

Vergaderjaar 2011–2012

32 402

Wet cliëntenrechten zorg

Nr. 9

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET NADER VERSLAG

Ontvangen 26 maart 2012

Inhoudsopgave

	blz.
A. ALGEMEEN	2
Deel I. Doel en hoofdlijnen van het wetsvoorstel	10
1. Doel en context van het wetsvoorstel	10
2. De cliënt centraal	11
3. Noodzaak van verbetering van de positie van de cliënt	14
4. Oplossingen van de knelpunten	15
5. Een nieuwe wet voor de relatie tussen de cliënt in de zorg en de zorgaanbieder, waarin de cliënt centraal staat	15
6. Bestuurlijke handhaving	23
Deel II. De rechten en plichten van de cliënt en de zorgaanbieder	28
7. Reikwijdte van de rechten en plichten	28
8. Recht op goede zorg	29
8.1 Afstemming tussen zorgaanbieders	29
8.2 Meldplicht ontslag vanwege functioneren	30
8.3 Meldplicht calamiteiten en geweld in de zorgrelatie	34
8.4 Veilig melden, beroepsgeheim en bescherming persoonsgegevens	39
9. Recht op keuze-informatie	43
10. Recht op informatie, toestemming, dossiervorming en bescherming van de persoonlijke levenssfeer	43
11. Recht op effectieve klachten- en geschillenbehandeling	45
12. Recht op medezeggenschap	47
13. Goed bestuur	50

Deel III.	Overige aspecten	52
14.	Relatie met andere wetten	52
15.	Regeldruk	53
B.	ARTIKELSGEWIJS	54

A. ALGEMEEN

De regering zegt de leden van de fracties van de VVD, CDA, PVV, PvdA, SP en ChristenUnie dank voor hun vragen en opmerkingen. De regering blijft van mening dat de inwerkingtreding van het wetsvoorstel de beste en snelste manier is om de positie van cliënten in de zorg te verbeteren. Naar aanleiding van de gestelde vragen heeft de regering de gemaakte keuzes op onderdelen opnieuw kritisch doordacht en beargumenteerd. Zij hoopt dat met de beantwoording van de vragen de zorgen van verschillende fracties zijn weggenomen.

De leden van de fractie van de PvdA vragen naar de verbeteringen voor cliënten als gevolg van het oorspronkelijke wetsvoorstel en van de nota van wijziging.

De belangrijkste verbetering als gevolg van de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) is dat cliënten meer rechten krijgen en dat ze, waar dat nodig mocht blijken, gemakkelijker en effectiever kunnen bewerkstelligen dat die rechten ook worden nageleefd. Daarmee wil de regering bijdragen aan een verdere cultuurverandering bij zorgaanbieders en zorgverleners, die erop is gericht de zorg te organiseren rondom de cliënt in plaats van de cliënt in te passen in het aanbod van zorg. De cliënt en zijn zorgbehoefte moet het uitgangspunt zijn in de dagelijkse zorgverlening aan de individuele cliënt en in het beleid dat zorgaanbieders voeren.

De (oorspronkelijke) Wcz versterkt de positie van cliënten in de zorg op twee manieren:

1. Door cliënten meer rechten te geven:
 - Rechten van cliënten gaan gelden in alle zorgrelaties, ook in de care;
 - Cliënten krijgen recht op keuze-informatie;
 - Cliënten krijgen recht op informatie over incidenten;
 - Cliënten kunnen gemakkelijker de naleving van hun rechten afdwingen door een betere klachtenregeling en een verplichte aansluiting van zorgaanbieders bij een onafhankelijke geschilleninstantie en
 - Cliëntenraden krijgen meer bevoegdheden en worden beter gefinancierd.
2. Door meer waarborgen te creëren voor goede zorg:
 - De eindverantwoordelijkheid van het bestuur van een zorgaanbieder voor de kwaliteit van de zorg wordt benadrukt. Er moet een bestuurder aangewezen worden die het onderwerp kwaliteit van zorg in zijn portefeuille heeft. Besturen krijgen als uitvoering wordt gegeven aan de bepalingen van het wetsvoorstel helder omschreven sturingsmogelijkheden richting medisch- specialisten en andere zorgverleners (aanwijzingsbevoegdheid, opzeggen arbeids- of toelatingsovereenkomst bij disfunctioneren). Zorgverleners moeten verantwoording afleggen aan het bestuur. Het toezichthoudend orgaan van een zorgaanbieder krijgt duidelijk omschreven verantwoordelijkheden en moet aan meer eisen voldoen;
 - Het wordt gemakkelijker om wettelijke eisen te stellen aan de kwaliteit van de zorg;

- De IGZ gaat ook toezien op de naleving van de cliëntenrechten en zal optreden als de veiligheid van cliënten of de zorg ernstig bedreigd wordt;
- De IGZ kan ingrijpen bij excessen bij aanbieders van alternatieve behandelwijzen.

De aanpassingen die met de nota van wijziging in het wetsvoorstel zijn aangebracht, hebben deels betrekking op de rechten van cliënten, deels op de waarborgen voor goede zorg en zijn deels technisch of organisatorisch van aard. De aanpassingen op het gebied van de medezeggenschap zijn wijzigingen in de rechten van cliënten. Door de aanpassingen, die uitgebreid zijn geschetst in hoofdstuk 13 van de nota naar aanleiding van het verslag, wordt naar aanleiding van vragen van uw Kamer meer en duidelijker onderscheid gemaakt tussen cure en care en wordt beter aangesloten bij wat veldpartijen (organisaties van cliëntenraden en zorgaanbieders) met elkaar hebben afgesproken. De betrokkenheid van cliëntenraden in de langdurige zorg bij bouw wordt toegespitst op concrete situaties en de invloed bij de benoeming van leidinggevenden wordt effectiever geregeld. De betere regeling van meldingen bij de IGZ en de verplichte Verklaring omtrent het gedrag bieden extra waarborgen voor goede zorg. Het laten bestaan van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en het toevoegen van de bepaling over professionele autonomie zijn ingegeven door zorgen van gezondheidsrechtjuristen en zorgverleners. De wijzigingen hebben geen nadelige effecten voor cliënten. Dat laatste geldt ook voor de overgang van taken van het College sanering zorginstellingen (CSZ) naar de Nederlandse zorgautoriteit (NZa); dat is vooral een organisatorische maatregel.

De leden van de fractie PvdA merken op dat het wetsvoorstel met een nota van wijziging op een zestal punten is gewijzigd en dat het gaat om wijzigingen die niet louter van ondergeschikte aard zijn. Zij vragen waarom er niet voor is gekozen het oorspronkelijke voorstel in te trekken en te komen met een nieuw wetsvoorstel. De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat met de nota van wijzigingen voor een deel tegemoet is gekomen aan de bezwaren die in het verslag stonden, maar dat nog niet alle bezwaren zijn weggenomen. De nieuwe elementen leiden in hun ogen ook tot nieuwe knelpunten die verderop in het nader verslag aan de orde komen.

Er is met een wijziging van 29 pagina's onmiskenbaar sprake van een relatief omvangrijke nota van wijziging. Ook zijn niet alle wijzigingen van ondergeschikte aard. De regering hecht eraan het bij de leden van deze fractie bestaande beeld weg te nemen als zou de omvang van de nota van wijzigingen erop duiden dat er met het oorspronkelijke wetsvoorstel iets mis was. De regering wil daarom proberen een juist beeld te geven van de aanleiding tot en de aard van de aangebrachte wijzigingen.

Er zij echter allereerst in algemene zin op gewezen dat het aanpassen van een belangrijk wetsvoorstel als het onderhavige tijdens de parlementaire behandeling een alleszins regulier onderdeel vormt van het gemeen overleg met de Staten-Generaal. Enkele inhoudelijk belangrijke, maar niet omvangrijke wijzigingen vinden dan ook hun aanleiding in hetgeen van de zijde van de Tweede Kamer (medezeggenschap), en in het voetspoor van gezondheidsrechtelijke juristen en de Raad van State (WGBO), is opgemerkt.

Ook moet worden bedacht dat tussen de indiening van het wetsvoorstel bij de Staten-Generaal in juni 2010 en het uitbrengen van de nota van wijziging in juli 2011 ruim een jaar is verstreken. Een jaar waarin de ontwikkelingen niet stil hebben gestaan en waarin een nieuw kabinet is

aangetreden. Een inhoudelijk belangrijk, doch niet omvangrijk deel van de wijzigingen, waaronder de uitbreiding met enige elementen als de verbeterde regeling van de taak van de IGZ bij meldingen, de Verklaring omtrent het gedrag en de opheffing van het CSZ, vindt daarin direct of indirect zijn oorsprong.

Daarnaast zij bedacht dat ruim tweederde deel van de wijzigingen bestaat uit niet inhoudelijke wijzigingen, zoals de geherformuleerde bepalingen (7 pagina's) tot aanpassing van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de her en der toegevoegde bepalingen (5 pagina's) om te voorzien in de samenloop met een aantal andere wetsvoorstellen en een aantal kleinere technische verbeteringen in het wetsvoorstel.

Gezien het voorgaande, kan niet worden gesteld dat het oorspronkelijke wetsvoorstel zodanige gebreken vertoonde of anderszins zodanig ingrijpend is aangepast dat had moeten worden overwogen het wetsvoorstel in te trekken en een geheel nieuw wetsvoorstel in procedure te brengen. De aangebrachte inhoudelijke wijzigingen zijn te zien als binnen de opzet van het wetsvoorstel passende, nadere keuzen en versterkingen van hetgeen al geregeld was.

De leden van de PvdA-fractie merken op dat aan de Raad van State geen advies is gevraagd over de nota van wijziging en vragen of de regering bereid is dat alsnog te doen.

Uitgangspunt is dat de Afdeling advisering van de Raad van State, tenzij dringende redenen zich daartegen verzetten, om advies wordt gevraagd wanneer door de regering ingrijpende wijzigingen in een reeds ingediend wetsvoorstel worden aangebracht (Aanwijzingen voor de regelgeving nr. 277). De regering heeft geoordeeld dat geen sprake is van ingrijpende wijzigingen van het wetsvoorstel. Die keuze wordt hierna puntsgewijs toegelicht.

WGBO

Het alsnog handhaven van de bepalingen van de WGBO vindt mede plaats omdat de Raad van State in zijn advies over het oorspronkelijke wetsvoorstel reeds vraagtekens had geplaatst bij het schrappen van de bepalingen van de WGBO. Het handhaven van die bepalingen kan in dat licht moeilijk worden gezien als een ingrijpende wijziging waarover opnieuw advies van de Afdeling had moeten worden gevraagd.

Medezeggenschap

De wijziging in het voorgestelde medezeggenschapsregime betreft een naar de huidige inzichten van de regering passende, belangrijke, maar voor het wetsvoorstel niet ingrijpende modificatie van de oorspronkelijk gemaakte keuze. Ook op dit punt had de Raad van State in zijn advies over het oorspronkelijke wetsvoorstel reeds gevraagd de regeling te heroverwegen. Het wijzigingen van de modaliteiten van de medezeggenschapsregeling kan in dat licht evenmin worden gezien als een ingrijpende wijziging waarover opnieuw advies van de Afdeling had moeten worden gevraagd.

CSZ

Bij de indiening van het wetsvoorstel werd nadrukkelijk voorzien in de intrekking van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi), maar werd ervoor gekozen het CSZ desalniettemin te handhaven. Daarmee week de regering af van hetgeen de Raad van State in zijn advies over het oorspronkelijke

wetsvoorstel daarover had opgemerkt; de Raad zag in het CSZ geen toegevoegde waarde naast de toezichthouders in de zorg en adviseerde daarom het opnieuw instellen van het CSZ te heroverwegen. De regering ziet zich thans geplaatst voor de noodzaak te komen tot een verdere stroomlijning van de taken van zelfstandige bestuursorganen op het terrein van de zorg en heeft daarom besloten alsnog van de gelegenheid gebruik te maken om het CSZ met dit wetsvoorstel op te heffen en de resterende taken van het CSZ te doen overgaan naar de NZa. Wederom valt niet in te zien waarom er onder die omstandigheden sprake zou zijn van een zo ingrijpende wijziging dat opnieuw advies van de Raad van State had moeten worden gevraagd.

Meldingen

In de nota van wijziging is ervoor gekozen ter uitvoering van aan de Tweede Kamer gedane toezeggingen de meldingsplicht voor zorgaanbieders bij de IGZ uit te breiden met het «ontslag» van disfunctionerende zorgverleners. Deze niet ingrijpende, maar daarom niet minder belangrijke wijziging moet het de IGZ mogelijk maken toe te zien op het verdere verloop wat betreft de werkzaamheid van de zorgverlener en eventueel maatregelen te treffen.

Met de totstandkoming van de Kwaliteitswet zorginstellingen is het toezicht van de IGZ en ook de andere rijkstoezichthouders vorm gegeven met – risicogebaseerd – systeemtoezicht. Dat doet recht aan eigen verantwoordelijkheden van instellingen en burgers om regels en wetten na te leven. Dit externe toezicht sluit aan op interne controle en horizontale (publieke) verantwoording waarbij de IGZ opzet, reikwijdte en werking van (kwaliteits)systemen bij organisaties vaststelt. Bij risicogebaseerd systeemtoezicht maakt de IGZ onder andere gebruik van klachten van burgers en ondertoezichtstaanden zoals meldingen van structureel en/of ernstig tekortschietende kwaliteit van zorg. Zij behandelt deze niet als klacht, maar als signaal dat er iets niet pluis is. Systeemtoezicht maakt het mogelijk de schaarse overheidsmiddelen gericht in te zetten op risico's. Dit strookt met de uitgangspunten van de Kaderstellende Visie op Toezicht-II «Minder last, meer effect/Zes principes van goed toezicht»¹.

In het verlengde van de aanvulling van de meldingsregeling (met ontslag wegens disfunctioneren) is het wenselijk geacht de toenemende onduidelijkheid omtrent de precieze taak van de IGZ bij het behandelen van meldingen zoveel mogelijk weg te nemen. Daarbij is aangesloten bij hetgeen sinds de invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen praktijk is en is neergelegd in de Leidraad meldingen IGZ. Daarbij is van de gelegenheid ook gebruik gemaakt om de regeling rond de bescherming van persoonsgegevens waarover de IGZ in het kader van meldingen de beschikking krijgt, in overeenstemming te brengen met de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Erkend zij dat deze wijzigingen belangrijk en omvangrijk zijn. Tegelijk zijn zij niet zo ingrijpend dat het inwinnen van een advies van de Afdeling advisering van de Raad van State aangewezen was, omdat het deels gaat om het op een meer adequaat niveau regelen van bestaande zaken en anderzijds om het in overeenstemming brengen van de wettelijke regeling met de bepalingen van de privacywetgeving. Om die reden is daarover wel het advies van het College bescherming persoonsgegevens gevraagd en een positief oordeel van dat college verkregen.

In de nota van wijziging is ten slotte de meldplicht bij seksueel misbruik vervangen door een meldplicht bij geweld van professionals in de zorgrelatie, welke seksueel misbruik omvat, en bepalingen inzake het hebben van een interne procedure die moet waarborgen dat de zorgaan-

¹ Kamerstukken II 2005/06, 27 831, nr. 15.

bieder zorgvuldig omgaat met gevallen van geweld bij de zorgverlening. Deze aanpassingen zijn opgenomen, enerzijds om te komen tot een zorgvuldige afbakening met de gelijktijdig in voorbereiding zijnde wettelijke regeling inzake een meldcode voor huiselijk geweld¹, en anderzijds om te komen tot een goede onderlinge afstemming op het wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg² (Baz), waarin regels zijn opgenomen inzake een gelijke meldplicht bij geweld in de AWBZ-zorg (ouderenmishandeling).

Verklaring omtrent het gedrag (VOG)

Ook de opname van de eis dat de zorgaanbieder van nieuwe medewerkers een verklaring het omtrent gedrag verlangt, kan moeilijk als een ingrijpende aanpassing van het wetsvoorstel worden aangemerkt. Het betreft in feite een aan de Tweede Kamer na de indiening van het wetsvoorstel toegezegde aanscherping en concretisering van de vergewisplicht zoals die was opgenomen in het aan de Raad van State voorgelegde oorspronkelijke voorstel. Deze aanscherping is bedoeld om onveilige situaties in de zorg zoveel mogelijk te voorkomen. De nota van wijziging kon op dit punt met een enkele bepaling volstaan omdat het systeem van de VOG is geregeld in de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens.

Andere wijzigingen

De overige wijzigingen zijn, hoewel groot in omvang, overwegend technisch van aard. Om die reden zijn ook deze niet als ingrijpende wijzigingen te zien. Opgemerkt zij dat deze bepalingen, wat betreft de zgn. samenloopbepalingen, afhankelijk van het verloop van de verschillende wetgevingsprocessen, mogelijk in een latere fase nog verder moeten worden aangepast.

Tot slot zij nog vermeld dat de wijzigingen die betrekking hebben op meldingen en de VOG in nagenoeg ongewijzigde vorm ook onderdeel uitmaken van het wetsvoorstel Baz, waarover uiteraard wel het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State is gevraagd. Zoals uit het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State over dat wetsvoorstel moge blijken, gaven de bedoelde bepalingen de Afdeling geen aanleiding tot het maken van opmerkingen die aanleiding zouden moeten vormen voor het nader overwegen van de in onderhavig wetsvoorstel ter zake opgenomen regels. Gelet op het voorgaande, ziet de regering ook geen aanleiding alsnog het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State te vragen over de aangebrachte wijzigingen.

De leden van de SP-fractie stellen voor de Wcz in te trekken en bestaande wetten te verbeteren.

De regering vindt dat geen goed idee. De regering heeft een boodschap met dit wetsvoorstel: in de zorg draait het om de cliënt. Die cliënt moet de zorg krijgen die hij nodig heeft, die bij hem past en van goede kwaliteit is. Door alle elementen die hiervoor van belang zijn in één wet te regelen, geeft de regering een duidelijk signaal af: cliënt, maak uw wensen en behoeften kenbaar en zorgaanbieder, vraag wat de cliënt wil en organiseer de zorg rondom de cliënt. Alle elementen uit het wetsvoorstel dragen bij aan dit doel en versterken elkaar. Een voorbeeld daarvan: als een recht duidelijker wordt geformuleerd, kan de cliënt gemakkelijker de naleving daarvan realiseren via de klachtenregeling. Andersom geldt: als de regeling voor klachten en geschillen laagdrempeliger en effectiever is, is er een extra stimulans voor zorgaanbieders om aan de rechten van

¹ Kamerstukken II 2011/12, 33 062.

² Kamerstukken II 2011/12, 33 109.

cliënten te voldoen. Goed bestuur, transparantie over kwaliteit, een zorgaanbieder die zelf de verantwoordelijkheid neemt voor de afhandeling van klachten en een goed ondersteunde en geïnformeerde cliëntenraad dragen allemaal bij aan goede zorg. Door dat allemaal in één wet te regelen, wordt dat beter zichtbaar en worden problemen als gevolg van verschillen in definities en reikwijdtes voorkomen.

Eén wet met in de titel «cliëntenrechten» maakt dat de cliëntenrechten gemakkelijker vindbaar zijn voor wie daarnaar op zoek gaat. De bestaande wetten zijn over het algemeen niet geformuleerd in termen van rechten van de cliënt, maar als plichten van de zorgaanbieder. In de WGBO zijn die plichten bovendien gekoppeld aan het sluiten van een geneeskundige behandelingsovereenkomst. Door het ontbreken van expliciete rechten en de koppeling aan een juridische constructie is in de praktijk niet helder welke rechten je hebt als cliënt jegens de zorgaanbieder. Die onzekerheid bij cliënten en het daarmee gepaard gaande ongewenste gedrag bij een deel van de zorgaanbieders blijven voortduren als de Wcz er niet komt.

De leden van de fractie van de SP vragen om een reactie op de kritiek van de heer Legemaate.

De heer Legemaate is van mening dat het onderscheid tussen individuele en collectieve patiëntenrechten, het onderscheid tussen verantwoordelijkheden van individuele beroepsbeoefenaren en instellingen en het onderscheid tussen inhoudelijke en procedurele aspecten in de bestaande wetgeving goed tot hun recht komen. Door deze ongelijksoortige elementen uit bestaande wetten samen te voegen zou een diffuus geheel ontstaan.

De regering is het daar niet mee eens. Voor de cliënt is samenhang in de zorg en in de regelgeving van belang. De onderscheiden die de heer Legemaate noemt, berusten op een bepaalde visie met betrekking tot de inrichting van wetgeving, maar zijn voor de cliënt niet echt van belang. De cliënt wil goede zorg die bij hem past. Daarbij heeft de regering oog voor de kwaliteit van de wetgeving: het onderscheid tussen individuele rechten voor de cliënt en randvoorwaarden voor goede zorg (door de heer Legemaate ten onrechte en verwarrend «collectieve patiëntenrechten» genoemd) wordt in de Wcz heel duidelijk gemaakt.

Alleen de individuele rechten voor de cliënt worden expliciet als rechten voor de cliënt geformuleerd, randvoorwaarden voor goede zorg worden als plichten voor de zorgaanbieder omschreven. In bijlage 2 bij de memorie van toelichting¹ zijn de beide categorieën inzichtelijk in beeld gebracht. In de Wcz is duidelijk dat de primaire verantwoordelijkheid voor naleving van de rechten van de cliënt en voor goede zorg ligt bij de zorgaanbieder. De zorgaanbieder moet zodanige afspraken maken met de individuele zorgverleners dat hij zijn verantwoordelijkheid kan waarmaken. De cliënt hoeft zich er dus niet om te bekommeren of hij de zorgverlener of de zorgaanbieder moet aanspreken; de zorgaanbieder ontspringt nooit de dans en moet ervoor zorgen dat de zorgverlener dat ook niet kan.

Alle regels tezamen, zowel inhoudelijke als procedurele regels, moeten leiden tot goede zorg. Voor zover de heer Legemaate zou menen dat sprake is van een ongewenste vermenging van privaat-, bestuurs- en strafrecht, is de regering het ook niet met hem eens. Al deze vormen van recht vullen elkaar juist aan. Zorgaanbieders moeten de rechten van cliënten naleven. Voor het afdwingen van die naleving is er een privaatrechtelijke weg (geschilleninstantie, burgerlijke rechter). Als er structurele problemen zijn in de kwaliteit van de zorg, is de IGZ aan zet en kunnen

¹ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 173.

bestuursrechtelijke middelen worden ingezet. Daarnaast kan strafrecht aan de orde zijn, bijvoorbeeld als sprake is van mishandeling. Ook is er nog tuchtrecht met het oog op de kwaliteit van de beroepsbeoefenaren. Het is heel gebruikelijk dat in wetgeving verschillende handhavingssystemen naast elkaar bestaan. Een voorbeeld daarvan is de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet big), die elementen van bestuursrecht, tuchtrecht en strafrecht bevat.

De leden van de SP-fractie vinden dat teveel wordt overgelaten aan veldpartijen. Zij vragen hoe dit de positie van de cliënt verbetert.

Het is eerst en vooral de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om de rechten van de cliënt na te leven en goede zorg te leveren. Dat is nu zo geregeld en blijft zo in de Wcz. Het is een illusie dat de overheid die verantwoordelijkheid zou kunnen of moeten overnemen. De overheid komt pas in beeld als de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg ernstig in gevaar komen. Als er bijvoorbeeld structurele of ernstige problemen zijn met de kwaliteit van de zorg of er is sprake van een calamiteit, mishandeling door medewerkers of ontslag wegens disfunctioneren, is de IGZ in beeld en onderneemt de IGZ actie waar dat passend is. Zo blijven de verantwoordelijkheden waar die horen en wordt voorkomen dat er grote aantallen ambtenaren noodzakelijk zijn om die verantwoordelijkheden over te nemen. De cliënt (of zijn vertegenwoordiger) kiest de zorgaanbieder die bij hem past en overlegt met de zorgaanbieder over de zorg die hem past en de zorgaanbieder op zijn beurt is ervoor verantwoordelijk om goede zorg te leveren en daarbij de rechten van de cliënt in acht te nemen.

De leden van de SP-fractie geven aan dat, door bijvoorbeeld de Wet toelating zorginstellingen af te schaffen, de Wcz zelfs de kwaliteit van zorg bedreigt. Zij wijzen daarbij op de liberalisering van de thuiszorg en de cowboys in de thuiszorg. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de regering een volledig overzicht kan geven van alle eisen waaraan een nieuwe toetreders moet voldoen en per eis op welke wijze ervoor gezorgd wordt dat nieuwe toetreders in de praktijk aan deze eisen zullen voldoen (toezicht en sanctiemogelijkheden). Daarnaast vragen zij of cliënten ook preventief beschermd worden tegen uitwassen en zij vragen naar de verhouding met het doel van de Wcz «het verbeteren en versterken van de cliëntenrechten». De leden van de CDA-fractie willen graag meer duidelijkheid wat er gebeurt wanneer de toelatingseis komt te vervallen en vragen waaraan verzekerde zorg precies wordt gekoppeld.

De kwaliteit van zorg wordt niet bedreigd door het intrekken van de Wtzi, omdat de waarborgen voor bestuurlijke transparantie die de toelating ingevolge de Wtzi biedt, nu door directe en te handhaven voorschriften in het wetsvoorstel zelf zijn geregeld. Op grond van artikel 43 Wcz zal er een openbaar register zijn met daarin de essentiële gegevens van alle zorgaanbieders in ons land. Dit register heeft een veel groter bereik dan de huidige lijsten van toegelaten instellingen. Bij inwerkingtreding van de Wcz komt de toelatingseis uit de Wtzi om deze redenen te vervallen. Het afschaffen van de Wtzi-toelating past in het beleid van de regering om voorafgaande vergunningen, waar dat mogelijk is, te vervangen door wettelijke eisen die altijd gelden en ook gehandhaafd worden. Dat betekent dat instellingen geen toelating meer nodig hebben om verzekerde zorg te kunnen leveren op grond van de AWBZ of Zorgverzekeringswet (Zvw). Anders dan de leden van de SP-fractie wellicht veronderstellen vindt bij de huidige aanvragen om een toelating overigens slechts een marginale toets plaats, die er in feite op neer komt dat wordt gekeken of de statuten in overeenstemming zijn met de wet. De huidige toelating

biedt derhalve geen enkele garantie op de kwaliteit van de te leveren zorg. In tegendeel, de toelating schept een schijnzekerheid.

De kwaliteit van zorg wordt niet bedreigd door het invoeren van de Wcz en het intrekken van de Wtzi. De wettelijke waarborgen voor kwaliteit van zorg en goed bestuur blijven dus gewoon bestaan, maar nu op wetsniveau. Dat is een veel beter systeem ter waarborging van de kwaliteit van zorg en ter bescherming van cliënten dan door middel van Wtzi-toelatingen. De Wcz beschermt die waarborgen zelfs nog aan. Uiteraard moeten alle zorgaanbieders, ook nieuwe toetreders, 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 intern toezicht, enquêterecht en toegang tot de Ondernemingskamer voor cliënten en transparantie van kwaliteit en maatschappelijke verantwoording. Daarnaast zijn nieuwe toetreders en bestaande zorgaanbieders gebonden aan alle eisen uit andere van toepassing zijnde wetten, met name de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet Big), de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv), de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

De IGZ ziet toe op de naleving van de Wcz, de Wet Big en de Wbmv. De IGZ besteedt in haar risicoanalyse aandacht aan nieuwe toetreders op de markt. Op basis hiervan beslist de IGZ welke zorgaanbieders een vragenlijst krijgen toegestuurd en op basis van de antwoorden gaat de IGZ na bij welke zorgaanbieders controle ter plaatse aan de orde is. Het Cbp ziet toe op de naleving van de Wbp, de NZa ziet toe op de naleving van de Wmg en de NMa op de naleving van de Mededingingswet. Alle toezichthouders beschikken over afdoende sanctiemogelijkheden om in te grijpen bij niet naleving van de wettelijke bepalingen. Zo kan de IGZ een bevel tot sluiting geven indien een zorgaanbieder niet voldoet aan de eisen van goede zorg.

Ook zorgverzekeraars hebben een rol bij het beoordelen van zorgaanbieders, inclusief nieuwkomers; zorgverzekeraars moeten inhoudelijk beoordelen of het – gezien het overige beschikbare aanbod – aantrekkelijk is om bij een zorgaanbieder zorg in te kopen, bijvoorbeeld omdat de kwaliteit beter is, of de zorg meer op maat of tegen een scherpere prijs wordt geleverd.

Naar aanleiding van de vraag van de leden van de CDA-fractie over een koppeling tussen de Wtzi en verzekerde zorg wordt opgemerkt dat op dit moment een toelating nodig is om verzekerde zorg te mogen leveren. Het hebben van een toelating verplicht niet tot het leveren van verzekerde zorg. Vervanging van de Wtzi door de Wcz verandert niets aan de wettelijke bepalingen over verzekerde zorg, omdat de eisen uit de Wtzi zijn overgenomen in de Wcz.

Via het Wcz-register ontstaat er een beter zicht op alle zorgaanbieders dan de huidige registraties – waaronder het Wtzi-toelatingenregister – bieden. 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. De Jaardocumenten Maatschappelijke Verantwoording (JMV) bieden ook een schat aan informatie. Iedere zorgaanbieder moet zich registreren in het Handelsregister. Een zorgaanbieder die dit nalaat, kan aangepakt worden op grond van de Handelsregisterwet. Ook de verantwoording door middel van een JMV kan op grond van de Wcz worden afgedwongen.

Gezien het bovenstaande, ziet de regering geen risico op de komst van «cowboys» in de zorg bij afschaffing van de Wtzi en inwerkingtreding van de Wcz.

DEEL I. DOEL EN HOOFDLIJNEN VAN HET WETSVOORSTEL

1. Doel en context van het wetsvoorstel

De leden van de PvdA-fractie vragen welke wetgeving voor latere aanbouw in aanmerking komt.

De regering heeft separate wetsvoorstellen ingediend dan wel in voorbereiding, die de Wcz zodanig wijzigen dat de volgende onderwerpen worden ondergebracht in de Wcz:

- Het wetsvoorstel dat de mogelijkheid creëert voor de aanbieders van intramurale curatieve zorg om winst uit te keren.
- Het wetsvoorstel voor het Kwaliteitsinstituut.
- Het wetsvoorstel dat waarborgen creëert voor elektronische gegevensuitwisseling.

Deze voorstellen worden om redenen van inhoudelijke samenhang ondergebracht in de Wcz. Dit of een volgend kabinet zou ervoor kunnen kiezen andere bestaande of nieuwe wetgeving aan de Wcz toe te voegen.

De leden van de ChristenUnie-fractie stellen dat de Wcz zorgt voor juridisering, hetgeen de kloof tussen zorgaanbieder en cliënt bevordert. De leden vragen hoe wordt voorkomen dat juridisering ten koste gaat van middelen die bestemd zijn voor de zorg en vragen hierbij een vergelijking met andere Europese landen te maken.

De regering kan niet ontkennen dat er in de samenleving sprake is van juridisering. De Wcz maakt onderdeel uit van die ontwikkeling in de samenleving: cliënten in de zorg krijgen expliciete rechten en kunnen de naleving daarvan afdwingen. Aan de ene kant bestaat er onvrede over deze ontwikkelingen, aan de andere kant ontkent niemand dat een versterking van de positie van de cliënt ten opzichte van de zorgaanbieder gewenst is. Aan de ene kant leveren de rechten van cliënten geen extra lasten op voor zorgaanbieders die al heel goed luisteren naar de cliënt. Aan de andere kant laten de houding en de zorg van sommige aanbieders nog te wensen over en voor die gevallen zijn de rechten en de verbetering van de afdwingbaarheid daarvan noodzakelijk. Ten tijde van de behandeling van het voorstel voor de WGBO bestond ook een grote vrees voor juridisering. Nu wordt de WGBO alom gezien als een goede wet en lijkt er geen juridisering als gevolg van die wet te zijn opgetreden. Zo zal ook de Wcz niet leiden tot juridisering. De rechterlijke macht wordt immers ontlast door de geschilleninstantie waarbij de zorgaanbieder verplicht is aangesloten. Deze geschilleninstantie is voor de cliënt een laagdrempelige, goedkope en snelle manier om genoegdoening te krijgen als dat nodig is. De openbaarheid van de uitspraken van de geschilleninstantie zal voor aanbieders een aanleiding zijn om onvrede of een klacht goed af te handelen. Daarmee wordt juridisering voorkomen. Overigens nemen de administratieve lasten als gevolg van de Wcz niet toe. Dat komt onder andere door het afschaffen van de Wtzi-toelating.

Voor de internationale vergelijking waar de leden van de fractie van de ChristenUnie naar vragen, zij verwezen naar het antwoord op de vragen van de leden van de VVD-fractie en de PVV-fractie in hoofdstuk 6.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen waarom solisten en kleinschalige zorgaanbieders gelijkgesteld worden met grote zorginstellingen. Zij ontlenen dit punt aan de kritiek van de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) en vragen om een reactie op deze bredere kritiek.

Solisten en kleinschalige zorgaanbieders worden niet gelijkgesteld met grote aanbieders. Vanzelfsprekend moeten alle zorgaanbieders de rechten van cliënten naleven, goede zorg leveren en transparant zijn over de kwaliteit van de zorg die zij leveren, daaraan doet de regering geen concessies. De cliënt kan goede redenen hebben om voor een solist, een kleine of een grote aanbieder te kiezen. In alle gevallen moet hij goede en passende zorg krijgen. Waar dat mogelijk en wenselijk is, wordt met schaalgrootte rekening gehouden. Zorgaanbieders met tien of minder zorgverleners hoeven:

- geen cliëntenraad te hebben;
- niet aan de eisen van goed bestuur te voldoen;
- geen verslag in te dienen over klachten, medezeggenschap of goed bestuur.

In dergelijke kleine organisaties is de afstand tussen bestuur en cliënt zo klein dat de regering vindt dat deze organisaties niet met bovenstaande eisen hoeven te worden belast.

Ook voor het overige is de regering het niet eens met de kritiek van de BoZ. De BoZ-partijen trekken fel van leer tegen de Wcz, hoewel zij aangeven te hechten aan een sterke positie van de cliënt. Terwijl de BoZ steeds hebben aangehaald dat er teveel wetten worden samengevoegd en ook nu nog van mening zijn dat voorkomen moet worden dat «alles op alles» moet wachten, stellen ze in hun position paper ten behoeve van de hoorzitting van 25 november 2011 dat de wetgeving nog te versnipperd blijft. Het is denkbaar hieruit af te leiden dat de regering dan ongeveer de juiste balans heeft gevonden. De BoZ stellen voor het gewijzigde wetsvoorstel aan de Raad van State voor te leggen. Hierop is al ingegaan in antwoord op vragen van de leden van de fracties van de PvdA en de ChristenUnie in het hoofdstuk Algemeen. In het hoofdstuk Algemeen is naar aanleiding van vragen van de leden van de PvdA-fractie uiteengezet waarom de regering juist wel meerwaarde ziet in het geheel. De BoZ vinden de professionele autonomie van de zorgverlener nu zo goed verzekerd dat de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder voor de kwaliteit in gevaar komt. Die verantwoordelijkheid zou ondubbelzinnig gewaarborgd moeten worden. Die verantwoordelijkheid is ook ondubbelzinnig gewaarborgd, onder andere in het eerste lid van artikel 2. Expliciet kan het niet. Het zou te ver voeren hier alle punten van BoZ langs te lopen, de hierboven besproken onderwerpen zijn de belangrijkste. Opmerkingen van BoZ over de WGBO en de Wmo komen terug in de vragen over die onderwerpen in de hoofdstukken 5 resp. 14.

De vraag van de leden van de PvdA-fractie over de Wmo wordt beantwoord in hoofdstuk 14. De vragen van deze leden over nieuwe toetreders en preventieve bescherming zijn beantwoord in het hoofdstuk Algemeen.

2. De cliënt centraal

De leden van de PVV-fractie vragen hoe valt te voorkomen dat een zorgaanbieder die een (medische) fout maakt, zich kan beroepen op gebreken bij het informeren aan de kant van de cliënt.

Het wetsvoorstel bevat in artikel 6 een algemene verplichting voor cliënten om de zorgaanbieder naar beste weten de inlichtingen en medewerking te verschaffen die deze nodig heeft om goede zorg te kunnen verlenen. Deze verplichting – in andere woorden een verplichting

om zich te gedragen zoals een goed zorgvrager betaamt – brengt tot uitdrukking dat het bij het verlenen van zorg gaat om een relatie waarin beide partijen een wezenlijke eigen rol en verantwoordelijkheid hebben.

Als de cliënt niet zorgvuldig wil of kan vertellen wat hem mankeert, kan de zorgverlener hem wellicht geen goede zorg verlenen. In het algemeen zal een cliënt die zorg inroept, naar beste weten aan de zorgverlener vertellen wat de aard van zijn probleem is. De zorgverlener, op zijn beurt, zal vanuit zijn professionaliteit en deskundigheid nadrukkelijk moeten doorvragen naar informatie die hij meent nodig te hebben en zo nodig zelf onderzoek moeten doen naar aanvullende informatie. Het blijft de verantwoordelijkheid van de zorgverlener om te beslissen of hij op grond van de beschikbare informatie op verantwoorde wijze zorg kan verlenen. Als hij meent dat dat niet het geval is, zal hij dat dan ook in beginsel achterwege kunnen en moeten laten, tenzij zich een situatie voordoet waarin hij met toestemming van de cliënt of, in noodgevallen, om ernstig nadeel voor de cliënt te voorkomen, zelfs zonder die toestemming onverwijld tot het verlenen van zorg meent te moeten overgaan. Het ligt in de rede dat de zorgverlener in voorkomend geval in het dossier aantekening maakt van zodanige omstandigheden en op die wijze transparant en controleerbaar vastlegt onder welke omstandigheden hij tot zijn afweging is gekomen. Indien de zorgverlener (bijv. doordat een dergelijke aantekening ontbreekt) niet kan aantonen dat hij zich heeft ingespannen om van de cliënt of anderszins de benodigde informatie te verkrijgen om zijn ingreep verantwoord te doen zijn, zal hij zich in het algemeen niet met succes kunnen disculperen door te verwijzen naar gebreken in de informatie van de kant van de cliënt. In elk geval zal niet elke tekortkoming in de medewerking of informatieverschaffing van de cliënt ertoe mogen leiden dat de cliënt de zorgaanbieder niet meer kan aanspreken wegens tekortkomingen in de nakoming van diens verplichtingen.

De leden van de CDA-fractie vragen wat de rol en verantwoordelijkheid is van de zorgverzekeraar in het zorgtraject, bijvoorbeeld wanneer een zorgaanbieder omvalt.

De rol en verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars zijn vastgelegd in de Zvw en de AWBZ. In deze wetten is onder andere geregeld dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben. Zoals in de brief «Waarborgen voor continuïteit van zorg»¹ is uiteengezet, hebben zij daarmee belang bij het garanderen van continuïteit van zorg. Zorgplicht houdt in dat zorgverzekeraars de zorg waaraan hun naturaverzekerden behoefte hebben, moeten (laten) leveren of vergoeden. Om zorg te (laten) leveren, moeten zij (behoudens situaties van overmacht) voldoende zorg beschikbaar hebben voor hun verzekerden. Dat doen zij door het inkopen van voldoende zorg.

Een zorgverzekeraar dient ervoor te zorgen dat hij vroegtijdig op de hoogte is van een mogelijk risico voor de continuïteit van zorg voor zijn verzekerden door in zijn contracten met zorgaanbieders afspraken op te nemen over het vroegtijdig melden van mogelijke risico's voor de continuïteit (de mogelijke niet nakoming van het contract door de zorgaanbieder).

Die risico's kunnen op financieel gebied liggen, maar ook kwalitatief van aard zijn. De verzekeraar bepaalt, samen met de aanbieder, zelf welke financiële en kwalitatieve indicatoren hij daarbij relevant vindt. Zo kunnen de verzekeraar en de aanbieder met elkaar in overleg treden over de nakoming van de afspraken. Ook kan de verzekeraar op tijd meedenken over mogelijke oplossingen wanneer zich problemen voordoen.

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

Een zorgverzekeraar moet daarnaast ook een proactief beleid voeren (terugvalplan) en voor ogen hebben welke stappen hij onderneemt om aan zijn zorgplicht te blijven voldoen na een signaal van een aanbieder. De NZa heeft dit als norm opgenomen in haar «Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw)»¹. De zorgkantoren moeten ook proactief maatregelen treffen als er signalen zijn dat de continuïteit van de zorg in het geding is. De NZa heeft dit opgenomen in het normenkader voor de uitvoering van de AWBZ in 2011² en houdt hier toezicht op.

In de brief «Waarborgen voor continuïteit van zorg» is helder geschetst wie waarvoor verantwoordelijk is. Door deze rolverdeling is de prikkel voor verzekeraars om afspraken te maken met aanbieders over vroegtijdige signalering groter geworden. Mochten deze afspraken desondanks niet (voldoende) van de grond komen, dan kan het nodig zijn dat de NZa alsnog regels stelt over in overeenkomsten op te nemen voorwaarden. De regering regelt dit met een aanpassing van de Wmg in het Wetsvoorstel continuïteit van zorg en aanscherpen procedures met het oog op kwaliteit en bereikbaarheid bij fusies. Dit wetsvoorstel zal naar verwachting voor het zomerreces bij de Tweede Kamer worden ingediend.

In artikel 114 van de Zvw is geregeld dat verzekerden geschillen over de uitvoering van de deze wet kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie. Daarvoor is er de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, die is ingesteld door de Nederlandse Patiënten- en Consumentenfederatie (NPCF) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en die een bindende uitspraak doet. Als een verzekerde het niet eens is met een beslissing van het zorgkantoor over de zorg die hij nodig heeft, kan hij daartegen op grond van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) een bezwaarschrift bij het zorgkantoor indienen; als het zorgkantoor in de bezwarenprocedure niet volledig aan dat bezwaar tegemoet wenst te komen, moet het zorgkantoor het advies van het College voor zorgverzekeringen inwinnen alvorens een beslissing te nemen. Als een verzekerde het niet eens is met de wijze waarop hij door een zorgkantoor wordt behandeld, kan hij daarover bij het zorgkantoor een klacht indienen. Daarna is hoger beroep bij de Centrale Raad van Beroep mogelijk.

De invloed van verzekerden op het beleid van zorgverzekeraars is geregeld in artikel 28 van de Zorgverzekeringswet. Dit artikel bepaalt dat de statuten van de zorgverzekeraar erin moeten voorzien dat verzekerden een redelijke mate van invloed hebben op het beleid van de verzekeraar. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de mate van invloed die verzekerden ten minste moeten hebben. De regering is voornemens met het wetsvoorstel dat de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars regelt, eenzelfde bepaling op te nemen in de AWBZ.

De leden van de CDA-fractie hebben behoefte aan nadere invulling van het begrip «goede zorgvrager».

Het Burgerlijk Wetboek kent op een aantal plaatsen bepalingen die een van beide partijen in een overeenkomst met een algemene formulering de verplichting opleggen zich te gedragen zoals een goed ... betaamt (vergelijk «goed werkgever» en «goed werknemer» in artikel 7:611 BW). Ook artikel 6, dat overeenkomt met artikel 7:452 BW, is zo'n bepaling. De bepaling geeft de zorgverlener een basis om de cliënt aan te spreken op het leveren van zijn bijdrage aan het proces van zorgverlening. Hoever die verplichting gaat, kan niet in algemene zin worden aangegeven. Dit zal afhangen van de omstandigheden en wordt beheerst door de eisen van redelijkheid en billijkheid. Daarbij speelt een rol wat naar algemeen

¹ NZa (2011) Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw): de reikwijdte van de zorgplicht in begrippen, verantwoordelijkheden en normen, Beleidsregel TH/BR-001.

² NZa (2011) Prestatiemeting AWBZ 2011: normenkader onderzoek uitvoering AWBZ.

heersende opvatting in de gegeven situatie in redelijkheid van de cliënt mag worden verwacht.

3. Noodzaak van verbetering van de positie van de cliënt

De fractieleden van het CDA vragen naar de wijze waarop mensen hun rechten kunnen uitoefenen als zij zich niet of onvoldoende kunnen uiten.

Uitgangspunt is het zelfbeschikkingsrecht van mensen. Cliënten hebben er recht op dat de zorg zo veel mogelijk wordt afgestemd op hun behoeften en mogelijkheden. Om cliënten de mogelijkheid te bieden dit te realiseren, is geregeld dat mensen recht hebben op informatie en inzage in het dossier en dat zorg slechts wordt verleend als zij daarvoor op basis van de verstrekte informatie toestemming hebben gegeven (informed consent). In artikel 4 van de Wcz wordt geregeld dat de zorgaanbieder, als mensen niet in staat zijn om deze rechten zelf «tot gelding te brengen», zijn verplichtingen op dit gebied nakomt jegens personen die de cliënt vertegenwoordigen. Zorgaanbieder en vertegenwoordiger dienen daarbij zoveel mogelijk de mening en normen en waarden van de cliënt zelf te betrekken.

Als iemand onverhoopt niet meer in staat is om toestemming te geven om zijn informatie over zijn situatie met anderen te delen, zoals gevraagd is door de leden van de CDA-fractie, dan is artikel 4, eerste lid, onder e, van toepassing. In die situatie dient de zorgaanbieder de verplichtingen na te komen jegens de echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de cliënt, of een ouder, kind, broer of zus.

De leden van de CDA-fractie hebben ook gevraagd in hoeverre de verstandelijk gehandicapte zelf zijn rechten kan uitoefenen. Zolang de cliënt zelf in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen te komen, gelden zijn rechten onverkort. Indien het gaat om kwesties waar dit niet op van toepassing is, dienen de vertegenwoordiger en de zorgaanbieder zo veel mogelijk de wensen en behoeften van de cliënt zelf te respecteren. Naar aanleiding van deze vraag is de regering tot de conclusie gekomen dat artikel 4, eerste lid, onderdeel d, op dit punt onvoldoende helder is. De zorgaanbieder moet zijn verplichtingen nakomen jegens de curator of mentor, als het gaat om kwesties waarin de cliënt zelf geen goede afweging kan maken van zijn belangen. In de bijgevoegde nota van wijziging wordt duidelijk gemaakt dat de verplichting jegens curator of mentor wordt nagekomen indien en voor zover de cliënt niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake. Dezelfde aanpassing zal in de Baz worden aangebracht.

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben gevraagd naar de informatierechten van mensen die zelf niet goed kunnen communiceren.

Ook in gevallen waar de communicatie lastig is, geldt dat de zorgaanbieder de cliënt moet informeren, inzage moet geven in het dossier en om toestemming moet vragen. Deze toestemming moet gebaseerd zijn op voor de cliënt begrijpelijke informatie (artikel 14, eerste lid). Er mag in die gevallen dus sowieso een inspanning van de zorgaanbieder worden verwacht. Als de cliënt zijn naaste bij de zorgverlening betreft, dient de zorgaanbieder deze de benodigde informatie te verstrekken. Indien de tot een redelijke beoordeling van zijn belangen ter zake in staat zijnde cliënt echter weloverwogen zijn familie niet wenst te betrekken, dient dit te worden gerespecteerd en zal de zorgaanbieder zich ervoor moeten inspannen om de communicatie met de cliënt op andere wijze te onderhouden.

4. Oplossingen van de knelpunten

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen naar de wijze waarop de ervaringsdeskundigheid van patiënten is geborgd in het Kwaliteitsinstituut.

De wensen en behoeften van de cliënt dienen centraal te staan bij de behandeling van zijn ziekte of de wijze waarop de zorg wordt georganiseerd als hij daar levenslang van afhankelijk is. Daarom staat het cliëntenperspectief ook centraal bij het opstellen van de meerjarenagenda van het Kwaliteitsinstituut, het toetsingskader en de professionele standaarden die aan de hand daarvan door de veldpartijen, inclusief de cliënt zelf, ontwikkeld worden. Het betrekken van de inbreng van het cliëntenperspectief wordt geborgd doordat in het toetsingskader van het Kwaliteitsinstituut criteria zullen staan die toetsen of het cliëntenperspectief daadwerkelijk het uitgangspunt is van veldpartijen. Het centraal stellen van het cliëntenperspectief houdt in dat de cliëntpreferenties voor de ontwikkeling van de professionele standaard in beeld zijn gebracht, dat ervaringsdeskundigen op zodanige wijze bij de ontwikkeling van de professionele standaard zijn betrokken, dat de cliëntpreferenties ook zijn gehoord en dat eventueel afwijken van de inbreng van cliëntenorganisaties beargumenteerd moet worden. Ten slotte zal het Kwaliteitsinstituut de komende tijd onderzoeken op welke wijze cliënten en cliëntenorganisaties het beste betrokken kunnen worden bij de ontwikkeling van de standaarden.

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

De leden van de VVD-fractie vragen of er conflicten te verwachten zijn over wat de meest gunstige bepaling is voor de patiënt en hoe daar dan mee moet worden omgegaan.

Vooropgesteld zij dat de Wcz een ruimer toepassingsbereik heeft dan de WGBO: deze geldt ook voor de caresector en kent enkele bepalingen die niet voorkomen in de WGBO (artikel 21, informatie over incidenten, en artikel 23, inzagerecht voor nabestaanden). Derhalve zal de samenloop tussen de WGBO en de Wcz zich uitsluitend voordoen in de curesector. De regering ziet geen reden om te verwachten dat er conflicten zullen ontstaan over wat de voor de cliënt meest gunstige regeling is. Bovendien is met artikel 2 van de Wcz gewaarborgd dat in een overeenkomst tussen zorgaanbieder en cliënt niet ten nadele van de cliënt van de Wcz mag worden afgeweken (evenzo artikel 7:468 BW). De cliënt mag dus altijd verlangen dat de bepalingen van het wetsvoorstel als dat tot wet is verheven, moeten worden nageleefd. Als de zorgaanbieder zich jegens de cliënt houdt aan de Wcz en aan hetgeen hij eventueel nog specifiek met de cliënt is overeengekomen, mag hij er in het algemeen van uit gaan dat er geen problemen ontstaan.

De regering heeft niettemin gemeend te moeten voorzien in een samenloopbepaling (het bij nota van wijziging voorgestelde lid 5 van artikel 7:446 BW), omdat niet valt uit te sluiten dat de wettelijke normen van de Wcz anders worden ingevuld dan de normen van de WGBO. Dit is niet geheel denkbeeldig, omdat de bepalingen in de WGBO en Wcz niet altijd exact hetzelfde zijn geredigeerd. Hoewel de kans dat er van een uiteenlopende invulling sprake zal zijn gering is, moet hier toch rekening mee worden gehouden.

Indien de cliënt meent dat zich een situatie voordoet waarin van onverenigbaarheid van bepalingen sprake is, zal hij zich met een beroep op de samenloopbepaling tot de zorgaanbieder wenden. Indien de zorgaan-

bieder en de cliënt het eens worden, zal de zorgaanbieder dienovereenkomstig handelen. In het geval dat de zorgaanbieder en de cliënt het niet eens worden en de zorgaanbieder daarom niet bereid mocht zijn te handelen zoals de cliënt graag zou zien, kan de cliënt op grond van de Wcz daarover een klacht indienen bij de zorgaanbieder en bij een voor hem niet aanvaardbare uitkomst daarna eventueel de zaak voorleggen aan de geschilleninstantie die een voor beide partijen bindende uitspraak kan doen. Ook kan de cliënt desgewenst ervoor kiezen de zaak voor te leggen aan de burgerlijke rechter in plaats van aan de geschilleninstantie,

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre de rechten en plichten die de Wcz voor de zorgaanbieder kent, ook gelden voor de hoofdbehandelaar, de hulppersoon en de hulpzaak die de WGBO kent.

Omdat de WGBO en de Wcz elk een eigen, met de inrichting en aard van de regelgeving samenhangend begrippenkader kennen, is het noodzakelijk op beide begrippenkaders nader in te gaan alvorens de vragen van deze leden kunnen worden beantwoord. Daarbij zal helaas niet te ontkomen zijn aan een in hoge mate technisch-juridische beschrijving.

Het begrippenkader van de WGBO

De WGBO kent binnen dit kader alleen het begrip «hulpverlener» (artikel 7:446 lid 1 BW); de hulpverlener is de persoon of organisatie die met de patiënt de geneeskundige behandelingsovereenkomst heeft gesloten. De patiënt kan van die contractueel als wederpartij optredende hulpverlener naleving van zijn rechten verlangen. Soms valt die wederpartij samen met de natuurlijke persoon die persoonlijk de zorg verleent; in andere gevallen is die wederpartij een instelling of organisatie (rechtspersoon) die de met de patiënt overeengekomen zorg laat verlenen door personen die bij haar in dienst zijn of op een andere basis zorgwerkzaamheden voor haar verrichten. De WGBO kent geen aparte, specifieke aanduiding van de persoon die de hulp persoonlijk verleent, dus ook niet de door deze leden genoemde begrippen «hoofdbehandelaar» of «hulppersoon». Bij een hulpverlener die een natuurlijk persoon is, rusten de verplichtingen uit de overeenkomst op die persoon die ook de feitelijke zorg verleent. Bij een hulpverlener die een rechtspersoon is, rusten de verplichtingen uit de overeenkomst op die rechtspersoon. De rechtspersoon moet ervoor zorgen dat de degenen die voor hem de zorg verlenen zodanig werken, dat hij zijn verplichtingen nakomt.

Op grond van artikel 6:76 BW is de hulpverlener bij de uitvoering van de overeenkomst aansprakelijk voor gedragingen van personen van wier hulp hij gebruik maakt (de «hulppersoon») op gelijke wijze als voor eigen gedragingen. Artikel 6:77 BW regelt de aansprakelijkheid van de hulpverlener voor «hulpzaken». Indien deze hulpzaken niet deugdelijk zijn, is de hulpverlener daarvoor aansprakelijk.

Het begrippenkader van de Wcz

De Wcz hanteert, zoals de leden van de VVD-fractie opmerkten, het begrip «zorgaanbieder» als aanduiding van de persoon of instelling/organisatie op wie de wettelijke verplichtingen rusten en jegens wie de cliënt rechten heeft. De zorgaanbieder in de Wcz is de natuurlijke of rechtspersoon die in de uitoefening van een beroep of bedrijf zelf of met inschakeling van anderen zorg verleent respectievelijk doet verlenen.

De Wcz hanteert naast het begrip «zorgaanbieder» wel een afzonderlijk begrip («zorgverlener») voor de persoon die de zorg persoonlijk verleent. Voor die afzonderlijke definitie is gekozen omdat in een aantal bepalingen

regels zijn gesteld die betrekking hebben op het handelen van de zorgverlener en de regeling daardoor op een aantal plaatsen leesbaarder kon worden geredigeerd.

Het begrip «zorgverlener» speelt ook een rol bij de afbakening van het begrip zorgaanbieder. De Wcz kiest er met het oog op het versterken van de positie van de cliënten voor om, in geval er sprake is van een instelling (bijv. een ziekenhuis), die instelling als zorgaanbieder aan te merken, ook als die instelling de zorg niet uitsluitend doet verlenen door zorgverleners die bij haar in dienst zijn, maar ook door in het verband van die instelling werkende andere zorgaanbieders zoals vrijgevestigde medisch-specialisten. Deze medisch-specialisten zijn in dit geval zelf geen zorgaanbieder in het kader van de Wcz. In de Kwaliteitswet zorginstellingen is dat ook al zo geregeld.

De begrippenkaders van WGBO en Wcz vergeleken

De hulpverlener in de WGBO en de zorgaanbieder in de Wcz kunnen een persoon zijn of een organisatie. De begrippen «hulpverlener» uit de WGBO en «zorgaanbieder» uit de Wcz vallen samen, tenzij het gaat om een vrijgevestigd medisch-specialist die werkt in opdracht van de instelling. Deze zijn «hulpverlener» in de zin van de WGBO en «zorgverlener» in de zin van de Wcz. De arts in loondienst is geen «hulpverlener» in de zin van de WGBO, maar wel «zorgverlener» in de zin van de Wcz. De «zorgverlener» in de Wcz is altijd een persoon.

In de Wcz (artikel 5), waarin de centrale verplichting van de zorgaanbieder voor het leveren van goede zorg is vastgelegd, is expliciet tot uitdrukking gebracht dat de zorgaanbieder ook verantwoordelijk, en dus aansprakelijk, is voor de hulpzaken waarvan hij zich bedient. Dit is geen verschil met de WGBO, waarin de hulpverlener, voortvloeiend uit de gelaagde systematiek van het BW, aansprakelijk is voor hulpzaken.

Voor wie gelden de rechten en plichten uit de Wcz

Op basis van deze uiteenzetting omtrent de begrippenkaders van de WGBO en de Wcz, kan thans concreet worden ingegaan op de vraag van de leden van de VVD-fractie.

De rechten en plichten die de Wcz voor de zorgaanbieder kent, gelden in principe ook voor de hulpverlener in de WGBO. De hulpverlener in de WGBO is in veel gevallen immers dezelfde persoon of organisatie als de zorgaanbieder in de Wcz. Het begrip «hulpverlener» in de WGBO richt zich niet op de care-, maar blijft beperkt tot de curesector. In dat geval gelden voor diezelfde hulpverlener/zorgaanbieder zowel de verplichtingen van de Wcz als de verplichtingen van de WGBO (welke inhoudelijk overeenstemmen). In beide gevallen is die hulpverlener/zorgaanbieder ervoor verantwoordelijk dat de op hem rustende verplichtingen ook in acht worden genomen door allen die bij de zorgverlening zijn betrokken (dus ook eigen personeel, met inbegrip van hulppersonen, en onderaannemers en hun hulppersonen, en de gebruikte hulpzaken). De hulpverlener/zorgaanbieder is derhalve verantwoordelijk en aansprakelijk voor gebreken in zijn eigen handelen en gebreken in het handelen van de hulppersonen en van de hulpzaken waarvan hij zich bedient.

Een medisch-specialist die bijvoorbeeld in opdracht van een ziekenhuis zorg verleent is zelf geen zorgaanbieder in het kader van de Wcz; de Wcz-verplichtingen rusten dan op degene in wiens instelling hij als zorgverlener werkzaam is; die zorgaanbieder is op grond van artikel 2, tweede lid, van de Wcz gehouden met de zorgverlener een schriftelijke

overeenkomst te sluiten die waarborgt dat hij aan zijn wettelijke verplichtingen kan voldoen, en is op grond van de Wcz ook verantwoordelijk en dus aansprakelijk voor wat er eventueel fout gaat. De cliënt kan naar eigen keuze de zorgaanbieder aanspreken op grond van de Wcz of de hulpverlener en het ziekenhuis aanspreken op grond van de WGBO (artikel 7:453 respectievelijk 462 BW).

De leden van de PvdA-fractie stellen een vraag over de samenloop van de WGBO-regels met die van de hoofdstukken 2 en 3 van het wetsvoorstel.

Uit het antwoord op de vraag daarover van de leden van de VVD-fractie moge duidelijk zijn geworden dat de samenloop zich voordoet op alle in de WGBO geregelde bepalingen die ook in de Wcz zijn opgenomen. De samenloop beperkt zich derhalve tot de curesector. Die samenlopende bepalingen kennen materieel dezelfde inhoud, hetgeen de regering tot de overtuiging brengt dat de kans op conflicten over wat de voor de cliënt meest gunstige regeling is minimaal is.

Uit dat antwoord moge ook blijken hoe de regering zich voorstelt dat zaken in de praktijk op een voor zorgaanbieder en cliënt werkbare wijze zullen gaan. In het antwoord is ook aangegeven dat bij overeenkomst niet van de Wcz- en WGBO-bepalingen mag worden afgeweken ten nadele van de cliënt. Daarmee is evenwel niet gezegd dat zich nimmer een situatie kan voordoen waarin zou worden vastgesteld dat wordt geoordeeld dat een Wcz-bepaling en een WGBO-bepaling niet met elkaar verenigbaar zijn of dat de toepassing van beide zich niet verdraagt met de aard van de rechtsbetrekking tussen partijen. In dat geval zullen partijen dan wel in het uiterste geval de geschilleninstantie dan wel de rechter hebben vast te stellen welke bepaling de meest gunstige regeling voor patiënten/cliënten is.

Voorbeelden van zulke situaties zijn de regering op dit moment niet bekend. Ook de KNMG en de Boz hebben geen concrete voorbeelden aangereikt. Om tegenstrijdige bepalingen te voorkomen, is de bewaartermijn van dossiers in de WGBO aangepast aan die in de Wcz.

De leden van de PvdA-fractie vragen ook wat het naast elkaar bestaan van de bepalingen betekent voor de transparantie en overzichtelijkheid en wat de regering gaat doen om zoveel mogelijk duidelijkheid voor een zo groot mogelijke groep cliënten te bewerkstelligen.

Het is duidelijk dat het naast elkaar handhaven van nagenoeg gelijklopende wettelijke bepalingen die onder omstandigheden gelijktijdig op situaties van toepassing zijn, enige afbreuk doet aan de met de Wcz beoogde vergroting van transparantie en overzichtelijkheid van wetgeving. Anderzijds blijkt uit het voorgaande ook dat en waarom de regering dit naast elkaar bestaan verantwoord acht.

Uiteraard zal de regering in samenwerking met veldpartijen, die daar ook een eigen rol in hebben, zorgen voor voldoende communicatie, zodra het wetsvoorstel is aanvaard.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de regering de stelling van het Eerste Kamerlid Dupuis op de site van het blad Zorgvisie beoordeelt. Ook vragen zij of de Wcz, zoals die luidde voor de nota van wijziging, cliënten meer rechten en verdergaande claimrechten biedt en of de nota van wijziging invloed heeft op de verhouding claimrecht – schildrecht.

De regering heeft kennisgenomen van de zeer beknopte publicatie van 8 december 2011 op de website van Zorgvisie. Uit deze publicatie kan overigens niet worden opgemaakt uit welke bron de weergegeven citaten afkomstig zijn. De regering heeft met het oog op de beantwoording van de vragen van deze leden ook kennisgenomen van de tekst van een lezing, waarin mevrouw Dupuis¹ haar gedachten rond schildrecht en claimrecht uiteenzet.

In die lezing geeft mevrouw Dupuis een uiteenzetting over het schildrecht van de patiënt en het claimrecht. Mevrouw Dupuis merkt volstrekt terecht op dat uit het zelfbeschikkingsrecht voortvloeit het recht van de patiënt om een medische behandeling te weigeren. Zij signaleert dat naast het schildrecht een ander aspect van het zelfbeschikkingsrecht aan de orde is, waar mensen met een beroep op hun zelfbeschikkingsrecht een bepaalde medische behandeling claimen, ongeacht of die noodzakelijk of zinvol is. Anders dan de leden van de PvdA-fractie in navolging van de website van Zorgvisie uit de mond van mevrouw Dupuis lijken op te tekenen, spreekt mevrouw Dupuis in deze lezing niet uit «Zij kunnen een behandeling niet opeisen. Dat is aan de arts». De formulering in de lezing is genuanceerder: «Niet iedere patiënt kan alles aan behandeling eisen». Vervolgens wordt in uiterst zorgvuldige formuleringen geschetst dat het daarbij gaat om de vraag of in het kader van de gezondheidszorg medische ingrepen kunnen worden geëist door de patiënt. Zij wijst in dat verband op gepast gebruik, schaarsteproblematiek, het aanwezig zijn van een reële indicatie; ook moet de behandeling door de arts als zinvol en geëigend worden beschouwd. Ook is uiteraard van belang of een behandeling wel of niet behoort tot het in de ziektekostenverzekering gedekte pakket en zijn er moreel beladen ingrepen zoals abortus provocatus en euthanasie. Zij sluit die beschouwing – begrijpelijk in verband met het kader waarin de lezing plaatsvond – af met de stelling dat geen arts een moreel beladen ingreep behoeft te doen waar hij het in geweten niet mee eens is.

In de publicatie op de website van Zorgvisie is vermeld dat mevrouw Dupuis van oordeel is dat de Wcz «alleen maar tot verwarring» leidt als die wet naast de WGBO komt. De regering deelt dat standpunt niet. Het naast elkaar handhaven van nagenoeg gelijklopende wettelijke bepalingen die onder omstandigheden gelijktijdig op situaties van toepassing zijn, doet weliswaar enige afbreuk aan de met de Wcz beoogde vergroting van transparantie en overzichtelijkheid van wetgeving, maar leidt niet tot verwarring over de toepasselijke regels.

In de daarop volgende passage op de website schetst mevrouw Dupuis terecht dat het schildrecht van de WGBO betekent dat patiënten het recht hebben zich de dokter van het lijf te houden, maar dat zij geen claimrecht hebben; zij kunnen geen behandeling opeisen. Met hetgeen daarop volgt («De WGBO is een uitstekende wet») stemt de regering in. De Wcz beoogt niet iets af te doen aan het schildrecht van de cliënt of een claimrecht van de cliënt te realiseren. Noch met het oorspronkelijke wetsvoorstel, noch met het aangepaste wetsvoorstel, is voor het claimen van een behandeling een andere regeling dan de WGBO beoogd. Bepalend blijft de eis dat de zorgaanbieder (en zorgverlener) goede (verantwoorde) zorg levert; dit verzet zich tegen het leveren van zorg als daarvoor geen reële indicatie bestaat, zoals ook blijkt uit de definitie van «goede zorg» in artikel 5, eerste lid van de Wcz. Op dit punt leidt het naast elkaar bestaan van de WGBO en de hoofdstukken 2 en 3 van de Wcz naar ons oordeel niet tot verwarring.

De regering constateert voorts dat de mogelijke verwarring als gevolg van het naast elkaar bestaan van de WGBO en de hoofdstukken 2 en 3 van de Wcz slechts betrekking kan hebben op een onderdeel van het

¹ Stichting Medische Ethiek – Ratio recta constansque, lezing 2: Eigen keuzen van patiënten: schildrecht en claimrecht, Voorzitting gehouden op het lustrumsymposium van de Stichting Medische Ethiek, 29 november 2003 te Bunnik, Pro Vita Humana, 2004, 11, nr. 2, p. 56–58.

wetsvoorstel. Het wetsvoorstel bevat ook onmiskenbare verbeteringen voor cliënten en voor zorgaanbieders. De regering noemt in dit verband onder andere de versterking van en uitbreiding met enkele rechten, de uitbreiding van de rechten tot de caresector, de moderne regeling van klachtrecht, medezeggenschap en de geschillenregeling (zie ook het antwoord op de vragen van de leden van de PvdA-fractie in het hoofdstuk Algemeen). De regering heeft ervoor gekozen de WGBO-bepalingen naast de Wcz te laten bestaan en daarbij gehoor gegeven aan de verontruste geluiden in de kringen van de gezondheidsrechtelijke juristen en aan de in de Tweede Kamer bestaande ongerustheid, om zeker te stellen dat de bestaande jurisprudentie op de WGBO haar waarde zou kunnen behouden. De regering heeft er vertrouwen in dat zij in een zorgvuldige behandeling van het wetsvoorstel in goed overleg met de beide Kamers de levende twijfels kan wegnemen en tot een goede wet kan komen.

De leden van de CDA-fractie vragen naar de verhouding tussen de Wcz en het onlangs ingediende wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg (Baz). Ook vragen zij hoe de dwarsverbanden tussen beide wetten duidelijk worden voor de cliënt.

De Wcz is de algemene wettelijke regeling (lex generalis), waarin voor alle zorgcliënten de rechten jegens de zorgaanbieder zijn geregeld. De Wcz is dus van toepassing in alle situaties waarin zorg wordt verleend, ongeacht de situatie waarin dat gebeurt of de rechtsrelatie die daaraan ten grondslag ligt. Alle regels van de Wcz gelden dan ook altijd, tenzij in een andere wet expliciet afwijking mogelijk is gemaakt.

Voor enkele categorieën van situaties en cliënten kan niet met de algemene wettelijke regeling worden volstaan. Voor die situaties en ter bescherming van die cliënten moeten soms in een bijzondere wet (lex specialis) specifieke voor die groep geldende aanvullende wettelijke bepalingen worden gesteld; in enkele gevallen zijn ook bepalingen nodig die het mogelijk maken voor bepaalde cliënten af te wijken van de algemene wettelijke regeling.

De Baz beoogt, in aanvulling op de Wcz, een aantal specifieke beschermende maatregelen te treffen voor cliënten in de AWBZ-zorg, zoals de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische instellingen (Wet bopz) dat al doet voor de daarin bedoelde cliënten. Een dwarsverband bestaat o.a. tussen de in de Wcz (en de WGBO) vervatte bepalingen omtrent informed consent; de Wcz verplicht de zorgaanbieder in algemene zin om slechts die zorg te verlenen waarvoor de cliënt op basis van adequate informatie zijn toestemming heeft gegeven. De Baz vult deze algemene regeling aan met het voorschrift dat met cliënten die langer dan drie maanden verblijfszorg zullen ontvangen, in een zorgplan afspraken moeten worden vastgelegd over een aantal onderwerpen die van groot belang zijn voor het zoveel mogelijk kunnen uitoefenen van zeggenschap door de cliënt over de wijze waarop hij zijn leven in een instelling inricht.

Een ander dwarsverband is er waar de Wcz een algemene regeling kent met betrekking tot de behandeling van meldingen van burgers en anderen over misstanden in de zorg. De Baz kent een specifieke verdergaande regeling voor cliënten die AWBZ-zorg ontvangen. Dat wetsvoorstel legt vast dat deze cliënten meldingen kunnen doen van inbreuken op de in artikel 2 van het wetsvoorstel neergelegde rechten en de in het zorgplan vastgelegde afspraken, voor zover deze fysieke of psychische gezondheid van de cliënt (kunnen) schaden; de IGZ moet dergelijke meldingen vervolgens onderzoeken.

Voorts zijn in de Baz vooralsnog ook enkele bepalingen opgenomen welke ook in de Wcz zijn opgenomen. Dit betreft o.a. de verplichting voor zorgaanbieders om bij de IGZ melding te maken van geweld in de zorgrelatie en daarvoor de noodzakelijke procedures te treffen, alsmede het vereiste dat medewerkers in de zorg een VOG moeten overleggen. De reden daarvoor is dat deze bepalingen zo snel mogelijk in werking moeten kunnen treden: als de Baz eerder kracht van wet krijgt dan de Wcz, dan treden deze bepalingen voor de AWBZ-zorg alvast in werking.

Afhankelijk van de datum van inwerkingtreding van de beide wetsvoorstellen, zal in de communicatie rekening worden gehouden met de samenhang.

De leden van de CDA-fractie vragen of instellingen die meerdere soorten zorg leveren, uitvoeringsproblemen kunnen ondervinden bij invoering van de Wcz en de Baz.

Instellingen die meerdere soorten zorg leveren, moeten voor al die soorten zorg aan de Wcz voldoen. Indien zij ook zorg leveren waarop de Baz van toepassing is, moeten zij in zoverre ook aan de Baz voldoen. De regering ziet geen reden om te veronderstellen dat dit tot uitvoeringsproblemen kan leiden. Ook nu doet zich iets dergelijks al voor: naast de WGBO is in bepaalde gevallen bijvoorbeeld de Wet bopz van toepassing. Bij de inrichting van de beide wetsvoorstellen (Wcz en Baz) is gestreefd naar maximale afstemming van bepalingen. Binnen de instelling weet men goed voor welke groep cliënten, niet alleen met de Wcz, maar ook met de Baz rekening moet worden gehouden.

De leden van de CDA-fractie vragen of het wetsvoorstel voldoende tegemoet komt aan de verschillen tussen de veelal korte zorgrelaties in de curatieve zorg en de vaak langere, soms levenslange en levensbrede zorgrelaties in de langdurige zorg.

Naast (medische) zorg en verpleging worden in de langdurige zorg vooral ook ondersteuning en begeleiding aangeboden. Omdat cliënten langer in zorg zijn dan in de curatieve zorg, soms levenslang en levensbreed, zijn de samenspraak met en samenwerking tussen cliënt en zorgmedewerker, maar ook de omgangsvormen en bejegening, uitermate belangrijk. Dit vraagt inderdaad andere competenties van zorgmedewerkers dan in de curatieve zorg. Zorginstellingen in de langdurige zorg zullen dan ook een andere samenstelling van de beroepspopulatie en deskundigheden in huis hebben dan aanbieders in de curatieve zorg.

Voor cliënten die langere tijd afhankelijk zijn van zorg, is het veel belangrijker dat er duidelijke afspraken gemaakt worden over de invulling van de zorg en de wijze waarop dat wordt gedaan. Hierover zullen cliënt en zorgmedewerker met elkaar in gesprek moeten gaan om afspraken te maken. In dit gesprek kunnen wensen en (on)mogelijkheden van cliënten besproken worden en ook welke zorg en ondersteuning zorgmedewerkers moeten leveren om dat te realiseren. Deze afspraken dienen vastgelegd te worden in het zorgplan (voor elke zzp-geïndiceerde die langer dan 3 maanden in zorg is dient binnen 6 weken een zorgplan opgesteld te worden). Periodiek dienen de afspraken tussen cliënt en zorgmedewerker geëvalueerd te worden en indien nodig bijgesteld te worden. In het zorgplan kunnen ook afspraken gemaakt worden die afwijken van standaardregels in de desbetreffende instelling. Het maken van goede afspraken vraagt om een goede dialoog tussen cliënt en zorgverlener. In dat opzicht deelt de regering de mening van de leden van de CDA-fractie dat het begrip zorgrelatie ook kan zien op de menselijke relatie die tussen twee personen ontstaat. Respect en begrip zijn daarbij sleutelwoorden.

Artikel 14 van de Wcz gaat over het directe contact tussen cliënt en zorgverlener (het overleg over de zorg). Het wetsvoorstel Baz, dat een verbijzondering is van de algemene bepalingen in de Wcz, gaat nader in op de persoonlijke zorgrelatie en het zo stevig mogelijk positioneren van de cliënt daarin.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen naar de risico's van het naast elkaar bestaan van de WGBO, de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wcz.

Aan hetgeen hiervoor in antwoord op vragen van de fracties van de VVD en de PvdA reeds is gezegd over de samenloop tussen WGBO en Wcz, valt niets toe te voegen.

Wel wil de regering graag ingaan op de verhouding tussen de Zvw enerzijds en de Wcz (WGBO) anderzijds. De Zvw en de AWBZ regelen de relatie tussen de verzekeraar en de verzekerde. De Wcz regelt de relatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder.

In de verzekeringswetgeving is voor de burgers de toegankelijkheid van zorg geregeld door hen jegens een zorgverzekeraar recht te geven op zorg in natura (AWBZ en naturapolis Zvw) of op vergoeding van de voor zorg gemaakte kosten (restitutiepolis Zvw). De verzekerden hebben er recht op dat hun zorgverzekeraar die zorg voor hen inkoopt bij zorgaanbieders dan wel de kosten daarvan vergoedt.

Voor de restitutieverzekerde is er in de relatie met de zorgaanbieder geen verschil met de situatie waarin geen zorgverzekering bestaat; hij koopt zelf zijn zorg in, eventueel ook niet gedekte zorg; de verzekeraar heeft geen relatie met de zorgaanbieder. De Wcz en de WGBO regelen de rechten van cliënt respectievelijk patiënt jegens de zorgaanbieder.

Voor de naturaverzekerde is er wel een verschil. De zorgverzekeraar sluit, om zijn verplichtingen jegens de naturaverzekerde te kunnen waarmaken, met zorgaanbieders overeenkomsten, op grond waarvan deze – de verzekerde – zorg leveren aan de verzekerden van die zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar zal daarbij erop moeten letten dat de te contracteren aanbieders in alle opzichten aan de bestaande wetgeving (Wcz) voldoen en daarover zondig concrete extra afspraken met die zorgaanbieders maken. De verzekerden kunnen veelal kiezen uit meerdere aanbieders. Als zij een zorgaanbieder hebben gekozen, is die zorgaanbieder gehouden rechtstreeks jegens die verzekerde cliënt de Wcz na te leven. De cliënt kan die naleving afdwingen. Maar de cliënt kan, voor zover hij verzekerde zorg van de zorgaanbieder afneemt, bij ontevredenheid over de kwaliteit van de zorg of de wijze waarop de zorgaanbieder omgaat met zijn wettelijke rechten, op grond van zijn verzekeringsrechten natuurlijk ook de hulp van zijn zorgverzekeraar inroepen; de cliënt heeft in het kader van die verzekeringsrelatie immers recht op goede zorg. De zorgverzekeraar is ook contractspartij van de zorgaanbieder en kan deze aanspreken op het correct nakomen van zijn verplichtingen. Voor zover een cliënt met een naturaverzekering zorg die niet onder de verzekeringsdekking valt, van een zorgaanbieder wenst te betrekken, verkeert deze cliënt in dezelfde positie als bestaat wanneer er geen sociale ziektekostenverzekering bestaat. Zijn relatie met de zorgaanbieder wordt voor wat betreft de inhoud van de zorg uitsluitend beheerst door de Wcz.

De leden van de CDA-fractie vragen naar de nota naar aanleiding van het verslag van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg.

Zoals aangegeven in de antwoorden op Kamervragen over het luisteren naar zorgen en signalen van familie van ggz-patiënten¹, verwacht de

¹ Kamerstukken II 2011/12, Aanhangsel 1321.

regering de nota naar aanleiding van het verslag inzake de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg voor de zomer naar de Tweede Kamer te versturen.

6. Bestuurlijke handhaving

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre het mogelijk is voor cliënten in de curatieve zorg of extramurale AWBZ-zorg om direct naar de IGZ te stappen met ernstige klachten. Mocht dit niet mogelijk zijn, kunnen zij dan elders/bij een andere instantie terecht met deze signalen? Zo ja, wordt daar dan ook oog gehouden voor het bestaan van mogelijke structurele problemen? De leden van de PVV-fractie stellen dezelfde vraag, zij wensen de bepaling uit de Baz (voor de intramurale AWBZ-zorg) in dit wetsvoorstel uitgebreid te zien.

Alvorens in te gaan op de concrete vragen van de leden van de fracties van de VVD en de PVV, wordt eerst een schets gegeven van het algemene regime met betrekking tot de mogelijkheden voor cliënten om te zorgen dat hun rechten worden nageleefd.

De Wcz versterkt de rechtspositie van de cliënt in de zorg door diens rechten te formuleren in de wet en het gemakkelijker te maken om die rechten af te dwingen bij de zorgaanbieder. De regering hecht dan ook veel waarde aan de geschilleninstantie waartoe cliënten eenvoudig toegang hebben, die onafhankelijk is van de zorgaanbieder en die ook de bevoegdheid krijgt om schadevergoeding toe te kennen. Cliënten die een klacht hebben over hun zorgaanbieder of die slachtoffer zijn van een medische misser, moeten een laagdrempelige mogelijkheid hebben om genoegdoening te krijgen voor waar ze recht op hebben: goede zorg. Uiteraard wil de regering niet dat «het recht halen» een doel op zich wordt. De regering wijst in dit verband op de centrale rol en eigen verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder en op de klachtenfunctionaris. Deze functionaris heeft als taak te bemiddelen tussen cliënt en zorgaanbieder en waar mogelijk een potentieel geschil op te lossen. Zo kunnen formele klachten en onvrede over de maatregelen die de zorgaanbieder naar aanleiding daarvan treft wellicht worden voorkomen of vroegtijdig opgelost worden. Maar in die gevallen waar een oordeel van de onafhankelijke geschilleninstantie, eventueel gepaard gaand met schadevergoeding, op zijn plaats is, moet dit gemakkelijker dan nu het geval is, zijn te verkrijgen.

Ons rechtssysteem is zo ingericht dat schade moet worden gedragen door degene die deze schade lijdt (het «slachtoffer» kan zich hiervoor verzekeren), tenzij de schade is te wijten aan een ander. Of de schade is te wijten aan een ander, zal moeten worden vastgesteld door de rechter of een geschilleninstantie. Wanneer dit is vastgesteld, moet de schade door de veroorzaker worden gecompenseerd (de veroorzaker kan zich hiervoor verzekeren). Als partijen er onderling, al dan niet door toedoen van een verzekeraar, niet uitkomen, vergt het verkrijgen van een schadevergoeding dus een onafhankelijk oordeel van een rechter of een geschilleninstantie.

Er zijn ook landen waar dit anders geregeld is. Zo kennen de Scandinavische landen een zogeheten «no fault compensatiesysteem» voor slachtoffers met medische schade. Kenmerkend voor dit systeem is dat schuld en verwijtbaarheid niet hoeven te worden vastgesteld om een vergoeding toegekend te krijgen. Die vergoeding komt dan ten laste van de collectiviteit. Het simpele feit dat sprake is van schade, is al voldoende. Ook kenmerkend voor dit systeem is dat in mindere mate sprake is van maatwerk. Landen met een «no fault» systeem hebben voor de

vergoeding, kort samengevat, een pot geld ter beschikking van waaruit de schade wordt gecompenseerd. Dat schuld en verwijtbaarheid geen rol spelen in een dergelijk systeem, zorgt ervoor dat de ernst van de schade een ondergeschikte rol krijgt bij de toekenning van de vergoeding. Nadeel daarvan is dat er minder prikkels voor de veroorzakers van schade bestaan om zorgvuldig te handelen. Ook in Frankrijk is sprake van een «no fault compensatiesysteem». In Frankrijk is dit systeem zo ingericht dat een commissie een oordeel moet geven over de hoogte van de schade. Een patiëntvertegenwoordiger maakt deel uit van deze commissie. In het Franse systeem moet het slachtoffer ten minste 25% blijvende schade ondervinden, als gevolg van het voorval, voordat deze de klacht kan voorleggen aan de commissie en dus aanspraak kan maken op een vergoeding van zijn schade.

De regering hecht zeer aan het Nederlandse systeem waarin per geval wordt beoordeeld wie voor de schade aansprakelijk is voordat vergoeding wordt toegekend: met andere woorden maatwerk wordt geleverd. De regering verwijst in dit kader ook naar de brief van 10 oktober 2011¹, waarin het kabinetsstandpunt op een schadefonds wordt gegeven. Kort samengevat is dat standpunt dat in Nederland een goed sociaal vangnet bestaat, een goede regeling voor medische kosten die solidair wordt betaald en een onafhankelijk en toegankelijk rechtssysteem, waaraan de Wcz met de geschilleninstantie bijdraagt.

De regering wil dan ook voortbouwen op dit systeem en een passende vergoeding van relatief kleine schades makkelijker maken. Het Nederlandse aansprakelijkheidsrecht heeft als uitgangspunt: «wie stelt moet bewijzen.» De praktijk leert ons dat de bewijslast het grootste knelpunt is voor slachtoffers van medische schade. Met de verplichting voor zorgverleners om in het dossier aantekening te maken van incidenten neemt de regering dit knelpunt weg. Als namelijk blijkt dat van een incident in het dossier geen aantekening is gemaakt, dan is aantoonbaar dat het dossier niet compleet is en verschuift de bewijslast van de cliënt naar de zorgverlener. Het is dan niet langer aan de cliënt om aan te tonen dat de schade is veroorzaakt door het handelen van de zorgverlener, maar aan de zorgverlener om aan te tonen dat hij niet verantwoordelijk is voor de schade.

De Consumentenbond stelt voor een onafhankelijke kenniscommissie in te stellen die als het ware een second opinion uitvoert op de oorzaak van de onvrede die bij de cliënt is ontstaan tijdens de behandeling door de zorgverlener. De achterliggende gedachte van de Consumentenbond is dat de cliënt niet naar de geschilleninstantie stapt, terwijl dat nog niet nodig is. Dit om onnodige juridisering te voorkomen, aldus de Consumentenbond. De regering deelt deze gedachte van de Consumentenbond en verplicht zorgaanbieders dan ook tot het hebben van een klachtenfunctionaris. De klachtenfunctionaris kan door cliënt en zorgverlener in een vroeg stadium worden betrokken. Dit voorkomt dat onnodige escalatie plaatsvindt. Om ervoor te zorgen dat de klachtenfunctionaris wordt gezien als voldoende onafhankelijk van de zorgaanbieder, verschaft de regering de cliëntenraad of, als die er niet hoeft te zijn, een representatief te achten organisatie van cliënten met de Wcz een instemmingsrecht op de profielschets van deze functionaris.

De uitspraken van de geschilleninstantie zijn openbaar. Als die uitspraken wijzen op structurele problemen, dan komt de IGZ in actie. Uiteraard kan de geschilleninstantie ook aandacht van de IGZ vragen als zij meent dat klachten een structureel karakter hebben. De IGZ is echter geen klachteninstantie voor de afhandeling van individuele klachten, gericht op waarheidsvinding en individuele genoegdoening. Voor een uiteenzetting

¹ Kamerstukken II 2011/12, 31 765, nr. 52.

over de rol van de IGZ zij verwezen naar de brief hierover van 17 januari 2012¹.

Meldingen van de IGZ die individuele klachten betreffen en die de IGZ niet nader onderzoekt worden door de IGZ gebruikt als signalen over de kwaliteit van zorg, zodat in het algemeen belang, de kwaliteitsbewaking in het belang van alle burgers, door de IGZ kan worden opgetreden. De IGZ wijst burgers die zich met een individuele klacht tot haar wenden op hun wettelijk klachtrecht en de verschillende wegen die de burger kan bewandelen, al naar gelang het doel dat hij wil bereiken. Zo kan de IGZ verwijzen naar de klachtenfunctionaris, naar de geschilleninstantie, de tuchtrechter, civiele rechter of strafrechter.

Voor de meest kwetsbare groep cliënten is in de Baz een mogelijkheid gecreëerd om ernstige klachten te melden bij de IGZ, waarna de IGZ deze meldingen nader onderzoekt en zo nodig maatregelen treft. De leden van de fracties van de VVD en de PVV vragen waarom dit niet voor alle cliënten mogelijk wordt gemaakt. Met de geschilleninstantie heeft de regering willen voorzien in een mogelijkheid voor cliënten om genoegdoening te krijgen of waarheidsvinding af te dwingen. Deze taak is bij de geschilleninstantie belegd en niet daarbovenop nog eens bij de IGZ. De IGZ ontvangt de klacht en zal deze onderzoeken als er aanleiding is om te veronderstellen dat de veiligheid van de cliënt of van de zorg in gevaar is.

De leden van de SP-fractie vragen of de IGZ of een andere instantie controleert dat zij niet meer persoonsgegevens bewaart dan voor haar taak strikt noodzakelijk is.

De IGZ bewaart persoonsgegevens conform de geldende regelgeving en bewaart niet meer dan voor haar taak strikt noodzakelijk is. Het College bescherming persoonsgegevens (Cpb) ziet hierop toe.

De leden van de SP-fractie vragen hoe geregeld is dat bewoners van zorginstellingen met ernstige klachten bij de IGZ terecht kunnen.

De regering heeft op 5 december 2011 het wetsvoorstel Baz² ingediend. In artikel 5 van dit wetsvoorstel wordt geregeld dat cliënten van AWBZ-zorg zich tot de IGZ kunnen wenden wanneer:

- Er geen zorgplanbespreking plaatsvindt.
- In het zorgplan geen afspraken worden vastgelegd over de in het wetsvoorstel neergelegde onderwerpen.
- De afspraken in het zorgplan niet of onvoldoende worden nageleefd en daardoor de fysieke of psychische gezondheid van de cliënt wordt geschaad of kan worden geschaad.

De IGZ onderzoekt deze klachten en treft zo nodig maatregelen. De IGZ doet evenwel niet aan (plaatsvervangende) hulpverlening of genoegdoening namens de cliënt. Daarvoor verplicht de Wcz de zorgaanbieder tot het hebben van een klachtenfunctionaris en het aansluiten bij een geschilleninstantie. Wel grijpt zij in, in ernstige situaties, waar de kwaliteit en veiligheid van de zorg in het geding is of als de IGZ geen vertrouwen heeft in de wijze waarop de zorgaanbieder zijn verantwoordelijkheid neemt en omgaat met incidenten.

De leden van de ChristenUnie verzoeken om een nadere toelichting op de regeling rond meldingen bij de IGZ en vragen of en op welke wijze de IGZ is voorbereid op een vergroting van haar takenpakket.

Artikel 12 van de Wcz bevat een aantal verplichte meldingen bij de IGZ. Daarnaast ontvangt de IGZ onverplichte meldingen over misstanden. Met

¹ Kamerstukken II 2011/12, 33 149, nr. 1.

² Kamerstukken II 2011/12, 33 109.

de nota van wijziging is beter geregeld aan welke eisen deze meldingen moeten voldoen en hoe de IGZ omgaat met deze meldingen. Een uitgebreide toelichting is opgenomen in hoofdstuk II van de toelichting op de nota van wijziging¹.

Op basis van het Regeer- en het Gedoogakkoord is 10 miljoen euro vrijgemaakt voor het versterken van de handhavingscapaciteit van de IGZ. Met deze extra middelen verbetert de IGZ niet alleen haar handhaving (meer inspecties op de werkvloer, meer onaangekondigde bezoeken en de inzet van «*mystery guests*», maar verbetert ook haar incidententoezicht en het anders en gericht omgaan met ernstige klachten, waaronder begrepen de klachten op grond van artikel 5 van de Baz. Naar aanleiding van de nieuwe toezichtsvisie² is verder aangekondigd dat een externe commissie de organisatie van de IGZ zal doorlichten om te bezien of die solide genoeg is om de nieuwe taken en verwachtingen waar te maken.

De leden van de PVV-fractie vragen waarom de regering ervoor gekozen heeft om het College sanering zorginstellingen (CSZ) onder te brengen bij de NZa, welk effect dit heeft op de onafhankelijkheid en effectiviteit van het College en vragen wat voor de cliënt het beste is.

In het verslag³ hebben de leden van de VVD-fractie gevraagd of, nu niet langer saneringsbeslissingen nodig zijn in verband met een beperking of intrekking van een toelating, het niet in de rede ligt om de resterende taken van het CSZ onder te brengen bij de NZa. Mede naar aanleiding hiervan en van het advies van de Raad van State op dit punt, heeft de regering besloten het CSZ op te heffen en de resterende taken onder te brengen bij de NZa.

Daar komt bij:

- Het voornemen van de regering om de uitvoering van de huidige taak van het CSZ met betrekking tot artikel 18 Wtzi, artikel 67, vierde lid Wcz, te laten vervallen. Het vervallen van deze taak is opgenomen in het wetsvoorstel inzake regels over winstuitkering door zorgaanbieders van medisch-specialistische zorg⁴;
- Het voornemen van de regering de Wet ambulancevervoer – waarin het CSZ als uitvoerder van de saneringsregeling is aangewezen – te vervangen door een nieuwe wettelijke regeling, waarin geen saneringsregeling is opgenomen.

Er resteert dan slechts één taak van het CSZ: de uitvoering van de saneringsregeling op grond van de Wbmv; saneringstaken op grond van de Wbmv zijn echter in de praktijk tot dusver niet voorgekomen. De resterende taak rechtvaardigt niet het voortbestaan van een apart zelfstandig bestuursorgaan. Een klein zelfstandig bestuursorgaan zou te kwetsbaar zijn op het gebied van continuïteit en behoud van kennis/expertise.

De regering heeft daarom besloten de resterende taak van het CSZ met het oog op verdere stroomlijning van de taken van zelfstandige bestuursorganen op het terrein van de zorg te doen overgaan naar de NZa. Daarmee zal het aantal zelfstandige bestuursorganen in de zorg worden verminderd. Dit draagt bij aan de bestuurlijke vereenvoudiging die de regering voorstaat. Het draagt ook bij aan de effectiviteit van de uitvoering van de resterende taak van het CSZ, omdat de kwetsbaarheid op het gebied van continuïteit en behoud van kennis/expertise met betrekking tot de uitvoering van de desbetreffende taak vermindert.

¹ Kamerstukken II 2010/11, 32 402, nr. 7, p. 31 en volgende.

² Kamerstukken II 2011/12, 33 149, nr. 4.

³ Kamerstukken II 2010/11, 32 402, nr. 5.

⁴ Kamerstukken II 2011/12, 33 168, nrs. 1–4.

Het toezicht op het winstverbod en op ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering is momenteel op grond van de Wtzi een taak van de IGZ. Deze taken zijn voor de IGZ, gezien de hoofdmoot van haar taken, «een

vreemde eend in de bijt». Om die reden waren bij de indiening van het wetsvoorstel Wcz het toezicht op het winstverbod en op ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering toebedacht aan het CSZ. Op grond van bovenstaande overwegingen is besloten de resterende taak en deze beide taken te laten overgaan naar de NZa. In het verlengde daarvan gaat het NZa ook toezicht houden op het winstverbod en op ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering.

Het CSZ houdt dus op te bestaan als zelfstandig bestuursorgaan. De keuze voor de NZa als rechtsopvolger van het CSZ berust op de volgende overwegingen:

- Voor saneringsbeslissingen is kennis en expertise van bekostiging van zorgaanbieders noodzakelijk. De NZa is het zelfstandige bestuursorgaan dat beschikt over de meeste kennis en expertise op dit punt.
- Voor beslissingen op het terrein van toezicht op het winstverbod en ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering is kennis en expertise van bekostiging en boekhouding van zorgaanbieders noodzakelijk. Uit oogpunt van bundeling van kennis en expertise verdient het de voorkeur om deze taken bij de NZa te beleggen. De desbetreffende taken sluiten aan op het takenpakket van de NZa op het gebied van marktordening en toezicht.

De regering is van mening dat het op grond van de bovenstaande overwegingen beter is, uiteindelijk ook voor de cliënt, om de resterende taken van het CSZ te beleggen bij de NZa.

De leden van de CDA-fractie vragen of de verschillende rollen van de NZa goed met elkaar te combineren zijn. Zij vragen naar de combinatie van het maken van beleidsregels, het toezicht houden (marktmeester) en de nieuwe taken die voorheen aan het CSZ waren toebedacht. Zij vragen of het doorlichten van instellingen op verzoek van de minister van VWS – zoals de afgelopen jaren aan het CSZ gevraagd – een rol is die past bij de NZa.

Toezicht op het winstverbod en op ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering sluiten goed aan op het takenpakket van de NZa op het gebied van marktordening en toezicht. De regering ziet geen risico's in het combineren van deze taken. Integendeel, de taken kunnen elkaar zelfs onderling versterken.

De leden van de CDA-fractie noemen een fictief voorbeeld over steunverlening aan een instelling die jaren achtereen de bedrijfsvoering niet goed op orde heeft gehad en de aanbevelingen van de NZa niet heeft nageleefd. De regering heeft in de brief over waarborgen voor continuïteit van zorg van 27 april 2011 aangegeven dat bij een dreigend faillissement betrokken partijen zelf aan zet zijn om tot een oplossing te komen. Pas in een uiterste geval, wanneer de zorgverzekeraar heeft aangetoond niet meer aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen, komt de overheid in beeld om de continuïteit van cruciale zorgfuncties te garanderen. Over het algemeen zal er dan een nieuwe rechtspersoon worden opgericht die de cruciale zorg doorlevert, wanneer er zich na een faillissement van de aanbieder van die zorg geen enkele aanbieder meldt die deze zorg wil overnemen. De beleidslijn uit de brief «Waarborgen voor continuïteit van zorg»¹ heeft ook tot gevolg dat de overheid niet meer zoals in het verleden opdracht geeft tot het doorlichten van instellingen. Dat is voortaan de verantwoordelijkheid van de betrokken partijen zelf. De NZa zal dergelijk onderzoek dan ook niet uitvoeren.

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

De leden van de SP-fractie vragen naar de overdracht van taken van het CSZ naar de NZa. De regering noemt als één van de overwegingen dat kennis en expertise aanwezig moet zijn van bekostiging van zorgaanbieders. De leden van de SP-fractie vragen waarom het CSZ voorheen deze taken had, als het de benodigde kennis niet in huis had.

Het CSZ heeft de benodigde kennis van bekostiging van zorgaanbieders in huis en huurt – indien nodig – aanvullende kennis in (de gemachtigden van het CSZ).

De leden van de SP-fractie vragen of het College bouw zorginstellingen blijft voortbestaan indien de Wcz niet zal worden ingevoerd.

Het opheffen van het College bouw zorginstellingen (CBZ) moet bij wet geregeld worden; dat geschiedt door het intrekken van de Wtzi. Indien de Wcz niet tot stand mocht komen, zal de opheffing van het CBZ in een andere wet opgenomen moeten worden.

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

7. Reikwijdte van de rechten en plichten

De leden van de fractie van de VVD vragen of de regering het ermee eens is dat cliënten met een pgb of een vergoedingsregeling en aanbieders die zorg verlenen in het kader van een pgb of vergoedingsregeling niet onder de Wcz vallen. De leden van de PvdA-fractie vragen wanneer de hand- en spandiensten van de buurvrouw onder de Wcz vallen.

Uitgangspunt van de Wcz is de bescherming van de cliënt. De cliënt die zelf een zorgverlener inschakelt valt in zijn rol van opdrachtgever aan een zelfstandige zonder personeel niet onder de regels die op grond van de Wcz gelden voor zorgaanbieders. De zelfstandige zonder personeel die beroepsmatig zorg levert en daarvoor wordt betaald met middelen uit een pgb of uit de vergoedingsregeling of door de cliënt zelf, valt als zorgaanbieder wel onder de Wcz. Juist omdat het gaat om de bescherming van de cliënt moeten de cliëntenrechten altijd gerespecteerd worden en moet altijd goede zorg geleverd worden, ongeacht de financiering van de zorg. Of het nu gaat om verzekerde zorg of zorg die de cliënt zelf betaalt (al dan niet uit een pgb of uit de vergoedingsregeling), degene die beroepsmatig zorg levert, moet de eisen van de Wcz in acht nemen. Dat houdt onder andere in dat zo iemand goede zorg moet leveren, een dossier moet bijhouden, transparant moet zijn over de kwaliteit van de zorg en aangesloten moet zijn bij een geschilleninstantie.

Hierbij is meteen de vraag van de leden van de PvdA-fractie aan de orde: iemand is alleen zorgaanbieder als hij beroepsmatig zorg aanbiedt. De buurvrouw die hand- en spandiensten verricht, is dus geen zorgaanbieder. Ook niet als zij toevallig een opleiding in de zorg heeft genoten, maar de werkzaamheden doet als buurvrouw. Opleiding, aantallen uren, betaling en aard van de zorg zijn niet doorslaggevend. Het is van belang hoe de zorgverlener zich afficheert: verleent hij (veelal: zij) de zorg beroepsmatig als verzorgende, of als mantelzorger. Een pgb-houder of zijn vertegenwoordiger kiest er bewust voor zelf zorg in te kopen. Het is ook een bewuste keuze om een kennis in te schakelen (al dan niet met ervaring in de zorg) of een beroepskracht. Als de pgb-houder een kennis inschakelt, is het aan de pgb-houder of zijn vertegenwoordiger en de mantelzorger om afspraken te maken over de zorg. Er kan bijvoorbeeld afgesproken worden dat de mantelzorger in een schriftje de belangrijkste wetenswaardigheden van de dag opschrijft voor de vertegenwoordiger. Iemand die in zijn eentje

zorg verleent aan een cliënt die die zorg financiert met een pgb, valt dus alleen onder de Wcz als hij die zorg beroepsmatig verleent.

Overigens gelden voor zelfstandigen zonder personeel die zorg verlenen die wordt gefinancierd uit een pgb of vergoedingsregeling of die door de cliënt zelf wordt betaald niet alle eisen van de Wcz (zie het antwoord op de vraag van de leden van de fractie van de ChristenUnie in hoofdstuk 1).

De leden van de PvdA-fractie vragen de regering aan te geven waarom zij er niet voor heeft gekozen de bescherming tegen alternatieve zorgaanbieders aan te scherpen en in de Wet Big vorm te geven.

De regering heeft er wel degelijk voor gekozen de bescherming tegen alternatieve zorgaanbieders aan te scherpen. Met artikel 5, tweede lid van de Wcz wordt geregeld dat de IGZ kan optreden als aanbieders van alternatieve behandelwijzen (solistisch werkenden en instellingen) zorg aanbieden die buiten noodzaak leidt tot schade of een aanmerkelijke kans op schade voor de gezondheid van de cliënt. Tot op dit moment is die mogelijkheid er niet voor de IGZ. Er staat wel een vergelijkbare bepaling in de Wet Big (artikel 96), maar daar gaat het om strafrechtelijk optreden tegen zorgverleners (individuele personen).

Afgezien van die strafrechtelijke bepaling is door de overheveling van de artikelen 40, eerste tot en met derde lid en artikel 87a en artikel 100a van de Wet Big naar de Wcz, alle bepalingen over het leveren van goede zorg (zowel door solistisch werkenden als door instellingen) en het publiekrechtelijk toezicht daarop door de IGZ gebundeld in de Wcz. Het is dan ook meer passend de bescherming van de cliënt tegen aanbieders van alternatieve behandelwijzen (individuele personen en instellingen) te regelen in de Wcz dan in de wet Big.

8. Recht op goede zorg

8.1 Afstemming tussen zorgaanbieders

De leden van de fractie van de ChristenUnie willen het recht op afstemming bij ketenzorg opnemen in de wet.

De regering heeft ervoor gekozen om afstemming van zorg tussen zorgverleners en tussen zorgaanbieders op te nemen in artikel 7 van de wet als een plicht voor de zorgaanbieders. De regering vindt dat afstemming een procesmatige randvoorwaarde is voor goede zorg. De cliënt heeft recht op goede zorg. De aanbieder is verplicht om te zorgen voor afstemming, opdat de cliënt goede zorg krijgt. In de Wcz hebben procesmatige randvoorwaarden de vorm van plichten voor zorgaanbieders, zoals bijvoorbeeld met betrekking tot de inrichting van de klachtenregeling of de eisen aan goed bestuur.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering bereid is de handreiking over samenwerking bij ketenzorg onderdeel van de wet te maken.

Het uitgangspunt van de regering is zelfregulering waar het kan en wettelijke regels als het moet. Het ontwikkelen van professionele standaarden op basis waarvan wordt ingevuld wat de (open) wettelijke norm van goede zorg inhoudt voor specifieke aandoeningen, vindt deze regering in de eerste plaats een taak voor het veld. Veldpartijen hebben in onderling overleg een handreiking voor de verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg opgesteld. De regering is blij met dat initiatief. Veldpartijen nemen daarmee de verantwoordelijkheid die ze

hebben voor het leveren van goede zorg serieus. De genoemde handreiking vult de (open) wettelijke norm in van afstemming binnen en tussen zorgaanbieders. Daardoor is een afzonderlijke wettelijke regeling van samenwerking bij ketenzorg niet nodig.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe een cliënt afstemming kan afdwingen bij ketenzorg, al dan niet via de cliëntenraad.

De cliënt kan afdwingen dat hij goede zorg krijgt. Zorg is pas goed als de betrokken zorgverleners en zorgaanbieders die onderling hebben afgestemd. Uiteraard is het uitgangspunt dat zorgverleners en zorgaanbieders met elkaar afstemmen als zij aan elkaar gerelateerde zorg leveren aan één cliënt. Zij moeten dat doen, ook zonder dat de cliënt daarom vraagt. In het merendeel van de gevallen zal dat ook gewoon gebeuren. Mocht daarover onduidelijkheid bestaan bij de cliënt of krijgt de cliënt tegenstrijdige adviezen, dan kan hij dat met de betrokken zorgverleners bespreken. Dat zal veelal afdoende zijn voor het verkrijgen van afgestemde zorg. Als dat niet leidt tot een oplossing, kan de cliënt de klacht bespreken met een klachtenfunctionaris en eventueel een klacht indienen bij één of meer zorgaanbieders. Die zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor een goede afhandeling van de klacht. Handelen één of meer zorgaanbieders de klacht niet naar tevredenheid van de cliënt af, dan kan de cliënt zich wenden tot de geschilleninstantie die een bindende uitspraak doet. Uiteraard kan de cliënt ook kiezen voor een procedure bij de civiele rechter. De IGZ tenslotte zal bij het toezicht op de naleving van de plicht van de zorgaanbieder om goede zorg te leveren het aspect van de afstemming betrekken.

In het door de leden van de CDA-fractie genoemde voorbeeld van diabetes is sprake van een zorgstandaard. Cliënten kunnen van alle betrokken zorgaanbieders vragen dat zij handelen volgens deze standaard. In overleg met de cliënt kunnen zorgaanbieders gemotiveerd afwijken van de standaard. Als alle zorg in de keten geleverd wordt door een zorggroep die ook het contract met de verzekeraars sluit, is het voor de cliënt het meest eenvoudig. Dan spreekt hij de zorggroep aan. Bij problemen in de afstemming tussen zorgverleners uit verschillende losse organisaties is er de bovenstaande route van een gesprek met de betrokkenen, de klachtenregelingen van de aanbieders en eventueel de geschilleninstantie.

De cliëntenraad is er niet voor het afdwingen van individuele rechten. De cliëntenraad kan invloed uitoefenen op het beleid dat is gericht op het verlenen van goede zorg. De cliëntenraad kan op basis van gesprekken met individuele cliënten aandringen op een beleidswijziging, maar hoeft niet op te treden bij individuele problemen. Cliëntenorganisaties kunnen zich wel wenden tot de geschilleninstantie als er een belang dat zij behartigen, in het geding is. Dit wetsvoorstel schrijft geen cliëntenraad voor bij huisartsenzorg.

8.2 Meldplicht ontslag vanwege functioneren

De leden van de VVD-fractie hebben enkele vragen over de verplichte melding van het ontslag van disfunctionerende zorgverleners.

De Wcz, noch een andere wet, kent een verplichting voor ex-werkgevers, om aan mogelijke nieuwe werkgevers van ontslagen medewerkers informatie te geven omtrent het functioneren van die medewerkers of de redenen van hun ontslag. Ook de wetgeving inzake de bescherming van persoonsgegevens verzet zich tegen het verder verwerken (verstrekken

aan derden) van persoonsgegevens voor een ander doel dan waarvoor men die onder zich heeft (personeelsbeheer). Wel bestaat de mogelijkheid voor nieuwe werkgevers om met instemming van betrokkene referenties in te winnen bij zijn vorige werkgever. De in de Wcz opgenomen vergewisplicht (artikel 2, vierde lid) impliceert dat de nieuwe werkgever zich inspanst om na te gaan of een nieuwe medewerker geschikt is te achten voor zijn functie. Ingevolge die inspanningsverplichting mag in elk geval van hem worden verlangd dat hij deze nieuwe medewerker vraagt goed te vinden dat referenties worden ingewonnen en dat hij, in geval betrokkene daar zonder goede gronden niet aan mee wenst te werken, daaruit de juiste conclusies trekt. Mede vanwege de noodzaak van transparantie is de Wet Big aangepast waardoor, behoudens de waarschuwing, de tuchtmaatregelen beter toegankelijk worden. Via deze weg kan de nieuwe werkgever inzicht krijgen in het vroegere functioneren van de Big-geregistreerde zorgverlener.

Mede omdat er geen verplichting voor oud-werkgevers bestaat om nieuwe werkgevers informatie te verstrekken, heeft de regering gemeend een wettelijke verplichting tot het melden van ontslag wegens disfunctioneren bij de overheid (IGZ), met inbegrip van de noodzakelijke persoonsgegevens, te moeten voorstellen. Daarmee wordt het mogelijk bij de zorgaanbieder na te gaan of er sprake is van een situatie waarin maatregelen moeten worden genomen om met gerichte acties jegens de zorgverlener of anderszins te voorkomen dat zich nieuwe medische missers of onveilige situaties voordoen. De gegevens die de IGZ in dit verband ontvangt, zijn niet zonder meer voor derden openbaar. In voorkomend geval zal op een verzoek om openbaarmaking met toepassing van de Wet openbaarheid van bestuur moeten worden beslist. Voor zover de melding van het ontslag uiteindelijk leidt tot een aanwijzing aan een zorgaanbieder, wordt daarvan met toepassing van de daarvoor geldende regels in bepaalde gevallen kennis gegeven op Internet.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom gekozen is voor de terminologie «wegens functioneren» in de meldplicht over beëindiging van een arbeidsovereenkomst of toelatingsovereenkomst met een onvoldoende functionerende medisch-specialist.

De gekozen formulering maakt duidelijk dat het vertrek van zorgverleners om andere redenen dan hun functioneren niet hoeft te worden gemeld. Gekozen is voor een meldplicht van «ontslag» wegens disfunctioneren van alle zorgverleners, niet alleen van medisch-specialisten. Er is voor gekozen om een dergelijke melding bij de IGZ pas verplicht te stellen bij «ontslag» wegens disfunctioneren en niet in alle gevallen waarin een interne procedure wordt gevolgd omdat er vermoedens zijn van disfunctioneren. In het laatste geval staat het disfunctioneren immers nog niet vast.

De formulering brengt tot uitdrukking dat het daarbij zowel gaat om de opzegging of niet-verlenging van een arbeidsovereenkomst als om vergelijkbaar handelen in geval met de zorgverlener een andersoortige overeenkomst is gesloten (bijvoorbeeld een toelatingsovereenkomst met een medisch-specialist). Het is daarbij niet van belang wie het initiatief tot het vertrek van de zorgverlener heeft genomen. Als een zorgverlener, wiens functioneren niet aan de eisen voldoet, zelf zijn relatie met een zorgaanbieder verbreekt om een «ontslag» door de zorgaanbieder te voorkomen, zal de zorgaanbieder dit derhalve toch moeten melden. In de bepaling is de neutrale term «wijze van functioneren» gebruikt om discussie te voorkomen over de vraag wanneer exact van disfunctioneren sprake is. De gekozen aanpak legt bij de zorgaanbieder de afweging of hij meent dat feitelijk het (dis)functioneren aanleiding was voor het vertrek.

De leden van de PvdA-fractie vragen van hoeveel medisch-specialisten de arbeids- of toelatingsovereenkomst jaarlijks beëindigd wordt «vanwege functioneren» en in hoeveel procent daarvan sprake is van direct gevaar voor de gezondheid van de patiënt. De leden van de PvdA-fractie vragen voorts in hoeveel gevallen sprake is van een andere voor de cliënt – niet schadelijke – oorzaak.

Omdat er nog geen meldplicht bestaat, is er nog geen zicht op de aantallen gevallen van «ontslag vanwege functioneren». Bij de berekening van de administratieve lasten is uitgegaan van een veronderstelling van 400 meldingen per jaar¹.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de rechtsbescherming van de medisch-specialist tegen onterechte melding bij de IGZ van ontslag wegens disfunctioneren. Ook vragen zij wie de melding kan inzien.

Op de tweede vraag is afdoende ingegaan in het antwoord op de vraag van de leden van de VVD-fractie over de toegankelijkheid van dergelijke informatie.

Op de kwestie van de bescherming wil ik hier graag nader ingaan. De vraag of sprake is van een situatie waarin het oordeel van de zorgaanbieder over het functioneren van een zorgverlener bepalend is geweest voor het beëindigen of niet voortzetten van de relatie met die zorgverlener, wordt in eerste instantie beantwoord door de zorgaanbieder. Los van de vraag of het initiatief tot niet voortzetten van de relatie van de kant van de zorgaanbieder of van de kant van de zorgverlener is gekomen, gaat het dan om situaties waarin partijen met elkaar in het kader van de reguliere contacten over het functioneren van gedachten zullen hebben gewisseld. Het zou niet zo moeten zijn dat een zorgaanbieder de relatie met een zorgverlener wegens onvrede over diens functioneren niet voortzet zonder dat die onvrede met betrokkene is besproken. De zorgaanbieder zal in die contacten, uit een oogpunt van zorgvuldigheid, ook aan de zorgverlener kenbaar moeten maken dat hij de situatie zodanig vindt dat hij op grond van de meldplicht de IGZ moet inschakelen. Als hij dat niet doet, zal hem licht het verwijt kunnen worden gemaakt onzorgvuldig te handelen.

Of sprake is van een verkeerde melding, hangt af van het handelen van de zorgaanbieder jegens de zorgverlener. De rechtsbescherming van de medisch-specialist tegen mogelijk onterechte meldingen zal in het licht van het voorgaande dan ook moeten worden gevonden in de sfeer van de contractuele relatie tussen zorgaanbieder en zorgverlener; zo nodig moet betrokkene de zorgaanbieder aanspreken op onrechtmatig handelen in deze. Na een melding van ontslag wegens functioneren gaat de IGZ altijd in gesprek met de zorgverlener en stelt een afsluitende brief of rapportage op. Het staat de zorgverlener op ieder moment vrij om, als hij van oordeel is dat de relatie met hem ten onrechte wordt verbroken of dat de zorgaanbieder het ontslag ten onrechte onder de meldplicht brengt, tegen dit handelen in het geweer te komen bij de burgerlijke rechter.

De leden van de CDA-fractie vragen of alleen disfunctioneren bij ontslag moet worden gemeld.

Het wetsvoorstel bevat allereerst de verplichting om een «ontslag» wegens disfunctioneren te melden. Artikel 12, tweede lid, voegt daaraan toe dat de zorgaanbieder en de zorgverlener ook verplicht zijn om na zo'n melding alle gegevens aan de IGZ te verstrekken die noodzakelijk zijn voor het goed beoordelen van de melding; het is denkbaar dat onder omstandigheden ook het melden van genomen maatregelen relevant wordt

¹ Kamerstukken II 2010/11, 32 402, nr. 7, p. 72.

geacht. Het hoofddoel van deze meldplicht is de IGZ in de gelegenheid te stellen na te gaan of het verantwoord is dat een ontslagen zorgverlener elders zonder meer zijn werkzaamheden voortzet of dat het wenselijk is dat deze tevoren bijvoorbeeld bepaalde maatregelen neemt (bijscholing, verslaving kwijtraken o.i.d.). Ook kan de IGZ door deze melding gericht toezicht uitoefenen indien betrokkene elders zijn werk voortzet. De gegevens die de IGZ in dit verband ontvangt, zijn weliswaar niet zonder meer voor derden openbaar, maar de IGZ zelf kan de kennis die zij door de melding heeft, uiteraard wel benutten voor het uitoefenen van gericht toezicht.

Het is, zoals de leden van de CDA-fractie aangeven, dus zeker denkbaar dat de IGZ, afhankelijk van de situatie, in bepaalde gevallen naar aanleiding van een melding voor haar onderzoek behoefte zal hebben aan informatie over hetgeen de zorgaanbieder of de zorgverlener zelf heeft ondernomen om het geconstateerde probleem weg te nemen. Die informatie moet op grond van het wetsvoorstel ook worden verschaft.

De leden van de CDA fractie vragen welk doel het dient als de IGZ de betrokken zorgverlener gaat vragen welke maatregelen deze neemt om het geconstateerde probleem weg te nemen en te vragen wat zijn plannen zijn met het voortzetten van zijn werkzaamheden elders. De leden van de CDA- fractie vragen voorts aan welke criteria de IGZ toetst of het geconstateerde probleem is verholpen en of het voortzetten van de werkzaamheden elders verantwoord is.

Aan disfunctioneren kunnen veel verschillende zaken ten grondslag liggen. Het ontslag bij een instelling houdt niet automatisch in dat de zorgverlener ongeschikt is voor het uitoefenen van het beroep. Het niet-functioneren zou kunnen samenhangen met de specifieke organisatorische context. Na de melding van een «ontslag wegens disfunctioneren» treedt de IGZ met de zorgaanbieder in overleg. Enerzijds om te achterhalen wat er precies is gebeurd en of er sprake is van mogelijke aantasting van de kwaliteit van de zorg. Anderzijds om van de zorgverlener te vernemen welke maatregelen deze zal nemen om het geconstateerde probleem weg te nemen en voorts wat de plannen van de zorgverlener zijn met betrekking tot het voortzetten van zijn werkzaamheden elders. Aldus kan de IGZ zorgvuldig toezien op het verdere verloop en besluiten nemen over eventueel te treffen maatregelen teneinde te kunnen bewerkstelligen dat veilige en goede zorg geboden wordt.

Het is overigens aan de rechter om vast te stellen of bijvoorbeeld het disfunctioneren dermate is dat doorhaling in het BIG-register aan de orde is. Weliswaar verplicht artikel 2, derde lid, van de Wcz de zorgaanbieder zich ervan te vergewissen dat de wijze waarop de beroepsbeoefenaar in het verleden heeft gefunctioneerd, in de weg staat aan een te sluiten overeenkomst, maar dat laat de mogelijkheid onverlet dat een disfunctionerende zorgverlener zijn werk als solistisch werkende zorgverlener (zorgaanbieder) voortzet.

De leden van SP fractie vragen wat verstaan wordt onder disfunctioneren en welke activiteiten de IGZ onderneemt bij de betrokken zorgverlener die ontslagen is. De leden van de SP fractie vragen voorts waarom is gekozen om een meldplicht van ontslag in te stellen voor alle zorgverleners die ontslagen worden vanwege functioneren en waar deze meldplicht wordt vormgegeven en hoe deze te bereiken is.

Bij nota van wijziging is in de Wcz een meldplicht bij ontslag wegens disfunctioneren geregeld. Voortaan zullen zorgaanbieders aan de IGZ melding moeten maken van het feit dat zij de overeenkomst met een

zorgverlener die voor hen werkt, hebben beëindigd of van voortzetting (verlenging) daarvan hebben afgezien wegens (dis)functioneren. Deze meldingen stellen de IGZ in staat toe te zien op de verdere activiteiten van de betrokken zorgverlener en zo nodig maatregelen te treffen zoals bijvoorbeeld het starten van een tuchtrechtelijke procedure. De IGZ heeft in het kader van haar toezichthoudende taak op basis van de KNMG-definitie van disfunctioneren, alsmede op basis van de tuchtnorm (artikel 47 van de Wet big), de volgende «toezichtdefinitie» van disfunctioneren geformuleerd: het structureel tekort schieten (door handelen of nalaten) van een beroepsbeoefenaar in het leveren van verantwoorde zorg waardoor een patiënt of de patiëntenzorg wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad¹.

De meldplicht heeft betrekking op het ontslag van alle zorgverleners. De regering zag geen aanleiding onderscheid te maken tussen verschillende categorieën van zorgverleners, bijvoorbeeld beroepsbeoefenaren in de zin van de Wet big en overige zorgverleners, zorgverleners in de curatieve dan wel langdurige zorg of zorgverleners in loondienst of anderszins werkend in opdracht van een zorgaanbieder. De meldplicht heeft de vorm van een meldplicht bij de IGZ, net als de meldplicht voor calamiteiten en geweld in de zorgrelatie. Op het ten onrechte niet melden van ontslag wegens functioneren staat een bestuurlijke boete.

8.3 Meldplicht calamiteiten en geweld in de zorgrelatie

De leden van de VVD-fractie pleiten voor een meldplicht voor professionals bij alle vormen van geweld, dus ook voor mishandeling door familie. Ook pleiten zij voor strengere straffen wanneer er sprake is van mishandeling in afhankelijkheidsrelaties. Ten slotte willen genoemde leden dat niet het slachtoffer naar een andere locatie wordt gebracht uit bescherming, maar dat de dader aangepakt wordt.

De regering kiest bewust voor een verplichte meldcode voor geweld in huiselijke kring om de volgende redenen:

- Een verplichte meldcode voor geweld in huiselijke kring is bewezen effectief. Uit onderzoek² blijkt dat een meldcode meer kwalitatief goede meldingen oplevert en de handelingsverlegenheid doorbreekt. Ervaringen met een meldplicht in het buitenland (Zweden en Australië) leveren geen bewijs dat een wettelijke meldplicht leidt tot het terugdringen van geweld en mishandeling. Verder sluit een verplichte meldcode beter dan een meldplicht aan bij de autonomie van de professional om goede zorg en ondersteuning te leveren.
- Een meldcode regelt niet alleen de melding, maar – even zo belangrijk – de verantwoordelijkheid die een professional heeft vóór en na een eventuele melding. Bovendien zullen mensen minder snel hulp zoeken bij geweld in huiselijke kring als zij weten dat een professional of vrijwilliger verplicht is om vermoedens te melden.
- Ten slotte veroorzaakt een verplichte meldcode minder administratieve lasten dan een meldplicht. Uit onderzoek³ blijkt dat in landen met een meldplicht 59% tot 79% van de meldingen ongegrond is. Dit leidt tot onnodige belasting van het systeem en onnodige, stigmatiserende onderzoeken.

¹ Interne IGZ-richtlijn omgaan met signalen over disfunctioneren van medisch specialisten d.d. 15 maart 2010. Bijlage bij Kamerstukken II 2009/10, 32123-XVI nr. 129.

² I. Doeven (2008) *Meldcodes kindermishandeling: beschikking, waardering, gebruik en scholing*. Amsterdam: Veldkamp. Bijlage bij Kamerstukken II 2007/08, 28 345, nr. 71.

³ Ministerie van Justitie (2008), *Meldplicht bij huiselijk geweld? Literatuurverkenning naar ervaringen met meldplicht in het buitenland*. Bijlage bij Kamerstukken II 2007/08, 28 345, nr. 71.

Voor geweld in de zorgrelatie kiest de regering wél voor een meldplicht. Wanneer medewerkers hun cliënten mishandelen, raakt dat ten diepste aan het goed functioneren van een instelling en daarmee aan de kwaliteit van de zorg en ondersteuning. Voorkomen moet worden dat instellingen uit vrees voor aantasting van hun goede naam afzien van het melden van gevallen. Daarom wordt er wel een meldplicht vastgelegd voor geweld in de zorgrelatie. Het bestuur van de zorgaanbieder is verantwoordelijk voor

de veiligheid van de cliënten. Hij moet maatregelen treffen om die veiligheid te borgen en daarom mishandeling door medewerkers of medecliënten melden bij de IGZ, zodat de IGZ kan onderzoeken of de zorgaanbieder voldoende maatregelen treft en eventueel ook zelf actie kan ondernemen. Om aan de meldplicht te kunnen voldoen en zorgvuldig en effectief beleid bij de aanbieder te bevorderen, moet er voor geweld in de zorgrelatie een interne procedure zijn, vergelijkbaar met de meldcode voor geweld in huiselijke kring.

Over het strenger straffen kan het volgende worden opgemerkt. Het op het gronddelict (zware) mishandeling gestelde strafmaximum biedt het openbaar ministerie (OM) en de rechter voldoende ruimte om bij de strafeis respectievelijk de straftoemeting rekening te houden met de kwetsbare positie van het slachtoffer. Deze kwetsbare positie wordt door het OM of de rechter – binnen het op mishandeling gestelde strafmaximum – meegewogen. Het strafmaximum van mishandeling is met ingang van 1 januari 2006 verhoogd van twee naar drie jaar en het strafmaximum van mishandeling met voorbedachten rade van drie naar vier jaar. Indien de mishandeling ernstige gevolgen heeft, komen nog hogere strafmaxima in beeld. Tot slot geven de leden van de VVD-fractie aan dat niet het slachtoffer naar een andere locatie moet worden gebracht, maar dat de dader moet worden aangepakt. Uitgangspunt van het regeringsbeleid is dat de eigen kracht en de positie van het slachtoffer moeten worden versterkt en de pleger moet worden aangepakt. In principe wordt dan ook de visie van de leden van de VVD-fractie onderschreven: niet het slachtoffer maar de pleger moet uit huis. Maar er schuilt achter geweld in afhankelijkheidsrelaties vaak een complexe werkelijkheid die om maatwerk per geval vraagt. Bijvoorbeeld als het gaat om ouderenmishandeling door een mantelzorger of medecliënt. Het uit huis plaatsen van de mantelzorger of de medecliënt is dan niet altijd de aangewezen weg, maar wel de eerste optie. Het belang van het slachtoffer moet voorop staan.

De leden van de VVD-fractie menen uit de toelichting bij de nota van wijziging te moeten opmaken dat de meldplicht in de Wcz in het kader van seksueel misbruik smaller is dan die in de Kwaliteitswet. Zij menen dat het melden van seksueel misbruik van de ene cliënt door de andere geen onderdeel meer uitmaakt van de meldplicht.

Dit moet op een misverstand berusten. De definitie van geweld in de zorgrelatie (artikel 1, eerste lid, onder j) leert dat ook geweld – en seksueel misbruik – van de kant van een andere cliënt onder die definitie vallen. In de toelichting bij de nota van wijziging (blz. 34, tweede alinea) is daar ook nader op ingegaan. De verwarring bij deze leden lijkt te worden veroorzaakt door een tekst aan het begin (tweede alinea) van het desbetreffende stuk toelichting (blz. 33), waar wordt aangegeven dat in de Beginselenwet zorginstellingen, zoals de beoogde naam van de Baz toen luidde, sprake is van een smallere reikwijdte van de meldplicht op dit punt. Die passage is intussen door de ontwikkelingen achterhaald. In het ingediende wetsvoorstel Baz is dezelfde definitie van geweld in de zorgrelatie opgenomen als in de Wcz, zodat ook in die wet geweld van cliënten jegens elkaar onder de meldplicht valt. Het spijt de regering dat door deze ontwikkeling in de gedachtevorming een misverstand is ontstaan.

De leden van de SP-fractie vragen wat wordt verstaan onder mishandeling door de zorgverlener.

Het wetsvoorstel kent geen afzonderlijk begrip mishandeling; het wetsvoorstel hanteert, net als het wetsvoorstel Baz, de term «geweld in de zorgrelatie». Die term is mede gekozen om te voorkomen dat het idee zou

ontstaan dat slechts melding moet plaatsvinden als er sprake is van mishandeling in de zin van het Wetboek van Strafrecht. Of daarvan sprake is, kan slechts worden beoordeeld door het OM en de rechter, al zal geweld in de zorgrelatie in veel gevallen waarschijnlijk tevens mishandeling in strafrechtelijke zin opleveren.

De term geweld in de zorgrelatie omvat naast seksueel misbruik elke andere vorm van lichamelijk, geestelijk of seksueel geweld – of bedreiging daarmee – tegenover een cliënt, ongeacht of dit geweld wordt uitgeoefend door een professional die voor de zorgaanbieder werkt of door een medecliënt. Het gaat om alle situaties waarin een professional actief of passief aan de cliënt een voor deze bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard opdringt, waardoor ernstige schade in de vorm van fysiek of psychisch letsel aan de cliënt wordt of dreigt te worden berokkend.

De leden van de PVV-fractie vragen of de regering bereid is in de Wcz een meldplicht op te nemen voor zorgverleners die een professional een fout zien maken.

Omdat deze leden bij hun vraag in het midden laten of zij doelen op een verplichte melding bij de IGZ dan wel bij de zorgaanbieder voor wie de zorgverlener werkzaam is, zal op beide aspecten worden ingegaan. Ook laten deze leden in het midden of zij denken aan een meldplicht naast die van de zorgaanbieder of in plaats van die van de zorgaanbieder. De regering heeft in het wetsvoorstel onderscheid gemaakt tussen zaken die van zo groot belang zijn dat daarvoor een melding bij de IGZ dient plaats te vinden en zaken waaraan binnen de instelling aandacht moet worden geschonken. Daarnaast regelt het wetsvoorstel welke zaken aan de cliënt niet mogen worden onthouden.

Incidenten

De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het leveren van zorg van goede kwaliteit. Het wetsvoorstel verplicht zorgaanbieders in verband daarmee ook te zorgen voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg (artikel 10). Daartoe moet de zorgaanbieder systematisch gegevens registreren; dan gaat het om gegevens die beschikbaar komen door het zogenoemde Veilig incidenten melden (VIM). Deze interne registratie heeft betrekking op alle incidenten, dat wil zeggen: elke afwijking van de beoogde of verwachte gang van zaken; dit omvat dus, naast kleine en ernstige fouten, ook andere gevallen waarin zich zaken hebben voorgedaan die niet verwacht werden, ook als dat voor de cliënt nog niet direct merkbare gevolgen heeft gehad. De registratie van incidenten geeft de zorgaanbieder de gelegenheid zorgvuldig te onderzoeken wat er is gebeurd en op welke wijze en wat er verbeterd kan worden.

Artikel 2 van het wetsvoorstel verplicht de zorgaanbieders om met zorgverleners schriftelijke afspraken te maken die waarborgen dat zij zich bij hun werkzaamheden laten leiden door de op de zorgaanbieder rustende wettelijke verplichtingen; dat betreft dus ook de verplichte aandacht aan systematische kwaliteitsbewaking en de hierna te bespreken meldplicht bij calamiteiten en geweld. In het verlengde daarvan moet de zorgaanbieder op grond van artikel 11, tweede lid, een schriftelijke interne procedure hanteren waarin is vastgelegd hoe wordt omgegaan met signalen van incidenten. Het wetsvoorstel laat in beginsel aan de zorgaanbieder over te bepalen hoe hij die procedure inricht. Indien hij dat echter niet adequaat doet, kan de zorgaanbieder daarop wegens schending van een van zijn wettelijke verplichtingen worden aange-

sproken. Met de bescherming (veiligheid) die artikel 11 biedt aan de gegevens (behalve die over calamiteiten en geweld in de zorgrelatie) die zijn gemeld bij het VIM, zorgt de wetgever voor een randvoorwaarde die zal bevorderen dat zorgverleners met het oog op verbetering van de kwaliteit ook maximaal zaken in het kader van het VIM zullen melden. Een wettelijke meldplicht bij de zorgaanbieder voor zorgverleners die een collega een fout zien maken, zou derhalve een doublure zijn, immers een fout van een collega of mishandeling door een collega hoort thuis in het VIM-systeem. De wetgever voorziet met de artikelen 10 en 11 in een intern systeem voor kwaliteitsverbetering. Een veilige omgeving om over fouten eerlijk te melden is cruciaal. Met de weergegeven regeling is afdoende gewaarborgd dat de zorgaanbieder van alle relevante zaken op de hoogte zal worden gesteld en de nodige maatregelen kan nemen. Als het blijkt te gaan om een calamiteit of om geweld in de zorgrelatie, geldt voor de zorgaanbieder een meldplicht bij de IGZ. Op het niet melden door de zorgaanbieder van een calamiteit of geweld in de zorgrelatie bij de IGZ staat als sanctie een bestuurlijke boete,

Calamiteiten en geweld in de zorgrelatie

Onder een calamiteit wordt verstaan elke niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis (dus ook een fout) die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid. Geweld in de zorgrelatie betreft seksueel en ander geweld door een professional of door een medecliënt. Beide soorten zaken betreffen een zeer wezenlijk aspect van de zorgverlening, te weten: veiligheid.

Daarom is er, anders dan bij andere incidenten, in het wetsvoorstel ervoor gekozen de zorgaanbieders de verplichting op te leggen bij de IGZ melding te maken van elke calamiteit en van elk geval van geweld in de zorgrelatie. Het interne systeem van veilig melden maakt dat de zorgaanbieder op de hoogte is van zich voordoende calamiteiten en gevallen van geweld in de zorgrelatie. Zowel de zorgaanbieder als de zorgverleners moeten na zo'n melding aan de IGZ alle gegevens verstrekken die voor het beoordelen van de zaak noodzakelijk zijn. Die meldplicht stelt de IGZ in staat erop toe te zien dat de zorgaanbieder de zaak zorgvuldig onderzoekt en de noodzakelijke maatregelen neemt om herhaling te voorkomen; ook kan de IGZ, zonodig zelf nader onderzoek doen en maatregelen opleggen. In deze opzet bestaat daarnaast geen behoefte aan een eigen meldplicht voor zorgverleners die collega's een ernstige fout zien maken.

Melden incidenten aan cliënt

Voor een volledig beeld zij hier nog vermeld dat de zorgaanbieder, naast het interne veilig melden en het verplicht melden van calamiteiten en geweld in de zorgrelatie bij de IGZ, verplicht is elk incident bij de zorgverlening dat merkbare gevolgen heeft of kan hebben voor de cliënt, onverwijld aan de cliënt te melden en dit incident in het dossier op te nemen. Dit laatste geeft de cliënt de mogelijkheid calamiteiten en geweld in de zorgrelatie ook zelf aan de IGZ te melden indien hij erover twijfelt of de zorgaanbieder dat gedaan heeft.

De leden van de SP-fractie vragen welke maatregelen zorgaanbieders en de IGZ nemen bij seksueel misbruik of mishandeling tussen zorgbehoevenden.

Zorgaanbieders moeten seksueel misbruik en mishandeling tussen zorgbehoevenden bij de IGZ melden. De IGZ onderzoekt deze meldingen nader en vraagt de zorgaanbieder in principe om de gebeurtenis zelf te

onderzoeken en daarover aan de IGZ te rapporteren. Indien dit aan de orde is zal de IGZ de betreffende instelling vragen maatregelen te nemen en/of zal de IGZ ten opzichte van de instelling maatregelen treffen.

De leden van de SP-fractie vragen waarom in de Wcz niet is geregeld dat zorgaanbieders verplicht zijn mee te werken, indien er sprake is van seksueel misbruik of geweld.

De regering wijst erop dat op de zorgaanbieders een meldplicht (bij de IGZ) rust bij elk geval van geweld in de zorgrelatie. Voorts bepaalt artikel 12, tweede lid, expliciet dat de zorgaanbieder en de zorgverleners die voor hem werkzaam zijn, na een melding verplicht zijn alle gegevens over te leggen die noodzakelijk zijn voor het onderzoek van de IGZ. De zorgaanbieders zijn derhalve wel degelijk verplicht mee te werken. Artikel 58a biedt voorts de basis om bij of krachtens amvb nader te regelen welke gegevens moeten worden overgelegd bij een melding. Daarmee is de IGZ in elk geval niet afhankelijk van vrijwillige medewerking. Als de medewerking niet wordt verleend, kan de minister op grond van artikel 61, tweede lid, een last onder dwangsom opleggen.

De leden van de SP-fractie vragen hoe de interne procedure voor het veilig intern melden van incidenten, zoals calamiteiten, wordt vormgegeven.

Artikel 12 van het wetsvoorstel (tweede lid) laat de zorgaanbieder in eerste instantie de vrijheid zelf te bepalen hoe de interne procedure eruit ziet. Het derde lid stelt wel eisen aan de procedure om te waarborgen dat deze adequaat is voor het doel waarvoor zij is voorgeschreven. Het wetsvoorstel voorziet in het vierde lid in de mogelijkheid om bij of krachtens amvb te bepalen uit welke elementen de procedure in elk geval bestaat.

De leden van de SP-fractie vragen waarom zorgbehoevenden in bepaalde gevallen geen toestemming hoeven te geven bij gegevensuitwisseling met de IGZ. Zij willen graag weten waarom dat het geval is.

Uit de Wbp vloeit voort dat verdere verwerking van persoonsgegevens, en zeker als dat bijzondere persoonsgegevens betreft, slechts binnen zeer nauw omschreven grenzen is toegestaan. Kort gezegd, kan dat alleen met toestemming van betrokkene of wanneer daarvoor een specifieke wettelijke verplichting bestaat. Zo'n wettelijke verplichting kan worden opgelegd als een zwaarwegend algemeen belang aan de orde is. Als zodanig is in de wetgeving nadrukkelijk verankerd de zorg van de overheid voor een goede en veilige gezondheidszorg. Om die verantwoordelijkheid te kunnen waarmaken, is in het wetsvoorstel zowel de interne meldprocedure als de meldplicht bij de IGZ voorzien. De interne procedure beoogt de zorgaanbieder nadrukkelijk zijn primaire verantwoordelijkheid voor zorg van goede kwaliteit te laten waarmaken. De meldplicht bij de IGZ beoogt te waarborgen dat de IGZ zorgvuldig kan toezien op het onderzoeken en nemen van maatregelen en zonodig zelf onderzoek te kunnen doen en maatregelen te kunnen treffen.

Een melding van een calamiteit of geweld (intern of bij de IGZ) zal soms nog wel kunnen plaatsvinden op zodanige wijze dat daarbij geen verstrekking van (bijzondere) persoonsgegevens betreffende de gezondheid hoeft plaats te vinden. Veelal zal dat echter voor een zorgvuldig onderzoek van het gemelde feit wel noodzakelijk zijn. Uitgangspunt blijft dat dan zoveel mogelijk de toestemming van betrokkene wordt gevraagd en verkregen voor het verwerken (het verstrekken aan de IGZ) van die gegevens. Daarvoor zal een uiterste

inspanning moeten worden gedaan en veelal zal de cliënt de gevraagde toestemming ook wel willen geven. Er zullen zich echter omstandigheden kunnen voordoen waarin betrokkene feitelijk niet (meer) om die toestemming kan worden gevraagd; ook is denkbaar dat de cliënt te kennen heeft gegeven bepaalde informatie omtrent zijn gezondheid niet te willen vernemen, terwijl het niet mogelijk is zijn toestemming voor melding te vragen zonder die wens te passeren. Ook is het denkbaar dat de cliënt zijn toestemming weigert. Het wetsvoorstel verplicht de zorgaanbieder evenwel tot het melden van het voorval en de daarop betrekking hebbende gegevens. Als de zorgaanbieder – ook na onverhoopte weigering van de toestemming door de cliënt – van mening is en blijft dat sprake is van een voorval dat aan de IGZ moet worden gemeld, zal hij de melding uiteindelijk ook gewoon moeten en kunnen doen. De meldplicht strekt er immers nadrukkelijk toe mogelijk te maken dat de overheid haar verantwoordelijkheid voor een goede en veilige zorg kan waarmaken.

De leden van de SP-fractie constateren dat er afgezien wordt van mondelinge en telefonische meldingen en vragen of het aanleveren van schriftelijke of elektronische informatie niet te lang duurt als er sprake is van ernstige klachten waar dringend op ingegrepen moet worden.

De wijze van indiening van de melding, maakt op zich geen verschil voor de benodigde actiesnelheid. De medewerkers van het Meldpunt van de IGZ zijn getraind in het snel en adequaat behandelen van binnenkomende meldingen. Meldingen die telefonisch binnenkomen zullen door de IGZ schriftelijk bevestigd worden.

8.4 Veilig melden, beroepsgeheim en bescherming persoonsgegevens

De leden van de PvdA-fractie vragen of het mogelijk is aan te geven in welke gevallen de regering het geoorloofd acht om zonder toestemming van de cliënt tot veilig melden over te gaan en wie beoordeelt of het noodzakelijk is de cliënt om toestemming te vragen.

Voorop zij gesteld dat het niet in alle gevallen noodzakelijk zal zijn om voor het behandelen van een interne melding van een incident tot de cliënt herleidbare (bijzondere) persoonsgegevens te registreren. De regering wil er in dit verband voorts op wijzen dat de aangehaalde passage in de nota naar aanleiding van het verslag¹ voorop stelt dat toestemming van de cliënt vereist is als er geen beletsel is om die toestemming te vragen. De verwachting is dat de cliënt die toestemming ook graag zal geven. De vraag is dan welke omstandigheden een beletsel zouden kunnen opleveren om de toestemming te vragen. Dat is moeilijk te beantwoorden, omdat dat sterk zal afhangen van de omstandigheden van het geval. Wellicht kan worden gedacht aan een situatie waarin de cliënt te voren expliciet heeft aangegeven bepaalde informatie niet te willen vernemen en waarin het vragen van toestemming niet goed mogelijk is zonder die wens te schenden. Wellicht zijn er ook situaties denkbaar dat het vragen van de toestemming bij de cliënt naar het oordeel van de zorgverlener zou leiden tot ernstig nadeel voor de cliënt. De betrokken zorgverlener is degene die, namens de zorgaanbieder, de verantwoordelijkheid voor het niet vragen van toestemming van de cliënt zal moeten nemen.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat het betekent voor de positie van melders en het systeem van veilig incident melden (VIM) als het OM uiteindelijk toch bij de informatie in het veilig meldsysteem kan komen.

¹ Kamerstukken II 2010/11, 32 402, p. 44.

Het VIM-systeem is een voor het leveren van goede zorg wezenlijk intern systeem van een zorgaanbieder. In het VIM-systeem worden ook (bijzondere) persoonsgegevens over iemands gezondheid verwerkt; dat betekent dat binnen de organisatie niet iedereen toegang tot die gegevens zal mogen hebben. Ook de IGZ heeft geen toegang tot de gegevens.

Het goed functioneren van zo'n systeem veronderstelt dat zorgverleners zich niet door de vrees dat dit tegen hen zal worden gebruikt, geremd moeten voelen om informatie in te brengen. Om die reden kent het wetsvoorstel ook expliciete regels die het mogelijk moeten maken de gemelde gegevens, behoudens die over calamiteiten en geweld in de zorgrelatie, af te schermen van derden. De gegevens kunnen nimmer worden gebruikt als bewijs in een civielrechtelijke, bestuursrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure en niet de basis vormen voor een disciplinaire maatregel, een bestuurlijke sanctie of een bestuurlijke maatregel. De gegevens mogen in beginsel ook niet in een strafrechtelijke procedure als bewijs worden gebruikt.

Tegelijk kan het natuurlijk niet zo zijn dat zorgverleners in geval van verdenking van een ernstig strafbaar feit vrijuit zouden gaan om de enkele reden dat zij de zaak hebben gemeld in het VIM-systeem. Als het gaat om een calamiteit of geweld in de zorgrelatie, waarborgt artikel 11, zesde lid, van de Wcz nadrukkelijk dat VIM-gegevens in strafrechtelijke en andere procedures mogen worden gebruikt. Ook bij incidenten in de zorg die geen calamiteit of geweld in de zorgrelatie betreffen, kan echter sprake zijn van een ernstig strafbaar feit. Te denken valt in dit verband aan het misdrijf dood door schuld. Voor die gevallen maakt artikel 11, zesde lid, wel een uitzondering mogelijk op het verbod om VIM-gegevens als strafrechtelijk bewijs te gebruiken. Voorwaarde is in dat geval dat de gegevens niet langs andere weg kunnen worden verkregen. Het OM kan tijdens een strafrechtelijk onderzoek verstrekking van de gegevens (drager) vorderen waarbij in de regel de rechter-commissaris wordt betrokken.

Aandacht verdient dat in alle gevallen geldt dat voor zover het gaat om gegevens die onder het verschoningsrecht vallen de verschoningsgerechtigde – in beginsel – niet gehouden is aan de vordering van het OM te voldoen. Zie nader het antwoord dat hieronder wordt gegeven op de volgende vragen van de leden van de PvdA-fractie. De regering is van mening dat aldus enerzijds is voorzien in een maximale bescherming van de VIM-gegevens en anderzijds vanuit het perspectief van de strafrechtelijke handhaving voldoende ruimte wordt geboden om deze gegevens bij een strafrechtelijk onderzoek te kunnen betrekken wanneer deze niet langs andere weg kunnen worden verkregen.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke gegevens vallen onder het medisch verschoningsrecht en hoe het verschoningsrecht zich verhoudt tot de bevoegdheid van het OM.

Het verschoningsrecht geeft de zorgverlener het recht om zich te verschonen van het afleggen van een getuigenis of het beantwoorden van vragen als hij, door te spreken, zijn beroepsgeheim zou schenden. Evenmin is een zorgverlener verplicht om gegevens (dragere) te verstrekken wanneer de desbetreffende gegevens onder het beroepsgeheim vallen. Het verschoningsrecht is in beginsel dus even breed als, en omvat dus alle gegevens die vallen onder de geheimhoudingsverplichting. Die laatste omvat alles wat de zorgverlener bij de uitoefening van zijn beroep op het gebied van de individuele gezondheidszorg als geheim is toevertrouwd, of wat daarbij als geheim te zijner kennis is gekomen of wat daarbij te zijner kennis is gekomen en waarvan hij het vertrouwelijke karakter moest begrijpen. Alleen met toestemming van de

cliënt, als er een wettelijke grondslag is, bijvoorbeeld artikel 53, derde lid 3, van de Wet op de jeugdzorg en artikel 1:240 BW, of als er sprake is van een conflict van plichten (overmacht, artikel 40 Wetboek van Strafrecht) mag het beroepsgeheim worden doorbroken. Van dat laatste kan sprake zijn als de zorgverlener na een zorgvuldige belangenafweging besluit zijn beroepsgeheim te doorbreken. Er zal dan sprake moeten zijn van een situatie waarin met het vrijgeven van informatie aan politie/justitie (mogelijk) acuut en direct gevaar voor de veiligheid of het leven van de patiënt of anderen kan worden voorkomen. Daarbij zal de zorgverlener ook de beginselen van subsidiariteit (is er geen minder ingrijpend alternatief?) en proportionaliteit (staan de negatieve gevolgen van de doorbreking in verhouding tot de positieve gevolgen?) in acht moeten nemen.

Aan het verschoningsrecht ligt ten grondslag dat het maatschappelijk belang dat de waarheid in rechte aan het licht komt, moet wijken voor het maatschappelijk belang dat een ieder zich vrijelijk en zonder vrees voor openbaarmaking van het toevertrouwde om bijstand en advies tot de verschoningsgerechtigde moet kunnen wenden. Het verschoningsrecht prevaleert daarom in beginsel boven het belang van de waarheidsvinding. Er laten zich volgens de rechtspraak van de Hoge Raad echter zeer uitzonderlijke omstandigheden denken waarin het belang dat de waarheid aan het licht komt moet prevaleren boven het verschoningsrecht. Bij de beantwoording van de vraag of sprake is van zulke uitzonderlijke omstandigheden moet de rechter – aldus de Hoge Raad – letten op de aard en de ernst van het strafbare feit, de aard en de inhoud van het materiaal waarover zich het verschoningsrecht uitstrekt in verband met het belang dat door het verschoningsrecht wordt gediend en de mate waarin de betrokken belangen van de patiënt worden geschaad indien het verschoningsrecht wordt doorbroken (o.a. HR 5 juli 2011, LJN BP4161, NJ 2011, 416 en HR 28 februari 2012, LJN BU6088). Buiten geval van deze zeer uitzonderlijke omstandigheden kan voor onder het medisch beroepsgeheim vallende gegevens een verschoningsrecht worden ingeroepen. De vraag wanneer zich uitzonderlijke omstandigheden voordoen laat zich in het algemeen niet los van de concrete omstandigheden beoordelen.

Het verschoningsrecht kan worden ingeroepen door de originair verschoningsgerechtigde, zoals een arts. Aandacht verdient dat de medische gegevens niet kunnen worden verkregen door de vordering in plaats van tot de originair verschoningsgerechtigde te richten tot personen met een afgeleid verschoningsrecht, zoals de zorgaanbieder die op grond van dit wetsvoorstel de gegevens in een systeem registreert.

Samenvattend: voor gegevens die onder het medisch beroepsgeheim vallen geldt een verschoningsrecht. Dit recht geeft de bevoegdheid om niet te voldoen aan een vordering van het OM de desbetreffende gegevens(drager) te verstrekken. Alleen in zeer uitzonderlijke omstandigheden weegt het belang van de waarheidsvinding zwaarder dan de belangen die met het verschoningsrecht zijn gemoeid. In dat geval moet het OM over de desbetreffende gegevens kunnen beschikken, indien en voor zover zij niet langs andere weg verkregen kunnen worden.

De leden van de CDA-fractie vragen of het derde lid van artikel 58a ook geldt voor Justitie. Zij stellen dat sprake kan zijn van een zwaarwegend belang waardoor een doorbreking van het beroepsgeheim door de zorgverlener en in het verlengde daarvan de IGZ gerechtvaardigd kan zijn. Voorts vragen de leden van de CDA-fractie of met de formulering van artikel 58a de zorgverlener meldingsplichtig kan zijn.

Uiteraard zijn ook medewerkers van Justitie gehouden zeer terughoudend om te gaan met privacy-gevoelige gegevens. Artikel 58a is bedoeld voor medewerkers van de IGZ. Dit artikel is met de nota van wijziging toegevoegd aan de Wcz om te voorkomen dat de IGZ door een verzoek in het kader van de Wet openbaarheid van bestuur gedwongen wordt om bijzondere persoonsgegevens van de cliënt vrij te geven aan derden. Artikel 58a is bedoeld om de gegevens die zich in het kader van de meldplicht van artikel 12 bij de IGZ bevinden, te beschermen. Het OM zal zich in beginsel wenden tot de bron (de zorgaanbieder). In situaties waarbij vanwege een zwaarwegend belang – bijvoorbeeld het algemeen belang om de maatschappij veilig te houden, zoals bij het voorval in het winkelcentrum in Alphen aan de Rijn – doorbreking van de geheimhoudingsplicht gerechtvaardigd kan zijn, is het aan de bron om deze afweging te maken. Zie voorts het antwoord op bovenstaande vraag van de leden van de PvdA-fractie. In het kader van deze vraag verdient opmerking dat op dit moment onderzoek wordt gedaan naar de geheimhoudingsplicht. Naar verwachting wordt dit onderzoek medio dit jaar aan de Tweede Kamer gezonden.

Zorgverleners zijn inderdaad meldingsplichtig. Zij dienen op grond van de interne procedure van de zorgaanbieder, bij de zorgaanbieder melding te maken van incidenten. Artikel 11, tweede lid, verplicht de zorgaanbieder tot het hebben van een interne procedure. De meldingen die de zorgaanbieder op grond van deze interne procedure bereiken, moeten hem in staat stellen zelf de nodige maatregelen te nemen en te voldoen aan zijn meldplicht op grond van artikel 12. Op grond van artikel 12 moet de zorgaanbieder onverwijld melding maken van een calamiteit, geweld in de zorgrelatie en de opzegging, ontbinding of niet-voortzetting van een overeenkomst vanwege niet functioneren van de zorgverlener. Voor een toelichting op wat onder deze elementen moet worden verstaan verwijst de regering naar de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel en de nota van wijziging.

De leden van de CDA-fractie vragen wanneer de notificatie van de Wcz bij de Europese Commissie zal plaatsvinden en welke gevolgen dat kan hebben.

Artikel 23 van de Wbp maakt het mogelijk in bepaalde gevallen af te wijken van het verbod op het verwerken van bijzondere persoonsgegevens. Dat kan (op grond van het eerste lid, onderdeel e) o.a. als 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. Het derde lid van dat artikel bepaalt dat de verantwoordelijke minister, als bij wet is voorzien in een verwerking van bijzondere persoonsgegevens als bedoeld in het eerste lid, onderdeel e, moet zorgen voor melding bij de Europese Commissie. Artikel 23, eerste lid, onderdeel e, van de Wbp berust op artikel 8, vierde lid, van richtlijn 95/46/EG; de verplichte melding, waarin artikel 23, derde lid, van de Wbp, dat voorschrijft dat afwijkingen bij formele wet van het verbod om gevoelige gegevens te verwerken, bij de Europese Commissie dienen te worden gemeld, berust op artikel 8, zesde lid, van de richtlijn. De melding dient ertoe de Europese Commissie in staat te stellen het gebruik van de uitzonderingsmogelijkheid van artikel 23 Wbp te monitoren. De melding dient plaats te vinden zodra het wetsvoorstel tot wet is verheven.

De vraag van de leden van de CDA-fractie over cliënten die niet meer in staat zijn toestemming te geven is beantwoord in hoofdstuk 3.

9. Recht op keuze-informatie

De leden van de PvdA-fractie willen uitleg over de vrije artskeuze en hoe deze zich verhoudt tot de professionele autonomie. Ook vragen de leden van de PvdA-fractie of een arts die vanuit zijn geloofsovertuiging weigert mee te werken aan een verzoek om euthanasie de betrokkene moet wijzen op artsen die mogelijk wel mee willen werken aan een verzoek om euthanasie.

Een cliënt kiest degene door wie hij behandeld wil worden. Dit vloeit onder andere voort uit het toestemmingsvereiste en de wetgeving inzake gelijke behandeling. Uiteraard gaat het om een keuze binnen de grenzen van het mogelijke. Een kleine zorgaanbieder zal minder alternatieven kunnen bieden dan een grote. Ook spoedeisendheid kan beperkingen meebrengen in de mogelijkheid een andere arts te kiezen. In het geval van zorg in natura zal de verzekeraar een rol kunnen spelen om de cliënt met een wens voor een andere arts te helpen. Voor een nadere toelichting wordt verwezen naar paragraaf 11.2 van de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel. De vrije artskeuze staat geheel los van de professionele autonomie. Het is een onderdeel van goede zorgverlening dat zorgverleners cliënten, indien zij dat wensen, informeren over de mogelijkheden voor een andere zorgverlener.

Zoals ook blijkt uit de antwoorden op de Kamervragen over de niet-behandelverklaring¹ van het lid Van Miltenburg (VVD), die de Tweede Kamer op 16 februari 2012 heeft ontvangen is de wil van de cliënt het uitgangspunt voor de arts. Volgens de wet ligt de beslissing om aan een euthanasieverzoek te voldoen bij de behandelend arts. Als een arts zelf principieel niet bereid is in te gaan op een euthanasieverzoek, dan hoeft de arts de procedure niet te starten. Op de arts rust eveneens geen juridische verwijsplicht, maar wel een morele en professionele verantwoordelijkheid om de cliënt tijdig hulp te verlenen bij het vinden van een arts die geen principiële bezwaren heeft tegen euthanasie of hulp bij zelfdoding.

De leden van de SP-fractie vragen waarom zorgaanbieders gegevens over kwaliteit eerst moeten aanleveren aan de overheid.

Om gegevens van verschillende zorgaanbieders vergelijkbaar te maken, moeten de gegevens technisch worden bewerkt, zo worden er correcties aangebracht vanwege verschillen in cliëntenpopulaties. Op dit moment gebeurt dat door de overheid in het kader van het programma Zichtbare Zorg. In 2011 is aan veldpartijen gevraagd deze bewerking zelf ter hand te nemen. Vanwege de samenhang van deze wijziging met de taken van het Kwaliteitsinstituut, zal deze bepaling komen te vervallen in het wetsvoorstel dat het Kwaliteitsinstituut regelt.

10. Recht op informatie, toestemming, dossiervorming en bescherming van de persoonlijke levenssfeer

De leden van de PvdA-fractie merken op dat de regering door aan te knopen bij artikel 7:464, tweede lid, BW de reikwijdte van het blokkeringsrecht beperkt. Zij vragen om een volledig overzicht van de gevallen waarin cliënten zich op grond van bestaande literatuur en jurisprudentie op het blokkeringsrecht kunnen beroepen en onder de Wcz niet.

De regering hecht eraan te benadrukken dat de reikwijdte van het blokkeringsrecht, vervat in artikel 22, tweede lid, juncto artikel 1, zevende lid, van het wetsvoorstel volstrekt gelijk is aan die van artikel 7:464, tweede lid, BW. Anders dan de leden van de PvdA-fractie stellen, is er met

¹ Kamerstukken II, 2011/12, Aanhangsel 1552.

de Wcz geenszins sprake van een beperking van de reikwijdte van het blokkeringsrecht. Bovendien is artikel 7:464, tweede lid, van het BW gehandhaafd. Daarmee is de ruimte voor de rechter om het bestaan van een blokkeringsrecht in een gegeven casus aan te nemen gelijk aan die welke thans bestaat op grond van wet en jurisprudentie. Er zal zich door de invoering van de Wcz geen verschil in de toepassing van het blokkeringsrecht voordoen. Een overzicht van de gevallen waarin cliënten zich op grond van bestaande literatuur en jurisprudentie op het blokkeringsrecht kunnen beroepen en onder de Wcz niet, is derhalve niet te geven.

De leden van de PVV-fractie vinden dat cliënten het recht moeten hebben om hun dossier te wijzigen en mogen weten welke professionals hun dossier hebben ingezien.

Het recht van cliënten om hun dossier te kunnen wijzigen is in het wetsvoorstel ingevuld door de verplichting voor de zorgaanbieder om een verklaring van de cliënt aan het dossier toe te voegen (artikel 19, vierde lid) en het recht van de cliënt op vernietiging van gegevens binnen drie maanden (artikel 20, tweede lid). Dit laatste recht is overigens niet absoluut. Gegevens hoeven niet te worden vernietigd als bewaring van aanmerkelijk belang is voor een ander of als de wet zich tegen vernietiging verzet (artikel 20, vierde lid). Een voorbeeld van dat laatste is te vinden in artikel 4.10c van het Arbeidsomstandighedenbesluit. Daarnaast is in artikel 36, eerste lid van de Wet bescherming persoonsgegevens geregeld dat een cliënt een zorgverlener mag vragen gegevens te corrigeren. Dit verzoek kan betrekking hebben op feitelijke gegevens, niet op meningen of conclusies. Als de zorgverlener het verzoek weigert, moet dat met redenen omkleed zijn.

Uiteraard mag een cliënt altijd weten wie zijn dossier heeft ingezien, hij kan zijn zorgaanbieder daarnaar vragen. De cliënt heeft recht op deze informatie op grond van artikel 35 van de Wet bescherming persoonsgegevens. Op dit moment is een wetsvoorstel in voorbereiding dat voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer extra waarborgen creëert in geval van elektronische gegevensuitwisseling. Dit wetsvoorstel zal een bepaling over login-gegevens bevatten.

De leden van de SP-fractie vragen waarom zorgbehoevenden geen recht hebben op informatie over bijna-incidenten.

Bij een bijna-incident is er in de zorg aan een cliënt niets fout gegaan. Er dreigde misschien iets mis te gaan, maar dat is tijdig ontdekt en gecorrigeerd. Wat er gebeurde heeft geen gevolgen voor de cliënt. Informatie over wat gelukkig net goed is gegaan is zeer van belang voor de organisatie, omdat die er voor volgende keren van kan leren. Voor de cliënt is deze informatie niet relevant, hij heeft er immers per definitie geen gevolgen van ondervonden. Zodra er iets is gebeurd waarvan hij wel gevolgen kan ondervinden, moet het de cliënt worden gemeld.

De leden van de SP-fractie willen weten wanneer sprake is van een zwaarwegend belang dat inzage in het dossier of een afschrift van het dossier door nabestaanden rechtvaardigt.

Op basis van het huidige artikel 7:457 BW zijn zorgaanbieders verplicht, ook na het overlijden van een patiënt het beroepsgeheim in acht te nemen. De rechtspraak laat zien dat onder bepaalde omstandigheden nabestaanden recht op inzage in het dossier van de overledene hebben. Met artikel 23 wordt de in de rechtspraak uitgekristalliseerde lijn wettelijk vastgelegd. Een recht op inzage in het dossier op grond van artikel 23 bestaat:

- wanneer sprake is van schriftelijke toestemming van de overledene;
- wanneer sprake is van een zwaarwegend belang, zoals uitgewerkt in de artikelsgewijze toelichting bij artikel 23.

De regering hecht er waarde aan nogmaals te vermelden dat rouwverwerking alleen – hoe zwaarwegend ook vanuit menselijk perspectief – onvoldoende reden is om als nabestaande inzage te krijgen in het medisch dossier van de overledene. Voorop staat het beroepsgeheim en de wens van de overledene. Slechts in de uitzonderlijke gevallen, als hierboven vermeld, kan en mag hiervan worden afgeweken.

De leden van de SP-fractie vinden een minder vrijblijvende besluitvorming niet bevorderlijk voor de inspraak van cliënten en vertegenwoordigers.

De regering vindt dat zorgaanbieders niet vrijblijvend besluiten kunnen nemen; belanghebbenden moeten bij de besluitvorming worden betrokken en afspraken moeten worden nageleefd. Dit wetsvoorstel bevordert juist de invloed van cliënten. Als cliënten menen dat afspraken niet worden nagekomen, kunnen zij zich wenden tot de zorgaanbieder en indien nodig tot de geschilleninstantie. Cliëntenraden hebben als gevolg van dit wetsvoorstel een zware stem in het kapittel bij een groot aantal besluiten. Daar kan het bestuur niet «vrijblijvend» om heen.

De vraag van de leden van de CDA-fractie naar het uitoefenen van rechten door wilsonbekwame cliënten is beantwoord in hoofdstuk 3.

11. Recht op effectieve klachten- en geschillenbehandeling

Mensen moeten een snelle, eenvoudige en informele mogelijkheid hebben om onvrede over de zorg te uiten en – indien nodig – hun recht te halen. De afhandeling van klachten door de zorgaanbieder moet zodanig zijn ingericht dat mensen het gevoel en vertrouwen hebben dat er naar hen geluisterd wordt en dat ze serieus worden genomen. Het huidige klachtrecht richt zich te zeer op de vraag of een klacht gegrond dan wel ongegrond is en te weinig op wat er nodig is om de cliënt gerechtvaardigde genoegdoening te geven of de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Tegelijkertijd is het klachtrecht niet effectief genoeg. De klachtencommissie geeft een advies, dat de zorgaanbieder naast zich neer kan leggen.

Met de Wcz krijgt de zorgaanbieder meer ruimte om de eigen klachtenbehandeling af te stemmen op zijn doelgroep en krijgt de cliënt op zijn beurt toegang tot een persoon die hem gratis bijstaat met informatie, advies en bemiddeling¹.

De fractieleden van de ChristenUnie vragen of de cliënten ook terecht kunnen bij de klachtenfunctionaris/cliëntenvertrouwenspersoon voor informatie, advies en bemiddeling wanneer er geen sprake is van een klachtenprocedure.

Een cliënt kan zowel bij de klachtenfunctionaris/cliëntenvertrouwenspersoon terecht voor informatie en bemiddeling, als voor daadwerkelijke ondersteuning en advies als hij kiest voor het indienen van een klacht bij de zorgaanbieder.

De leden van de fracties van de VVD en de ChristenUnie vragen naar de borging van de onafhankelijkheid van de klachtenfunctionaris of cliëntenvertrouwenspersoon en de leden van de CDA-fractie vragen naar de eisen die er aan deze functionarissen worden gesteld.

¹ Zie ook J.P. Thomassen, Cliëntgericht klachtenmanagement, in Zorgmarkt, nr. 11, november 2011.

De functionaris, een klachtenfunctionaris of cliëntenvertrouwenspersoon, moet eenvoudig bereikbaar zijn, mag niet handelen zonder toestemming van de klager en mag, als hij in dienst is bij de zorgaanbieder, niet uit hoofde van zijn functie worden benadeeld door de werkgever. De cliëntenraad heeft instemmingsrecht op het profiel van de functionaris. Er zijn meerdere profielen in omloop die de cliëntenraad kan gebruiken in het overleg met de zorgaanbieder over het profiel, zoals

- het profiel van de cliëntenvertrouwenspersoon dat wordt gehanteerd door de Beroepsgroep CVP, de beroepsvereniging voor cliëntenvertrouwenspersonen voor cliënten met een beperking;
- het profiel van de klachtenfunctionaris, zoals opgesteld door de Vereniging van Klachtenfunctionarissen in de Gezondheidszorg (VKIG) en
- het profiel van de Stichting PVP, vertrouwenspersonen in de zorg.

Al deze profielen stellen kwaliteits-, functie- en opleidingseisen. Afhankelijk van de doelgroep is er onderscheid in de mate waarin de functionaris zich onafhankelijk opstelt of onverkort de kant van de klager kiest en inzet op bemiddeling of juist een meer juridische insteek. Welk profiel op welk moment het meest geschikt is, is afhankelijk van de doelgroep van de zorgaanbieder en de zorg die deze verleent. Het is daarom aan de zorgaanbieder om in overeenstemming met de cliëntenraad te bepalen welk profiel het beste bij de instelling past.

De leden van de PvdA-fractie vragen een toelichting op de ontvankelijkheid van de geschilleninstantie voor klagers die een klacht rechtstreeks indienen bij de geschilleninstantie.

Uitgangspunt voor de klachten- en geschillenprocedure is dat klachten zo veel mogelijk worden afgehandeld waar ze ontstaan, bij de zorgaanbieder. Zorgaanbieders moeten ook de mogelijkheid geboden krijgen om hun eigen verantwoordelijkheid hierbij te nemen. Er bestaan echter situaties waarin van de klager in redelijkheid niet gevraagd kan worden om zich eerst tot de zorgaanbieder te wenden. Dat kan inderdaad seksuele intimidatie of ernstige mishandeling betreffen, maar ook klachten van mensen die bang zijn voor repercussies, of klachten waar snel een bindende uitspraak nodig is. Het is aan de geschilleninstantie om te beoordelen of een klager gegronde redenen heeft om zijn klacht niet eerst aan de zorgaanbieder voor te leggen en zodoende te bepalen of een klacht ontvankelijk is.

De leden van de VVD-fractie vragen welke actie de geschilleninstantie kan ondernemen bij vermoeden van structurele misverstanden.

Als de geschilleninstantie het vermoeden heeft dat er sprake is van een misstand, zoals een veiligheidsrisico waar direct ingrijpen noodzakelijk is, of als er een vermoeden is van structurele problemen, meldt de geschilleninstantie dit bij de IGZ en zal de IGZ deze melding direct bekijken en indien nodig nader onderzoeken.

De geschilleninstantie doet uitspraken in de vorm van een *bindend* advies. Dit is een grote versterking van de positie van de cliënt in vergelijking met het huidige, niet bindende advies van klachtencommissies in de zorg. Dit bindend advies van de geschilleninstantie kan ook inhouden dat een schadevergoeding van, op termijn, maximaal € 25 000,-¹ wordt toegekend. Deze uitspraken zijn openbaar en zullen tevens door de IGZ als signaal gebruikt kunnen worden voor de kwaliteit van zorg. De geschilleninstantie biedt de cliënt de mogelijkheid om nakoming van zijn rechten en een correcte bejegening af te dwingen, en geeft een extra prikkel voor de

¹ Wanneer de schadeclaim een hoger bedrag betreft, ligt het in de rede dat de geschilleninstantie de cliënt verwijst naar de civiele rechter.

zorgaanbieder om de klachtafhandeling in eigen huis zo zorgvuldig mogelijk te doen plaatsvinden.

De leden van de PVV-fractie vragen naar de mening van het kabinet over de mate waarin de overheid moet bepalen hoe de geschilleninstantie eruit komt te zien.

De wetgever scheidt in het Burgerlijk Wetboek de randvoorwaarden voor geschilbeslechting. Daarbuiten heeft de overheid geen rol. De grote meerwaarde van geschilbeslechting is juist dat partijen, in deze in ieder geval cliëntenorganisaties en organisaties van zorgaanbieders, gezamenlijk bepalen hoe zij een eventueel geschil willen beslechten. Dit zorgt voor draagvlak bij de betrokken partijen voor de werkwijze en de uitspraken van de geschilleninstantie. Overigens heeft de Consumentenbond veel ervaring met het instellen van geschillencommissies in verschillende sectoren.

De fractieleden van de VVD vragen of de bestaande geschillencommissies alle mogelijkheden uit de Wcz krijgen.

Om aan de wet te voldoen, dienen zorgaanbieders bij een geschilleninstantie aangesloten te zijn die voldoet aan artikel 29, dus zullen de huidige commissies zonnodig hun reglement en werkwijze moeten aanpassen of moeten er nieuwe geschilleninstanties worden ingericht. Op dit moment zijn er bij de Stichting geschillencommissies in Den Haag drie commissies actief op het gebied van zorg: de Commissie Zorginstellingen die klachten behandelt over ziekenhuizen, instellingen voor gehandicaptenzorg en voor geestelijke gezondheidszorg, de commissie Verpleging, verzorging en thuiszorg, voor klachten over verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg of jeugdzorg/consultatiebureauzorg en de commissie Zelfstandige klinieken voor klachten over zelfstandige klinieken. De huidige commissies kunnen een schadevergoeding toekennen van maximaal 5 000 euro (zorginstellingen en verpleging, verzorging en thuiszorg) of 25 000 euro (zelfstandige klinieken). De betrokken brancheorganisaties stellen aansluiting bij de geschilleninstanties als lidmaatschapseis. Aanbieders die geen lid zijn van de betrokken brancheorganisaties hoeven niet aangesloten te zijn en de commissies dekken ook niet de gehele zorgsector. Ze doen geen bindende uitspraken anders dan het toekennen van een schadevergoeding en de uitspraken zijn niet openbaar. Als de Wcz in werking treedt, zullen deze geschillencommissies, als organisaties van cliënten en van zorgaanbieders vinden dat dit geschilleninstanties moeten worden die voldoen aan de eisen van de Wcz, zich dus moeten aanpassen.

12. Recht op medezeggenschap

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre er in de intramurale cure voldoende oog is voor het cliëntperspectief met betrekking tot huisvesting.

Op grond van dit wetsvoorstel is de aanbieder van intramurale curatieve zorg niet verplicht de cliëntenraad te betrekken bij het lange termijn huisvestingsplan of concrete plannen voor nieuwbouw of verbouwing. Hij doet er wel verstandig aan dat toch te doen; het cliëntperspectief is immers van groot belang bij het maken van toekomstplannen. De regering vindt evenwel dat de zorgaanbieder de vrijheid moet hebben om cliënten of potentiële cliënten in plaats van via de cliëntenraad op een andere wijze te betrekken bij besluitvorming over bouw. Uiteraard staat het de cliëntenraad vrij om ongevraagd advies uit te brengen over de toekomstvisie met betrekking tot huisvesting of bouwplannen. De

aanbieders in de curatieve zorg moeten het cliëntenperspectief wel laten meewegen bij bouw, willen ze op langere termijn levensvatbaar blijven. De regering acht het niet nodig daarvoor regels op te stellen.

De leden van de PVV-fractie vragen zich af of het niet beter als de overheid in plaats van de zorgaanbieder budgetten toekent aan cliëntenraden.

Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om cliënten te betrekken bij zijn beleid. In antwoord op eerdere vragen is al aangegeven dat de regering zelfregulering als uitgangspunt neemt en alleen ingrijpt als dat nodig is. Als het gaat om de financiering van cliëntenraden verplicht de wetgever de zorgaanbieder om de cliëntenraad de middelen ter beschikking te stellen die de cliëntenraad redelijkerwijs nodig heeft. Hierbij is op verzoek van veldpartijen gekozen voor de formulering die ook in de Wet op de ondernemingsraden (artikel 22) wordt gebruikt voor de financiering van ondernemingsraden. Het veld zelf neemt nadere invulling van deze (open) wettelijke norm voor zijn rekening door een modelregeling op te stellen voor de financiering van cliëntenraden. In deze modelregeling staan richtlijnen voor onder andere scholing en ondersteuning van cliëntenraden. Organisaties van cliëntenraden en zorgaanbieders stellen deze modelregeling gezamenlijk op. Zo'n modelregeling kan veel beter passend worden gemaakt voor de verschillende deelsectoren van de zorg. De modelregeling biedt criteria voor de budgetten van cliëntenraden. Als een cliëntenraad niet tevreden is over het budget, kan de raad zich wenden tot de commissie van vertrouwenslieden die een bindende uitspraak zal doen. Deze commissie zal de modelregeling en de specifieke situatie van de cliëntenraad en zorgaanbieder meewegen.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe het zit met de ruimtelijke privacy van cliënten, vooral in de langdurige zorg.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat «privacy» in enge zin is opgenomen in het wetsvoorstel. Het beperkt zich tot zaken als het verrichten van (medische) handelingen, toiletbezoek of gesprekken over de zorgverlening. De leden vragen zich af of juist in de langdurige zorg geen andere aspecten van privacy van belang zijn, zoals het betreden door medewerkers van de kamer of woning van cliënten.

De afgelopen jaren heeft de overheid en de sector veel geïnvesteerd in de gebouwde omgeving van cliënten in de gehandicapten- en ouderenzorg. Zo zijn in de ouderenzorg, en dan met name de verpleeghuissector impulsen gegeven om het aantal meerbedskamers terug te dringen, waardoor cliënten de keuze krijgen te kiezen tussen een één- of tweepersonskamer. In de verzorgingshuizen is er al sprake van een eigen woning en een eigen voordeur, ook al is dit in een groter geheel.

In de gehandicaptenzorg is het al langer gewoonte dat bewoners «recht» hebben op een eigen (slaap)kamer en natte cel. Door middel van het woonwensenonderzoek worden cliënten(raden) al vroegtijdig betrokken bij de ontwikkeling van bouwplannen over de wijze waarop nieuwe huisvesting gerealiseerd wordt. Cliënten kunnen aangeven hoe zij willen wonen: alleen en zelfstandig in een eigen woning; met een klein aantal mensen in een woning met een gemeenschappelijke huiskamer en keuken, waarbij ieder een eigen slaapkamer en een natte cel heeft of anderszins. Voorop staat wel dat iedereen een eigen (slaap)kamer heeft.

Binnen de langdurige zorg is dit op dit moment dus niet eenduidig geregeld. Wat wel in de hele sector gebeurt, is het opstellen van de huisregels en gedragscodes die in elke individuele instelling worden afgesproken en vastgelegd. Per instelling kunnen de huisregels dus

verschillend zijn. In deze huisregels kunnen afspraken worden vastgelegd over het betreden van kamers of woningen door medewerkers of medebewoners; de huisregels moeten voor bewoners en medewerkers beschikbaar zijn en de cliëntenraad heeft een instemmingsrecht op de huisregels. Veelal bestaan de afspraken over betreden van kamer of woning uit 1) kloppen of aanbellen en daarna binnenkomen, of 2) kloppen of aanbellen en wachten totdat bewoner deur open doet. In alle gevallen geldt echter dat de wensen van de cliënt leidend zijn. Hoe iemand zijn privacy ervaart, is immers per individu verschillend. Sommige cliënten ervaren veiligheid van het nabij zijn van zorgverleners, anderen vinden het een inbreuk op hun privacy. Om die reden is het belangrijk daar goede afspraken over te maken. Daarvoor is het wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg ingediend. In dit wetsvoorstel gaat het onder andere om het recht op privacy en hoe daar, vanuit de wensen van de cliënt, door de zorgaanbieder invulling aan gegeven kan en moet worden. De afspraken die daarover worden gemaakt, worden in het zorgplan vastgelegd.

De leden van de CDA-fractie vragen of en hoe cliëntenraden zich moeten voorbereiden op hun nieuwe rol.

Cliëntenraden doen er goed aan zich voor te bereiden op hun nieuwe rol. Zodra zij op grond van de nieuwe wettelijke bepaling en modelregeling voldoende middelen hebben voor scholing en ondersteuning, is dit geen probleem. Organisaties van cliëntenraden, zoals LOC Zeggenschap in zorg en LSR, kunnen een belangrijke rol vervullen bij de voorbereiding van cliëntenraden. De overheid heeft tot taak te zorgen voor voldoende informatie over de nieuwe wetgeving. Een aandachtspunt daarbij is de structuur van de medezeggenschap. De wettelijke verplichting maakt maatwerk mogelijk bij de inrichting van de medezeggenschap. Er is niet voor gekozen om een cliëntenraad per locatie voor te schrijven. Dat is een te vaag begrip. Een locatie kan heel groot zijn en er kunnen verschillende vormen van zorg worden verleend, waardoor het aangewezen kan zijn dat er méér dan één cliëntenraad is. Een locatie kan een gebouw zijn of een terrein met verschillende gebouwen. Door uit te gaan van een cliëntenraad voor een te onderscheiden organisatieonderdeel waarvoor dat in redelijkheid is aangewezen, kunnen cliëntenraden en zorgaanbieder samen uitmaken wat in hun specifieke geval de beste structuur is voor de medezeggenschap. Het spreekt vanzelf dat cliëntenraden dichtbij de cliënten moeten worden ingesteld en dat de indeling een logisch verband houdt met de activiteiten van het organisatieonderdeel.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe bijvoorbeeld patiënten van trombosediensten en dialysepatiënten hun cliëntenrechten kunnen verzilveren en wie de patiëntgerichtheid in de gaten houdt als er geen verplichting tot een cliëntenraad is.

Alle zorgaanbieders, ook zelfstandige trombosediensten en nierdialysecentra, huisartsen, huisartsenposten en andere zorgaanbieders in de eerste lijn moeten een klachtenregeling hebben en moeten aangesloten zijn bij een geschilleninstantie. Cliënten kunnen als zij niet tevreden zijn over de zorg, ook overstappen naar een andere zorgaanbieder. Op deze wijzen kunnen alle cliënten van alle zorgaanbieders hun rechten verzilveren.

Daarnaast moeten aanbieders van AWBZ-zorg en aanbieders van intramurale curatieve zorg waar meer dan 10 personen zorg verlenen, een cliëntenraad hebben. Trombosediensten en nierdialysecentra die onderdeel uitmaken van een ziekenhuis, zullen in de praktijk te maken kunnen hebben met de cliëntenraad van het ziekenhuis. Zelfstandige trombosediensten en nierdialysecentra die alleen extramurale zorg

leveren, hoeven op grond van de Wcz geen cliëntenraad te hebben. Ze mogen uiteraard wel een cliëntenraad hebben, ze kunnen de betrokkenheid van cliënten bij het beleid ook op andere wijze vorm geven. De Cliëntenraad Trombose Diensten, die sinds 2001 bestaat, kan haar werk gewoon blijven doen; dat geldt ook voor cliëntenraden van nierdialysecentra.

De leden van de fracties van de SP en van de ChristenUnie pleiten voor een verplichte cliëntenraad in de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

De regering heeft er niet voor gekozen om cliëntenraden verplicht te stellen in de ambulante curatieve zorg, vanuit het idee dat alle cliënten volgens de Wcz te maken krijgen met een laagdrempelige en effectieve regeling voor klachten en geschillen en, indien gewenst, een andere zorgaanbieder kunnen kiezen. In deze gevallen wil de regering de zorgaanbieders niet opzadelen met de nalevingskosten van een verplichte cliëntenraad. Het is in het belang van de zorgaanbieder cliënten te betrekken bij de beleidsvorming. Cliënten en zorgaanbieder kunnen in onderling overleg afspraken maken over een goede samenwerking. In de AWBZ-zorg, zowel de intramurale als de extramurale zorg, is een cliëntenraad wel verplicht. In de intramurale curatieve zorg is een cliëntenraad eveneens verplicht.

13. Goed bestuur

De leden van de VVD-fractie vragen waarom de verplichting tot het hebben van een Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG) niet geldt voor vrijwilligers en stagiairs. De leden willen graag weten waarom niet is aangesloten bij vergelijkbare regelingen voor bijvoorbeeld de kinderopvang. Ook vragen de leden van de VVD-fractie of de verplichting ook geldt voor personen die werkzaam zijn in de zorgsector, maar niet in dienst zijn van een instelling, zoals zzp'ers, alfahulpen en informele zorgaanbieders die worden ingehuurd via een pgb.

De verplichting tot het hebben van een VOG geldt voor eenieder die beroepsmatig zorg verleent en daarbij op enigerlei wijze in contact kan komen met een cliënt. Dit betekent dat de verplichting geldt voor alle medewerkers ongeacht de wijze van financiering van de zorg. Ook maakt het voor deze verplichting niet uit of sprake is van een dienstverband of een overeenkomst van opdracht of anderszins. Een zorgaanbieder moet dus een VOG kunnen overleggen voor alle beroepsmatig werkzame personen die hij inschakelt, dus ook voor de zzp'ers die in zijn opdracht werken.

Zzp'ers die werken in opdracht van een cliënt (en dus zelf zorgaanbieder zijn) dienen ook over een VOG te beschikken. Om dat in de wettekst te verduidelijken is in de bijgevoegde nota van wijziging een nieuw zesde lid toegevoegd aan artikel 2. Alfahulpen werken in de huishoudelijke hulp. Zij hebben te maken met de Wet maatschappelijke ondersteuning, niet met de Wcz.

De relatie tussen een zorgaanbieder en een vrijwilliger daarentegen is van geheel andere aard dan de relatie tussen een zorgaanbieder en iemand die beroepsmatig voor hem werkt; de relatie kan ook eenvoudiger worden verbroken. Daarbij is het minder wenselijk diegenen die onbetaald werkzaamheden verrichten, te belasten met de kosten voor een VOG. Voor stagiairs geldt dat zij onder zodanige begeleiding staan van iemand voor wie de zorgaanbieder wel in bezit moet zijn van een VOG dat het, mede gelet op de periode dat een stagiair (onbetaalde) werkzaamheden verricht voor een aanbieder, er geen sprake is van een meerwaarde om deze

categorie te verplichten in bezit te zijn van een VOG. Dit betekent overigens niet dat de zorgaanbieder niet hoeft op te treden tegen vrijwilligers of stagiairs die zich misdragen. Zorgaanbieders moeten actie ondernemen na misdraging door ongeacht welke medewerker. Voor de kinderopvang wordt gewerkt aan een systeem van continue screening voor alle medewerkers. Als er meer zicht is op de verwezenlijking van continue screening van medewerkers in de kinderopvang, zal bezien worden of continue screening of het periodiek actualiseren van de VOG voor medewerkers in de zorg wenselijk en mogelijk is.

De leden van de SP-fractie vragen waarom leidinggevend, managers en bestuursleden worden uitgezonderd van de verplichting tot de VOG.

Hier is sprake van een misverstand. Leidinggevend, managers en bestuursleden vallen onder de formulering van artikel 2, vijfde lid; ook voor hen dient de zorgaanbieder in het bezit te zijn van een VOG.

De leden van de CDA-fractie vragen of naar aanleiding van de Wcz de Model Toelatingsovereenkomst (MTO) ook wordt aangepast. Tevens vragen zij of de Wcz voorziet in een verlaging van de drempels voor bestuur of collega's om afscheid te nemen van een disfunctionerende medisch-specialist. Tot slot vragen zij of de nieuwe MTO erin voorziet dat de raad van bestuur inderdaad de eindverantwoordelijkheid bij disfunctionerende medisch-specialisten kan waarmaken en op welke wijze dat kan.

Naar aanleiding van het convenant «Bekostiging vrijgevestigd medisch-specialisten transitie 2012–2014»¹ zijn de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS) een nieuwe Model Toelatingsovereenkomst (MTO) d.d. 20 september 2011² overeengekomen. Deze nieuwe MTO bevat al uitgebreide verantwoordingsverplichtingen voor de medisch-specialist jegens het bestuur van het ziekenhuis over de kwaliteit van de door hem geleverde medisch-specialistische zorg en van zijn overige met de beroepsuitoefening samenhangende activiteiten. De medisch-specialist moet daartoe het bestuur onder andere gegevens verschaffen over kwaliteitsvisitaties die de medisch-specialist betreffen, deelname aan de evaluatie van het individuele functioneren van de medisch-specialist onder verantwoordelijkheid van de medische staf, de met betrekking tot de medisch-specialist binnengekomen klachten, de gemelde incidenten waarbij de medisch-specialist betrokken is en alle procedures van civiel-, straf- of tuchtrechtelijke aard betreffende de beroepsuitoefening waarbij de medisch-specialist betrokken is.

Ook deze nieuwe MTO voorziet in de eindverantwoordelijkheid van de raad van bestuur voor de kwaliteit van zorg en bijbehorende aanwijzingsbevoegdheden. Nieuw is het instrument voor het bestuur om de medisch-specialist voor bepaalde tijd op non-actief te stellen. Hiermee moet het eenvoudiger worden om bij ernstige incidenten of een vermoeden van disfunctioneren van de medisch-specialist vast te stellen of daarvan sprake is. Dat maakt het beter mogelijk om van een disfunctionerende medisch-specialist afscheid te kunnen nemen. Gelet op voorgaande loopt de nieuwe MTO al grotendeels vooruit op de bepalingen van de Wcz. Zowel de Wcz als de nieuwe MTO voorzien in mogelijkheden voor de raad van bestuur om inderdaad de eindverantwoordelijkheid te nemen bij disfunctionerende medisch-specialisten. Verder is de MTO, aldus NVZ en Orde, zo opgesteld dat in de tekst zelf geen verwijzingen naar bestaande wet- en regelgeving zijn opgenomen. In het model is aangegeven dat de toelichting van tijd tot tijd door de Orde en NVZ gezamenlijk gewijzigd kan worden, indien gewijzigde wet- en regelgeving daartoe aanleiding geven.

¹ Bijlage bij Kamerstukken II 2011/12, 29 248, nr. 211.

² <http://www.orde.nl/assets/structured-files/Downloads/Beroepsbelangen/Model-Toelatingsovereenkomst+d.d.+20+september+2011.pdf>.

De regering gaat er derhalve vanuit dat partijen voor zover dat nodig is de toelichting van MTO met het oog op de Wcz zullen aanpassen.

De leden van de SP-fractie stellen vast dat het toezichthoudend orgaan verantwoordelijk is voor de benoeming, de schorsing, het ontslag en de bezoldiging van de bestuursleden en het benoemen en bezoldigen van de leden van het toezichthoudend orgaan.

De leden van de SP-fractie vinden het niet wenselijk dat leden van de raad van bestuur elkaar kunnen aanstellen en beoordelen. De regering deelt de mening van de SP op dit punt. Het is niet wenselijk dat bestuurders zichzelf aanstellen en beoordelen. Om deze reden is in de Wcz geregeld dat bij de stichting, waarvoor in het Burgerlijk Wetboek niets vast ligt betreffende de benoeming van bestuurders, de raad van toezicht deze bevoegdheid heeft. Bij de overige rechtsvormen is de benoeming van bestuurders door anderen dan het bestuur wel vastgelegd in het Burgerlijk Wetboek.

DEEL III. OVERIGE ASPECTEN

14. Relatie met andere wetten

De leden van de fractie van de PvdA vragen of de regering voornemens is om de Wmo op een later tijdstip in de Wcz in te passen en, indien niet, hoe de regering dan de patiëntenrechten gelijkwaardig gaat regelen in de wet? De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen waarom er niet voor is gekozen om bepalingen over kwaliteit, klachtrecht en medezeggenschap voor de gehele maatschappelijke ondersteuning te doen laten gelden.

De regering is niet voornemens de Wmo op een later tijdstip in te passen in de Wcz. Zoals uit het wetsvoorstel en de toelichting daarop moge blijken, meent de regering dat de reikwijdte van de wetgeving inzake de cliëntenrechten zich dient te beperken tot de zorg, zoals die in artikel 1 van het wetsvoorstel is gedefinieerd. Zorg en maatschappelijke ondersteuning verschillen zodanig van elkaar als het gaat om verdeling van verantwoordelijkheden, dat aparte wetgeving aangewezen is.

Voor zover op aanverwante terreinen, zoals dat van de Wmo, aanleiding bestaat vergelijkbare of eigen regels te stellen, dient dat te geschieden in de desbetreffende sectorwetgeving. Dat geldt ook voor de regeling van de patiëntenrechten. In artikel 80 van het wetsvoorstel is daarom vooralsnog volstaan met het overbrengen naar de Wmo van de op bepaalde onderdelen van de Wmo van oudsher toepasselijke regels van de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwaliteitswet), de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz), zij het dat daarbij de wijzigingen die het wetsvoorstel ten opzichte van die wetgeving kent, ook in artikel 80 zijn verwerkt.

Nadien zijn in en ter uitwerking van het Bestuursakkoord met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) inzake o.a. overbrenging van de extramurale begeleiding uit de AWBZ naar de Wmo nadere afspraken gemaakt omtrent de verantwoordelijkheid voor het stellen van regels inzake kwaliteit, klachten en medezeggenschap en het toezicht daarop in de Wmo.

Decentrale sturing, gemeentelijke beleidsvrijheid en horizontale verantwoording zijn essentiële kenmerken van de Wmo. De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke ondersteuning omvat ook de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit ervan. De regering is, indachtig

het motto «decentraal wat kan, centraal wat moet» van mening dat ook toezicht op en handhaving van de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning eenduidig bij gemeenten neergelegd moet en kan worden. Zo heeft de regering dit ook verwoord in het wetsvoorstel tot decentralisatie van de begeleiding¹. Bij deze uitgangspunten past niet de toepassing van een wet met centrale normering en een centraal toezicht, zoals in de Wcz is vormgegeven.

De regering ziet dat gemeenten van verschillende instrumenten gebruik maken om de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning te borgen: zij stellen kwaliteitseisen bij de inkoop van diensten en zij maken kwaliteitsafspraken geënt op de lokale omstandigheden. Gemeenten maken gebruik van keurmerken en onderzoeken naar klanttevredenheid. Met het daarnaast continueren van landelijk toezicht met uniforme normen ontbreekt een heldere verantwoordelijkheidsverdeling. De regering wil een einde maken aan dubbel toezicht en onnodige administratieve lasten. In het eerdergenoemde wetsvoorstel over decentralisatie van de begeleiding worden gemeenten dan ook volledig verantwoordelijk voor de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning en het toezicht daarop.

Gelet op de verantwoordelijkheid van de minister voor een goed werkend systeem acht de regering het op zijn plaats dat nog enige tijd van rijkswege wordt toegezien op de wijze waarop gemeenten zich in dezen van hun verantwoordelijkheid kwijten. Daarom voorziet het wetsvoorstel in toezicht door de IGZ op de wijze waarop gemeenten hun kwaliteitstoezicht uitvoeren. Het wetsvoorstel voorziet eveneens in een nieuwe opzet van cliëntervaringsonderzoek en in uitbreiding van de gemeentelijke bestuursrechtelijke bevoegdheden om misstanden aan te pakken zoals de bestuursdwang en de bestuurlijke boete.

Gemeenten worden in bovengenoemd wetsvoorstel tot decentralisatie van de begeleiding verplicht om in het beleidsplan aan te geven welke maatregelen zij nemen om aanbieders van bepaalde vormen van maatschappelijke ondersteuning te verplichten een regeling te treffen voor een effectieve, laagdrempelige afhandeling van klachten over gedragingen jegens een cliënt. Ook moeten gemeenten een regeling treffen voor de medezeggenschap van cliënten van de onderneming die deze aanbieders in stand houden.

Indien de Wcz na het wetsvoorstel tot decentralisatie van de begeleiding wordt aanvaard, komt artikel 80 te vervallen; omgekeerd zal artikel 80 gaan gelden indien de Wcz eerder tot wet mocht worden verheven dan het wetsvoorstel over decentralisatie van de begeleiding, doch slechts voor zolang dit wetsvoorstel nog niet geldt.

15. Regeldruk

De leden van de PVV-fractie en de leden van de SP-fractie vragen waarom is gekozen voor de grens van tien medewerkers met betrekking tot de verslagverplichting aangaande medezeggenschap en klachten. De leden van de CDA-fractie begrijpen dat vanwege administratieve lasten is gekozen voor deze grens. De leden van de CDA-fractie vragen wel hoe dit zich verhoudt tot transparant werken.

Er is gekozen voor de grens van tien medewerkers vanwege de administratieve lasten. Wordt de zorg verleend door tien of minder medewerkers dan wegen de lasten om aan de verslagverplichting met betrekking tot klachten te voldoen, te zwaar. Bij tien of minder medewerkers is een cliëntenraad niet verplicht, vanzelfsprekend hoeft er dan ook geen verslag

¹ Kamerstukken II 2011/12, 33 127, nr. 3.

over medezeggenschap te worden gedaan. Dat geldt ook voor de verplichtingen met betrekking tot goed bestuur. Voor het verslag over klachten is dezelfde grens gekozen. Bij tien of minder werknemers is de afstand tussen bestuur en cliënt zo klein dat aan een aantal verplichtingen niet hoeft te worden voldaan.

Voor cliënten is transparantie over de zorgverlening heel belangrijk. Cliënten moeten weten waar zij goede zorg kunnen halen. Om die reden is aan de verplichting tot het indienen van een kwaliteitsverslag niet een dergelijke grens gesteld. Het maakt niet uit of de zorgaanbieder een solist is of een instelling; voor alle zorgaanbieders geldt dat zij een kwaliteitsverslag moeten indienen.

B. ARTIKELSGEWIJS

Slotbepalingen

De leden van de fractie van de PvdA vragen om duidelijke afspraken over het evalueren van de Wcz en stellen daarbij een termijn van twee jaar voor, die zij opgenomen wensen te zien in het wetsvoorstel.

De regering wil elke twijfel wegnemen dat er sprake zou kunnen zijn van vrijblijvendheid wat betreft het evalueren van het wetsvoorstel. Het evalueren van nieuwe wetgeving en nieuw beleid is in deze tijd een onlosmakelijk onderdeel van de beleidscyclus. Alleen op grond van dergelijke evaluaties kan worden gezien of de met de wetgeving beoogde doelen zijn gerealiseerd of dat wellicht aanvullende maatregelen noodzakelijk zijn. Een wettelijke grondslag is daarvoor niet noodzakelijk. De toezegging van de kant van de regering dat de wet zal worden geëvalueerd waarborgt dat de evaluatie zal plaatsvinden; zo nodig kan de Kamer de regering aanspreken op het nakomen van die toezegging. Wat veel belangrijker is, is de inrichting van de evaluatie. De regering is voornemens de Kamer ten tijde van de inwerkingtreding van de wet daarover te informeren. Een termijn van twee jaar is in dit verband overigens niet realistisch. De invoering van omvangrijke nieuwe wetgeving heeft een zekere tijd nodig. Daarna moet gedurende een zekere periode gemeten kunnen worden wat de effecten zijn. De regering zou daarvoor het liefst aansluiting zoeken bij de termijn, genoemd in de Aanwijzingen voor de regelgeving (Ar 164): vijf jaar.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers