

Vergaderjaar 2013–2014

**32 402**

## **Regels ter bevordering van de kwaliteit van zorg en de behandeling van klachten en geschillen in de zorg (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg)**

**I**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 juli 2014

Bijgevoegd treft u de beantwoording van het voorlopig verslag bij het wetsvoorstel voor de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (32 402). De regering heeft in de beantwoording van de gelegenheid gebruik gemaakt om een vraag van het lid Flierman, gesteld tijdens de behandeling van het wetsvoorstel waarmee het Zorginstituut Nederland is ingesteld<sup>1</sup>, te beantwoorden (nummer toezegging: T01854).

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

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2011/12, 33 243.

## MEMORIE VAN ANTWOORD

### INLEIDING

De regering is de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport erkentelijk voor het feit dat zij op 18 februari 2014, nadat de regering uw Kamer bij brief van 28 oktober 2013 op verzoek van de commissie een doorlopende integrale toelichting op de artikelen van het gewijzigd voorstel had gezonden, haar voorlopig verslag over het voorstel van Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) heeft vastgesteld. Daarmee lijkt een belangrijke stap te zijn gezet om tot een spoedige afronding van dit vier jaar geleden ingediende en inmiddels ingrijpend gewijzigde wetsvoorstel te komen. De regering heeft zich ingespannen in deze memorie zo zorgvuldig mogelijk in te gaan op de gestelde vragen en hoopt dat deze antwoorden de commissie aanleiding zullen geven om het wetsvoorstel aan te melden voor plenaire behandeling.

Veel leden hebben vragen gesteld die in de kern betrekking hebben op de noodzaak en meerwaarde van het wetsvoorstel. De regering hecht er daarom aan, alvorens zij die vragen beantwoordt, eerst in te gaan op de noodzaak en meerwaarde van het wetsvoorstel.

De regering wil met het wetsvoorstel verbeteringen doorvoeren in de regeling van kwaliteit van zorg en in de regeling van behandeling van klachten en geschillen.

Het wetsvoorstel in zijn huidige vorm is het resultaat van de parlementaire behandeling van het in 2010 ingediende wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (Wcz), dat sinds 2007 in voorbereiding was, mede naar aanleiding van een oproep vanuit de Nederlandse Patiënten Cliënten Federatie (NPCF). De regering heeft de afgelopen jaren ingezet op een omvorming van het zorgstelsel: van een stelsel waarbij de Rijksoverheid stuurt op het aanbod van zorg naar een stelsel waarbij op decentraal niveau de vragen en behoeften van cliënten centraal staan en zorgaanbieders meer ruimte krijgen om daarop in te spelen. De Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), die de relatie zorgverzekeraar/verzekerde respectievelijk zorgverzekeraar/zorgaanbieder betreffen, vormden daarin de eerste stappen.

De aanpassing van de cliënten- en kwaliteitswetgeving, die raakt aan de relatie tussen zorgaanbieder en cliënt, is daarvan een noodzakelijk sluitstuk.

Er zijn diverse redenen om het wettelijke kader gericht op kwaliteit van zorg en klachten en geschillen aan te passen:

- De huidige Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) is negatief geëvalueerd<sup>2</sup>. Ook uit onderzoek van latere datum blijkt dat het huidige wettelijke kader niet aansluit bij de wensen en verwachtingen van

---

<sup>2</sup> Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector, Friele, R.D., Ruiter, C de, Wijmen, F. van, Legemaate, J., september 1999.

cliënten en dat de behandeling van klachten vaak te lang duurt<sup>3</sup>. Onderzoek toont aan dat cliënten klachtencommissies vaak als partijdig ervaren, dat zij een oordeel «gegrond» of «ongegrond» van de klachtencommissie als weinig bevredigend ervaren en dat de termijn waarbinnen klachten in de praktijk worden afgehandeld, te lang is. Cliënten hebben over het algemeen vooral behoefte aan een luisterend oor en begrip van de zorgaanbieder en diens medewerkers en willen graag zien dat de zorgaanbieder ervoor zorgt dat andere cliënten niet hetzelfde overkomt als hen is overkomen.

- Als de zorgaanbieder niet naar tevredenheid van de cliënt omgaat met diens klacht, is de gang naar de burgerlijke rechter vaak geen alternatief omdat de aard van de klacht zich daar niet voor leent. In gevallen waarin het geschil zich wel zou lenen voor een beslissing van de rechter, is die stap voor veel cliënten bovendien een te grote drempel vanwege de daaraan verbonden financiële en procedurele aspecten.
- Alleen voor solistisch werkende zorgverleners met een beschermde titel op grond van de Wet big is het hoofdstuk «Kwaliteit van de beroepsuitoefening» uit de Wet big van toepassing. Dit geldt niet voor solistisch werkende zorgverleners zonder beschermde titel op grond van de Wet big. Het aantal eenmanszaken/zelfstandigen zonder personeel neemt de laatste jaren sterk toe met 8.000 tot 10.000 per jaar.<sup>4</sup>
- Voor aanbieders van sommige cosmetische ingrepen en voor aanbieders (zonder beschermde titel op grond van de Wet big) van niet-reguliere zorg (alternatieve geneeswijzen) gelden geen wettelijke eisen ten aanzien van kwaliteit van zorg en klachten en geschillen. Bij misstanden ontbreekt het in deze gevallen aan een bevoegdheid tot toezicht en handhaving door de IGZ.<sup>5</sup>
- De huidige wet- en regelgeving biedt geen waarborgen ter bescherming van de zorgverlener bij de in de praktijk bestaande systemen van Veilig Incidenten Melden (VIM).
- De definitie van verantwoorde zorg uit de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwzi) past niet goed meer bij de ontwikkelingen in de zorg van de laatste jaren. Kwaliteitsaspecten als veiligheid van zorg en bejegening maken daarvan geen deel uit.
- De huidige meldplichten voor zorgaanbieders bij de IGZ voor calamiteiten en seksueel misbruik zijn te beperkt vormgegeven. Niet alle vormen van geweld van professionals tegen de cliënt vallen onder die plichten; daarbij gaat het met name om mishandeling in de zin van artikel 300 van het Wetboek van Strafrecht of dwang in de zin van artikel 284 van het Wetboek van Strafrecht. Naar aanleiding van een aantal cases van disfunctionerende zorgverleners, die vervolgens bij een andere zorgaanbieder weer aan de slag gingen, is geconcludeerd dat het noodzakelijk is dat de IGZ zorgverleners die worden ontslagen wegens ernstig disfunctioneren, kan volgen.

<sup>3</sup> Dr. E.M. Sluijs, dr. ir. R.D. Friele, drs. J.E. Hanssen, WKCZ klachtbehandeling in ziekenhuizen. Verwachtingen en ervaringen van cliënten. Den Haag: ZonMw, juni 2004, reeks evaluatie regelgeving: deel 16); IGZ 2006 pag. 68–69;

Stichting De Ombudsman pleit in 2007 voor een totaal onafhankelijke klachtencommissie; Een transparant en toegankelijk klachtenbeleid AWBZ-instellingen, Zorgbelang Overijssel, december 2013;

Kruikemeier, S., Coppen, R., Rademakers, J., Friele, R.D., Ervaringen van mensen met klachten over de gezondheidszorg. Utrecht. NIVEL, 2009;

R. Bouwman, M. Bomhoff, R. Friele, Kennisvraag – vijf patiëntenrechten uit het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) anno 2012. Utrecht: NIVEL 2012;

M. Bomhoff, N. Paus, R. Friele, Niets te klagen. Onderzoek naar uitingen van ongenoegen in verzorgings- en verpleeghuizen. Utrecht: NIVEL 2013.

<sup>4</sup> Cijfers Handelsregister en Vektis.

<sup>5</sup> Kamerstukken II 2013/14, 31 765, nr. 79.

Dit wetsvoorstel:

- Codificeert goede praktijken van klachtenafhandeling bij zorgaanbieders. Dit heeft een verwacht positief effect op de klachtenafhandeling door alle zorgaanbieders. Zorgaanbieders die hun klachtenbehandeling op orde hebben, zullen naar verwachting met weinig geschillen bij de geschilleninstantie te maken krijgen. Dit wetsvoorstel zet in op de-escaleren en dejuridiseren.
- Biedt een laagdrempelig en betaalbaar alternatief voor de civiele rechter voor die gevallen waarin de cliënt en zorgaanbieder samen niet tot een oplossing kunnen komen naar aanleiding van een klacht van een cliënt. Daartoe verplicht dit wetsvoorstel zorgaanbieders om aangesloten te zijn bij een door de sector zelf op te richten geschilleninstantie, die bindende uitspraken kan doen en een schadevergoeding kan toekennen van maximaal € 25.000. Dat laat onverlet dat het zorgaanbieders en cliëntenorganisaties vrij staat desgewenst een hoger maximum bedrag met elkaar af te spreken.
- Is van toepassing op het jaarlijks fors toenemende aantal solistisch werkende zorgverleners dat zich als zelfstandige zonder personeel aanbiedt. Ook zij werken met en voor kwetsbare cliënten. Dit brengt een grote verantwoordelijkheid met zich mee. De extra lasten voor dergelijke solistisch werkende zorgaanbieders zijn naar de mening van de regering te rechtvaardigen.
- Is van toepassing op aanbieders van cosmetische ingrepen en niet-reguliere zorg (alternatieve geneeswijzen). Bij excessen kan de IGZ ingrijpen. Indien een cliënt een klacht heeft, kan deze zorgvuldig volgens de regels van dit wetsvoorstel behandeld worden.
- Biedt in het kader van de systemen van Veilig Incident Melden (VIM) bescherming aan de melder van incidenten en degenen die fouten hebben gemaakt, om hen zodoende te stimuleren te melden en anderen te laten leren van gemaakte fouten.
- Bevat een definitie van goede zorg die aansluit op de ontwikkelingen in de zorg van de laatste jaren. Kwaliteitsaspecten als veiligheid van zorg en bejegening maken deel uit van de definitie van goede zorg.
- Introduceert dit begrip goede zorg om de verbinding te leggen tussen het begrip «goed hulpverlenerschap» uit de wet op de geneeskundige behandelovereenkomst en het begrip «verantwoorde zorg» uit de Kwaliteitswet zorginstellingen. Niet is bedoeld het begrip «verantwoorde zorg» anders te definiëren. Goede zorg en verantwoorde zorg zijn voor mij identieke begrippen. De in de praktijk gehanteerde professionele standaarden, die veelal ook over bejegening en patiëntveiligheid gaan kunnen dus door de IGZ gebruikt blijven worden bij haar toezichthoudende taak.
- Breidt voor zorgaanbieders de meldplichten bij de IGZ uit met meldplichten bij geweld in de zorgrelatie en ontslag van zorgverleners wegens ernstig disfunctioneren. Het gaat om ernstige zaken waarbij de IGZ na de melding kan toezien op de eventuele verdere activiteiten van de betrokken zorgverlener.

In de kern draagt dit wetsvoorstel bij aan een goede verhouding tussen zorgaanbieder, zijn medewerkers en de cliënt, waarbij de zorgaanbieder inzicht geeft in het handelen van zijn organisatie en zorgvuldig en transparant omgaat met incidenten, fouten en klachten. Om die reden acht de regering het ook gewenst de regeling van kwaliteit en van klachten en geschillen in één wetsvoorstel samen te brengen. Een klacht is geen reden voor conflict, maar een aanleiding om snel het gesprek met de klager aan te gaan om de onvrede in een vroeg stadium op te lossen en ook om ervan te leren. Van incidenten of fouten veroorzaakt door een menselijke fout of door onvolkomenheden in de organisatie kunnen andere zorgverleners leren. Bijvoorbeeld via het systeem van Veilig Incident Melden van incidenten. Dit komt de kwaliteit van zorg ten goede.

Ook heeft de cliënt er bij een incident recht op te vernemen wat hem is overkomen en dat zo nodig in zijn cliëntendossier nog eens na te kunnen lezen. Er is geen reden om daar krampachtig mee om te gaan. Openheid en het wegnemen van onvrede bij cliënten draagt bij aan een goede relatie tussen zorgaanbieder en cliënt en daarmee aan de kwaliteit van zorg. Als sluitstuk hoeft een zorgaanbieder vervolgens niet bang te zijn om zaken bij de IGZ te melden. De zorgaanbieder kan laten zien dat hij een lerende organisatie is die in open contact met zijn eigen medewerkers en zijn cliënten staat.

In de afgelopen maanden heeft het Ministerie van VWS enkele bijeenkomsten georganiseerd met als doel de meningen van experts (hoogleraren gezondheidsrecht en aansprakelijkheidsrecht, schadeverzekeraars, voorzitters tuchtcollege en geschillencommissie, vertegenwoordigers van aanbieders en cliënten) te vernemen over de opzet en vormgeving van een eigentijdse klachten- en geschillenregeling. Algemeen werd het beeld gedeeld dat mensen met onvrede over de geleverde zorg zich steeds meer en steeds eerder in het proces genoodzaakt voelen om zich te wapenen met advocaten, letselschade-experts en medisch adviseurs alvorens een klacht of een claim bij een ziekenhuis neer te leggen. En zorgverleners en zorgaanbieders hebben het gevoel dat er steeds meer over hen geoordeeld wordt, zonder begrip voor de lastige omstandigheden waarin zij soms verkeren. Zodra er van beide zijden advocaten, letselschade-experts of medisch adviseurs zijn ingeschakeld, is er geen (open) dialoog meer tussen de direct betrokkenen. De zorgverlener en de patiënt komen vaak niet meer met elkaar in contact. Ook niet als de schadeverzekeraar probeert het contact te herstellen. De volgende stap is dat partijen elkaar zien voor de rechter of tuchtrechter of dat de cliënt gedesillusioneerd afhaakt. Dit is een ongewenste ontwikkeling.

In die bijeenkomsten is gebrainstormd over hoe een regeling van klachtafhandeling en geschilbeslechting er onder dit wetsvoorstel uit zou moeten zien. Over het uitgangspunt dat klachten zo dicht mogelijk bij de bron en zo veel mogelijk in onderling overleg moeten worden opgelost, is een grote mate van consensus gebleken. Partijen gingen over de contouren van een nieuwe opzet van klachtafhandeling en geschilbeslechting in gesprek en bleken zeer bereid de gesprekken over nadere invulling daarvan te continueren. De achterliggende gedachte is om in een zo vroeg mogelijk stadium alle klachten en andere uitingen van onvrede op te pakken en succesvol te behandelen. Polarisation van het proces dient voorkomen te worden. Het proces moet vervolgens zo worden ingericht dat klachten proportioneel behandeld worden: geen ingrijpende formele procedures bij «lichte» klachten. Bij de meeste klachten gaat het om het herstellen van een relatie. Daarbij ligt de focus op bemiddeling. Een professionele aanpak in de beginfase zonder veel formele (juridische) procedures helpt daarbij (procedurele rechtvaardigheid). Ook zullen er zaken zijn waarin eenvoudig is vast te stellen dat een schadevergoeding gepast is of dat de organisatie uit coulance een gebaar wil maken. Bij een deel van de klachten of claims zullen cliënt en zorgaanbieder echter tot de conclusie komen dat zij er samen niet gaan uitkomen. Zij kunnen er dan voor kiezen de klacht voor te leggen aan een onafhankelijke geschilleninstantie die de klacht of de claim beoordeelt. Uiteraard zal deze geschilleninstantie een claim niet eerder toekennen dan nadat zij heeft geconstateerd dat sprake is van toerekenbaarheid en verwijtbaarheid aan de zijde van de zorgaanbieder/zorgverlener. Deze procedure is minder beschadigend voor de deelnemende partijen, goedkoper en met een grotere kans op herstel van de relatie tussen partijen. Belangrijk is het om het gevoel te hebben dat het indienen van een klacht zin heeft. Een goed functionerende geschilleninstantie kan het rechtvaardigheidsgevoel versterken («er is netjes met die persoon omgegaan, ook al heeft hij geen gelijk

gekregen»). Er is bewust voor gekozen de oprichting van de geschilleninstantie te laten bij organisaties van zorgaanbieders en organisaties van cliënten gezamenlijk, vanuit de gedachte dat op deze manier draagvlak ontstaat in de sector voor de geschilleninstantie. Het is denkbaar dat bij de oprichting van een geschilleninstantie in de reglementen aandacht wordt besteed aan de omgang met «veelklagers». Voorkomen moet worden dat de toegankelijkheid en de laagdrempeligheid zorgaanbieders onnodig op kosten drijft.

Ter voorbereiding op de beantwoording van de door u gestelde vragen zijn bovendien medewerkers van het Ministerie van VWS op werkbezoek geweest bij een aantal ziekenhuizen, GGZ-instellingen en instellingen in de langdurige zorg. Deze werkbezoeken bevestigen het beeld dat een goede klachtafhandeling betekent dat de aanbieder investeert in de relatie met de cliënt. Het blijkt dat de meeste onvrede van cliënten door deze aanbieders in een vroegtijdig stadium, in een gesprek tussen zorgverlener en cliënt, wordt weggenomen. Waar nodig wordt samen met de cliënt verder naar een oplossing gezocht, al dan niet met inzet van bemiddeling of mediation. Escalatie en juridische procedures worden zo voorkomen. De in de Wkcz voorgeschreven klachtencommissies spelen bij die zorgaanbieders slechts een marginale rol.

Doordat veel onvrede in een vroegtijdig stadium wordt opgelost, resteren er relatief weinig zaken voor de klachtencommissie (minder dan vijf procent van het aantal klachten). Ook geven de zorgaanbieders aan dat het belangrijk is dat er een functionaris is die desgewenst kan adviseren of bemiddelen tussen de cliënt en de zorgaanbieder. Ook wijzen de bezochte zorgaanbieders op het belang van een snelle klachtenafhandeling. Alle zorgaanbieders die zijn bezocht, hanteren een termijn van zes weken voor de behandeling van een klacht, sommige zelfs een termijn van vier weken. Desgevraagd hebben de zorgaanbieders aangegeven niet op te zien tegen de behandeltermijn van zes weken, eenmalig te verlengen met een periode van vier weken, uit dit wetsvoorstel. De zorgaanbieders hebben soms te maken met complexere klachten die nader onderzoek of mediation vergen. De zorgaanbieders gaven aan tevreden te zijn dat op grond van dit wetsvoorstel, voor die gevallen waarin meer tijd nodig is, het oordeel van de zorgaanbieder na zes weken ook kan zijn dat nog nader onderzoek nodig is. Het is hierbij wel van belang dat dit in goed overleg met de cliënt gebeurt.

Sommige aanbieders gaven aan te verwachten dat ze de klachtencommissie behouden als sluitstuk van de klachtenbehandeling. Eén aanbieder gaf aan te overwegen de klachtencommissie af te schaffen omdat de uitkomst (klacht gegrond of ongegrond) door alle partijen als onbevredigend wordt ervaren.

Dit wetsvoorstel geeft zorgaanbieders de ruimte om een klachtenregeling op te stellen die past binnen de cultuur van de eigen instelling. Uit oogpunt van goed bestuur is het vanzelfsprekend dat de zorgaanbieder naast een vertegenwoordiging van cliënten ook (een vertegenwoordiging van) zorgverleners betreft bij het opstellen van de klachtenregeling. De klachtencommissie is niet langer verplicht, maar mag uiteraard wel als onderdeel van de klachtenregeling behouden blijven, als de zorgaanbieder vindt dat deze toegevoegde waarde heeft.

De regeling op basis waarvan de zorgaanbieder tot een oordeel komt over de klacht, moet recht doen aan de belangen van cliënt en de zorgverlener.

Hieronder worden de door de leden van de diverse fracties gestelde vragen beantwoord. Hierbij is de volgorde van het voorlopig verslag aangehouden. De vragen over gelijke onderwerpen zijn zoveel als mogelijk gebundeld beantwoord.

De regering maakt van de gelegenheid gebruik om een vraag van het lid Flierman, gesteld tijdens de behandeling van het wetsvoorstel waarmee het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) is ingesteld<sup>6</sup>, te beantwoorden. Tijdens dit debat is toegezegd na te gaan of voor het aanleveren van onjuiste gegevens door zorgaanbieders dezelfde sancties gelden als voor het niet aanleveren van gegevens (nummer toezegging: T01854). Inderdaad is dat het geval: voor het aanleveren van onjuiste gegevens door de zorgaanbieder op grond van de Wmg staan dezelfde handhavingsinstrumenten ter beschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) als het geval is bij het niet aanleveren van gegevens door de zorgaanbieder. Hierbij gaat het om de instrumenten aanwijzing, last onder bestuursdwang, last onder dwangsom, het ter openbare kennis brengen en de bestuurlijke boete.

### **Noodzaak wetsvoorstel**

*De leden van de CDA-fractie, de VVD-fractie en de PvdA-fractie hebben vragen over de noodzaak van het wetsvoorstel. De leden van de CDA-fractie wijzen op het advies van de Raad van State, waarin fundamentele twijfels bij de aanleiding en noodzaak van het wetsvoorstel staan en twijfel of het wettelijke kader nog wel toereikend is tegen de achtergrond van recente wetwijzigingen (Zvw, Wtzi, Wmg). De leden van de CDA-fractie geven aan dat de reactie van regering wel de goede bedoelingen van het wetsvoorstel beschrijft, maar de kritiek van de Raad niet inhoudelijk weerlegt. Met het opsplitsen van de wet is in de ogen van de leden van de CDA-fractie de twijfel bij aanleiding en noodzaak van de wet echter niet weggenomen. Er is volgens de leden van de CDA-fractie juridisch immers al een heel behoorlijke klachtenregeling. Zij vragen of de regering inhoudelijk kan toelichten waarom het niet voldoende, respectievelijk niet mogelijk, respectievelijk niet te verkiezen is om naar aanleiding van de bestaande problemen een betere benutting van beschikbare instrumenten te initiëren, in plaats van een nieuwe wet te ontwerpen. De leden van de CDA-fractie vragen de regering toe te lichten waar precies de noodzaak van een wijziging van de huidige klachten- en geschillenprocedures ligt. De leden van de VVD-fractie vragen of een en ander in het veld niet al goed geregeld is en vragen wat de aanwijzingen zijn dat deze wetwijziging noodzakelijk is. De leden van de PvdA-fractie vernemen graag om welke reden de huidige wettelijke regeling rond interne klachtenafhandeling vervangen dient te worden door een maatwerkregeling rond interne klachtenafhandeling zoals nu in het wetsvoorstel is opgenomen.*

Op de noodzaak en meerwaarde van dit wetsvoorstel is in de inleiding van deze memorie van antwoord ingegaan.

De door de Raad van State aangegeven twijfels bij de aanleiding en noodzaak van het wetsvoorstel waren gebaseerd op twee publicaties: één van de IGZ<sup>7</sup> en één van de Raad voor Volksgezondheid & Zorg (RVZ)<sup>8</sup>. De inspectie zag geen noodzaak voor ingrijpende herziening van de op patiënten betrekking hebbende wetgeving. De RVZ was van oordeel dat aanpassing van bestaande regelgeving de voorkeur verdient boven een integrale zorgconsumentenwet die veel verschillende onderwerpen moet regelen. In de inleiding is aangegeven dat er voldoende aanleiding is om het wettelijke kader op het gebied van kwaliteit, klachten en geschillen te herzien. De integrale Zorgconsumentenwet (Wcz) waarvan de RVZ de

<sup>6</sup> Kamerstukken II 2011/12, 33 243.

<sup>7</sup> IGZ: Patiënt en recht: de rechtspositie van de patiënt goed verzekerd? september 2006 en bijbehorende achtergrondstudies.

<sup>8</sup> RVZ: Advies: De patiënt beter aan zet met een zorgconsumentenwet? 9 november 2006.

meerwaarde betwijfelde is van de baan. Met deze memorie van antwoord wordt dit wetsvoorstel nader gemotiveerd.

De opmerking van de Raad van State over de twijfel of het wettelijke kader nog wel toereikend is tegen de achtergrond van recente wetwijzigingen (Zvw, Wtzi, Wmg) heeft betrekking op de huidige wetgeving. In het kader van dit wetsvoorstel gaat het om de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz). Deze opmerking van de Raad van State is terecht, zoals ook in het Nader rapport is aangegeven. In de inleiding van deze memorie van antwoord is hierover aangegeven dat in de cliënten- en kwaliteitswetgeving moet worden verankerd dat cliënten beter hun rol kunnen spelen in een vraaggestuurd stelsel.

Een betere benutting van beschikbare instrumenten, in plaats van een wetwijziging, is niet afdoende op onder meer de volgende punten, omdat het gaat om nog niet bestaande verplichtingen en waarborgen in de huidige wetgeving of om aanbieders die niet vallen binnen de reikwijdte van de huidige wetgeving:

- de verplichting voor zorgaanbieders om een klachtenfunctionaris beschikbaar te hebben;
- de laagdrempelige afhandeling van geschillen voor die gevallen waarin zorgaanbieder en cliënt er samen niet uitkomen;
- het van toepassing verklaren van eisen ten aanzien van kwaliteit, klachten en geschillen en het toezicht daarop op solistisch werkende zorgverleners, die niet onder het bereik van de Wet big vallen;
- het van toepassing verklaren van eisen ten aanzien van kwaliteit, klachten en geschillen en het toezicht daarop op aanbieders van cosmetische ingrepen (voor zover deze ingrepen niet onder de Wet big vallen) en niet-reguliere zorg (alternatieve geneeswijzen);
- bescherming voor de melders en zorgverleners die fouten hebben gemaakt in het kader van de systemen van Veilig Incident Melden;
- het melden van alle vormen van geweld in de zorgrelatie en ontslag wegens ernstig disfunctioneren bij de IGZ.

Over de noodzaak en meerwaarde van de wijziging van de Wkcz is in de inleiding al het één en ander gezegd. In aanvulling daarop wil de regering benadrukken dat al sinds 1999 bekend is dat de wijze waarop klachten worden afgehandeld op grond van die wet, niet aansluit bij de wensen en behoeften van cliënten.<sup>9</sup> Daarnaast laten verschillende onderzoeken<sup>10</sup> van latere datum naar de werking van het klachtrecht in de zorg zien dat:

- cliënten in met name de langdurige zorg hoge drempels ervaren voor het indienen van klachten,
- cliënten weinig waarborgen zien voor de onafhankelijkheid van de beoordeling ervan,
- cliënten te vaak niet tevreden zijn met de uitkomsten van de klachtenbehandeling,
- de wettelijk verplichte klachtencommissies in de beleving van de cliënten te afstandelijk zijn, waardoor zij zich niet gehoord voelen, de afhandeling te lang duurt en de uitkomst te formeel is («uw klacht is

<sup>9</sup> Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector, Friele, R.D., Ruiters, C. de, Wijmen, F. van, Legemaate, J., september 1999.

<sup>10</sup> Dr. E.M. Sluijs, dr. Ir. R.D. Friele, drs. J.E. Hanssen, WKZC klachtbehandeling in ziekenhuizen. Verwachtingen en ervaringen van cliënten. Den Haag: ZonMw, juni 2004, reeks evaluatie regelgeving: deel 16); IGZ 2006 pag. 68–69; Stichting De Ombudsman pleit in 2007 voor een totaal onafhankelijke klachtencommissie; Een transparant en toegankelijk klachtenbeleid AWBZ-instellingen, Zorgbelang Overijssel, december 2013.; Kruike-meier, S., Coppen, R., Rademakers, J., Friele, R.D. Ervaren van mensen met klachten over de gezondheidszorg. Utrecht; NIVEL, 2009; R. Bouwman, M. Bomhoff, R. Friele, Kennisvraag – vijf patiëntenrechten uit het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) anno 2012. Utrecht: NIVEL 2012; M. Bomhoff, N. Paus, R. Friele, Niets te klagen. Onderzoek naar uitingen van ongenoegen in verzorgings- en verpleeghuizen. Utrecht: NIVEL 2013.

- gegrond of ongegrond»), terwijl een goed gesprek, waar de meeste klagers juist veel behoefte aan hebben, vaak uitblijft,
- dat cliënten noodgedwongen uitwijken naar de tuchtrechter, waar vanuit het perspectief van de cliënt te vaak geen bevredigende oplossing volgt,
  - dat cliënten het belangrijk vinden dat zij snel geholpen worden met hun klacht,
  - de cliënt onvoldoende kennis heeft van de mogelijkheden van en verschillen tussen de verschillende procedures<sup>11</sup>.

In reactie op de vraag van de leden van de VVD-fractie naar het aantal instellingen met een slechte klachtenregeling merkt de regering op dat zij zich baseert op de evaluatie van de Wkcz en andere eerder aangehaalde onderzoeken. Het aantal instellingen is op basis daarvan niet te noemen. Wel blijkt uit onderzoek van het NIVEL uit 2012 dat in lang niet alle zorginstellingen de klachtenopvang goed op orde is.<sup>12</sup>

Met dit wetsvoorstel worden alle genoemde kritiekpunten op de huidige regeling van het klachtrecht aangepakt. Bij klachten van cliënten gaat het erom dat de cliënt wordt gehoord, de zorgaanbieder bij een serieuze klacht begrip toont en zo nodig een excuus aanbiedt en ervoor zorgt dat andere cliënten niet hetzelfde overkomt. Want daar gaat het vele cliënten die klagen met name om. Dan is het niet meer nodig om een uitspraak van een klachtencommissie te verkrijgen over de vraag of een klacht gegrond of ongegrond is. Een goed gesprek tussen zorgverlener en cliënt en begrip tonen door de zorgverlener doet vaak al wonderen. Ook kunnen misverstanden snel de wereld uit worden geholpen in een goed gesprek. Daar zet dit wetsvoorstel ook op in.

Tegelijkertijd moet de cliënt beschermd worden indien een zorgaanbieder niet goed omgaat met de klacht. De gang naar de burgerlijke rechter is in veel gevallen geen alternatief zoals in de inleiding toegelicht. Op grond van dit wetsvoorstel kan de cliënt terecht bij een laagdrempelige onafhankelijke geschilleninstantie die bindende uitspraken kan doen, als de aanbieder en cliënt er samen niet uitkomen. Doordat de zorgaanbieder op grond van dit wetsvoorstel verplicht is om de cliënt te informeren over incidenten en daarvan aantekening te maken in het cliëntendossier wordt de rechtspositie van cliënten bij geschillen versterkt. De cliënt kan dan op grond van zijn cliëntendossier aantonen wat hem is overkomen. Nu komt het nog vaak voor dat van incidenten geen melding wordt gemaakt in het cliëntendossier.<sup>13</sup>

*De leden van de VVD-fractie vragen of niet nu ook al op grond van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) van een incident aantekening moet worden gemaakt in het dossier.*

Op grond van artikel 7:454 BW (Wgbo) is de hulpverlener verplicht een dossier in te richten met betrekking tot de behandeling van de patiënt. De hulpverlener is verplicht om gegevens omtrent de gezondheid in het dossier op te nemen. De dossierplicht uit de Wgbo is algemeen verwoord en benoemt niet expliciet dat van een incident aantekening moet worden gemaakt in het dossier. Nog te vaak komt het voor dat dit niet gebeurt. Dit

<sup>11</sup> IGZ 2006, pag. 67; Legemaate 2006, pag. 73; NIVEL 2006 pag. 17.

<sup>12</sup> R. Bouwman, M. Bomhoff, R. Friele, Kennisvraag – vijf patiëntenrechten uit het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wkcz) anno 2012. Utrecht: NIVEL 2012.

<sup>13</sup> R.P. Wijne, Aansprakelijkheid voor zorg gerelateerde schade, een onderzoek naar obstakels in het civiele aansprakelijkheidsrecht en alternatieven voor verhaal van zorggerelateerde schade, BJU 2013.

blijkt onder andere uit het proefschrift van dr. Wijne.<sup>14</sup> Met de bepaling uit het wetsvoorstel wordt de dossierplicht nader geconcretiseerd.

*Daarnaast vragen de leden van de VVD-fractie of de GOMA (Gedragcode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid), waarmee veldpartijen zelf inzetten op meer openheid en een betere afwikkeling van claims, deze wet niet overbodig maakt. De leden van de D66-fractie willen graag weten of het effect van de GOMA is gemeten.*

De GOMA maakt het wetsvoorstel niet overbodig. Ten eerste niet omdat de inhoud van het wetsvoorstel breder is en verder gaat dan de inhoud van de GOMA. Breder omdat het wetsvoorstel ook de regelgeving ten aanzien van kwaliteit aanscherpt en een breder toepassingsbereik heeft dan de GOMA. Verder omdat het wetsvoorstel ook een termijn geeft voor interne klachtafhandeling, de procedurele eis van de klachtencommissie los laat, een klachtenfunctionaris verplicht stelt en een laagdrempelig alternatief voor de civiele rechter biedt (geschilleninstantie). Daarnaast is het nog maar de vraag of de gedragsnormen uit de GOMA op dit moment – gegeven de interactie tussen zorgaanbieders, hun schadeverzekeraars en de cliënt – voldoende zijn om de gewenste openheid te realiseren.

Dit neemt niet weg dat de regering initiatieven als de GOMA, waarmee openheid wordt bevorderd, van harte ondersteunt. De regering ziet het wetsvoorstel als belangrijke stok achter de deur. Onderzoek van de VU Amsterdam ondersteunt deze opvatting van de regering.<sup>15</sup> In reactie op de vraag van de leden van de D66-fractie of de regering onderzoek heeft laten uitvoeren naar het effect van de GOMA merkt de regering dat het onderzoek hiertoe op initiatief van De Letselschaderaad zich op dit moment in afrondende fase bevindt. Naar verwachting zijn de resultaten van dit onderzoek binnenkort bekend.

*De leden van de VVD-fractie vragen wat de consequenties van het wetsvoorstel zijn voor ziekenhuizen waar reeds een volgens betrokken patiënten en aanbieders goed functionerende klachtenregeling bestaat.*

Voor zorginstellingen waar reeds een goed functionerende klachtenregeling bestaat, heeft het onderhavige wetsvoorstel de facto geen gevolgen, mits de klachtenregeling voldoet aan de gestelde randvoorwaarden (met name het beschikbaar hebben van een klachtenfunctionaris en de verplichting van aansluiting bij een geschilleninstantie). In de praktijk blijken instellingen met een goed functionerende klachtenregeling al te voldoen aan die randvoorwaarden.

*Ook ontvangen de leden van de VVD-fractie graag een overzicht van de te verwachten financiële consequenties van de eisen die aan de zorgaanbieders gesteld worden op het gebied van kwaliteit en de afhandeling van klachten en geschillen, waaronder het beschikbaar hebben van een klachtenfunctionaris, het opstellen van procedures, de verplichting*

<sup>14</sup> R.P. Wijne, Aansprakelijkheid voor zorg gerelateerde schade, een onderzoek naar obstakels in het civiele aansprakelijkheidsrecht en alternatieven voor verhaal van zorggerelateerde schade, BJU 2013.

<sup>15</sup> J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach en J.E. Hulst (VU Amsterdam), Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen, 2013, p. 25 met verwijzing naar G.E. Linthorst e.a., «What contributes to internists, willingness to disclose medical errors?»: zie ook: R.P. Wijne, Aansprakelijkheid voor zorg gerelateerde schade, een onderzoek naar obstakels in het civiele aansprakelijkheidsrecht en alternatieven voor verhaal van zorggerelateerde schade, BJU 2013, p. 826–827.

*cliënten in te lichten over incidenten en deze op te nemen in het dossier, de mediation, en de verplichting zich aan te sluiten bij een geschilleninstantie.*

Niet alle elementen uit de wet laten zich eenvoudig vertalen naar financiële consequenties. Veel verplichtingen hangen namelijk sterk samen met de cultuur binnen een instelling. Zo is het sterk afhankelijk van de cultuur hoe met incidenten en klachten wordt omgegaan, of hier bijvoorbeeld open met de cliënt over wordt gesproken en hoeveel tijd eraan wordt besteed. Het maakt niet uit of je nou in de zorg werkt of bijvoorbeeld op een kantoor samenwerkt met collega's. Wanneer er iets «mis» is gegaan en je wilt de onderlinge verstandhouding goed houden, dan is uitleg geboden en dat kost tijd. In een kantooarsituatie betekent dit dat je wellicht een uurtje langer moet blijven en in een ziekenhuis zal dit ook betekenen dat de werkdag die dag iets langer is. Het aantekenen van een incident in het dossier zal ongeveer vijf minuten in beslag nemen. Dit blijkt uit de eerdere administratieve lastenberekening bij het voorstel van Wet cliëntenrechten zorg. Voor het bespreken van incidenten is niet zo eenvoudig een berekening te maken. Het ene gesprek duurt nou eenmaal langer dan het andere, maar dat is onderdeel van werken in de zorg. Hieronder volgt een inschatting van de financiële consequenties van de overige in de vraag benoemde onderdelen.

#### Klachtenfunctionaris

Zorgaanbieders hebben vaak al iemand in dienst die zich bezig houdt met de afhandeling van klachten. Voor deze zorgaanbieders geldt dat het wetsvoorstel eerder zal zorgen voor een andere werkwijze, dan dat het financiële consequenties zal hebben. Zorgaanbieders die al met een klachtenfunctionaris werken, geven aan dat het aantal klachten door de inzet van de klachtenfunctionaris is verminderd en dat meer klachten onderling worden opgelost. Dit wordt onderschreven door de Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor Gezondheidszorg (VKIG). Voor zorgaanbieders die nog niet werken met een klachtenfunctionaris, houdt de maatregel in dat deze zorgaanbieders een klachtenfunctionaris beschikbaar moeten stellen voor de cliënt. In geval van een zorgaanbieder zonder medewerkers of met slechts een enkele medewerker is het ook van belang dat cliënten gebruik kunnen maken van een klachtenfunctionaris. Om te voorkomen dat kleine zorgaanbieders te maken krijgen met onevenredige kosten, laat het wetsvoorstel de ruimte om in samenwerking met een aantal andere zorgaanbieders een klachtenfunctionaris te organiseren. Sommige huisartsen hebben dit al gedaan door regionaal een klachtenfunctionaris te organiseren. Het salaris van een klachtenfunctionaris zit gemiddeld tussen schaal 50/60 FWG, dus ongeveer tussen € 2.100 en € 4.200 bruto.

#### Opstellen van procedures

De wet verplicht tot twee procedures: 1. De interne procedure met betrekking tot het melden van een incident en 2. de procedure omtrent de afhandeling van klachten. Beide procedures worden hieronder toegelicht. Het overgrote deel van de zorgaanbieders heeft reeds een interne procedure met betrekking tot het melden van incidenten, ook wel het «veilig melden systeem» genoemd (voorheen waren dat de MIP/FONA-commissies). Voor deze aanbieders heeft het wetsvoorstel geen financiële consequenties. Het wetsvoorstel zorgt er alleen voor dat het interne systeem met meer waarborgen omkleed wordt. Zo regelt het wetsvoorstel dat de geheimhoudingsplicht ook geldt voor met toezicht belaste ambtenaren die gegevens uit het interne systeem onder ogen krijgen. Dit om te voorkomen dat het «veilig incident melden» binnen instellingen onder druk komt te staan. De regering hecht veel waarde aan een veilige werkomgeving, waarin van fouten kan worden geleerd.

De verplichting tot het hebben van een klachtenregeling bestaat reeds op grond van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector en heeft dan ook geen financiële consequenties. Het wetsvoorstel heeft tot gevolg dat sommige zorgaanbieders een andere werkwijze zullen moeten gaan hanteren, maar dat behoeft niet tot meer werk te leiden. Het is zelfs heel goed denkbaar, dat wanneer zorgaanbieders de afhandeling van klachten overeenkomstig het wetsvoorstel inrichten en dus de dialoog centraal stellen, ook in geval van onvrede, dit op termijn zelfs tot een verlaging van de kosten zal leiden.

#### Mediation

Het wetsvoorstel kent (ook al hecht de regering zeer aan het belang van mediation bij klachtafhandeling) geen wettelijke verplichting tot mediation en dus ook geen financiële consequenties ten aanzien van mediation. Mochten zorgaanbieder/zorgverlener en cliënt met elkaar besluiten tot mediation, dan is dit in veel gevallen goedkoper dan wanneer het conflict voor de rechter wordt behandeld.

#### Aansluiting bij de geschilleninstantie

Het wetsvoorstel verplicht zorgaanbieders om aangesloten te zijn bij een door organisaties van cliënten en organisaties van zorgaanbieders opgerichte geschilleninstantie. Het is dan ook aan deze partijen om met elkaar afspraken te maken over de financiën. Ervaringen met de Geschillencommissie laten zien dat deze acceptabel zijn. Zorgaanbieders die zich nog niet bij een geschilleninstantie hebben aangesloten, hebben na de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel nog een jaar om dit alsnog te doen. De eigen brancheorganisatie kan daarin een nuttige rol spelen.

In reactie op de vraag van de leden van de VVD-fractie naar de dekking van de eventuele financiële consequenties is de regering van oordeel dat deze horen bij de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder voor goede zorgverlening. Zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor de financiële dekking.

*De leden van de PvdA-fractie willen weten of de regering van mening is dat de geschilleninstantie ook zou kunnen functioneren in combinatie met de huidige wettelijke interne klachtenregeling. Onder vermelding dat in een amvb geregeld zal worden dat er een set criteria komt waaraan de interne klachtenprocedure moet voldoen, vragen deze leden of het niet eenvoudiger was geweest om de huidige (wettelijke) regeling rond interne klachtenbehandeling te behouden?*

Op zich kan de geschilleninstantie ook functioneren in combinatie met de huidige regeling.

Dat is ook al op vrijwillige basis de praktijk in een aantal sectoren (geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, ziekenhuizen, verpleging verzorging en thuiszorg, zelfstandige klinieken). De regering is van mening dat voor iedere cliënt de weg naar de geschilleninstantie open moet staan. Daarnaast dwingt de huidige wettelijke interne klachtenprocedure de zorgaanbieder om te werken met een klachtencommissie, waarvan het functioneren, zo blijkt uit onderzoek, negatief geëvalueerd is. Daarom acht de regering het niet raadzaam de huidige wettelijke regeling te behouden en wil de regering de zorgaanbieder meer ruimte bieden om naar eigen inzicht en in afstemming met de cliëntenraad de klachtenopvang te regelen.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering bereid is tekst van deze amvb aan de Eerste Kamer voor te leggen.*

Uiteraard is de regering bereid de Eerste Kamer inzicht te bieden in hetgeen de regering op grond van artikel 13, vijfde lid, in de algemene maatregel van bestuur (amvb) voornemens is op te nemen. De conceptversie van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz<sup>16</sup> is als bijlage bij deze memorie van antwoord gevoegd. Het betreft werk in uitvoering. Consultaties met betrokken partijen en advisering door het College bescherming persoonsgegevens (Cbp) en de Raad van State moeten nog plaatsvinden.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de regering kan aangeven waar deze wet overige wetgeving, respectievelijk wetgeving in voorbereiding raakt. Zij vragen of deze wetgeving één op één aansluit bij definities en procedures in gerelateerde andere (bestaande dan wel in voorbereiding zijnde) wet- en regelgeving en waar dit blijkt. De leden van de CDA-fractie vragen de regering daarbij met name aandacht te besteden aan de klachtenprocedures. De leden van de CDA-fractie constateren dat ondanks het doel van de wet om meer samenhang te creëren, er diverse regelingen naast elkaar blijven bestaan en de samenhang op diverse terreinen nog onduidelijk is, dan wel te wensen overlaat. Bovendien stelt de regering dat er nog een aantal wettelijke regelingen in voorbereiding is. De leden van de CDA-fractie verzoeken de regering een overzicht te geven van deze wetgeving, de stand van zaken in de voorbereiding en de verhouding van deze voorstellen tot het voorliggend wetsvoorstel. Zij vragen of in bedoelde wetgeving dezelfde definities worden gehanteerd als in onderhavige wet. De leden van de SP-fractie wijzen erop dat artikel 6.34 van het bij de Tweede Kamer aanhangige wetsvoorstel Wmo 2015, artikel 1, tweede lid, van het wetsvoorstel wijzigt, waardoor deze wet niet langer op de maatschappelijke ondersteuning van toepassing is, terwijl dit in het nu voorliggende wetsvoorstel (op grond van artikel 1, tweede lid, onderdeel b) wel het geval is.*

*De leden van de VVD-fractie, de CDA-fractie en de PvdA-fractie vragen hoe het in het wetsvoorstel niet langer verplicht stellen van een klachtencommissie zich verhoudt tot diverse andere wetten die op dit moment ook bij de Kamer liggen, waarin de klachtencommissie wel verplicht wordt, te weten de Wet verplichte ggz en het wetsvoorstel zorg en dwang voor de verstandelijke gehandicaptenzorg.*

De inhoud van dit wetsvoorstel raakt de inhoud van de volgende wetten en wetsvoorstellen:

- Jeugdwet
- Wetsvoorstel Langdurige zorg (Kamerstukken II, 33 891)
- Wetsvoorstel Wmo 2015 (Kamerstukken II, 33 841) en de huidige Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)
- Wetsvoorstel zorg en dwang (Kamerstukken II, 31 996)
- Wetsvoorstel verplichte GGZ (Kamerstukken II, 32 399)

In de recente Jeugdwet is vooralsnog zoveel mogelijk aangesloten bij de bestaande wet- en regelgeving op het gebied van kwaliteit en klachtrecht in de zorg: de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Als onderhavig wetsvoorstel tot wet wordt verheven, zullen de bepalingen in de Jeugdwet op het gebied van klachtrecht en geschillen aan de Wkkgz worden aangepast, zodat de regels voor aanbieders van jeugdhulp ook in de toekomst blijven aansluiten bij de dan op grond van de Wkkgz bestaande wet- en regelgeving op het gebied van klachten en geschillen in de zorg. Aldus wordt ook voorkomen dat zij, voor zover zij naast jeugdhulp ook zorg verlenen, met verschillende regimes te maken krijgen; dit is bijvoorbeeld relevant voor instellingen die zowel jeugd-ggz als volwassenen-ggz aanbieden. Vooruitlopend daarop is het naar het oordeel van de regering niet problematisch dat de jeugdhulpaanbieders voor de fase van interne klachtenbehandeling blijven werken met

<sup>16</sup> Ter inzage gelegd op de afdeling Inhoudelijke ondersteuning onder griffie ne. 148851.38.

de klachtencommissies van de Jeugdwet en kunnen zij – uiteraard op vrijwillige basis – probleemloos hun cliënten een mogelijkheid bieden om zich tot de geschilleninstantie te wenden als een klacht na behandeling door hun klachtencommissie niet bevredigend is afgehandeld. Een wetsvoorstel dat voorziet in de aanpassing van de Jeugdwet op dit punt, zal – na aanvaarding van dit wetsvoorstel – aan het parlement worden voorgelegd.

Het onderhavige wetsvoorstel zal volledig van toepassing zijn op aanbieders die zorg aanbieden op grond van het wetsvoorstel langdurige zorg. Het wetsvoorstel langdurige zorg bevat in aanvulling op het wetsvoorstel wel aanvullende eisen aan de zorgplanbespreking met cliënten. De reden daarvoor is dat het bij de afspraken tussen zorgaanbieder en cliënt naar aanleiding van de zorgplanbespreking in feite gaat over het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt. Een regeling op wetsniveau is daarvoor aangewezen en is opgenomen in het wetsvoorstel langdurige zorg.

De Kwaliteitswet zorginstellingen is op grond van een amvb als bedoeld in artikel 1, tweede lid, van die wet ook van toepassing op enige vormen van hulp die niet onder het begrip zorg van dit wetsvoorstel vallen. Het betreft enkele voorzieningen die tot het terrein van de Wmo behoren. Ook de Wkcz, die met dit wetsvoorstel wordt ingetrokken, geldt voor die voorzieningen. In dit wetsvoorstel kon niet worden vooruitgelopen op het wetsvoorstel Wmo 2015. Dat is de reden dat dit wetsvoorstel bepaalt dat dit wetsvoorstel vooralsnog ook voor de bedoelde Wmo-voorzieningen geldt en waarom in het wetsvoorstel Wmo 2015 is geregeld dat die voorzieningen niet onder de Wkkgz zullen vallen.

In het wetsvoorstel Wmo 2015 is – mede naar aanleiding van het advies van de Raad van State – ervoor gekozen de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit op een andere, eenduidige en bij de decentralisatie aansluitende manier te beleggen. Dit houdt in dat gemeenten integraal verantwoordelijk zijn voor zowel kwaliteit van de aangeboden ondersteuning als het toezicht hierop en de handhaving. Met het oog op de decentralisatie van verantwoordelijkheden aan gemeenten, is in het wetsvoorstel Wmo 2015 ervoor gekozen om de landelijke kwaliteitseisen uit het wetsvoorstel Wkkgz niet van toepassing te doen zijn op de maatschappelijke ondersteuning. In het wetsvoorstel Wmo 2015 zijn daarom bepalingen opgenomen die ertoe strekken dat de belangen op het gebied van kwaliteit van ondersteuning en klachtrecht, langs andere weg, namelijk door de regels die gemeenten ter zake moeten stellen, worden geborgd.

Het wetsvoorstel zorg en dwang en het wetsvoorstel verplichte GGZ kennen – naast de huidige algemene regels over klachtenbehandeling van de Wkcz (en straks de Wkkgz) en uitsluitend voor een aantal expliciet aangeduide beslissingen – een meer uitgebreide regeling van het klachtrecht met strengere eisen dan in dit wetsvoorstel. Die regeling voorziet in de verplichting om aangesloten te zijn bij een klachtencommissie die moet voldoen aan in de wet gestelde eisen met betrekking tot samenstelling en functioneren en die bevoegd is over die klachten een bindende beslissing te nemen; na de beslissing van de klachtencommissie staat nog de weg open naar de rechter voor degene die het niet met die beslissing eens is. Dit is te rechtvaardigen omdat het hier gaat om het recht van klagen tegen maatregelen die voor cliënt een ernstige beperking betekenen van zijn vrijheidsrechten en in veel gevallen tevens een aantasting van zijn lichamelijke integriteit. Deze zwaardere regeling uit die bijzondere wetten prevaleert – voor de bedoelde soorten beslissingen – boven de algemene verplichting in dit wetsvoorstel om aangesloten te zijn bij een geschilleninstantie waarbij cliënten terecht kunnen met klachten

over andere gedragingen van de zorgaanbieder. Indien een zorgaanbieder naast vrijwillige zorg ook onvrijwillige of verplichte zorg levert, zal hij aan beide wettelijke verplichtingen moeten voldoen; denkbaar is wel dat de klachtencommissie op grond van de wetsvoorstellen zorg en dwang en verplichte GGZ op enige wijze wordt geïncorporeerd in of samenwerkt met de geschilleninstantie(s) op grond van de Wkkgz.

Voor de fase voorafgaand aan een gang naar de klachtencommissie van de bedoelde wetsvoorstellen in geval van één van de daarin genoemde beslissingen kan een zorgaanbieder – net als op grond van de Wkkgz voor klachten over andere gedragingen is voorgeschreven – een klachtenregeling ontwerpen gericht op een laagdrempelige afhandeling in een vroeg stadium door middel van een «goed gesprek» en bemiddeling. Het staat de cliënt op wie het wetsvoorstel zorg en dwang of verplichte ggz van toepassing is, evenwel zonder meer vrij met betrekking tot één van de in die wetsvoorstellen genoemde beslissingen rechtstreeks de in die wetsvoorstellen geregelde klachtencommissie te benaderen.

De stand van zaken in de voorbereiding van diverse genoemde wetsvoorstellen is:

- Jeugdwet: aangenomen door Tweede en Eerste Kamer; treedt per 1 januari 2015 in werking;
- voorstel van Wet langdurige zorg: ligt ter behandeling in de Tweede Kamer;
- voorstel van Wet maatschappelijke ondersteuning 2015: aangenomen door Tweede en Eerste Kamer; treedt per 1 januari 2015 in werking;
- voorstel van Wet zorg en dwang: ligt ter behandeling in de Eerste Kamer;
- voorstel van Wet verplichte GGZ: ligt ter behandeling in de Tweede Kamer.

Samenvattend, naar aanleiding van de vraag van de leden van de CDA-fractie of er toch diverse klachtregelingen met verschillende definities naast elkaar blijven bestaan:

Na aanvaarding door de Eerste Kamer van de bovenstaande wetsvoorstellen inclusief dit wetsvoorstel, krijgen aanbieders van curatieve en langdurige zorg en van jeugdhulp te maken met één gelijklopende klachtenregeling met de daaraan verbonden definities. Voor aanbieders die werken met vrijheidsbeperkende maatregelen geldt daarnaast voor klachten over die maatregelen een afwijkende, strengere, wettelijke regeling van klachtrecht. In de praktijk kunnen deze aanbieders de verplichtingen uit dit wetsvoorstel en het wetsvoorstel zorg en dwang of het wetsvoorstel verplichte GGZ zo invullen dat de eisen aan de klachtregeling uit genoemde wetsvoorstellen worden verwerkt in één klachtregeling van de aanbieder. Aanbieders van Wmo-ondersteuning krijgen te maken met de eisen ten aanzien van klachtenregelingen die de gemeenten stellen.

*De leden van de SP-fractie vragen of het uitgangspunt juist is dat het wetsvoorstel alleen van toepassing zal zijn op zorg zoals bedoeld in de AWBZ en de Zvw.*

Dit wetsvoorstel ziet op AWBZ-zorg, Zvw-zorg en andere zorg. Onder andere zorg wordt in dit wetsvoorstel verstaan: «handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg als bedoeld in artikel 1 van de Wet big, niet zijnde AWBZ-zorg of Zvw-zorg, alsmede handelingen met een ander doel dan het bevorderen of bewaken van de gezondheid van de cliënt». De achtergrond van deze reikwijdte van andere zorg is dat artikel 1, eerste lid, van de Wet big de handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg definieert als handelingen rechtstreeks

betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende diens gezondheid te bevorderen of te bewaken. Hierdoor is in sommige gevallen onduidelijk of handelingen zonder gezondheidskundig doel onder de reikwijdte van de Wet big vallen. Door de toevoeging van het andere doel dan het bevorderen of bewaken van de gezondheid is zeker gesteld dat handelingen, wanneer zij uitsluitend met een cosmetisch doel worden verricht, ook onder dit wetsvoorstel vallen. Er is geen reden waarom bij de laatstbedoelde verrichtingen de verplichtingen met betrekking tot kwaliteitswaarborgen en behandeling van klachten en geschillen van cliënten niet zouden moeten gelden. Dit acht de regering een noodzakelijke uitbreiding.

Voor antwoord op de vraag van de leden van de D66-fractie hoe de klachtenregeling onder de huidige wetgeving geregeld is en waarom de klachtenregeling volgens voorliggend wetsvoorstel een verbetering zou zijn, zij verwezen naar de inleiding. In reactie op de vraag waarom het tuchtrecht niet langer voldoet, wordt opgemerkt dat het wetsvoorstel het tuchtrecht niet aanpast. Wel is het zo dat sommige cliënten op dit moment uitwijken naar de tuchtrechter om gehoord te worden. Door met het wetsvoorstel in te zetten op de relatie tussen de zorgaanbieder/zorgverlener en de cliënt en in het uiterste geval een laagdrempelig alternatief te bieden voor de civiele rechter, hoopt de regering dat cliënten zich sneller en beter gehoord voelen, waardoor zij zich niet genoodzaakt voelen hun toevlucht te zoeken bij het tuchtrecht. Via het tuchtrecht komen cliënten zelden tot een voor hen bevredigende uitspraak.<sup>17</sup> Doel van het tuchtrecht is immers niet individuele genoegdoening, maar het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

*De leden van de D66-fractie nodigen de regering uit hen te informeren over het gemiddelde aantal jaarlijkse klachten bij een zorgaanbieder en vernemen ook graag hoe de klachtafhandeling gemiddeld wordt ervaren, qua toegankelijkheid, qua resultaat en qua klanttevredenheid.*

Voor een antwoord op de vraag hoe de klachtenafhandeling gemiddeld wordt ervaren, zij verwezen naar de inleiding. In de inleiding wordt verwezen naar verschillende onderzoeken sinds 1999, waaruit naar voren komt dat de klachtenafhandeling negatief is geëvalueerd. In antwoord op de vraag naar het gemiddelde aantal klachten dat jaarlijks bij een zorgaanbieder wordt ontvangen, merk ik op dat uit het jaardocument maatschappelijke verantwoording (JMV) niet blijkt hoeveel klachten er gemiddeld bij een zorgaanbieder worden ontvangen. Wel blijkt uit het JMV dat er gemiddeld minder dan vijf klachten per jaar door een klachtencommissie in behandeling zijn genomen.

*In de memorie van toelichting wordt tevens opgemerkt dat de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg een effectieve uitstraling heeft op de klacht-opvang en bemiddeling. Dit zou erop duiden dat de klachtopvang naar tevredenheid functioneert. Daaruit resulteert de vraag waarom de regering desondanks van oordeel is dat daarin verandering dient te worden gebracht en wel op de door haar voorgestelde wijze. De leden van de fractie van D66 verzoeken de regering hierop te reageren.*

De tevredenheid waarop de leden van de fractie van D66 doelen, betreft vooral de informele klachtafhandeling, waarin het goede gesprek de boventoon voert. Dit is voor de regering een ondersteuning om de regelgeving omtrent klachten zo in te richten dat de relatie tussen zorgaanbieder/zorgverlener en cliënt centraal staat. Zoals ook opgemerkt

<sup>17</sup> Brief van LOC-LPR en CG-raad van 28 februari 2008 aan de vaste commissie voor Justitie, ter voorbereiding van het algemeen overleg over tuchtrecht op 5 maart 2008.

in de inleiding, bevat het wetsvoorstel ten aanzien van de verbeteringen op het gebied van de behandeling van klachten en geschillen een codificatie van de good practices. Aanleiding tot verandering zijn juist de kritische evaluatie en onderzoeken terzake.

### **Goede zorg**

*De leden van de PvdA-fractie wijzen erop dat in de begripsbepalingen van het wetsvoorstel de term «professionele standaard» is toegevoegd omdat het wetsvoorstel 33 243 dat begrip aan de Kwaliteitswet toevoegt. De leden van de PvdA-fractie vragen of dit niet gewijzigd dient te worden nu de term «professionele standaard» als gevolg van de behandeling van wetsvoorstel 33 243 in de Eerste Kamer is vervangen door «kwaliteitsstandaard».*

*De leden van de CDA-fractie wijzen erop dat over de definitie en de relatie tot de professionele standaarden ook is gesproken in het debat in de Eerste Kamer over het Kwaliteitsinstituut. Zij vragen of de regering kan aangeven hoe de kwaliteit van zorg uiteindelijk gedefinieerd is na de toezeggingen die er in het debat over de Wijziging Wet cliëntenrechten zorg (33 243) in de Eerste Kamer hieromtrent zijn gedaan.*

In mijn brief van 6 december 2013 aan uw Kamer heb ik toegezegd de term «professionele standaard» in het wetsvoorstel 33 243 te wijzigen in «kwaliteitsstandaard» (en dat de wijziging van de term «professionele standaard» zal worden opgenomen in een ander wetsvoorstel). Deze wijziging is inderdaad ook van invloed op dit wetsvoorstel (32 402).

Ter toelichting hierop het volgende:

Uitgangspunt van de wijzigingen is dat niet gemorreld wordt aan de bestaande definitie van de term «professionele standaard», waarnaar in de Wgbo wordt verwezen, en de hierop van toepassing zijnde jurisprudentie. Daarom zal voor de standaard, bedoeld in het wetsvoorstel 33 243, de term kwaliteitsstandaard worden geïntroduceerd.

Indien een professionele standaard voldoet aan het toetsingskader van het Zorginstituut, wordt deze opgenomen in het openbaar register als bedoeld in artikel 66b van de Zvw. Het voorstel is om de door het Zorginstituut in het openbaar register opgenomen professionele standaarden te definiëren als kwaliteitsstandaarden. Hierbij gaat het niet alleen om standaarden zoals bedoeld in de Wgbo, maar ook om standaarden die gelden voor professionals in de langdurige zorg. De kwaliteitstandaarden zullen worden getoetst met de zorgvraag als uitgangspunt en zullen waar nodig – bij aandoeningen waarbij sprake is van meerdere behandelaars van één cliënt – verschillende professionele standaarden bevatten. De professionele standaard richt zich vooral op de relatie tussen een specifieke zorgverlener en zijn patiënt.

In het wetsvoorstel tot wijziging van de Wmg in verband met verbetering van de mogelijkheden tot toezicht en opsporing, wordt de toegezegde wijziging opgenomen. De verwachting is dat dit wetsvoorstel nog voor de zomer aan de Tweede Kamer zal worden aangeboden.

Voor dit wetsvoorstel betreffen de toegezegde wijzigingen concreet het volgende:

In artikel 1, eerste lid worden de volgende definities opgenomen:

«– *kwaliteitsstandaard*: professionele standaard die overeenkomstig artikel 66d van de Zorgverzekeringswet in het openbaar register is opgenomen.»

Artikel 2 gaat als volgt luiden:

- «1. De zorgaanbieder biedt goede zorg aan.
2. Onder goede zorg wordt verstaan zorg van goede kwaliteit en van goed niveau:
  - a) die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt,
  - b) waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard en de overeenkomstig artikel 66b van de Zorgverzekeringswet in het openbaar register opgenomen voor hen geldende kwaliteitsstandaard, en
  - c) waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.»

*De leden van de CDA-fractie vragen de regering aan te geven hoe de norm «goede zorg» uit het wetsvoorstel zich verhoudt tot de term «verantwoorde zorg» in de Wet big en de Kwaliteitswet. Tevens vragen zij hoe voornoemde norm zich verhoudt tot de term «zorg van een goed hulpverlener» uit de Wgbo, alsmede tot de andere richtlijnen en standaarden in de zorg. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de kwaliteit van zorg gedefinieerd is in onderhavig wetsvoorstel. Zij vragen hoe kwaliteit van zorg gedefinieerd wordt vanuit het perspectief van de rechten van de cliënt. De leden van de SP-fractie vernemen graag wat onder goede zorg verstaan wordt. Is voor de definiëring hiervan het Kwaliteitsinstituut een leidende rol toebedeeld? Kunnen bijvoorbeeld de onafhankelijke geschillencommissies hiertoe om een advies vragen?*

In onderhavig wetsvoorstel wordt kwaliteit van zorg gedefinieerd in termen van «goede zorg». Het begrip «goede zorg» is identiek aan het begrip «verantwoorde zorg» uit de Kwaliteitswet zorginstellingen. Het begrip «goede zorg» is geïntroduceerd om de verbinding te leggen tussen de huidige WGBO waarin wordt gesproken over «...dient de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen...» Er is niet bedoeld daarmee het begrip verantwoorde zorg anders te definiëren. De term «goede zorg» sluit naar mijn mening beter aan bij wat de cliënt mag verwachten van de zorg dan met het begrip verantwoorde zorg tot uitdrukking wordt gebracht. Goede zorg voldoet aan de state-of-the-art die is vastgelegd in de meest recente professionele en kwaliteitsstandaarden, is veilig, komt tegemoet aan wensen van de cliënt en ingeval van zorg door meerdere zorgverleners wordt de zorg goed afgestemd tussen zorgverleners. In de definitie van goede zorg in dit wetsvoorstel is ook aangegeven dat goede zorg moet zijn afgestemd op de reële behoefte van de cliënt, waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.

De definitie van «goede zorg» is aangevuld met de kwaliteitsaspecten veiligheid van zorg en bejegening. Daarmee sluit de definitie van goede zorg aan op de ontwikkelingen in de zorg van de laatste jaren.

Nieuwe professionele of kwaliteitsstandaarden of geactualiseerde versies van bestaande professionele of kwaliteitsstandaarden impliceren veelal dat zorgverleners eerder bestaande en ingeburgerde interventies niet meer of nog alleen bij uitzondering zouden moeten doen. Dat dit in de praktijk niet vanzelf gebeurt, blijkt uit de ZonMw-publicatie «Verstandig kiezen: kostenbesparing door bepaalde interventies niet of minder te doen» van september 2012. In de onderhandelingsakkoorden heb ik met partijen afgesproken dat wordt ingezet op «zinnige en zuinige zorg».

De norm «goede zorg» is net als onder de Kwaliteitswet de norm verantwoorde zorg, een globale norm, die door het veld verder moet en kan worden ingevuld. Dat gebeurt met de richtlijnen en standaarden die veldpartijen zelf vaststellen. Zorgverleners zijn verantwoordelijk voor de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden voor de behandelingen die zij verrichten. Deze kwaliteitsstandaarden moeten voldoen aan het door het Zorginstituut vastgestelde toetsingskader waarin onder meer het cliëntenperspectief is meegenomen. Deze kwaliteitsstandaarden concretiseren de norm «goede zorg» uit dit wetsvoorstel. Het Zorginstituut vervult een aanjagende rol ten aanzien van richtlijnen en standaarden die nog ontbreken of verouderd zijn. Ik heb bij de opening van het Zorginstituut opgeroepen om de administratieve lasten voor zorgaanbieders die het gevolg zijn van stapeling van richtlijnen, standaarden, normen, indicatoren, keurmerken etc. te verminderen. Het Zorginstituut houdt een openbaar register bij van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten die voldoen aan het toetsingskader van het Zorginstituut.

De IGZ houdt toezicht op het volgen van professionele en kwaliteitsstandaarden door zorgaanbieders. De in de praktijk gehanteerde professionele standaarden, die veelal ook over bejegening en patiëntveiligheid gaan kunnen en zullen dus door de IGZ gebruikt blijven worden bij haar toezichthoudende taak.

De onafhankelijke geschilleninstanties kunnen bij het Zorginstituut de meest actuele versies van kwaliteitsstandaarden opvragen en deze betrekken in de advisering over geschillen. Wanneer een geschilleninstantie een nadere duiding of uitleg over een kwaliteitsstandaard wenst, kan de geschilleninstantie het best te rade gaan bij de veldpartijen die deze kwaliteitsstandaard hebben ingediend, bijvoorbeeld een wetenschappelijke vereniging.

*De leden van de CDA-fractie wijzen erop dat het wetsvoorstel het mogelijk maakt om normen voor goede zorg flexibel in te vullen. Zij vragen of de regering kan aangeven wat de invloed zal zijn als de definities en betekenis van de begrippen uiteen gaan lopen, nu het wetsvoorstel de norm niet statisch, maar dynamisch formuleert, omdat «de inhoud en reikwijdte van de aanspraak verandert met de zich in de praktijk ontwikkelende stand van de wetenschap en normen, eisen en ervaringen uit de kring van beroepsbeoefenaren zelf». De leden van de CDA-fractie vragen of de regering kan uitsluiten dat dit complicaties kan geven bij het beoordelen van klachten met betrekking tot de rechten van een cliënt en zo ja, op grond waarvan.*

Het is sinds 1996 al zo dat de kwaliteitswetten in de zorg het mogelijk maakten om normen voor goede zorg flexibel in te vullen en daarbij aansluiten bij de normen die zich in de praktijk ontwikkelen. In 1996 is het begrip «verantwoorde zorg» opgenomen in de Nederlandse wetgeving (artikel 2 Kwaliteitswet, artikel 40 Wet BIG); sinds die tijd vormt het begrip «verantwoorde zorg» de kwaliteitsnorm voor de zorgverlening door personen en instellingen. Deze norm kwam in de plaats van «500 erkenningseisen» en werd onderbouwd met de stelling dat degenen die in de zorgsector werkzaam zijn, ook zonder precieze wettelijke voorschriften wel weten wat zij moeten doen om de zorg op een aanvaardbaar peil te houden. In de jaren dat met deze norm is gewerkt, is de juistheid van die stelling gebleken; al in het evaluatierapport van 2001 werd geconstateerd dat men bijna unaniem van mening was «dat de wet een goed kader biedt voor het vormgeven en implementeren van het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen, in samenhang met de andere spelers en ontwikkelingen in de regio».

Voor de norm «goede zorg» geldt wat de toelichting bij artikel 7:453 BW over de rol van de rechter bij de toetsing ervan heeft gezegd, namelijk dat deze «regels en normen die op het gebied van de hulpverlening in de gezondheidszorg gelden, zal gebruiken als bouwstenen voor zijn oordeel». Vervolgens verwees die toelichting ter illustratie naar dezelfde rapporten en protocollen etc, als waarnaar de toelichting van de Kwaliteitswet verwees.

Bij de beoordeling van klachten met betrekking tot de rechten van de cliënt zal dus beoordeeld moeten worden of de verleende zorg heeft voldaan aan de norm «goede zorg», waarbij zal moeten worden vastgesteld wat de professionele standaard dan wel de kwaliteitsstandaard was op het moment dat de zorg aan de cliënt werd verleend. De regering voorziet gezien de ervaringen die hiermee sinds 1996 zijn opgedaan, geen complicaties ten gevolge van het dynamisch formuleren van de norm goede zorg.

*De leden van de CDA-fractie wijzen erop dat in artikel 2, tweede lid, nader wordt gedefinieerd wat verstaan moet worden onder goede zorg. In de integrale toelichting (32 402, F) wordt daarbij gerefereerd aan hetgeen ter zake wordt bepaald in artikel 2 van de Kwaliteitswet (33 243). Elders is te lezen dat indicatoren en normen nog volop in ontwikkeling zijn en veelal niet beschikbaar zijn. De leden van de CDA-fractie vragen of zij terecht concluderen dat er op dit moment geen objectieve definitie beschikbaar is van welke zorg verantwoord is en welke niet, zeker niet vanuit het perspectief van cliënten.*

Er zijn de afgelopen jaren al veel standaarden, richtlijnen en meetinstrumenten ontwikkeld door verschillende veldpartijen en organisaties. Zij hebben zelf overzichten hiervan gepubliceerd. Dat geldt bijvoorbeeld voor zorgstandaarden (Coördinatieplatform Zorgstandaarden), richtlijnen voor medisch-specialistische zorg (de Kwaliteitskoepel van de Orde van Medisch Specialisten), de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de indicatoren die in het kader van Zichtbare Zorg zijn ontwikkeld en CQ-instrumenten.

Het Zorginstituut publiceert in een meerjarenagenda de onderwerpen waarvoor de komende jaren kwaliteitsstandaarden of meetinstrumenten moeten worden ontwikkeld. Indien noodzakelijk kan het Zorginstituut de regie overnemen om tijdige totstandkoming van een kwaliteitsstandaard te forceren.

Alle reeds ontwikkelde en nieuw ontwikkelde kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten worden, indien deze voldoen aan het toetsingskader van het Zorginstituut (waarin onder meer het cliëntenperspectief is opgenomen), opgenomen in het register van het Zorginstituut.

De regering is – gezien het bovenstaande – van mening dat op vele onderdelen van de zorg inmiddels wel een objectieve definitie van goede zorg beschikbaar is, dan wel op afzienbare termijn ter beschikking zal komen. In het verleden hebben zich op dit terrein geen problemen voorgedaan. De komende tijd zullen de lacunes worden aangepakt.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de regering heeft overwogen om te wachten met dit wetsvoorstel tot er helderheid is over de indicatoren en normen, mede gezien de activiteiten en verantwoordelijkheden die het Kwaliteitsinstituut op dit terrein heeft. De leden van deze fractie vernemen graag waarom de regering daartoe niet heeft besloten.*

De regering heeft niet overwogen te wachten met dit wetsvoorstel. Dit wetsvoorstel verbindt de bepalingen over klachten en geschillen met de bepalingen over kwaliteit van zorg. Aanpassing van wetgeving op het gebied van klachten en geschillen is daarbij urgent. Bovendien is de regering van mening is dat op vele onderdelen van de zorg inmiddels wel een objectieve definitie van goede zorg beschikbaar is, zoals hiervoor is toegelicht.

Daarbij geldt dat de vragen die de leden van de CDA-fractie stellen ook van toepassing zijn op de norm verantwoorde zorg uit de huidige Kwaliteitswet en de Wet big. In het verleden hebben zich op dit terrein geen problemen voorgedaan. Zelfs bij het ontbreken van normen moeten zorgaanbieders en zorgverleners aannemelijk kunnen maken verantwoorde zorg te bieden zoals een bevoegd en bekwaam hulpverlener dat doet. Waar zorgaanbieders en zorgverleners dat niet aannemelijk kunnen maken, kan de IGZ handhavend optreden. Dat gaat in de praktijk ook goed. Ook om deze reden is wachten met dit wetsvoorstel niet overwogen.

*De leden van de CDA-fractie wijze op artikel 2, tweede lid, dat als een van de criteria vermeldt dat goede zorg afgestemd moet zijn op de reële behoefte van de cliënt. De leden van de CDA-fractie vragen de regering wat daarmee wordt bedoeld. Moet bijvoorbeeld een verzoek om hulp bij zelfdoding, euthanasie, versterving, abortus, palliatieve zorg, alsmede de wens tot suicide, gedwongen opname en dwang en drang gezien worden als een reële of een irreële behoefte van cliënten? Zij vragen of de wens/behoefte van een cliënt die volledige genezing nastreeft een reële behoefte is, ook al zijn er op dat moment voor een bepaalde ziekte onvoldoende mogelijkheden en inzichten om dit op korte of lange termijn te bewerkstelligen.*

Met artikel 2, tweede lid, van het wetsvoorstel wordt bedoeld dat iedere wens van de cliënt serieus moet worden genomen. Dat wil niet zeggen dat het principe «u vraagt, wij draaien» geldt. Juist in de dialoog tussen cliënt en zorgverlener moeten de mogelijkheden en onmogelijkheden en de geldende voorwaarden voor bepaalde handelingen worden besproken. De Wgbo schrijft dit ook voor. Daarbij geldt het principe van «informed consent», dat erop neerkomt dat een zorgverlener geen behandeling mag starten zonder de toestemming van de cliënt.

Wanneer het gaat om zelfdoding/suicide, euthanasie, versterving, abortus, gedwongen opname of dwang en drang, gelden er aanvullende wettelijke voorwaarden in specifieke wetgeving: de Euthanasiewet, de Wet afbreking zwangerschap, de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (deze laatste wet op termijn te vervangen door de Wet zorg en dwang en de Wet verplichte GGZ). Bepalingen uit die bijzondere wetten prevaleren boven de algemene verplichting in dit wetsvoorstel van goede zorg, afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de regering heeft overwogen om nadere kwaliteitscriteria te benoemen, afgestemd op andere wetgeving die aan kwaliteit refereert. Zo nee, kan de regering toelichten waarom niet? De leden van de CDA-fractie vragen of de regering bereid is deze eventueel alsnog toe te voegen om het begrip «goede zorg» te concretiseren en te verhelderen.*

Het wetsvoorstel bevat enkele algemene basisvereisten voor goede zorg. Die worden nader geconcretiseerd door middel van standaarden en meetinstrumenten, vastgesteld door veldpartijen. De IGZ houdt toezicht op basis van de door veldpartijen vastgestelde standaarden en meetin-

strumenten. Dat is niet anders dan bij de nadere concretisering van de norm «verantwoorde zorg» en het toezicht daarop.

Het Zorginstituut heeft een aanjagende rol bij de totstandkoming van nog ontbrekende standaarden, richtlijnen en indicatoren. Op deze wijze groeit de wettelijke norm «goede zorg» mee met de ontwikkeling van de stand van de wetenschap en de praktijk ten aanzien van behandelingen in de zorg. De wet hoeft daarvoor niet aangepast te worden en loopt zo nooit achter op de ontwikkeling van normen in de zorg. Indien nadere wettelijke kwaliteitscriteria noodzakelijk zijn, kunnen deze ingevuld worden door middel van de mogelijkheid in artikel 5 van dit wetsvoorstel om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen. In het verleden is dit gebeurd door nadere regels te stellen voor de zorgplanbespreking in de AWBZ en voor de eisen waaraan ziekenhuisbloedbanken moeten voldoen.

*In artikel 7 staat dat de zorgaanbieder zorg draagt voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg. Heeft de regering ook overwogen om cliëntenraden daarbij een rol te laten spelen, bijvoorbeeld bij de vaststelling van de procedure van kwaliteitstoetsing? De leden van de CDA-fractie vernemen graag de visie van de regering hierop.*

Een van de aspecten van goede zorg is dat deze zorg cliëntgericht is. Dit staat expliciet aangegeven in artikel 2 van het wetsvoorstel. Daarmee wordt het belang van cliëntbetrokkenheid bij het tot stand komen van goede zorg onderstreept.

Bovendien heeft de cliëntenraad op grond van de huidige regelgeving, de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz), adviesrecht op de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de zorg en het algemeen beleid op het gebied van de veiligheid, de gezondheid of de hygiëne en de geestelijke verzorging van, maatschappelijke bijstand aan en recreatiemogelijkheden en ontspanningsactiviteiten voor cliënten, de vaststelling of wijziging van een regeling inzake de behandeling van klachten en het aanwijzen van personen die belast worden met de behandeling van klachten, alsmede de vaststelling of wijziging van andere voor cliënten geldende regelingen. Op die wijze is naar de mening van de regering voldaan aan de ook door deze leden gewenste betrokkenheid van de kant van de cliëntenraden.

*De leden van de CDA-fractie stellen een vraag over artikel 24, dat gaat over toezicht en handhaving. In het tweede lid wordt tevens gesproken over toezicht op het gebruik van standaarden door zorgaanbieders en zorgverleners. De leden van de CDA-fractie vragen of de regering nog eens kan beschrijven hoe dit zich verhoudt tot de taken van de IGZ, het Zorgloket, de Regieraad en het Kwaliteitsinstituut.*

De stellers van de vraag spreken van het Zorgloket. De term Zorgloket was een tijdelijke «werk-in-uitvoering-term». Zorgloket is inmiddels vervangen door Landelijk Meldpunt Zorg.

Zorgverleners zijn verantwoordelijk voor de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden. Deze standaarden moeten voldoen aan het door het Zorginstituut vastgestelde toetsingskader waarin onder meer het cliëntenperspectief is meegenomen. Deze kwaliteitsstandaarden concretiseren de norm «goede zorg» uit dit wetsvoorstel.

Het Zorginstituut heeft een aanjagende functie voor de totstandkoming van nog ontbrekende kwaliteitsstandaarden en kan in het uiterste geval de

regie overnemen om de spoedige totstandkoming van een kwaliteitsstandaard te forceren.

De Regieraad is inmiddels opgegaan in het Zorginstituut.

Zorgverleners en zorgaanbieders zijn in eerste instantie ervoor verantwoordelijk dat er gehandeld wordt conform de geldende kwaliteitsstandaarden. Ook inkopende zorgverzekeraars en kritisch kiezende cliënten kunnen daarbij een stimulerende rol spelen.

In dit wetsvoorstel is geregeld dat het toezicht door de IGZ mede gericht is op het bevorderen van het gebruik van standaarden door zorgaanbieders en zorgverleners. Hiermee wordt bedoeld dat het toezicht door de IGZ zo wordt ingericht dat het de totstandkoming van die standaarden stimuleert.

Het Landelijk Meldpunt Zorg zal vragen en klachten van burgers over de zorg behandelen en zo nodig doorgeleiden naar de IGZ.<sup>18</sup> Vragen en klachten van burgers en meldingen van zorgaanbieders kunnen duiden op het niet naleven van kwaliteitsstandaarden door de betrokken zorgaanbieders. Op grond hiervan kan de IGZ besluiten om nader onderzoek te doen en aan de hand daarvan zo nodig handhavend optreden.

*De leden van de CDA-fractie vragen of zij het goed lezen dat met de opsplitsing van het wetsvoorstel het wisselen van het perspectief is gebeven dat niet langer (alleen) «de plichten van de zorgverlener» uitgangspunt voor kwaliteit van zorg zijn, maar dat het perspectief de «rechten van de cliënt» is geworden. Zo ja, dan vernemen de leden van de CDA-fractie graag op grond waarvan bij de regering de verwachting bestaat dat elke patiënt er met dit wetsvoorstel op vooruit gaat, dus ook de laaggeletterde respectievelijk intellectueel zwakkere en minder mondige patiënten.*

Strikt juridisch gezien maakt het niet uit of een artikel een plicht van de zorgaanbieder bevat of een recht voor een cliënt. Als er sprake is van een plicht van de zorgaanbieder vloeien daar rechten voor de cliënt uit voort. Als er sprake is van een recht van de cliënt, is de zorgaanbieder verplicht om dat recht in acht te nemen. Het is juist dat het perspectief van dit wetsvoorstel de positie van de cliënt als belangrijk uitgangspunt neemt, meer dan het geval was bij de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wkcz.

Ook de laaggeletterde en intellectueel zwakkere en minder mondige cliënten hebben baat bij dit wetsvoorstel; daarbij is goede voorlichting en ondersteuning voor deze doelgroepen natuurlijk essentieel om welke rechten dan ook waar te kunnen maken. Het klachtrecht wordt met dit wetsvoorstel meer laagdrempelig dan zoals dat nu wettelijk is geregeld in de Wkcz. De cliënt of zijn vertegenwoordiger kan gewoon binnenstappen bij een klachtenfunctionaris. Bij voorkeur wordt bij onvrede van cliënten in een vroeg stadium een goed gesprek gevoerd tussen de cliënt en zijn eventuele vertegenwoordigers en de betrokken zorgverleners. Op die wijze hoeft er geen schriftelijk stuk door een cliënt te worden ingediend. Ook de procedure bij de geschilleninstantie is laagdrempelig en gericht op de-escalatie.

Daarnaast hebben ook laaggeletterde en intellectueel zwakkere en minder mondige cliënten er belang bij dat alle solistisch werkende zorgaanbieders en aanbieders van cosmetische zorg en alternatieve geneeswijzen zich aan wettelijke eisen moeten houden en dat geweld in de zorgrelatie bij de IGZ moet worden gemeld.

<sup>18</sup> Kamerstukken II 2013/14, 32 402, nr. 66.

Ook hebben zij er baat bij dat de zorgaanbieder verplicht is om desgevraagd aan cliënten keuze-informatie te leveren, die aansluit bij de belevingswereld van de cliënt, en dat informatie over incidenten verstrekt moet worden aan de cliënt en zijn vertegenwoordiger.

Tot slot profiteren laaggeletterde en intellectueel zwakkere en minder mondige cliënten van de versterkte positie van de cliënt zoals voorgesteld in dit wetsvoorstel, wanneer hun sociaal vangnet en meer in het algemeen – dankzij die versterkte positie – meer mondige cliënten hun rol gaan spelen zoals bedoeld in het vraaggestuurde stelsel. Dat zal leiden tot betere zorg voor iedereen.

*De leden van de CDA-fractie wijzen op het advies van de Raad van State, waarin de Raad aangaf dat de gekozen terminologie (relatie cliënt – zorgaanbieder) het marktgerichte aspect van die relatie benadrukt. De Raad mist in de voorgestelde terminologie het aspect van het onderlinge vertrouwen, met name belangrijk met betrekking tot de medische techniek en professionaliteit. Graag vernemen de leden van de CDA-fractie hoe de regering denkt over het belang van vertrouwen op dit punt.*

De Raad van State meende dat in de gekozen aanduidingen «cliënt» en «zorgaanbieder» het marktgerichte aspect van de relatie naar voren komt. Voor de cliënt in de zorg worden, al naar gelang de situatie, in de praktijk verschillende benamingen gebruikt. Die zijn niet zonder meer in andere situaties bruikbaar. Bij het formuleren van dit wetsvoorstel viel niet te ontkomen aan de noodzaak een uniforme aanduiding te kiezen. Daarbij is, alles afwegende, gekozen voor de naar het oordeel van de regering neutrale term «cliënt». Deze wordt ook thans reeds in enkele wetten op het terrein van de zorg gebruikt. De regering meent dat deze benaming zeker niet suggereert dat de relatie wordt beheerst door marktgerichtheid. Ook «zorgaanbieder» is in de ogen van de regering een neutrale term. Het is een uniforme aanduiding van degene op wie de in deze wet neergelegde plichten rusten; dat kan een individuele zorgverlener zijn die beroepsmatig zorg verleent, of een organisatie die bedrijfsmatig door anderen zorg doet verlenen.

Uiteraard is de regering van mening dat vertrouwen in de relatie tussen cliënt en zorgverlener van groot belang is. Het laagdrempelig inrichten van het klachtrecht, waarin zoveel mogelijk in een vroeg stadium tussen cliënt en zorgverlener de onvrede wordt besproken, draagt bij aan behoud van dit vertrouwen. Dit wetsvoorstel stimuleert meer openheid van zorgverleners richting cliënten op het gebied van keuze-informatie voor de cliënt, de wetenschappelijk bewezen werkzaamheid van de door de zorgverlener voorgestelde zorg, incidenten en de rechten van de cliënt. Dit zal het vertrouwen bevorderen. De Wgbo blijft van toepassing; uitgangspunt van de Wgbo is ook vertrouwen tussen cliënt en zorgverlener.

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe de regering aankijkt tegen gevallen waarin de visie van de cliënt afwijkt van die van de professionele zorgstandaarden en gevallen waarin de verwachtingen van cliënten over de zorg en de organisatie afwijken van die van de zorgaanbieder. Zij verzoeken de regering daarbij ook in te gaan op de verhouding tot de beperkte financiële middelen.*

Zorgaanbieders en zorgverleners zijn verantwoordelijk voor de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden. Deze standaarden moeten voldoen aan het door het Zorginstituut vastgestelde toetsingskader waarin onder meer het cliëntenperspectief is meegenomen. In deze kwaliteitsstandaarden is

ook expliciet aandacht voor doelmatigheid. Deze kwaliteitsstandaarden concretiseren de norm «goede zorg» uit dit wetsvoorstel.

De zorgverlener doet zijn werk binnen de (financiële) randvoorwaarden die de instelling hem oplegt, met inachtneming van zijn eigen professionele verantwoordelijkheid. Binnen die kaders moet hij een afweging maken over de visie van de cliënt.

Iedere wens van de cliënt moet serieus worden genomen. Dat wil niet zeggen dat het principe «u vraagt, wij draaien» geldt. De arts heeft de kennis en kan ook aangeven dat een gewenste behandeling van deze patiënt niet aan de orde is (bijvoorbeeld omdat het naar verwachting niet zal werken of omdat er goedkopere behandelingen zijn met hetzelfde resultaat). Juist in de dialoog tussen cliënt en zorgverlener moeten de mogelijkheden en onmogelijkheden, de geldende kwaliteitsstandaarden en voorwaarden voor bepaalde handelingen, en de mogelijke behandelingen die de zorgverlener kan aanbieden, worden besproken. Dat moet leiden tot gepaste zorg. De Wgbo schrijft de bovenstaande handelswijze ook voor. Daarbij geldt het principe van «informed consent», dat erop neerkomt dat een zorgverlener alleen een behandeling mag uitvoeren als de cliënt daar toestemming voor heeft gegeven.

Mocht een cliënt uiteindelijk niet tevreden zijn met de uitkomst van zijn gesprek met de zorgverlener, dan kan de cliënt een klacht indienen dan wel voor een andere zorgaanbieder kiezen die wel tegemoetkomt aan de verwachting van de cliënt. Die andere zorgaanbieder zal zich echter ook te houden hebben aan de kwaliteitsstandaarden die voor zijn beroep gelden.

*De leden van de CDA-fractie stellen een vraag over artikel 6. Artikel 6 bepaalt dat een cliënt jegens een aanbieder van zorg recht heeft op beschikbare geestelijke verzorging. In een individueel geval kan een cliënt zich, ook bij een kort verblijf, op dit recht beroepen. De leden van de CDA-fractie vernemen graag van de regering wat bedoeld wordt met «in een individueel geval». Betekent dit dat een cliënt er niet altijd aanspraak op kan maken? En hoe ziet de regering dit in het licht van het gegeven dat zorgaanbieders zich steeds vaker geroepen voelen juist te bezuinigen op pastorale dienstverlening (o.a. omdat de opnameduur wordt terug gebracht)?*

In de Memorie van toelichting op artikel 6 staat: «Ook een cliënt die daar korter (dan een etmaal) verblijft, kan desgewenst een beroep op deze rechten doen.» Dit betekent dat iedere cliënt altijd aanspraak kan maken op geestelijke verzorging. Met deze bepaling wordt geen verandering beoogd met wat in de Kwaliteitswet zorginstellingen was geregeld.

Zorgaanbieders moeten er dus voor zorgen dat geestelijke verzorging voorhanden is. Als door afname van de opnameduur het beroep op geestelijke verzorging ook afneemt, kunnen aanbieders daarop inspelen door daarvoor minder budget te reserveren

*De leden van de CDA-fractie wijzen erop dat zorgverzekeraars een rol hebben met betrekking tot beschikbaarheid en kwaliteit van zorg. Zij vragen of de regering kan aangeven hoe de voorgestelde wet zich verhoudt tot de rol en positie van de zorgverzekeraars en of zij op een of andere manier betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van deze wet.*

De zorgverzekeraar is niet degene tot wie dit wetsvoorstel zich richt. Het wetsvoorstel ziet op de relatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder. Desalniettemin is ook Zorgverzekeraars Nederland (ZN) destijds geraad-

pleegd bij de totstandkoming van dit wetsvoorstel. ZN stond positief tegenover het beter verankeren van cliëntenrechten in de wet.

Verzekeraars dienen kritisch te zijn ten aanzien van de zorg die zij inkopen. Zij zullen zich ervan moeten vergewissen dat de zorg die zij inkopen, voldoet aan de eisen die dit wetsvoorstel stelt. Zij dienen vervolgens over deze ingekochte zorg transparant te zijn, zowel jegens hun verzekerden als ook tegenover potentieel toekomstige verzekerden. Deze informatie kunnen mensen betrekken bij hun keuze voor een zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol in het stelsel. Zij hebben een zorgplicht en moeten op grond daarvan verzekerden die zorg bieden die goed is en afgestemd op hun wensen.

*De leden van de CDA-fractie wijzen erop dat met dit wetsvoorstel de cliënt niet alleen het recht op goede zorg krijgt, maar ook het recht op een zodanige organisatie van de zorgverlening, dat die redelijkerwijs leidt tot goede zorg, evenals het recht op systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg door de zorgaanbieder. Zij vragen of de leden dit zó moeten lezen dat een individuele cliënt een bepaalde door hem als noodzakelijk geachte organisatie van de kwaliteit kan afdwingen en zo ja, of de regering dan kan aangeven hoe deze bevoegdheid zich verhoudt tot de taken van de inspectie.*

Dit wetsvoorstel (artikel 3) verplicht de zorgaanbieder om de zorgverlening zodanig te organiseren dat goede zorg het te verwachten resultaat is. Deze verplichting sluit aan op de vergelijkbare verplichting uit de Kwaliteitswet zorginstellingen. De IGZ houdt daar toezicht op. Op dit punt heeft de regering niet beoogd een verandering in rechten en plichten aan te brengen of de taken van de IGZ terzake te wijzigen. Met deze meer randvoorwaardelijke eis wordt niet beoogd een individuele cliënt een direct recht te geven een bepaalde, door hem noodzakelijk geachte organisatie van de kwaliteit, af te kunnen dwingen. Dat is ook niet nodig. Voor de cliënt is van belang of de zorg die hem wordt verleend, aan de eisen voldoet; als dat niet het geval is, kan hij dat afdwingen.

*De leden van de CDA-fractie vragen de regering aan te geven of ook een differentiatie van rechten is overwogen?*

In het nader rapport bij het wetsvoorstel heeft de regering aangegeven een differentiatie van rechten te hebben overwogen, waarbij destijds, is gekozen voor het formuleren in termen van rechten voor die bepalingen uit de wet die rechtstreeks zien op de relatie cliënt – zorgaanbieder. De bepalingen die meer van randvoorwaardelijke aard zijn, waren geformuleerd als verplichting voor de zorgaanbieder. Het wetsvoorstel, zoals dat luidt na de derde nota van wijziging, beperkt zich tot verbeteringen op het gebied van kwaliteitsregelgeving en regelgeving omtrent klachten en geschillen. De regering heeft er bij die gelegenheid, wat betreft de formulering voor gekozen meer aan te sluiten bij de bestaande regelgeving (verplichtingen voor zorgaanbieders) om eventuele onduidelikheden over de bedoeling van de regelgeving te voorkomen. Dit betekent geenszins dat de regering niet langer van mening is dat cliënten rechten hebben. Keerzijde van een plicht voor de zorgaanbieder is immers een recht voor de cliënt.

*De leden van de CDA-fractie vernemen graag of de werking van het wetsvoorstel zich ook uitstrekt tot professionele zorg binnen de WMO. Zij vragen of bijvoorbeeld thuiszorg, mantelzorg of zorg verleend door vrijwilligers in een zorginstelling (zoals een hospice) onder de werking van de wet valt?*

In artikel 1, tweede lid, onderdeel b, van dit wetsvoorstel staat dat als zorg in de zin van deze wet ook de volgende vormen van hulp worden aangemerkt: maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, openbare geestelijke gezondheidszorg, verslavingsbeleid en huishoudelijke verzorging als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wmo. Daarvoor is gekozen omdat die aspecten van maatschappelijke ondersteuning op dit moment nog onder de kwaliteitswetgeving in de zorg vallen, zonder daarmee te willen anticiperen op de vormgeving van de kwaliteitsregulering in de nieuwe wetgeving op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning.

In het wetsvoorstel Wmo 2015 (33 841), dat recent door het parlement is aanvaard, wordt geregeld dat deze vormen van maatschappelijke ondersteuning niet onder de reikwijdte van dit wetsvoorstel te houden. De Wkkgz zal, na aanvaarding van het wetsvoorstel Wmo 2015, niet langer gelden voor ondersteuning die valt binnen de reikwijdte van het wetsvoorstel Wmo 2015.

Indien sprake is van mantelzorg of zorg verleend door vrijwilligers, blijft de zorgaanbieder die onder de reikwijdte van dit wetsvoorstel valt, verantwoordelijk voor de zorg die hij zelf aan de cliënt verleent en de zorg die mantelzorgers of vrijwilligers op zijn verzoek aan de cliënt verlenen. Indien de zorgaanbieder van mening is dat de mantelzorg of de zorg verleend door vrijwilligers in de weg staat aan het verlenen van goede zorg dient hij daarover het gesprek aan te gaan met de cliënt en de mantelzorger of vrijwilliger.

*De Raad van State heeft kritiek geuit op de terminologie in de wet (cliënt), omdat er een marktbenadering van de zorg uit zou spreken. De regering gaat niet mee in deze kritiek. Naar aanleiding hiervan vernemen de leden van de fractie van de ChristenUnie graag de visie van de regering op de plek en rol van de patiënt in de zorg. Kan de regering op dat punt haar gedachten met hen delen?*

Aan het begin van deze kabinetsperiode heeft het kabinet uw Kamer een brief gestuurd waarin de agenda van de bewindspersonen van VWS werd gepresenteerd. Deze brief had als titel «van systemen naar mensen». Met deze titel heeft het kabinet aan willen geven dat de cliënt/patiënt de spil is, waar het in de zorg om zou moeten gaan. Veel regelgeving of de interpretatie daarvan gaat nu nog uit van het denken in systemen, de cliënt/patiënt komt pas daarna aan bod. Dat zou niet zo moeten zijn. De cliënt/patiënt moet juist het vertrekpunt zijn bij het maken van regels en systemen. Dit wetsvoorstel is hiervan een goed voorbeeld. Uitgangspunt van de aanscherpingen op het gebied van kwaliteit is geweest het te allen tijde kunnen borgen van kwalitatief goede en veilige zorg en meer openheid richting de cliënt/patiënt (bijvoorbeeld over incidenten en keuze-informatie). Ook bij de verbeteringen van de regelgeving op het gebied van klachten en geschillen is de cliënt/patiënt het uitgangspunt geweest. Bij de huidige regelgeving staat het proces rondom de behandeling van een klacht centraal en bij dit wetsvoorstel de snelle oplossing van onvrede bij cliënten/patiënten. Met dit wetsvoorstel wordt recht gedaan aan de wensen en de behoeften van de cliënt/patiënt. Tot slot in reactie op de opmerking dat de term «cliënt» blijk zou geven van een marktgerichte benadering. Dit deelt de regering niet. De term «cliënt» doet recht aan de reikwijdte van de wet. De wet is namelijk niet alleen van de toepassing op aanbieders van curatieve zorg, waar men vooral spreekt over patiënten, maar ook op aanbieders van langdurige zorg, waar men te maken heeft met ouderen en gehandicapten, en aanbieders van cosmetische verrichtingen, waar men te maken heeft met – in principe – gezonde mensen. De regering heeft ervoor gekozen om voor al deze doelgroepen

samen de term cliënt te hanteren. Waar de term cliënt staat kan derhalve ook patiënt worden gelezen.

### **Gegevens zorgverlening en informatieverstrekking**

*De leden van de VVD-fractie vragen zich af of de voorgestelde procedure veilig melden niet onwenselijk snelle betrokkenheid van het Openbaar Ministerie uitlokt, waardoor minder ongeregelheden gemeld zullen worden door zorgaanbieders. Is het niet beter om een systeem van veilig melden in te voeren zoals in de luchtvaart? De leden van de CDA-fractie vragen zich af of de strafrechtelijke uitzondering op veilig melden te ruim geformuleerd is waardoor deze mogelijkerwijs contraproductief gaat werken. De leden van de PvdA fractie vragen of gegevens uit het veilig-melden-systeem kunnen worden gebruikt in een strafrechtelijke procedure als het bewijs niet op andere wijze kan worden verkregen. Zij vragen wat de regering vindt van het voorstel dat de Brancheorganisaties Zorg (BOZ) dat alleen bij grove nalatigheid en na toetsing door de rechter-commissaris het Openbaar Ministerie de gegevens uit de meldingsadministratie mag gebruiken en dan ook nog uitsluitend als sturingsinformatie (conform de wet luchtvaart). De leden van de SP-fractie vragen zich af of de procedure veilig melden niet meer aan kan sluiten bij de Wet luchtvaart zodat net als in die wet het Openbaar Ministerie alleen onder voorwaarden (groeve opzet of nalatigheid) meldingsgegevens als strafrechtelijk bewijs kan gebruiken. Het OM mag deze gegevens alleen als sturingsinformatie en niet als direct bewijs gebruiken.*

De verplichting voor de zorgaanbieder om een procedure te hebben voor het intern melden van incidenten heeft als bedoeling om zoveel mogelijk te stimuleren dat de kwaliteit van zorg verbeterd wordt naar aanleiding van die meldingen. Het is van belang dat zorgverleners zo min mogelijk drempels ervaren om incidenten te melden. Daarom is in de Wkkgz bepaald dat gegevens uit dit register, behoudens die met betrekking tot een calamiteit of geweld in de zorgrelatie, niet in een strafrechtelijke procedure als bewijs worden gebruikt. Alleen als de gegevens voor het strafrechtelijk bewijs redelijkerwijs niet op een andere manier kunnen worden verkregen kunnen de gegevens worden gebruikt voor een strafrechtelijke procedure.

Er is een verschil aanwezig met de Wet luchtvaart<sup>19</sup> waar het gaat om het gebruik van de meldingsgegevens als bewijs in een strafzaak tegen de melder. Dit kan overigens ook gaan om ontlastend bewijs. Omdat in de Wet luchtvaart de meldplicht is opgelegd aan natuurlijke- of rechtspersonen geldt hier het nemo tenetur beginsel<sup>20</sup>, waardoor de meldingsinformatie in een strafzaak alleen als sturingsinformatie kan worden gebruikt. De Wkkgz legt aan de zorgaanbieder de verplichting op om een VIM te hebben als dit noodzakelijk is voor de kwaliteit van zorg. De informatie uit het VIM kan daardoor wel als bewijs worden gebruikt tegen een melder, omdat de verplichting niet gericht is tot individuele zorgverleners en daardoor het nemo tenetur beginsel niet van toepassing is. De regering is van mening dat dit geen reden is voor zorgverleners om uit zelfbescherming het VIM niet te gebruiken. Het OM gaat alleen in zeer uitzonderlijke situaties over tot vordering van informatie uit het VIM, en dan nog alleen als er sprake is van het vermoeden van een ernstig strafbaar feit<sup>21</sup>. Het gaat in medische zaken altijd om feiten waarbij sprake is van «opzet of

<sup>19</sup> Artikel 7.1 van de Wet luchtvaart.

<sup>20</sup> Dit beginsel houdt in dat een verdachte niet aan zijn eigen veroordeling hoeft mee te werken.

<sup>21</sup> In medische zaken betreft dit feiten waarbij het vermoeden bestaat dat de patiënt als gevolg van het handelen door de zorgverlener (ernstig) lichamenlijk letsel heeft opgelopen, dan wel schade is ontstaan aan de gezondheid dan wel de patiënt is komen te overlijden.

schuld»<sup>22</sup>. Het OM moet het vermoeden van een strafbaar feit kunnen onderbouwen met feiten en omstandigheden. Vervolgens beoordeelt de officier of het indienen van een vordering bij de rechter commissaris opportuun is. Hiervoor geldt een aantal voorwaarden. De officier zal hier alleen toe over gaan als de informatie niet op een andere, minder belastende wijze kan worden verkregen. Daarnaast blijft een vordering achterwege indien de ernst van het vermoedelijk gepleegde strafbare feit de vordering niet kan rechtvaardigen. Naast deze wettelijke waarborgen heeft het OM in haar «Aanwijzing feitenonderzoek/strafrechtelijk onderzoek en vervolging in medische zaken (2010A022)<sup>23</sup>» aanvullende waarborgen opgenomen voor het vorderen van informatie uit het VIM, vanwege het belang van het VIM voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De officier dient allereerst over de noodzaak tot vorderen te overleggen met de parketleiding en vervolgens met het Expertisecentrum Medische Zaken. Als een vordering opportuun wordt geacht, dan moet de officier deze vervolgens indienen bij de rechter commissaris, die de vordering toetst aan de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit. Als hieraan voldaan is zal de rechter commissaris het bevel (gericht aan de zorginstelling) afgeven.

Door al deze waarborgen gaat het OM alleen dan tot vordering van gegevens over als deze noodzakelijk zijn als bewijs in het strafrechtelijk proces. Hiervan is bijvoorbeeld sprake als het medisch dossier tekortschiet en aanvullende gegevens uit het register kunnen worden gevorderd voor zover zij niet onder het (medisch) verschoningsrecht vallen<sup>24</sup> of als sprake is van tegenstrijdige verklaringen.

Gezien de hierboven genoemde waarborgen en de bestendige wijze waarmee het OM hiermee omgaat, is de regering van mening dat er geen reden is voor zorgverleners om niet te melden.

*De leden van de VVD-fractie vragen zich af of op grond van artikel 9, eerste lid, van het wetsvoorstel, in sommige situaties de toestemming van de betrokkene voor de verwerking van persoonsgegevens niet is vereist. Kan de regering aangeven welke registraties wel of niet onder dit artikel vallen? Behoort niet in principe voor elke verwerking van persoonsgegevens (dus inclusief NAW-gegevens) toestemming te worden gegeven? Is het niet inconsistent met artikel 10 van de Grondwet en de Wgbo, dat deze wet het anders wil regelen?*

Artikel 9, eerste lid, van het wetsvoorstel bepaalt dat voor de verwerking van persoonsgegevens de toestemming van de betrokkene niet is vereist, indien en voor zover de verwerking noodzakelijk is voor de goede systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Dit is toegestaan op grond van artikel 21, eerste lid, onder a, van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Daarnaast maakt artikel 9, vijfde lid, van het wetsvoorstel het mogelijk dat de individuele zorgaanbieder, die een medisch beroepsgeheim heeft (artikel 7:457 BW), indien dit noodzakelijk is om een incident te onderzoeken, persoonsgegevens van zijn cliënten aan het register mag verstrekken. De regering ziet geen strijd met de Wgbo of de Grondwet, gezien het wettelijk vastgelegde kader in artikel 9 van het wetsvoorstel waaraan registratie zonder toestemming van de cliënt moet voldoen en de overeenstemming met artikel 21, eerste lid, onder a, van de Wbp.

<sup>22</sup> Het bestanddeel «schuld» wordt ingevuld door grove nalatigheid: heeft de zorgverlener gehandeld zoals verwacht mag worden van een redelijk bekwaam zorgverlener?

<sup>23</sup> Zie: <http://www.om.nl/organisatie/beleidsregels/overzicht/medisch>.

<sup>24</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 402, nr. 6, p. 45.

*De leden van de PvdA-fractie wijzen op artikel 7, tweede lid, onderdeel a, dat bepaalt dat de gegevens die in de kwaliteitsregistratie worden opgenomen «voor een ieder» vergelijkbaar moeten zijn met gegevens van andere zorgaanbieders van dezelfde categorie. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe zich dit verhoudt tot artikel 9, zevende lid, waarin staat dat de gegevens in het register, betreffende intern gemelde incidenten, niet openbaar zijn. Aangezien incidenten een indicatie geven van kwaliteit, is een vergelijking op kwaliteit «voor een ieder» in de ogen van de leden van deze fractie niet goed mogelijk. Graag krijgen zij een reactie hierop.*

*De leden van de PvdA-fractie vernemen graag van de regering of en hoe de informatie die op grond van de regelingen vervat in dit wetsvoorstel wordt vergaard, en die van belang zou kunnen zijn voor (potentiële) cliënten anders dan de cliënt die een klacht heeft ingediend dan wel een procedure aanhangig heeft gemaakt bij de geschilleninstantie, voor die (potentiële) cliënten beschikbaar is.*

Artikel 7, tweede lid, onderdeel a, waarborgt dat de zorgaanbieder zich conformeert aan afspraken die veldpartijen onderling maken over kwaliteitsindicatoren en de wijze van registreren. Op grond van artikel 66d Zvw zijn zorgaanbieders verplicht dergelijke informatie over de kwaliteit van de verleende zorg te rapporteren aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut publiceert deze informatie op een zodanige wijze dat cliënten hun keuzen daarop kunnen baseren. De door zorgaanbieders gerapporteerde indicatoren kunnen ook betrekking hebben op het aantal incidenten, klachten en geschillen en de aard daarvan. Het is op zich niet strijdig met artikel 9, zevende lid, om aantallen incidenten, klachten en geschillen en informatie over de aard daarvan openbaar te maken. Daarbij is het niet nodig, en op grond van artikel 23 ook niet toegestaan, om privacygevoelige gegevens openbaar te maken.

Om de transparantie over klachten en meldingen in de zorg en de afhandeling daarvan te vergroten, zal het Landelijk Meldpunt Zorg jaarlijks een extern te publiceren klachtbeeld opstellen.<sup>25</sup> Bij dit klachtbeeld worden naast de vragen en klachten van burgers ook de wettelijk verplichte meldingen van zorgaanbieders en fabrikanten betrokken. Aan de hand van het klachtbeeld is straks voor iedereen na te gaan:

- hoeveel (klachtgerelateerde) vragen en klachten van burgers over de zorg bij het Landelijk Meldpunt Zorg binnenkomen;
- hoeveel wettelijk verplichte meldingen er bij de IGZ gedaan worden door zorgaanbieders en fabrikanten;
- op welke sectoren in de zorg deze vragen, klachten en wettelijk verplichte meldingen betrekking hebben en wat de aard daarvan is;
- wat er geconcludeerd kan worden (bijvoorbeeld over doorlooptijden) naar aanleiding van het monitoren van de klachtafhandeling door zorgaanbieders en het monitoren van de afhandeling van burgerklachten die door de IGZ worden onderzocht.

*Zowel de leden van de PvdA-fractie als de leden van de CDA-fractie hebben vragen gesteld bij artikel 9 van het wetsvoorstel. Dit artikel betreft de verwerking van persoonsgegevens zonder toestemming van betrokkenen in geval van intern gemelde incidenten ten behoeve van het veilig-melden-systeem. De leden van de PvdA-fractie zien graag de vraag van de KNMG e.a. beantwoord of gegevens ten behoeve van andere vormen van kwaliteitsregistraties, zoals complicatieregistraties, kwaliteitsvisitaties en audits ook zonder toestemming van de betrokkenen mogen worden verwerkt. Ook de leden van de CDA-fractie vragen daarnaar.*

<sup>25</sup> Kamerstukken II 2013/14, 32 402, nr. 66.

Bij de beoordeling welke registraties onder artikel 9 van dit wetsvoorstel vallen gaat het om de vraag of het doel van de registratie overeenkomt met het gestelde in artikel 9: noodzakelijk voor de goede werking van de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg, betreffende intern gemelde incidenten. Ook complicatieregistraties vallen onder artikel 9 van dit wetsvoorstel. Daarbij kunnen derhalve, zonder toestemming van de betrokkene, persoonsgegevens worden verwerkt, waaronder gegevens betreffende de gezondheid.

Indien sprake is van kwaliteitsregistraties die niet vallen onder artikel 9 van dit wetsvoorstel, is artikel 21 Wbp het kader waarbinnen beoordeeld moet worden of het is toegestaan om persoonsgegevens te verwerken zonder toestemming van de betrokken cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger. Bij kwaliteitsvisitaties en audits is het niet noodzakelijk om persoonsgegevens te verwerken in de rapportages over de visitatie of audit. In reactie op de vraag van de leden van de CDA-fractie is nog van belang te melden dat verwerking van de persoonsgegevens zonder toestemming van betrokkenen op grond van artikel 9 van dit wetsvoorstel uitsluitend is toegestaan indien het gaat om intern gemelde incidenten.

*De leden van de CDA-fractie merken op dat het wetsvoorstel in artikel 10 bepaalt dat de aard en toedracht van incidenten niet alleen direct aan cliënten, maar ook onverwijld aan diens vertegenwoordiger of nabestaanden moet worden medegedeeld. Ook merken zij op dat tevens de openbaarheid van een en ander geregeld wordt. Deze leden vragen de regering aan te geven wat het wetsvoorstel bepaalt met betrekking tot al dan niet verplichte vermelding op een website?*

Artikel 10 bestaat uit twee delen. De eerste twee leden betreffen de situatie dat door een cliënt nog niet voor een bepaalde zorgaanbieder is gekozen. Met de eerste twee leden worden zorgaanbieders verplicht om cliënten van die informatie te voorzien op basis waarvan zij een keuze voor een zorgaanbieder kunnen maken. Dit betreft bijvoorbeeld informatie over de prijs en de kwaliteit, maar ook informatie over de wetenschappelijk bewezen werkzaamheid.

De leden 3 en 4 van artikel 10 betreffen de situatie dat reeds sprake is van een behandelrelatie. Ook dan is openheid belangrijk. De cliënt, alsmede zijn wettelijk vertegenwoordiger, dan wel nabestaande, dient op de hoogte te zijn van alles wat hem in zijn behandeling aangaat. Dit betreft informatie over incidenten die voor hem merkbare gevolgen hebben of kunnen hebben, maar ook informatie over de rechten op grond van dit wetsvoorstel. Open communicatie zorgt voor vertrouwen in een soms langdurige zorgrelatie, wat de kwaliteit van de zorgverlening ten goede komt.

Artikel 10 van dit wetsvoorstel verplicht niet tot vermeldingen op een website. Dat een cliënt informatie ontvangt op grond van artikel 10 van dit wetsvoorstel, betekent niet dat de verstrekte informatie openbaar is, in de zin van beschikbaar voor een ieder.

*De leden van de CDA-fractie vragen de regering te reageren op de reactie van de Raad voor het Openbaar Bestuur en de Gezondheidsraad, die het niet wenselijk vinden dat klachten, meldingen en signalen direct openbaar gemaakt worden op de site van de zorgverlener, en dit mede te plaatsen in het licht van hetgeen de regering hierover heeft geschreven in de brief d.d. 20 december jl. over het Zorgloket.*

In de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 20 december 2013 is een beleidsreactie gegeven op het advies van de Raad voor het Openbaar Bestuur (ROB) en de Gezondheidsraad (GR) over het direct openbaar maken van meldingen, klachten en signalen die bij de

IGZ binnenkomen. In deze brief staat dat het advies van de ROB en de GR wordt overgenomen en dat dus niet wordt overgegaan tot directe openbaarmaking van meldingen, klachten en signalen op de website van de IGZ of het Landelijk Meldpunt Zorg.

In deze brief wordt ook gerefereerd aan een aanvullend advies van de ROB en de GR over directe openbaarmaking op de website van een zorgverlener. In hun aanvullende advies schrijven de ROB en de GR dat ze het niet wenselijk vinden dat klachten, meldingen en signalen direct openbaar worden gemaakt op de website van een zorgverlener: «Directe openbaarmaking op de website van de zorgverlener kan net zo goed op gespannen voet staan met hoor en wederhoor, privacy van klager en zorgverlener en onevenredige benadeling van partijen. Louter een klacht heeft, zonder gedegen onderzoek, weinig zeggingskracht over het functioneren van een zorgverlener.» Dit standpunt en de onderliggende analyse van de ROB en de GR wordt gedeeld door de regering. Zoals in de bovengenoemde brief van 20 december 2013 is aangegeven, zullen zorgaanbieders dan ook niet worden aangemoedigd of verplicht om meldingen, klachten en signalen direct openbaar te maken op hun website. Dat neemt niet weg dat de regering het van belang acht dat zorgaanbieders transparant zijn en zich verantwoorden over de klachten die bij hen zijn binnengekomen en wel openheid over de klachten en afhandeling in algemene zin geven.

*De leden van de PVV-fractie vragen zich af wat de stand van zaken is van de aanpassingen van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst en dan met name het recht op inzage in, dan wel afschrift van het medisch dossier voor nabestaanden.*

De regering is voornemens om de Wgbo op een aantal punten aan te passen. Het gaat dan onder meer om verlenging van de bewaartermijn van medische dossiers, codificatie van de jurisprudentie over het inzagerecht van nabestaanden en de verplichting tot aantekening van een besluit van wilsonbekwaamheid in het medische dossier. Het wetsvoorstel dat hiertoe strekt, zal naar verwachting in de tweede helft van 2015 aan de Tweede Kamer worden aangeboden

*De leden van de SP-fractie vragen de regering te verduidelijken hoe het veilig melden van incidenten en het informeren van cliënten daarover zich tot elkaar verhouden. Is dat in alle situaties verplicht of zijn er ook uitzonderingen te bedenken?*

Indien er sprake is van een incident dat voor de cliënt merkbare gevolgen heeft of kan hebben, is de regering van mening dat de cliënt er recht op heeft om te vernemen wat er met hem is gebeurd. Daarom is de zorgaanbieder, op grond van artikel 10, derde lid, van het wetsvoorstel verplicht aan de cliënt onverwijld mededeling te doen over de aard en toedracht van incidenten bij de zorgverlening die voor de cliënt merkbare gevolgen hebben of kunnen hebben en daarvan aantekening te maken in het cliëntendossier. De rechtspositie van de cliënt wordt daarmee versterkt in geval van een klacht of geschil. Dat een cliënt geïnformeerd wordt over een incident, betekent niet dat afbreuk gedaan wordt aan het karakter van veilig melden op grond van artikel 9 van dit wetsvoorstel. De cliënt, die immers al betrokken is bij het incident, wordt alleen geïnformeerd over het incident. In het kader van de analyse van de gemelde incidenten vindt verder onderzoek plaats naar de achterliggende oorzaken waardoor een incident heeft kunnen ontstaan. Die informatie waarbij een beoordeling van het handelen van betrokken organisatie en zorgverleners centraal staat, moet vanzelfsprekend worden afgeschermd tegenover derden wil het systeem van veilig incident melden kunnen werken. Op die gegevens

richt het recht van de cliënt op informatie op grond van artikel 10, derde lid, van het wetsvoorstel zich uitdrukkelijk niet.

*De leden van de SP-fractie vragen of de verplichting voor de zorgaanbieder om de cliënt op grond van dit wetsvoorstel informatie te verschaffen over de tarieven, de kwaliteit van de aangeboden zorg en over de ervaringen van cliënten met die zorg niet overbodig is omdat de zorgaanbieder daartoe ook verplicht is op grond van artikel 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De leden van de SP-fractie vragen, in navolging van ActiZ, of deze dubbele normstelling naar verwachting tot uitvoeringsproblemen zal leiden, aangezien de IGZ toeziet op dit wetsvoorstel en de NZa op de Wmg.*

Naar het oordeel van de regering is er geen sprake van een dubbele normstelling. Met de verplichting voor de zorgaanbieder in dit wetsvoorstel wordt beoogd de (individuele) cliënt in staat te stellen een goede keuze voor een zorgaanbieder te maken. Het gaat daarbij om de vragen die de individuele cliënt heeft. Die kunnen van velerlei aard zijn: van de kwaliteit van het eten tot hoe vaak een arts een bepaalde ingreep heeft gedaan en met welk resultaat. Daarbij kan het ook gaan om informatie die niet structureel wordt uitgevraagd en ervaringen van cliënten.

De verplichting op grond van de Wmg beoogt de transparantie van keuze-informatie in de desbetreffende sector te garanderen. Achterliggend motief voor deze verplichting is dat het zorgsysteem alleen functioneert als er voor alle partijen voldoende transparantie is. Zolang het desbetreffende zorgaanbod transparant is, zal de NZa als toezichthouder niet handhavend optreden in een incidenteel geval dat een cliënt geen of onvoldoende informatie van een zorgaanbieder heeft ontvangen. Mocht er al sprake zijn van samenloop, dan hoeft dat geen uitvoeringsproblemen op te leveren. De NZa en de IGZ hebben op grond van artikel 17 Wmg een samenwerkingsprotocol gesloten, op basis waarvan zij over en weer bepalen wie in voorkomende gevallen het best geëquipeerd is om op te treden.

*De leden van de SP-fractie en de leden van de D66-fractie hebben enkele vragen met betrekking tot de definities in het wetsvoorstel. Hierbij gaat het om de definities van «incident», «calamiteit» en «geweld in de zorgrelatie». De leden van de SP-fractie en de D66-fractie merken op dat het onderscheid wel belangrijk is, aangezien aan een incident dan wel een calamiteit verschillende acties van de zorgaanbieder zijn verbonden en zij verzoeken de regering dit punt te verduidelijken.*

Een incident is «elke afwijking van de beoogde of verwachte gang van zaken; dit omvat dus, naast (onverwachte) complicaties, kleine en ernstige fouten, ook andere gevallen waarin zich zaken hebben voorgedaan die niet verwacht werden, ook als dat voor de cliënt nog geen merkbare gevolgen heeft gehad»<sup>26</sup>. De omschrijving is ruim en daaronder zijn mede begrepen zaken als calamiteiten en gevallen van geweld in de zorgrelatie.

In het wetsvoorstel is calamiteit als volgt gedefinieerd: «een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, 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».

In het wetsvoorstel is geweld in de zorgrelatie als volgt gedefinieerd: «seksueel binnendringen van het lichaam van of ontucht met een cliënt,

<sup>26</sup> nota naar aanleiding van het nader verslag (Kamerstukken II 2011/12, 32 402, nr. 9), p. 36.

alsmede geweld jegens een cliënt, door iemand die in dienst of in opdracht van een instelling of opdrachtnemer van een instelling werkzaam is, dan wel door een andere cliënt met wie de cliënt gedurende het etmaal of een dagdeel in een accommodatie van een instelling verblijft.»

Voor alle incidenten moet een zorgaanbieder een interne procedure hebben die voldoet aan artikel 9 van dit wetsvoorstel, zodat van incidenten wordt geleerd. Op grond van artikel 10 moeten bepaalde incidenten in het dossier van de cliënt worden opgenomen en aan de cliënt worden gemeld. De zorgaanbieder zal gebeurtenissen, die voldoen aan de definitie van calamiteit of geweld in de zorgrelatie, moeten melden aan de IGZ. Over het onderscheid tussen calamiteiten en geweld enerzijds en andere incidenten anderzijds bestaat naar het oordeel van de regering geen onduidelijkheid, en daarmee ook niet over de vraag wanneer de artikelen 9 en 10 dan wel artikel 11 van toepassing is.

*De leden van de D66-fractie merken op dat artikel 10 gaat over het recht van de patiënt op keuze-informatie en diens recht op informatie over de aard en toedracht van incidenten en dat dit uiteenlopende onderwerpen zijn. Deze leden vragen waarom de regering er niet voor heeft gekozen om lid 3 in artikel 9 onder te brengen en de leden 1 en 2 in de Wgbo, waarin de rechten van de cliënt voor het merendeel zijn gecodificeerd?*

Artikel 9 behelst de verplichting voor de zorgaanbieder om de kwaliteit van de zorgverlening systematisch te bewaken, beheersen en verbeteren en verplicht zorgaanbieders om vanuit dit oogpunt een systeem in te richten op basis waarvan incidenten veilig kunnen worden gemeld om ervan te leren. Artikel 9 gaat niet over het melden van incidenten in een individuele relatie. Om die reden is ervoor gekozen het melden van incidenten in een individuele relatie in een ander artikel, te weten artikel 10, onder te brengen.

In reactie op de vraag waarom er niet voor is gekozen om de leden 1 en 2 in de Wgbo onder te brengen, zij eraan herinnerd dat het toepassingsbereik van dit wetsvoorstel vele malen breder is dan dat van de Wgbo. De regering vindt het belangrijk dat de verplichtingen met betrekking tot keuze-informatie ook gelden voor aanbieders van langdurige zorg, aanbieders van cosmetische verrichtingen en aanbieders van alternatieve geneeswijzen.

*De leden van de D66-fractie constateren dat artikel 14, eerste lid, het begrip «gedraging» vermeldt en dat dit van belang is omdat daarmee de klachtprocedure een aanvang neemt. Deze leden vragen de regering een definitie van het begrip gedraging te geven en daarbij aan te geven of een gedraging anders moet worden gekwalificeerd dan een incident?*

De regering heeft bij de formulering van dit artikel voor het begrip gedraging gekozen omdat dit een heel breed begrip is. Onder «gedraging», een begrip dat in de bepalingen over klachtrecht in de Algemene wet bestuursrecht ook wordt gebruikt, valt elk handelen of nalaten. De regering heeft hiervoor gekozen omdat zij het belangrijk vindt dat iedere uiting van onvrede over onderwerpen variërend van incidenten dan wel bejegeningkwesties in de vorm van een klacht door de cliënt aan de zorgaanbieder kenbaar kunnen worden gemaakt. Het begrip gedraging is dus veel breder dan alleen de gedragingen die tot een incident hebben geleid of gebeurtenissen die onder het begrip «incident» vallen.

*De leden van de ChristenUnie-fractie geven aan graag een overzicht te ontvangen van de reeds bestaande verplichtingen voor zorgaanbieders met betrekking tot het verstrekken van informatie aan de zorggebruiker.*

Op dit moment bestaat er in de Wgbo een directe informatieverplichting voor de zorgaanbieder jegens de zorggebruiker. In de Wgbo is «informed consent» vastgelegd, op grond waarvan de cliënt van de zorgverlener de informatie moet ontvangen, op basis waarvan hij kan bepalen of hij instemt met de behandeling. Ook is in de Wgbo vastgelegd dat patiënten desgevraagd inzage moet worden gegeven in het dossier.

Op basis van de informatieverplichting uit de Wmg (artikel 38) is de zorgaanbieder verplicht algemene informatie beschikbaar te hebben over kwaliteit en prijs. Het verschil tussen beide bepalingen is dat de bepaling uit de Wgbo betrekking heeft op een bestaande behandelrelatie, terwijl de bepaling uit de Wmg gericht is op transparantie van het zorgaanbod en mensen in staat moet stellen een keuze te maken voor een zorgaanbieder.

De bepaling over keuze-informatie uit dit wetsvoorstel heeft toegevoegde waarde. De bepaling uit dit wetsvoorstel verplicht de zorgaanbieder om die informatie met betrekking tot prijs, kwaliteit, cliëntervaringen, wetenschappelijk bewezen werkzaamheid en wachttijden te geven, die de cliënt nodig heeft om een goede keuze te kunnen maken en waar de cliënt concreet naar vraagt. Dit kan ook informatie zijn die niet regulier wordt gepubliceerd in kwaliteitsindicatoren of ervaringen van cliënten, bijvoorbeeld hoe vaak een arts een bepaalde behandeling heeft uitgevoerd en met welk succes. Gedachte achter deze bepaling is dat cliënten in staat moeten worden gesteld om een welbewuste keuze te maken voor een zorgaanbieder die bij hen past.

#### *Verklaring omtrent het gedrag*

*De leden van de VVD-fractie vragen graag de aandacht voor de verklaring omtrent het gedrag, waarover nadere regelingen volgen in een te ontwerpen amvb. Genoemde leden zouden graag van de regering willen weten of zij de betrokken beroepsgroepen zal betrekken bij de uitwerking van deze regels. De leden van de SP-fractie vragen in welke situaties een verklaring omtrent gedrag vereist zou moeten zijn. Bij amendement-Van der Staaij (32 402, nr. 61) is maatwerk voorgesteld. Is de amvb die dit omschrijft, al gereed? Vindt er afstemming met het veld plaats en wordt deze verplichting in de nog te benoemen situaties ook na vijf jaar geëvalueerd?*

De bedoelde amvb is in voorbereiding. Bijgevoegd is een conceptversie die nog ter consultatie aan betrokken partijen zal worden voorgelegd en waarover het Cbp en de Raad van State nog moeten adviseren. Het is het voornemen van de regering om in de amvb de VOG-verplichting te beperken tot nieuwe medewerkers die werken met de meest kwetsbare cliënten. Hierbij gaat het de facto om de cliënten die onder het bereik van het wetsvoorstel langdurige zorg (33 891) vallen en cliënten waarbij sprake is van intramurale GGZ-zorg op grond van de Zvw. Op deze manier doet de regering recht aan het amendement (32 402, nr. 61) dat oproept tot meer maatwerk bij het stellen van regels omtrent de VOG-verplichting.

Van betrokken beroepsgroepen is bekend dat zij een wettelijke VOG-verplichting overbodig vinden. Hoewel de regering in lijn met het aangenomen amendement (32 402, nr. 61) meer maatwerk wil toepassen bij het verplicht stellen van een VOG, zullen de beroepsgroepen de bepaling nog steeds overbodig vinden, maar aan hun kritiek is wel gedeeltelijk tegemoetgekomen. De VOG-verplichting wordt uiteraard meegenomen bij de evaluatie van de gehele wet.

## Klachten en geschillen behandeling

*De leden van de VVD-fractie, de PvdA-fractie, de CDA-fractie en de SP-fractie hebben allen vragen gesteld over het feit dat de Wkkgz geen onderscheid maakt tussen klachten en claims. De leden van de VVD-fractie vragen of uitvoering van het wetsvoorstel niet leidt tot een ongewenste vermenging van verschillende soorten klachten. De leden van de PvdA-fractie hebben vragen bij het behandelen van klachten en claims voor dezelfde geschilleninstantie, evenals de leden van de CDA-fractie. Laatstgenoemden spreken van een onnodige en onwenselijke formalisering van klachten, hetgeen een verschraling voor de cliënt betekent. De leden van de SP-fractie vragen om de argumenten van de regering waarom er geen onderscheid is gemaakt tussen klachten en claims.*

Met het wetsvoorstel beoogt de regering bij te dragen aan een cultuuromslag waarbij de traditionele denkwijze (de klacht als «claim» of «recht halen») wordt losgelaten. Door klachten integraal te benaderen, ongeacht de vraag of deze een schadepost bevatten, kan de zorgaanbieder beter inspelen op de onvrede bij de cliënt. In de huidige situatie komen cliënten al snel voor de vraag te staan of het verstandig zou zijn externe deskundigheid (advocaat) in te schakelen. Dit zou zoveel als mogelijk voorkomen moeten worden. Mensen hebben klachten, waaronder klachten met een financiële component. Ook in geval van schade is een goede dialoog van belang en wordt duidelijk wat de echte onvrede is en de echte belangen zijn. Vaak blijkt een financiële schadevergoeding secundair te worden. In geval van schadeposten waarvoor extra deskundigheid vereist is, kan een geschilleninstantie uitkomst bieden. De geschilleninstantie is dan de plek waar deskundigheid zit om ingewikkelde vraagstukken te beoordelen.

De regering is van mening dat er geen heldere scheidslijn bestaat tussen een klacht en een claim, wat wordt onderstreept door de huidige praktijk bij de Stichting Geschillencommissie (SGC), waar ook nu al klachten en claims behandeld worden. Daarbij is het voor cliënten vele malen duidelijker dat er één instantie is waar zij terecht kunnen. De regering deelt dan ook niet de mening van de Raad van State en de brancheorganisaties dat het wetsvoorstel zou leiden tot een ongewenste vermenging van verschillende soorten klachten. Logischer zou zijn dat bij behandeling door de geschilleninstantie een onderscheid wordt gemaakt in eenvoudige klachten (eendimensionaal/bejegening/duidelijk wel of niet honoreerbaar) en complexe klachten (zorginhoudelijke/meervoudig) en dat zij haar organisatie zo inricht dat er verschillende kamers bij de geschilleninstantie komen. Dit is echter in eerste instantie ter beoordeling aan de organisaties die de geschilleninstantie oprichten. Ook zijn vragen gesteld naar de verhouding tussen de jurisprudentie die opgebouwd gaat worden door de geschilleninstantie, en die van rechters. Onder de huidige geschillencommissie zorginstellingen, waarin rechters zitting hebben, is reeds jurisprudentie opgebouwd. De SGC laat weten dat rechtbanken ook nu al bij hun oordeelsvorming gebruik maken van oordelen van de geschillencommissie en vice versa. Er is geen reden om aan te nemen waarom dat niet ook het geval zou zijn na aanvaarding van het wetsvoorstel. Overigens kunnen uitspraken van de geschilleninstantie ook worden ingezet ten gunste van de interne klachtenafhandeling door de zorgaanbieder.

De regering deelt de vrees van de leden van de CDA-fractie niet dat de geschilleninstantie een onnodige en onwenselijke formalisering van klachten betekent. Met het wetsvoorstel wordt juist, met de nadruk op een grotere ruimte voor decentrale klachtafhandeling, ingezet op minder formele procedures. Echter, in die gevallen waarin zorgaanbieder en cliënt niet samen een oplossing weten te vinden of samen besluiten om hun

verschil van inzicht aan een onafhankelijke derde voor te leggen, moet er uiteindelijk in de vorm van de geschilleninstantie een laagdrempelig alternatief zijn voor de vaak moeilijke gang naar de civiele rechter. Dit is alles behalve een verschraving voor de cliënt.

*De leden van de VVD-fractie merken op dat artikel 14 van het wetsvoorstel bepaalt dat cliënten (c.q. hun vertegenwoordiger of nabestaande) een schriftelijke klacht kunnen indienen. Uit de toelichting bij dit artikel ontstaat de indruk dat met «kunnen» «moeten» wordt bedoeld. In de toelichting staat dat in eerste instantie mondeling ingediende klachten ook daarna, eventueel met hulp van een klachtenfunctionaris, op schrift kunnen worden gesteld. De leden van deze fractie willen weten of hiermee een door klager geaccordeerde schriftelijke weergave van zijn klacht wordt bedoeld.*

Met de aangehaalde zinsnede uit de memorie van toelichting is beoogd te verduidelijken dat een cliënt die moeite heeft om zijn klacht zelf op schrift te stellen, hiervoor de hulp van de klachtenfunctionaris kan krijgen. Met deze zinsnede wordt niet de klachtenrapportage van de klachtenfunctionaris bedoeld. Deze hulp kan inhouden dat de klachtenfunctionaris de klacht voor de cliënt op schrift stelt. Het spreekt voor zich dat de cliënt zich in die weergave moet kunnen vinden. De schriftelijke indiening van een klacht is nodig voor het bepalen van de start van de afhandeltermijn, die een aanvang neemt op het moment dat de schriftelijke klacht de zorgaanbieder heeft bereikt. Het wetsvoorstel beoogt overigens niet dat alle klachten op schrift moeten worden gesteld. Het is juist de bedoeling van het wetsvoorstel om drempels weg te nemen en om zoveel mogelijk eventuele klachten in een vroegtijdig stadium gezamenlijk op te lossen, zodat een formele klacht wordt voorkomen. Daar is de klachtenfunctionaris voor bedoeld. De klachtenfunctionaris heeft ook onder het wetsvoorstel alle ruimte om de klacht, of die nu mondeling, telefonisch of schriftelijk is ingediend, bespreekbaar te maken en op te lossen. Dat kan telefonisch of met een gesprek of anderszins. Als desondanks geen oplossing kan worden bereikt, is het, om aanspraak te maken op de door het wetsvoorstel geregelde klachtenbehandeling, wel noodzakelijk dat er iets op schrift staat. Zorgaanbieders die reeds met klachtenfunctionarissen werken, beamen dat deze functionaris er juist voor zorgt dat veel klachten worden opgelost en niet escaleren, wat op termijn zelfs een kostenbesparing met zich kan brengen.

*De leden van de VVD-fractie, de PvdA-fractie, de CDA-fractie, de SP-fractie en de D66-fractie hebben vragen gesteld over de termijn van zes weken, eenmalig te verlengen met een periode van vier weken, waarbinnen een klacht moet zijn behandeld, waarbij de leden van de SP-fractie graag willen weten wanneer sprake is van een schriftelijke indiening van een klacht. De leden van de VVD-fractie vragen voorts hoe de term «oordeel» moet worden opgevat.*

Het is de regering bekend dat met enige regelmaat de behandeling van een klacht door een zorgaanbieder, tot grote onvrede van cliënten, veel tijd vergt. De cliënt is daarbij slecht op de hoogte van de voortgang van zijn klachtbehandeling en heeft het gevoel dat zijn klacht niet serieus wordt genomen. En als dan soms pas na vele maanden een uitspraak over zijn klacht volgt die beperkt blijft tot gegrond of ongegrond, dan heeft hij het gevoel er niet veel mee te zijn opgeschoten. Zoals ook blijkt uit de inleiding wordt dit aangetoond door de onderzoeken die zijn gedaan naar klachtbehandeling in de zorg. De regering meent dat dit beter kan. Lang niet altijd is de eerste reactie van een zorgaanbieder op een klacht dat hij met betrokkene in gesprek gaat en nagaat waarom deze ontevreden is en hoe hij dat gevoel kan wegnemen. De regering meent dat een periode van

zes weken, eenmalig te verlengen met een periode van vier weken, voldoende is voor een zorgaanbieder (ongeacht de omvang) om tot dit gesprek en een oordeel over de klacht te komen. In voorbereiding op de beantwoording van uw vragen zijn gesprekken gevoerd met verschillende ziekenhuizen en aanbieders van langdurige zorg, waaronder ook aanbieders van gehandicaptenzorg. Deze aanbieders gaven aan niet op te zien tegen de termijn van zes weken. In de praktijk hanteren ze nu zelf ook deze termijn en soms zelfs een termijn van vier werken.

Met dit wetsvoorstel zet de regering in op meer aandacht voor de relatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder en diens medewerkers. Dit in de veronderstelling dat, wanneer deze relatie goed is, er eerder tot een oplossing kan worden gekomen. Mochten zorgverlener en cliënt er samen niet uitkomen, dan is er de klachtenfunctionaris bij wie de cliënt terecht kan. De klachtenfunctionaris heeft alle ruimte om in samenspraak met de cliënt en de zorgaanbieder op informele wijze tot een bevredigende oplossing te komen. Het wetsvoorstel borgt echter met de door deze leden bedoelde regels dat een cliënt die dat wenst, binnen een acceptabele termijn ten minste een standpunt (in het wetsvoorstel «oordeel» genoemd) van de zorgaanbieder kan krijgen. Het is aan de cliënt te bepalen of het informele traject voor hem bevredigend of voortvarend genoeg verloopt; in dat geval zal de cliënt op grond van vertrouwen in een goede afhandeling ervoor kiezen dat verloop af te wachten, ook als dat langer dan zes weken zou duren. Het is echter evenzeer aan de cliënt om te bepalen of hij, om hem moverende redenen, binnen de wettelijke termijn een meer formeel standpunt van de zorgaanbieder over zijn klacht wenst te ontvangen. De cliënt zal dan zijn klacht schriftelijk (per e-mail of anderszins elektronisch of per brief of klachtenformulier) aan de zorgaanbieder kenbaar moeten maken. De zorgaanbieder zal dan aan de wens van de cliënt moeten voldoen. Dat betekent niet dat van de zorgaanbieder het onmogelijke wordt verlangd. Sommige klachten lenen zich niet voor een zeer snelle afhandeling, omdat zaken moeten worden uitgezocht, advies van deskundigen moet worden ingewonnen etc. Een zorgaanbieder kan binnen de termijn van zes weken niettemin een eerste oordeel geven op de klacht en daarbij duidelijkheid verschaffen over de door hem voorgenomen verdere afwikkeling van de klacht. In veel gevallen zal de cliënt, mits de behandeling op vertrouwenwekkende wijze plaatsvindt en hij daarover goed wordt geïnformeerd, daarvoor begrip kunnen opbrengen en met uitstel van een finaal oordeel van de zorgaanbieder kunnen instemmen.

Mocht de cliënt echter staan op het ontvangen van een oordeel binnen de door het wetsvoorstel aangegeven termijn, dan zal de zorgaanbieder daaraan hebben te voldoen. Het is niet zo dat als «oordeel» slechts kan worden aangemerkt een uitspraak dat de klacht gegrond of ongegrond is. Het oordeel van de zorgaanbieder kan op basis van het wetsvoorstel – anders dan nu het geval is – meer en andere zaken omvatten dan het oordeel dat een klacht gegrond of ongegrond is. Bijvoorbeeld het oordeel dat herhaling ongewenst is of dat nader onderzoek nodig is. De zorgaanbieder dient dan wel aan te geven welke maatregelen hij hiertoe op welke termijn zal nemen. De zorgaanbieder dient zich bij het geven van een oordeel op een klacht te laden leiden door het feitencomplex. De regering hecht veel waarde aan zorgvuldigheid van het onderzoek.

Met de leden van de VVD-fractie is de regering ervan overtuigd dat veel klachten al zullen zijn afgedaan door een goed gesprek met de zorgaanbieder. Gelet op het voorgaande, acht de regering het niet noodzakelijk de afhandeltermijn te verlengen tot vier maanden.

De leden van de VVD-fractie lijken te veronderstellen dat met het wetsvoorstel de huidige klachtencommissies worden afgeschaft. Dit is geenszins het geval. Het wetsvoorstel stelt deze commissies alleen niet langer verplicht. Zorgaanbieders die graag van de kennis en ervaring van deze commissie gebruik willen blijven maken, kunnen dit blijven doen, mits dit leidt tot een tijdige afhandeling van een klacht. Daarbij worden op dit moment schadeclaims vaak niet in de klachtencommissie behandeld. De claim wordt doorgestuurd naar de schadeverzekeraar, waarna een procedure wordt gestart om de claim af te wikkelen. De schadeverzekeraar ziet zich dan vaak genoodzaakt een medisch expert in de arm te nemen en de cliënt om een advocaat dan wel letselschade-expert in te schakelen. Als het wetsvoorstel gaat gelden, is voor iedere cliënt de geschilleninstantie toegankelijk en kan deze een uitspraak doen in dergelijke zaken. Voor de geschilleninstantie is geen sprake van verplichte procesvertegenwoordiging en is deskundigheid van het betreffende vakgebied aanwezig bij de leden van de geschilleninstantie. Het is de insteek van de regering om onnodige juridisering zo veel als mogelijk te voorkomen. Het wetsvoorstel is zo opgesteld dat organisaties van zorgaanbieders en organisaties van cliënten gezamenlijk een geschilleninstantie inrichten. Wanneer zij bijvoorbeeld gezamenlijk ervoor kiezen om zich aan te sluiten bij de SGC, zal de voorzitter een rechter zijn en de overige leden zullen de achtergrond hebben van de betrokken beroepsgroep. Op deze wijze is de deskundigheid aanwezig in de geschilleninstantie die de klacht behandelt en hoeft dit niet extern te worden geregeld. Dit kan voor beide partijen kostenbesparend werken.

De regering meent voorts dat klachten een belangrijke indicatie vormen van mogelijke tekortkomingen in de zorgverlening en dat klachten tevens belangrijke signalen opleveren om (kwaliteits)verbeteringen te realiseren. Het wetsvoorstel staat hier geenszins aan in de weg en onderstreept juist het belang van het persoonlijke en menselijke element. Het is ook vanwege de verwevenheid tussen de afhandeling van klachten en kwaliteit dat is besloten deze beide onderdelen in één wet onder te brengen.

In reactie op de vraag van de leden van de VVD-fractie wie het formele oordeel op een klacht mag geven zij opgemerkt dat het wetsvoorstel impliceert dat daarvan slechts sprake is als een oordeel is gegeven door of namens (het bestuur van) de zorgaanbieder. Echter, de praktijk laat zien dat met een goed gesprek de kou vaak al uit de lucht is. Een formeel oordeel hoeft dan niet te volgen. De klachtenfunctionaris kan in die gevallen vastleggen op welke manier cliënt en zorgverlener tot een oplossing zijn gekomen.

De reactie op de vraag van de leden van de D66-fractie wat er gebeurt als de termijn wordt overschreden is als volgt. Dan staat voor de cliënt de weg naar de geschilleninstantie open. Echter, wanneer de zorgaanbieder, tijdig het contact met de cliënt zoekt en hem uitleg biedt en een stand van zaken geeft, is de inschatting van experts (ondersteund door de werkbezoeken in de praktijk) dat cliënten niet onnodig zullen escaleren naar de geschilleninstantie. De praktijk laat zien dat communicatie bij de behandeling van klachten en geschillen zeer belangrijk en bepalend is voor het verloop.

*In het verlengde van de vragen over de termijn aangaande de interne klachtenafhandeling willen de leden van de SP-fractie graag weten hoe deze termijn bij schadeclaims zich verhoudt tot de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afhandeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA), waarin de veldpartijen in aanbeveling 15 zijn overeengekomen*

*dat de aansprakelijkheidsverzekeraar in beginsel binnen drie maanden een standpunt inneemt over de aansprakelijkheid.*

De termijn van zes weken is de termijn die voor zorgaanbieders geldt voor de interne klachtenbehandeling. In het geval dat een cliënt niet tevreden is met de uitkomst van de behandeling van de klacht door de zorgaanbieder, kan hij naar de geschilleninstantie. De termijn waarbinnen de geschilleninstantie de klacht af moet handelen, bedraagt zes maanden, wat niet strijdig is met de termijn van de GOMA. Overigens is bij slechts een klein deel van de klachten waar zorgaanbieders mee te maken hebben de aansprakelijkheidsverzekeraar betrokken.

*De leden van de VVD-fractie en de CDA-fractie hebben vragen gesteld over de verhouding tussen het geschillenrecht uit de Wkkgz en het tuchtrecht. De leden van de VVD-fractie noteren dat bij de evaluatie van de Wet big naar voren kwam dat de tuchtrechter te vaak lichte bejegening-kwesties krijgt voorgelegd. De leden van de VVD-fractie vragen of deze klachtenafhandeling niet met nadruk juist kleinschalig en laagdrempelig moet plaatsvinden binnen de instellingen?*

Het tuchtrecht en het klachtrecht dienen verschillende doelen. Het tuchtrecht is primair gericht op de kwaliteitshandhaving en bevordering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en niet op conflictoplossing of genoegdoening voor de cliënt. De regering meent dat zoveel mogelijk tegengegaan moet worden dat cliënten klachten bij een tuchtrechter indienen die zich niet lenen voor het tuchtrecht. Dit wetsvoorstel sluit daarbij aan.<sup>27</sup>

Door met dit wetsvoorstel in te zetten op vroegtijdige signalering en aanpak van onvrede in de relatie tussen cliënt en zorgaanbieder/zorgverlener en het loslaten van de verplichting om de klachtencommissie om een oordeel te vragen, wil de regering juist een succesvolle afhandeling van de klacht bij de zorgaanbieder bevorderen. Verwacht wordt dat met het bevorderen van klachtenafhandeling op maat bij de zorgaanbieder en het bieden van een laagdrempelig alternatief voor de civiele rechter onnodige juridisering van klachten voorkomen wordt.

In reactie op de vraag van de leden van de fracties van de VVD en het CDA naar de hoogte van de schadevergoeding die een geschilleninstantie moet kunnen toekennen, zij opgemerkt dat door een amendement<sup>28</sup> van de leden van de fracties van de VVD en het CDA in de Tweede Kamer is geregeld dat de geschilleninstantie in ieder geval bevoegd moet zijn een bedrag van € 25.000,- toe te kennen. In de toelichting bij dit amendement lichten de leden Van Veen en Bruins Slot toe dat de geschilleninstantie bevoegd is tot het toekennen van een schadevergoeding van in ieder geval € 25.000,00 en dat het niet langer nodig is dat het bedrag bij algemene maatregel van bestuur kan worden verhoogd naar € 25.000,-. Dit bedrag sluit aan bij de competentiegrens van de Kantonrechter.

*De leden van de SP-fractie vragen wat de relatie is tussen de gang naar de geschillencommissie, de gang naar de tuchtrechter en een klacht bij de IGZ?*

De geschilleninstantie is er voor de cliënt met een klacht die er samen met de zorgaanbieder niet uitkomt. Deze instantie biedt de cliënt ook een

<sup>27</sup> Ik zal uw Kamer voor de zomer informeren over mijn reactie op de specifieke aanbevelingen in de evaluatie van de Wet big.

<sup>28</sup> Kamerstukken II 2012/13, 32 402, nr. 38.

laagdrempelig en betaalbaar alternatief voor de civiele rechter en geeft een (bindend) advies aan de zorgaanbieder over een individuele klacht of claim.

De tuchtrechter is er voor het bevorderen en het bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Deze doet uitspraken over het handelen van een individuele arts, verpleegkundige (Big-geregistreerden). Het specifieke belang van een cliënt staat in die rechtsgang niet centraal, maar de kwaliteit van het professioneel handelen van de zorgverlener.

De IGZ is er voor het toezicht op de zorg en is niet opgericht als instantie voor klachtenbehandeling. Wel betreft de IGZ klachten bij haar toezicht op het publieke belang van de kwaliteit en de patiëntveiligheid. Zowel de tuchtrechter als de IGZ zijn er, anders dan de geschilleninstantie, niet voor beslissingen die strekken tot individuele genoegdoening van cliënten. Het is mogelijk dat de behandeling van een klacht voor de geschilleninstantie, de tuchtrechter en de IGZ naast elkaar lopen, zoals dat nu ook kan. Het is ook mogelijk dat over en weer van de uitspraken gebruik gemaakt gaat worden.

*De regering zegt over de verhouding tussen het klachtrecht en het tuchtrecht in de memorie van toelichting dat het tuchtrecht niet gericht is op individuele genoegdoening voor de cliënt omdat het tuchtrecht als doel heeft het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening door de beroepsbeoefenaren en dat de uitspraak van het medisch tuchtcollege hierdoor vaak als onbevredigend wordt ervaren en bijdraagt aan de beeldvorming «dat men in de zorg elkaar de hand boven het hoofd houdt». De leden van de fractie van D66 vragen waar deze beeldvorming vandaan komt. Is de effectiviteit van het medisch tuchtcollege recent onderzocht? Zo ja, door welke instantie en met welke uitkomst?*

Op 12 november 2013<sup>29</sup> heb ik de Tweede Kamer het rapport van de tweede evaluatie van de Wet big aangeboden. In het rapport doen de onderzoekers mede aanbevelingen ten aanzien van de effectiviteit van het tuchtrecht. Mijn reactie op de aanbevelingen zal ik de Tweede Kamer in het najaar doen toekomen.

*De leden van de PvdA-fractie verzoeken de regering in te gaan op de vraag van de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT) hoe de geschilleninstantie zich verhoudt tot het tuchtrecht.*

Het tuchtrecht en de geschilleninstantie bestaan naast elkaar en behandelen zaken vanuit een verschillend perspectief. Het tuchtrecht doet dat vanuit het meer algemene perspectief van het toetsen en waarborgen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de geschilleninstantie is er voor een bevredigende oplossing dan wel genoegdoening voor de individuele cliënt.

Uit de brief van de ANT blijkt dat het haar zorgen baart dat een belangrijke mogelijkheid van signalering en sturing vanuit de beroepsorganisaties zal wegvallen. De regering deelt deze zorgen niet. In het wetsvoorstel is namelijk vastgelegd dat de geschilleninstantie moet worden ingesteld door organisaties van zorgaanbieders en organisaties van cliënten gezamenlijk. De ANT kan dus een belangrijke rol spelen in de totstandkoming van de geschilleninstantie voor haar sector.

*De leden van de PvdA-fractie vernemen graag van de regering hoe de tekst van artikel 22, derde lid, gelezen moet worden als de zorgaanbieder een solistisch werkende zorgverlener is. Zij willen graag weten of in dat geval de privacy van de zorgaanbieder gerespecteerd wordt.*

<sup>29</sup> Kamerstukken II, 2013–2014, 29 282, nr. 182.

Zoals ook in de toelichting staat vermeld, dient de geschilleninstantie bij het openbaar maken van haar uitspraken de privacy van personen waarvan een zorgaanbieder zich bedient, en van cliënten te respecteren. In het geval de zorgaanbieder een solist is, zal de naam van de zorgaanbieder bekend worden. De privacy van cliënten en medewerkers van een zorgaanbieder wordt beschermd.

*De leden van de D66-fractie merken op dat de toegevoegde bevoegdheid dat de geschilleninstantie ook schadeclaims kan behandelen ervoor zorgt dat het medisch aansprakelijkheidsrecht om de hoek komt kijken. Zij vragen of daarmee niet het risico in de hand wordt gewerkt dat klachtbehandeling veel sneller dan beoogd terecht komt in de civielrechtelijke afhandeling van claims en daardoor van juridisering van de klacht.*

Met het wetsvoorstel beoogt de regering juist te dejuridiseren. Alles in het wetsvoorstel is erop gericht dat de cliënt en de zorgaanbieder gezamenlijk tot een goede oplossing komen over een klacht en eventueel geleden schade. Dit is voor beide partijen beter dan wanneer het conflict wordt opgezocht en partijen elkaar gaan bestrijden met advocaten en experts om het eigen gelijk te halen. Zorgaanbieders die al werken met decentrale klachtafhandeling en gebruik maken van bemiddelaars, geven aan dat in het gros van de gevallen de kou met een goed gesprek uit de lucht wordt gehaald. In het enkele geval dat dit niet lukt vindt de regering het belangrijk dat cliënten geen hoge drempels ervaren, zoals dat nu wel het geval is, om het geschil te beslechten. De regering biedt om die reden een laagdrempelig en betaalbaar alternatief voor de civiele rechter in de vorm van de geschilleninstantie. Ook ten tijde van de oprichting van de huidige geschillencommissie zorginstellingen werd gevreesd voor juridisering, maar deze vrees is onterecht gebleken. Zo blijkt uit het jaarverslag 2013 van de SGC dat het ingediende aantal klachten in absolute zin laag is. Voor de Geschillencommissie zorginstellingen bijvoorbeeld, zijn in 2013 52 klachten ingediend, in 2012 50 en in 2011 51. De regering is dan ook niet bevreesd dat de geschilleninstantie onnodige juridisering in de hand zal werken.

*De leden van de PvdA-fractie, de SP-fractie en de D66-fractie wensen meer duidelijkheid over de keuze die de regering heeft gemaakt om de oprichting van de geschilleninstantie te laten bij de sector en toch zorgaanbieders te verplichten aangesloten te zijn.*

In antwoord op de vraag van de leden van de D66-fractie of het functioneren van de huidige geschillencommissie is onderzocht, kan worden bevestigd dat dat het geval is. In 2009 is het functioneren van de SGC positief geëvalueerd.<sup>30</sup> Deze evaluatie geeft o.a. antwoord op de volgende vragen: In welke mate biedt de SGC een toegankelijke vorm van geschilafdoening? Wat is de kwaliteit van de geschilafdoening door de SGC? Welke positie bekleedt de SGC in de Nederlandse samenleving?

Het wetsvoorstel voorziet in een nieuwe vormgeving van klachtenafhandeling en geschilbeslechting waarbij zorgaanbieders geprikkeld worden om in een zo vroeg mogelijk stadium tot effectieve oplossingen te komen voor klachten. Hierbij staat een goede dialoog met de cliënt voorop. Dit vergt een professionele aanpak in de beginfase, zonder polarisering van het proces via ingrijpende formele (veelal juridische) procedures. De meeste klachten kunnen naar verwachting in de beginfase succesvol worden opgelost. De regering acht het echter van belang, in voorkomende gevallen waar cliënten en zorgaanbieders er onderling niet goed

<sup>30</sup> Wetenschappelijk onderzoek en documentatiecentrum Ministerie van Veiligheid en Justitie, Evaluatie Geschillencommissie 2009, Boom Juridische uitgevers, Den Haag: 2009.

uitkomen, dat de cliënt zijn klacht aan het oordeel van een geschilleninstantie kan onderwerpen. Uit onderzoek blijkt dat cliënten hoge drempels ervaren om een geschil voor te leggen aan de civiele rechter. Met de geschilleninstantie wordt een laagdrempelige rechtsgang voor de cliënt gecreëerd, als alternatief voor een rechtsgang naar de civiele rechter.

De regering heeft er bewust voor gekozen in de wet vast te leggen dat organisaties van zorgaanbieders verplicht aangesloten zijn bij een geschilleninstantie en dat organisaties van cliënten en organisaties van zorgaanbieders/zorgverleners gezamenlijk een geschilleninstantie op- en inrichten. De verplichte aansluiting waarborgt dat iedere cliënt de mogelijkheid heeft om zich tot een geschilleninstantie te wenden, zonder afhankelijk te zijn van de bereidheid van de zorgaanbieder om zich bij een geschilleninstantie aan te sluiten. Het wetsvoorstel vormt hiermee tevens een belangrijk instrument voor een gelijke rechtsbescherming van de verschillende cliënten in de zorg. Zorgaanbieders die zich niet aansluiten bij een geschilleninstantie, zullen een maatregel van de IGZ opgelegd krijgen indien zij zich niet alsnog aansluiten.

De vraag welke expertise, gegeven een bepaalde klacht, wenselijk is, en hoe de samenstelling van de geschilleninstantie eruit moet zien, is afhankelijk van diverse factoren zoals de soort klacht, het type zorgaanbieder en de lokale omstandigheden. Gelet op het grote toepassingsbereik van het wetsvoorstel en de veelsoortigheid qua klachten die hiermee gepaard gaat, is het dus nadrukkelijk niet de bedoeling één specifieke geschilleninstantie voor te schrijven. Het wetsvoorstel biedt ruimte aan partijen om hieraan zelf invulling te geven, opdat optimaal tegemoet gekomen kan worden aan de lokale behoefte, overeenkomstig de wens van de partijen.

Wel is het denkbaar dat de SGC voor een aantal sectoren de rol van geschilleninstantie op zich gaat nemen. Een groot aantal brancheorganisaties is immers al bij deze commissie aangesloten. Zo bestaan er al geschillencommissies specifiek voor Zorginstellingen, de GGZ, Zelfstandige Klinieken en Verpleging, Verzorging en Thuiszorg. De aangesloten leden zijn gehouden om deze geschillencommissies in te schakelen bij geschillen als de cliënt dat wenst. Bij de SGC is de voorzitter altijd een rechter en hebben de overige leden dezelfde of een vergelijkbare achtergrond als de zorgverlener, zodat alle benodigde expertise aanwezig is. Wettelijk is vastgelegd dat de uitspraken van de geschilleninstantie openbaar zijn. Op deze manier kan jurisprudentie opgebouwd worden, waar een ieder kennis van kan nemen, wat bijdraagt aan uniforme uitspraken.

In een erkenningsregeling zullen voorts de (minimum)vereisten voor erkenning van de geschilleninstanties worden vastgelegd. Langs deze weg wordt de uniformiteit en de kwaliteit gewaarborgd. Met deze erkenningsregeling wordt invulling gegeven aan het amendement Bruins Slot. In reactie op de vragen van de leden van de SP-fractie merk ik op dat de algemene maatregel van bestuur niet ingaat op de verdere vormgeving van de geschilleninstanties. Uitgangspunt van de erkenningsregeling is de al bestaande erkenningsregeling voor geschilleninstanties op het gebied van consumentenklachtenbehandeling van het Ministerie van V&J. Op deze wijze zal de erkenningsregeling waarborgen bieden voor de onafhankelijkheid en onpartijdigheid van de leden, de inhoud en totstandkoming van het reglement, de openbaarmaking van de uitspraken en de aanvraag voor erkenning. Ook hiervoor geldt dat partijen ruimte hebben om hieraan nader invulling te geven, toegespitst op de specifieke omstandigheden.

De regering merkt in reactie op de vraag van de leden van de SP-fractie of zowel de klager als de aangeklaagde in beroep kunnen gaan tegen de hoogte van de door de geschilleninstantie toegekende schadevergoeding, op dat aan de keuze voor geschillenbeslechting op basis van een bindend advies inherent is, dat beide partijen aan de uitspraak gebonden zijn. Na een bindend advies is er geen mogelijkheid tot hoger beroep. Wel kan het bindend advies achteraf worden getoetst door de rechter. Als niet is voldaan aan de eisen van een behoorlijke procedure (denk aan deskundigheidseisen, onafhankelijkheid en onpartijdigheid, hoor- en wederhoor en dergelijke) of het bindend advies is niet deugdelijk gemotiveerd, staat het partijen vrij de rechter te verzoeken het bindend advies ter zijde te schuiven en zelf recht te spreken. De rechter houdt echter wel rekening met het bindend advies en zal in beginsel slechts toetsen of het bindend advies niet onredelijk is.

*De leden van de D66-fractie menen dat de kantonrechter, zeker met de pilot voor de e-kantonrechter, ook laagdrempelig is. Zij willen weten waarom de regering desondanks meent dat naast deze rechtspraakmogelijkheid de externe geschillencommissie een plaats moet krijgen?*

Wanneer wordt gekeken naar reeds opererende geschillencommissies, is het zo dat de voorzitter een rechter is en de overige leden deskundig zijn op het gebied van de aangeklaagde. Dit zorgt ervoor dat, anders dan voor de kantonrechter, er over het algemeen geen deskundigenadvies nodig is, waarmee veel kosten voor beide partijen worden voorkomen. De e-kantonrechter zegt iets over de wijze waarop zaken worden behandeld, maar zegt niet iets over de deskundigheid van de rechters. Het voorgaande maakt dat de regering een toegevoegde waarde ziet voor de geschilleninstantie. Niet alleen zullen klagers bij de geschilleninstantie een lagere drempel ervaren dan voor de kantonrechter, ook is de geschilleninstantie een goedkoper en beter alternatief.

*De leden van de SP-fractie vragen wat de relatie is tussen de geschilleninstantie en het op te richten Landelijk Meldpunt Zorg. De leden van de SP-fractie vragen of met het Landelijk Meldpunt Zorg niet het wiel opnieuw wordt uitgevonden. De leden van de SP-fractie wijzen in dit verband op Zorgbelang, dat al gedurende vele jaren op dit terrein opereert.*

Bij het Landelijk Meldpunt Zorg kunnen burgers vanaf 1 juli 2014 terecht voor advies en begeleiding als ze een klacht over de zorg hebben. Het doel van het Landelijk Meldpunt Zorg is, in het licht van de Wkkgz, een bijdrage te leveren aan de-escalatie, een professionelere klachtafhandeling en meer transparantie over klachten en meldingen in de zorg en de afhandeling daarvan. De geschilleninstantie daarentegen is een vorm van alternatieve geschillenbeslechting, waar cliënten terecht kunnen als ze een onafhankelijk oordeel over hun klacht willen krijgen. De geschilleninstantie is één van de partijen waar het Landelijk Meldpunt Zorg naar zou kunnen verwijzen, afhankelijk van iemands behoefte. Mediation is nadrukkelijk een andere route, die onder de aandacht wordt gebracht door het Landelijk Meldpunt Zorg. Het Landelijk Meldpunt Zorg zal de burger alleen adviseren de klacht aan de geschilleninstantie voor te leggen wanneer de burger er met zijn zorgaanbieder niet uit is en gaat komen. Naast advies en begeleiding aan burgers met klachten over de zorg, zal het Landelijk Meldpunt Zorg belangrijke informatie leveren voor het risicogestuurd toezicht van de IGZ en het toezicht van de IGZ op de klachtafhandeling door zorgaanbieders. Hiertoe zal het Landelijk Meldpunt Zorg zoveel mogelijk gebruik maken van de bestaande informatiesystemen van de IGZ, zodat op deze manier zo goed mogelijk informatie gedeeld kan worden tussen het Landelijk Meldpunt Zorg en de IGZ. Dit

voorkomt dubbele registratie, is efficiënt en zorgt ervoor dat de IGZ direct beschikt over de voor het toezicht relevante informatie. De regering ziet deze aspecten als een overheidsverantwoordelijkheid, en niet als taak van een patiëntenorganisatie. De regering is dan ook niet van mening dat met het Landelijk Meldpunt Zorg het wiel opnieuw wordt uitgevonden. Wel is het belangrijk dat het Landelijk Meldpunt Zorg en de veldpartijen die op het terrein van klachtafhandeling actief zijn, elkaar waar mogelijk versterken. Daarom worden met verschillende veldpartijen (waaronder Zorgbelang Nederland) afspraken gemaakt over bijvoorbeeld onderlinge doorverwijzing tussen het Landelijk Meldpunt Zorg en de betrokken veldpartijen.

*De leden van de CDA-fractie hebben vragen over het verdwijnen van de verplichte klachtencommissies. Zij willen weten of de regering heeft overwogen te streven naar het verbeteren van het functioneren van de klachtencommissies.*

Zoals ook blijkt uit de inleiding en eerdere antwoorden, hoeven klachtencommissies met dit wetsvoorstel niet te verdwijnen. Ze worden alleen niet langer verplicht gesteld. In die gevallen waarin de klachtencommissie haar meerwaarde heeft bewezen, staat het wetsvoorstel er niet aan in de weg dat de zorgaanbieder van de klachtencommissie gebruik blijft maken. Voor de indiening van het wetsvoorstel zijn verschillende modellen onderzocht voor het verbeteren van het klachtrecht, waaronder de opties die de aan het woord zijnde leden in hun vraag noemen, te weten: betere garantie voor onafhankelijkheid en deskundigheid, het stellen van nadere eisen aan de samenstelling van de klachtencommissies en de procedure. Deze zijn destijds ook bij de voorbereiding van dit wetsvoorstel besproken met de brancheorganisaties en cliëntenorganisaties, wat heeft geleid tot het niet langer verplicht stellen van de klachtencommissies in plaats van een toename aan regels. De verbeteringen die met dit wetsvoorstel worden doorgevoerd, sluiten aan bij de wensen en de behoeften van de cliënt en komen, anders dan de vraag van deze leden doet vermoeden, juist ten goede aan de cliënt. Gelet ook op de diverse eerder genoemde onderzoeken en de evaluatie, waaruit naar voren komt dat cliënten over het algemeen niet tevreden zijn over klachtencommissies, staat de regering achter deze keuze. Ook het recent uitgebrachte rapport van de RVZ «de participerende patiënt» toont aan dat een klachtencommissie door cliënten vaak wordt gezien als verlengstuk van de zorgaanbieder.

*De leden van het CDA stellen dat het toezicht van de IGZ op de kwaliteit van zorg wordt bemoeilijkt, doordat in de Wkkgz niet langer de verplichting is opgenomen om bij de IGZ melding te doen van een structurele tekortkoming in de zorg, zoals dit voor klachtencommissies onder de Wkcz wel het geval was. Zij willen weten of de regering deze visie deelt.*

Het klopt dat met het vervallen van de verplichting om een klachtencommissie in te stellen, ook de verplichting tot het melden van structurele tekortkomingen door die klachtencommissie komt te vervallen. De regering kan zich niet vinden in de stelling dat hierdoor het toezicht van de IGZ wordt bemoeilijkt. Het wetsvoorstel staat er niet aan in de weg dat zorgaanbieders signalen doorgeven aan de IGZ en doet meer dan alleen het verbeteren van het klachtrecht. Immers, ook de meldplichten van de zorgaanbieder aan de IGZ worden met dit wetsvoorstel uitgebreid, juist om ervoor te zorgen dat de IGZ haar toezichthoudende taak beter kan gaan vervullen. Daarnaast kunnen burgers en klachtenfunctionarissen ook bij het Landelijk Meldpunt Zorg signalen of structurele tekortkomingen doorgeven en deze, indien nodig, doorzetten naar de IGZ.

*De leden van de CDA-fractie en de SP-fractie vernemen graag hoe het wetsvoorstel borgt dat het klachtrecht een instrument kan blijven om te leren van fouten en aldus een signaalfunctie kan blijven vervullen in de verbetering van de kwaliteit en de veiligheid in de zorg.*

De regering ziet ook een sterke verwevenheid tussen klachtafhandeling en waarborgen voor kwaliteit van zorg. Dat is ook de reden waarom beide onderdelen in één wetsvoorstel zijn opgenomen, terwijl deze tot dusver in twee separate wetten waren geregeld: de Wet klachtrecht cliënten zorgsector en de Kwaliteitswet zorginstellingen. Artikel 3, in samenhang met artikelen 7 en 9 van dit wetsvoorstel, stimuleert dat zorgaanbieders informatie uit klachten gebruiken om daarvan te leren en de zorg te verbeteren.

Daarnaast geeft dit wetsvoorstel zorgaanbieders de ruimte om samen met cliënten en hun zorgverleners te komen tot een klachtenafhandeling die zoveel mogelijk aansluit bij de cultuur van de organisatie. Ervaringen van zorgaanbieders met wie hierover is gesproken, zijn positief over een decentrale klachtenbehandeling. Decentrale klachtenbehandeling houdt in dat klachten worden besproken bij de bron, de zorgverlener. Op deze manier is de zorgverlener direct betrokken en krijgt hij die informatie die hij nodig heeft om te besluiten om zijn zorgverlening aan te passen.

*De leden van de CDA-fractie vragen de regering uiteen te zetten waarom zij denkt dat de voorwaarden uit artikel 21 geen belemmering vormen voor de toegang tot de klachtenbehandeling en waarom een landelijke geschilleninstantie laagdrempeliger is dan de huidige klachtencommissies?*

Geschilbeslechting is pas aan de orde als de klachtenbehandeling daartoe aanleiding geeft.

De huidige verplichte klachtencommissies hebben een rol bij de interne klachtenbehandeling door de zorgaanbieder en kunnen met het nieuwe wetsvoorstel, als de zorgaanbieder dit wenst, een zelfde rol blijven spelen. Die keuze is echter aan de zorgaanbieder. Hij krijgt de ruimte om in samenspraak met de cliëntenraad een andere invulling te geven aan de klachtenbehandeling dan met de huidige klachtencommissie. De geschilleninstantie komt pas in beeld wanneer de cliënt met de zorgaanbieder/zorgverlener, al dan niet na inschakeling van een klachtencommissie, niet tot een oplossing voor de klacht is gekomen. Een groot aantal brancheorganisaties in de zorg is al aangesloten bij een geschilleninstantie (de Geschillencommissie). Met het wetsvoorstel wordt verplicht gesteld dat alle zorgaanbieders zich aansluiten bij een geschilleninstantie. De toegang tot de geschilleninstantie kan beter vergeleken worden met de toegang tot de civiele rechter, waarvoor de geschilleninstantie een laagdrempelig alternatief biedt. Een procedure voor de geschilleninstantie is laagdrempeliger en minder kostbaar dan een procedure voor de civiele rechter.

Zoals ook blijkt uit de inleiding en eerdere antwoorden, wordt met dit wetsvoorstel verbetering van de interne klachtenbehandeling beoogd.

*De leden van de CDA-fractie vragen de regering toe te lichten waarom zij er met artikel 21, derde lid, voor heeft gekozen om de mogelijkheid van een collectieve actie in de wet op te nemen.*

Met artikel 21, derde lid, wordt het voor verenigingen of stichtingen mogelijk gemaakt zich te wenden tot de geschilleninstantie als zij een geschil willen voorleggen dat een belang betreft, dat zij volgens hun statuten behartigen. De statuten van de vereniging of stichting zijn bepalend voor de ontvankelijkheid in een procedure. In het door de leden van de CDA-fractie aangedragen voorbeeld van een (nieuwe) stichting, die

zich blijkens haar statuten louter richt op de afhandeling van klachten, kan bijvoorbeeld een geschil over het niet bestaan van een klachtenregeling bij de zorgaanbieder worden voorgelegd aan de geschilleninstantie. In het aangehaalde voorbeeld van de Hartstichting die klaagt over de werkzaamheden van de afdeling cardiologie van een ziekenhuis kan dat dus alleen wanneer dit een belang betreft waarvoor de stichting blijkens haar statuten opkomt.

De regering heeft er voor gekozen deze collectieve actie in de wet op te nemen, omdat zo wordt mogelijk gemaakt dat een ontwikkeling die op individueel niveau wellicht weinig effecten behelst, maar collectief van grote invloed kan zijn op de kwaliteit van zorg of de borging daarvan, toch aandacht kan krijgen. Ook kunnen met deze collectieve actie kwetsbare cliënten worden beschermd, die niet voor zichzelf op durven komen. Daarnaast wordt zo voor de cliënt een meer gelijk speelveld gecreëerd ten opzichte van een georganiseerd zorgaanbod. De voorwaarde dat er sprake moet zijn van bundeling van meerdere belangen en dat er nooit sprake kan zijn van een schadevergoeding, waarborgen dat alleen ter zake doende kwesties de geschilleninstantie bereiken.

*De leden van de CDA-fractie merken op dat de rol van de klachtenfunctionaris is het gratis bijstaan van patiënten bij het indienen van een klacht en dat deze hiermee vooral als patiëntenondersteuner moet worden gezien. Zij vragen de regering of zij het met hen eens is dat deze functionaris daarmee niet meer (vanzelfsprekend) ingezet kan worden voor bemiddeling. Ook willen deze leden weten hoe de onafhankelijkheid van de klachtenfunctionaris wordt geborgd.*

De rol van klachtenfunctionaris uit dit wetsvoorstel kan meerdere taken omvatten. Zo kan de taak van de klachtenfunctionaris zijn het adviseren van de cliënt of het helpen bij het formuleren van de klacht. Maar ook kan deze functionaris een bemiddelende rol op zich nemen. Dit is afhankelijk van de wensen van de cliënt en ook van de afspraken hierover met de zorgaanbieder en zorgverlener. De regering is van mening dat beide taken verenigbaar zijn. De klachtenfunctionaris kan zich, omdat hij beide kanten (cliënt en zorgverlener) van dichtbij meemaakt, in beide posities verplaatsen en op zoek gaan naar een voor beide partijen passende oplossing, als dat de wens is van partijen. Mochten cliënt en zorgverlener er niet uit komen, dan is de klachtenfunctionaris op de hoogte van hetgeen er gebeurd is en kan hij de cliënt bijstaan. Om ervoor te zorgen dat de klachtenfunctionaris zijn werk onafhankelijk kan doen, is het tweede lid van artikel 15 opgenomen. Het amendement van het lid Bruins-Slot van de CDA-fractie heeft de eisen aan de onafhankelijkheid van de klachtenfunctionaris aangescherpt. In de wet is nu vast gelegd dat de zorgaanbieder waarborgen treft, zodat de klachtenfunctionaris zijn functie onafhankelijk kan uitoefenen. De klachtenfunctionaris mag door de zorgaanbieder niet benadeeld worden vanwege de wijze waarop hij zijn functie uitoefent. In de amvb wordt de onafhankelijkheid nader uitgewerkt. Zo wordt hierin vast gelegd dat de klachtenfunctionaris niet betrokken mag zijn geweest bij de aangelegenheid waarop de klacht betrekking heeft en zich bij het verrichten van zijn werkzaamheden richt op het bereiken van een zo bevredigend mogelijke oplossing voor de klacht. Verder moet de functionaris zijn werkzaamheden kunnen verrichten naar eigen inzicht en daarover geen verantwoording aan de zorgaanbieder hoeven af te leggen. Ook wil de regering in dit verband wijzen op het beroepsprofiel van de klachtenfunctionaris van de Vereniging voor Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor de Gezondheidszorg. Indien aanbieders dit beroepsprofiel volgen, is de onafhankelijkheid van de klachtenfunctionaris gewaarborgd.

Daarnaast blijkt uit recente werkbezoeken van medewerkers van het Ministerie van VWS bij een aantal zorginstellingen dat in de praktijk deze beide taken van de klachtenfunctionaris goed met elkaar te verenigen zijn. Sommige aanbieders kiezen er juist weer voor om de bemiddelende taak neer te leggen bij een andere medewerker. Ook dat is goed mogelijk binnen de randvoorwaarden van dit wetsvoorstel, evenals het gebruik maken van een externe mediator, wanneer partijen dit wensen.

In reactie op de opmerking van de leden van de CDA-fractie dat het wetsvoorstel onvoldoende rekening houdt met de verschillen tussen eerste- en tweedelijnszorg en de vraag van de leden van de SP-fractie hierover zij opgemerkt dat het wetsvoorstel juist maatwerk mogelijk maakt. De regering begrijpt dat het voor kleine zorgaanbieders lastig is en misschien soms wel niet te doen om zelfstandig een klachtenfunctionaris aan te stellen. Het wetsvoorstel laat dan ook ruimte voor zorgaanbieders om de klachtenfunctionaris gezamenlijk te organiseren. In sommige regio's hebben huisartsen dit ook gedaan. Ook ten aanzien van de termijnen uit dit wetsvoorstel voorziet de regering geen problemen. Een oordeel op een klacht kan, zoals eerder in de beantwoording toegelicht, immers ook zijn dat nog nader onderzoek nodig is. Onder verwijzing naar eerdere antwoorden deelt de regering het oordeel van de leden van de CDA-fractie dat het onjuist is dat de zorgaanbieder zelf moet oordelen over een klacht.

*De leden van de CDA-fractie vrezen dat de voorgestelde wetgeving verder gaande juridisering tot gevolg kan hebben. Zij vragen de regering te beargumenteren waarom deze vrees onterecht zou zijn?*

De regering beoogt – zoals eerder in deze nota reeds is uiteengezet – met het wetsvoorstel juist onnodige juridisering te voorkomen. De achterliggende gedachte bij dit wetsvoorstel is om in een zo vroeg mogelijk stadium klachten en andere uitingen van onvrede op te pakken en succesvol te behandelen. Polarisatie van de onvrede dient voorkomen te worden. De behandeling van klachten moet vervolgens zo worden ingericht dat klachten proportioneel behandeld worden: geen ingrijpende formele procedures bij «lichte» klachten. Bij de meeste klachten gaat het om het herstellen van een relatie. Daarbij ligt de focus op bemiddeling. Een professionele aanpak in de beginfase zonder veel formele (juridische) procedures helpt daarbij (procedurele rechtvaardigheid). De werkwijze beoogt dus zoveel mogelijk te bevorderen dat de cliënt er samen met de zorgaanbieder uitkomt en geen aanleiding ziet een juridisch traject te starten. Ook het Landelijk Meldpunt Zorg zet in eerste instantie in op mediation. Als de cliënt en de zorgaanbieder er echter toch niet uitkomen, kan de klager (als ultimum remedium) zijn klacht voorleggen aan een geschilleninstantie.

*Ook vragen de leden van de CDA-fractie of het instellen van een meldpunt ten behoeve van de rechten van de burger (klant, cliënt of consument) niet veelal gepaard gaat met een toename van klachten of aanspraak op die rechten, inclusief eventuele claims. Zij vragen de regering voorbeelden te noemen waarbij dit niet het geval is.*

Een onderscheid is te maken tussen het aantal klachten en het aantal claims dat mogelijk zou kunnen toenemen als gevolg van de komst van een meldpunt ten behoeve van de rechten van de burger.

Wat betreft klachten, valt niet uit te sluiten dat de oprichting van het Landelijk Meldpunt Zorg tijdelijk zal zorgen voor een toename van het aantal klachten dat gemeld wordt. Overigens vindt de regering een tijdelijke toename in het aantal klachten geen negatief scenario. Wanneer

mensen met een klacht over de zorg zich melden bij het Landelijk Meldpunt Zorg, kunnen ze meer advies en betere begeleiding krijgen dan wat nu, gezien haar taken, van de IGZ verwacht kan en mag worden. De oprichting van het Landelijk Meldpunt Zorg sluit goed aan bij de oproep van de Nationale ombudsman in zijn Zwartboek over de IGZ (april 2012), tot beter contact met de burger. Daarnaast levert de informatie uit klachten die bij het Landelijk Meldpunt Zorg binnenkomen, waardevolle toezichtsignalen voor de IGZ op.

Wat betreft claims, verwacht de regering niet dat de komst van een meldpunt ten behoeve van de rechten van de burger per definitie zal leiden tot een toename van het aantal schadeclaims van burgers. Deze verwachting is gestoeld op een wetenschappelijk onderzoek naar medische schadeclaims, waarover in Medisch Contact een artikel van prof. mr. J.H. Hubben is gepubliceerd<sup>31</sup>. Het betrof een onderzoek naar schadeclaims die zijn ingediend bij de destijds experimentele Geschillencommissie Ziekenhuizen. Hubben schrijft in het artikel in Medisch Contact dat de aantallen schadeclaims en de ontwikkeling daarvan niet wijzen op «een onrustbarende claimcultuur». Ook was er geen toename zichtbaar in het aantal schadeclaims bij de bij het onderzoek betrokken ziekenhuizen: per ziekenhuis gemiddeld twintig per jaar in de periode 1994–1999. De inzet van de regering is dat er met de komst van het Landelijk Meldpunt Zorg meer aandacht komt aan het begin van het klachtenproces door burgers van informatie, advies en begeleiding te voorzien. De praktijk leert dat dit bijdraagt aan het zo vroeg mogelijk in het proces oplossen van klachten en dus tot minder juridisering van klachten.

*De leden van de CDA-fractie merken op dat in het wetsvoorstel het klachtrecht enerzijds ziet op gedragingen en anderzijds op geschillen over de naleving van de wet, terwijl de voorgestelde procedureregels vooral betrekking hebben op klachten over gedragingen. De Afdeling advisering van de Raad van State pleit voor afzonderlijke procedures. Deze leden vragen of het correct is dat dit advies van de Afdeling niet is opgevolgd.*

Het klopt dat de regering dit deel van het advies van de Raad van State niet heeft opgevolgd. De belangrijkste overweging daarvoor is dat de regering het voor de cliënt onduidelijk vindt worden, wanneer dit onderscheid zou worden gemaakt. De cliënt heeft een klacht en moet hiermee bij de zorgaanbieder terecht kunnen. Hij moet zich niet met dergelijke lastige vragen bezig hoeven houden of zijn klacht ziet op gedragingen of op naleving van de wet. Bovendien zijn er situaties denkbaar waarin beide aspecten in een klacht gecombineerd zijn. Daarbij is iedere klacht in feite een geschil over de naleving van de wet, omdat zorgaanbieders verplicht zijn tot het leveren van goede, cliëntgerichte zorg. Goede zorg impliceert immers ook een correcte bejegening.

*De leden van de CDA-fractie en de leden van de D66-fractie vernemen graag hoe de geschilleninstantie gefinancierd gaat worden.*

Het is aan organisaties van zorgaanbieders en cliënten gezamenlijk om een geschilleninstantie in de zin van het wetsvoorstel op te richten en te financieren. Zij zullen gezamenlijk moeten bepalen hoe de financiering wordt geregeld en met hoeveel fte een geschilleninstantie zal worden ingevuld. Er is voor gekozen om de geschilleninstanties door de sector zelf op te laten richten, omdat op deze wijze bij de sector draagvlak ontstaat voor de geschilleninstantie.

---

<sup>31</sup> <http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/tijdschriftartikel/05177/schadeclaims-in-een-hogere-versnelling.htm>.

Er zijn meerder financieringsmodellen denkbaar. Wanneer we kijken naar de Stichting Geschillencommissie (SGC), betalen de aangesloten zorgaanbieders per casus een bedrag van € 2.700,00 en de cliënt betaalt een klachtengeld van € 50,00. Bij de SGC bestaan modellen waarbij een deel van de kosten voor de SGC is versleuteld in het lidmaatschap van een brancheorganisatie. Dan zijn de kosten per casus lager. De financiering van de SGC is dus afhankelijk van het aantal cases dat voor de SGC wordt gebracht. In Nederland is het uitgangspunt dat een ieder zijn eigen schade draagt. Tegen die achtergrond is het een begrijpelijke keuze van de regering dat de financiering bij de sector wordt gelaten.

*De leden van de CDA-fractie merken op dat in artikel 1 allerlei personen en instanties worden genoemd en gedefinieerd, behalve de begrippen cliëntenraad en/of representatief te achten organisatie van cliënten. Zij vragen de regering toe te lichten waarom de definitie daarvan ontbreekt.*

Onder cliëntenraad wordt – ook in dit wetsvoorstel – verstaan de cliëntenraad zoals bedoeld in de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Voor die zorgaanbieders voor wie geen wettelijke verplichting bestaat om een cliëntenraad in te stellen, is in artikel 13 voorgeschreven dat deze een klachtenregeling opstellen in overeenstemming met een representatief te achten organisatie van cliënten. Van het opnemen van een definitie van «representatief» is afgezien, omdat het antwoord op de vraag of sprake is van representativiteit zal afhangen van de aard en omvang van de groep zorgaanbieders waarvoor de geschilleninstantie werkzaam zal zijn en evenzeer van de aard en omvang van de groep van daarbij betrokken cliënten. Voor zorgaanbieders zal de eis van representativiteit, indien er gekozen zou worden voor een geschilleninstantie voor een bepaalde behandeling, allicht tenderen naar de eis dat de meerderheid van die zorgaanbieders in die sector is aangesloten; als er gekozen wordt voor een geschilleninstantie voor de gehele zorg, zal representativiteit wellicht ook vereisen dat organisaties uit alle deelsectoren in voldoende mate daarin participeren. Te bedenken ware voorts dat de representativiteit voor de cliënten zich in sommige gevallen niet zonder meer laat uitdrukken in het aantal cliënten ten opzichte van het totale aantal dat lid is van de organisatie; het is goed denkbaar dat een bepaalde organisatie door alle betrokkenen wordt gezien als de organisatie die bij uitstek de belangen van een bepaalde groep cliënten behartigt; dat kan bijv. ook blijken uit het ontvangen van overheids subsidie voor die taak.

*De leden van de SP-fractie wijzen erop dat in het oorspronkelijke wetsvoorstel (op grond van artikel 1, zevende lid) voor UWV en arbodiensten die zich bezighouden met claimbeoordeling in verband met onder meer verzuim en re-integratie van werknemers, een uitzondering getroffen was voor de toepasselijkheid van de verplichting om te beschikken over een klachtenregeling, een jaarverslag en de regels die gelden voor medezeggenschap en bestuur. De leden van de SP-fractie vragen of deze uitzondering nog steeds van toepassing is. Zij geven aan dat het voorliggende wetsvoorstel er niet duidelijk over is; de uitzonderingsbepaling wordt wel in de toelichting genoemd, maar is niet in het wetsvoorstel zelf opgenomen.*

De uitzondering waar de leden van de SP-fractie op doelen, is nu geregeld in artikel 1, vierde lid, van dit wetsvoorstel. Het wetsvoorstel bevat geen bepalingen meer over jaarverslaglegging, medezeggenschap en goed bestuur. Vandaar dat in de omschrijving in artikel 1, vierde lid, uitsluitend wordt gesproken over hoofdstuk 3 dat de klachten- en geschillenbehandeling regelt.

*De leden van de D66-fractie vragen, welke rol de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) speelt in dit krachtenveld en hoe de IGZ als klachtinstituut functioneert.*

De IGZ is belast met het toezicht op dit wetsvoorstel en daarmee ook op de bepalingen over het klachtrecht. De IGZ is geen klachtinstituut. Zij zal geen individuele klachten gaan behandelen en heeft die taak ook nooit gehad. Daarover bestaat veel verwarring bij cliënten die de IGZ wel als zodanig beschouwen, zoals onder andere blijkt uit het zwartboek van de Nationale Ombudsman uit april 2012. Wel zal de IGZ bijvoorbeeld handhavend optreden als zij erachter komt dat een klachtenregeling niet voldoet aan de eisen van de wet, als een zorgaanbieder geen klachtenfunctionaris beschikbaar heeft of bijvoorbeeld in het geval de zorgaanbieder niet is aangesloten bij een geschilleninstantie. Wanneer de IGZ veelvuldig dezelfde klacht over een zorgaanbieder ontvangt, kan dit voor haar reden zijn om het gesprek met die zorgaanbieder aan te gaan of in te grijpen. Uitgangspunt van de IGZ is ook dan de kwaliteit en de patiëntveiligheid. Met de oprichting van het Landelijk Meldpunt Zorg komen we tegemoet aan de wens van de burger en dichten we de kloof tussen beleid en praktijk. Het Landelijk Meldpunt Zorg en de IGZ werken nauw samen en delen faciliteiten.

*De leden van de D66-fractie merken een verschil op tussen artikel 13, eerste en tweede lid, ten opzichte van het derde lid. Dit betreft het verschil tussen een representatief te achten organisatie van cliënten in het tweede lid en de cliëntenraad in het derde lid. De eerste formulering komt terug in artikel 19, tweede lid. Deze leden vragen om een verduidelijking.*

Artikel 13 betreft de regeling van klachtenbehandeling bij de zorgaanbieder. De regering acht het wenselijk dat die regeling, waar dat kan, wordt vastgesteld in goede samenspraak met de cliëntenraad, die ter zake wettelijke bevoegdheden heeft. Dit is terug te vinden in het derde lid. Niet alle zorgaanbieders die vallen onder de reikwijdte van het wetsvoorstel, vallen echter ook onder de reikwijdte van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, waarin de bevoegdheden van de cliëntenraad zijn geregeld. De reikwijdte van de Wkkgz is breder en betreft in elk geval ook individuele zorgaanbieders. Om ervoor te zorgen dat het cliëntperspectief ook in die gevallen wordt betrokken bij de opstelling van de klachtenregeling, is het tweede lid opgenomen. Een cliëntenorganisatie is representatief wanneer deze de doelgroep kan vertegenwoordigen waarom het gaat. De regering acht het niet wenselijk en niet doenlijk om centraal voor te schrijven aan welke eisen representativiteit moet voldoen. Daarvoor zijn de verschillen tussen en binnen sectoren te groot. Artikel 19, tweede lid, betreft de instelling van de geschilleninstantie waar zorgaanbieders bij moeten zijn aangesloten; daarbij zijn individuele cliëntenraden niet betrokken.

*De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen de regering toe te lichten wat nu al wettelijk vastligt over het klachtrecht in de zorg. Kan de regering nog eens schematisch inzichtelijk maken wat de materiële verschillen zijn in de situatie voor en na aanneming van deze wet, aangaande de wettelijke regeling van klachtenbehandeling in de zorg?*

In de Wkcz is een klachtenregeling verplicht gesteld die voorziet in de instelling van een klachtencommissie waarbij ook de samenstelling van de klachtencommissie bij wet nauwkeurig wordt geregeld, alsmede de verplichting van hoor en wederhoor en de mogelijkheid van bijstand voor klager en aangeklaagde. De regeling dient een termijn te bevatten waarbinnen de klachtencommissie haar oordeel over de gegrondheid van de klacht dient te geven. Voorts regelt deze wet de wijze waarop de

zorgaanbieder uitvoering geeft aan het advies van de klachtencommissie en de openbare verslaglegging van de wijze waarop de klachtenbehandeling plaats heeft. Tot slot bevat de wet bepalingen betreffende handhaving en toezicht. Deze wet is niet goed uit de evaluatie gekomen.<sup>32</sup> Omdat de filosofie achter de regeling van klachten in de beide wetten zo verschillend is – bij de Wkcz vooral een regeling van de procedure, waarbij de klacht op afstand wordt geplaatst en bij dit wetsvoorstel meer de aandacht op een goede interactie tussen cliënt en zorgaanbieder/zorgverlener en de zoektocht naar een oplossing –, laten de materiële verschillen zich lastig in een schema vatten, vandaar dat er voor de beantwoording van deze vraag voor is gekozen de materiële verschillen op te sommen.

- De klachtencommissie is met dit wetsvoorstel niet langer verplicht, maar kan blijven als die momenteel wel goed werkt;
- De zorgaanbieder is verplicht om een klachtenfunctionaris beschikbaar te hebben;
- Binnen zes weken, eenmalig te verlengen met vier weken, moet de zorgaanbieder hebben geoordeeld over een klacht. Een oordeel is breder dan alleen het oordeel «gegrond» of «ongegrand», maar kan bijvoorbeeld ook inhouden dat nader onderzoek geboden is;
- De zorgaanbieder is verplicht aangesloten bij een geschilleninstantie.

Omdat de bedoelingen, waarmee wetten worden geschreven, de wettelijke bepalingen mede inkleuren, is ervoor gekozen een nieuwe wettelijke regeling te maken, waarmee duidelijk afstand wordt gedaan van het procedurele denken.

*De leden van de fractie van de ChristenUnie vernemen graag wanneer een cliëntenorganisatie in de zin van de wet «representatief» wordt geacht».*

Een cliëntenorganisatie is representatief wanneer zij redelijkerwijs de doelgroep kan vertegenwoordigen waarom het gaat. De regering acht het niet wenselijk en niet doenlijk om centraal voor te schrijven aan welke eisen representativiteit moet voldoen. Daarvoor zijn de verschillen tussen en binnen sectoren te groot. Partijen maken met elkaar uit of zij elkaar als representatief voor een bepaald terrein beschouwen. Indien die vraag naar het oordeel van anderen onjuist wordt beantwoord, zal dat naar verwachting leiden tot de oprichting van nog een geschilleninstantie die wel representatief is te achten, waarna er een keuzemogelijkheid is voor de zorgaanbieder om zich aan te sluiten.

### **Alternatieve zorgaanbieders**

*De leden van de CDA-fractie vragen de regering de positie van de alternatieve zorgaanbieders toe te lichten. Zij vragen in hoeverre de wet ook van toepassing zal zijn op alternatieve zorgaanbieders.*

*De leden van de CDA-fractie vragen welke bepalingen in welke situatie van toepassing zijn als een aanbieder zowel reguliere als alternatieve zorg aanbiedt. Ook vragen deze leden of de regering nader kan motiveren waarom het goed is dat een alternatieve zorgaanbieder vrijgesteld is van de verplichting die wel geldt voor de reguliere zorgaanbieder, te weten het «bieden van goede zorg» en dat deze slechts zorg hoeft aan te bieden die «buiten noodzaak niet leidt tot schade of een aanmerkelijke kans op schade voor de gezondheid van de cliënt» (artikel 2, derde lid)?*

*De leden van de SP-fractie vinden dat de positie van de alternatieve genezers een bijzondere blijft in deze wet. Zij geven aan dat de Minister in*

<sup>32</sup> Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector, Friele, R.D., Ruiter, C de, Wijmen, F. van, Legemaate, J., september 1999.

*de Tweede Kamer heeft betoogd dat zij alternatieve genezers wil aanpakken als ze mensen schade toebrengen en over de grenzen gaan van wat met elkaar is afgesproken. De leden van de SP-fractie vragen de regering deze uitspraak nog eens toe te lichten. Hoe denkt zij dat geschillencommissies tot een oordeel kunnen komen over niet BIG-geregistreeerde alternatieve genezers? Het betreft een groep waarvoor geen kwaliteitseisen zijn op te stellen, tenzij het over bejegening en presentatie gaat wellicht. Als een cliënt ontevreden is over het resultaat van een behandeling door een alternatieve genezer is er toch geen «evidence based» onderzoek aan te wijzen waaruit blijkt dat de genezer fout heeft geopereerd? Kortweg, de leden van de SP-fractie zijn van mening dat de wet op dit punt onuitvoerbaar is. Zij vragen of de regering hierop kan reageren.*

Het is de regering al lange tijd een doorn in het oog dat voor alternatieve zorgaanbieders geen wettelijke eisen gelden ten aanzien van kwaliteit van zorg en klachten en geschillen, en dat bij excessen een wettelijke titel voor ingrijpen door de IGZ ontbreekt.<sup>33</sup> Met dit wetsvoorstel wordt geregeld dat ook alternatieve zorgaanbieders en reguliere aanbieders die «andere zorg» aanbieden, zich moeten houden aan genoemde wettelijke eisen en krijgt de IGZ een wettelijke titel om in te grijpen bij misstanden. Onder de reikwijdte van dit wetsvoorstel vallen ook alle aanbieders van cosmetische verrichtingen die niet tot doel hebben de gezondheid van de cliënt te bevorderen of te bewaken.

Het is naar mijn mening niet uit te leggen waarom een alternatieve zorgaanbieder of reguliere aanbieder van «andere zorg» geen laagdrempelige klachten- en geschillenafhandeling voor zijn cliënten moet hebben, terwijl een reguliere zorgaanbieder van Zvw- of AWBZ-zorg dat wel moet hebben.

Bij het ontbreken van kwaliteitsstandaarden in het geval van zorg geleverd door een alternatieve zorgaanbieder geldt op grond van dit wetsvoorstel (artikel 2, derde lid) in afwijking van de reguliere norm dat «goede zorg» wordt verleend, de eis dat de zorg buiten noodzaak niet leidt tot schade of een aanmerkelijke kans op schade voor de gezondheid van de cliënt, waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt overigens met respect wordt behandeld. De reden voor deze afwijkende eis is dat voor aanbieders van alternatieve behandelwijzen nauwelijks tot geen sprake is van kwaliteitsstandaarden, noch van bewezen werkzaamheid van de aangeboden alternatieve zorg. Op deze wijze geldt er toch een norm voor dergelijke zorg, op grond waarvan de IGZ bij misstanden kan ingrijpen.

Met het van toepassing laten zijn van de bepalingen uit dit wetsvoorstel op alternatieve zorgaanbieders wil de regering zeker niet de indruk wekken dat zij de zorg die alternatieve zorgaanbieders bieden, ziet als gelijkwaardig aan de zorg geleverd door aanbieders van AWBZ-zorg, Zvw-zorg of handelingen waar de Wet big op van toepassing is. Wel wil de regering waarborgen dat alternatieve zorgaanbieders niet gemakkelijker weggelaten worden bij onvrede van cliënten of bij schade of risico op schade voor cliënten dan aanbieders van AWBZ-zorg, Zvw-zorg of handelingen waar de Wet BIG op van toepassing is.

De geschilleninstantie zal het handelen van een alternatieve zorgaanbieder toetsen aan artikel 2, derde lid, van dit wetsvoorstel en zal dus gaan toetsen of schade aan de cliënt is toegebracht dan wel dat door het handelen van de alternatieve zorgaanbieder sprake was van een aanmer-

<sup>33</sup> Kamerstukken II 2013/14, 31 765, nr. 79.

kelijke kans op schade voor de gezondheid van de cliënt. Ook kan de geschilleninstantie toetsen of de alternatieve zorgaanbieder de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht heeft genomen en of de cliënt met respect is behandeld.

De IGZ heeft met artikel 2, derde lid, van dit wetsvoorstel een concreet aangrijpingspunt om in te grijpen bij misstanden bij alternatieve zorgaanbieders. De verwachting is kortweg dat de wet op dit punt goed uitvoerbaar is.

*De leden van de CDA-fractie vragen of het klopt dat het wetsvoorstel bepaalt dat er een nieuwe website van de overheid komt waarop alle zorgaanbieders, dus ook alle alternatieve zorgaanbieders, moeten komen te staan. Zo ja, zijn er voor de alternatieve zorgaanbieders criteria geformuleerd om te worden opgenomen in het register? Zo nee, wat is dan de betekenis van het register in relatie tot de kwaliteit van zorg? De leden van de CDA-fractie vragen hoe de regering – ingeval er voor de alternatieve zorgaanbieders geen criteria zijn geformuleerd om te worden opgenomen in het register – oordeelt over de mogelijkheid om voor alternatieve zorgaanbieders criteria te formuleren met het oog op borging van kwaliteit, bijvoorbeeld minimaal een HBO-opleiding in de reguliere zorg. Het aantal (alternatieve) zorgaanbieders is immers eindeloos en vele alternatieve zorgaanbieders betreffen bovendien onbeschermde beroepen. De leden van de CDA-fractie vragen of er ook criteria zijn om uit het register geschrapt te worden en zo ja welke.*

Artikel 12 van dit wetsvoorstel regelt het tot stand brengen van een register van zorgaanbieders. De gegevens uit het Handelsregister vormen daarbij de basis. Het landelijk register zorgaanbieders heeft ten doel om een overzicht te hebben, met name ten behoeve van burgers en toezichthouders, van alle zorgaanbieders (natuurlijke personen en instellingen) die in Nederland werkzaam zijn, en daarbij de beschikbare informatie over deze zorgaanbieders in samenhang inzichtelijk te maken. Dat een aanbieder in het register voorkomt, zegt op zich niets over de kwaliteit van de aanbieder. Wel wordt het register zodanig vormgegeven dat burgers of toezichthouders via dat register ook gegevens uit andere bronnen kunnen raadplegen, zoals de inschrijvingen in het BIG-register, de informatie over de kwaliteit van de verleende zorg die het Zorginstituut verzamelt en de jaarverantwoordingsdocumenten.

Om opgenomen te worden in het register, moet er sprake zijn van een zorgaanbieder in de zin van dit wetsvoorstel. Alternatieve zorgaanbieders vallen hier ook onder. Van alternatieve zorgaanbieders zullen echter geen jaardocumenten maatschappelijke verantwoording of door het Zorginstituut verzamelde informatie over de kwaliteit van de verleende zorg beschikbaar zijn.

Er is geen entree-toets om te worden opgenomen in het register. Inschrijving in het Handelsregister volstaat daarvoor. Ook is uitschrijving uit het register niet aan de orde behoudens indien een zorgaanbieder zichzelf uitschrijft uit het Handelsregister of failliet is gegaan.

Het overzicht wie waar welke zorg verleent, is van belang voor met name cliënten en toezichthouders, maar is ook voor andere partijen zoals zorgverzekeraars relevant. Indien er signalen zijn van slechte zorg door een aanbieder, moet voor de toezichthouder of zorgverzekeraar helder zijn om welke aanbieder het gaat. Daartoe is het noodzakelijk dat ook deze slecht presterende aanbieder in het register staat, zodat de toezichthouder of zorgverzekeraar weet wie hij moet aanspreken of waar een controle ter plaatse plaats moet vinden.

In antwoord op de vraag naar de mogelijkheid om voor alternatieve zorgaanbieders criteria te formuleren met het oog op de borging van kwaliteit zij opgemerkt dat standaarden van veldpartijen die het begrip «goede zorg» nader invullen, ontbreken voor deze groep aanbieders. Om die reden is in dit wetsvoorstel (artikel 2, derde lid) de eis gesteld dat de zorg buiten noodzaak niet mag leiden tot schade of een aanmerkelijke kans op schade voor de gezondheid van de cliënt en voorts dat de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht moeten worden genomen en de cliënt met respect moet worden behandeld. Op deze wijze geldt er toch een norm voor dergelijke zorg, op grond waarvan de IGZ bij misstanden kan ingrijpen.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe groot de regering het aantal alternatieve genezers schat en hoe zij denkt deze diverse groep te bewegen zich aan te sluiten. Zij vragen hoe verplichtend zij dat kan doen en of de IGZ erop toe gaat zien.*

Op grond van gegevens uit het Handelsregister is de schatting dat er rond de 40.000 alternatieve zorgaanbieders zijn. In het implementatietraject voor het wetsvoorstel zal bijzondere aandacht worden besteed aan het informeren van de groep alternatieve zorgaanbieders over de plichten die zij op grond van het wetsvoorstel krijgen. Alternatieve zorgaanbieders moeten zich na inwerkingtreding van het wetsvoorstel houden aan alle verplichtingen uit het wetsvoorstel.

Het toezicht door de IGZ op alternatieve zorgaanbieders zal risicogebaseerd worden aangepakt op grond van door de IGZ ontvangen meldingen en signalen. De risicoanalyse bepaalt bij welke alternatieve zorgaanbieders de IGZ ter plaatse gaat controleren. Indien de bevindingen van de IGZ daar aanleiding toe geven, treedt de IGZ handhavend op.

## **Rechtmatigheid**

*De leden van de fracties van de VVD, de PvdA, het CDA, de SP en D66 uiten hun zorg over de rechtmatigheid van de voorgestelde wijze van geschilbeslechting, onder verwijzing naar artikel 6 van het Europees verdrag voor de rechten van de mens (EVRM) en artikel 17 van de Grondwet (Gw). Ook verwijzen enkele fracties naar een artikel hierover in het Nederlands Juristenblad van de hand van prof. mr. J.C.J. Dute en mr. L.H.M.J. van de Laar<sup>34</sup>.*

De regering neemt deze zorg graag weg en is van mening dat de beoogde wijze van geschilbeslechting de toets der kritiek kan doorstaan. Het feit dat de Raad van State eventuele strijdigheid met het EVRM of de Grondwet kennelijk niet aan de orde vond – immers, de Raad maakte er geen opmerkingen over in zijn advies – steunt de regering in haar overtuiging.

De regering onderschrijft de stelling van Dute en Van de Laar dat een geschilleninstantie als bedoeld in artikel 18, eerste lid, van het wetsvoorstel, niet kan worden aangemerkt als «een gerecht bij wet ingesteld» of als «rechterlijke macht» waarop artikel 6 EVRM, respectievelijk artikel 112 Gw doelen. Wat dat betreft, dus geen onduidelijkheid. Ook staat vast dat de verhouding tussen zorgaanbieders en hun cliënten primair wordt geregeerd door het burgerlijk recht, meer in het bijzonder door het bepaalde in boek 7, titel, 7, afdeling 5 van het Burgerlijk Wetboek, waarin de geneeskundige behandelingsovereenkomst is geregeld. In deze verhouding kent de wet de burgerlijke rechter toe als geschilbeslechter.

<sup>34</sup> Komende klachtwet gezondheidszorg, prof. mr. J.C.J. Dute en mr. L.H.M.J. van de Laar, Nederlands Juristenblad, 17-01-2014 – afl. 2, blz. 106–107.

Hieraan doet de voorgestelde regeling niet af. Met het wetsvoorstel beoogt de regering niet meer en niet minder dan de cliënt voor bepaalde gevallen, en daarmee ook de zorgaanbieder, een wijze van geschilbeslechting te bieden die laagdrempelig en vele malen sneller is dan een procedure bij de burgerlijke rechter. Daarbij dient bedacht te worden dat veel geschillen zich naar hun aard minder goed lenen voor de gang naar de burgerlijke rechter, bijvoorbeeld als het gaat over bejegeningklachten of eenvoudige klachten, waarmee niet de indruk moet worden gewekt dat de geschilleninstantie niet in staat is om ook complexere zaken te behandelen. Vrijwillige aansluiting bij een geschilleninstantie is naar de mening van de regering geen overtuigend alternatief vanuit het oogpunt van de cliënt. De cliënt is gebaat bij zekerheid dat voor hem een eenvoudige wijze van geschilbeslechting openstaat indien hij onopgeloste klachten heeft over gedragingen van een zorgaanbieder.

Het staat de cliënt vrij om wel de route van de burgerlijke rechter te kiezen en af te zien van die langs de geschilleninstantie. Uiteraard is de zorgaanbieder gehouden de weg van de geschilleninstantie te volgen, indien de cliënt daarvoor gekozen heeft. Het staat vervolgens zowel zorgaanbieder als cliënt vrij om het advies van de geschilleninstantie ter toetsing aan de rechter voor te leggen. Als niet is voldaan aan de eisen van een behoorlijke procedure (denk aan deskundigheidseisen, onafhankelijkheid en onpartijdigheid, hoor- en wederhoor en dergelijke) of het bindend advies is niet deugdelijk gemotiveerd, staat het partijen vrij de rechter te verzoeken het bindend advies ter zijde te schuiven en zelf recht te spreken. De rechter houdt echter wel rekening met het bindend advies en zal in beginsel slechts toetsen of het bindend advies niet onredelijk is. Van een afhouden van de burgerlijke rechter is daarom naar de mening van de regering geen sprake. De regering weet zich hierbij, behalve door het advies van de Raad van State, tevens gesteund door het preadvies uit 2009 voor de Vereniging voor Burgerlijk Recht over handhaving van het consumentenrecht van prof. mr. M.B.M. Loos, waarin hij onder meer ingaat op de vraag of er grondwettelijke bezwaren kleven aan een wettelijk verplichte geschilbeslechting met daaraan gekoppeld bindend advies<sup>35</sup>. Hij stelt daarin dat de geschillencommissie formeel slechts vaststelt wat rechtens is tussen partijen en dat de uitspraak vervolgens deel uitmaakt van de contractuele verhouding tussen partijen. Pas indien een van de partijen het met die vaststelling niet eens is, is sprake van een geschil als bedoeld in artikel 112 Gw, aldus Loos. Uit de zaak *Bramelid & Malmström vs. Zweden*, waarnaar Dute en Van de Laar in hun artikel verwijzen, blijkt dat het er uiteindelijk om gaat of de burger of – in dit geval – de betrokken zorgaanbieder uitsluitend naar de geschillencommissie kan stappen<sup>36</sup>. Als dat inderdaad de enige vorm van rechtsbescherming zou zijn, moet de geschilleninstantie aan al de eisen van artikel 6 EVRM voldoen. Zoals hierboven betoogd, is dat echter geenszins het geval.

De regering is het eens met de leden van de D66-fractie dat een overeenkomst tot stand komt door aanbod en aanvaarding; dat geldt ook voor een

<sup>35</sup> Handhaving van het consumentenrecht, prof. mr. M.B.M. Loos en prof. mr. W.H. van Boom, Preadviezen uitgebracht voor de Vereniging voor Burgerlijk Recht, Deventer, 2010, blz. 100–103.

<sup>36</sup> ECRM 12 december 1983, nr. 8588/79 en 8589/79. De relevante rechtsoverwegingen (r.o.) in deze zaak zijn r.o. 29 en r.o. 30. Deze luiden als volgt:  
r.o. 29: «the remedy before the District Court was of so limited character as to be of negligible relevance to its present investigations. It did not provide a means for the applicants to challenge the arbitrator's decision [...]. The Commission's attention must therefore focus on the arbitration procedure.»  
r.o. 30: «if [...] arbitration is compulsory in the sense of being required by law, as in this case, the parties have no option but refer their dispute to an Arbitration Board, and the Board must offer the guarantees set forth in Article 6 (1).»

vaststellingsovereenkomst. In het onderhavige geval doet de zorgaanbieder dat (openbare) aanbod door zich te conformeren aan de wet en zich aan te melden bij een geschilleninstantie. De cliënt aanvaardt het aanbod op het moment dat hij zijn geschil voorlegt aan de geschilleninstantie.

In dit verband zij ten slotte nog opgemerkt dat de combinatie van verplichte aansluiting en bindend advies geen noviteit is. Denk aan artikel 4, tweede lid, van de Huisvestingswet, artikel 12 van de Wet personenvervoer 2000 of – dichter bij huis – artikel 23 van de Wet marktordening gezondheidszorg. Bij nader inzien is de passage in de toelichting bij artikel 114 van de Zvw, waaraan de Brancheorganisaties Zorg en de leden van de SP-fractie refereren, dan ook te stellig geweest.

De regering herinnert eraan dat, zoals zij ook in de memorie van toelichting reeds heeft aangeduid<sup>37</sup>, de geschilleninstantie haar werkzaamheden zal uitoefenen op basis van een schriftelijke regeling, die waarborgt dat wordt voldaan aan alle eisen die noodzakelijk zijn om tot een zorgvuldige, onafhankelijke en onpartijdige behandeling van geschillen te komen. De regering heeft er daarbij voor gekozen het zoveel mogelijk aan de representatief te achten cliëntenorganisaties en organisaties van zorgaanbieders over te laten een geschillenregeling te ontwerpen die het beste tegemoetkomt aan de behoefte van betrokken partijen.

### **Opsplitsing oorspronkelijke voorstel**

*De leden van de CDA-fractie geven aan nog enkele vragen te hebben in relatie tot de opknipping van het wetsvoorstel.*

De regering kan bevestigen dat de medezeggenschap van cliënten na het opknippen van het wetsvoorstel geheel buiten dit wetsvoorstel staat. Op grond van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen hebben cliënten een verzaamd adviesrecht inzake de vaststelling of wijziging van een klachtenregeling en het aanwijzen van personen die belast worden met de behandeling van klachten. Daar doet dit wetsvoorstel niets aan af.

Na het opknippen heeft de regering afgezien van de differentiatie in rechten en plichten en zijn alle bepalingen enkel geformuleerd als verplichting voor de zorgaanbieder. Dit vanwege de onduidelijkheid die deze differentiatie opriep bij onder meer de Raad van State.

In het wetsvoorstel heeft de regering ervoor gekozen de zorgaanbieder de normadressaat van het wetsvoorstel te laten zijn. De leden van de CDA-fractie begrijpen het goed dat de regering, toen nog sprake was van het wetsvoorstel voor de Wet cliëntenrechten zorg, het advies van de Raad van State met betrekking tot de normadressaat niet heeft overgenomen. Inmiddels is het beeld bij de regering ontstaan dat aan helderheid wordt gewonnen wanneer duidelijkheid bestaat over op wie de wettelijke verplichting rust. Om die reden is in het wetsvoorstel voor de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg de zorgaanbieder de normadressaat. De zorgaanbieder in de zin van het wetsvoorstel is a) de rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent, dan wel b) de natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent als individuele zorgverlener of c) het samenwerkingsverband van personen die (beroeps- of bedrijfsmatig) zorg verlenen.

---

<sup>37</sup> Kamerstukken II 2009/10, 32 402 nr. 3, par 12.3.

De regering houdt de zorgaanbieder verantwoordelijk voor en aanspreekbaar op naleving van dit wetsvoorstel. Het is ook aan de zorgaanbieder om de individuele zorgverleners die bij de zorgverlening zijn betrokken, zodanig te instrueren of met hen zodanige contractuele afspraken te maken dat is gewaarborgd dat de wettelijke verplichtingen worden nagekomen. Met artikel 4 van het wetsvoorstel versterkt de regering deze verantwoordelijkheid met de eis van een schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverlener over de zorgverlening.

Tot slot hecht de regering eraan op te merken dat uit dit wetsvoorstel voortvloeiende verplichtingen voor de zorgaanbieder, onverlet laten dat daarnaast op grond van andere wettelijke bepalingen (zoals de Wet big) dan wel gesloten overeenkomsten nog (andere) verplichtingen jegens de cliënt kunnen rusten op de individuele zorgverlener. Als dat het geval is, is die zorgverlener uiteraard op grond daarvan ook zelf gehouden aan die verplichtingen te voldoen.

In reactie op de vraag over de bewaartermijn van medische dossiers merkt de regering op dat deze na het opknippen niet langer onderdeel is van het wetsvoorstel.

*Met betrekking tot de «plichten van de cliënt» merken de leden van de CDA-fractie, onder verwijzing naar het goed werknemerschap, op dat een goed gezondheidsproces om inzet van twee kanten vraagt.*

De regering deelt de opvatting van de leden van de CDA-fractie dat een goed gezondheidsproces om inzet van twee kanten vraagt. Naast rechten heeft de cliënt ook plichten jegens de zorgaanbieder en de voor hem werkende zorgverleners. Kern van de plichten is dat de cliënt de zorgaanbieder en zijn mensen in staat moet stellen goede zorg te verlenen. Hij moet hen naar beste weten de inlichtingen en medewerking geven die deze redelijkerwijs nodig hebben voor het kunnen verlenen van goede zorg. Uiteraard is daarbij van belang wat redelijkerwijs van een cliënt verwacht kan worden, mede gegeven zijn aandoening of andere problematiek. Op grond van de inlichtingen- en medewerkingsplicht (art. 7:452 BW) mag van cliënten worden verwacht dat zij meewerken aan de behandeling, verpleging en verzorging. Dat betekent dat zij de zorgaanbieder dan wel de zorgverlener zo goed mogelijk informeren, dat ze meedenken en meebeslissen over behandeling en instructies, dat ze adviezen opvolgen en leefregels in acht nemen. Uit onderzoek van het Nivel blijkt dat een ruime meerderheid van de bevolking vindt dat cliënten medeverantwoordelijk zijn voor het resultaat van een behandeling. De helft vindt dat de cliënt zelf actief om informatie moet vragen en de andere helft vindt dat de cliënt op eigen initiatief informatie moet geven<sup>38</sup>. De regering ziet in het licht van de met het wetsvoorstel beoogde versterking van de positie van de cliënt en de bijzondere aard van de zorgrelatie geen aanleiding nog andere verplichtingen voor de cliënt op te nemen. Debatten georganiseerd door de RVZ over de grenzen aan de (afdwingbaarheid van) eigen verantwoordelijkheid voor cliënten en grenzen aan de dienstverlening door zorgaanbieders, hebben niet geleid tot voorstellen voor aanpassingen van de wet. Ook zonder expliciete wettelijke verplichting in dit wetsvoorstel, mogen de zorgaanbieder en zijn mensen van de cliënt verwachten dat deze de algemeen geldende omgangsvormen in acht neemt en de zorgaanbieder en voor deze werkzame personen met respect tegemoet treedt. Zij dienen zich niet agressief te gedragen, geen onredelijke eisen te stellen en op tijd op afspraken te verschijnen. Dergelijke zaken lenen zich ook niet goed voor het opleggen van een wettelijke verplichting. Tot slot mag ook van cliënten worden

<sup>38</sup> Nivel, Consumentenpanel Gezondheidszorg 2008.

verwacht dat zij hun zakelijke verplichtingen nakomen. De door de RVZ georganiseerde debatten waren zowel bedoeld om cliënten (meer) bewust te maken van hun verantwoordelijkheden, als om zorgaanbieders te motiveren hun service, klantgerichtheid en vaardigheden te verbeteren. Volgens de RVZ loopt de weg waarlangs goed cliëntschap kan worden gestimuleerd, vooral via het beter benutten van de al beschikbare mogelijkheden. Zorgaanbieders en de voor hen werkzame personen moeten cliënten meer aanspreken op onverantwoord gedrag en ook grenzen stellen als dat nodig is. Open communicatie, wederzijdse inspanningen en gezamenlijke besluiten tussen zorgaanbieder en cliënt zijn daarvoor van belang.<sup>39</sup> Het wetsvoorstel voorziet niet in expliciete sancties voor het geval de cliënt zijn plichten niet nakomt. Dat een gebrek aan medewerking gezondheidsrisico's met zich brengt en tot gevolg kan hebben dat de zorgaanbieder bij onvoldoende medewerking niet dan wel niet naar behoren zijn verplichtingen kan nakomen en daarom niet dan wel verminderd aansprakelijk kan worden gehouden, moet voldoende stimulans zijn om mee te werken. In dat geval zal de zorgaanbieder de cliënt daarop moeten wijzen en kan hij in het uiterste geval de zorgverlening beëindigen; de zorgaanbieder moet dan wel al het mogelijke doen om te bewerkstelligen dat een andere zorgaanbieder de zorgverlening overneemt. Een gebrek aan medewerking bij de cliënt zal tot gevolg kunnen hebben dat de zorgaanbieder zich met succes verweert tegen acties van de cliënt om hem aan te spreken op de kwaliteit van de zorg.

Het Besluit zorgplanbespreking, dat een basis krijgt in artikel 5 van dit wetsvoorstel, gaat uit van een goede dialoog tussen zorgverlener en cliënt, waarbij de cliënt open over zijn wensen, mogelijkheden en zijn problematiek is, redelijkheid betracht bij het stellen van eisen, rekening houdend met de indicatie en de mogelijkheden voor de zorgverlener om goede zorg te verlenen.

Ten aanzien van de verwijzing naar het goed werknemerschap zij opgemerkt dat dit criterium minder eenduidig is omdat dit een weinig ingevulde norm is, die vooral kan dienen als beoordelingsmaatstaf in omstandigheden die niet van specifieke voorschriften zijn voorzien. De regering acht de norm uit de Wgbo vele malen concreter en beter toepasbaar op de zorg.

---

<sup>39</sup> RVZ, geven en nemen in de spreekkamer, Rapportage debatten over veranderende verhoudingen, 2009, pag. 6.