend gebruik worden gemaakt om de status quo (d.w.z. de situatie die bestaat op grond van het Uitvoeringsbesluit Wtzi) te continueren. Dat is nodig totdat langs de weg van een formele wetwijziging uitvoering zal zijn gegeven aan een beoogde verruiming van de mogelijkheden voor zorgaanbieders om privaat kapitaal aan te trekken en in ruil daarvoor onder nader te stellen voorwaarden winstuitkeringen te doen. Omdat het hierbij gaat om het buiten toepassing verklaren van een belangrijke wettelijke verplichting, is regeling bij amvb aangewezen. Het niveau van een ministeriële regeling komt, gelet op de aard en betekenis van de te stellen voorschriften, niet in aanmerking, omdat dat onvoldoende waarborgen biedt voor een zuinig en zorgvuldig gebruik van de bevoegdheid.

Artikel 58a bevat de mogelijkheid om bij of krachtens amvb regels te stellen omtrent de indiening en het onderzoek van meldingen bij de IGZ. Met het oog op het vereiste van een zorgvuldige omgang met persoonsgegevens, zeker waar het bijzondere persoonsgegevens betreft, is het noodzakelijk in de Wcz in verband met de wettelijke meldplicht te voorzien in een nadere afbakening van de persoonsgegevens die aan de IGZ moeten worden verstrekt. Het is niet mogelijk deze nadere afbakening, waarbij soorten van gegevens zullen moeten worden aangewezen die de IGZ nodig heeft voor het zorgvuldig onderzoeken van meldingen, op wetsniveau te doen. Tegelijk zal deze aanwijzing vanwege het ingrijpende karakter van de materie wel in hoofdzaak op amvb-niveau moeten plaatsvinden. Het is evenwel niet uit te sluiten dat voor nadere detaillering naar een ministeriële regeling moet worden doorgedelegeerd.

#### *Delegatie en subdelegatie naar een ministeriële regeling*

Deze (sub)delegatie vindt plaats in de artikelen 1, vijfde lid, (via de nota van wijziging), 8, 11, vierde lid (via de nota van wijziging), 29, derde lid, 38, vijfde lid, 42, eerste lid, 45, eerste en tweede lid, 51, vijfde en zevende lid, 55, derde en vierde lid en 58a, tweede lid, van het wetsvoorstel.

In artikel 29, derde lid, is de mogelijkheid geopend dat de minister van Defensie nadere regels stelt om de deskundigheid van de geschilleninstantie bij het beoordelen van geschillen over de militaire gezondheidszorg te waarborgen. Het gaat om de mogelijkheid te waarborgen dat de instantie bij het vellen van een beslissing beschikt over de vereiste kennis van de aspecten die in de militaire gezondheidszorg een rol spelen. Of van deze bevoegdheid gebruik zal moeten worden gemaakt, zal afhangen van de precieze inrichting van de geschilleninstantie. Het beperkte toepassingsgebied en de noodzaak om in voorkomend geval snel iets te kunnen regelen, maken het gekozen niveau van regelgeving in dit geval verdedigbaar.

Hetzelfde geldt voor de delegatie in artikel 38, vijfde lid. Daar gaat het om de kennis van de vertrouwenscommissie die oordeelt over medezeggenschapskwesties in de militaire gezondheidszorg.

Op de subdelegatie in de artikelen 1, vijfde lid, 8, 42, eerste lid en 58a, tweede lid, is hiervoor al ingegaan. Ook is reeds vermeld dat artikel 51 is overgebracht naar de Wmg.

#### *Delegatie naar een Koninklijk Besluit (KB)*

Alleen de artikelen 90 en 96 van het wetsvoorstel spreken over het nemen van een KB. In artikel 90 betreft dit het vaststellen van het tijdstip waarop de geschilleninstanties bevoegd moeten worden tot het vaststellen van een schadevergoeding van € 25 000. In feite is dit een inwerkingtredingsbepaling, zoals die in artikel 96 voor de overige bepalingen van het wetsvoorstel is opgenomen. Het vaststellen van de datum van inwerkingtreding bij KB is, buiten het geval waarin de wetgever zelf de inwerkingtredingsdatum vaststelt, de enige mogelijkheid. In nagenoeg alle gevallen wordt daarvoor gekozen omdat bij het behandelen van een wetsvoorstel in de Tweede Kamer veelal niet duidelijk is op welk moment het voorstel kracht van wet zal krijgen. Indien in de wet een vaste datum is bepaald, zou er een probleem ontstaan, indien het wetgevingsproces niet tijdig voor die datum is afgerond.

Uit het voorgaande moge duidelijk zijn geworden dat van de delegatiebepalingen een zeer terughoudend gebruik zal worden gemaakt en dat dit in hoofdzaak zal gebeuren ter continuering van regels die onder de Kwaliteitswet (zorgplan en ziekenhuisbloedbanken) en de Wtzi (jaarverslag, winstverbod en sanering) reeds golden. Alleen de artikelen 11, vierde lid en 58a, tweede lid, kennen nieuwe delegatiebepalingen; de noodzaak van deze delegatiebepalingen vloeit voort uit de keuze om de meldingsprocedure, mede met het oog op de privacybescherming, beter te regelen. Voor zover het gaat om nieuwe regels (periodieke veiligheidscontroles en toezichthoudend orgaan) heb ik hiervoor globaal aangegeven aan welke regels wordt gedacht. Ik ben gaarne bereid over deze voornemens met uw Kamer verder van gedachten te wisselen in het kader van de behandeling van het wetsvoorstel.

### **5.5. Verwijzingen**

Op de vragen van de leden van de PvdA-fractie over de rechten van cliënten jegens verzekeraars en betrokkenheid van verzekeraars bij de totstandkoming van dit wetsvoorstel ben ik in paragraaf 2.2 ingegaan. De vraag van de leden van de PvdA-fractie over de patiëntvertrouwenspersoon beantwoord ik in hoofdstuk 16. Dat geldt ook voor de vraag van de leden van de VVD-fractie over maatschappelijke ondersteuning.

## **6. Rechtskarakter van deze wet**

### **6.1. Algemene voorwaarden**

*De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre dit wetsvoorstel aansluit bij zaken die vanuit het veld de afgelopen jaren zijn geregeld. Zij schetsen dat er signalen zijn dat het wetsvoorstel geen wettelijke basis biedt voor algemene voorwaarden.*

Laat ik voorop stellen dat ik groot belang hecht aan de initiatieven in het zorgveld om te komen tot de opstelling van algemene voorwaarden. Ik ben dan ook verheugd dat in SER-verband door veldpartijen (organisaties van cliënten en van zorgaanbieders) per sector (tweezijdige) algemene voorwaarden zijn en worden gerealiseerd. De tweezijdigheid betekent dat

de algemene voorwaarden in overeenstemming tussen organisaties van zorgaanbieders en cliëntenorganisaties worden opgesteld.

Een wettelijke basis voor algemene voorwaarden bestaat reeds. De juridische basis voor algemene voorwaarden is te vinden in Boek 6, Titel 5, Afdeling 3, van het BW (artikelen 231–247). Algemene voorwaarden zijn standaardbedingen die zijn opgesteld teneinde in een aantal overeenkomsten te worden opgenomen (met uitzondering van bedingen die de kern van de prestaties aangeven, voor zover deze laatstgenoemde bedingen duidelijk en begrijpelijk zijn geformuleerd).

De gebruiker (in dit geval de zorgaanbieder) moet aan zijn wederpartij (in dit geval de cliënt) een redelijke mogelijkheid hebben geboden om van de algemene voorwaarden kennis te nemen. De wederpartij van de gebruiker van algemene voorwaarden is – als hij door ondertekening van een geschrift of op andere wijze de gelding van de algemene voorwaarden heeft aanvaard – aan de algemene voorwaarden gebonden. De BW-bepalingen regelen o.a. welke algemene voorwaarden onredelijk bezwarend en daarmee niet zijn toegestaan.

Gelet op deze wettelijke basis in het BW, hoeft in de Wcz geen afzonderlijke wettelijke basis voor algemene voorwaarden te worden opgenomen. Voor zover met betrekking tot de zorgverlening sprake is van een overeenkomst tussen de cliënt en degene die de algemene voorwaarden hanteert, en voldaan is aan de wettelijke vereisten, zijn beide partijen dan ook gebonden aan hetgeen in de algemene voorwaarden is vastgelegd. De Wcz verandert niets aan het al of niet afsluiten van een overeenkomst door een cliënt en een zorgaanbieder. Ik onderstreep dat nog eens door het schrappen van bepalingen uit het BW ongedaan te maken, waarmee alle bepalingen in de WGBO blijven staan.

Ik wil de gelegenheid graag aangrijpen om een misverstand weg te nemen, dat, zo is mij gebleken, mogelijk is ontstaan door een passage in de memorie van toelichting. Ik doel op de passage in de memorie van toelichting in paragraaf 6.3<sup>1</sup>, waar sprake is van «doorwerken» van algemene voorwaarden in situaties waarin geen sprake is van een overeenkomst tussen de cliënt en degene die de algemene voorwaarden hanteert. Er kan geen misverstand over bestaan dat algemene voorwaarden als onderdeel van een overeenkomst slechts gelden indien er sprake is van een overeenkomst. Bij de bedoelde passage in de toelichting is ervan uitgegaan dat in de algemene voorwaarden een groot aantal zinnige zaken zijn vastgelegd die van belang zijn voor een goede uitvoering van de zorgverlening. De algemene voorwaarden geven aldus weer welke zaken door cliënten en zorgaanbieders voor een goede zorgverlening wezenlijk worden geacht. Het kan daarbij, vanwege het tweezijdige karakter van de algemene voorwaarden, gaan over aspecten van het handelen van zorgaanbieder, en mogelijk ook van de cliënt, in de zorgrelatie. Gelet op die achtergrond, werd in de toelichting niet meer bedoeld dan aan te geven dat de algemene voorwaarden, ook in situaties waarin geen behandelingsovereenkomst aan de zorgverlening ten grondslag ligt, mogelijk niet zonder betekenis zullen zijn. Het is immers denkbaar en wellicht te verwachten dat zorgaanbieders hun in de algemene voorwaarden vastgelegde verplichtingen onverplicht jegens de cliënt zullen naleven. De vastlegging in algemene voorwaarden bewijst immers dat zij de vastgelegde zaken wenselijk en nuttig achten; hun interne procedures zullen er ook op gericht zijn alle cliënten zoveel mogelijk volgens dezelfde regels te behandelen. Omgekeerd is denkbaar dat de zorgaanbieders, ook als er geen behandelingsovereenkomst is, cliënten zullen attenderen op deze algemene voorwaarden en de cliënten verzoeken bij voorkeur te handelen overeenkomstig hetgeen daarin voor de cliënt is beschreven.

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 28.



## **6.2. Afdwingbaarheid**

*De leden van de SP-fractie vragen of ik via het recht op zorg wil waarborgen dat zorgvormen die moeilijk en/of onrendabel te leveren zijn, in de toekomst nog afdwingbaar zijn.*

Het recht op en de toegang tot zorg zijn al geregeld via de Zvw en de AWBZ. De zorgplicht van verzekeraars houdt in dat een verzekerde recht heeft op de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten dus zorgen voor voldoende aanbod voor hun verzekerden of een tijdige vergoeding van de kosten.

De minister van VWS is verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van bepaalde zorgvormen, zoals de basis-SEH, die in sommige gebieden mogelijk moeilijk rendabel te leveren zijn. Die verantwoordelijkheid zal ik – ook na invoering van prestatiebekostiging – nemen door, krachtens het Wetsvoorstel aanvulling instrumenten bekostiging Wmg (AibWmg), zorgvormen aan te wijzen die de NZa onder voorwaarden aan zorgaanbieders kan vergoeden via een beschikbaarheidsbijdrage. Daarnaast kan wanneer een aanbieder is failliet gegaan en er ondanks de inspanningen van de zorgverzekeraar geen alternatief zorgaanbod is gevonden, een tijdelijke vangnetstichting opgericht worden die cruciale zorg doorlevert.

*De leden van de SP-fractie vragen of het de bedoeling is dat individuele patiënten en zorgbehoevenden individueel hun recht halen of dat er nog een collectieve verantwoordelijkheid is voor het recht op goede zorg.*

Het is inderdaad de bedoeling dat individuele cliënten, als zij dat wensen, zelf de naleving van hun rechten door de zorgaanbieder afdwingen; dat is nu overigens ook zo wat betreft de rechten op grond van de WGBO. Dat wordt met dit wetsvoorstel ook gemakkelijker en effectiever gemaakt: cliënten kunnen met hun onvrede terecht bij een klachtenfunctionaris of vertrouwenspersoon. Indien na tussenkomst van deze persoon nog nodig of wenselijk, kan de cliënt een klacht indienen bij de zorgaanbieder. Handelt de zorgaanbieder deze klacht niet naar tevredenheid af, dan kan de cliënt zich wenden tot een onafhankelijke geschilleninstantie die een bindende uitspraak doet. Ook cliëntenorganisaties kunnen zich tot de geschilleninstantie wenden (zie ook paragraaf 4.1).

Daarnaast is er zeker ook een collectieve verantwoordelijkheid: de IGZ houdt toezicht op de naleving van de rechten van cliënten en de verplichtingen die daaruit voortvloeien voor zorgaanbieders. De IGZ is er daarbij in eerste instantie voor het collectieve belang van goede en veilige zorg: als er sprake is van structurele tekortkomingen, zal de IGZ ingrijpen.

In het voorstel voor de Bwzi tref ik maatregelen opdat de cliënt die langdurig in een instelling verblijft tot de grenzen van het mogelijke zelf zeggenschap heeft over de wijze waarop hij zijn leven inricht. Deze wet biedt cliënten de mogelijkheid om ernstige klachten over persoonlijke verzorging en bejegening direct bij de IGZ te melden. De IGZ zal bij zeer ernstige individuele klachten op het gebied van verzorging en bejegening onmiddellijk optreden.

*De leden van de SP-fractie vragen om een uitgebreide toelichting op de civiele rechtsgang en de vraag of er in een civielrechtelijke procedure sprake is van gelijkwaardigheid tussen cliënt en zorgaanbieder.*

Allereerst wil ik opmerken dat de Wcz niet gaat over de civiele rechtsgang. Wel formuleert de Wcz een aantal rechten voor cliënten en verplichtingen voor zorgaanbieders die ook voor het civiele recht bindend zijn. Ik vind het belangrijk dat de cliënt zich gehoord voelt in het geval er sprake is van een (potentieel) conflict. Om die reden verbeter ik, onder verwijzing naar hoofdstuk 12, met de Wcz de behandeling van klachten en geschillen door de zorgaanbieder en de geschilleninstantie. In de brief van 3 juni 2010<sup>1</sup> over de afhandeling van medische schade zaken en mijn antwoorden op de vragen van uw fractie d.d. 2 december 2010<sup>2</sup> ben ik uitgebreid ingegaan op de civiele rechtsgang en de bestaande mogelijkheden tot financiële bijstand voor minder draagkrachtigen. Ik verwijs dan ook voor wat betreft uw vragen met betrekking tot de civiele rechtsgang en de financiële draagkracht van sommige cliënten naar beide documenten.

Ik deel uw constatering dat er bij gevallen van medische schade geen sprake is van gelijkwaardige partijen. Zo is de zorgverlener of professional met medische kennis die de cliënt in mindere mate heeft. Om meer gelijkwaardigheid te creëren stel ik in de Wcz de klachtenfunctionaris verplicht. Daarnaast verplicht de Wcz zorgaanbieders tot aansluiting bij een geschilleninstantie die op termijn een schadevergoeding van € 25 000 kan toekennen. De procedure voor deze geschilleninstantie kent geen verplichte procesvertegenwoordiging. Ook stellen de leden van de fractie van de SP dat het ontbreken van een individueel belang bij zorgaanbieders maakt dat zij een rechtsgang eindeloos kan rekken. In zulke gevallen kan de IGZ ingrijpen vanuit haar verantwoordelijkheid met betrekking tot goede zorg. Hoe een zorgaanbieder omgaat met juridische procedures is onderdeel van goede zorg en goed bestuur.

Veldpartijen hebben met de Gedragscode Openheid Medische Aansprakelijkheid (GOMA) hun verantwoordelijkheid genomen. In de GOMA zijn maximale termijnen opgenomen die betrekking hebben op de melding van incidenten, bekendmaking van de aansprakelijkheidsverzekeraar bij de cliënt en het innemen van een standpunt door de schadeverzekeraar. In mijn brief van 16 mei 2011<sup>3</sup> met betrekking tot het onderzoek naar het stellen van een boete op overschrijding van termijnen uit de GOMA, ga ik hier op in. Ik wil dan ook hier verwijzen naar deze brief.

*De leden van de fractie van de SP vragen hoe de wens van de patiënt centraal kan staan als eerst het budget wordt vastgesteld.*

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op vragen van deze leden naar aanleiding van de houtskoolschets Bwzi<sup>4</sup> en naar paragraaf 9.1.

### **6.3. Verwijzingen**

Voor het antwoord op de vraag van de leden van de VVD-fractie over de zorgverzekeraar en de Wcz verwijs ik naar paragraaf 2.2. Op de vraag van de leden van de VVD-fractie over de toegevoegde waarde van de Wcz ben ik in paragraaf 1.5 ingegaan. Voor de vraag van de leden van de VVD-fractie over het persoonsgebonden budget (pgb) verwijs ik naar hoofdstuk 8.

### **7. Bestuurlijke handhaving**

*De leden van de fracties van de VVD en de PvdA hebben vragen gesteld over de mogelijkheden en capaciteit die de IGZ heeft voor handhaving en toezicht op de wet.*

Ik wil dat de IGZ snel reageert op misstanden. De IGZ zal, overeenkomstig het Regeer- en het Gedoogakkoord, minder papieren verantwoording

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2009/10, 31 765, nr. 20.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2010/11, Aanhangsel 1371.

<sup>3</sup> Kamerstukken II 2010/11, 31 765, nr. 45.

<sup>4</sup> Kamerstukken II 2010/11, 32 604, nr. 2, p. 36.

vragen en meer inspectie op de werkvloer uitvoeren, ook via onaangekondigde bezoeken waarbij bijvoorbeeld mystery guests ingezet kunnen worden. Méér, krachtig en ander toezicht vraagt van inspecteurs een combinatie van techniek en alertheid («pluis-niet pluis gevoel»). De IGZ gebruikt de extra financiële middelen die zijn toegezegd in het Regeer- en Gedoogakkoord voor verbetering van het toezicht op de kwaliteit van de zorg. Het gaat in totaal om € 10 miljoen structureel vanaf 2012. Voor 2011 is € 4 miljoen vrijgemaakt. Een deel van de extra middelen zal aangewend worden voor het toezicht op de naleving van de Wcz. De IGZ zet extra (senior-)inspecteurs en programma- en toezichtmedewerkers in, die snel en gericht in actie komen bij ernstige incidenten of bij het herkennen van structurele tekortkomingen bij instellingen. Bij haar toezicht hanteert de IGZ het principe van high trust, high penalty. De inspectie vertrouwt erop dat zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid voor veiligheid en kwaliteit waarmaken, maar bij geconstateerde onregelmatigheden volgen sancties. De IGZ heeft hiervoor een scala aan instrumenten, variërend van licht tot zwaar. Op grond van de Wcz kan ik onderscheidenlijk de IGZ de volgende maatregelen nemen jegens zorgaanbieders:

- 1) een schriftelijk bevel tot het onmiddellijk nemen van maatregelen. Een bevel kan ook worden gegeven als de kwaliteit van de geleverde zorg structureel ernstige tekortkomingen kent (IGZ);
- 2) een schriftelijke aanwijzing tot het nemen van maatregelen (minister);
- 3) bestuurlijke boete wegens gedragingen in strijd met wettelijke bepalingen (minister);
- 4) last onder bestuursdwang waaronder mede begrepen wordt de mogelijkheid van het opleggen van een dwangsom in verband met gedragingen die in strijd zijn met de wet (minister).

Welk instrument wordt ingezet, is afhankelijk van het doel dat wordt beoogd.

*De leden van de VVD-fractie hebben gevraagd in welk opzicht de positie van cliënten verbetert door de rol die de IGZ krijgt ten aanzien van de patiëntenrechten na de overheveling van de rechten uit het BW.*

De cliënt kan de naleving van de bepalingen over informatie, toestemming, privacy en dossiervorming op dit ogenblik afdwingen via het klachtrecht op grond van de Wkcz en door een gang naar de rechter. Na de inwerkingtreding van de Wcz wordt de procedure voor klachten en geschillen laagdrempeliger en effectiever (zie hoofdstuk 12) en blijft de gang naar de rechter open. Bovendien vallen vanaf dat moment deze bepalingen onder het toezicht door de IGZ. Dit is een belangrijke verandering en verbetering ten opzichte van de huidige situatie waarin geen sprake is van rechtstreeks toezicht door de IGZ op de naleving van de patiëntenrechten uit de geneeskundige behandelingsovereenkomst. De IGZ zal optreden als er sprake is van structurele problemen, bijvoorbeeld in de dossiervorming. Dat verbetert de positie van de cliënt. Voor de volledigheid merk ik ook hier op dat de genoemde bepalingen over informatie, toestemming, privacy en dossier in het BW zullen blijven staan.

*De leden van de SP-fractie hebben gevraagd waarom er niet voor is gekozen dat de IGZ in een individueel geval een aanwijzing kan geven.*

De wet geeft de minister de bevoegdheid tot het geven van schriftelijke aanwijzingen aan de zorgaanbieder. In dringende situaties, waarbij sprake is van gevaar voor de veiligheid of de gezondheid, heeft de IGZ de bevoegdheid een schriftelijk bevel te geven. Een bevel zal worden gegeven wanneer sprake is van misstanden waaraan zo spoedig mogelijk een einde moet komen. Een bevel of een aanwijzing zal in ieder geval worden gegeven wanneer sprake is van een situatie die voor de veiligheid

van cliënten of de zorg een ernstige bedreiging kan betekenen of als het belang van goede zorg dat redelijkerwijs anderszins vergt. In andere gevallen is het aan de cliënt zelf om de naleving van zijn rechten af te dwingen. De IGZ heeft niet de capaciteit om elke individuele melding te onderzoeken. Daar wil ik ook duidelijk over zijn. Uiteraard treedt de IGZ wel op bij meldingen van calamiteiten en geweld in de zorgrelatie.

In het voorstel voor de Bwzi tref ik maatregelen opdat de cliënt in de langdurige zorg tot de grenzen van het mogelijke zelf zeggenschap heeft over de wijze waarop hij zijn leven inricht. Deze wet biedt cliënten de mogelijkheid om ernstige klachten over persoonlijke verzorging en bejegening direct bij de IGZ te melden. De IGZ zal bij zeer ernstige individuele klachten op het gebied van verzorging en bejegening onmiddellijk optreden.

*De leden van de SP-fractie hebben gevraagd naar het verschil tussen bestuursdwang en een last onder dwangsom.*

Bij bestuursdwang treedt het bestuursorgaan feitelijk op tegen de overtreding. De IGZ sluit bijvoorbeeld zelf een afdeling. Het is de bedoeling dat de bestuursdwang uiteindelijk tot herstel van de legale situatie zal leiden. De overtreder krijgt in eerste instantie zelf de mogelijkheid om de overtreding ongedaan te maken. Indien spoed vereist is, kan die mogelijkheid achterwege worden gelaten. De kosten komen voor rekening van de overtreder. De last onder dwangsom dient als een stok achter de deur. Is het bestuursorgaan bevoegd om bestuursdwang uit te oefenen, dan is het bestuursorgaan ook bevoegd om een last onder dwangsom op te leggen. De overtreder krijgt ook hier de mogelijkheid om zelf de situatie te veranderen. Indien de overtreder nalaat de situatie zelf te veranderen, verbeurt hij de dwangsom.

Een voordeel van een last onder dwangsom boven bestuursdwang is dat het opleggen van een last onder dwangsom het bestuursorgaan niet verplicht tot het daadwerkelijk zelf handelen. De financiële prikkel moet het werk doen. Werkt dit niet, dan kan weer een andere sanctie worden beproefd (waaronder bestuursdwang), terwijl intussen al wel een schuld van de overtreder jegens het bestuursorgaan bestaat als gevolg van de verbeurte van de dwangsom.

## DEEL II DE RECHTEN EN PLICHTEN VAN DE CLIËNT EN DE ZORGAANBIEDER

### **8. Reikwijdte van de rechten en plichten**

*De leden van de fractie van de VVD vragen wat de rechtspositie van de alternatieve behandelaar is en wat de betekenis daarvan is voor de cliënt.*

De Wcz regelt niet de rechtspositie van de alternatieve behandelaar, maar de rechtspositie van de cliënt die zich wendt tot een alternatieve behandelaar. Deze cliënt heeft ook tegenover de alternatieve behandelaar recht op:

- Keuze-informatie (artikel 13);
- Informatie over zijn gezondheid, de aard en het doel van de behandeling, de te verwachten gevolgen en risico's en andere vormen van zorg die in aanmerking komen (artikelen 14 en 15);
- Behandeling slechts na toestemming (artikelen 16 en 17);
- Een dossier (artikel 19);
- Een klachtenregeling en aansluiting van de aanbieder bij een geschilleninstantie (artikelen 27 tot en met 30).

De alternatieve behandelaar mag slechts zorg verlenen als hij ervoor zorgt dat hij, buiten noodzaak, geen schade of een aanmerkelijke kans op schade veroorzaakt voor de gezondheid van de cliënt (artikel 5, tweede lid). De IGZ ziet toe op de naleving van deze bepalingen door alternatieve aanbieders. Alternatieve aanbieders worden net als alle andere zorgaanbieders opgenomen in het register van zorgaanbieders.

*De leden van de D66-fractie vragen of het benoemen van een individuele zorgverlener als zorgaanbieder voor het gehele zorgdomein realistisch is en of aan deze individuele zorgverleners dezelfde eisen worden gesteld als aan instellingen.*

Het is vanzelfsprekend dat bepaalde vormen van zorg, bijvoorbeeld verzorging met verblijf, niet door één persoon, zonder personeel, verleend kunnen worden. Bij de beslissing om als solist een bepaalde vorm van zorg te verlenen, dient de zorgverlener rekening te houden met het feit dat hij die zorg alleen verleent. Hij dient immers te voldoen aan de professionele standaarden die gelden voor die vorm van zorg. Dat kan betekenen dat hij moet besluiten bepaalde zorgvormen niet te verlenen of dat hij daarbij afspraken maakt met andere zorgverleners over, bijvoorbeeld, continuïteit van zorg. Voor de komst van de huisartsenposten maakten huisartsen in de regio onderling afspraken over vervanging en nachtdiensten; dat kunnen andere individuele zorgverleners ook doen. Ook voor zorginstellingen met zorgverleners in dienstbetrekking is het niet ongebruikelijk om onderling afspraken te maken over 24-uurs bereikbaarheid, acute zorg en alarmopvolging. Een individueel werkende zorgverlener kan zich bij dergelijke diensten aansluiten of met meer solisten een vergelijkbare dienst opzetten.

*Voorts vragen de leden van de D66-fractie of de eisen die de regering stelt aan zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers), daadwerkelijk gelijk zijn aan de eisen die worden gesteld aan zorgorganisaties.*

In onderstaande tabel geef ik aan wat er als gevolg van de Wcz inclusief de nota van wijziging verandert voor zzp'ers die een contract sluiten met een zorgverzekeraar of zorgkantoor over de levering van naturazorg en voor zzp'ers die een contract sluiten met een cliënt. Deze zzp'ers zijn zorgaanbieder in de zin van de Wcz.

**Tabel regelgeving voor solistisch werkende zorgaanbieders**

	Nu	Wcz
Patiëntenrechten uit WGBO	Wel in cure, niet in care	Wel
Keuze-informatie	Niet	Wel
Verantwoorde/goede zorg	Wel	Wel
Klachtrecht	Wel	Wel
Medezeggenschap	Niet	Niet
Goed bestuur	Niet	Niet
Jaardocument	Niet	Niet
Kwaliteitsverslag	Niet	Wel
Vergewisplicht en verklaring omtrent gedrag	Niet	Wel
Meldplicht geweld in de zorgrelatie	Niet	Wel

De bovenstaande tabel geldt dus voor de zzp'ers die zorgaanbieder zijn in de zin van de Wcz. Zzp'ers die een contract sluiten met een zorgaanbieder voor de levering van zorg, zijn zelf geen zorgaanbieder. Deze zzp'ers moeten er wel aan bijdragen dat de zorgaanbieders voor wie zij werken, hun verplichtingen kunnen nakomen (artikel 2, tweede lid).

Met de Wcz worden de rechten van cliënten op informatie, toestemming, dossier en privacy ook van toepassing op alle aanbieders van AWBZ-zorg die geen geneeskundige behandeling leveren, ook op zzp'ers. De veranderingen hebben verder betrekking op keuze-informatie en verslaglegging. Ik vind transparantie van de kwaliteit zo belangrijk, dat alle zorgaanbieders, ook de solistisch werkenden, inzicht moeten geven in de kwaliteit van de zorg die zij leveren.

Het wetsvoorstel kent, anders dan de huidige regelgeving, een differentiatie in de verantwoordings-eisen tussen grote en kleine organisaties. In de huidige regelgeving gelden voor alle zorgorganisaties dezelfde verantwoordings-eisen. Dit wordt door kleine zorgorganisaties als knellend ervaren. Daarom is in het voorliggende wetsvoorstel (artikel 44) gekozen voor een getrappt systeem. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen zorgaanbieders die zorg doen verlenen door meer dan 10 personen en zorgaanbieders die zorg doen verlenen door minder dan 10 personen of individueel zorgverlener zijn. Deze laatste categorie krijgt alleen de plicht maatschappelijke verantwoording af te leggen over de kwaliteit van de geleverde zorg. Bij de verantwoording over kwaliteit en het verstrekken van keuze-informatie zal er uiteraard rekening mee worden gehouden dat van een solistisch werkende zorgverlener of van een kleine organisatie niet dezelfde informatie kan worden verwacht als van een grote organisatie.

Op grond van de nota van wijziging moeten zzp-ers een verklaring omtrent gedrag kunnen overleggen. Het feit dat zzp-ers van zichzelf moeten nagaan of ze geschikt zijn voor hun werk in de zorg en eventueel zelf gebruikt geweld tegen een cliënt moeten melden bij de IGZ, ontslaat zzp-ers niet van de betreffende verplichtingen.

*De leden van de VVD-fractie vragen hoe het persoonsgebonden budget (pgb) past binnen de Wcz en of het recht op een pgb wordt vastgelegd in de Wcz.*

De cliëntenrechten gelden voor alle zorg, ongeacht de financieringswijze van die zorg. Dus ook als de zorg wordt gefinancierd uit een pgb, gelden de rechten op goede zorg, informatie en toestemming, een klachtenregeling enz. Daar is wel een uitzondering op: als de zorg niet beroepsmatig wordt geleverd. Als de buurvrouw hand- en spandiensten verleent, omdat ze de buurvrouw is, en daarvoor een vergoeding krijgt, is zij geen zorgaanbieder en hoeft ze bijvoorbeeld geen dossier bij te houden of verslag over de kwaliteit in te dienen. Wordt de pgb-gefinancierde zorg geleverd door een instelling of een zzp'er, dan zijn de cliëntenrechten en de verplichtingen voor zorgaanbieders uit de Wcz van toepassing. Ook hier geldt een beperking: instellingen met tien of minder zorgverleners en zzp'ers hoeven bijvoorbeeld geen klachtenverslag in te dienen.

Het recht op een pgb wordt niet vastgelegd in de Wcz. De Wcz gaat niet over de financiering van de zorg. Voor de visie van het kabinet op het persoonsgebonden budget in de zorg verwijs ik naar de brief van de staatssecretaris van 1 juni 2011 over de langdurige zorg<sup>1</sup>.

## **9. Recht op goede zorg**

### **9.1. Goede en doelmatige zorg**

*De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen naar de verwachtingen die de Wcz schept als het gaat om de spanning tussen doelmatigheid en betaalbaarheid en de professionele standaard. De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe het recht op goede zorg zich verhoudt tot*

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2010/11, 30 597, nr. 186.

*per definitie beperkte financiële middelen. In dit kader vragen zij naar de richtlijnen (doelmatigheid, onafhankelijkheid).*

Zorgaanbieders moeten werken binnen per definitie beperkte budgettaire kaders. Het is zaak dat zij de zorg zo organiseren dat de zorgverleners goede en doelmatige zorg kunnen leveren. Dit betekent ook dat zij prioriteiten moeten stellen en er voor kunnen kiezen alleen die zorg te leveren die ze goed en doelmatig kunnen leveren.

De zorgaanbieder heeft immers de eindverantwoordelijkheid voor het leveren van goede zorg aan de cliënt. In de dialoog tussen cliënt en zorgaanbieder is het de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om zoveel mogelijk tegemoet te komen aan de wensen van de cliënt en zorg te leveren, zoals die is omschreven in de professionele standaarden. De professionele standaarden omschrijven waaraan zorg moet voldoen om goede zorg te zijn. In de bepalingen over de geneeskundige behandelings-overeenkomst (artikel 7:453 BW) is expliciet verankerd dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij moet handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard. Als de Wcz in werking treedt, is handelen op basis van de professionele standaard een aspect van goede zorg (artikel 5, eerste lid) voor alle vormen van zorg, ongeacht of er sprake is van geneeskundige behandeling. Overeenkomsten tussen zorgaanbieders en zorgverleners moeten zodanig zijn dat zorgverleners hun professionele verantwoordelijkheid kunnen nemen en waarmaken (nota van wijziging, artikel 2, derde lid). Alleen als daarvoor een zorginhoudelijke reden bestaat en de cliënt daarmee instemt, mag of moet van de professionele standaard worden afgeweken. Afwijking van de standaard moet worden gemotiveerd in het dossier.

Goede zorg vergt dus in de regel dat er gehandeld wordt volgens de professionele standaard. Daarbij mag van de zorgverlener worden verwacht dat hij de randvoorwaarden van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld met betrekking tot doelmatig werken en budget, als uitgangspunt neemt. De ruimte voor de zorgaanbieder wordt begrensd door wat de zorgverlener vanuit zijn professionele verantwoordelijkheid voor zijn rekening wil nemen. Zorgaanbieder en zorgverlener moeten overeenstemming zien te bereiken over het leveren van goede zorg binnen de kaders. Om dat gemakkelijker te maken, moeten richtlijnen en standaarden, meer dan nu het geval is, rekening houden met doelmatigheid. Het beoogde Kwaliteitsinstituut, waarover ik uw Kamer op 14 juni 2011 heb geïnformeerd, zal een rol gaan vervullen bij het bevorderen van het meewegen van doelmatigheid in richtlijnen en van de onafhankelijke totstandkoming van richtlijnen. De bekostiging en het verzekerde pakket zullen afgestemd worden op wat volgens de richtlijnen goede en doelmatige zorg is.

## **9.2. Ketenzorg**

*De leden van de VVD-fractie vragen of de Wcz een regeling voor ketenzorg biedt.*

Met de Wcz wordt afstemming zowel binnen de organisatie van de zorgaanbieder als tussen zorgaanbieders beter geregeld. De verplichting voor zorgaanbieders om te zorgen voor afstemming tussen zorgverleners en tussen zorgaanbieders is als vereiste opgenomen in artikel 7 met betrekking tot de organisatie van de zorgverlening. Aan deze verplichting zijn geen vormvoorschriften verbonden. Artikel 8 biedt wel de mogelijkheid om in het Uitvoeringsbesluit Wcz aan het begrip afstemming een nadere invulling te geven. Het veld (de KNMG in samenwerking met organisaties van zorgaanbieders en van cliënten) heeft inmiddels zelf een

nadere invulling gemaakt in de vorm van een handreiking, opgesteld voor verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Ik zie deze handreiking op dit moment als een goed voorbeeld van zelfregulering en als een adequate invulling van het begrip afstemming in de Wcz.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de zorgvrager rechten kan ontlenen aan de Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg.*

Als een zorgvrager zich met een klacht over gebrekkige afstemming tussen zorgaanbieders wendt tot de geschilleninstantie, zal de geschilleninstantie de handreiking zeker in zijn afwegingen betrekken. De geschilleninstantie zal beoordelen of er goede redenen waren om af te wijken van die handreiking en of de cliënt daarover goed is geïnformeerd.

*De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze een cliënt afgestemde ketenzorg kan afdwingen. De leden van de CDA-fractie vragen of de vrijblijvendheid met betrekking tot afstemming tussen zorgverleners niet te groot is, aangezien er is afgezien van specifieke bepalingen hierover in het wetsvoorstel. Zij vragen hoe ik volg of de bedoelde samenwerking en afstemming tot stand komen.*

Zoals ik hierboven aangaf, wordt met de Wcz geregeld dat de zorgaanbieder de zorg zo moet organiseren, dat afstemming over die zorg plaatsvindt tussen betrokken zorgverleners binnen de instelling en ook met andere zorgaanbieders die bij de zorg aan de cliënt betrokken zijn (artikel 7). De cliënt kan zich bij de keuze voor een zorgaanbieder laten leiden door de wijze waarop die zorgaanbieder afstemming organiseert en hij kan de zorgaanbieder aanspreken op het naleven van deze verplichting.

Ten eerste kan de cliënt bij zijn keuze voor een zorgaanbieder laten meewegen in hoeverre deze zorgaanbieder met andere zorgaanbieders afgestemde zorg aanbiedt. Als voldoende cliënten op die wijze «stemmen met de voeten», zullen zorgaanbieders die de zorg niet goed afgestemd aanbieden, uiteindelijk niet kunnen blijven voortbestaan.

Ten tweede kan een cliënt, als hij al zorg verkrijgt en ontevreden is over de afstemming met andere zorgverleners of zorgaanbieders, daarover een klacht indienen. Uiteraard kan hij eerst in gesprek gaan met de betrokken zorgverlener(s). Hij kan zich wenden tot de klachtenfunctionaris. Als het contact met de klachtenfunctionaris niet leidt tot een bevredigende oplossing, kan de cliënt een formele klacht indienen. Als de zorgaanbieder de klacht niet naar tevredenheid afhandelt, kan de cliënt een bindende uitspraak vragen aan de geschilleninstantie. Zoals ik in antwoord op de vorige vraag aangaf, zal de geschilleninstantie daarbij zeker de handreiking van veldpartijen betrekken.

Ten derde kan de cliënt, indien er een cliëntenraad is, via dit orgaan invloed uitoefenen op de afstemming met andere zorgverleners en zorgaanbieders. Afstemming van de zorg is immers een belangrijk aspect van de kwaliteit van de zorg en de cliëntenraad heeft instemmingsrecht op het kwaliteitsbeleid. De Wcz biedt de cliënt juist op de punten keuze-informatie, klachten- en geschillenbehandeling en medezeggenschap een sterkere rechtspositie. Een ontwikkeling in het veld die ik toejuich, is de toenemende inzet van casemanagers die de cliënt helpen bij het organiseren van afgestemde zorg en ondersteuning van diverse aanbieders.



Tenslotte is evident dat van vrijblijvendheid met betrekking tot afstemming tussen zorgaanbieders en zorgverleners geen sprake is: de IGZ houdt toezicht op goede zorg, waaronder begrepen de afstemming die in het kader van deze goede zorg noodzakelijk is. Dat afstemming bij ketenzorg voor de IGZ een belangrijk aandachtspunt is, blijkt uit een aantal rapporten die de IGZ in de afgelopen periode publiceerde: rapporten over de ketenzorg rond trombosepatiënten<sup>1</sup> en de zorgketen voor kankerpatiënten<sup>2</sup>.

*De leden van de PVV-fractie vragen naar de waarborg voor goede zorg bij ketenzorg en bij zorgaanbieders met minder dan tien zorgverleners.*

De cliënt heeft op grond van de Wcz jegens iedere zorgaanbieder recht op goede zorg, recht op keuze-informatie, recht op informatie, toestemming, dossiervorming en bescherming van de persoonlijke levenssfeer, recht op effectieve klachten- en geschillenbehandeling. Iedere zorgaanbieder moet op grond van de Wcz een kwaliteitsjaarverslag indienen. Deze rechten en verplichting gelden ook voor zorgaanbieders met minder dan elf zorgverleners en vormen daarmee een belangrijke waarborg voor goede zorg.

De verplichting voor zorgaanbieders om te zorgen voor onderlinge afstemming (artikel 7 Wcz), geldt voor alle zorgaanbieders, voor grote en kleine instellingen, solistisch werkenden en zorggroepen. Op deze manier is gewaarborgd dat ook de zorg die kleine aanbieders leveren in een keten, goed is.

Om de administratieve lasten en nalevingskosten voor kleinere zorgaanbieders te verminderen, gelden de verplichtingen met betrekking tot medezeggenschap en goed bestuur, en de verslaglegging over klachten, medezeggenschap en goed bestuur niet voor zorgaanbieders met 10 of minder zorgverleners of solistisch werkenden.

### **9.3. Kwaliteit en veiligheid**

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe de eisen van kwaliteit en veiligheid precies worden ingevuld. Zij vragen daarbij specifiek naar de kwaliteitseisen voor bouwkundige voorzieningen die in de plaats komt van de bouwregelgeving in de Wtzi.*

De zorgaanbieders en zorgverleners zelf zijn en blijven verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg en voor het opstellen van normen, protocollen en richtlijnen. Met name wanneer de veiligheid van cliënten in het geding is, is het van belang dat er normen zijn en dat deze worden nageleefd. Het begint op de werkvloer, waar collega's een belangrijke verantwoordelijkheid hebben om elkaar aan te spreken. Het bestuur van een zorginstelling is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg; zo is dit ook vastgelegd in de Wcz.

Daar waar een zorgaanbieder onvoldoende aandacht voor het implementeren van veiligheidsmaatregelen heeft, grijpt de IGZ in. De IGZ hanteert hier het uitgangspunt van «high trust, high penalty». In de afgelopen periode heeft de IGZ diverse zorgaanbieders een bevel tot sluiting gegeven of zijn zorgaanbieders door de IGZ onder verscherpt toezicht geplaatst.

Indicatoren en normen zijn in alle sectoren in ontwikkeling. Per specialisme worden ze in richtlijnen of normen voor verantwoorde zorg opgenomen. Zo heeft de Vereniging voor Heelkunde onlangs voor een aantal complexe chirurgische behandelingen volume- en andere kwaliteitsnormen naar buiten gebracht.

<sup>1</sup> IGZ (2010) Keten trombosezorg niet sluitend. Den Haag: IGZ.

<sup>2</sup> IGZ (2009) Radiotherapeutische zorg na inhaalslag sterk verbeterd. Den Haag: IGZ.

Voor het toezicht op verantwoorde zorg gebruikt de IGZ de basisset kwaliteitsindicatoren voor diverse sectoren. Ook voor het veiligheidsprogramma zijn indicatoren ontwikkeld.

Daarnaast bestaan per sector de indicatoren van Zichtbare zorg en kunnen verzekeraars op andere punten informatie opvragen en eigen normen hanteren. Ik juich het toe dat zorgverzekeraars selectief zorg inkopen op basis van kwaliteits-, doelmatigheids- en volumecriteria. Wel moet het hanteerbaar blijven voor alle partijen. Ik wil toe naar eenduidige informatie en themagewijs publiceren van kwaliteitsinformatie. Zoveel mogelijk op uitkomstniveau.

Sinds het afschaffen van het bouwregime van de Wtzi zijn zorgaanbieders zelf verantwoordelijk geworden voor de normen en eisen die aan bouwkundige voorzieningen moeten worden gesteld met het oog op de kwaliteit van de zorg. Op dit terrein bestaan al veldnormen, zoals de eisen die gesteld worden aan operatiekamers, waaronder bijvoorbeeld eisen aan de luchtverversing. Als het veld het nalaat om normen te ontwikkelen die absoluut noodzakelijk zijn, kan de IGZ een voorstel voor normen doen, die ik wettelijk kan vastleggen. De Wcz biedt daarvoor een basis. Vanzelfsprekend moeten zorgaanbieders voldoen aan de algemene eisen aan gebouwen uit het Bouwbesluit en aan de eisen met betrekking tot brandveiligheid. Zoals ik in paragraaf 9.1 al aangaf en in mijn brief van 14 juni 2011 uiteen heb gezet, komt er een Kwaliteitsinstituut dat eraan bijdraagt dat kwaliteit, veiligheid en doeltreffendheid van zorg in professionele standaarden worden neergelegd en dat het handelen volgens deze professionele standaard en de uitkomsten van zorg gekoppeld worden aan verzekerde aanspraken.

*De leden van de CDA-fractie vragen of er in de care ook veiligheidsnormen worden ontwikkeld.*

In de langdurige zorg is geen apart veiligheidsmanagementsysteem ingevoerd. Er is voor gekozen om in de jaarlijkse zorginhoudelijke kwaliteitsmeting (Zichtbare Zorg) indicatoren op te nemen die de veiligheid betreffen. Enkele veiligheidsaspecten die bijvoorbeeld in de verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) worden gemeten, zijn risicosignalering, melding van medicatie- en valincidenten, voedingstoestand, decubitus en vrijheidsbeperkende maatregelen. Recent is toegevoegd noodvoorziening bij stroomuitval en hitteprotocol; nagedacht wordt over een indicator voor infectiepreventie. De uitkomsten van de meting geven een indicatie hoe het gesteld is met de kwaliteit van de zorg, inclusief de veiligheid.

Een volgende stap is het vaststellen van (minimum) normen voor kwaliteit en veiligheid, waaraan zorginstellingen moeten voldoen. De VVT heeft al een aantal jaren de kwaliteit gemeten en is – als eerste care-sector – nu aan het nadenken over het vaststellen van dergelijke normen. Daarnaast is er in verschillende keurmerken, zoals bijvoorbeeld het HKZ, aandacht voor veiligheidsaspecten.

*De leden van de CDA-fractie vragen wanneer voldaan is aan de kwaliteitseisen voor zowel de care als de cure in de zin van het wetsvoorstel.*

Ik heb hiervoor aangegeven dat er op dit moment indicatoren en normen in alle sectoren in ontwikkeling zijn en dat ik toe wil naar eenduidige informatie en themagewijs publiceren van kwaliteitsinformatie. Zoveel mogelijk op uitkomstniveau. Die informatie moet voor cliënten afdoende zijn om op grond daarvan voor een zorgaanbieder te kiezen en voor de IGZ om toezicht te houden. Daarnaast is deze informatie van belang voor

verzekeraars voor hun inkoop en voor aanbieders zelf om zich te spiegelen aan andere aanbieders en om goed te kunnen doorverwijzen. Het nader invullen van de wettelijke norm van goede zorg door veldpartijen is een vervolgstap.

Er is naar mijn mening voldaan aan de kwaliteitseisen in de zin van dit wetsvoorstel als kwaliteit, veiligheid en doeltreffendheid van zorg in professionele standaarden zijn neergelegd en als zorgaanbieders ook conform deze standaarden werken en deze actueel houden. Op dit gebied is er nog een hele slag te maken. Het Kwaliteitsinstituut zal hier een bijdrage aan leveren.

Daarnaast moeten besturen en interne toezichthouders daadwerkelijk sturen op kwaliteit en veiligheid. Ook hier is nog een hele slag te maken. De Wcz schept randvoorwaarden opdat het bestuur de kwaliteit van de zorg meer centraal stelt in zijn besluitvorming en in overleggen tussen het bestuur, de raad van toezicht, de zorgverleners en de cliëntenraad.

*De leden van de CDA-fractie vragen naar de drijfveer voor veldpartijen om richtlijnen tot stand te brengen en stellen voor om bij de regeling tot de oprichting van het Kwaliteitsinstituut de vrijblijvendheid aan banden te leggen.*

De huidige drijfveren voor veldpartijen om richtlijnen tot stand te brengen zijn beroepseer en druk vanuit verzekeraars, patiënten en IGZ. Met de oprichting van het door mij beoogde Kwaliteitsinstituut zal het opstellen en actueel houden van richtlijnen niet langer vrijblijvend zijn.

*De leden van de CDA-fractie vragen wanneer er precies aanleiding zal zijn voor een amvb waarmee de norm goede zorg nader wordt omschreven. Zij vragen daarbij naar voorbeelden.*

In het Uitvoeringsbesluit Wcz zal de norm van goede zorg nader worden omschreven indien het veld nalaat normen te ontwikkelen, daar waar die absoluut noodzakelijk zijn. Het zal met name gaan om normen waarbij door het ontbreken daarvan de veiligheid van cliënten in het geding is. Zo heeft de Vereniging voor Heelkunde onlangs voor een aantal complexe chirurgische behandelingen volume- en andere kwaliteitsnormen naar buiten gebracht. De noodzaak daartoe kwam naar voren door onderzoek door de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties. Indien de veldpartijen zouden nalaten de noodzakelijke normen te ontwikkelen en vast te stellen, zou ik genoodzaakt zijn om dat in het uiterste geval zelf te doen. Dat kan met een amvb, nu op grond van de Kwaliteitswet, straks op grond van de Wcz.

Andere voorbeelden zijn de normen die gesteld kunnen worden aan het operatieve proces in ziekenhuizen. De IGZ heeft in haar toezicht de afgelopen periode tekortkomingen geconstateerd en ook geconstateerd dat veldnormen op dit gebied ontbreken. De IGZ heeft nu druk gezet op het ontwikkelen van veldnormen voor het operatieve proces. Mochten veldpartijen dit uiteindelijk nalaten, dan zal ik op advies van de IGZ deze normen zelf vaststellen.

*De leden van de SP-fractie vragen of de cliënt met het recht op goede zorg kan afdwingen dat een zorginstelling stopt met tijdsregistratie.*

De cliënt kan afdwingen dat hij goede zorg krijgt (artikel 5). De zorgaanbieder heeft de plicht om de zorg zo te organiseren dat de zorgverlening redelijkerwijs leidt tot goede zorg (artikel 7). De cliënt kan, als hij kan aantonen dat hij geen goede zorg krijgt doordat te weinig tijd wordt

besteed aan zijn zorg, afdwingen dat er voldoende tijd aan zijn zorg wordt besteed. Als de IGZ constateert dat in de instelling tijdregistratie een belemmering vormt voor het leveren van goede zorg, kan de IGZ op dat punt een aanwijzing geven.

#### **9.4. Veilig intern melden van (bijna-)incidenten**

*De leden van de VVD-fractie stellen vragen over de mogelijkheid voor de zorgaanbieder om zonder toestemming van de cliënt voor het kwaliteitsbeleid tot personen herleidbare gegevens te verwerken. Zij vragen naar de gevallen waarin dat noodzakelijk is en de gegevens waar het dan om gaat.*

De verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands godsdienst of levensovertuiging, ras, politieke gezindheid, gezondheid, seksuele leven, alsmede persoonsgegevens betreffende het lidmaatschap van een vakvereniging is in beginsel verboden op grond van artikel 16 van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Hetzelfde geldt voor strafrechtelijke persoonsgegevens en persoonsgegevens over onrechtmatig of hinderlijk gedrag in verband met een opgelegd verbod naar aanleiding van dat gedrag. Deze gegevens worden verder aangeduid als bijzondere persoonsgegevens.

Zorgaanbieders mogen in beginsel dus geen bijzondere persoonsgegevens van cliënten verwerken. Het zal duidelijk zijn dat deze ver gaande bescherming van de privacy in de Wbp een aantal uitzonderingen kent welke noodzakelijk zijn voor bijvoorbeeld een goede zorgverlening. Artikel 21 van de Wbp biedt voor zorgaanbieders expliciet een grondslag voor het verwerken van bijzondere persoonsgegevens voor zover dat met het oog op een goede behandeling of verzorging van de betrokkene, dan wel het beheer van de desbetreffende instelling of beroepspraktijk noodzakelijk is. Deze bepaling biedt derhalve zowel een grondslag voor de gegevensverwerking in het primaire proces, te weten het verwerken van de gegevens die in het dossier moeten worden opgenomen, als een basis voor de verwerking van gegevens die noodzakelijk zijn in het kader van het beheer van de instelling; daaronder valt nadrukkelijk ook de kwaliteitszorg die de zorgaanbieder heeft te betrachten.

Een tweede uitzondering op het verwerkingsverbod kent de Wbp in artikel 23 en wel voor zover dit noodzakelijk is met het oog op een zwaarwegend algemeen belang, passende waarborgen worden geboden ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en dit bij wet wordt bepaald. In het wetsvoorstel is met het oog op het zwaarwegende algemeen belang van bewaking en bevordering van de kwaliteit van zorg op de zorgaanbieders de verplichting gelegd om goede zorg te leveren en te zorgen voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit. Daarbij hoort volgens artikel 10 van het wetsvoorstel ook het systematisch verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van zorg.

In artikel 11 is, om de zorgaanbieder in staat te stellen deze verplichting waar te maken, geregeld dat hij – voor zover dat voor dat doel noodzakelijk is – het recht heeft (bijzondere) persoonsgegevens van een cliënt te verwerken die afkomstig zijn uit interne meldingen van voor hem werkzame zorgverleners. In de toelichting op de bepaling is uiteengezet dat de zorgaanbieder bij het gebruiken van deze bevoegdheid de evenredigheid in acht moet nemen: hij mag alleen dan gegevens van de cliënt verwerken zonder diens toestemming als, voor zover en voor zolang dat noodzakelijk is voor een goede werking van het register. Bij iedere interne melding zal derhalve afzonderlijk moeten worden gewogen of het noodzakelijk is persoonsgegevens op te nemen in het kwaliteitssysteem en of dat zonder toestemming van de cliënt mag gebeuren. Indien er geen

beletsel is om de cliënt om toestemming te vragen, zal dat moeten gebeuren. Veelal zal de cliënt bereid zijn aan registratie mee te werken. De cliënt moet immers ook al over incidenten in de zorgverlening worden ingelicht en zal in die gevallen dus ook kunnen worden geraadpleegd over opneming van bijzondere persoonsgegevens in het register. Opgemerkt moet echter worden dat er ook gevallen zullen zijn waarin geen sprake is van een incident dat aan de cliënt moet worden gemeld, maar wel van een kwaliteitssignaal waaraan door middel van een interne melding aandacht moet worden besteed (bijvoorbeeld een bijna-incident). Mocht de cliënt weigeren en opneming van zijn gegevens toch noodzakelijk zijn, dan ligt het in de rede dat de zorgaanbieder na de weigering opnieuw overweegt of er geen andere oplossing is. Ook zullen de gegevens moeten worden verwijderd als opneming niet langer nodig is. Deze bepaling is derhalve in overeenstemming met de artikelen 21 en 23 van de Wbp.

Vervolgens is de vraag aan de orde om welke gevallen en welke gegevens het dan gaat. Te denken valt aan signalen over de gang van zaken tijdens de zorgverlening of in het proces daaromheen, waarbij voor een goede beoordeling van de casuïstiek en een goede inschatting van de impact de noodzaak kan bestaan om bij het onderzoeken van de melding exact na te gaan hoe iets is verlopen. In dat geval valt er mogelijk niet aan te ontkomen dat bij de melding ook bijzondere persoonsgegevens worden geregistreerd. Ik ga er evenwel van uit dat dit eerder uitzondering dan regel zal zijn. Desalniettemin zal de wetgever in de bevoegdheid om zulks te doen hebben te voorzien. Voor een uitgebreide uiteenzetting van de nadere waarborgen ter bescherming van persoonsgegevens die in de artikelen 11, 12 en 58a worden gecreëerd, verwijs ik naar hoofdstuk II van de toelichting bij de nota van wijziging.

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe veilig een interne melding van fouten en incidenten is. De leden stellen deze vraag vanwege de opmerking in de toelichting dat de zorgaanbieder zelf tot onderzoek kan overgaan naar aanleiding van vermoedens die voortkomen uit kennisgeving van een melding<sup>1</sup>.*

De interne melding van fouten en incidenten is veilig, in die zin dat de informatie die wordt opgenomen in het veilig melden systeem van de zorgaanbieder, niet buiten de organisatie terecht komt. Deze informatie mag niet als bewijs worden gebruikt in een juridische procedure of voor een disciplinaire maatregel en is niet openbaar. De informatie is juist bedoeld voor intern onderzoek binnen de organisatie van de zorgaanbieder. Wat kunnen we ervan leren? Hoe moet het anders om dergelijke incidenten of bijna-incidenten in de toekomst te voorkomen?

Tegelijkertijd kan het niet zo zijn dat als een fout intern is gemeld, de fout verder geen consequenties meer kan hebben voor degene die de fout heeft gemaakt. Als de fout een calamiteit blijkt te zijn, moet de zorgaanbieder die melden bij de IGZ. Fouten die merkbare gevolgen hebben of kunnen hebben voor de cliënt moeten worden gemeld aan de cliënt en worden opgenomen in zijn dossier. Als die cliënt dat wil, kan hij ermee naar de geschilleninstantie of de tuchtrechter. Als sprake is van een strafbaar feit en het dossier is niet op orde, zal het Openbaar Ministerie (OM) in het veilig melden systeem mogen kijken voor zijn onderzoek, als de gegevens redelijkerwijs niet op een andere manier kunnen worden verkregen. Met artikel 11 is getracht een evenwicht te zoeken tussen enerzijds het belang van leren van incidenten voor de toekomst en anderzijds het belang van de cliënt die is getroffen door het incident.

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 46.

*De leden van de SP-fractie hebben enkele vragen gesteld over de mogelijkheid voor het OM om gegevens uit het register van de zorgaanbieder te vorderen. De leden van de SGP-fractie vragen of de regering bereid is het voorstel zo aan te passen dat het OM alleen inzage krijgt in meldingen als sprake is van opzet of grove nalatigheid.*

In reactie op de verwijzing van de leden van de SP-fractie naar het meldingssysteem in de Wet luchtvaart kan worden bevestigd dat tussen het OM en de Inspectie Verkeer en Waterstaat is afgesproken dat meldingen over voorvallen in de burgerluchtvaart alleen aan het OM worden doorgegeven als sprake is van een vermoeden van opzet of grove nalatigheid. De melding zelf wordt niet voor het bewijs gebruikt in een strafzaak tegen de melder en fungeert in zoverre slechts als sturingsinformatie. Een en ander is neergelegd in de OM-aanwijzing inzake opsporing en vervolging bij melding van voorvallen in de burgerluchtvaart. Aangetekend moet worden dat de Wet luchtvaart – afgezien van het feit dat daarvoor in bepaalde gevallen een machtiging van de rechter-commissaris is vereist – niet voorziet in bescherming van de gegevens uit een veiligheidsmanagementsysteem: verstrekking van die gegevens kan, als door het OM een strafrechtelijk onderzoek wordt gestart, worden gevorderd en deze gegevens kunnen in het algemeen voor het bewijs worden gebruikt.

In dit wetsvoorstel is voor een meldingssysteem gekozen waarbij het OM gegevens uit het register kan vorderen als deze redelijkerwijs niet op een andere wijze kunnen worden verkregen. Het OM zal, zoals blijkt uit de OM-aanwijzing feitenonderzoek/strafrechtelijk onderzoek en vervolging in medische zaken, alleen in uitzonderlijke gevallen gegevens uit het register vorderen. In een medische strafzaak vormen het medische dossier zelf en de verklaringen van de betrokken personen namelijk de belangrijkste bron van informatie. Maar in gevallen waarin die bron van informatie tekortschiet en aanvullende gegevens niet langs andere weg kunnen worden verkregen, kunnen de gegevens uit het register worden gevorderd voor zover zij niet onder het (medisch) verschoningsrecht vallen.

Daarbij moet worden aangetekend dat uit de genoemde OM-aanwijzing blijkt dat de rol van het strafrecht een beperkte is en dat strafrechtelijk optreden buiten gevallen van (vermoedelijke) opzet of grove nalatigheid in de praktijk niet aan de orde is. Het OM kan tijdens een strafrechtelijk onderzoek verstrekking van de gegevens vorderen waarbij in de regel de rechter-commissaris wordt betrokken. Door het OM en de rechter-commissaris wordt altijd getoetst of deze vordering voldoet aan de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit. Concreet betekent dit dat de vordering achterwege blijft indien de informatie op een andere wijze kan worden verkregen. De vordering blijft tevens achterwege indien de ernst van het vermoedelijk begane strafbare feit deze vordering niet kan rechtvaardigen. In het licht van het voorgaande deel ik niet de zorg van deze leden, dat zorgaanbieders uit zelfbescherming ertoe zouden overgaan het interne meldingssysteem niet te gebruiken. De voorwaarden zijn naar mijn oordeel niet te ruim geformuleerd.

Zoals blijkt uit de juridische vakliteratuur op dit terrein, worden in verschillende landen verschillende keuzes gemaakt<sup>1</sup>. Tegenover het Deense systeem waarnaar de leden van de SP-fractie verwijzen, staat het Amerikaanse systeem, waarin is voorzien in een uitzondering voor strafrechtelijke onderzoeken. Tot personen herleidbare gegevens uit een meldingssysteem op het gebied van de gezondheidszorg kunnen in de Amerikaanse situatie in een strafrechtelijke procedure worden gebruikt als een rechter bepaalt dat deze gegevens onmisbaar zijn voor de zaak en redelijkerwijs niet langs andere weg kunnen worden verkregen. Niet tot

---

<sup>1</sup> Zie J. Legemaate en R. de Roode, «Veilig melden van incidenten in de gezondheidszorg: voorbeelden van (buitenlandse) wetgeving», in: Tijdschrift voor Veiligheid 2009 (8), blz. 20–34.

personen herleidbare gegevens worden in het geheel niet beschermd. Zo heeft elk rechtssysteem zijn eigen kenmerken. Dit wetsvoorstel voorziet intussen in de nodige waarborgen met betrekking tot het opvragen van gegevens en het gebruik daarvan voor het bewijs.

*De leden van de D66-fractie vragen wat de stand van zaken is met betrekking tot de uitvoering van de motie Arib c.s. om een wettelijke regeling voor een register waarin de banden tussen de farmaceutische industrie en artsen/onderzoekers worden vastgelegd.*

De stichting Code Geneesmiddelenreclame (CGR) waarin de farmaceutische industrie, artsen en apothekers vertegenwoordigd zijn, is bezig met het maken van een regeling om tot transparantie te komen over de onderlinge banden tussen deze partijen. Onlangs zijn de uitgangspunten van deze regeling gepubliceerd<sup>1</sup> en de definitieve regeling wordt na de zomer van 2011 verwacht. De CGR kiest ervoor de gegevens via een centraal register openbaar te maken. Openbaarmaking vindt plaats in het eerste kwartaal van 2013 over het jaar 2012. Ik vind het een groot voordeel dat partijen zelf met een dergelijke regeling komen. Dat betekent dat er draagvlak voor bestaat en dat de regeling in de praktijk voor partijen uitvoerbaar zal zijn. Mocht zelfregulering in de praktijk niet leiden tot de gewenste transparantie, dan zal ik het treffen van aanvullende maatregelen, waaronder het maken van wettelijke regels, in overweging nemen.

### **9.5. Verwijzingen**

De vragen van de leden van de VVD- en de PVV-fractie naar de verantwoordelijkheid en handelingsvrijheid voor medisch-specialisten beantwoord ik in paragraaf 14.1. Op de vraag van de leden van de SP-fractie naar de regiefunctie van de Wtzi ga ik in, in paragraaf 15.4. Op de vraag van de leden van de fractie van de ChristenUnie naar de rechtspositie van de familie en naastbetrokkenen heb ik geantwoord in hoofdstuk 3. De vraag van deze leden naar de familievertrouwenspersoon komt aan de orde in hoofdstuk 16.

### **10. Recht op keuze-informatie**

*De leden van de PvdA-fractie vragen waarom ervoor gekozen is het recht op keuze-informatie een recht op informatie jegens de zorgverstreker te laten zijn. Zij vragen in dit kader naar de objectiviteit, neutraliteit en onafhankelijkheid van de informatie, de controle op de juistheid van de informatie en de reclame-uitingen van zorgverzekeraars.*

De verantwoordelijkheid voor de juistheid (ik vat daar ook onder: objectiviteit, neutraliteit en onafhankelijkheid) van de verstrekte keuze-informatie berust bij de zorgaanbieder. Dat kan ook niet anders; wie anders zou deze informatie kunnen aanleveren? Op grond van artikel 45 Wcz kan de minister nadere regels stellen om de vergelijkbaarheid van de door verschillende zorgaanbieders geleverde keuze-informatie te bevorderen.

Als zorgaanbieders in de door hen verstrekte informatie de zaken positiever voorstellen dan ze in werkelijkheid zijn, keert dat zich – vroeg of laat – tegen hen. Bijvoorbeeld doordat cliënten teleurgesteld zijn omdat de werkelijkheid minder aantrekkelijk is dan is voorgespiegeld of doordat bij een controle door de IGZ blijkt dat de verstrekte informatie niet juist is.

In het kader van het programma Zichtbare Zorg zijn stappen gezet om de juistheid van de informatie te kunnen waarborgen: een centrale ICT-voorziening waarin niet plausibele informatie wordt gesignaleerd, een betrouwbaarheidslabel bij de informatie van ziekenhuizen (ook voor

<sup>1</sup> Nieuwsbrief 3 van de CGR op [www.cgr.nl](http://www.cgr.nl), mei 2011.

andere sectoren in ontwikkeling) en diverse maatregelen die het risico op onbetrouwbare informatie moeten ondervangen.

De controle op de juistheid van de informatie geschiedt in eerste instantie door belanghebbenden, waaronder cliënten, cliëntenraden, verzekeraars. Daarnaast betreft de IGZ de door de zorgaanbieder verstrekte informatie over de kwaliteit van zorg bij haar bezoeken in het kader van het toezicht. Tot slot zijn controles op juistheid en betrouwbaarheid van de informatie onderdeel van de wijze waarop de informatievoorziening geregeld is in het kader van het programma Zichtbare Zorg.

Ik onderscheid reclame-uitingen van de door zorgaanbieders verstrekte keuze-informatie. De keuze-informatie moet juiste informatie over de feiten zijn, reclame-uitingen kunnen ook appelleren aan gevoel van cliënten. Indien reclame-uitingen aantoonbaar strijdig zijn met de objectieve informatie die verstrekt is, kunnen belanghebbenden, waaronder concurrenten daarop actie ondernemen, bijvoorbeeld via de Reclame Code Commissie.

*De leden van de PvdA-fractie stellen vragen over de vrije artsenkeuze.*

Bij de beantwoording van deze vragen is het van belang het recht van de cliënt op vrije keuze van een behandelaar en een zorgaanbieder zorgvuldig in te kaderen.

De Grondwet, met name de artikelen 10 (eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer) en 11 (onaantastbaarheid van het lichaam), waarborgt dat een ieder, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, het recht heeft zelf te beslissen als het erom gaat wiens zorg of hulp hij inroept. Dat heeft ook alles te maken met het vertrouwen dat voor een zorgrelatie onmisbaar is. De cliënt kan daarbij mede afgaan op de keuze-informatie die voor hem beschikbaar moet zijn, maar ook rekening houden met eigen ervaringen en eigen voorkeuren.

Dit betekent dat iedere cliënt in beginsel het recht heeft om te kiezen voor de zorgverlener die hij wenst. Uiteraard gelden daarbij feitelijke beperkingen, zoals beschikbaarheid (als een praktijk vol is, kan de zorgverlener in beginsel weigeren nieuwe cliënten aan te nemen) en bereikbaarheid (men zal veelal een zorgverlener willen hebben op een aanvaardbare afstand).

Verdere beperkingen kunnen het gevolg zijn van de keuze voor een bepaald verzekeringspakket. De verzekerde met een restitutiepolis kan op grond van de Zvw zelf beslissen bij welke zorgaanbieder hij zijn zorg betreft. In de Zvw is, in overeenstemming met de genoemde artikelen van de Grondwet, geregeld dat de verzekerde die kiest voor een naturaverzekering, bij het maken van een keuze in beginsel is beperkt tot de zorgaanbieders die de zorgverzekeraar heeft gecontracteerd. Doorgaans is daarbij overigens nauwelijks sprake van een beperking, omdat zorgverzekeraars veel of nagenoeg alle zorgaanbieders contracteren. Bovendien heeft de verzekerde wettelijk het recht om desgewenst toch een andere zorgaanbieder in te schakelen dan die welke zijn zorgverzekeraar heeft gecontracteerd. Wel moet hij in dat geval rekening houden met de mogelijkheid dat hij een klein deel van de kosten zelf zal moeten dragen; de zorgverzekeraar mag in dat geval immers volstaan met een in de polisvoorwaarden aan te geven vergoeding van de voor deze zorg gemaakte kosten.

Indien de cliënt kiest voor een instelling, heeft hij in beginsel eveneens het recht om zelf te bepalen door wie hij daar wordt geholpen. Het is daarbij niet van belang of de zorgverlener in dienst is van de instelling dan wel daar op een andere basis werkzaam is. Ook hier geldt natuurlijk weer de



bepierking dat die zorgverlener in zijn praktijkuitoefening ruimte moet hebben om de cliënt te behandelen. In niet-spoedeisende situaties zal dit veelal geen onoverkomelijke problemen met zich brengen. Als de cliënt geen nadrukkelijke keuze te kennen geeft voor een bepaalde zorgverlener, kan de instelling in beginsel zelf bepalen welke zorgverlener de cliënt zal behandelen. Indien de cliënt evenwel vervolgens weloverwogen de behandeling weigert, zal de zorgverlener dit hebben te respecteren. In de instelling moet dan worden gezien welke andere zorgverlener beschikbaar is om de cliënt zorg te verlenen. De cliënt is vrij zich bij zijn keuze te laten leiden door hetgeen hij daarvoor van belang acht. Ik acht het alleszins terecht dat een cliënt die op grond van beschikbare keuze-informatie, of op grond van eigen ervaringen in het verleden, onvoldoende vertrouwen heeft in een zorgverlener, liever door een andere zorgverlener wenst te worden geholpen. Van de cliënt mag door de instelling wel worden verlangd dat hij dit dan tijdig meldt, zodat de instelling daarop kan inspelen. Een cliënt die van oordeel is dat een zorgverlener hem ten onrechte niet de gewenste zorg (of geneesmiddelen) verleent, zou te kennen kunnen geven dat hij (voorzetting van) de zorgverlening door die zorgverlener niet langer wenst. De zorgverlener kan overigens door de cliënt niet worden gedwongen zorg te verlenen die niet in overeenstemming is met diens professionele standaard of zijn professionele autonomie. Intussen ligt het wel voor de hand dat de zorgverlener de cliënt goed informeert over de kans dat een andere zorgverlener wel bereid zou zijn de gewenste behandeling te geven.

Het wetsvoorstel gaat geheel uit van de keuzevrijheid van de cliënt wat betreft de zorgaanbieder tot wie hij zich wendt. Hetzelfde geldt wat betreft het geven van toestemming tot het verlenen van zorg door een zorgverlener; buiten de in artikel 17 geregelde situaties waarin een vertegenwoordiger voor een wilsonbekwame cliënt toestemming geeft of bij afwezigheid daarvan urgente zorg moet worden verleend, kan immers op grond van de Wcz geen zorg worden verleend zonder toestemming van de cliënt. Als de cliënt derhalve niet door een zorgverlener wenst te worden behandeld, brengt het recht op goede zorg met zich dat binnen de instelling naar een andere zorgverlener zal moeten worden gezocht. Ingeval van een zorgaanbieder die zelf individueel zorgverlener is, zal de cliënt die van deze zorgverlener geen zorg wenst te ontvangen, zich tot een andere zorgaanbieder moeten wenden.

Als de opstelling van de cliënt ertoe leidt dat de zorgverlening voortijdig (voordat het beoogde doel) is bereikt wordt beëindigd, heeft de cliënt er op grond van artikel 18 overigens recht op dat de zorgaanbieder alles doet wat in redelijkheid van hem verlangd kan worden om de zorgverlening over te dragen aan een ander in wie de cliënt wel vertrouwen heeft.

*De leden van de CDA-fractie stellen vragen over het register van zorgaanbieders: wanneer wordt dit register ingesteld en wie houdt er toezicht op dat alle zorgaanbieders hierin vermeld staan?*

De planning is erop gericht om het register operationeel te laten zijn bij inwerkingtreding van de Wcz. Voor het Wcz-register van zorgaanbieders wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van gegevens die al worden vastgelegd/geregistreerd, met name de gegevens uit het Handelsregister en de Jaardocumenten MV en kwaliteitsverslagen. Een zorgaanbieder die zich niet registreert, kan aangepakt worden op grond van de Handelsregisterwet. Daarnaast zullen er aanvullende waarborgen worden gecreëerd voor de juistheid van de informatie van zorgaanbieders die in het Handelsregister staan ingeschreven, zodanig dat de informatie bruikbaar is voor partijen in de zorg.

*De leden van de CDA-fractie vragen naar de voorwaarden die gesteld zullen worden aan de kwaliteit van de keuze-informatie, waaronder begrijpelijke taal, overeenkomstige termen, normen en getallen, zodat vergelijken echt mogelijk is, toegankelijk voor een breed publiek (geen jargon).*

Op grond van artikel 45 Wcz kan de minister nadere regels stellen om de vergelijkbaarheid van de door verschillende zorgaanbieders geleverde keuze-informatie te bevorderen. Daarbij gaat het met name om de door de leden van de CDA-fractie genoemde overeenkomstige termen, normen en getallen. Vervolgens moet de beschikbare keuze-informatie nog «vertaald» worden op een wijze die aansluit bij de belevingswereld van de cliënten. Hierbij gaat het om bijvoorbeeld de gebruiksvriendelijkheid van [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) of op specifieke doelgroepen gerichte informatie die door organisaties van cliënten wordt gegeven naar aanleiding van de door zorgaanbieders verstrekte keuze-informatie.

### **11. Recht op informatie, toestemming, dossiervorming en bescherming van de persoonlijke levenssfeer**

*De VVD-fractieleden merken op dat signalen uit het veld blijken te geven van onduidelijkheid in de literatuur en rechtspraak over de uitleg en de toepassing van het blokkeringsrecht. De leden van de VVD-fractie vragen mij of het wetsvoorstel op dit punt duidelijkheid verschaft.*

Ingevolge artikel 22, tweede lid, wordt de cliënt in de gelegenheid gesteld mede te delen of hij de uitslag en de daaraan verbonden conclusies als eerste wenst te vernemen, zodat hij kan beslissen of anderen daarvan op de hoogte mogen worden gesteld.

Uit het artikel blijkt dat de cliënt een beroep op het blokkeringsrecht kan doen als aan de volgende eisen is voldaan. Ten eerste moet het gaan om «beoordelingszorg» (artikel 1, zevende lid). Deze zorg omvat handelingen ter beoordeling van de gezondheidstoestand of medische begeleiding van een cliënt. Ten tweede moet deze zorg worden verricht in opdracht van een ander dan die cliënt. Ten derde moet de beoordelingszorg zijn verricht wegens de vaststelling van aanspraken of verplichtingen, de toelating tot een verzekering of voorziening, of de beoordeling van de geschiktheid voor een opleiding, een arbeidsverhouding of de uitvoering van bepaalde werkzaamheden.

In artikel 22, tweede lid, is opgenomen dat het blokkeringsrecht niet door de cliënt kan worden ingeroepen als het om beoordelingszorg gaat in verband met een tot stand gekomen arbeidsverhouding of burgerrechtelijke verzekering dan wel een opleiding waartoe de betrokkene reeds is toegelaten. Dit betekent derhalve dat het blokkeringsrecht in de overige gevallen van beoordelingszorg wél door de cliënt kan worden ingeroepen.

Voor zover de leden van de VVD-fractie met de verwarring in de rechtspraak en literatuur doelen op onduidelijkheid ten aanzien van de reikwijdte van het blokkeringsrecht, merk ik het volgende op. In de literatuur en jurisprudentie wordt het blokkeringsrecht inderdaad niet altijd eenduidig toegepast. Ik constateer dat er in de literatuur en rechtspraak wel eens vanuit gegaan wordt dat er meer uitzonderingen op het blokkeringsrecht van toepassing zijn dan dat er wettelijke gronden zijn waarop deze uitzonderingen kunnen worden gebaseerd.

De reikwijdte van het blokkeringsrecht in artikel 22, tweede lid, is evenwel duidelijk. Met het opnemen van het blokkeringsrecht in artikel 22, tweede lid, is aangesloten bij de reikwijdte van het blokkeringsrecht uit

artikel 7:464, tweede lid, BW. Deze bepaling is bij de totstandkoming in het BW destijds zorgvuldig afgewogen. Alleen indien de zorg wordt verleend in verband met een tot stand gekomen arbeidsverhouding of burgerrechtelijke verzekering dan wel een opleiding waartoe de betrokkene reeds is toegelaten kan het blokkeringsrecht door de cliënt niet worden ingeroepen. Ik meen dat de reikwijdte van het blokkeringsrecht daarmee duidelijk is en bij juiste aanwending niet tot verwarring zou hoeven te leiden. Ik concludeer dat het wetsvoorstel op dit punt niet hoeft te worden aangepast.

Hoewel mijns inziens duidelijk is wat wel en wat niet onder het blokkeringsrecht valt, merk ik wel op dat er discussie bestaat over de vraag of niet in meer gevallen een uitzondering op het blokkeringsrecht noodzakelijk zou moeten zijn en of de reikwijdte van het blokkeringsrecht derhalve beperkt zou moeten worden. Men vindt dat er situaties zijn waarin de cliënt een blokkeringsrecht toekomt, terwijl dat niet gewenst is. Voorbeelden hiervan zijn rijbewijskeuringen, voogdij en andere familie-rechtelijke kwesties, justitiesituaties, letselschade zaken etc. Het voorzien in uitzonderingen op het blokkeringsrecht op deze gebieden gaat echter het kader van dit wetsvoorstel te buiten. Voor zover daartoe aanleiding bestaat, zou het blokkeringsrecht kunnen worden beperkt in sectorale wetgeving. Bestaande voorbeelden daarvan zijn artikel 74, vierde lid, Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen (Wet SUWI) en artikel 14, zesde lid, Arbeidsomstandighedenwet.

*Het is mogelijk dat de cliënt zijn reeds gegeven toestemming voor zorgverlening intrekt of toestemming weigert. De CDA-fractieleden vragen of noodzakelijk moet zijn dat de cliënt dit desgewenst schriftelijk aangeeft.*

Artikel 19, eerste lid, bepaalt dat de cliënt er recht op heeft dat de zorgaanbieder een dossier inricht. Dit dossier bevat informatie die voor een goede zorgverlening noodzakelijk is. Uit het derde lid van artikel 19 blijkt vervolgens dat de zorgaanbieder in het dossier tevens vastlegt voor welke handelingen van ingrijpende aard de cliënt toestemming heeft gegeven. Het ligt in de rede dat de zorgaanbieder tevens vastlegt voor welke handelingen van ingrijpende aard de cliënt zijn toestemming weigert dan wel intrekt. Het is namelijk noodzakelijk dat de zorgaanbieder datgene in het dossier vermeldt wat voor een goede zorgverlening onmisbaar is. Uiteraard kan dit ook de toestemming en weigering of intrekking daarvan betreffen bij niet of minder ingrijpende handelingen.

De zorgaanbieder kan de cliënt altijd vragen de weigering of intrekking van zijn toestemming schriftelijk te bevestigen. De zorgaanbieder kan deze verklaring vervolgens toevoegen aan het dossier.

Indien de leden van de CDA-fractie mij vragen of ik de cliënt wil verplichten zijn weigering of intrekking van toestemming op verzoek van de zorgaanbieder schriftelijk vast te leggen, teneinde de positie van de zorgaanbieder te versterken, meld ik het volgende. De cliënt heeft inderdaad naast rechten ook plichten ten opzichte van de zorgaanbieder. De essentie van die plichten is dat de cliënt de zorgaanbieder in staat moet stellen goede zorg te verlenen. Concreet komt dit erop neer dat de cliënt naar beste weten de inlichtingen en medewerking moet geven die de zorgaanbieder redelijkerwijs nodig heeft voor het kunnen verlenen van goede zorg (artikel 6). Met de positie van de cliënt als uitgangspunt voor dit wetsvoorstel, zie ik geen reden naast de hierboven genoemde plichten nog andere verplichtingen voor de cliënt op te nemen. Ook zonder expliciete wettelijke verplichting in dit wetsvoorstel mag de zorgaanbieder met name bij ingrijpende handelingen van de cliënt vanuit geldende omgangsnormen verwachten dat deze zijn medewerking verleent aan het

vastleggen van zijn weigering of intrekking van zijn toestemming in het dossier.

*De leden van de CDA-fractie vragen bij wie de bevoegdheid ligt om iemand wilsonbekwaam te achten.*

In artikel 4 van het wetsvoorstel is zowel voor cliënten die rechtens wilsonbekwaam zijn (jeugdigen en onder curatele of mentorschap gestelden) als voor andere cliënten die op enig moment ter zake van een aan de orde zijnde kwestie niet in staat zijn te achten tot een redelijke waardering van hun belangen (bijv. dementerenden), een specifieke regeling opgenomen. Ingeval van wilsonbekwaamheid in verband met de leeftijd of curatele en mentorschap is er voor een afzonderlijke beoordeling door de zorgaanbieder in het kader van de zorgverlening geen ruimte; deze vormt een gegeven.

Anders ligt dat voor de andere groep, waaronder ook de groep jeugdigen van 12–18 jaar valt. In het kader van het wetsvoorstel ligt de bevoegdheid en de verplichting om na te gaan of een cliënt ter zake van bepaalde aspecten van de zorgverlening (met name het toestemmingsvereiste) in staat is te achten tot een redelijke waardering van zijn belangen bij de zorgaanbieder, dat wil in de praktijk zeggen: de zorgverlener die het contact met de cliënt heeft en hem zorg verleent. Deze verplichting vloeit voort uit het gegeven dat de zorgaanbieder zich niet zal kunnen beroepen op een toestemming die is gegeven door een persoon die niet tot die redelijke waardering van zijn belangen in de desbetreffende kwestie in staat is te achten. Met het oog op de belangen van dergelijke cliënten schrijft het wetsvoorstel, overigens geheel in lijn met hetgeen in de WGBO is geregeld, voor dat de zorgaanbieder in zo'n geval bepaalde verplichtingen moet nakomen jegens de door het wetsvoorstel aangewezen vertegenwoordiger of deze bij de afweging moet betrekken.

Ik wil overigens benadrukken dat niet al te lichtvaardig mag worden aangenomen dat een cliënt niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen. Dit kan voor één bepaalde cliënt zowel van geval tot geval als in de tijd verschillend liggen. Ter bescherming van de cliënt is in het wetsvoorstel opgenomen dat de zorgaanbieder, als hij tot de conclusie van wilsonbekwaamheid is gekomen, daarvan aantekening moet houden in het dossier.

*De leden van de SP-fractie vragen naar het recht op familie- en gezinsleven en het weren van bezoek uit instellingen.*

Beslissingen van de zorgaanbieder kunnen diep ingrijpen in de persoonlijke levenssfeer van cliënten. Om die reden regelt de Wcz dat cliënten en vertegenwoordigers van cliënten betrokken worden bij besluitvorming over de gang van zaken in de instelling en dat hun inbreng bij deze besluitvorming minder vrijblijvend wordt dan nu het geval is. Als deze besluitvorming regels voor bewoners betreft, bijvoorbeeld de klachtenregeling, de medezeggenschapsregeling en andere huisregels, zoals ook die met betrekking tot de beëindiging van zorgrelatie, regelt de Wcz dat de cliëntenraad daarop instemmingsrecht heeft. Daarbij zijn zorgaanbieders gebonden aan wettelijke regels.

In het kader van het zorgplan kunnen individuele afspraken gemaakt worden over het ontvangen van bezoek. In instellingen waarin mensen wonen moeten familieleden en bekenden zoveel mogelijk kunnen komen en gaan. De Bwzi bevordert dat dit soort afspraken er ook echt komen en dat ze worden nageleefd. Als bezoek overlast veroorzaakt, moet de situatie uiteraard opnieuw worden bezien.

*De leden van de SP-fractie vragen of regels van de instelling, zoals bijvoorbeeld regels met betrekking tot de beëindiging van de zorgrelatie, altijd in samenspraak met patiëntenorganisaties, cliëntenraad en andere medezeggenschapsorganen moeten worden gemaakt en of dat met deze wet valt af te dwingen.*

Zorgaanbieders zijn uiteraard gebonden aan wettelijke regels. Cliëntenorganisaties en andere organisaties zijn uitgebreid betrokken geweest bij de voorbereiding van dit wetsvoorstel en leveren ook inbreng voor de parlementaire behandeling ervan.

Daarnaast zijn er allerlei vormen van zelfregulering (bijvoorbeeld de Zorgbrede Governancecode, de Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking, richtlijnen en standaarden, de VGN-brochure «Bezinnen over beginnen of stoppen» en algemene voorwaarden). Ik acht betrokkenheid van cliëntenorganisaties bij het tot stand komen van deze zelfregulering van groot belang. Cliëntenorganisaties zijn ook vaak betrokken. Ten aanzien van de genoemde casus merk ik op dat de VGN heeft erkend dat zij een steekje heeft laten vallen door cliëntenorganisaties niet bij de ontwikkeling van deze brochure te betrekken.

Voor regels die zorgaanbieders zelf opstellen en die de cliënten direct raken, bijvoorbeeld de klachtenregeling, de medezeggenschapsregeling en andere huisregels, zoals ook die met betrekking tot de beëindiging van zorgrelatie, regelt de Wcz dat de cliëntenraad daarop instemmingsrecht heeft. Dat valt af te dwingen bij de commissie van vertrouwenslieden.

*De leden van de SP-fractie vragen of ik erken dat het vaak erg lastig is om recht te krijgen.*

Met de leden van de fractie van de SP ben ik het eens dat veel cliënten het als lastig ervaren om hun recht te realiseren als de zorgverlening naar hun mening tekortschiet of niet aan de eisen voldoet of als anderszins onvoldoende rekening wordt gehouden met de wensen van de cliënt.

Uitgangspunt is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder voor een kwalitatief goede zorgverlening. Dit impliceert dat de zorgaanbieder ook primair verantwoordelijk is voor een adequate afhandeling van klachten. Met dit wetsvoorstel wordt het voor cliënten gemakkelijker om hun recht te halen; zij beschikken met het nieuwe klachtrecht en de geschilleninstantie over een eenvoudige en doeltreffende mogelijkheid om de zorgaanbieder te dwingen hun rechten in acht te nemen (zie hoofdstuk 12).

Daarnaast houdt de IGZ toezicht op de naleving van de wet en de kwaliteit van zorg. Hoewel daarbij niet de eerste invalshoek is het «recht krijgen» van de cliënt, draagt dit toezicht daartoe bij. De IGZ treedt zo nodig handhavend op als de kwaliteit van de zorg of de veiligheid van de cliënt of de zorg daartoe aanleiding geven; daarvan zal met name sprake zijn indien er reden is te veronderstellen dat een voorval duidt op structurele problemen. De IGZ hoeft derhalve niet in ieder individueel geval handhavend op te treden. Met de in de nota van wijziging opgenomen bepalingen over de wijze waarop de IGZ zgn. meldingen moet onderzoeken en afhandelen, zijn naar mijn mening extra waarborgen getroffen voor een adequaat optreden van de IGZ in gevallen waarin daar aanleiding toe bestaat. De lessen die zijn getrokken uit de bedoelde rapporten van de Nationale ombudsman hebben mede aanleiding gegeven tot het opnemen van deze bepalingen.

*De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat het lastig is voor zorgaanbieders om een tolkvoorziening te regelen en vragen of er financiële middelen beschikbaar worden gesteld voor zorgaanbieders voor het organiseren van tolkvoorzieningen.*

Zowel de zorgverlener als de cliënt heeft een verantwoordelijkheid in de zorgrelatie. Zo dient de zorgverlener de cliënt op een zodanige wijze uitleg te geven, dat deze hem begrijpt. Cliënten daarentegen zijn zelf verantwoordelijk voor het machtig zijn van de Nederlandse taal. Er worden dan ook geen financiële middelen beschikbaar gesteld voor het organiseren van tolkvoorzieningen. Cliënten kunnen, indien nodig, iemand meenemen zodat cliënt en zorgverlener elkaar (beter) begrijpen. Wanneer een zorgverlener onvoldoende vertrouwen heeft dat de cliënt hem begrijpt kan hij ertoe overgaan zelf een tolk of vertaler in te zetten. In mijn brief van 25 mei 2011<sup>1</sup> ga ik hier nader op in. Dit is anders in het geval er sprake is van mensen met een auditieve beperking. Zij kunnen er niets aan doen dat ze de Nederlandse taal niet machtig zijn. Om die reden is in het Besluit zorgaanspraken AWBZ (artikel 12) gewaarborgd dat cliënten recht hebben op ondersteuning door een doventolk bij het voeren van een gesprek in de leefsituatie.

## **Verwijzingen**

De vraag van de leden van de VVD-fractie naar het verwerken van tot personen herleidbare gegevens heb ik beantwoord in paragraaf 9.4.

## **12. Recht op effectieve klachten- en geschillenbehandeling**

### **12.1. Onafhankelijkheid van de klachtenbehandeling**

*De leden van de PvdA-fractie, de SP-fractie en de ChristenUnie-fractie vragen naar de waarborgen voor een onafhankelijke klachtenafhandeling door de zorgaanbieder.*

De Wcz stelt een klachtenregeling verplicht en geeft de cliëntenraad een instemmingsrecht op de inhoud van de klachtenregeling en het profiel van de klachtenfunctionaris. Door de cliëntenraden te betrekken bij de organisatie van de klachtenbehandeling binnen de zorginstelling worden zorgaanbieders, ook in een situatie waarin nog geen sprake is van een conflict (een klacht), geconfronteerd met de belevingswereld van de cliënt, hetgeen een waarborg vormt voor een zorgvuldige klachtenbehandeling en bijdraagt aan de gewenste omslag in het denken binnen instellingen. De behandeling van een klacht door de zorgaanbieder moet immers niet gericht zijn op de vraag of een klacht gegrond of ongegrond is, maar op de vraag hoe de onvrede van de cliënt zo veel mogelijk kan worden weggenomen. Dat kan vragen om andere procedures, toegespitst op doelgroep en soort zorg, dan de nu gebruikelijke procedure met een klachtencommissie. De Wcz stelt daarom minder eisen aan de interne procedure.

Zorgvuldigheid is belangrijk voor een goede werking van klachtenbehandeling. Een zekere mate van onafhankelijkheid kan een rol spelen bij een zorgvuldige behandeling van klachten. Het staat de zorgaanbieder en de cliëntenraad vrij om een klachtencommissie, waar cliënten dan wel hun familie onderdeel van uit kunnen maken, een rol te geven en deze rol te verankeren in de klachtenregeling.

Sluitstuk is dat de cliënt, wanneer hij niet tevreden is met de uitkomst van de interne klachtenprocedure bij de zorgaanbieder, de uitkomst kan voorleggen aan een externe geschilleninstantie die bindende adviezen geeft. Deze waarborg zal ook bijdragen aan een zorgvuldige interne behandeling van klachten door de zorgaanbieder.

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2010/11, 29 214, nr. 59.

## **12.2. De klachtenfunctionaris**

*De leden van de SP-fractie, de leden van de D66-fractie, de leden van de ChristenUnie-fractie en de leden van de PVV-fractie vragen hoe de onafhankelijkheid van de figuur, bedoeld in artikel 28, tweede lid, onder b, van het wetsvoorstel is geborgd nu deze, in dienst kan zijn van de zorgaanbieder. De leden van de PVV-fractie stellen in aanvulling hierop dat deze figuur niet in dienst mag zijn van de instelling en vragen hoe ik dit zie.*

In de Wcz is in artikel 28, tweede lid, onder b, bepaald dat de zorgaanbieder in zijn klachtenregeling moet voorzien in aanwijzing van één of meer personen die belast zijn met de voor cliënten kostenloze ondersteuning bij onvrede. Ook is wettelijk vastgelegd dat een dergelijke functionaris zich richt naar de wensen van de klager: hij zal nimmer mogen handelen op een wijze waar de klager niet mee instemt.

Het serieus nemen van onvrede en van klachten is een onderdeel van een goede zorgverlening, waarvoor de zorgaanbieder verantwoordelijk is. Een snelle en adequate reactie op onvrede en klachten zorgt ervoor dat de onvrede niet escaleert. Het is dan ook belangrijk dat de lijnen kort zijn. Een klachtenfunctionaris die in nauw contact staat met de zorgverlening, is goed in staat de cliënt te helpen bij zijn onvrede en klachten. Wanneer de klachtenfunctionaris te ver van de zorgverlening afstaat, wordt de klachtenprocedure onnodig geformaliseerd, hetgeen de communicatie tussen de zorgverlener en de cliënt niet ten goede komt. De klachtenfunctionaris kan daarbij gewoon in dienst zijn van de zorgaanbieder. Wel moet de zorgaanbieder ervoor zorgen dat een klachtenfunctionaris, indien gewenst door de cliënt, daadwerkelijk beschikbaar is voor de cliënt en de ruimte krijgt om op te komen voor diens belangen. Goede communicatie kan klachten voorkomen en bijdragen aan een goede zorgrelatie en behandeling. Ik hecht dan ook veel waarde aan de rol van de klachtenfunctionaris. Daarom is naast het instemmingsrecht dat de cliëntenraad heeft op het profiel van de klachtenfunctionaris in de Wcz in artikel 28, tweede lid, onder e, vastgelegd dat de klachtenfunctionaris niet uit hoofde van zijn functie door de zorgaanbieder mag worden benadeeld; dat wil zeggen dat hij zijn taak kan verrichten zonder dat hij het risico loopt door de zorgaanbieder te worden ontslagen of anderszins benadeeld vanwege handelingen of beslissingen die de zorgaanbieder onwelgevallig zijn en behoren tot zijn taakuitoefening. Het instemmingsrecht van de cliënt op zowel de klachtenregeling als het profiel van de klachtenfunctionaris betekent dat de cliëntenraad een zware stem heeft met betrekking tot de klachtenfunctionaris, hetgeen ook bijdraagt aan onafhankelijkheid van deze figuur. De cliëntenraad kan gebruik maken van het beroepsprofiel van de klachtenfunctionaris zoals dit is opgesteld door de beroepsvereniging voor klachtenfunctionarissen, de Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor Gezondheidszorg (VKIG). De VKIG zet zich in voor erkenning van deze functie en biedt haar leden een beroepsprofiel voor de klachtenfunctionaris. De VKIG besteedt in dit profiel aandacht aan de verschillende rollen van deze figuur zoals de rol van bemiddelaar, de rol van klachtenfunctionaris en de rol van vertrouwenspersoon. Uitgangspunten van het profiel van de VKIG zijn onafhankelijkheid, onpartijdigheid, objectiviteit, snelle en klantgerichte behandeling van de klacht en rapportage over de klachtbehandeling.

In de geestelijke gezondheidszorg wordt de vertrouwenspersoon niet betaald door de instelling, maar is deze wel werkzaam in een instelling, zo merken de leden van de D66-fractie en de leden van de ChristenUnie-fractie terecht op. Voor cliënten die onvrijwillige zorg ontvangen zijn extra waarborgen noodzakelijk. Daarom is in de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) de cliëntvertrouwenspersoon

verplicht voor onvrijwillige zorg en wordt deze figuur niet door de instelling gefinancierd.

*De leden van de ChristenUnie-fractie stellen voor de cliëntvertrouwenspersoon binnen het recht op keuze-informatie te plaatsen, zodat de cliëntvertrouwenspersoon een rol kan spelen bij het assertiever maken van de cliënt.*

De emancipatie van de cliënt in de zorg speelt op twee niveaus, namelijk wanneer nog een keuze voor een aanbieder moet worden gemaakt en wanneer reeds een zorgrelatie tot stand is gekomen. Omdat ik veel waarde hecht aan een goed geïnformeerde cliënt die een bewuste keuze maakt voor een zorgaanbieder, heb ik in de Wcz het recht op keuze-informatie opgenomen, waardoor zorgaanbieders verplicht worden voor dit keuzeproces van de cliënt relevante informatie vrij te geven. Als de cliënt hem om hulp vraagt bij het zoeken naar informatie, moet de zorgaanbieder de (potentiële) cliënt daarbij helpen. Ook zie ik hier een rol voor cliëntenorganisaties. De klachtenfunctionaris uit de Wcz speelt een belangrijke rol wanneer een zorgrelatie tot stand is gekomen. Van deze persoon mag niet worden verwacht dat hij een rol speelt wanneer de cliënt een aanbieder kiest.

### **12.3. Een landelijke geschilleninstantie?**

*De leden van de CDA-fractie vragen of het niet meer voor de hand ligt om de geschilleninstantie op te dragen aan de eisen te voldoen die door de Erkenningsregeling worden gesteld. In aanvulling hierop vragen de leden van de D66-fractie of het uit het oogpunt van de kwaliteit niet beter is om de landelijk opererende geschilleninstantie onder overheidsverantwoordelijkheid te brengen. Zij vragen waarom geen aansluiting bij de bestaande Geschillencommissie Zorginstellingen wordt gezocht. De leden van de SP-fractie vragen hoe de regering de onafhankelijkheid van de geschilleninstantie waarborgt en waarom er niet is gekozen voor een landelijke geschillencommissie. In aanvulling hierop vragen de leden van de SP-fractie naar de rol van patiënten dan wel zorgbehoevenden en hun familieleden.*

Ik wil het initiatief tot de organisatie van een geschilleninstantie daar laten waar het hoort. Het komt de kwaliteit ten goede wanneer de twee direct betrokken partijen samen op trekken bij het vormgeven van een geschilleninstantie. Om die reden heb ik in de Wcz opgenomen dat representatieve organisaties van cliënten en zorgaanbieders samen een geschilleninstantie oprichten. Mogelijk wekt het vertrouwen wanneer partijen zich inspannen een erkenning van de Minister van Veiligheid en Justitie te verkrijgen. Het is aan betrokken partijen om te beslissen hoe de geschilbeslechting door een geschilleninstantie het beste kan worden georganiseerd, wat de rol van cliënten en hun familieleden is en of al dan niet wordt aangesloten bij de bestaande Geschillencommissie Zorginstellingen. Dit kan betekenen dat er regionale instanties of sectorale instanties komen, maar ook een landelijke geschilleninstantie behoort tot de mogelijkheden. Uit cliëntperspectief bezien ligt het voor de hand dat er door betrokken partijen goed wordt gekeken naar bestaande initiatieven en dat er niet te veel verschillende instanties ontstaan. Ook is van belang dat de instanties op verschillende locaties zitting houden. De eenheid in de uitspraken is gebaat bij een niet te grote hoeveelheid geschilleninstanties. Ik neem aan dat de cliëntenorganisaties en de organisaties van aanbieders deze overwegingen meenemen in hun overleg over een geschilleninstantie.



Ik vind het belangrijk dat iedere cliënt in de zorg toegang heeft tot een adequate geschilleninstantie. De Wcz verplicht de zorgaanbieder dan ook om aangesloten te zijn bij een geschilleninstantie en stelt eisen aan de schriftelijke regeling die ten grondslag ligt aan een geschilleninstantie. Door in de Wcz te eisen dat een geschilleninstantie wordt ingesteld door representatieve organisaties van cliënten en zorgaanbieders samen is de onafhankelijkheid geborgd. Deze samenwerking op het gebied van de organisatie van de geschillenbehandeling zorgt ervoor dat zowel cliënten als zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid kunnen nemen met betrekking tot het inrichten van de geschillenbehandeling nieuwe stijl. Bij uitstek bij de behandeling van klachten gaat het erom dat partijen zich in elkaars positie kunnen verplaatsen. Ik ben van mening dat wanneer partijen hun verantwoordelijkheid juist op dit onderdeel oppakken, dit de cultuuromslag een stapje verder kan brengen. Het is overigens heel goed denkbaar dat partijen er zelf voor kiezen om te komen tot een landelijke geschilleninstantie. Doen partijen dit niet en kiezen zij bijvoorbeeld voor regionale of sectorale geschilleninstanties, dan is ook in dat geval met de Wcz de toegang voor de cliënt tot een onafhankelijke geschilleninstantie geborgd.

*De leden van de CDA-fractie vragen wanneer en voor wie de geschilleninstantie open staat.*

De klachtenregeling staat open voor cliënten, vertegenwoordigers van cliënten, nabestaanden en mensen die menen onterecht niet als vertegenwoordiger te zijn aangemerkt. Zij kunnen zich tot een geschilleninstantie wenden wanneer zij het niet eens zijn met de afhandeling van de klacht door de zorgaanbieder. De geschilleninstantie fungeert dan als het ware als een beroepsinstantie. Zoals eerder opgemerkt moet er wat betreft de behandeling van klachten door sommige zorgaanbieders nog een omslag in het denken plaatsvinden. Het is denkbaar dat niet iedere zorgaanbieder direct bij inwerkingtreding van deze wet over een klachtenregeling beschikt die voldoet aan de eisen van de Wcz. Het toezicht van de IGZ is daarom zowel gericht op het hebben van een klachtenregeling als het aangesloten zijn bij de geschilleninstantie. Zo kan de IGZ een last onder bestuursdwang opleggen indien een aanbieder niet is aangesloten bij een geschilleninstantie. Het proces van aansluiten bij een geschilleninstantie gaat sneller dan het aanpassen van een klachtenregeling. Om de cliënten te beschermen die hun zorg ontvangen van zo'n aanbieder die geen klachtenregeling heeft, maakt de Wcz het mogelijk dat zij hun klacht rechtstreeks bij een geschilleninstantie kunnen voorleggen. Ik impliceer hiermee niet dat zonder klachtenregeling geen goede reactie op een klacht kan volgen. Wel bescherm ik met de rechtstreekse toegang tot een geschilleninstantie de cliënt die zorg ontvangt van een aanbieder die niet adequaat reageert op een klacht en geen klachtenregeling heeft.

Ook in die gevallen waarin van de cliënt niet mag worden verwacht dat hij met zijn klacht naar de zorgaanbieder gaat, bestaat de mogelijkheid de klacht direct voor te leggen aan de geschilleninstantie. Dit kan slechts wanneer de vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en cliënt dusdanig is geschonden dat bij de behandeling van de klacht enige afstand tussen beide partijen noodzakelijk is om de cliënt te beschermen. Hierbij valt te denken aan situaties van seksuele intimidatie of ernstige fysieke dan wel mentale mishandeling. Het is aan de geschilleninstantie zelf om te oordelen of sprake is van dergelijke bijzondere omstandigheden die een eerste behandeling van de klacht voor de geschilleninstantie rechtvaardigen. Is de geschilleninstantie van oordeel dat geen sprake is van dergelijke bijzondere omstandigheden dan verklaart zij de klager niet ontvankelijk voor de behandeling in eerste aanleg bij de geschillen-

stantie en verwijst zij de klager terug naar de zorgaanbieder die vervolgens tot behandeling van de klacht moet overgaan.

Tevens kunnen cliënten met een schadeclaim, wanneer de zorgaanbieder is aangesloten bij een geschilleninstantie, zich rechtstreeks wenden tot de geschilleninstantie. Op termijn zal de geschilleninstantie een vergoeding van ten hoogste € 25 000 kunnen toewijzen. Tot slot regelt de Wcz dat de weg naar een geschilleninstantie open staat voor cliëntenorganisaties. Cliëntenorganisaties kunnen zich wenden tot een geschilleninstantie wanneer een statutair belang wordt geschonden met de beperking dat zij geen schadeclaims voor zichzelf kunnen indienen.

#### **12.4. Kosten en tijdsbeslag klachtenprocedure**

*De leden van de PvdA-fractie vragen of kan worden aangegeven welke gevolgen het kostendekkend maken van griffiekosten zal hebben ten aanzien van de laagdrempeligheid van de geschilleninstantie.*

In paragraaf 12.3 is de geschilleninstantie van de Wcz nader toegelicht. Hierin is aangegeven dat het aan representatieve organisaties van cliënten en zorgaanbieders is om een geschilleninstantie te vormen. Ik neem aan dat zij het aspect van de griffiekosten mee zullen nemen bij hun overwegingen.

*De leden van de CDA-fractie vragen wanneer sprake is van bijzondere omstandigheden waardoor de interne klachtprocedure met vier weken kan worden verlengd.*

Een klacht moet door de zorgaanbieder binnen zes weken zijn afgehandeld en in bijzondere omstandigheden kan deze termijn met vier weken worden verlengd. Wat bijzondere omstandigheden zijn en of deze redelijk zijn is afhankelijk van het individuele geval. Het is aan de zorgaanbieder om aan te tonen waarom er sprake is van bijzondere omstandigheden. Het kan bijvoorbeeld gebeuren dat een zorgvuldig onderzoek meer tijd vraagt. De cliënt kan vervolgens bepalen of hij akkoord gaat met het uitstel of niet. Zo niet, dan heeft hij de mogelijkheid de klacht voor te leggen aan de geschilleninstantie.

#### **12.5. Toegang tot de rechter**

*De leden van de PvdA-fractie en de SP-fractie vragen naar de gevolgen voor de cliënt van de keuze om zijn zaak voor te leggen aan de geschilleninstantie en waarom is gekozen voor een maximale vergoeding.*

Indien een cliënt ervoor heeft gekozen een bindende beslissing van de geschilleninstantie te vragen, is hij gebonden aan die keuze. Met die keuze sluit de cliënt immers een vaststellingsovereenkomst met de zorgaanbieder over de wijze waarop zij een onderling geschil tot een oplossing zullen brengen. De beslissing van de geschilleninstantie is vervolgens een bindend advies waaraan beide partijen gehouden zijn. De rechter kan zo'n bindend advies slechts zeer marginaal toetsen. Daarmee is duidelijk dat de cliënt zich, alvorens voor deze procedure te kiezen, zorgvuldig rekenschap zal moeten geven van het mogelijke gevolg dat hij een schade die boven de vastgestelde grens uitgaat, niet meer bij de rechter op de zorgaanbieder zal kunnen verhalen. In het merendeel van de gevallen zal die afweging voor de cliënt betrekkelijk eenvoudig te maken zijn. Uiteraard zal de cliënt zich wel bewust moeten zijn van dat dit mogelijke gevolg. Het ligt dan ook in de rede dat de klachtenondersteuners van de zorgaanbieders de cliënten daarop wijzen en dat de cliëntenorganisaties en de geschilleninstantie de cliënten ook goed informeren over de mogelijkheden en onmogelijkheden van de procedure bij de geschilleninstantie. Ik neem aan dat in foldermateriaal en op de website van de

instantie daaraan voldoende aandacht zal worden besteed. Ik heb in de Wcz gekozen voor een maximale vergoeding van op termijn € 25 000. Boven deze grens hecht ik veel waarde aan de waarborgen die de civiele rechtsgang in zich draagt.

*De leden van de PVV-fractie vragen hoe de gang naar de (tucht)rechter is geregeld.*

De gang naar de geschilleninstantie sluit niet uit dat de zaak tevoren of nadien ook wordt voorgelegd aan de tuchtrechter. De tuchtrechtelijke procedure kan weliswaar aanhangig worden gemaakt door een direct belanghebbende cliënt, maar de procedure kan niet leiden tot toekenning van een schadevergoeding aan de cliënt. De boete waartoe de beroepsbeoefenaar eventueel kan worden veroordeeld, moet worden betaald aan de Staat. Als de cliënt derhalve niet tevreden is met de schadevergoeding die de geschilleninstantie hem toewijst, zal een eventuele tuchtprocedure er niet toe kunnen leiden dat de cliënt alsnog een hogere schadevergoeding ontvangt. Het tuchtrecht heeft als doel het bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg en niet financiële of andere genoegdoening in een individueel geval. De vraag voor het tuchtcollege is niet zozeer «Heeft de klager gelijk?» maar «Is de zorgverlener tekortgeschoten?». Dit neemt niet weg dat een maatregel van het tuchtcollege tegen een zorgverlener door het slachtoffer als genoegdoening kan worden ervaren. Omgekeerd zou een eventuele tuchtrechtelijke vaststelling dat een beroepsbeoefenaar heeft gehandeld in strijd met hetgeen hij behoorde te doen, de cliënt wel kunnen helpen in zijn procedure voor de geschilleninstantie.

#### **12.6. Wie kunnen een klacht indienen**

*De leden van de PVV-fractie vragen hoe wilsonbekwame cliënten die worden vertegenwoordigd door hun partner, familie, mantelzorgers of anderen hun aanspraak op goede zorg kunnen laten gelden tegenover de zorgverleners. In het verlengde hiervan stellen de leden van de CDA-fractie en de leden van de PvdA-fractie de vraag wie op grond van de Wcz een klacht kunnen dienen.*

Het recht op goede zorg dient te worden nagekomen jegens degene die de zorg ontvangt. Dat de cliënt wilsonbekwaam is, doet hier niets aan af. Wel is het in het geval van wilsonbekwame cliënten zo dat zij niet zelf in staat worden geacht het recht op goede zorg zelfstandig af te dwingen dan wel de beslissing te nemen om in stemmen met de zorgverlening. Om die reden is in de Wcz geregeld dat de wettelijke vertegenwoordiger die rechten toekomen die hij nodig heeft om ervoor te zorgen dat de wilsonbekwame cliënt goede zorg ontvangt. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om betrokkenheid van de vertegenwoordiger bij het al dan niet instemmen met de zorg en de mogelijkheid voor vertegenwoordigers om een klacht in te dienen.

Zo kan de wettelijke vertegenwoordiger een klacht indienen over hoe hij bij de zorg betrokken wordt. In artikel 28, tweede lid, onder a, van het wetsvoorstel is opgenomen dat klachten schriftelijk kunnen worden ingediend door cliënten, door personen op wie artikel 4 van toepassing is, en door personen ten aanzien van wie artikel 4 ten onrechte niet is toegepast. Hiermee is geregeld dat klachten ook kunnen worden ingediend door de wettelijke of andere vertegenwoordiger.

Artikel 4 is van toepassing als een cliënt minderjarig is, onder curatele staat, voor hem een mentorschap is ingesteld of als een cliënt wilsonbekwaam is. De ouders, de voogd, de curator, de mentor of, als deze ontbreken, de andere vertegenwoordiger van de cliënt kunnen een klacht

indienen. Denk hierbij aan de broer van een verstandelijk gehandicapt meisje of de vrouw van een coma-patiënt.

Met personen ten aanzien van wie artikel 4 ten onrechte niet is toegepast, worden bedoeld personen die bij (beslissingen in) de zorg betrokken hadden moeten worden, maar bij wie dit is nagelaten. Denk hierbij aan kinderen die het niet eens zijn met de zorg aan hun ernstig dementerende moeder, maar waarbij de zorgaanbieder de bezwaren naast zich neerlegt, omdat de moeder met de zorg heeft ingestemd. Als deze moeder inderdaad niet in staat is tot een redelijke waardering van haar belangen bij een bepaalde beslissing, moeten deze kinderen dit aan de orde kunnen stellen.

*In relatie tot artikel 23 van het wetsvoorstel vragen de leden van de PvdA-fractie waarom de wetgever niet afbakt wie als nabestaanden in de zin van deze bepaling moeten worden gezien.*

De term nabestaanden in artikel 23 is op zich ruim. De term omvat taalkundig bloed- en aanverwanten, met inbegrip van een levenspartner. Anderen dan nabestaanden hebben daarmee in elk geval geen inzage-recht. De wetgever heeft bij het afbakenen van de categorie nabestaanden bewust geen strakke grens getrokken. Met een strakke afbakening zou het risico ontstaan dat in een concreet geval een nabestaande met een zwaarwegend belang geen toegang tot de gegevens zou kunnen krijgen. Dat wil evenwel niet zeggen dat iedereen die onder deze categorie valt, ook recht zou hebben op inzage in of afschrift van het dossier van een cliënt. Daarvoor moet er sprake zijn van een zwaarwegend belang. Dat criterium is in feite belangrijker dan de nabestaande-eis.

De eis van een zwaarwegend belang is gesteld om recht te doen aan het feit dat het gaat om gegevens van een cliënt die bij diens leven als bijzondere persoonsgegevens golden. Veelal vallen deze gegevens ook onder het beroepsgeheim van een zorgverlener (dat wordt geacht na het overlijden van de cliënt voort te bestaan); ook is denkbaar dat een cliënt expliciet te kennen heeft gegevens niet te willen dat nabestaanden inzage in de gegevens krijgen. De wetgever wil derhalve terughoudend zijn met het doorbreken daarvan. Het tegemoetkomen aan de wens van een nabestaande tot inzage in gegevens van een overleden cliënt zal in alle gevallen moeten leiden tot een zorgvuldige afweging door de zorgaanbieder. In de memorie van toelichting is geschetst aan welke belangen kan worden gedacht. Als de zorgaanbieder na zorgvuldige afweging meent dat van een zwaarwegend belang geen sprake is, kan de nabestaande daarover een klacht indienen en eventueel een oordeel van de geschilleninstantie vragen. Daarbij zal uiteraard de bestaande jurisprudentie over dit onderwerp een rol kunnen spelen.

### **12.7. Overig**

*De leden van de PVV-fractie vragen waarom een klachtenverslag pas verplicht is bij instellingen met meer dan tien zorgverleners.*

Met het oog op beperking van de administratieve lasten is het klachtenverslag een verplichting voor zorgaanbieders die zorg doen verlenen door meer dan tien medewerkers. Van zorgorganisaties van deze grootte mag worden verwacht dat zij de capaciteit hebben om aan deze verplichting te voldoen. Dit geldt in beperktere mate voor aanbieders die zorg doen verlenen door tien personen of minder. Dit betekent niet dat deze organisaties niet aan de bepalingen met betrekking tot de klachtenbehandeling zelf moeten voldoen. De IGZ zal met betrekking tot deze categorie van zorgaanbieders steekproefsgewijs nagaan of zij de bepalingen inzake de klachtenbehandeling naleven. Daarbij zijn met de Wcz de klachtenver-

slagen niet meer de enige bron van informatie over de klachtenafhandeling door de zorgaanbieder. Ook de openbare uitspraken van de geschilleninstantie kunnen veel inzicht bieden met betrekking tot de kwaliteit van de klachtenbehandeling bij zorgaanbieders die te maken krijgen met de geschilleninstantie.

### **13. Recht op medezeggenschap**

#### **13.1. De invloed van cliëntenraden op de besluitvorming over de zorg**

In de Wcz is ervoor gekozen de positie van cliëntenraden te versterken. Voor goede checks and balances in een organisatie is het van belang dat cliënten meedenken over de zorg die wordt aangeboden en de kwaliteit en cliëntgerichtheid daarvan en dat bestuurders groot gewicht toekennen aan die inbreng vanuit de cliënten. Ik hecht eraan dat cliëntenraden bestuurders en toezichthouders scherp houden als het gaat om de kwaliteit en de cliëntgerichtheid van de zorg. Om deze rol te kunnen vervullen, moeten cliëntenraden goed geëquipeerd zijn en voldoende bevoegdheden hebben. In de inbreng van de leden van de verschillende fracties beluister ik steun voor dit uitgangspunt. Niettemin hebben zij vragen over de wijze waarop in de Wcz is getracht te komen tot een goede balans tussen de mate waarin cliëntenraden invloed hebben op de besluitvorming en de bestuurbaarheid van de instelling.

*Zo vragen de leden van de fractie van de VVD naar deze balans in het algemeen en vragen de leden van de fractie van de SGP waarom het instemmingsrecht niet wordt heroverwogen. De leden van de fractie van de SP willen het instemmingsrecht juist uitgebreid zien. Zij vragen waarom het instemmingsrecht uit een eerdere versie van het wetsvoorstel in een aantal gevallen is vervangen door het adviesrecht en vinden de bevoegdheden van de cliëntenraad onvoldoende.*

Om een goede balans te krijgen tussen cliëntenraden en bestuur is het verzaamd adviesrecht vervangen door het instemmingsrecht. Daarmee wordt de positie van cliëntenraden versterkt. Als het gaat om zaken die van grote invloed zijn op de zorg voor de cliënt of op zijn leefomgeving, vind ik een instemmingsrecht voor cliëntenraden gepast. Het verzaarde adviesrecht houdt in dat besturen van adviezen van cliëntenraden steeds mogen afwijken als zij kunnen aantonen dat zij in redelijkheid tot het besluit zijn gekomen. Het instemmingsrecht houdt in dat besturen slechts van adviezen van cliëntenraden mogen afwijken als het advies van de cliëntenraad onredelijk is of indien er zwaarwegende redenen zijn om het voorgenomen besluit te nemen. Het bestuur kan dus nog steeds afwijken van het advies, maar moet daarvoor dan een goede onderbouwing hebben; de gronden om af te wijken zullen zwaarwegend moeten zijn. Daarvan zou sprake kunnen zijn wanneer het opvolgen van het advies van de cliëntenraad ertoe zou leiden dat het bestuur zijn verantwoordelijkheid voor een goede gang van zaken en voor het goed functioneren en gezonde voortbestaan van de instelling niet langer zou kunnen dragen. Er is daarom geen sprake van onbestuurbaarheid, het bestuur houdt zijn eigen verantwoordelijkheid, maar zal in voorkomend geval de cliëntenraad en zo nodig de commissie van vertrouwenslieden daarvan wel moeten kunnen overtuigen. Dat is mijns inziens een eis die gesteld mag worden met het oog op het grote belang van de cliënt bij een zorgverlening die op zijn behoeften en wensen gericht is. Doordat het wetsvoorstel ook de cliëntenraden beter equipeert, zullen die ook met kwalitatief betere adviezen komen en beter tot het voeren van goed overleg daarover zijn toegerust, waardoor het bestuur beter met de adviezen uit de voeten kan.

In een eerdere versie van het wetsvoorstel hadden cliëntenraden instemmingsrecht op fusiebesluiten. Na de consultatie van de betrokken organisaties en zorgvuldige bestudering en weging van de uitkomsten van het overleg tussen organisaties van aanbieders en cliënten over medezeggenschap van juni 2009 en van het advies van de Raad van State is in de voorliggende versie besloten dat instemmingsrecht op het fusiebesluit zelf wordt geschrapt en vervangen door een instemmingsrecht op de afspraken over de wijze waarop de cliëntenraad betrokken wordt bij het besluitvormingsproces over fusies en een adviesrecht op het fusiebesluit zelf. Daarbij heeft meegewogen dat organisaties van cliëntenraden aangaven meer te hechten aan een goede betrokkenheid in een vroeg stadium van het besluitvormingsproces dan aan een instemmingsrecht aan het einde van de rit.

*De leden van de fractie van het CDA vragen waar het instemmingsrecht precies betrekking op heeft als het gaat om procedures voor besluitvorming over bouw en fusies en om het besluit zelf.*

Deze vraag heb ik in het bovenstaande antwoord meegenomen. Op de betrokkenheid van cliëntenraden bij bouw kom ik hieronder terug.

*De leden van de SP-fractie vragen waarom cliëntenraden niet langer instemmingsrecht hebben bij de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de zorg.*

Hier moet sprake zijn van een misverstand. Dat instemmingsrecht hebben cliëntenraden wel: het is geregeld in artikel 36, eerste lid onderdeel h (onderdeel f in de bijgevoegde nota van wijziging), in combinatie met artikel 37, tweede lid. In artikel 36 gaat het over het algemene beleid ter zake van kwaliteit, veiligheid en hygiëne. Het beleid met betrekking tot kwaliteit en veiligheid omvat de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit, zoals genoemd in artikel 10 van de Wcz.

### **13.2. De Wcz in relatie tot de uitkomsten van overleg tussen partijen over medezeggenschap**

Hierboven is al vermeld dat organisaties van cliënten en van zorgaanbieders gezamenlijk in juni 2009 voorstellen hebben gedaan om de medezeggenschap in de Wcz in te vullen. Het wetsvoorstel is in ver gaande mate ingericht in overeenstemming met wat deze organisaties naar voren brengen. Dat geldt voor de wijze waarop de financiering van cliëntenraden is geregeld, het instemmingsrecht van cliëntenraden op de afspraken over betrokkenheid bij de besluitvorming over fusie en bouw, het adviesrecht op het fusiebesluit zelf en op het algemene huisvestingsbeleid en voor het instemmingsrecht op het sociaal plan bij bouw.

*De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom sommige onderdelen van de uitkomsten van overleg van de veldorganisaties niet zijn overgenomen, met name de mogelijkheid om in beroep te gaan tegen uitspraken van een commissie van vertrouwenslieden bij de Ondernemingskamer, het instemmingsrecht bij de inrichting van een accommodatie en de cliënteneffectrapportage bij fusie. Zij vragen zich af hoeveel draagvlak er is voor de Wcz, nu niet alle elementen uit de uitkomsten van overleg zijn overgenomen, tot spijt van de veldorganisaties.*

Ik ga in op alle drie de elementen die de leden van de fractie van de PvdA noemen. Veldpartijen stellen voor om in de Wcz te regelen dat cliëntenraden en aanbieders bij de Ondernemingskamer in beroep kunnen gaan tegen uitspraken van de commissie van vertrouwenslieden, zoals dat ook geregeld is in artikel 36 van de Wet medezeggenschap op scholen. In beroep tegen de bindende uitspraak van de commissie van vertrouwens-

lieden is niet voorzien, omdat de nadruk met betrekking tot de instemmingsonderwerpen ligt en moet liggen bij de kwaliteit van de advies- en besluitvormingsprocedure binnen de instelling. De zorgaanbieder zal bij zijn voorstellen en bij de besluitvorming nadrukkelijk het cliëntenbelang moeten meewegen; dat geldt des te sterker indien de cliëntenraad onverhoopt niet met een voorstel zal willen instemmen. De zorgaanbieder zal dan – alvorens tot het nemen van een besluit over te gaan – met de cliëntenraad moeten overleggen; in dat overleg kan worden onderzocht of er oplossingen zijn waarin beide partijen zich zouden kunnen vinden. Als dat niet lukt, zal de zorgaanbieder vervolgens de commissie van vertrouwenslieden moeten kunnen overtuigen dat er zwaarwegende redenen zijn om toch het door hem wel en door de cliëntenraad niet gewenste besluit te nemen. Het oordeel van die commissie is dan bindend.

Als de zorgaanbieder er niet in slaagt de commissie van vertrouwenslieden, welke uiteraard zorgvuldig naar een en ander zal kijken, te overtuigen, valt niet in te zien waarom de besluitvorming nog langer vertraagd zou moeten worden door aan de zorgaanbieder of de cliëntenraad het recht te geven die conclusie in een lange en kostbare procedure opnieuw ter discussie te stellen. Hierbij moet worden bedacht dat de buitengerechtelijke procedure bij de commissie van vertrouwenslieden destijds bij het tot stand brengen van de Wmcz is gekozen als alternatief voor de procedure bij de rechter die de Wet op de ondernemingsraden (Wor) kent voor gevallen waarin de ondernemer van de ondernemingsraad niet de vereiste instemming heeft gekregen. Ik zou het dus geen goede zaak vinden als thans zou worden gekozen voor stapeling van de buitengerechtelijke procedure en een beroepsmogelijkheid bij de rechter. Dat voor het onderwijs een andere keuze is gemaakt, moet worden gezien in het licht van de enigszins afwijkende medezeggenschapsregeling die daar geldt en waarbij ook de verwevenheid met de medezeggenschap van de personeelsgeleding een rol speelt.

Het instemmingsrecht bij de inrichting van een accommodatie, het tweede punt van veronderstelde afwijking van de Wcz ten opzichte van de uitkomsten van het veldoverleg, is wel degelijk opgenomen in de Wcz. Het is vervat in artikel 36, eerste lid, onder d (in de bijgevoegde nota van wijziging tweede lid, onder c), in combinatie met artikel 37, tweede lid, waar is geregeld dat voor dit onderwerp instemmingsrecht geldt.

Het derde door de leden van de PvdA genoemde punt betreft de cliënteneffectrapportage bij fusie. In het wetsvoorstel voor een aanscherping van de fusietoets, dat naar verwachting eind van dit jaar aan uw Kamer wordt gezonden, wordt een fusie-effectrapportage verplicht gesteld. De fusie-effectrapportage zal onder meer moeten ingaan op de gevolgen van een fusie voor de cliënt en zal door de besturen van de zorginstellingen die willen gaan fuseren, moeten worden voorgelegd aan o.a. de cliëntenraden. Cliëntenraden krijgen op deze manier de mogelijkheid om hun belangen bij een fusie naar voren te brengen. De besturen van de zorginstellingen kunnen de inbreng niet zonder meer naast zich neerleggen. Deze fusie-effectrapportage is dus materieel de cliënteneffectrapportage bij fusie waarop deze leden doelen.

De Wcz wijkt alles bij elkaar dus minder af van de uitkomsten van overleg dan de leden van de PvdA-fractie stellen.

*De leden van de D66-fractie vragen zich af waarom de Wcz op het punt van het programma van eisen afwijkt van de uitkomsten van overleg tussen veldpartijen.*

De uitkomsten van overleg tussen veldpartijen worden niet onderschreven door cliëntenorganisaties en ook niet door organisaties van aanbieders in de gehandicaptenzorg. De organisaties van cliënten in de gehandicaptensector vinden dat de afspraken tussen partijen onvoldoende recht doen aan de belangen van cliënten in de gehandicaptenzorg. Om die reden is in het voorliggende voorstel voor de Wcz een instemmingsrecht op het programma van eisen opgenomen dat verder gaat dan de uitkomsten van overleg. In paragraaf 13.4 geef ik aan waarom ik daar nu een ander voorstel voor doe.

### **13.3. Overeenkomsten en verschillen tussen de curatieve (Zvw-)zorg en de langdurige (AWBZ-)zorg**

*De leden van de VVD-fractie ontvangen signalen dat sprake is van een «one size fits all» benadering, die leidt tot knelpunten in specifieke sectoren.*

De Brancheorganisaties Zorg (BoZ) geven in hun brief aan de Tweede Kamer over de Wcz aan dat zij vinden dat met de «one size fits all» benadering van de Wcz geen recht wordt gedaan aan verschillen tussen specifieke sectoren. Zij duiden daarbij op de bepalingen over medezeggenschap en klachten en op de verschillen tussen sectoren als gevolg van het al of niet bestaan van algemene voorwaarden.

Het is een bewuste keuze geweest een aantal cruciale bepalingen voor de rechtspositie van de cliënt uniform voor alle sectoren te regelen.

Aanbieders die verschillende soorten zorg leveren, hoeven dan niet aan verschillende regimes te voldoen en cliënten die verschillende vormen van zorg krijgen, weten waar zij aan toe zijn, ongeacht de financiering van de zorg.

Daarbij is terdege rekening gehouden met de verschillen tussen sectoren. De meeste bepalingen laten ruimte voor een op de individuele zorgaanbieder toegespitste invulling. Zo kan de medezeggenschapsstructuur ingericht worden op de organisatie (artikel 33, derde lid) en biedt de wet de nodige ruimte om de klachtenregeling op eigen wijze in te vullen (artikel 28). In beide gevallen geldt als waarborg voor het goed behartigen van de belangen van de cliënten dat de cliëntenraad instemmingsrecht heeft op de klachten- en medezeggenschapsregeling (artikel 36, eerste lid, onder n (j in de bijgevoegde nota van wijziging), in combinatie met artikel 37, tweede lid). Waar de BoZ klagen dat er teveel sprake is van eenheidsworst, vreest de KNMG blijkens haar brief aan de Tweede Kamer nu juist teveel verschillen in de klachtenregelingen. In de Wcz is getracht een evenwicht te vinden. De bepalingen in de Wcz laten voorts alle ruimte om deze in algemene voorwaarden of andere afspraken tussen organisaties van cliënten en zorgaanbieders nader in te vullen. Of er in een sector algemene voorwaarden tot stand komen, wat ik zou toejuichen, is overigens niet aan de overheid, maar uitsluitend aan de veldpartijen. Indien er algemene voorwaarden zijn vastgesteld, kan de client daarop ook een beroep doen.

Daar waar het nodig is, kent de Wcz verschillen tussen curatieve en langdurige zorg en tussen zorg met en zorg zonder verblijf. Ik noem er een paar:

- bij verblijf moet geestelijke verzorging beschikbaar zijn (artikel 9);
- in de AWBZ-zorg is de zorgplanbespreking verplicht, die wordt geregeld in de algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 8, onderdeel b. Daaraan gekoppeld is het instemmingsrecht voor cliëntenraden op de procedure voor het opstellen en bespreken van zorgplannen (artikel 36, eerste lid, onderdeel j (h in de bijgevoegde nota van wijziging), in combinatie met artikel 37, tweede lid);
- bij Zvw-zorg met verblijf en bij alle AWBZ-zorg (zonder of met verblijf) is een cliëntenraad verplicht (artikel 31).



Uit paragraaf 13.4 blijkt dat ik ook bij bouw meer en duidelijker verschillen aanbreng.

*De leden van de VVD-fractie vragen waarom niet is gekozen voor verschillen tussen cure en care als het gaat om de verslagverplichting voor medezeggenschap.*

In het wetsvoorstel is de reikwijdte van de verslagverplichting gekoppeld aan de reikwijdte van de verplichting om een regeling voor medezeggenschap en een cliëntenraad te hebben. Er is dus sprake van verschillende regimes voor medezeggenschap: in de curatieve zorg zonder verblijf is geen medezeggenschapsregeling voorgeschreven en hoeft dus geen verslag te worden gedaan van medezeggenschap, in de curatieve zorg met verblijf en de AWBZ-zorg wel.

*De leden van de fractie van de PvdA stellen voor om onderscheid te maken tussen cure en care bij de bindende voordracht van cliëntenraden voor een lid van het toezichthoudende orgaan. Zij vragen in hoeverre de eigen verantwoordelijkheid van het toezichthoudende orgaan onder druk komt te staan door de bindende voordracht. De leden van de fracties van het CDA en de SP geven aan blij te zijn met de bindende voordracht.*

In de curatieve zorg zonder verblijf is een cliëntenraad niet verplicht; in het verlengde daarvan is er bij die zorg ook geen sprake van een bindende voordracht van cliëntenraden voor een lid van het toezichthoudende orgaan. In die zin is er sprake van differentiatie. In de curatieve zorg met verblijf (ziekenhuizen, intramurale ggz-instellingen) vind ik invloed van cliënten op het beleid en daarmee ook op het interne toezicht op het beleid van belang, bijvoorbeeld met het oog op goede afwegingen tussen kwaliteit en bereikbaarheid van de zorg.

#### **13.4. De invloed van cliëntenraden bij bouw**

*De leden van de fracties van de PvdA, van de PVV en van de SGP stellen voor onderscheid te maken tussen cure en care bij de invloed van cliëntenraden op het lange termijn huisvestingsplan. De leden van de CDA-fractie vragen of het instemmingsrecht bij nieuwbouw alleen geldt voor langdurige zorg of ook voor ziekenhuizen. De leden van de VVD-fractie vragen naar de toegevoegde waarde van de uitgebreide medezeggenschap over locatie en huisvesting in de cure. De leden van de fractie van de PvdA vragen op welke manieren rekening wordt gehouden met de specifieke woonwensen van een cliënt die langdurig verblijft in een zorginstelling. De leden van de fractie van D66 vinden het instemmingsrecht bij het lange termijn huisvestingsplan te ver gaan, zij pleiten voor verzaamd adviesrecht op dit punt.*

In de vragen van de leden van verschillende fracties beluister ik dat zij de invloed van cliëntenraden bij bouw te uitgebreid geregeld vinden en te weinig rekening houdend met verschillen tussen curatieve en langdurige zorg. Het zelfde bespeur ik in de brieven van veldpartijen aan de Tweede Kamer, zowel in de brieven van cliëntenorganisaties (LOC Zeggenschap in zorg, LSR, NPCF) als van koepels van aanbieders (BoZ, NVZ, VGN).

Naar aanleiding van de vragen en ook de brieven heb ik nog eens goed gekeken naar de inrichting van de medezeggenschap bij bouw. Bij nader inzien kent die regeling enige elementen die verder kunnen worden gestroomlijnd. Daarbij neem ik ook in ogenschouw dat zorgaanbieders zelf risicodragend zijn of worden voor het vastgoed. Als eerste element van stroomlijning beperk ik in de bijgaande nota van wijziging alle bepalingen met betrekking tot bouw tot de AWBZ-zorg met verblijf. Als cliënten voor langere duur in een instelling wonen, is het van belang dat

zij bij besluitvorming betrokken zijn over bouw; in de Zvw-zorg is dat veel minder het geval. De invloed van cliëntenraden op bouw van ziekenhuizen komt dan ook te vervallen.

In de tweede plaats begrijp ik van verschillende partijen dat het lange termijn huisvestingsplan voor de cliënten van dit moment vaak te abstract is. Ik richt de advies- en instemmingsbepalingen daarom alleen op concrete situaties van voorgenomen ingrijpende verbouwing, nieuwbouw en verhuizing. Voor het lange termijn huisvestingsplan volsta ik met een verplichting voor de zorgaanbieder in de AWBZ-zorg met verblijf om de cliëntenraad te informeren over zijn huisvestingsvisie. Dat geeft de cliëntenraad de mogelijkheid daarover met de zorgaanbieder in overleg te treden.

In de derde plaats beperk ik in de nota van wijziging het instemmingsrecht op het programma van eisen tot een instemmingsrecht op de inrichting van accommodaties. Voor cliënten is die inrichting immers van het grootste belang.

Een en ander komt erop neer dat na de verwerking van de nota van wijziging de invloed van cliënten op bouw er als volgt komt uit te zien.

Cliëntenraden krijgen bij AWBZ-zorg met verblijf:

- informatie over lange termijn huisvestingsplan (artikel 35 lid 2);
- adviesrecht op
  - algemeen huisvestingsbeleid (artikel 36, tweede lid onderdeel b);
  - ingrijpende verbouwing, nieuwbouw en verhuizing (artikel 36, tweede lid onder a);
- instemmingsrecht op
  - de betrokkenheid van de cliëntenraad bij de voorbereiding van een besluit tot ingrijpende verbouwing, nieuwbouw of verhuizing (artikel 33, vijfde lid onder a, artikel 36, eerste lid onder j en artikel 37, tweede lid);
  - de inrichting van de accommodatie (artikel 36, tweede lid, onder c en artikel 37, tweede lid);
  - een sociaal plan voor cliënten (artikel 36, tweede lid onder d en artikel 37, tweede lid);
- leefwensenonderzoek bij het lange termijn huisvestingsplan en ingrijpende verbouwing, nieuwbouw en verhuizing (artikel 9).

Met deze wijzigingen wordt het stelsel van medezeggenschap minder complex en sluit het wetsvoorstel beter aan bij de uitkomsten van overleg tussen veldpartijen, waarin niet is voorzien in betrokkenheid van cliëntenraden bij het lange termijn huisvestingsplan en de betrokkenheid bij het programma van eisen een beperktere strekking heeft, namelijk voor zover het betrekking heeft op de inrichting van de accommodatie.

### **13.5. De invloed van cliëntenraden op de benoeming van afdelingshoofden en locatiemanagers**

*De leden van de fracties van de PvdA en de SP vragen waarom cliëntenraden geen instemmingsrecht hebben bij de benoeming van afdelingshoofden.*

In de Wmcz hebben cliëntenraden verzwaard adviesrecht bij de benoeming van hoofden van afdelingen of accommodaties waarin gedurende het etmaal zorg wordt verleend aan cliënten die in de regel langdurig in de instelling verblijven. In de Wcz is dit vervangen door een adviesrecht. De leden van de fracties van de PvdA en de SP stellen voor dit adviesrecht te vervangen door een instemmingsrecht. Deze leden

weten zich gesteund door LOC, LSR, NPCF en Platform VG. Cliëntenraden blijken juist op dit punt te hechten aan een grote invloed.

Bij nadere afweging ben ook ik van oordeel dat de persoon die de leiding heeft over de afdeling of de accommodatie, zeer bepalend kan zijn voor de kwaliteit van de zorg. Dat geldt overigens vooral in geval de cliënt voor langere tijd of blijvend in de instelling verblijft. Daarom heb ik ervoor gekozen het wetsvoorstel op dit punt aan te passen.

Wat ik niet doe, is het adviesrecht voor de cliëntenraad bij de benoeming van leidinggevenden vervangen door een instemmingsrecht. Een cliëntenraad heeft er weinig aan als de aanbieder een kandidaat heeft gekozen en de naam van die ene persoon voor instemming voorlegt aan de cliëntenraad. De cliëntenraad staat dan min of meer voor een voldongen feit. Net zoals bij de besluitvorming over fusie en bouw, heeft de cliëntenraad er meer aan om in een vroeg stadium betrokken te zijn bij de benoeming van afdelingshoofden.

In de bijgevoegde nota van wijziging voeg ik daarom voor de AWBZ-zorg met verblijf de benoeming van afdelingshoofden en managers van de accommodatie toe aan de onderwerpen waarover in de regeling van medezeggenschap – met instemming van de cliëntenraad – moet worden vastgelegd op welke wijze de cliëntenraad bij de besluitvorming betrokken wordt. De cliëntenraad heeft aldus instemmingsrecht op de afspraken over de betrokkenheid bij de besluitvorming. Ik schrijf zelf niet voor hoe die afspraken eruit moeten zien, dat laat ik graag over aan het samenspel van zorgaanbieder en cliëntenraad.

### **13.6. Overige vragen over medezeggenschap**

*De leden van de PvdA-fractie vragen of het in de praktijk haalbaar is om altijd een cliëntenraad in te stellen als de wet daartoe verplicht en of daar voldoende kwalitatief goede mensen voor te vinden zijn.*

De praktijk leert dat het soms lastig kan zijn om mensen te vinden die in een cliëntenraad willen zitten. De zorgaanbieder moet zich inspannen om voldoende, goede mensen te vinden. Als de zorgaanbieder niet genoeg mensen vindt, dan moet hij het na twee jaar opnieuw proberen. Er geldt dus een inspanningsverplichting voor de zorgaanbieder, geen resultaatsverplichting. De zorgaanbieder kan mensen niet dwingen om plaats te nemen in een cliëntenraad.

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de Wcz zich verhoudt tot de Wet op de ondernemingsraden (Wor).*

Cliëntenraad en ondernemingsraad functioneren naast elkaar. Uiteraard is het goed als zij elkaar aanvullen en versterken en ik hoop en ga ervan uit dat cliëntenraad en ondernemingsraad contacten met elkaar zullen onderhouden.

De Wcz kent overeenkomsten met de Wor:

- De financiering van cliëntenraden in de Wcz (artikel 34) is hetzelfde geregeld als de financiering van ondernemingsraden in de Wor (artikel 22);
- Er wordt een ondergrens gehanteerd voor de omvang van de zorgaanbieder resp. onderneming, uitgedrukt in termen van het aantal personen dat in de regel tenminste werkzaam is;
- Het instemmingsrecht is in beide wetten op dezelfde manier vorm gegeven (artikel 38, derde lid, Wcz en artikel 27, vierde lid, van de Wor);
- Er is voorzien in de nietigheid van besluiten die zijn genomen op onderwerpen waarop de cliëntenraad resp. de ondernemingsraad

instemmingsrecht heeft en anders heeft geadviseerd (artikel 38, vierde lid, Wcz en artikel 27, vijfde lid Wor).

Er zijn ook verschillen tussen de Wcz en de Wor:

- In de Wcz is vanaf de minimale omvang (in de regel meer dan tien zorgverleners) altijd een cliëntenraad nodig. In de Wor kan bij een omvang van 10 tot 50 medewerkers volstaan worden met een personeelsvergadering.
- Het instemmingsrecht van de cliëntenraad heeft betrekking op andere onderwerpen dan het instemmingsrecht van de ondernemingsraad. Een werknemer is immers op een andere manier afhankelijk van de werkgever dan de cliënt afhankelijk is van de zorgaanbieder.
- De Wor voorziet in opschorting van een besluit waarover de ondernemingsraad (uitsluitend) adviesrecht heeft en anders of nog niet heeft geadviseerd (artikel 25, zesde lid, Wor) en een beroepsmogelijkheid op de Ondernemingskamer in de aperte gevallen, waarin de ondernemer niet in redelijkheid tot zijn besluit heeft kunnen komen (artikel 26, eerste lid, Wor). De Wcz voorziet ingeval van een advies van de cliëntenraad dat de zorgaanbieder niet wil opvolgen, in overleg tussen de zorgaanbieder en de cliëntenraad; dit overleg zal enige tijd kosten; aldus is op ietwat andere wijze eveneens sprake van een wachttijd voor de zorgaanbieder. De Wcz kent voor de zuivere adviesonderwerpen (waarbij dus geen sprake is van instemmingsrecht) geen mogelijkheid van beroep op de rechter. Wel verplicht de Wcz de zorgaanbieder in dat geval om zijn afwijkende besluit zorgvuldig te motiveren en kan de cliëntenraad terecht bij de commissie van vertrouwenslieden.

*De leden van de fractie van de SP vragen hoe wordt voorkomen dat een bestuur onterecht geen advies vraagt aan de cliëntenraad of de ondernemingsraad of onterecht besluiten van cliëntenraad of ondernemingsraad naast zich neerlegt.*

Een cliëntenraad kan een geschil over de naleving van de medezeggenschapsverplichtingen voorleggen aan de commissie van vertrouwenslieden, die een bindende uitspraak doet. Dit kan dus ook als naar de mening van de cliëntenraad ten onrechte geen advies is gevraagd of een advies in strijd met de wet niet is opgevolgd zonder eerst met de cliëntenraad te overleggen en dit draagkrachtig te motiveren. Ingeval van een instemmingsrecht kan de cliëntenraad de nietigheid van het besluit invoeren.

*De leden van de fractie van het CDA vragen wie de knoop doorhakt als het gaat om de inrichting van de medezeggenschap.*

Dat doen de zorgaanbieder en de zittende cliëntenraad (of, als die er niet is, een of meer representatieve organisaties van cliënten (artikel 93, vijfde lid). De cliëntenraad heeft instemmingsrecht op de medezeggenschapsregeling (artikel 36, eerste lid, onderdeel n (j in de nota van wijziging), in combinatie met artikel 37, tweede lid).

*De leden van de fractie van het CDA vragen waar individuele cliënten terecht kunnen als de medezeggenschap niet goed is geregeld.*

Individuele cliënten kunnen zich tot de geschilleninstantie wenden als er geen medezeggenschapsregeling of geen cliëntenraad is, terwijl dat wel verplicht is. De geschilleninstantie is er voor individuele cliënten en cliëntenorganisaties. Als de medezeggenschap naar de mening van de cliëntenraad niet goed wordt toegepast, kan de cliëntenraad zich wenden tot de commissie van vertrouwenslieden.

*De leden van de CDA-fractie vragen wat wordt bedoeld met «in de regel door meer dan tien personen zorg doen verlenen» en hoe groot de regering de kans acht dat instellingen deze eis zullen omzeilen.*

De formulering «in de regel» is overgenomen uit de Wor. Het gaat erom dat er meestal meer dan tien personen zorg verlenen in de organisatie. Net als in de Wor tellen alle personen mee, ook deeltijders. Het lijkt mij dat organisaties zich niet gaan opsplitsen, louter om de verplichting van een cliëntenraad en een toezichthoudend orgaan (verplicht vanaf dezelfde ondergrens) te ontgaan. Overigens zijn zorgaanbieders vrij om zich te organiseren zoals ze dat willen. En cliënten kunnen kiezen voor een grotere organisatie met cliëntenraad en toezichthoudend orgaan, als zij dat willen.

*De leden van de CDA-fractie vragen of cliënten of hun vertegenwoordigers de algemene voorwaarden wel tot gelding kunnen brengen als deze algemene voorwaarden niet in de wet zijn opgenomen.*

Zoals ik in paragraaf 6.1 heb geantwoord, is het aan veldpartijen om desgewenst algemene voorwaarden op te stellen. Indien daarbij de wettelijke eisen van het BW in acht worden genomen, zijn de algemene voorwaarden van kracht in de contractuele relatie tussen de zorgaanbieder en de cliënt. Daarvoor zijn geen aanvullende wettelijke bepalingen noodzakelijk.

*De leden van de PvdA-fractie vragen aan welke criteria een goede cliëntenraad moet voldoen, wie deze criteria opstelt en of deze per instelling kunnen verschillen. De leden van de SP-fractie vragen hoe de representativiteit van de cliëntenraad wordt gecontroleerd en of geen eisen aan de representativiteit moeten worden gesteld.*

Cliëntenraden bepalen in eerste instantie zelf wat ze een goede cliëntenraad vinden. Zij voeren daarover overleg met het bestuur van de zorgaanbieder. Gezamenlijke afspraken daarover legt de zorgaanbieder vast in de medezeggenschapsregeling. De medezeggenschapsregeling behoeft de instemming van de cliëntenraad. De regeling van de samenstelling, en dus de eisen die gelden om aan de representativiteitseis te voldoen, kunnen per zorgaanbieder of misschien zelfs per cliëntenraad (centraal dan wel decentraal) verschillen. De cliëntenraad moet representatief zijn voor de cliënten die zij vertegenwoordigt (artikel 33, tweede lid, onder b). In de medezeggenschapsregeling van de zorgaanbieder moet opgenomen worden welke waarborgen voor die representativiteit worden gecreëerd. Het ligt voor de hand dat de cliëntenraad in de regeling van zijn werkwijze opneemt op welke wijze de cliëntenraad voeling houdt met de achterban. Ik acht het niet wenselijk en niet doenlijk om centraal voor te schrijven aan welke eisen representativiteit moet voldoen. Daarvoor zijn de verschillen tussen en binnen sectoren (bijvoorbeeld somatische en psychogeriatrische ouderenzorg) te groot.

*De leden van de SP-fractie vragen om een betere ondersteuning van cliëntenraden. Ook de leden van de fractie van D66 vragen aandacht voor de ondersteuning.*

Zoals de leden van de SP-fractie stellen, kan een betere financiële ondersteuning en scholing en coaching van leden van de cliëntenraad de positie van de cliëntenraad versterken. In artikel 34 van de Wcz zijn de financiering en ondersteuning van cliëntenraden geregeld. Deze regeling is in overeenstemming met de wens van veldpartijen, zoals ze die in juni 2009 hebben vastgelegd. Partijen geven in datzelfde document ook aan dat ze een modelregeling hebben voor de financiering van cliëntenraden.

In die modelregeling staat bijvoorbeeld dat het redelijk is dat leden van centrale cliëntenraden ten minste vijf dagdelen per jaar scholing kunnen volgen en dat leden van lokale cliëntenraden ten minste drie dagdelen per jaar scholing kunnen volgen. Bedragen voor scholing worden geobjectievaard en er moet een adequate ondersteuning zijn door een ambtelijk secretaris of coach. Geschillen over de toepassing van deze financieringsregeling kunnen worden voorgelegd aan de commissie van vertrouwenslieden. De financiering van cliëntenraden is hiermee naar mijn mening afdoende geregeld. De wet biedt zekere waarborgen en laat de verantwoordelijkheid waar die hoort: bij het veld. Het veld pakt die verantwoordelijkheid naar mijn mening goed op.

*De leden van de SP-fractie missen controle op de rol van de raad van toezicht en zouden het goed vinden als een cliëntenraad een raad van toezicht van zijn functie zou kunnen ontheffen.*

De cliëntenraad kan bij een vermoeden van wanbeleid een enquêteverzoek indienen bij de Ondernemingskamer van het Gerechtshof in Amsterdam (artikel 41, derde lid). De Ondernemingskamer kan leden van het toezichthoudende orgaan ontslaan. Ook kan de Ondernemingskamer op verzoek van een cliëntenraad een lid van het toezichthoudende orgaan ontslaan wegens verwaarlozing van zijn taak of om andere gewichtige redenen (artikel 40, vierde lid).

*De leden van de SP-fractie willen voor cliëntenraden een begrotingsrecht en een recht van amendement op de begroting.*

Cliëntenraden hebben een adviesrecht bij de begroting (artikel 36, eerste lid, onderdeel o, d in de bijgevoegde nota van wijziging). Zij kunnen dus voorstellen indienen om de begroting te wijzigen. Als deze wijzigingsvoorstellen niet serieus genomen worden door het bestuur, kunnen ze zich wenden tot de commissie van vertrouwenslieden die een bindende uitspraak doet.

## **14. Goed bestuur**

### **14.1. Verantwoordelijkheidsverdeling tussen bestuur en professionals**

*De leden van de PvdA-fractie vragen naar de stand van zaken met betrekking tot het Kwaliteitsinstituut. Zij vragen naar het kunnen afwijken van evidence-based richtlijnen en de mogelijkheden om praktijkvariatie daadwerkelijk te beperken. Zij vragen hoe de eindverantwoordelijkheid van het bestuur voor de kwaliteit van zorg zich verhoudt tot de constante vernieuwing en innovatie in de zorg. Ook vragen de leden van de PvdA-fractie naar de verdeling van de verantwoordelijkheid voor de toepassing van de professionele standaarden tussen bestuur en zorgprofessionals.*

Het beoogde Kwaliteitsinstituut, waarover ik uw Kamer onlangs nader heb bericht<sup>1</sup>, zal een rol gaan vervullen bij het tot stand laten komen van professionele standaarden. Het begrip «professionele standaard» gebruiken we voor het samenhangende geheel van indicatiecriteria, de beschrijving van het zorgpad, de richtlijnen, normen en indicatoren. Het veld blijft uiteraard primair verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en daarom ligt de verantwoordelijkheid voor het maken van de professionele standaarden ook bij het veld.

Het zal altijd mogelijk moeten blijven dat zorgprofessionals gemotiveerd afwijken van evidence based richtlijnen. Voorwaarde is wel dat hiervan aantekening wordt gemaakt in het cliëntdossier met de argumentatie van

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 14.

de afwijking («pas toe of leg uit»). Specifieke omstandigheden van een individuele cliënt kunnen een goede reden zijn om af te wijken van de behandeling zoals voorgeschreven in een richtlijn, bijvoorbeeld als de te verwachten nadelige effecten voor een specifieke cliënt fors zijn (bijvoorbeeld vanwege comorbiditeit), terwijl er alternatieve oplossingen zijn die minder nadelige effecten hebben. De kwaliteit van leven van de cliënt staat hierbij voorop.

Praktijkvariatie is ongewenst als het gaat om over- of onderbehandeling, als nieuwe ontwikkelingen en inzichten niet tijdig in richtlijnen worden verwerkt of als gewijzigde richtlijnen niet tijdig worden geïmplementeerd. Het beoogde Kwaliteitsinstituut zal een bijdrage gaan leveren aan het inzichtelijk maken en tegengaan van ongewenste praktijkvariatie. De indicatiecriteria uit de professionele standaarden zullen in de toekomst meer gekoppeld worden aan de verzekerde aanspraken waardoor er meer gepast gebruik van de zorg wordt gemaakt. Koppeling van indicatiecriteria, waarbij naast kwaliteit van zorg ook de doelmatigheid wordt meegenomen, zal ongewenste praktijkvariatie tegengaan. Daarnaast zie ik hierbij ook een rol voor de zorgverzekeraars om bij hun zorginkoop rekening te houden met beschikbare informatie over praktijkvariatie. Zorgverzekeraars moeten bij hun zorginkoop zorgaanbieders aanspreken op zorgprestaties die duiden op over- of onderbehandeling of het niet tijdig implementeren van nieuwe richtlijnen.

De zorgprofessionals zijn er zelf voor verantwoordelijk dat ze werken conform de meest recente wetenschappelijke inzichten. Het bestuur van de instelling waarin zij werken kan hen daarop aanspreken, maar moet de zorgprofessionals ook de ruimte geven om nieuwe werkwijzen die worden voorgeschreven in nieuwe richtlijnen, te implementeren. Ook zou het bestuur de zorgprestaties van de eigen organisatie moeten spiegelen aan de zorgprestaties van vergelijkbare organisaties en op zoek moeten gaan naar verklaringen voor opvallende verschillen in prestaties. Hierover kan het bestuur dan het gesprek aangaan met de zorgprofessionals.

De verantwoordelijkheid van het bestuur voor de kwaliteit van zorg, en daarmee voor de implementatie en naleving van professionele standaarden door de zorgprofessionals, is in de Wcz extra benadrukt door middel van de verplichte aanwijzing van één van de bestuursleden als portefeuillehouder voor kwaliteit.

*De leden van de VVD-fractie vragen of medisch-specialisten in de Wcz hun verantwoordelijkheid kunnen nemen die zij hebben voor het leveren van de beste zorg. De leden van de CDA-fractie vragen naar de manier waarop de professionele autonomie van zorgprofessionals tot uitdrukking komt. De leden van de fractie van de PVV vragen of de handelingsvrijheid van de medisch-specialist wordt aangetast. De leden van de PvdA-fractie vragen om een reactie op de kritiek van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) die stelt dat de professionele autonomie van de medisch specialist wordt aangetast door de regelstellende bevoegdheid van het ziekenhuis.*

Het wetsvoorstel verplicht zorgaanbieders om in een schriftelijke overeenkomst met (bijvoorbeeld) een medisch-specialist vast te leggen dat deze zich bij zijn werkzaamheden laat leiden door de op de zorgaanbieder rustende verplichtingen en de regels die deze heeft vastgesteld omtrent de zorgverlening. De OMS maakt zich zorgen om de effecten van deze regelstellende bevoegdheid op de professionele autonomie. De invloed die de Wcz zou hebben op de professionele autonomie van de medisch-specialisten houdt vele gemoederen bezig. Naar mijn mening echter zonder goede grond.

De OMS verstaat onder professionele autonomie de vrijheid van oordeelsvorming van de arts om, gegeven de wettelijke kaders en de professionele standaard, zonder inmenging van derden, in de individuele arts-patiëntrelatie te komen tot diagnosestelling en advisering over behandeling of het verrichten van diagnostische en therapeutische interventies, waarbij inbegrepen het onderzoeken en het geven van raad met als doel de bescherming of verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt. Het gaat dus om de ruimte en de verantwoordelijkheid voor de arts om ervoor te zorgen dat hij in vrijheid en op basis van zijn professionele standaard beslist over de behandeling die voor de patiënt het beste is. De arts moet dat kunnen beslissen zonder inmenging van derden. Dat zegt vooral iets over de houding van de arts zelf. Hij moet zijn oordeelsvorming over wat de aangewezen behandeling is, laten bepalen door zijn professionele standaard (en wettelijke kaders). En hij moet zich daarover kunnen en willen verantwoorden.

De beroepsbeoefenaar is op grond van de Wet big zelfstandig verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg. Hij kan tuchtrechtelijk ter verantwoording worden geroepen als er sprake is van enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij in zijn hoedanigheid behoort te betrachten.

De medisch-specialist is in eerste instantie zelf degene die bij het aangaan en naleven van overeenkomsten met een instelling moet bewaken of hij zich niet verbindt tot zaken of dingen doet die hem in conflict (kunnen) brengen met zijn professionele verantwoordelijkheid. Ik vertrouw er ook op dat de medisch-specialisten die verantwoordelijkheid zwaar zullen laten wegen. Indien de medisch specialist tot de conclusie zou komen dat van hem zaken worden verlangd welke hij niet met zijn professionele verantwoordelijkheid kan verenigen en overleg daarover met de instelling zonder het door hem gewenste resultaat blijft, zal hij daaraan zo nodig consequenties moeten verbinden.

Ik ga er allereerst van uit dat de zorgaanbieders bij het stellen van regels en het geven van aanwijzingen met dat gegeven rekening zullen houden. Voor een goede gang van zaken in de instelling en voor het dragen van de verantwoordelijkheid voor alles wat daar gebeurt, is het geenszins noodzakelijk dat aan de zorgverleners die daar werken zodanige instructies worden gegeven dat zij hun werk niet meer op verantwoorde wijze kunnen doen. Ook de zorgaanbieder zelf zou daarvan immers de consequenties moeten dragen.

Als van een medisch-specialist zou worden gevraagd te handelen op een wijze die naar zijn mening in strijd komt met zijn professionele verantwoordelijkheid, zal hij daarover uiteraard met de zorgaanbieder in overleg treden. Ik kan mij niet goed voorstellen dat daarover dan geen overeenstemming zou kunnen worden bereikt. Mocht dat echter toch het geval zijn, dan is het aan de medisch-specialist zo nodig nee te zeggen tegen het bestuur van de instelling waarbinnen hij zijn werk doet, wanneer van die kant eisen worden gesteld waaraan hij meent niet te kunnen voldoen zonder zijn professionele verantwoordelijkheid te verliezen. Hierbij zie ik geen verschil tussen een vrijgevestigde medisch specialist en een medisch specialist die in dienstverband werkzaam is, ondanks het verschil in juridische positie ten opzichte van de instelling.

De Wcz leidt er dus niet toe dat medisch-specialisten niet langer zouden kunnen werken overeenkomstig hun professionele standaard. De Wcz heeft geen effecten voor professionele autonomie of de positie van medisch specialisten, die niet in overeenstemming zouden zijn met het onderhandelingsresultaat van 15 december 2010 tussen de OMS, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en VWS.



Ten overvloede, om te benadrukken dat de professionele autonomie gewaarborgd is in de Wcz, voeg ik met de nota van wijziging een bepaling toe die nog een keer duidelijk maakt dat ik alle zorgen over de professionele autonomie serieus neem. In artikel 2 wordt bepaald dat een arbeids- of toelatingsovereenkomst niet in de verantwoordelijkheid van de zorgverlener treedt, die voortvloeit uit de voor hem geldende professionele standaard.

Ondanks de aanscherpingen in de Wcz is de verantwoordelijkheidsverdeling tussen instellingsbestuur en medisch-specialist in feite dezelfde verdeling, zoals die in de Kwaliteitswet en in de Wet big, is vastgelegd. Het bestuur van de instelling is (eind)verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg en ondersteuning door of binnen het kader van de instelling geleverd. Dat laat de eigen verantwoordelijkheid van de zorgprofessional voor de kwaliteit van zorg die door hem wordt geleverd aan cliënten, onverlet.

Het grote belang dat door iedereen in de gezondheidszorg en ook door mij wordt gehecht aan professionele autonomie, staat niet in de weg aan afspraken van de instelling met de medisch-specialist (vrijgevestigd) of handelingsrichtlijnen voor de medisch-specialist (dienstverband) welke noodzakelijk zijn voor een goede gang van zaken binnen de instelling, met inbegrip van een vorm van verantwoording jegens de instelling over de geleverde prestaties. Door dergelijke afspraken wordt geen afbreuk gedaan aan de, uit de professionele standaard voortvloeiende, eigen verantwoordelijkheid van de persoon die daadwerkelijk zorg verleent, zoals ik nog eens onderstreep met de nota van wijziging. De zorgprofessionals blijven ook en in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die wordt geleverd aan cliënten, en moeten daar ook naar handelen. In de behandelkamer – in de directe relatie met de patiënt – is de medisch-specialist verantwoordelijk. De verantwoordelijkheid van de instelling is een systeemverantwoordelijkheid. Om die waar te kunnen maken, sluit de instelling een overeenkomst met de medisch-specialist waarin zorgvuldig wordt afgebakend wat de kaders zijn waarbinnen en wat de aard is van de aanwijzingen die de instelling hem kan geven. De Wcz verplicht de instelling slechts zich hiervan rekenschap te geven bij het aangaan van de overeenkomst; zij moet ervoor zorgen dat de samenwerking zodanig wordt geregeld dat zij haar verantwoordelijkheid kan dragen.

Ik wijs er nog op dat in de Model Toelatingsovereenkomst (MTO) nu ook al een aanwijzingsbevoegdheid voor het bestuur is opgenomen. De reikwijdte van de aanwijzingsbevoegdheid in de Wcz sluit aan bij de tekst van deze MTO.

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de toelatingsovereenkomsten met medisch-specialisten zullen worden aangepast, of dat mogelijk is en in hoeverre dat nodig is. De leden van de CDA-fractie vragen of het van kracht worden van het wetsvoorstel een grondslag biedt om privaatrechtelijke overeenkomsten open te breken gedurende de looptijd.*

In het wetsvoorstel wordt de zorgaanbieder verplicht in de toelatingsovereenkomsten met medisch-specialisten, maar ook in overeenkomsten met anderen die hij zorg doet verlenen, zodanige afspraken vast te leggen dat het resultaat is dat medisch-specialisten en andere zorgverleners zich bij hun werkzaamheden laten leiden door de verplichtingen die de zorgaanbieder heeft op grond van de Wcz en de regels die de zorgaanbieder hanteert omtrent de zorgverlening. In de nota van wijziging voeg ik daaraan toe dat deze overeenkomsten niet treden in de professionele verantwoordelijkheid van de zorgverlener. Voor de zorgaanbieder zijn

dergelijke afspraken een onmisbare voorwaarde om aan zijn wettelijke verplichtingen te voldoen, ook wanneer hij daarbij derden inschakelt die niet in dienstverband voor hem werkzaam zijn.

#### *Document Medische Staf*

De juridische relatie tussen het ziekenhuis en de vrijgevestigde medisch-specialist gaat uit van een individueel contract tussen ziekenhuis en vrijgevestigd specialist, de zgn. toelatingsovereenkomst, en een regeling op collectief niveau tussen het ziekenhuisbestuur en het bestuur van de medische staf, het Document Medische Staf (DMS). Het DMS werkt door in de individuele juridische relatie tussen ziekenhuis en medisch-specialist en maakt zo integraal deel uit van de toelatingsovereenkomst. De medisch-specialist kan zich na het sluiten van de toelatingsovereenkomst vrij vestigen in het ziekenhuis. Hierbij moet hij zich houden aan de in de toelatingsovereenkomst overeengekomen verplichtingen.

#### *Model Toelatingsovereenkomst*

Meer dan 90 procent van de vrijgevestigde medisch specialisten maakt voor het sluiten van de toelatingsovereenkomst gebruik van de MTO zoals overeengekomen door de koepelorganisaties van ziekenhuizen, specialisten en zorgverzekeraars. De MTO regelt de wederzijdse rechten en plichten van en de verantwoordelijkheidsverdeling tussen ziekenhuis en medisch-specialist. Ook regelt de MTO verplichtingen uit de WGBO. Een belangrijke bepaling in de WGBO voor de relatie tussen ziekenhuis en medisch-specialist is de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis (art. 7:462 BW). Op grond van dit artikel kan het ziekenhuis aansprakelijk worden gesteld voor fouten die zijn gemaakt door een, op grond van een toelatingsovereenkomst, in het ziekenhuis werkzame medisch specialist. Mede hierdoor heeft het ziekenhuis belang bij de wijze waarop medisch-specialisten functioneren.

De medisch-specialist neemt bij de uitoefening van zijn werkzaamheden de aanwijzingen van het bestuur van financiële en organisatorische aard en ter bevordering van de orde en de goede gang van zaken in acht. Mochten deze aanwijzingen door de medisch-specialist als onredelijk worden ervaren, dan kan hij zich wenden tot het bestuur. Het bestuur en de medisch-specialist zullen op grond van de huidige MTO in genoemd overleg streven naar een minnelijke regeling terzake.

#### *Kwaliteitswet*

In de huidige toelatingsovereenkomst is als norm voor het functioneren van medisch-specialisten het uitgangspunt van de WGBO genomen. Daarnaast speelt de Kwaliteitswet een rol in de relatie tussen ziekenhuis en medisch-specialist. Die wet verplicht het ziekenhuis verantwoorde zorg te leveren. Professionals die in een institutioneel verband werken, zoals de vrijgevestigde medisch-specialisten die in een ziekenhuis werken, vallen onder de werking van de Kwaliteitswet. Als een medisch-specialist in het ziekenhuis niet aan de in de wet gestelde eisen voldoet, levert het ziekenhuis geen verantwoorde zorg. Het ziekenhuis kan hierop bestuursrechtelijk en civielrechtelijk worden aangesproken. Het ziekenhuis zal in dat geval maatregelen tegen de desbetreffende medisch-specialist moeten nemen. Het ziekenhuis draagt op basis van de WGBO en de Kwaliteitswet verantwoordelijkheid voor het handelen van de medisch-specialist.

De MTO is als gevolg van eerdere wetswijzigingen al enige tijd aan herziening toe. Met de invoering van de Zvw is de zgn. Integratiewet vervallen. De bepaling dat medisch-specialistische zorg wordt verleend door of vanwege het ziekenhuis, is in de Zvw niet teruggekeerd. De bestaande toelatingsovereenkomst steunt voor een groot deel op deze bepaling. Nu die bepaling is weggefallen, ontstaat er ruimte (en noodzaak) om de juridische relatie tussen ziekenhuis en de medisch specialist te herzien. Aldus kan worden gekomen tot een aangepaste juridische relatie tussen het ziekenhuis en de medisch-specialist, om zo een werkbare invulling te geven aan de veranderde rol van beide partijen. Daarbij moet in een nieuwe relatie goed worden gekeken naar de wettelijke bepalingen, zoals die van de Wcz, die het ziekenhuis en de medisch-specialist onherroepelijk met elkaar verbinden.

Thans ingaande op de gestelde vraag, merk ik op dat in de bestaande modelovereenkomst is vastgelegd dat de toelatingsovereenkomst met inachtneming van de toepasselijke wet- en regelgeving, naar redelijkheid en billijkheid door partijen wordt gewijzigd. Dit biedt de zorgaanbieder een grondslag om met de medisch specialisten het gesprek te openen over een aanpassing naar aanleiding van de Wcz.

Ik kan niet overzien of en in hoeverre bestaande toelatingsovereenkomsten moeten worden aangepast in verband met hetgeen de Wcz voorschrijft. Ik ga ervan uit dat bij de op te stellen nieuwe MTO rekening wordt gehouden met de komende bepalingen van de Wcz en dat op basis van de nieuwe MTO de toelatingsovereenkomsten in goed overleg tussen het ziekenhuis en de medisch-specialist zullen worden aangepast. In elk geval zullen de zorgaanbieders daarover op grond van het wetsvoorstel met de medisch-specialisten in overleg moeten treden. Ik ga ervan uit dat aldus het merendeel van de toelatingsovereenkomsten tijdig aan de nieuwe wettelijke regels zal zijn aangepast. Het wetsvoorstel geeft de zorgaanbieders en medisch-specialisten daarvoor een jaar na inwerking-treding van de wet de tijd.

#### **14.2. Toezichthoudend orgaan**

*De PvdA-fractieleden hebben een vraag gesteld over de rol van toezichthouders bij de inhoud en kwaliteit van zorg. Zij vragen tevens of bestuurders/toezichthouders in meerdere besturen en/of raden van toezicht kunnen plaatsnemen.*

De bevoegdheid van het toezichthoudende orgaan bij een zorgstichting om de leden van de raad van bestuur te benoemen en te ontslaan, leidt ertoe dat zij de samenstelling van de raad van bestuur kunnen bepalen. Bij de overige rechtspersonen (waarbij een eventuele raad van commissarissen kan fungeren als toezichthoudend orgaan in de zin van de Wcz) zullen de leden of de aandeelhouders in de regel deze bevoegdheid tot benoeming hebben. Degene die bevoegd zijn tot benoeming kunnen hierbij expliciet kijken naar de achtergrond van de bestuurders en daardoor, wanneer zij dit wensen, bestuurders aannemen die ervaring hebben in de zorgverlening en dus kennis hebben van de inhoud en kwaliteit van zorg. De Zorgbrede Governancecode stelt dat er tenminste één lid van het toezichthoudende orgaan moet zijn dat beschikt over voor de zorgorganisatie relevante kennis van en ervaring in de zorg.

Op grond van de Wcz moet de zorgaanbieder in de statuten waarborgen dat de leden van het toezichthoudende orgaan in staat zijn tot een goede taakvervulling. Om deze belangrijke taak goed te kunnen vervullen, zullen zij daarvoor voldoende tijd beschikbaar moeten hebben en zal door de zorgaanbieder een beperking gesteld kunnen worden aan het aantal nevenfuncties. Er is voor gekozen geen concreet aantal te kiezen, zodat

zorgaanbieders dit zelf kunnen beoordelen. In de Zorgbrede Governancecode wordt op dit punt verwezen naar de Nederlandse Corporate Governancecode als richtsnoer. In deze code wordt een maximum van vijf nevenfuncties gehanteerd, waarbij een voorzitterschap dubbel telt. Zorgaanbieders zijn echter niet direct vergelijkbaar met beursgenoteerde ondernemingen, wel kan het maximum van vijf uit de Corporate Governancecode ter inspiratie gebruikt worden.

Er is geen maximum voor het aantal besturen waarin iemand zitting kan hebben. Wel staan in de Zorgbrede Governancecode bepalingen die ervoor moeten zorgen dat bestuurders hun werk goed kunnen doen. Er zijn bepalingen over aandelenbezit van bestuurders en over leningen van de organisatie aan bestuurders. Elke schijn van belangenverstrengeling moet worden vermeden. Een bestuurder kan niet tevens lid zijn van het toezichthoudende orgaan van de zorgaanbieder of van een vergelijkbare zorgaanbieder in de regio. Een voormalig lid van het toezichthoudende orgaan kan volgens de Zorgbrede Governancecode gedurende een periode van drie jaar geen bestuurder zijn bij dezelfde zorgaanbieder. Voor een nevenfunctie is de toestemming van het toezichthoudende orgaan nodig.

De Wcz stelt regels aan de onafhankelijkheid van de leden van het toezichthoudende orgaan. Het toezichthoudende orgaan moet zodanig samengesteld zijn dat de leden geen persoonlijk belang hebben bij de zorgverlening en ten opzichte van elkaar, het bestuur en welk deelbelang dan ook, onafhankelijk en kritisch kunnen opereren (artikel 40, eerste lid, onderdeel b). In het Uitvoeringsbesluit Wcz zal de onafhankelijkheid van de leden van het toezichthoudende orgaan nader worden uitgewerkt en zal worden opgenomen dat toezichthouders geen bestuurder kunnen zijn bij dezelfde zorgaanbieder en geen bestuurder of toezichthouder bij een rechtspersoon in dezelfde groep. Ook werknemers of opdrachtnemers kunnen geen toezichthouder zijn. Deze groepen personen zullen duidelijke tegenstrijdige belangen hebben wanneer zij naast hun functie ook de functie van toezichthouder uitoefenen.

*De leden van de CDA-fractie hebben vragen over de eisen die worden gesteld aan de leden van het toezichthoudende orgaan.*

Zoals ik in antwoord op de bovenstaande vraag van de leden van de PvdA-fractie aangaf, moet de zorgaanbieder op grond van de Wcz in de statuten waarborgen dat de leden van het toezichthoudende orgaan in staat zijn tot een goede taakvervulling. Hieronder valt ook de periodieke bijscholing die noodzakelijk is voor de toezichthouder om zijn belangrijke taak goed te vervullen. Een wettelijke plicht tot een profielschetsen een extra bepaling waarin de periodieke bijscholing wordt geregeld, zoals de leden van de CDA-fractie voorstellen, vind ik geen toegevoegde waarde hebben ten opzichte van de huidige bepalingen in de Wcz. In de Zorgbrede Governancecode is bovendien geregeld dat leden van een toezichthoudend orgaan na hun benoeming een introductie- of scholingsprogramma volgen en dat het toezichthoudende orgaan jaarlijks beziet welke training of opleiding verder nodig is. In de Wcz zullen met het oog op het waarborgen van een onafhankelijke taakuitoefening door het toezichthoudende orgaan bij amvb nadere eisen worden gesteld aan de leden van het toezichthoudende orgaan (zie voor verdere toelichting bovenstaand antwoord).

*De SP-fractieleden vragen hoe de zelfregulering via de Zorgbrede Governancecode zich verhoudt tot de noodzaak van wettelijke verankering van goed bestuur in de Wcz. Daarnaast vragen zij of geregeld kan worden*

*dat bestuurders en toezichthouders persoonlijk aansprakelijk worden gesteld bij wanbeleid met betrekking tot kwaliteit van zorg.*

Dit kabinet heeft als uitgangspunt: zelfregulering wanneer dit mogelijk is en wet- of regelgeving wanneer dit nodig is. Zelfregulering en wet- of regelgeving kunnen elkaar goed aanvullen. In de Wcz heb ik een aantal bepalingen betreffende goed bestuur opgenomen die ik dermate belangrijk vind dat die naar mijn oordeel te allen tijde nageleefd moeten worden. Voor deze bepalingen geldt dat het «pas toe of leg uit»-principe van de code niet afdoende is en extern toezicht op de naleving door de IGZ gewenst is. Zelfregulering geniet in deze gevallen dus niet de voorkeur. Voor het antwoord op de vraag betreffende persoonlijke aansprakelijkheid van bestuurders verwijs ik u naar hoofdstuk 3.

### **14.3. Enquêterecht**

*De SP-fractieleden vragen om een nadere uitwerking van het enquête-recht.*

Het enquête-recht is een juridische procedure waarbij een verzoek ingediend kan worden bij de Ondernemingskamer van het gerechtshof Amsterdam om een onderzoek te starten naar wanbeleid. De Ondernemingskamer gaat slechts over tot onderzoek wanneer er gegronde redenen zijn om aan een juist beleid te twijfelen.

De cliëntenraad zal weloverwogen moeten besluiten om naar de rechter te stappen.

In het recente verleden zijn twee enquêteverzoeken ingediend die zorginstellingen betroffen. Zeer recent is door AbvaKabo FNV een enquêteverzoek ingediend over Meavita. In 2010 is door de centrale cliëntenraad van de Stichting Zorgcentra de Betuwe een enquêteverzoek ingediend. De Ondernemingskamer kan een groot aantal voorzieningen treffen. Zo was er als voorlopige voorziening bij Stichting Zorgcentra de Betuwe een nieuwe toezichthouder aangesteld.

*De leden van de SGP-fractie stellen enkele vragen over het enquête-recht.*

Artikel 41 van het wetsvoorstel geeft de cliëntenraad het recht een verzoek te doen aan de Ondernemingskamer tot het instellen van een onderzoek naar het beleid en de gang van zaken van een rechtspersoon. Een dergelijk verzoek kan worden gedaan als er sprake lijkt te zijn van wanbeleid. Het doel van zo'n enquêteverzoek is inzicht te krijgen in de gang van zaken en het onderzoek kan eventueel leiden tot het ontslag van bestuurders. Daarbij hoeft evenwel niet in alle gevallen sprake te zijn van een concreet geschil tussen de cliëntenraad en het bestuur en in elk geval niet altijd van een geschil dat ook aan een commissie van vertrouwenslieden kan worden voorgelegd.

Aan zo'n commissie kunnen op grond van artikel 38 van het wetsvoorstel door de cliëntenraad geschillen over de toepassing van de artikelen 33 tot en met 37 van het wetsvoorstel worden voorgelegd. Daarvan is bijvoorbeeld sprake als de medezeggenschapsregeling die de zorgaanbieder heeft getroffen, niet in overeenstemming is met de wettelijke eisen (artikel 33), of de zorgaanbieder de cliëntenraad in onvoldoende mate de beschikking geeft over voorzieningen en geldmiddelen (artikel 34), het bestuur onvoldoende inlichtingen verstrekt (artikel 35), het bestuur niet tijdig en correct om advies vraagt (artikel 36) en het instemmingsrecht niet op de juiste wijze toepast (artikel 37). De cliëntenraad moet deze zaken, om een bindende uitspraak in het geschil te krijgen, in elk geval voorleggen aan de landelijke commissie. Het niet correct naleven van deze verplichtingen, zeker wanneer dat regelmatig zou voorkomen, kan duiden op wanbeleid. In dat geval kan de cliëntenraad bij zijn verzoek aan

de Ondernemingskamer deze feiten aanvoeren ter onderbouwing van haar verzoek.

Ik acht het in verband met het voorgaande niet op zijn plaats en ook niet nodig om in het wetsvoorstel als extra voorwaarde voor een verzoek aan de Ondernemingskamer op te nemen dat de cliëntenraad eerst een geschil moet hebben voorgelegd aan een commissie van vertrouwenslieden. Zaken die geen betrekking hebben op medezeggenschap zullen daar immers ook niet kunnen worden behandeld.

*De leden van de PVV-fractie vragen waar het enquêterecht ligt als er geen cliëntenraad is.*

In dat geval ligt het enquêterecht bij de vakverenigingen, de eventuele aandeelhouders, de Advocaat-Generaal van het Hof in Amsterdam (alle op grond van het Burgerlijk Wetboek) en eventuele andere partijen die daartoe in de statuten zijn aangewezen.

#### **14.4. Verwijzingen**

De vraag van de leden van de SP-fractie over de toetsing vooraf heb ik behandeld in paragraaf 1.5.

### **15. Beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg**

#### **15.1. Continuïteit van zorg**

*De leden van de VVD-fractie vragen waarom in artikel 5 over goede zorg bepalingen rond bereikbaarheid en beschikbaarheid ontbreken.*

Normen voor bereikbaarheid en beschikbaarheid worden in beginsel door veldpartijen vastgesteld. Wanneer deze in de wet zouden worden geregeld, is er geen ruimte om de beschikbaarheid van zorg of de bereikbaarheid aan te passen aan lokale of regionale zorgbehoeften. Daarentegen geldt dat cliënten altijd recht hebben op zorg die goed is. Daarom stelt de wet daaraan wel minimumeisen, waaronder veiligheid, cliëntgerichtheid en tijdigheid. De zorgaanbieder moet tijdig zorg leveren, als het gaat om een cliënt die bij hem in zorg is. Als de diagnose is gesteld dat zorg binnen een bepaalde termijn nodig is, dan moet de zorgaanbieder er ook voor zorgen dat de cliënt de zorg binnen die termijn krijgt. De norm van goede zorg uit artikel 5 wordt door het veld zelf verder ingevuld, onder andere door middel van richtlijnen.

In de brief Waarborgen voor continuïteit van zorg<sup>1</sup>, heb ik voor een beperkt aantal vormen van zorg wel normen ten aanzien van bereikbaarheid en beschikbaarheid geformuleerd. Het gaat daarbij om vormen van zorg waarvoor geldt dat wanneer deze niet voldoende dichtbij beschikbaar zijn, cliënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen. Meer specifiek zijn in de brief de normen voor ambulancezorg, de basis-spoedeisende hulp (SEH), acute verloskunde en de crisisdienst voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) genoemd. Met de brief heb ik ook uitvoering gegeven aan de motie Van der Veen c.s.<sup>2</sup> waaraan de leden van de PvdA-fractie refereren.

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe ingegrepen kan worden om continuïteit van zorg te waarborgen als de Wtzi verdwijnt.*

In de brief Waarborgen voor continuïteit van zorg heb ik u het beleid ten aanzien van waarborgen voor continuïteit van zorg uiteengezet. Het waarborgen van de continuïteit van zorg is primair de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en anderen die daarbij belang hebben, waaronder zorgverzekeraars.

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 10.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2010/11, 32 500 XVI, nr. 27.

De overheid kan op twee manieren ingrijpen om de beschikbaarheid te waarborgen van een limitatief aantal vormen van zorg. Ten eerste kan de minister na inwerkingtreding van het Wetsvoorstel AibWmgvormen van zorg aanwijzen waarvoor en de vorm vaststellen waarin de NZa, onder voorwaarden, een beschikbaarheidsbijdrage kan vaststellen. Deze beschikbaarheidsbijdrage maakt bekostiging van zorgaanbieders mogelijk voor vormen van zorg waarvan de kosten voor de afzonderlijke prestaties in redelijkheid niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden of die bij een dergelijke toerekening of een dergelijke tarifiering marktverstoring zouden werken. Hiermee kan de beschikbaarheid van die zorgfuncties worden gewaarborgd.

Daarnaast kan de minister, wanneer een aanbieder is failliet gegaan, en er ondanks de inspanningen van de zorgverzekeraar geen alternatief zorgaanbod is gevonden, een tijdelijke vangnetstichting oprichten die de levering van cruciale zorg continueert.

*De leden van de CDA-fractie zijn benieuwd op welke wijze hetzij de overheid, hetzij de cliënt zelf zijn recht kan halen op een moment dat de zorgaanbieders geen of slechte afspraken maken. Wie heeft dan de doorzettingsmacht om te zorgen dat er bijvoorbeeld een ziekenhuis of afdeling open blijft?*

Cliënten hebben op basis van hun zorgverzekeringsspolis recht op zorg (naturapolis) of vergoeding van zorg waaraan zij behoefte hebben (restitutiepolis). In het laatste geval maakt de cliënt zelf afspraken met de zorgaanbieder. Bij een naturapolis koopt de zorgverzekeraar de zorg in en maakt hij afspraken met zorgaanbieders. De cliënt kan, wanneer hij vindt dat de verzekeraar onvoldoende of slechte zorg heeft ingekocht, daarover een klacht indienen bij de verzekeraar en als die niet bevredigend wordt opgelost, bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

Wanneer er te weinig vraag is naar sommige vormen van zorg kan de aanbieder op grond van kwalitatieve en doelmatige argumenten besluiten die zorg niet meer te bieden. Zorgaanbieders zijn vrij om dit te besluiten. Voor de maatregelen die de minister kan treffen om de continuïteit van zorg te waarborgen, verwijs ik naar het antwoord op de vorige vraag.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen onder welke omstandigheden zorgverzekeraars en zorgkantoren niet verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor continuïteit van zorg.*

Zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben een zorgplicht. Dit is een resultaatsverplichting. Dat betekent dat zorgverzekeraars zorg moeten leveren (of vergoeden), behoudens situaties van overmacht. Van hen mag dus binnen de grenzen van redelijkheid en billijkheid verwacht worden dat zij zorgen voor continuïteit van zorg aan hun verzekerden die een naturapolis hebben. Dat gaat echter niet zo ver dat verzekeraars verplicht zijn aanbieders van zorg in stand te houden die door het leveren van slechte kwaliteit of het vragen van een te hoge prijs dreigen failliet te gaan. Dit ontslaat de verzekeraar uiteraard niet van zijn verantwoordelijkheid om die aanbieder aan te spreken op de kwaliteit van de zorg die aan de verzekerden is geleverd en te anticiperen op de mogelijkheid dat een zorgaanbieder moet sluiten om kwaliteits- of continuïteitsredenen.

## **15.2. Spoedeisende zorg**

*De leden van de PvdA-fractie vragen waarom gekozen wordt voor één zorgaanbieder per regio die afspraken moet maken met andere zorgaanbieders en veldpartijen over de beschikbaarheid van spoedeisende zorg*

*en de voorbereiding op het verlenen van die zorg. De leden van de CDA-fractie vragen in dit kader op grond van welke criteria deze aanbieder wordt aangewezen en of de beschikbaarheidsbijdrage daarbij een rol speelt.*

Bij acute zorg is het belangrijk dat de cliënt de juiste zorg, op de juiste plek, op de juiste tijd, van de juiste zorgverlener ontvangt. Zorgaanbieders zijn primair verantwoordelijk voor het leveren van de juiste acute zorg. Acute zorg wordt echter geleverd door verschillende aanbieders (huisartsen(posten), ambulancediensten, ziekenhuizen en ggz-instellingen). Om te zorgen dat cliënten met een acute zorgvraag op de juiste plek terechtkomen, zijn op regionaal niveau heldere afspraken nodig tussen de verschillende zorgaanbieders. Bijvoorbeeld over het doorsturen van patiënten met een bepaalde acute aandoening naar de aanbieder die daarvoor het beste is toegerust. Ik heb de traumacentra en drie topklinische ziekenhuizen aangewezen als verantwoordelijke voor de totstandkoming van dergelijke afspraken. Zij hebben daartoe in elke regio een Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) opgestart. Daarin maken alle aanbieders van acute zorg afspraken met elkaar onder leiding van het traumacentrum. Zorgverzekeraars worden daarbij ook betrokken. Het is dus niet zo dat één zorgaanbieder afspraken moet maken met (een deel van) de andere aanbieders. De traumacentra en de topklinische ziekenhuizen die deze afspraken moeten coördineren, zijn destijds gekozen vanwege hun kennis en deskundigheid op het gebied van acute zorg. Daarbij is, gezien het belang van regionale afspraken, ook gelet op de spreiding van deze aanbieders over de verschillende regio's. De beschikbaarheidsbijdrage is een bekostigingsinstrument en speelt geen rol bij het aanwijzen van zorgaanbieders die afspraken in het ROAZ coördineren.

*De leden van de VVD-fractie vragen wanneer veldnormen beschikbaar komen voor acute zorg in de geestelijke gezondheidszorg en de verplegings-, ouderen- en gehandicaptenzorg in crisissituaties en hoe er tot die tijd wordt omgegaan met het recht op beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg.*

Ik maak in dit antwoord een onderscheid tussen zorg die valt onder Zvw en die welke valt onder de AWBZ. Dit onderscheid heeft te maken met het verschil in duur van de (geneeskundige) behandeling, al dan niet met verblijf (korter of langer dan 365 dagen). Eerst licht ik de stand van zaken rond normontwikkeling voor geneeskundige ggz toe en vervolgens die voor langdurige ggz, ouderen- en gehandicaptenzorg.

Voor acute zorg binnen het kader van de geneeskundige ggz geldt dat binnen iedere ROAZ-regio in ieder geval één crisisdienst beschikbaar moet zijn voor de urgentiebepaling, zorgtoewijzing en opvang van cliënten met een acute psychiatrische crisis. In de brief Waarborgen voor continuïteit van zorg heb ik aangegeven dat ik als ultimum remedium de beschikbaarheid van één crisisdienst per ROAZ-regio zal waarborgen als er na faillissement geen oplossing wordt gevonden door de veldpartijen zelf. De NZa heeft overigens in zijn advies Vereenvoudiging bekostiging curatieve ggz van maart 2010 geconcludeerd dat er in de geneeskundige ggz sprake is van voldoende (spreiding in het) aanbod van crisiszorg. In een levensbedreigende situatie, zoals bij een poging tot suicide, geldt dezelfde wettelijke bereikbaarheidsnorm voor acute ggz als voor somatische acute zorg. Dat betekent dat zo nodig voor iedere psychiatrische patiënt binnen 45 minuten een SEH bereikbaar is.

In het convenant met de politie over acute zorg bij overlast door cliënten met een psychiatrische stoornis of verslaving zijn afspraken gemaakt over bereikbaarheid, maar deze golden nog niet als veldnorm. In de praktijk



reageren de crisisdiensten in 80% van de gevallen binnen twee uur op een (telefonisch) verzoek om bijstand. In overige gevallen garanderen zij aanwezigheid binnen maximaal drie uur. Dit convenant wordt uiterlijk in januari 2012 herzien. Op dat moment gaan de afspraken over bereikbaarheid als veldnorm gelden. Het ligt voor de hand dan ook voor de verwijzing van een cliënt op een SEH naar een zorgaanbieder in de ggz een vergelijkbare veldnorm voor bereikbaarheid te hanteren. Dit betekent dat de crisisdienst ook hier binnen maximaal twee uur beoordeelt of zorg of opvang noodzakelijk is.

Voor zowel de geneeskundige ggz als de langdurige zorg wordt – naast de meting van de cliëntervaringen – jaarlijks de kwaliteit van zorg gemeten aan de hand van de zorginhoudelijke indicatoren (Zichtbare Zorg). Hierbij wordt onder andere aandacht besteed aan de effectiviteit van zorg en de veiligheid van cliënten. Een volgende stap is het vaststellen van (minimum) normen voor kwaliteit en veiligheid, waaraan zorginstellingen moeten voldoen. Hieraan wordt de komende jaren gewerkt. Het is de vraag of in aanvulling hierop nog specifieke indicatoren of normen voor bereikbaarheid in de langdurige zorg noodzakelijk zijn. Immers, dat deze niet zijn vastgesteld doet geen afbreuk aan de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg, zoals die valt onder de geneeskundige ggz. Dit betekent dat ook cliënten die langdurig zorg ontvangen, in noodgevallen kunnen rekenen op de crisisdienst. Een wettelijke verankering van te ontwikkelen (veld- of minimum) normen lijkt vooralsnog niet nodig, omdat ook veldnormen door de IGZ getoetst c.q. gehandhaafd kunnen worden. Deze handhavende rol van de IGZ blijft onveranderd, ook na de instelling van het Kwaliteitsinstituut (2013). Het Kwaliteitsinstituut zal de door het veld ontwikkelde (veld)normen toetsen aan de metastandaard, waarin aspecten als veiligheid, tijdigheid en doelmatigheid zijn meegenomen.

*De leden van de CDA-fractie vragen wat de stand van zaken is ten aanzien van veldnormen voor acute huisartsenzorg. Zij vragen of daarbij ook gesproken wordt over de afstemming tussen acute eerstelijnszorg en tweedelijnszorg. Voorts willen zij weten wanneer ik van oordeel ben dat veldnormen uitblijven en ik zelf normen zal stellen.*

Acute eerstelijnszorg en tweedelijnszorg zijn onderdeel van dezelfde keten van acute zorg. Daarom is onderlinge samenhang en afstemming noodzakelijk om te komen tot duidelijke afspraken en veldnormen. Deze afspraken worden gemaakt binnen het ROAZ waarin, naast zorgverzekeraars, zowel aanbieders van acute eerstelijnszorg (zoals huisartsen- (posten) en regionale ambulancevoorzieningen) als aanbieders van tweedelijnszorg deelnemen. Uitgangspunt is daarbij dat een onnodig beroep op de tweede lijn voorkomen moet worden, ook bij acute zorgvragen. Een eenduidig triage-instrument en goede samenwerking tussen huisartsenposten, de ambulancezorg en de SEH zijn daarbij het uitgangspunt.

Het stellen van veldnormen is een continu proces, waarvoor de verantwoordelijkheid primair bij het veld zelf ligt. Ik zie vooralsnog geen reden om zelf normen te stellen. Het op te richten Kwaliteitsinstituut zal bij stagneren van de ontwikkeling of bij uitblijven van normen en richtlijnen van het veld een belangrijke rol vervullen om te zorgen dat die normen en richtlijnen alsnog worden vastgesteld.

### **15.3. Wachttijden**

*De leden van de PvdA-fractie vragen of de wet cliënten de mogelijkheid biedt om zorg af te dwingen als zij structureel lang moeten wachten of bijvoorbeeld ver moeten reizen voor de benodigde zorg. Zij willen*

*bovendien weten of er binnen het wetsvoorstel mogelijkheden worden ingebouwd om op te komen tegen mogelijke wachtlijsten voor zorg. Daarnaast willen zij weten in hoeverre het recht op zorg ten opzichte van zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor een cliënt is uit te oefenen.*

Het recht op zorg is geregeld in de Zvw en de AWBZ. Dat is de plaats waar de gevraagde mogelijkheden thuishoren. De zorgplicht van verzekeraars houdt immers in dat een verzekerde recht heeft op de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten dus zorgen voor voldoende aanbod voor hun verzekerden of een tijdige vergoeding van de kosten. De zorgplicht moet ervoor zorgen dat verzekerden worden voorzien van kwalitatief goede zorg die binnen hun bereik is af te nemen en tijdig wordt geleverd.

De cliënt moet zich daarom, als hij vindt dat hij te lang moet wachten op zorg, wenden tot de verzekeraar of het zorgkantoor. Uitzonderlijke situaties van overmacht daargelaten, zal het resultaat moeten zijn dat de verzekerde tijdig de zorg krijgt waaraan hij behoefte heeft, en dat de zorgverzekeraar de kosten daarvan voor zijn rekening neemt. Tot het onmogelijke is echter ook een verzekeraar niet gehouden. Als er geen aanbieder is die de verzekerde zorg kan verlenen, kan van een zorgverzekeraar niet worden verlangd dat hij toch regelt dat zijn verzekerden die zorg kunnen ontvangen. Op de zorgverzekeraar rust de verplichting om in voorkomend geval aan te tonen dat het onmogelijk is de verzekerde zorg voor zijn verzekerden te organiseren.

*De leden van de PvdA-fractie vragen wie bepaalt wat tijdige zorg is en op welke wijze wordt vastgesteld of goede zorg binnen redelijke afstand beschikbaar is.*

Voor een beperkt aantal vormen van spoedeisende zorg heb ik in de brief Waarborgen voor continuïteit van zorg bereikbaarheids- en beschikbaarheidsnormen geformuleerd. De gezamenlijke veldpartijen hebben zelf de zogenaamde Treeknormen opgesteld. Dit zijn normen voor tijdigheid van niet-spoedeisende zorg. Het is aan de zorgverzekeraars en zorgkantoren om te waarborgen dat hun verzekerden binnen deze normen zorg ontvangen. Daarnaast zijn aanbieders op grond van artikel 5 van dit wetsvoorstel gehouden om, als cliënten eenmaal bij hen in zorg zijn, tijdige zorg te verlenen.

*De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe concrete streefnormen en maximale wachttijden in overleg met cliëntenorganisaties kunnen worden vormgegeven.*

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben concrete streefnormen en maximale wachttijden voor verschillende vormen van zorg afgesproken. Dat zijn de breed gedragen Treeknormen. Die normen zijn mede gebaseerd op behandelrichtlijnen. Ik vind het van belang dat het cliëntperspectief wordt ingebracht bij de totstandkoming van die richtlijnen. Ik wil door middel van goede randvoorwaarden in de bekostiging van de cliëntenorganisaties ondersteunen dat cliëntenorganisaties bij die inbreng een rol spelen. U hebt op 25 mei 2011 een brief<sup>1</sup> ontvangen, waarin is aangegeven hoe ik het toekomstige subsidiebeleid voor cliëntenorganisaties vorm geef.

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2010/2011, 29 214, nr. 59.

#### **15.4. Spreiding**

*De leden van de PvdA-fractie vragen of in krimpgebieden voldoende regie kan worden genomen door één van de zorgaanbieders om een goed zorgaanbod te waarborgen.*

De verantwoordelijkheid voor de inkoop van zorg ligt bij zorgverzekeraars en zorgkantoren. Zij zijn dus aan zet om, behoudens situaties van overmacht, te waarborgen dat verzekerden de zorg ontvangen waar zij behoefte aan hebben, ook in krimpgebieden. Voor afspraken die zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken over de levering van acute zorg, al dan niet in een krimpgebied, verwijs ik naar paragraaf 15.2.

*De leden van de SP-fractie vragen naar de regiefunctie voor goede, toegankelijke en kwalitatieve zorg zoals die nu omschreven is in bijvoorbeeld de Wtzi. De leden van de SP-fractie vragen daarnaast op welke manier kwaliteit en continuïteit van zorg gewaarborgd worden en waarom de regie op spreiding is ingeruild voor een register.*

Bij de totstandkoming van de Wtzi was het expliciet de bedoeling om stapsgewijs meer ruimte te bieden voor ondernemerschap gericht op cliëntgerichte zorg. Hiermee moet de omslag van aanbod- naar vraagsturing mede worden ondersteund. Regie en planning vanuit de overheid maken plaats voor ruimte en rekenschap door de veldpartijen. Ik ben ervan overtuigd dat veldpartijen veel beter dan de overheid in staat zijn om zorgaanbod te creëren dat inspeelt op de behoeften van de cliënt. Doordat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in toenemende mate risicodragend worden, is gewaarborgd dat alleen investeringen plaatsvinden die gebaseerd zijn op goede plannen, die inspelen op de behoeften van cliënten en niet te duur zijn.

De Wtzi kende bij de inwerkingtreding nog een aantal kenmerken van aanbodsturing en regie vanuit de overheid, zoals het bouwregime, de toelating en de visie van de minister zoals bedoeld in artikel 3 Wtzi. In stappen is de omslag van aanbod- naar vraagsturing ondersteund. Een eerdere stap hierin was het afschaffen van het bouwregime. Daarmee kwam in de praktijk ook een einde aan de periodieke publicatie van een visie van de minister op grond van artikel 3 Wtzi. Met dit wetsvoorstel verdwijnt de toelating op grond van de Wtzi. De toelating omvat op dit ogenblik al nauwelijks meer dan een beoordeling van de statuten van de nieuwe rechtspersoon, die weinig zegt over de kwaliteit van de zorg die geleverd gaat worden. De Wtzi is één van de wetten die opgaat in de Wcz.

De Wcz biedt wettelijke waarborgen voor kwaliteit en continuïteit van zorg, door middel van de beschreven rechten van de cliënt, verplichtingen van de zorgaanbieder en de bestuurlijke handhaving van deze rechten en verplichtingen.

De minister is verantwoordelijk voor de continuïteit van cruciale zorg (zie paragraaf 15.1). Op het register ben ik ingegaan in paragraaf 1.5.

*De leden van de SP-fractie vragen of goede spreiding van zorg niet ook voor de langdurige zorg een basisvoorwaarde is.*

De wensen en behoeften van cliënten ten aanzien van zorgverlening dienen, ook in de langdurige zorg, voorop te staan. Dit betekent dat het zorgaanbod dusdanig gespreid moet zijn dat cliënten binnen een redelijke afstand van hun woonlocatie die zorg kunnen krijgen waarvoor zij geïndiceerd zijn, in de vorm waarvoor zij kiezen en bij de zorgaanbieder van hun keuze. Hiervoor is het noodzakelijk dat er lokaal of regionaal gespreid een gedifferentieerd aanbod is. Voor langdurige zorg heeft het zorgkantoor een zorgplicht; het zorgkantoor moet ervoor zorgen dat de

cliënten die zorg krijgen waarvoor zij geïndiceerd zijn en die zoveel mogelijk voldoet aan hun wensen en behoeften. Het zorgkantoor dient zorgaanbieders dus te stimuleren om te werken aan een gedifferentieerd zorgaanbod op lokaal of regionaal niveau en zal daarover met zorgaanbieders afspraken moeten maken.

*De leden van de SP-fractie vragen of ik de mening deel dat fusies tussen zorgaanbieders de beschikbaarheid van de zorg kunnen beperken. Zij vragen of de regering voorstander is van een verplichte fusietoets, waarbij niet alleen de marktmacht maar vooral de kwaliteit en beschikbaarheid van de zorg worden getoetst. In het verlengde hiervan stellen zij de vraag waarom er geen sprake is van een instemmingsrecht bij een fusie van zorgaanbieders voor de patiënten en zorgbehoevenden?*

Het valt niet uit te sluiten dat door een fusie de beschikbaarheid van de zorg in een regio wordt beperkt. Ter borging van de kwaliteit, de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de zorg wil ik de toetsing van fusies op zorgspecifieke elementen (kwaliteit en bereikbaarheid) aanscherpen, zoals is aangegeven in de brief van 14 juni 2011 aan uw Kamer<sup>1</sup>. Onderdeel van deze aanscherping is de verplichting voor bestuurders van fuserende instellingen om een fusie-effectrapportage op te stellen. Dit stimuleert bestuurders de noodzaak en de gevolgen van een fusie goed te doordenken en dwingt fuserende partijen ertoe de meerwaarde voor de belanghebbenden bij een fusie, waaronder cliëntenraden, zorgvuldig te wegen. De NZa zal hierop, samen met de IGZ, toezien.

Via de cliëntenraden zien patiënten en zorgbehoevenden zich vertegenwoordigd in het fusieproces. Voor de betrokkenheid van cliëntenraden bij dit fusieproces is aangesloten bij de uitkomsten van overleg tussen veldpartijen van juni 2009. Cliëntenraden krijgen een instemmingsrecht op de wijze waarop ze bij het fusieproces worden betrokken in plaats van een instemmingsrecht op de fusie zelf. Op deze manier komt de medezeggenschap optimaal tot zijn recht, zonder te tornen aan de verantwoordelijkheden van het bestuur. Ik streef ernaar het wetsvoorstel waarmee de aangescherpte fusietoetsing wordt geregeld, eind 2011 gereed te hebben voor verzending naar de Tweede Kamer.

### DEEL III OVERIGE ASPECTEN

#### **16. Relatie met andere wetten**

*De leden van de SGP-fractie vragen om de verhouding met enige bestaande wetten te verduidelijken.*

Voor de Wbp en de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) heb ik de verhouding met de Wcz uiteengezet in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel<sup>2</sup>. Daaraan kan ik nog maar weinig toevoegen. Op de verhouding met de Wbp is daarnaast expliciet ingegaan in de artikelsgewijze toelichting op de desbetreffende bepalingen.

De Wbp bevat een algemene wettelijke regeling over het verwerken van persoonsgegevens. Die wet regelt de voorwaarden waaronder persoonsgegevens mogen worden verwerkt. Voor bijzondere persoonsgegevens, waaronder gegevens betreffende de gezondheid, geldt een verbod op verwerking, tenzij hoofdstuk 2, paragraaf 2, van de Wbp een uitzondering op dat verbod mogelijk maakt. Zo geldt het verbod niet voor zorgverleners en zorgaanbieders (op grond van artikel 21, eerste lid, onder a, Wbp) als de verwerking nodig is voor de behandeling van de cliënt of het beheer van de zorgaanbieder. Ook de verwerking door de IGZ vindt in dat artikel

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 15.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 69 en volgende.

een grondslag. Voor zover het wetsvoorstel betrekking heeft op gegevensverwerking voor andere doelen dan artikel 21 van de Wbp toestaat, kent artikel 23 van de Wbp nog de mogelijkheid van verwerking wanneer dat noodzakelijk is met het oog op een zwaarwegend algemeen belang, passende waarborgen worden geboden ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en dit bij wet wordt bepaald. Van een dergelijk zwaarwegend algemeen belang is bijvoorbeeld sprake waar het gaat om de melding van calamiteiten en seksueel misbruik (artikel 12 van het wetsvoorstel). Met de bij deze nota gevoegde nota van wijziging wordt de meldingsregeling overigens nog uitgebreid en aangepast (zie toelichting daarbij). Van de gelegenheid is ook gebruik gemaakt om daarbij te expliciteren dat en in hoeverre in het kader van een melding ook persoonsgegevens moeten worden overgelegd en zijn in aanvulling op de bepalingen van de Wbp specifieke waarborgen getroffen voor de bescherming van die gegevens.

Zowel over het wetsvoorstel als over de nota van wijziging is het advies van het College bescherming persoonsgegevens (Cbp) gevraagd. De opmerkingen van het Cbp bij het wetsvoorstel hebben destijds geleid tot aanpassing van het wetsvoorstel en de toelichting daarop; zo is een aparte paragraaf aan de toelichting toegevoegd waarin op de bescherming van persoonsgegevens is ingegaan. Het advies van het Cbp over de voorgestelde nota van wijziging was zonder meer positief.

Ook op de verhouding van het wetsvoorstel met de Wet bopz is in de toelichting bij het wetsvoorstel reeds ingegaan. De Wet bopz is een specifieke wettelijke regeling voor de zorg aan personen (psychiatrische patiënten) die op grond van een rechterlijke uitspraak in een psychiatrisch ziekenhuis moeten worden opgenomen of verblijven en voor opname en verblijf in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting, indien de betrokkene blijk geeft van verzet tegen opname of verblijf. Op cliënten die met toepassing van de Wet bopz zijn opgenomen, blijven de bepalingen van de WGBO van toepassing, behalve voor zover de Wet bopz expliciet een afwijkende regel bevat. Bij een gedwongen opname is dat bijvoorbeeld het geval wat betreft de toestemmingsregel die de WGBO kent. Daarnaast kent de Wet bopz specifieke bepalingen inzake de rechten van onvrijwillig opgenomen cliënten die verder gaan dan de WGBO-bepalingen en die ook een klachtrecht kennen dat met zwaardere waarborgen is omgeven dan de klachtmogelijkheid van de Wkcz.

Momenteel zijn bij de Tweede kamer wetsvoorstellen in behandeling die beogen de Wet bopz te vervangen (voorstel van Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, Wvvggz) en een specifieke regeling te treffen voor mensen met een psychogeriatrische of verstandelijke handicap (voorstel van Wet zorg en dwang psychogeriatrische of verstandelijk gehandicapte cliënten, Wet zorg en dwang). Het laatstbedoelde wetsvoorstel leidt ertoe dat de Wet bopz niet langer en de Wvvggz niet van toepassing zal zijn op de in die wet bedoelde cliënten. Echter, ook voor deze cliënten is de Wcz de algemene wettelijke regeling van hun rechten, welke geldt tenzij in de Wet zorg en dwang expliciete afwijkingen van of aanvullende regels op de Wcz zijn geformuleerd.

Omdat de beide laatstgenoemde wetsvoorstellen naast de Wcz zullen gelden als een *lex specialis* voor de daarin bedoelde groepen cliënten, is in de voorbije periode nadrukkelijk nagegaan of de wetsvoorstellen optimaal op elkaar zijn afgestemd. Voor zover nodig zijn of worden daartoe bij nota van wijziging per wetsvoorstel wijzigingen voorgesteld.

De Wet op de medische keuringen (Wmk) versterkt de rechtspositie van degenen die een medische keuring ondergaan in verband met een burgerrechtelijke arbeidsverhouding die als dienstbetrekking wordt aangemerkt, of die een burgerrechtelijke pensioen- of levensverzekering of een verzekering wegens arbeidsongeschiktheid naar burgerlijk recht willen sluiten. De Wmk schrijft voor dat de reikwijdte van keuringen beperkt moet blijven tot het doel waarvoor zij plaatsvinden en dat keuringsgegevens alleen voor dat doel mogen worden gebruikt. Ook houdt de wet in dat bij een keuring bepaalde vragen niet mogen worden gesteld en verbindt zij voorwaarden aan het toepassen van keuringen. Daarnaast kent de wet de verplichting om allerlei gegevens vast te leggen. Voorts is geregeld dat de keurend arts en de geneeskundig adviseur hun taak uitoefenen met behoud van hun zelfstandig oordeel op het gebied van hun deskundigheid en van hun onafhankelijkheid ten opzichte van de keuringvrager. De keurling heeft het recht medewerking te weigeren als niet is voldaan aan de wettelijke eisen. Ook heeft hij recht op herkeuring in bepaalde gevallen.

Het keuren van een keurling valt onder de definitie van zorg in de zin van het onderhavige wetsvoorstel. Artikel 1, zevende lid, bepaalt expliciet dat de wet, met enkele uitzonderingen, daarop van toepassing is. De keurling heeft derhalve jegens de zorgaanbieder in elk geval de rechten die de Wcz hem toekent. Daarbij vragen twee bepalingen in onderling verband bijzondere aandacht, te weten de artikelen 24 en 22, tweede lid, van de Wcz.

In artikel 24 Wcz is bepaald dat aan anderen dan de cliënt geen informatie mag worden verstrekt over de cliënt. Tegelijk is het doel van een keuring voor het aangaan van een dienstbetrekking of verzekering of het beginnen van een opleiding natuurlijk wel dat de aanvrager van die keuring (opdrachtgever) op basis van de uitslag van de keuring kan beoordelen of een en ander doorgang kan vinden. Het is evenwel denkbaar dat de keurling reden heeft om in een gegeven geval liever af te zien van de dienstbetrekking, verzekering of opleiding dan goed te vinden dat de uitslag van de keuring ter kennis van de opdrachtgever komt. In verband daarmee kent de artikel 22, tweede lid, van de Wcz (net als artikel 7:464, tweede lid, onder b, van de WGBO) het zgn. blokkeringsrecht. Artikel 22, tweede lid, van de Wcz bepaalt dat de keurling in de gelegenheid moet worden gesteld mede te delen of hij de uitslag van de keuring en de daaruit getrokken conclusie wenst te vernemen. De keurling kan dan aangeven dat hij als eerste kennis wenst te nemen van de uitslag en vervolgens desgewenst blokkeren dat de uitslag aan de opdrachtgever van de keuring wordt medegedeeld. De opdrachtgever krijgt de uitslag dan niet. Dat recht geldt echter uitsluitend in de gevallen waarin de keuring plaatsvindt voorafgaande aan het aangaan van een dienstbetrekking of verzekering of het beginnen van een opleiding. Indien het gaat om keuringen tijdens het dienstverband of de looptijd van de verzekering of tijdens de opleiding, geldt het blokkeringsrecht niet. Dat is geregeld in de Arbeidsomstandighedenwet (artikel 14, zesde lid) en de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen (artikel 74, vierde lid). Naast de Wcz blijven de genoemde specifieke bepalingen van de Wmk van kracht.

Ook bevolkingsonderzoek als bedoeld in de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo) betreft zorg waarop de Wcz van toepassing is. De Wbo strekt ertoe de bevolking te beschermen door de uitvoering van bevolkingsonderzoek dat een gevaar kan vormen voor de gezondheid van de te onderzoeken personen, aan een vergunningstelsel te onderwerpen. Bij amvb kunnen aan het uit te voeren bevolkingsonderzoek eisen worden verbonden. Aan die eisen, welke zijn te zien als specifieke wettelijke

bepalingen naast de algemene regels van de Wcz, hebben de uitvoerders van bevolkingsonderzoek derhalve eveneens te voldoen.

*De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom het recht op ondersteuning door een patiëntenvertrouwenspersoon, ter preventie van en tijdens dwang en drang, niet is opgenomen in de wet.*

Een belangrijk uitgangspunt in de rechtspositie van de cliënt in de zorg is, dat zorg pas geleverd mag worden nadat de cliënt op basis van adequate informatie daarvoor toestemming heeft gegeven. Als er sprake is van gedwongen zorg, moet de rechtspositie van mensen, zeker als hun vrijheid daarbij wordt beperkt of ontnomen, op een andere wijze worden geborgd. In de Wet bopz is geregeld wanneer zorg zonder toestemming mag worden verleend. Daarbij geldt de Wet bopz als een *lex specialis* ten opzichte van dit wetsvoorstel: alle rechten in de Wcz voor cliënten gelden ook voor cliënten op wie de Wet bopz van toepassing is, behalve voor zover die uitdrukkelijk buiten toepassing zijn verklaard. In de Wet bopz zijn ook de extra waarborgen geregeld die bij dwang en drang horen, zoals het recht op ondersteuning door een extern gefinancierde patiëntenvertrouwenspersoon. De Wcz geeft alle cliënten recht op ondersteuning door de iemand die gratis informatie, advies en bemiddeling verzorgt (artikel 28, tweede lid onderdeel b).

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen waarom de rol van de familie en de familievertrouwenspersoon in de Wcz anders is dan in het wetsvoorstel Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg.*

In hoofdstuk 3 is toegelicht hoe de rol van naasten is geregeld in de Wcz. Het voorstel voor de Wvggz geldt als een *lex specialis* ten opzichte van de Wcz. Omdat de rechten van cliënten die verplichte zorg ontvangen op een aantal punten beperkt zijn, zijn extra waarborgen gewenst om ervoor te zorgen dat er in het belang van de cliënt wordt gehandeld. De familie speelt hierin veelal een belangrijke rol. Vandaar dat in de Wvggz aanvullende voorzieningen zijn getroffen, waar de familievertrouwenspersoon er een van is.

*De leden van de VVD-fractie vragen naar de reden waarom op de jeugdzorg de Wcz niet van toepassing is.*

De rechten van cliënten in de jeugdzorg zijn vastgelegd in de Wet op de jeugdzorg. In het kader van het nieuwe stelsel van de jeugdzorg zal nader bezien worden waar deze rechten het beste vastgelegd kunnen worden.

*Deze VVD-fractieleden vragen in hoeverre de duidelijkheid en rechtszekerheid voor cliënten in de maatschappelijke opvang als gevolg van de Wcz verbetert c.q. verslechtert ten opzichte van hun rechten in het kader van de huidige Wkcz en Wmcz en of in de Wcz voldoende rekening wordt gehouden met deze specifieke doelgroep.*

Met de Wcz wordt de rechtspositie van cliënten versterkt. In de memorie van toelichting zijn knelpunten in de positie van cliënten beschreven, zoals die op dit moment betreffende klachtrecht en medezeggenschap worden ervaren<sup>1</sup>, (o.a. klachtenregelingen zijn niet-effectief en te hoogdrempelig en cliëntenraden hebben beperkte invloed). Het wetsvoorstel biedt oplossingen voor deze knelpunten door een effectieve en laagdrempelige klachten- en geschillenprocedure verplicht te stellen en het mogelijk maken van meer effectieve invloed van cliëntenraden. Er is dus sprake van een verbetering van de rechtspositie van cliënten ten opzichte van rechten in het kader van de Wkcz en de Wmcz, ook voor cliënten die (bepaalde) vormen van maatschappelijke ondersteuning ontvangen.

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 9.

Het wetsvoorstel draagt aanbieders op om in hun klachtenregeling rekening te houden met de aard van de maatschappelijke ondersteuning en de categorie van cliënten waaraan die wordt verleend. Ook bij de samenstelling van de cliëntenraad en de wijze waarop de deelname van cliënten daaraan wordt geborgd, moet de aanbieder rekening houden met de aard van de maatschappelijke ondersteuning en de categorie van cliënten waaraan die wordt verleend. Het wetsvoorstel verplicht de aanbieder ook om rekening te houden met zijn specifieke doelgroep. Aanbieders van maatschappelijke opvang weten als geen ander op welke wijze hun cliënten het beste kunnen worden benaderd.

*De leden van de fracties van de VVD en de ChristenUnie vragen waarom de bepalingen inzake medezeggenschap niet gelden voor aanbieders van openbare geestelijke gezondheidszorg, maar wel voor de maatschappelijke opvang en de vrouwenopvang. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen, wanneer uit de praktijk blijkt dat er geen onderscheid te maken is tussen deze groepen, of de bepalingen inzake medezeggenschap ook niet zouden moeten gelden voor aanbieders van openbare geestelijke gezondheidszorg.*

Zoals in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel ook is aangegeven, gelden de bepalingen inzake medezeggenschap niet voor aanbieders van de openbare geestelijke gezondheidszorg, omdat dat niet past bij het karakter van deze vorm van maatschappelijke ondersteuning, die bestaat uit het toeleiden naar zorg en niet uit «echte» zorgverlening<sup>1</sup>. Het gaat om het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen en het tot stand brengen van afspraken tussen organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg. Bij maatschappelijke opvang en vrouwenopvang staat, naast begeleiding, vooral het tijdelijk bieden van onderdak centraal. In de praktijk is hierdoor goed onderscheid te maken tussen deze groepen.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of aangegeven kan worden waarom de Wet maatschappelijke ondersteuning niet valt onder het bereik van het wetsvoorstel.*

Zoals in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel is aangegeven, heeft de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) tot doel mensen te laten participeren in de samenleving<sup>2</sup>. De Wmo is een gedecentraliseerde wet; gemeenten geven invulling aan die doelstelling door maatschappelijke ondersteuning te bieden. De aard en het doel van de Wmo (participatie en bevordering van zelfredzaamheid), de gedecentraliseerde bevoegdheden en invulling van het beleid op lokaal niveau, staan eraan in de weg de maatschappelijke ondersteuning onder de reikwijdte van het wetsvoorstel te brengen.

Met het voorstel voor de Wcz wordt wel de Wmo aangepast. Immers, de Kwaliteitswet, de Wkcz en de Wmcz zijn van toepassing op (delen van) de maatschappelijke ondersteuning. Met dit wetsvoorstel gaan de nieuwe bepalingen met betrekking tot kwaliteit, klachten en medezeggenschap gelden voor (delen van) de maatschappelijke ondersteuning. Dit wordt geregeld in de Wmo zelf. In de bijgevoegde nota van wijziging zijn enkele correcties aangebracht op de bepalingen die met het oorspronkelijke voorstel voor de Wcz worden opgenomen in de Wmo. Met het oog op de leesbaarheid is heel artikel 80 opnieuw uitgeschreven in de nota van wijziging. De VNG en het kabinet hebben weliswaar vastgesteld dat er geen overeenstemming bestaat over alle onderdelen van het Bestuursakkoord, maar dat dit er niet aan in de weg staat om thans verder te gaan

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 163.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 75.



met uitvoering van het akkoord. De consequenties van het Bestuursakkoord voor de Wmo zullen worden verwerkt in het wetsvoorstel tot wijziging van de Wmo in verband met de overheveling van begeleiding. Het toezicht op de huishoudelijke verzorging en de begeleiding zal met dat wetsvoorstel worden geschrapt.

## 17. Regeldruk

*De leden van de VVD-fractie vragen of de stijging van de nalevingskosten met € 10 miljoen in verhouding staat tot de baten die voortvloeien uit dit wetsvoorstel en of de uitvraag van de IGZ zich niet dient te beperken tot prestatie- en uitkomstindicatoren. De leden van de CDA-fractie vragen of er bij de berekening van de administratieve lasten rekening mee is gehouden dat de verslaglegging structureel, minimaal jaarlijks, terugkomt, terwijl de bouwvergunningen en toelatingen incidenteel waren. Deze leden vragen ook naar de gemeenschappelijke ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en bundeling van verslagverplichtingen.*

Bij de berekening van de administratieve lasten is rekening gehouden met de aard van de lasten. Instellingen moeten elk jaar (dus structureel) een verslag indienen. Elk jaar was er een deel van de instellingen dat een bouwvergunning of toelating aanvraag. Dat levert ook een structurele stroom van bouwvergunningen op. Met deze verschillen in aantallen per jaar is gerekend. De totale administratieve lasten (kosten om te voldoen aan wettelijke informatieverplichtingen aan de overheid) zullen door de Wcz afnemen met circa € 0,6 miljoen per jaar. De lastenverlichting als gevolg van het bundelen van verslagverplichtingen in het jaardocument MV is in het verleden al verdisconteerd en is niet opnieuw meegeteld als een lastenverlichting als gevolg van de Wcz.

De nalevingskosten (de kosten om te voldoen aan de overige eisen uit de wet) worden vooral veroorzaakt door de verplichting om informatie te verschaffen aan de cliënt. Dit raakt de essentie van de Wcz: een goed geïnformeerde cliënt weet de juiste vragen te stellen en daardoor zijn verantwoordelijkheid met betrekking tot goede zorg te nemen. De informatie-uitvraag van Zichtbare Zorg is dan ook gericht op de beschikbaarheid van keuze-informatie en de informatie die nodig is om adequaat toezicht te kunnen houden. De IGZ zal altijd additionele informatie moeten kunnen opvragen om haar toezichts- en handhavingfunctie goed te kunnen uitoefenen. Zorgaanbieders hebben overigens in het kader van het administratieve-lastenonderzoek naar het wetsvoorstel aangegeven dat het verstrekken van informatie onderdeel is van goede zorg. Geconcludeerd mag worden dat deze verplichtingen aansluiten op de bedrijfsvoering van deze zorgaanbieders. Naarmate er meer kwaliteitsindicatoren beschikbaar komen, zal het geven van keuze-informatie aan cliënten voor zorgaanbieders eenvoudiger worden en nemen de nalevingskosten af. Het feit dat cliënten keuze-informatie (kunnen) vragen, zal zorgaanbieders stimuleren hun kwaliteit te verbeteren. De baten daarvan zijn lastig te kwantificeren, maar zullen groter kunnen zijn dan de berekende nalevingskosten.

Het Kwaliteitsinstituut krijgt als taak om op een eenduidige manier de uitkomsten van handelen volgens de professionele standaarden zichtbaar te maken. Daartoe heeft het Kwaliteitsinstituut de bevoegdheid om informatie bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars op te vragen, die voor de uitvoering van de taken van het Kwaliteitsinstituut noodzakelijk zijn en om vergelijkingsinformatie voor zover behorend bij verantwoordelijkheid van Kwaliteitsinstituut publiek te maken. Uw Kamer is hierover per brief van 14 juni 2011<sup>1</sup> nader geïnformeerd.

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2010/2011, 32 620, nr. 14.

Op 6 juli 2011 heeft u een brief ontvangen over regelarme zorginstellingen. Het experiment regelarme zorginstellingen, genoemd in het Regeerakkoord en het Gedoogakkoord, zal bijdragen aan een vermindering van de administratieve lasten.

## **B. ARTIKELSGEWIJS**

### **Artikel 1**

*De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen een uitgewerkte visie op het functioneren van de Wcz voor mensen met een auditieve beperking.*

Met de leden van de fractie van de ChristenUnie ben ik van mening dat een adequate tolkvoorziening van groot belang is voor cliënten met een auditieve beperking. Het is duidelijk dat mensen met zo'n beperking zonder die voorziening niet goed in staat zouden kunnen zijn om te communiceren. Om die reden is in het Besluit zorgaanspraken AWBZ (artikel 12) ook gewaarborgd dat verzekerden recht hebben op ondersteuning door een doventolk bij het voeren van een gesprek in de leefsituatie. Dat de tolkvoorziening voor AWBZ-cliënten onder de zorgaanspraken is gebracht, wil echter nog niet zeggen dat er sprake is van activiteiten met een zorgkarakter. Om die reden is het niet noodzakelijk geoordeeld de aanbieders van deze zorg onder de Wcz te brengen met alle verplichtingen van dien (bijv. dossierplicht en inzagerecht, verslagplichten). Dit zou naar mijn mening zijn doel voorbijschieten.

### **Artikel 5**

*De leden van de VVD-fractie vragen hoe artikel 5 in combinatie met artikel 16 (informed consent) moet worden begrepen. Voorts vragen de leden van de VVD-fractie of de verplichting een risico-afweging te maken voordat de zorgverlener de cliënt inlicht over de consequenties van een behandeling, ook geldt onder de Wcz.*

De Wcz tornt niet aan de eis van informed consent. Op grond van artikel 16 Wcz kan geen zorg worden verleend zonder dat daarvoor toestemming is verkregen van de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger. Wordt geen toestemming verkregen voorafgaand aan de zorgverlening, dan is geen sprake van goede zorg als verwoord in artikel 5. Onderdeel van goede zorgverlening is ook dat de zorgaanbieder transparant is over zijn handelen richting de cliënt. Dit betekent dat de zorgaanbieder de cliënt inlicht over zijn behandeling, hetgeen niet wil zeggen dat de zorgaanbieder geen risicoafweging meer dient te maken. Op dit punt verandert er in de Wcz niets ten opzichte van de huidige regelgeving.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de norm dat de alternatieve behandelaar geen zorg mag verlenen die buiten noodzaak leidt tot schade of een aanmerkelijke kans op schade, voldoende is om effectief te kunnen ingrijpen. Zij vragen tevens wat deze norm inhoudt.*

Met de formulering in het tweede lid van artikel 5 is getracht om een omschrijving te geven die voor de IGZ zo goed mogelijk werkbaar is. Gegeven de omstandigheid dat we het hebben over alternatieve zorg, waarvoor cliënten in alle vrijheid kiezen, maar waarvan de werkzaamheid niet is aangetoond, kan de norm van goede zorg niet worden gehanteerd. De norm van artikel 5, tweede lid, houdt bijvoorbeeld in dat de behandelaar de cliënt niet mag afhouden van reguliere zorg, als de cliënt schade

of een aanmerkelijke kans op schade loopt als hij niet naar een reguliere aanbieder gaat.

## **Artikel 6**

*De leden van de VVD-fractie vragen naar de betekenis van de woorden «beste weten» in artikel 6.*

Met deze woorden wordt tot uitdrukking gebracht, zoals dat in de WGBO reeds het geval was, dat de cliënt zich naar vermogen moet inspannen om de zorgverlener de inlichtingen te geven en de medewerking te verlenen die deze nodig heeft. Naar de letter brengt deze bepaling met zich dat de cliënt de zorgverlener zo goed mogelijk informeert, meedenkt en meebeslist over de behandeling, instructies en adviezen opvolgt (therapie-trouw) en leefregels in acht neemt. De zorgverlener kan de cliënt daar zeker op wijzen. Nakoming van deze verplichting kan echter, zoals ik eerder al aangaf in paragraaf 2.1 in antwoord op een vraag van de leden van de PvdA-fractie, niet worden afgedwongen. Een afdwingbare verplichting zou leiden tot een forse ingreep in de persoonlijke levenssfeer en het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt, maar zou desalniettemin weinig effectief zijn. In dit verband zij benadrukt dat de zorgverlener zich zal moeten inspannen om de cliënt door goede informatie over het nut van therapietrouw optimaal te motiveren.

*De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen waarom geen specifiekere invulling is gegeven aan goed patiëntschap.*

In aanvulling op paragraaf 2.1 merk ik op dat ik het positief waardeer dat zorgaanbieders en cliëntenorganisaties nadenken over hetgeen in redelijkheid van de cliënt mag worden verwacht. Naar ik heb begrepen is dit een belangrijk onderwerp in het overleg dat onder meer Consumentenbond, NPCF, NVZ, GGZ-Nederland en andere organisaties in SER-verband voeren, om ook voor de ziekenhuiszorg en de GGZ-zorg te komen tot tweezijdige algemene leveringsvoorwaarden. In de tweezijdige algemene leveringsvoorwaarden voor zorg met verblijf, zoals deze sinds 1 januari 2011 gehanteerd worden door alle leden van BTN en Actiz, is een uitgebreid artikel opgenomen met de verplichtingen van de cliënt. Voorbeelden hiervan zijn dat de cliënt in reactie op vragen moet aangeven of er een wilsverklaring aanwezig is en dat de cliënt mee moet werken aan instructies en maatregelen gericht op (brand)veiligheid. Ik ga ervan uit dat dergelijke afspraken bij de toepassing van de wet in de zorg en eventueel ook bij de geschilleninstantie en de rechter goede diensten zullen kunnen bewijzen bij het bepalen van de reikwijdte van de wettelijke verplichting van de cliënt om naar beste weten mee te werken.

*De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen hoe het zit met mensen die hebben aangegeven niet te willen worden opgenomen in het EPD.*

Duidelijk is dat opneming van de gegevens van een cliënt in een systeem dat digitale raadpleging van die gegevens door andere zorgverleners mogelijk maakt, slechts kan plaatsvinden met instemming van de cliënt. De cliënt heeft het volste recht die opneming te weigeren. Daaruit vloeit voort dat die weigering niet mag worden opgevat als een schending van de verplichtingen die voortvloeien uit goed patiëntschap.

*De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen verder nog naar de situatie van cliënten die door hun ziektebeeld niet in staat zijn tot het verlenen van medewerking en het geven van inlichtingen.*

Ik wijs in dit verband op de regels inzake situaties waarin een cliënt niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen (artikel 4 van het wetsvoorstel). In zo'n geval moet de zorgaanbieder zijn verplichtingen nakomen jegens een vertegenwoordiger van de cliënt, die ook bij een aantal zaken moet worden betrokken. Het ligt in de rede dat de zorgaanbieder in zo'n geval in de fase, voorafgaand aan het bereiken van informed consent, voornamelijk zal zijn aangewezen op hetgeen de vertegenwoordiger hem aan informatie zal kunnen geven. Meer in algemene zin spreekt het natuurlijk voor zich dat de term naar beste weten met dergelijke situaties rekening houdt. Een cliënt is dus niet verplicht medewerking of inlichtingen te geven waartoe hij feitelijk niet in staat is. In sectorale tweezijdige algemene voorwaarden kan bij de invulling van het goed patiëntschap rekening gehouden worden met de doelgroep.

## **Artikel 8**

*De leden van de VVD-fractie vragen of de periodieke controle van medische apparatuur een taak van het ziekenhuis zelf is of van de IZG en of certificering verplicht is.*

Uit onderzoek blijkt dat met betrekking tot de toepassing van medische technologie, de veiligheid en de kwaliteit onvoldoende gewaarborgd is. De medische technologie (de producten) zelf is vanuit de Europeesrechtelijke wetgeving met voldoende waarborgen en standaarden omgeven. De CE-markering geeft aan dat aan deze eisen is voldaan. Dit is geenszins het geval met de toepassing van de medische technologie door de zorgverleners en ook niet ten aanzien van de borging van het beheer (onderhoud) van medische technologie binnen de zorginstelling.

Het is bekend dat zich de afgelopen jaren een aantal incidenten heeft voorgedaan als gevolg van gebrekkig onderhoud van de medische apparatuur. Om deze reden heeft de Tweede Kamer in 2008 bij motie<sup>1</sup> gevraagd een soort APK-keuring voor medische apparatuur vast te leggen in wet- en regelgeving. Dit achtte mijn ambtsvoorganger niet uitvoerbaar, gezien de grote diversiteit aan producten binnen de medische technologie. In plaats daarvan is voorgesteld dat nagegaan zou worden of het mogelijk zou zijn een wettelijke verplichting vast te leggen dat onderhoud aan medische apparatuur alleen kan plaatsvinden door gecertificeerde onderhoudsdiensten. Dit krijgt zijn beslag met lagere regelgeving op grond van artikel 8 onder a. Het is en blijft de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om te zorgen voor goed onderhoud van medische apparatuur.

De incidenten hebben ertoe geleid dat de Orde van Medisch Specialisten een Leidraad heeft ontwikkeld die aangeeft hoe specialisten verantwoord kunnen omgaan met medische technologie. Daarnaast vind ik het van belang dat de verantwoordelijkheid voor het beheer van medische apparatuur concreet wordt ingevuld door het bestuur van de zorgaanbieder en dat dit een plek krijgt binnen het veiligheidsmanagement-systeem. Met het oog daarop heb ik het veld zelf nog de ruimte gegeven om tot deze nadere concrete invulling te komen. Mocht dit uitblijven, dan biedt onderhavig artikel mij de mogelijkheid om nadere regels terzake op te leggen.

## **Artikel 9**

*De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen waarom er een recht voor de cliënt is op geestelijke verzorging en geen formulering met een plicht voor de zorgorganisatie, zoals in de Kwaliteitswet. Zij vragen tevens*

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2008/09, 31 700 XVI, nr. 47.

*of er een recht is op geestelijke verzorging die aansluit bij zijn geloofs-overtuiging, ongeacht de identiteit van de instelling.*

In de Wcz is ervoor gekozen de zaken die voor de individuele cliënt het meest van belang zijn, te formuleren in termen van rechten voor de cliënt. Dit geeft het beste weer dat het in de zorg gaat om de cliënt, zijn wensen, behoeften en rechten. Het is de plicht van de zorgaanbieder om de rechten van de cliënt na te leven. Dat is ook nog eens expliciet geregeld in het eerste lid van artikel 2.

De instelling heeft geen plicht om alle cliënten toe te laten. Als een instelling die verblijf levert, cliënten van een bepaalde denominatie toelaat, moet zij ook in enige vorm passende geestelijke verzorging bieden aan die cliënten.

*De leden van de fractie van de VVD vragen in hoeverre in artikel 9, onderdeel b, rekening is gehouden met de beoogde scheiding van wonen en zorg.*

De leden van de fractie van de VVD wijzen er terecht op dat in artikel 9, onderdeel b, nog geen rekening is gehouden met de beoogde scheiding van wonen en zorg. Het spreekt voor zich dat het scheiden van wonen en zorg gevolgen zal hebben voor onder andere de in artikel 9, onderdeel b, vervatte verplichting voor de zorgaanbieder om een leefwensenonderzoek te doen plaatsvinden. Als de huisvesting niet langer onderdeel uitmaakt van de aanspraken in het kader van de AWBZ en het wonen niet geleverd wordt door een zorgaanbieder, zal artikel 9 daarop niet meer van toepassing zijn. In de plannen voor het scheiden van wonen en zorg zal hieraan aandacht worden geschonken.

## **Artikel 10**

*De leden van de VVD-fractie vragen wat de kwaliteitscriteria zijn die gehandhaafd gaan worden en of deze criteria in alle zorginstellingen gelijk zijn.*

In artikel 10 gaat het niet om de specifieke kwaliteitscriteria, maar om het kwaliteitssysteem dat de zorgaanbieder verplicht is te implementeren. De specifieke uitwerking daarvan wordt aan zorgaanbieders overgelaten en is sterk afhankelijk van de aard en omvang van de zorgverlening. Van een academisch ziekenhuis mag een omvangrijker systeem worden verwacht dan van een huisarts of een zelfstandig verloskundige. Het proces van systematische bewaking zal echter in alle gevallen verlopen volgens de lijnen, neergelegd in artikel 10.

*De leden van de VVD-fractie vragen naar de handhaving op basis van de informatie over de uitkomsten van zorg, waarbij zij het voorbeeld aandragen van goed scores op verpleegdagen, maar slecht op het aantal heroperaties. Zij vragen of de kwaliteit niet al af te leiden is uit de dossiers van de behandelde cliënten (deze kunnen geanonimiseerd worden).*

Het is aan het bestuur om in samenspraak met de zorgprofessionals gevolgen te verbinden aan het inzicht in de zorgprestaties, dat voortvloeit uit het kwaliteitssysteem zoals voorgeschreven in artikel 10 van dit wetsvoorstel. Vervolgens is het aan de zorgverzekeraar om bij de zorginkoop inzicht in bijvoorbeeld verpleegdagen in relatie tot heroperaties aan de orde te stellen. Ook de IGZ zal bij haar toezicht op zorgaanbieders de beschikbare informatie over de zorgprestaties betrekken.

Het doel van het kwaliteitssysteem op grond van artikel 10 van dit wetsvoorstel is dat zorgaanbieders beschikken over informatie over de zorgprocessen en uitkomsten daarvan, op grond waarvan het bestuur zo nodig kan bijsturen. Kwaliteit van zorg is weliswaar af te leiden uit de dossiers van behandelde cliënten, maar dat levert uitsluitend inzicht op na intensief onderzoek. De bedoeling van het kwaliteitssysteem is juist om, met zo min mogelijk administratieve lasten, op ieder moment te kunnen beschikken over de meest actuele informatie over zorgprocessen en uitkomsten daarvan.

### **Artikelen 10 en 11**

*De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen op wie de kosten worden afgewenteld van het systematisch verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit.*

Ik benadruk in dit verband dat de zorgaanbieder, ook nu reeds op grond van de Kwaliteitswet, verantwoordelijk is voor systematische kwaliteitszorg. Dat de zorgaanbieder daarvoor gegevens moet verzamelen en registreren, is derhalve niet nieuw. De kosten hiervan, die voor rekening van de zorgaanbieder komen, zullen door het wetsvoorstel niet toenemen.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe lang de regering denkt uit te trekken voor het ontwikkelen van de registers.*

Het gaat hier niet om registers die de overheid ontwikkelt. De zorgaanbieder bepaalt geheel zelf hoe hij zijn registratie (kwaliteitssysteem) inricht. Mogelijk is verwarring ontstaan door de bepaling van artikel 45, waarin is geregeld dat in een regeling zal worden vastgelegd welke gegevens uit een register op welke wijze moeten worden verstrekt aan een door de minister aan te wijzen instelling. De invulling van die regeling, welke gelijktijdig met de wet in werking zal treden, is uiteraard indirect wel van belang voor hetgeen de zorgaanbieders in hun register moeten opnemen, maar dat betekent niet dat de overheid de registers gaat ontwikkelen of voorschrijven. Het gaat in artikel 10 dus steeds over het kwaliteitssysteem dat elke zorgaanbieder moet hebben. Het gaat hier niet over het register van zorgaanbieders dat de minister op grond van artikel 43 in stand zal houden, noch over het Big-register dat door het CIBG wordt beheerd.

*De leden van de fractie van de ChristenUnie spreken vervolgens over de verwerking van persoonsgegevens welke eventueel zonder toestemming van de cliënt kan plaatsvinden.*

In antwoord op een eerdere vraag van de leden van de VVD-fractie heb ik in paragraaf 9.4 al aangegeven dat zorgaanbieders in beginsel geen bijzondere persoonsgegevens van cliënten mogen verwerken. In die reactie gaf ik aan dat het niet altijd mogelijk zal zijn om te volstaan met geanonimiseerde gegevens. Daar waar dat wel kan, moet het ook gebeuren.

Anders dan deze leden kennelijk veronderstellen, is er geen sprake van dat de in het register opgenomen gegevens aan derden verstrekt mogen worden. In artikel 11, derde lid, staat expliciet dat de gegevens niet openbaar zijn.

*Tot slot vragen de leden van de ChristenUnie-fractie of zorgaanbieders niet worden opgezadeld met dubbele administratieve lasten, daar zij ook voor zorgverzekeraars zaken moeten registreren en vragen om een berekening van de totale administratieve lasten van zorgaanbieders.*

In artikel 10 wordt niet meer geregeld dan al was geregeld in de Kwaliteitswet en de Wet big. Daarbij behoort het hebben van een kwaliteitsregister of kwaliteitssysteem als bedoeld in artikel 10 tot het wezen van het goed organiseren van werkzaamheden om stelselmatig na te gaan of bij de gekozen structuur en inzet van mensen en middelen nog steeds goed werk kan worden verricht. Het hebben van een kwaliteitsregister of kwaliteitssysteem zou de basis moeten zijn voor de aanlevering van gegevens aan onder andere zorgverzekeraars en is daarmee geen dubbele administratieve last.

De Wcz veroorzaakt per saldo een afname van de administratieve lasten van ca. € 0,6 miljoen. De administratieve lasten nemen voor bepaalde zorgaanbieders toe. Zo zal het kwaliteitsverslag ook moeten worden aangeleverd door solistische zorgaanbieders. In de huidige situatie zijn deze al verplicht de kwaliteit te toetsen. Nu zal hierover ook jaarlijks moeten worden gerapporteerd. Daarnaast moeten privé-klinieken met de Wcz ook aan de verslagverplichtingen voldoen (voor deze groep gold alleen de verplichting een kwaliteitsverslag in te dienen).

De gemeenschappelijke ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren, de bundeling van verslagverplichtingen en de bepaling met betrekking tot de registratie van zorgaanbieders moeten dubbele uitvraag voorkomen. Het Kwaliteitsinstituut zal hierbij een rol gaan spelen. Ik heb geen totaalbeeld van alle administratieve lasten van zorgaanbieders.

#### **Artikel 11**

*De leden van de VVD-fractie vragen of de huidige verplichting om een patiëntveiligheidssysteem te hanteren wordt vervangen. Zij wijzen erop dat het huidige patiëntveiligheidssysteem wel kan worden aangewend voor tuchtrechtelijke zaken en worden ingezien door de IGZ en vragen waarom dit dan mogelijk verandert.*

Op grond van de huidige Kwaliteitswet zijn zorgaanbieders al verplicht met een kwaliteitssysteem te werken. Patiëntveiligheidssystemen en veilig incident meldensystemen maken daar onderdeel van uit, indien dat gezien de aard en de omvang van de zorgverlening noodzakelijk is voor verantwoorde zorg. De verplichting om een patiëntveiligheidssysteem te hanteren, wordt niet vervangen door dit wetsvoorstel en vloeit voort uit artikel 10 van dit wetsvoorstel.

Met artikel 11 uit dit wetsvoorstel wordt het veilig incident melden (VIM) met de nodige wettelijke waarborgen omkleed. Die wettelijke waarborgen ontbreken in de huidige wet- en regelgeving. Artikel 11 sluit aan bij de huidige praktijk van VIM, waarbij de gegevens uit dit VIM-register niet gebruikt kunnen worden voor tuchtrechtelijke zaken en de IGZ geen gegevens uit dit VIM-register opvraagt. Dat verandert dus niet. Indien belanghebbenden of de IGZ op grond van signalen buiten het VIM-register om oordelen dat nadere actie gewenst is, zullen zij daarvoor door middel van een eigen onderzoek de benodigde bewijzen dienen te verkrijgen. De uitkomst van dat eigen onderzoek kan zijn dat er tuchtrechtelijke maatregelen worden genomen.

Overigens mag informatie uit de patiëntveiligheidssystemen, voor zover het niet gaat over informatie uit het VIM-register, wel worden aangewend voor tuchtrechtelijke zaken en worden ingezien door de IGZ. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om de door de zorgaanbieder uitgevoerde risicoanalyses en de informatie over de uitkomsten van de zorgverlening.

## **Artikel 12**

*De leden van de VVD-fractie vragen of in geval van medische experimenten de procedure van verplichte informatie van de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) en de Europese Commissie blijft bestaan.*

In het geval van medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen dat onder de reikwijdte van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) valt, geldt er een scala aan meldingsplichten.

Als het onderzoek een verloop neemt dat in noemenswaardige mate voor de proefpersoon ongunstiger is dan is voorzien, moet dit gemeld worden aan de commissie die het onderzoeksvoorstel heeft beoordeeld, de erkende medisch-ethische toetsingcommissie (METC) of de CCMO (artikel 10, eerste lid, WMO).

Voor wetenschappelijk onderzoek met geneesmiddelen geldt de plicht ernstige ongewenste voorvallen te melden aan de commissie die het onderzoeksvoorstel heeft beoordeeld, de METC of de CCMO en de plicht vermoedens van onverwachte ernstige bijwerkingen te melden aan het College ter beoordeling van geneesmiddelen, de CCMO, de betrokken bevoegde instanties van andere lidstaten van de EU, en aan de METC als die het onderzoeksvoorstel heeft beoordeeld. Het College draagt zorg voor invoering van de gemelde vermoedens van ernstige bijwerkingen in de Europese databank (artikel 13o en 13p WMO). Deze verplichtingen worden met de Wcz niet gewijzigd.

## **Artikelen 14 en 15**

*De leden van de VVD-fractie vragen wanneer sprake is van ernstig nadeel van zodanige aard dat de cliënt informatie mag worden onthouden en wanneer informatie tegen de wens van de cliënt in aan hem mag worden verstrekt.*

De zgn. therapeutische exceptie is overgenomen uit artikel 7:448, derde lid, van het BW. Formuleringen waarin de woorden «ernstig nadeel» worden gebruikt, komen ook nog in andere artikelen van de WGBO (7:450, 7:458, 7:465 en 7:466 BW) en elders in het BW (bijv. de regels inzake voogdij en mentorschap) voor. In geen van deze bepalingen is nader geconcretiseerd wat als ernstig nadeel moet worden beschouwd.

Met de opnemng van deze formulering beoogt de wetgever aan te geven dat er uitzonderlijke gevallen kunnen zijn waarin een hoger belang rechtvaardigt dat wordt ingegrepen of van een hoofdregel wordt afgeweken. Het gevraagde antwoord kan dan ook niet in abstracto worden gegeven. Het gaat om het vermogen van de cliënt om met de informatie op verantwoorde wijze om te gaan. Daarbij kan wellicht worden gedacht aan situaties waarin de zorgverlener, op grond van wat hij van de cliënt weet, ernstig moet vrezen dat de cliënt zich van het leven zou beroven als hij de informatie wel verneemt.

Ook in artikel 14, derde lid, gaat om een mogelijkheid waarop slechts in zeer aperte gevallen een beroep kan worden gedaan; in de praktijk gebeurt dat ook uiterst zelden. Het woord «kennelijk» maakt nog extra duidelijk dat het moet gaan om een situatie waarin voor ieder enigszins ingevoerd mens duidelijk moet zijn dat in de gegeven omstandigheden de informatie beter aan de cliënt kan worden onthouden en dus ook moet worden onthouden. Deze geobjectiveerde formulering maakt de beslissing van de zorgverlener toetsbaar en dwingt hem zorgvuldig af te



wegen. Het onthouden van informatie mag ook niet langer duren dan zolang het ernstige nadeel te vrezen is.

In beginsel mogen bijzondere persoonsgegevens van een cliënt niet zonder diens toestemming aan derden worden verstrekt. Dat uitgangspunt geldt ook hier. Er zijn uiteraard uitzonderingen denkbaar. Zo zou de zorgverlener in voorkomend geval enige informatie kunnen geven aan de vertegenwoordiger of een gezinslid van de cliënt, wanneer het nodig is dat bij de verzorging van de cliënt bepaalde regels in acht worden genomen; ook kan gedacht worden aan de huisarts van de cliënt, die voor nazorg moet zorg dragen. Dat kan slechts gebeuren als het belang van de cliënt dat vereist. Dit is geregeld in de tweede volzin van het derde lid.

De leden van de VVD-fractie vragen bij artikel 15 in welke gevallen het tegen de wens van de cliënt in verstrekken van gegevens als gerechtvaardigd kan worden beschouwd. Het is een fundamenteel recht van de cliënt om zaken niet te willen weten. Dat recht moet echter onder omstandigheden wijken voor grotere belangen. Daarbij zal de zorgaanbieder een afweging moeten maken tussen het belang van de cliënt bij niet-weten en het nadeel dat voor de cliënt of derden zou voortvloeien uit dat niet-weten. In de memorie van toelichting is hierbij (net als destijds in de toelichting bij het gelijklopende artikel 1653c (intussen artikel 7:449) BW het voorbeeld genoemd van informatie over de gevolgen voor de rijvaardigheid van de ziekte of de behandeling van de cliënt; ook kan gedacht worden aan de mogelijkheid dat de cliënt anderen infecteert met een ernstige ziekte als hij niet weet dat het risico daarop bestaat. In de laatstbedoelde gevallen is soms in het geheel geen afweging nodig, omdat er wettelijke regels kunnen zijn die de zorgaanbieder verplichten derden in te lichten over het besmettingsgevaar. Het ligt in de rede dat dan ook de cliënt wordt ingelicht. Zoals in de memorie van toelichting is vermeld, vormt het recht om niet te weten in de praktijk geen belangrijk issue. Er wordt zelden een beroep op gedaan.

## **Artikel 19**

*De leden van de VVD-fractie vragen wie de eigenaar van de gegevens is of behoort te zijn.*

De vraag wie eigenaar is van de gegevens van de cliënt, of zuiverder gesteld: wie eigenaar is van de schriftelijk of digitaal opgeslagen gegevens van de cliënt (op gegevens in iemands hoofd is uiteraard geen eigendomsrecht denkbaar), is betrekkelijk eenvoudig te beantwoorden. De eigendom van de gegevens berust bij de eigenaar van die gegevensdrager, het papieren dossier of het apparaat waarin de gegevens digitaal zijn opgeslagen. Ook de vraag bij wie die eigendom behoort te berusten is eenvoudig te beantwoorden: er is geen reden de eigendom van het papieren dossier of het elektronische apparaat te doen overgaan op de cliënt louter omdat de zorgaanbieder daarin gegevens van de cliënt heeft opgeslagen. Dit laat onverlet de mogelijkheid het dossier ook in bewaring te geven bij de cliënt, indien dit voor de zorgverlening beter werkbaar is. De cliënt is dan wel zelf verantwoordelijk voor het bewaken van de privacy.

De vraag welke gegevens een zorgaanbieder over een cliënt mag opslaan en bewaren, wordt allereerst beheerst door de Wbp. In paragraaf 9.4 is ingegaan op deze vraag. Kort gezegd komt het antwoord erop neer dat de zorgaanbieder die gegevens van een cliënt mag opslaan en bewaren die hij nodig heeft voor een goede zorgverlening, voor het beheer van zijn organisatie en voor het voldoen aan wettelijke verplichtingen. In dit wetsvoorstel is, net als tot nu toe in de WGBO, een en ander geregeld

omtrent de verplichting van de zorgaanbieder om gegevens over de cliënt in diens dossier op te nemen.

Ik benadruk in dit verband dat voor de zorgaanbieder een onwerkbaar situatie zou ontstaan als hij zelf geen gegevens over de cliënt onder zich zou mogen hebben. Ook voor de cliënt zou dit wel eens tot vervelende gevolgen kunnen leiden in die gevallen waarin hij acuut zorg nodig heeft en zelf niet in staat is zijn gegevens aan de zorgaanbieder ter inzage te geven. Dit laat onverlet dat het uiteraard mogelijk is dat de cliënt op een of andere wijze de beschikking krijgt over een eigen exemplaar van zijn gegevens.

Zowel in de Wbp als in het wetsvoorstel zijn voor de cliënt rechten vastgelegd met betrekking tot de gegevens die de zorgaanbieder over hem onder zich heeft. In de Wbp gaat het dan om het recht om zich vrijelijk en met redelijke tussenpozen tot de verantwoordelijke te wenden met het verzoek hem mede te delen of hem betreffende persoonsgegevens worden verwerkt (artikel 35) en de verantwoordelijke te verzoeken de gegevens te verbeteren, aan te vullen, te verwijderen, of af te schermen indien deze feitelijk onjuist zijn, voor het doel of de doeleinden van de verwerking onvolledig of niet ter zake dienend zijn dan wel anderszins in strijd met een wettelijk voorschrift worden verwerkt (artikel 36).

In het wetsvoorstel (en in de WGBO) heeft de cliënt het recht op een dossier waarin alle relevante gegevens met betrekking tot de zorgverlening zijn opgenomen (artikel 19); de cliënt kan verlangen dat daaraan een door hem afgelegde verklaring over de in het dossier opgenomen stukken wordt toegevoegd. De cliënt heeft recht op bewaring van zijn dossier gedurende bepaalde tijd, maar ook het recht vernietiging daarvan te vragen (artikel 20). De cliënt heeft er recht op dat de toedracht van incidenten hem wordt gemeld en in het dossier wordt opgenomen (artikel 21). Tot slot heeft de cliënt er recht op dat hem inzage en afschrift van het dossier wordt gegeven (artikel 22). Met deze rechten heeft de cliënt alle instrumenten in handen om zich «eigenaar» van het dossier te kunnen voelen, zonder dat daarvan in strikt juridische zin sprake is. Met name het correctierecht en het afschriftrecht zijn in deze van belang.

*Vervolgens vragen de leden van de VVD-fractie naar de verhouding hiervan met het elektronisch patiëntendossier en waarom ervoor is gekozen de bepalingen met betrekking tot het elektronisch patiëntendossier niet te integreren met dit wetsvoorstel.*

Op 27 juni 2011 heb ik u een juridische analyse doen toekomen van wat nog wettelijk moet worden geregeld rondom de elektronische uitwisseling van gegevens<sup>1</sup>. Op de in die analyse genoemde punten zal een wetsvoorstel tot aanvulling van de Wcz worden voorbereid.

## **Artikel 20**

*De leden van de VVD-fractie vragen aan te geven in welke gevallen een cliënt zou moeten accepteren dat zijn wens om gegevens uit het dossier te laten vernietigen, niet wordt ingewilligd.*

De leden geven in hun vraag aan dat zij zoeken naar het antwoord voor gevallen waarin geen sprake is van een aanmerkelijk belang van de zorgaanbieder of een ander bij voortzetting van de bewaring. Het antwoord daarop kan zeer kort zijn: het vernietigen van gegevens op verzoek van de cliënt kan slechts worden geweigerd indien er een expliciete wettelijke verplichting voor de zorgaanbieder bestaat om de

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2010/11, 27 529, nr. 82.

gegevens langer te bewaren; artikel 20, vierde lid, kent geen andere uitzondering op het recht op vernietiging. Deze uitzondering is noodzakelijk om te voorkomen dat interpretatieproblemen ontstaan indien de wetgever in een andere wettelijke regeling, na een eigen afweging van het belang van bewaring van gegevens in dat kader, voor een langere bewaartermijn kiest of heeft gekozen. In de memorie van toelichting is daarvoor het voorbeeld genoemd van artikel 4.10c van het Arbeidsomstandighedenbesluit.

## **Artikel 22**

*De leden van de VVD-fractie vragen naar de ruimte voor de zorgaanbieder om verstrekking van gegevens uit het dossier achterwege te laten met een beroep op de privacy van een ander dan de cliënt.*

Voorbeelden van gevallen waarin de zorgaanbieder met een beroep op deze bepaling verstrekking van gegevens zou kunnen weigeren zijn niet te geven. De bepaling is met name opgenomen om de zorgaanbieder in dat onwaarschijnlijke geval in staat te stellen te voldoen aan de verplichtingen die voor hem – ook jegens die derde – voortvloeien uit de Wbp. Daarbij zal de zorgaanbieder steeds per geval een zeer zorgvuldige afweging moeten maken en met de cliënt moeten overleggen over de gronden voor zijn weigering. Het ligt in de rede dat hij zo nodig en zo mogelijk ook de derde raadpleegt over zijn voornemen om de cliënt toch inzage te geven in zaken die diens persoonlijke levenssfeer raken. Alleen als het belang van de derde een overwegend karakter heeft, mag de cliënt inzage geweigerd worden.

In aanvulling op hetgeen ik eerder opmerkte over het eigendom van het dossier, merk ik op dat de cliënt niet beschikkingsbevoegd is over zijn dossier (dat is immers een recht van de eigenaar). Wel komen hem alle relevante bevoegdheden toe om over de inhoud van het dossier te kunnen beschikken (inzagerecht en afschrift). Dat de cliënt een redelijke vergoeding betaalt voor afschriften van de stukken, is niet meer dan redelijk. Anders zou de zorgaanbieder eenzijdig deze kosten moeten dragen. Ik ga er overigens van uit dat, naar gelang steeds meer gegevens in een digitaal dossier bij de zorgaanbieder worden opgeslagen, het verstrekken van een (digitale) kopie nog nauwelijks kosten met zich zal brengen.

## **Artikelen 24, 25 en 26**

*De leden van de VVD-fractie vragen hoe de bepalingen over de persoonlijke levenssfeer zich verhouden tot de Wbp.*

Artikel 24 gaat uit van de hoofdregel dat slechts aan de cliënt inlichtingen over of inzage in zijn gegevens wordt verstrekt. Die regel is geheel in overeenstemming met de Wbp. Dat geldt ook voor de beperking die geldt als het gegevens betreft die de persoonlijke levenssfeer van een ander betreffen. De eventuele toegang tot de gegevens voor degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de behandeling of die optreden als vervanger van een zorgverlener, geclausuleerd tot die gegevens die daarvoor noodzakelijk zijn, is eveneens in overeenstemming met de eisen die de Wbp stelt. Hetzelfde geldt voor het verstrekken van gegevens aan de vertegenwoordiger van de cliënt. Daar is de beperking aangebracht dat zulks niet gebeurt als de zorgaanbieder door het verstrekken van gegevens zou handelen in strijd met zijn goed zorgaanbiederschap; dat laatste impliceert dat hij niet meer over de cliënt aan de derde mededeelt dan die nodig heeft om zijn rol te kunnen spelen in het traject dat leidt tot

informed consent of nodig is om goede zorg aan de cliënt te kunnen leveren.

Wat betreft artikel 25 vormt de Wbp evenmin een probleem. Het gaat daar immers om het verstrekken van geanonimiseerde gegevens in het algemeen belang. Het markeren van dat algemeen belang is de reden waarom dit expliciet in de wet is geregeld.

Artikel 26 ten slotte heeft geen betrekking op persoonsgegevens, maar op de privacy van de cliënt bij de zorgverlening, dat wil zeggen op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer.

*De leden van de VVD-fractie vragen verder hoe de persoonlijke levenssfeer na overlijden is vormgegeven.*

Artikel 23 regelt een beperkte en geclausuleerde mogelijkheid voor nabestaanden om na overlijden van een cliënt kennis te nemen van diens gegevens. De Wbp is op gegevens van een overleden cliënt niet van toepassing, omdat die wet slechts geldt voor persoonsgegevens; een overledene geldt in die wet, evenals in de Wob niet als een persoon. Desalniettemin is het van belang zeer zorgvuldig met de bijzondere persoonsgegevens van overledenen om te gaan. De overledene heeft die gegevens immers medegegeeld aan een zorgverlener die aan zijn beroepsgeheim gebonden is, in het vertrouwen dat die gegevens niet onder ogen van anderen zouden komen. Een inbreuk daarop moet derhalve tot het uiterste beperkt blijven en slechts plaatsvinden als er een zwaarwegend belang is. In de rechtspraak is dit aanvaard. Daarom is in artikel 23 geregeld dat nabestaanden onder omstandigheden inzagerecht kunnen krijgen.

Naar aanleiding van het incident in Alphen aan den Rijn is het vraagstuk hoe om te gaan met de persoonlijke levenssfeer na overlijden actueel. GGZ Nederland werkt momenteel aan een code omtrent uitzonderingen op het beroepsgeheim. Deze code wordt na de zomer afgerond. Ik vind de totstandkoming van zo'n code een goed initiatief en wacht de code met belangstelling af.

## **Artikel 28**

*De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre de regering heeft gedacht aan preventieve maatregelen om klachten te voorkomen. Ook vragen zij hoe de onafhankelijkheid van de klachtenfunctionaris is geborgd.*

De in de wet opgenomen klachten- en geschillenbehandeling stimuleert op verschillende manieren dat er meer aandacht is voor het voorkomen van klachten. Zo is in de Wcz opgenomen dat de uitspraken van de geschilleninstantie openbaar zijn. Van deze openbaarheid kan een preventieve werking uitgaan. Ook kan de uitkomst van de klachtbehandeling bij de zorgaanbieder worden voorgelegd aan een geschilleninstantie. Daarnaast verplicht de Wcz de zorgaanbieder tot het hebben van een eenvoudig te benaderen klachtenfunctionaris of vertrouwenspersoon. Wanneer er bij de cliënt sprake is van onvrede met betrekking tot de zorgverlening kan deze zich wenden tot deze figuur. De klachtenfunctionaris is dan als het ware de verbinding tussen de cliënt en de zorgverlener. Als bepaalde klachten herhaaldelijk voorkomen, heeft de klachtenfunctionaris een signalerende taak richting het bestuur.

Voor de vraag naar de onafhankelijkheid van de klachtenfunctionaris verwijs ik naar paragraaf 12.2.

## **Artikel 29**

*De leden van de VVD-fractie vragen hoe bepaald wordt wat representatief te achten cliëntenorganisaties zijn.*

Het is aan organisaties van cliënten en zorgaanbieders om een geschilleninstantie in te stellen. Zij bepalen zelf welke partijen bij de totstandkoming betrokken zijn. Het ligt voor de hand dat een zorgaanbieder zich aansluit bij een instantie die mede is gevormd door zijn koepelorganisatie en een of meer cliëntenorganisaties uit zijn deelsector. Die organisaties zijn immers het beste op de hoogte van wat voor die sector van belang is. De IGZ houdt toezicht op de naleving van de bepalingen met betrekking tot klachten en geschillen. Als de aansluiting van een zorgaanbieder bij een «verkeerde» geschilleninstantie tot problemen leidt, kan de IGZ optreden.

## **Artikelen 31 tot en met 40**

*De leden van de VVD-fractie vragen of de medezeggenschapsbepalingen in dit wetsvoorstel beter bijdragen dan de huidige instrumenten aan de oplossing van problemen en incidenten in de zorg en aan wederzijds begrip over de rolverdeling tussen cliënt (ziek, overbelast, onwetend) en zorgverlener (gezond, capabel, goed geïnformeerd).*

De grotere invloed van beter geëquipeerde cliëntenraden noopt besturen van instellingen om nog beter na te denken over wat cliënten willen en wat centraal moet staan in hun bedrijfsvoering: goede, cliëntgerichte zorg. Besturen zullen beter opmerken dat cliënten of hun vertegenwoordigers, zeker de chronisch zieke cliënten, een grote ervaringsdeskundigheid meebrengen en dat zij zich in toenemende mate informeren over de zorg die nodig is. Besturen blijven eindverantwoordelijk voor de zorg die zij leveren, maar zij kunnen in hun besluitvorming niet zonder de inbreng van cliënten en medewerkers, die elk hun eigen expertise inbrengen.

*De VVD-fractieleden hebben vragen over de beschikbaarheid van bestuurders en toezichthouders.*

Wij hebben geen signalen ontvangen van bestuurders of toezichthouders dat zij na de inwerkingtreding van (de bepalingen inzake goed bestuur uit) de Wcz, niet langer actief zouden willen zijn in de zorg. Nu het wetsvoorstel al zeer geruime tijd openbaar is, mag worden aangenomen dat er geen sprake is van een zodanige invloed van de Wcz dat bestuurders en toezichthouders niet langer in de zorg werkzaam zouden willen zijn. Wij zijn niet bang dat er na de inwerkingtreding van de Wcz onvoldoende bestuurders en toezichthouders zullen zijn.

Er bestaat geen publiek register voor toezichthouders en bestuurders in de zorg. Wel bestaan er werving- en selectiebedrijven, die kandidaten zoeken uit een door hen beheerde lijst van personen.

*De leden van de fractie van de VVD vragen of de opzet van de Wcz is getoetst aan de EU-regelgeving op het terrein van het vrije verkeer.*

Uiteraard is bij het opstellen van het wetsvoorstel acht geslagen op alle vereisten die voortvloeien uit het Europese recht. Het wetsvoorstel bevat geen belemmeringen voor zorgaanbieders uit andere lidstaten om hier te lande zorg te verlenen. Alle in ons land werkzame zorgaanbieders zullen worden opgenomen in het openbare register van zorgaanbieders dat de minister inricht. Daarvoor zal, zoals eerder vermeld, met name worden geput uit de gegevens in het Handelsregister. Dit openbare register zal door een door mij aan te wijzen organisatie worden beheerd. Hoewel het

denkbaar zou zijn het vullen en actueel houden van het openbare register uit te besteden aan een marktpartij, is dat vooralsnog niet de bedoeling. Bij de opzet van het openbare register van zorgaanbieders zullen vigerende nationale en internationale kaders en regelgeving op het gebied van informatievoorziening in acht worden genomen.

### **Artikel 35**

*De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen om een geheimhoudingsplicht voor leden van cliëntenraden voor zover het om vertrouwelijke informatie gaat.*

Om te voorkomen dat informatie te snel als vertrouwelijk wordt aangemerkt, waardoor cliëntenraden moeilijk hun achterban kunnen raadplegen, is in de Wcz geen geheimhoudingsplicht voor leden van cliëntenraden opgenomen. In de Wor is een dergelijke bepaling wel opgenomen. Ik ga ervan uit dat ondernemingsraden over het algemeen sneller met concurrentiegevoelige informatie te maken krijgen, dan cliëntenraden. Ook in de wetgeving voor medezeggenschap op scholen en voor huurders is geen geheimhoudingsbepaling opgenomen. Uiteraard kunnen in de medezeggenschapsregeling van de zorgaanbieder waarop de cliëntenraad instemmingsrecht heeft, regels over geheimhouding worden opgenomen. Ik zou er echter voor willen pleiten om de categorieën informatie waarvoor geheimhouding geldt, zo beperkt mogelijk te laten zijn.

### **Artikel 36**

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of een kosten-batenanalyse is gemaakt van de medezeggenschapsparagraaf en of er wel voldoende baten zijn.*

Ik vind het heel belangrijk dat er voldoende checks and balances zijn in een organisatie. Het bestuur, het toezichthoudende orgaan, de cliëntenraad, de ondernemingsraad en de eventuele aandeelhouders hebben ieder hun eigen rol en expertise. Een goed samenspel van al deze partijen leidt tot het beste beleid. De baten van een cliëntenraad zijn niet direct zichtbaar en meetbaar en zullen gemakkelijk onderschat worden, terwijl de kosten van een cliëntenraad wel meetbaar zijn. Een goede kosten-batenanalyse zou heel moeilijk uit te voeren zijn en snel te negatief uitvallen.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe het instemmingsrecht zich verhoudt tot het anticiperen op de belangen van toekomstige cliënten.*

Het behoort tot de professionaliteit van bestuurders om de behoeften van toekomstige cliënten in te schatten. Ook van cliëntenraden mag worden verwacht dat zij vooruit denken.

### **Artikel 39 (vragen hebben betrekking op artikel 43)**

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen naar de gevolgen van het schrappen van de toelatingseis door het intrekken van de Wtzi. Zij vragen of het daardoor gemakkelijker wordt voor zorgaanbieders om AWBZ-zorg te kunnen leveren en of dit ook geldt voor zorgboerderijen. Zij vragen welke kwaliteitseisen of andere toelatingseisen gesteld worden voor het toetreden tot het register. Zij vragen welke instantie dit register zal gaan beheren. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of bij het openbaar*

*en toegankelijk maken van dit register ook rekening gehouden wordt met cliënten met een visuele of auditieve handicap.*

Voor het antwoord op de vragen over het intrekken van de Wtzi en het schrappen van de toelatingseis verwijs ik naar de antwoorden op eerdere vragen van de leden van de SP-fractie in paragraaf 1.5. Door het vervallen van de Wtzi-toelating wordt het niet gemakkelijker om AWBZ-zorg te leveren. Alle zorgaanbieders – ook zorgboerderijen – zijn namelijk bij inwerkingtreding van dit wetsvoorstel gebonden aan alle eisen uit de Wcz, waaronder de eisen voor goede zorg, keuze-informatie en verslag over de kwaliteit van de zorg. Deze eisen worden zelfs versterkt ten opzichte van de huidige regelgeving. Er worden dus wel kwaliteitseisen gesteld, op de naleving waarvan toezicht wordt gehouden, maar niet als voorwaarde voor het toetreden tot de aanbiedersmarkt. De eisen met betrekking tot goed bestuur en medezeggenschap gelden niet voor zorgboerderijen, voor zover op deze zorgboerderijen minder dan 11 zorgverleners werken.

Ik ga er vooralsnog van uit dat mijn ministerie het register van zorgaanbieders zal beheren. Ik zal uw vraag naar de toegankelijkheid van het register voor cliënten met een visuele en auditieve beperking meenemen bij de nadere vormgeving van het register.

#### **Artikel 42**

*De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre artikel 42 aansluit bij het beleidsvoornemen inzake de afbakening van cruciale zorg en waarom in dit artikel geen enkele vorm van cliëntenrecht wordt genoemd.*

In de brief Waarborgen voor continuïteit van zorg zijn vier normen voor beschikbaarheid van vormen van spoedeisende zorg genoemd. Deze normen dienen als uitgangspunt voor de afspraken die het ROAZ op basis van artikel 42 moet maken. Zorgverzekeraars nemen deel aan het ROAZ. Het recht op zorg wordt in dit artikel niet genoemd omdat het recht op zorg reeds in de Zvw en AWBZ is geregeld. De zorgverzekeraar en het zorgkantoor zijn verantwoordelijk voor het leveren (of vergoeden) van de zorg waaraan de cliënt behoefte heeft. Behoudens situaties van overmacht dienen zorgverzekeraars en zorgkantoren dus te zorgen dat de cliënt binnen de daarvoor geldende normen zorg ontvangt.

#### **Artikel 45**

*De leden van de VVD-fractie vragen waarom niet wordt geregeld dat zorgaanbieders en cliënten iets te zeggen hebben over de manier van publiceren.*

Dergelijke regels van de minister komen niet tot stand dan na afstemming met organisaties van zorgaanbieders en cliënten. Een deel van de gegevens ten behoeve van keuze-informatie en maatschappelijke verantwoording komt tot stand op basis van afspraken in het kader van het programma Zichtbare Zorg, waarbij de informatieleverende en -vragende partijen samen aan tafel zitten, dus ook de zorgaanbieders en cliënten. In het kader van Zichtbare Zorg wordt met zorgaanbieders en cliënten ook gesproken over de manier van publiceren.

#### **Artikel 46**

*De leden van de VVD-fractie vragen waarom in het wetsvoorstel het College Sanering is gehandhaafd en de taken niet worden overgeheveld naar de NZa.*

Bij de indiening van het wetsvoorstel werd, ondanks de vraag van de Raad van State over de toegevoegde waarde van het College sanering zorginstellingen (CSZ) naast de IGZ en NZa, in artikel 67, derde lid, voorzien in het voortbestaan van het CSZ. Intussen is besloten de taken van het CSZ, met het oog op verdere stroomlijning van de taken van zelfstandige bestuursorganen op het terrein van de zorg, te doen overgaan op de NZa. Daarmee zal het aantal zelfstandige bestuursorganen in de zorg met één worden teruggebracht. Dit draagt bij aan de bestuurlijke vereenvoudiging die de regering voorstaat.

De NZa gaat hierdoor de saneringstaken op het terrein van bijzondere medische verrichtingen en ambulancevervoer uitvoeren en toezicht houden op het winstverbod en op ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering. In het wetsvoorstel inzake regels over winstuitkering door aanbieders van medisch-specialistische zorg zal worden ingegaan op het in dat wetsvoorstel voorgestelde toezicht in verhouding tot de taak op het terrein van behoud van vermogen. In afwachting daarvan komen de taken met betrekking tot behoud van vermogen voornamelijk bij de NZa. In de bij deze nota gevoegde nota van wijziging zijn de met de overheveling van taken samenhangende wijzigingen in het wetsvoorstel en in de Wmg aangebracht. In de daarbij behorende toelichting wordt uitgebreid ingegaan op de overgang van de taken van het CSZ naar de NZa.

#### **Artikel 48**

*De leden van de VVD-fractie vragen naar de naam van het College sanering en naar de openbaarheid van vergaderingen en stukken.*

Op de vragen over de naam van het CSZ hoeft, gezien het antwoord op de vorige vraag van deze leden, niet meer te worden ingegaan. Wat betreft de vraag over de openbaarheid van vergaderingen en stukken kan geantwoord worden dat daarbij het regime dat thans geldt voor de NZa, ook zal gelden voor de taken die voorheen door het College sanering werden verricht. Voor de NZa geldt eveneens dat de vergaderingen van de raad van bestuur niet openbaar zijn, behoudens voor zover in het bestuursreglement anders is bepaald (artikel 5 Wmg).

*De leden van de VVD-fractie vragen waarom de in artikel 48, tweede lid, genoemde ambtenaren door de minister worden benoemd en niet door de voorzitter van het College sanering.*

Gezien het antwoord op de vraag bij artikel 46, hoeft hierop niet meer te worden ingegaan.

#### **Artikel 49**

*De leden van de VVD-fractie vragen waarom in het wetsvoorstel is gekozen voor een verbod op winstuitkering, tenzij er expliciete toestemming is. Tevens vragen deze leden om een verduidelijking van de kaders van de amvb.*

De bedoeling van de keuze voor een verbod op winstuitkering is aan te sluiten bij het systeem van de Wtzi. Dit wetsvoorstel en het Uitvoeringsbesluit Wcz gaan voornamelijk uit van de bestaande situatie: een verbod om winst uit te keren voor aanbieders van intramurale zorg. Zoals in het Regeerakkoord is aangekondigd, is de regering voornemens deze systematiek te veranderen en vrijheid van keuze van financiers aan aanbieders van medisch-specialistische zorg te gunnen. Dan zullen ook de kaders omtrent het uitkeren van winst voor die categorieën van medisch-



specialistische zorg die onder de amvb vallen, opnieuw worden uitgelegd en in een nieuw wetsvoorstel worden vastgelegd.

*De leden van de PvdA-fractie merken op dat het aantrekken van kapitaal ook bij banken in plaats van private investeerders kan. Zij vragen of er een reden is om aan te nemen dat banken en private investeerders niet in dezelfde mate kritisch zullen zijn en of ik ervan uitga dat private investeerders eerder kapitaal beschikbaar stellen.*

Ik vind het belangrijk dat er geïnvesteerd wordt in de zorg. Zorgaanbieders zijn in beginsel vrij om private investeringen aan te trekken. De banklening waaraan de leden van de PvdA leden refereren, is één van de methoden om kapitaal aan te trekken. Een dergelijke lening komt doorgaans als vreemd vermogen op de balans van een zorgaanbieder. Er is meestal een onderliggende zekerheid in de vorm van vastgoed. De banklening heeft vaak een vaste, rendementsonafhankelijke, interest.

Het in het vooruitzicht stellen van een rendementsafhankelijke vergoeding ofwel winstuitkering is een extra methode om investeringen aan te trekken. Verschaffers van risicodragend kapitaal – of dat nu banken zijn of andere investeerders – zullen kritisch zijn, omdat zij een direct risico lopen. Zij hebben er belang bij dat verstandig met hun kapitaal wordt omgegaan en dat de zorgverlening is gericht op tevreden cliënten, zodat (het rendement op) hun investering goed blijft. Anders dan bij een banklening, gaan verlies en winst ten koste van of dragen bij aan het rendement op en waarde van het geïnvesteerde kapitaal. In die zin zullen verschaffers van risicodragend kapitaal op basis van een rendementsafhankelijke vergoeding kritischer zijn dan banken, die een vaste interest krijgen.

Het is van belang dat zorgaanbieders meer eigen vermogen gaan opbouwen. Voorheen konden ziekenhuizen investeringen met uitsluitend vreemd vermogen financieren, omdat de risico's binnen de budgetsystematiek grotendeels bij de overheid lagen. De banklening is doorgaans vreemd vermogen en voorziet als zodanig doorgaans niet in de behoefte om wisselende exploitatieresultaten op te vangen of innovaties mee te financieren. Nu aanbieders in toenemende mate zelf risicodragend zijn geworden (o.a. door de afschaffing van het bouwregime), zullen zij in toenemende mate gedeeltelijk mee-ademende financieringsbehoeften hebben. Deze kunnen deels gevonden worden in het aantrekken van risicodragend privaat kapitaal waarmee het eigen vermogen versterkt kan worden. Als het eigen vermogen van de aanbieder van medisch-specialistische zorg op peil is, zal het voor die aanbieder ook weer gemakkelijker zijn om vreemd vermogen aan te trekken. Het toestaan van de mogelijkheid om elke vorm van investering aan te trekken door het delen in de winst in het vooruitzicht te stellen, geeft aanbieders van medisch-specialistische zorg meer vrijheid en meer mogelijkheden om het eigen vermogen te versterken en maakt het voor een aantal private investeerders interessanter om kapitaal te verschaffen.

*De leden van de PvdA-fractie vragen tevens waarom het aantrekken van privaat kapitaal een gunstige ontwikkeling is.*

Ik vind het aantrekken van privaat kapitaal een logische en noodzakelijke stap. Ik deel het standpunt van de leden van de PvdA-fractie dat het in de zorg om tevreden cliënten moet gaan (en niet om tevreden aandeelhouders). Het grootste deel van het geïnvesteerde kapitaal ten bate van aanbieders van medisch-specialistische zorg is privaat kapitaal. Het moet zorgaanbieders mogelijk gemaakt worden om eenvoudiger risicodragend

privaat kapitaal aan te trekken ter versterking van het eigen vermogen, zodat in goede zorg geïnvesteerd kan worden.

*Tevens vragen de leden van de PvdA-fractie zich af, gezien het voornemen om gereguleerde winstuitering mogelijk te maken, of artikel 49 van de Wcz wordt aangepast óf dat royaal gebruik zal worden gemaakt van het creëren van uitzonderingen bij amvb. Daarnaast wordt gevraagd welke uitzonderingen kunnen worden verwacht op grond van het Regeerakkoord.*

De regering is voornemens het winstverbod op te heffen voor aanbieders van medisch-specialistische zorg door artikel 49 Wcz met een afzonderlijk wetsvoorstel aan te passen. Uitzonderd van de mogelijkheid om winst uit te keren op basis van het Regeerakkoord blijven aanbieders van intramurale AWBZ-zorg. De voorwaarden, omtrent solvabiliteit, kwaliteit en een minimale termijn van drie jaar, waaronder winst kan worden uitgekeerd door aanbieders van medisch-specialistische zorg zullen in de wet worden uitgewerkt. Ik ben voornemens dit wetsvoorstel nog dit jaar aan de Tweede Kamer te doen toekomen.

*Ten slotte vragen de leden van de PvdA-fractie wat de taak van het CSZ om toezicht te houden op de naleving van de artikelen 49 en 50 van de Wcz precies behelst.*

Met de betrokken toezichthouders NZa, IGZ en CSZ zal mede in het licht van het voornemen van de regering om uitkering van winst voor aanbieders van verzekerde medisch-specialistische zorg mogelijk te maken, nog overleg plaatsvinden over de wijze waarop toezicht zal worden gehouden op het verbod om winst uit te keren en op de ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering.

#### **Artikel 50**

*De leden van de VVD-fractie vragen aan te geven hoe een goede balans kan worden gevonden tussen de noodzaak van een goede boekhouding in het kader van toezicht enerzijds en de beperking van de administratieve lasten anderzijds.*

Met dit artikel worden de bepalingen uit het Uitvoeringsbesluit Wtzi, die gaan over geldstromen binnen instellingen, overgenomen. De bepaling zorgt dus niet voor aanvullende administratieve lasten. Een goede boekhouding is niet alleen noodzakelijk voor het toezicht, maar ook voor de aanbieder zelf, zodat die zicht heeft op kosten en opbrengsten van de verschillende activiteiten die hij ontplooit. De formulering van artikel 50 is expres vrij globaal gehouden, zodat de aanbieder ruimte heeft om binnen de marges van de wetgeving, de boekhouding zo in te richten dat hij goede keuzes kan maken.

#### **Artikel 51**

*De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre bij een verandering van aanwijzing op basis van artikel 42 (spoedeisende zorg) sanering nodig kan zijn.*

Bestuurlijke besluiten over financiële gevolgen van sanering als bedoeld in artikel 51 van het wetsvoorstel (in de bijgevoegde nota van wijziging zijn dit de artikelen 56c en 56d van de Wmg geworden) kunnen alleen genomen worden bij wijziging of opheffing van een centrale post als bedoeld in artikel 1, eerste lid van de Wet ambulancevervoer of bij intrekken van een vergunning voor ambulancevervoer op grond van

artikel 12, eerste lid van die wet of bij beëindiging van de uitvoering van bijzondere medische verrichtingen of gebruik van apparatuur op grond van artikel 6, vijfde lid, van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen.

Verandering van aanwijzing op basis van artikel 42 van dit wetsvoorstel valt niet onder die beschrijving. Wanneer een andere dan de huidige zorgaanbieder aangewezen wordt, zal dat immers alleen betekenen dat de verantwoordelijkheid voor het tot stand komen van afspraken naar een andere aanbieder overgaat, niet dat het zorgaanbod gesaneerd wordt.

## **Artikel 52**

*De leden van de VVD-fractie vragen waarom, gelet op het belang van transparantie en openbaarheid, vergaderingen van het CSZ per definitie besloten zijn en of overwogen is om van openbaarheid van deze vergaderingen uit te gaan.*

Op deze vraag hoeft gezien de antwoorden op de vragen bij de artikelen 46 en 48 niet meer te worden ingegaan.

*De leden van de VVD-fractie vragen waarom in derde lid van artikel 52 is opgenomen hoe het CSZ invulling geeft aan artikel 3.2 van de Algemene wet bestuursrecht.*

Ook de vraag naar de ratio achter artikel 52, derde lid, is komen te vervallen met het besluit het CSZ op te heffen. In meer algemene zin kan worden medegedeeld dat uit de bepalingen van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen voortvloeit dat een bestuursorgaan toeziet op de kwaliteit van de procedures die worden gehanteerd bij de voorbereiding van zijn besluiten. Met het voorschrift van artikel 52, derde lid (en vergelijkbare bepalingen in andere wetten) wordt bewerkstelligd dat het zelfstandig bestuursorgaan schriftelijk moet vastleggen en daardoor controleerbaar moet maken hoe dat gebeurt. Art 3.2 van de Algemene wet bestuursrecht regelt immers dat bestuursorganen bij de voorbereiding van besluiten de nodige kennis moeten vergaren over de relevante feiten en af te wegen belangen. In artikel 5, derde lid van de Wmg is voor de NZa geregeld dat het bestuursreglement in ieder geval vastlegt hoe de NZa voldoet aan deze verplichting uit de Algemene wet bestuursrecht.

## **Artikel 55**

*De leden van de VVD-fractie vragen zich af op welke wijze het CSZ kosten/baten van saneringen niet hoger kunnen laten zijn dan 5% van een groep kostensoorten en baten als er dat jaar meer saneringen zijn dan verwacht. Op welke wijze worden de kosten/baten categorieën gedefinieerd?*

Kennelijk is hier sprake van een misverstand. De 5 procent waarop de vraagstellers doelen, is gebaseerd op artikel 26, tweede lid van de Wtzi en heeft betrekking op de begrotingsgefinancierde beheerskosten van het CSZ. Daarnaast zijn er uitgaven die het CSZ doet ten behoeve van saneringen, deze uitgaven komen ten laste van het AFBZ. In het Budgettair kader zorg zijn hier middelen voor gereserveerd, maar de realisatie is onvoorspelbaar omdat van tevoren niet kan worden bepaald hoeveel saneringsgevallen zich aandienen.

## Artikel 58

*De leden van de D66-fractie vragen of de IGZ zomaar zonder toestemming van de cliënt zijn dossier kan inzien of zijn woning kan binnen treden.*

Artikel 58 regelt wat de taak is van de IGZ: toezicht houden op de naleving door zorgaanbieders van de verplichtingen van de Wcz. Dat toezicht houdt de IGZ in het belang van de cliënt. De bevoegdheden die in het vierde en vijfde lid zijn toegekend, mogen slechts voor dat doel worden gebruikt. Het gaat overigens niet om nieuwe bepalingen. Deze staan thans in de Kwaliteitswet (artikel 7).

Het spreekt voor zich dat door de IGZ in beginsel altijd eerst gewoon de toestemming van de cliënt wordt gevraagd om diens woning binnen te treden. De bepaling is met name van belang in situaties waarin de bewoner niet in staat is toestemming te geven. De binnentredingsbevoegdheid kan nodig zijn om in geval van intramurale zorg te kunnen toezien op de naleving van de rechten van de cliënt en de verplichtingen van de zorgaanbieder. Als de woonruimte van de cliënt onderdeel uitmaakt van de zorginstelling (intramurale zorg), is die woonruimte de plaats waar het merendeel van de zorg wordt verleend. Indien daar gereede aanleiding toe bestaat, zal de IGZ, ook zonder toestemming van de bewoner, toegang moeten hebben om zich ervan te vergewissen of de wet wordt nageleefd.

De IGZ kan in beginsel niet zonder toestemming van de cliënt, dus niet zomaar, inzage hebben in diens dossier. Het medisch beroepsgeheim in combinatie met het verschoningsrecht van artikel 5:20, tweede lid, van de Algemene wet bestuursrecht staat daaraan in de weg. Het verschoningsrecht is een uitzondering op de algemene verplichting voor eenieder om aan toezichthouders alle medewerking te verlenen die deze voor hun werk nodig hebben. Zorgverleners hoeven die medewerking, bijvoorbeeld een gevraagde inzage in het dossier, dus niet te geven, voor zover dat uit hun geheimhoudingsplicht (beroepsgeheim) voortvloeit. Die geheimhoudingsplicht vervalt, indien de cliënt toestemming geeft voor inzage door de IGZ.

Bij onderzoek door de IGZ van specifieke individuele casuïstiek is het vragen van toestemming (als de cliënt in staat is deze te geven) wenselijk en veelal ook uitvoerbaar; indien de cliënt intussen is overleden (dat kan het geval zijn bij onderzoek van een gemelde calamiteit), kan die toestemming echter niet meer worden verkregen; toch zal de IGZ in dat geval hebben te onderzoeken wat er is gebeurd. Ook bij grootschalige onderzoek (thematisch) is het niet altijd mogelijk toestemming te vragen. Als het niet mogelijk is de toestemming van de cliënt te verkrijgen, zou het beroepsgeheim van de zorgverlener, zonder de onderhavige bepaling, in de weg staan aan diens medewerking aan inzage van het dossier door de IGZ. De IGZ zou daardoor niet in staat zijn haar werk in het belang van de volksgezondheid en de cliënten naar behoren te doen. Van deze bevoegdheid moet de IGZ uiteraard een zorgvuldig en geproportioneerd gebruik maken; duidelijk zal moeten zijn dat het doel (goed toezicht) niet op een minder ingrijpende manier kan worden bereikt.

De bevoegdheid om zo nodig dossiers in te zien, welke nu in artikel 58, vijfde lid, staat, is in de Kwaliteitswet opgenomen met de Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving (Wubhv). Het Cbp heeft in zijn advies van 9 oktober 2006 met het inzagerecht voor de IGZ ingestemd en de doelstelling van de met de Wubhv doorgevoerde wetswijzigingen onderschreven; een door het Cbp voorgestelde redactionele aanpassing is overgenomen. Het Cbp gaf ook aan dat de IGZ tevoren zichtbaar moet maken hoe zij in de praktijk zal handelen. Met

hetgeen hiervoor is opgemerkt over de procedurele waarborgen is daaraan uitvoering gegeven. Nadien is daaraan bij tweede nota van wijziging nog een extra waarborg toegevoegd door te regelen dat de ambtenaren van de IGZ een geheimhoudingsverplichting hebben voor de gegevens die zij hebben ingezien (artikel 7, derde lid, Kwaliteitswet, thans artikel 58, vijfde lid, Wcz).

Bij de behandeling van het wetsvoorstel Wubhv is in de Eerste Kamer uitvoerig gediscussieerd over deze inzagebevoegdheid. Daarbij is vastgelegd dat gebruikmaking van de bevoegdheid uitsluitend onder strikte voorwaarden zal kunnen plaatsvinden (namelijk als het onmogelijk is een cliënt om toestemming te vragen of als dit onevenredig belastend zou zijn) en onder strikte procedurele waarborgen, te weten: voorafgaande goedkeuring van het IGZ-werkplan door de minister, met de daarin opgenomen thematische onderzoeken, en verantwoording achteraf door de IGZ.

In het debat over de Wubhv in de Eerste Kamer is ook gesproken over de vraag of de geheimhouding van informatie (bijzondere persoonsgegevens) over cliënten die de IGZ anders dan door toepassing van haar inzagerecht verkrijgt, is gewaarborgd. Daarbij is van de kant van de regering het standpunt ingenomen dat zulks het geval is. Om evenwel aan elke twijfel daarover een einde te maken, is met de bijgevoegde nota van wijziging ook voor dergelijke gegevens een geheimhoudingsverplichting opgenomen, analoog aan die van artikel 58, vijfde lid, van de Wcz. Voor een verdere toelichting daarop verwijs ik naar de toelichting bij de nota van wijziging.

#### **Artikel 59**

*De leden van de CDA-fractie vragen of de regeling van de gegevensuitwisseling in artikel 59 niet te vrijblijvend is en een bundeling van verslagverplichtingen niet in de weg staat.*

Ik deel niet de vrees van deze leden dat de verplichting tot uitwisseling van gegevens tussen instanties door het gebruik van het woord «desgevraagd» te vrijblijvend zou zijn. Voorop staat de verplichting van de bevroegde instantie om de gevraagde gegevens te leveren. Een algemene verplichting om over en weer zonder enige beperking alle toezichtsinformatie te verstrekken, zou leiden tot een ongerichte en ondoelmatige informatiestroom. De bepaling beoogt tot uitdrukking te brengen dat de vragende instantie zorgvuldig afweegt welke gegevens voor haar van belang zouden kunnen zijn. De vragende instantie is degene die in beginsel bepaalt wat zij denkt nodig te hebben. Pas als de vragende instantie gegevens zou opvragen waarvan in redelijkheid niet kan worden volgehouden dat die voor haar taak nodig zijn, zou de verstrekkende instantie dat kunnen weigeren. Intussen ligt het in de rede dat de bedoelde instanties, die regelmatig samenwerken, met elkaar komen tot hanteerbare afspraken over de gegevens die standaard verstrekt dienen te worden.

De vraag van deze leden of artikel 59 de bundeling van verslagverplichtingen niet in de weg staat, kan ontkennend worden beantwoord. Bundeling van de verslagverplichtingen voor zorgaanbieders zorgt er, in combinatie met openbaarmaking van de verslaglegging, voor dat de daarin vervatte gegevens voor een ieder beschikbaar zijn. Uitwisseling daarvan is dan niet langer noodzakelijk. Dat laat onverlet dat in het kader van het uitoefenen van toezicht extra informatie beschikbaar komt, welke ook voor een andere toezichthouder van belang kan zijn. Deze informatie zou dan desgevraagd kunnen worden verstrekt. Het spreekt voor zich dat

de toezichthouders met elkaar komen tot werkbare afspraken over bundeling van toezicht, met inachtneming van ieders wettelijke taken en bevoegdheden.

### **Slotbepalingen**

*De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen om een bepaling waarin een evaluatie na vijf jaar wordt aangekondigd.*

Het spreekt vanzelf dat ook deze wet zal worden geëvalueerd. Een periode van vijf jaar na de inwerkingtreding van de wet lijkt mij daarvoor plausibel. Om te evalueren is echter een bepaling in de wet niet noodzakelijk.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. I. Schippers