

Vergaderjaar 2001–2002

28 000 XVI

Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2002

Nr. 78

BRIEF VAN DE MINISTER EN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 december 2001

Bij brief (d.d. 13 december 2000, kenmerk GZB/PCZ-2137566) hebben wij u de evaluatie van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen aangeboden. Deze evaluatie is in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verricht en betreft een inventarisatie van de stand van zaken van de naleving en invulling van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen in de praktijk. Het onderzoek is uitgevoerd door het Verweij-Jonker Instituut. Met de toezending van de nota patiënten- en consumentenbeleid (d.d. 11 juni 2001), met als titel «Met zorg kiezen», hebben wij u geïnformeerd dat het standpunt van het Ministerie van VWS op de voorliggende evaluatie zou volgen. Hierbij willen wij aan deze toezegging voldoen.

De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) is vanaf juni 1996 van kracht. De WMCZ stelt regels ter bevordering van medezeggenschap van cliënten in zorginstellingen op het terrein van maatschappelijke zorg en gezondheidszorg. Door middel van medezeggenschap wordt getracht te bereiken dat bij de zorgverlening in voldoende mate rekening is gehouden met de vragen en behoeften van cliënten. De mate van de betrokkenheid van cliënten bij het zorgproces kan per instelling verschillen. Met name voor cliënten die verblijven in zorginstellingen is medezeggenschap een belangrijk instrument. Met de WMCZ is vastgelegd dat in alle instellingen via een geïnstitutionaliseerde cliënten-vertegenwoordiging de belangen van de cliënten behartigd worden.

De WMCZ verplicht de zorgaanbieder voor elke door hem in stand gehouden instelling een cliëntenraad in te stellen. Hij dient de cliëntenraad te vragen advies uit te brengen over o.a. elk voorgenomen besluit dat de instelling betreft over belangrijke wijzigingen in de organisatie of van werkzaamheden, verhuizing, begroting, het toelatingsbeleid van cliënten en voedingsaangelegenheden van algemene aard. Door deze medezeggenschap wordt getracht te bereiken dat instellingen op het

terrein van maatschappelijke zorg en gezondheidszorg in voldoende mate rekening houden met de vragen en behoeften van cliënten.

De WMCZ sluit aan bij de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. De wet beoogt ter versterking van de rechtspositie van cliënten een wettelijke basis te geven aan de toenmalige medezeggenschapsregelingen en nieuwe regelingen te entameren in instellingen die er nog geen hebben. Cliënten kunnen zo nodig zelf de naleving van de wetsbepalingen afdwingen.

De programmacommissie evaluatie regelgeving van ZorgOnderzoek Nederland, onder wiens auspiciën de evaluatie is uitgevoerd, heeft gekozen voor een sectorgewijze inventarisatie, hierdoor kon rekening worden gehouden met de verschillende fasen waarin de uitvoering van de WMCZ in de diverse sectoren verkeert en met eventuele overgangsproblemen.

De vraagstellingen van het evaluatieonderzoek betroffen:

1. In hoeverre heeft de WMCZ aan zijn doel beantwoord?
2. In hoeverre hebben de in de wet gekozen instrumenten en mogelijk andere factoren bijgedragen aan doelbereiking van de WMCZ? Wat is de stand van zaken?
3. Is er sprake van onbedoelde neveneffecten?

De vraagstellingen van het onderzoek zijn via een drietal deelonderzoeken beantwoord, te weten: a) juridische-technische analyse, b) inventarisatie en c) doelbereiking WMCZ.

In het navolgende zal nader worden ingegaan op de conclusies en aanbevelingen van de evaluatie van de WMCZ. Gezien het feit dat de conclusies onzes inziens een aantal belangrijke zaken te berde brengen (zoals de bovenwettelijke regelingen en de kosten van de uitvoering) die niet expliciet in de aanbevelingen terug komen, zullen we al bij een aantal conclusies ook onze standpunten en aanvullende activiteiten verwoorden. Bij het innemen van een standpunt op de evaluatie WMCZ is tevens meegenomen de reacties die we van verschillende organisaties hebben mogen ontvangen, te weten: Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC), Landelijke patiënten- en bewonersraden in de GGZ (LPR), Landelijke Steunpunt Cliëntenraden Voozieningscentra Gehandicapten (LSR), Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Stichting Raad op Maat, Stichting VraagRaak, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en Arcares.

Conclusies wetsevaluatie

Met de WMCZ is beoogd een wettelijke basis te geven aan de toenmalige medezeggenschapsregelingen en te bewerkstelligen dat ook instellingen die nog geen regeling van medezeggenschap kenden, dergelijke regelingen moesten treffen. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat aan deze doelstelling tegemoet is gekomen. In sectoren waar al een traditie van medezeggenschap aanwezig was, zoals verpleeg- en verzorgingshuizen, geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg, heeft de WMCZ de bestaande medezeggenschapsregelingen geformaliseerd. Er is in deze sectoren op dit moment sprake van een (bijna) volledige dekking. Bijna alle instellingen hebben een cliëntenraad. Ook de kinderopvang kent een bijna volledige dekking van cliëntenraden in instellingen. In de sectoren zonder traditie van medezeggenschap (ziekenhuizen, thuiszorg en welzijn) heeft de WMCZ als breekijzer gediend om veranderingen op gang te brengen. In deze sectoren komen de cliëntenraden moeilijker van de grond, ondanks inspanningen daartoe van zorgaanbieders en cliënten. De dekkingsgraad is hier dan ook veel minder. Dit betreft de verslavings-

zorg, de kinder en jeugdGGZ, de thuiszorg (61% van de instellingen heeft een cliëntenraad), ziekenhuizen (44% kent een cliëntenraad of patiëntenadviesraad met beperkte bevoegdheden), maatschappelijke opvang (50%), algemeen maatschappelijk werk (7%) en het gecoördineerd ouderenwerk (een enkele cliëntenraad).

De in de wet gekozen instrumenten hebben, blijkens de conclusies van het onderzoek, bijgedragen aan de doelbereiking van de wet, omdat ze veel ruimte bieden om vanuit de onderscheiden tradities van de sectoren vorm en inhoud te geven aan medezeggenschap van cliënten. Geconcludeerd wordt: *«Zowel directies als cliëntenraden ontdekken gaandeweg de ruimte voor eigen initiatieven, die het systeem van geconditioneerde zelfregulering biedt, om inhoud en vorm te geven aan medezeggenschap van cliënten»*. Deze conclusies vinden wij positief en zijn voor ons een bevestiging dat de WMCZ in grote lijnen aan haar doel beantwoordt. Maar zoals ook uit de conclusies blijkt, vraagt de implementatie van de WMCZ aandacht en op een aantal punten nadere actie. Daadwerkelijke medezeggenschap van cliënten via de cliëntenraden vraagt immers een cultuuromslag, en dit vergt tijd en inzet. Of zoals het onderzoeksrapport dit proces treffend samenvat als: *«een roos die nog meer kleur moet krijgen»*. Een volgende belangrijke conclusie betreft de resultaatsverwachtingen. De conclusie van de wetsevaluatie is: *«De resultaatsverwachtingen zijn in de praktijk niet of slechts ten dele bewaarheid. Er zijn geen bovenwettelijke regelingen aangetroffen. De advisering van de raden raakt slechts in beperkte mate de directe leefwereld van de cliënten. De uitvoering van de wet brengt meer kosten met zich mee dan voorzien»*. Eerstgenoemd punt – de bovenwettelijke regelingen – betreft een door de onderzoekers geconstateerd onbedoeld neveneffect van de WMCZ: de invoering van de WMCZ heeft in een aantal instellingen waar de cliëntenraden bovenwettelijke bevoegdheden bezaten ertoe geleid dat deze werden teruggedraaid. De directies wezen, zoals uit het onderzoek blijkt, op de minimale regeling van de WMCZ. Langs deze weg willen wij benadrukken dat het geenszins onze bedoeling is geweest dat de positie van de cliëntenraad zwakker werd dan die van zijn voorgangers. De bovengenoemde uitleg van de directies over de minimale regelingen achten wij ongewenst. In de overgangsbepalingen van de WMCZ is opgenomen dat verdergaande bevoegdheden toegekend aan de voorganger van de cliëntenraad eveneens worden toegekend aan de cliëntenraad ex WMCZ, behoudens overeenkomstige toepassing van art. 6 juncto art. 4 WMCZ. Hiermede is wettelijk vastgelegd dat het gaat om verworven rechten van cliëntenraden die niet eenzijdig door de zorgaanbieder naast zich neer kunnen worden gelegd. Cliëntenraden hebben dan ook de mogelijkheid om hiertegen gerechtelijke stappen te ondernemen. In de WMCZ is tevens een aparte bepaling opgenomen die het mogelijk maakt om bovenwettelijke bevoegdheden aan cliëntenraden toe te kennen (art. 6 lid 1 WMCZ). Wij zullen onder meer in overleg met de veldpartijen, mede in het kader van de uitvoering van de nota patiënten/consumentenbeleid, het doel en de strekking van de WMCZ nogmaals nadrukkelijk te belichten.

Met name in de ziekenhuissector functioneren cliënten- of patiëntenraden die hebben afgezien van enkele bevoegdheden die wel wettelijk als minimumeis zijn vastgelegd. Hoewel we onderkennen dat het voor instellingen waar cliënten niet langdurig verblijven mogelijk ook andere instrumenten van medezeggenschap dienen te worden ingezet, vinden wij dat de eisen van de WMCZ nageleefd dienen te worden. Wij zullen in het overleg met deze sector benadrukken dat er cliëntenraden moeten worden ingericht die voldoen aan – in ieder geval – de in de wet vastgelegde criteria. In het evaluatieonderzoek wordt geconstateerd dat ook de Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ) van alle academische ziekenhuizen gezamenlijk geen cliëntenraad ex WMCZ is. Wij vinden de CRAZ een lovenswaardig initiatief, maar deze organisatie ontslaat de

academische ziekenhuizen onzes inziens niet van de verplichting om per ziekenhuis een cliëntenraad ex WMCZ in te richten. Wij zullen hier bij ons overleg met de academische ziekenhuizen op aandringen. Uit het onderzoek wordt geconcludeerd dat de uitvoering van de wet meer kosten met zich meebrengt. Dit punt is ook door diverse betrokken partijen (zoals de LOC, LPR, VGN) onder onze aandacht gebracht. Destijds bij de bespreking van het wetsvoorstel in de beide Kamers is de financiering ook een bespreekpunt geweest. Wij hebben er toen op gewezen dat de WMCZ slechts een bescheiden regeling voorziet en dat er in de praktijk in vele instellingen reeds organen ter behartiging van belangen functioneren zonder dat daar specifieke financiële voorzieningen voor zijn getroffen. Wij hebben ons toen op het standpunt gesteld dat de kosten die gepaard gaan met de instelling van cliëntenraden gefinancierd kunnen worden uit het reguliere budget van de zorgaanbieders. In de wet is een bepaling opgenomen waarin is geregeld dat de zorgaanbieder de financiële middelen regelt waarover de cliëntenraad ten behoeve van zijn werkzaamheden kan beschikken (art. 2 WMCZ). Het betreft zaken als vergaderruimten, kopieerapparatuur, reiskostenvergoeding, briefpapier en postzegels.

De reden waarom de uitvoering meer kosten met zich meebrengt, is niet eenduidig vast te stellen. Het onderzoeksrapport voor de sector lichamelijk en verstandelijk gehandicapten stelt bijvoorbeeld: «*De directies voldoen aan de verplichting om de cliëntenraden faciliteiten ter beschikking te stellen die zij voor hun functioneren nodig hebben. Over de vraag of deze faciliteiten voldoende zijn, verschillen de meningen. Sommige cliëntenraden willen een (groter) eigen budget voor scholing en voor reiskosten in verband met onderlinge samenwerking*». Per sector blijken aandachtspunten aanwezig te zijn. In de gehandicaptenzorg is de ondersteuning arbeidsintensiever, en dat brengt aanmerkelijke kosten met zich mee. Cliëntenraden in de GGZ bijvoorbeeld beschikken via de LPR over een kwaliteitsinstrumentarium, waarvoor vanaf 1999 structurele middelen beschikbaar zijn voor implementatie en toepassing.

Betreffende de financiering dient een onderscheid te worden gemaakt tussen de cliëntenraden in zorginstellingen en de landelijke/sectorale koepelorganisaties c.q. ondersteuningsorganisaties die een taak in dit kader vervullen (LPR, LOC, Vraag raak, e.d.). Voor beide categorieën dient gestreefd te worden naar eenduidigheid.

Betreffende het ter beschikking stellen van de gelden voor cliëntenraden zijn we van mening dat er een parallel is met de regeling op de Wet op de Ondernemingsraden (art. 22 lid 1 WOR). Dat wil zeggen dat de kosten die redelijkerwijs noodzakelijk zijn voor de vervulling van de taak van de cliëntenraden ten laste komen van de zorgaanbieder. We willen, net als in de WOR, afzien van een normering van dit bedrag.

De verschillende koepelorganisaties worden op dit moment door ons gefinancierd via de Stichting Patiëntenfonds. Het betreft de Landelijke Patiënten- en bewonersRaden in de GGZ (LPR), de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC, ouderenzorg en thuiszorg) en het Landelijk Steunpunt Cliëntenraden Voorzieningscentra Gehandicapten (LSR). De ondersteuningsorganisaties VraagRaak en Raad op Maat worden tot en met 2002 gefinancierd uit de Meerjarenafspraken Gehandicaptenbeleid. In 2001 heeft het Patiëntenfonds een onderzoek gestart naar een transparante bekostigingsregeling voor LPR, LOC en LSR. Het is het Patiëntenfonds gebleken dat deze organisaties veel dezelfde activiteiten uitvoeren en daarin weinig tot niet samenwerken. In het onderzoek wordt in kaart gebracht welke functies er door deze organisaties in kwantitatief en kwalitatief opzicht worden uitgevoerd, hoe dit geschiedt en wat de huidige kosten zijn. Het onderzoek moet ook inzicht geven in de mate waarin de functies tegemoet komen aan de behoeften van de raden. Daarnaast

wordt nagegaan op welke wijze de samenwerking tussen LPR, LOC en LSR kan worden geïntensiveerd. Het onderzoek zal in 2002 worden afgerond; we zullen u dan nader informeren.

Het evaluatierapport WMCZ kent tevens de conclusie dat de deelname van allochtonen aan cliëntenraden vrijwel nihil is. Hoewel in vrijwel alle sectoren pogingen zijn gedaan om een voldoende representatieve raad na te streven, is er slechts daar waar voorzieningen specifiek gericht zijn op allochtone bevolkingsgroepen (bijvoorbeeld ouderenzorg) sprake van participatie van allochtone cliënten in de raden. Wij zullen ons voornemen om het streven naar representatieve raden uit te dragen en ook in de voorlichting en het voorlichtingsmateriaal voor cliënten hieraan specifieke aandacht te besteden. Aangezien met de implementatie van de WMCZ een proces van het geven van medezeggenschap in gang is gezet, achten wij het nog prematuur om over te gaan tot het oprichten van een landelijke organisatie die cliëntenraden adviseert bij het stimuleren van allochtonen bij deelname aan de raden, zoals onderzoekers van het Verweij-Jonker instituut aanbevelen. Het heeft onze voorkeur dat bestaande organisaties dit tot hun taak rekenen en integreren in hun advisering. Wij zullen dit via het Patiëntenfonds onder de aandacht brengen bij koepelorganisaties van cliëntenraden.

Voorts geeft het evaluatierapport WMCZ aan dat in de verstandelijk gehandicaptensector naast de medezeggenschap door ouders, medezeggenschap door cliënten is toegenomen. In sommige gevallen komt de ene vorm van zeggenschap in plaats van de andere. Het rapport signaleert hier terecht een spanning. Op zich juichen wij een toenemende zeggenschap door de cliënten zelf toe. Wel moet er hierbij gestreefd worden naar een goede verhouding met medezeggenschap door de ouders, hetgeen per situatie kan verschillen, mede afhankelijk van de mogelijkheden van de cliënten zelf. Wij zien vooralsnog geen aanleiding om hierin bepaalde eisen neer te leggen.

Aanbevelingen

De eerste aanbeveling van het evaluatierapport is «*het gecoördineerd ouderenwerk uit de werkingssfeer van de WMCZ te halen, omdat in deze werksoort de dienstverlening voorop staat en zorgaspecten niet of nauwelijks een rol spelen*». Uit het evaluatierapport blijkt dat zowel voor het welzijnswerk voor ouderen, als voor het algemeen maatschappelijk werk de WMCZ zijn doel voorbij schiet en er andere vormen van cliëntenparticipatie en kwaliteitstoetsing zijn die beter lijken aan te sluiten bij deze sectoren. Er zijn bij het algemeen maatschappelijk werk wel pogingen tot oprichting van een cliëntenraad ondernomen, maar dit heeft – zoals uit de evaluatie blijkt – bij slechts 7% resultaat gehad. Bij het gecoördineerd ouderenwerk zijn cliëntenraden vrijwel afwezig. Als reden wordt gegeven dat deze instellingen met hun producten buiten de maatschappelijke gezondheidszorg vallen en daarmee buiten de reikwijdte van de WMCZ. De vraag resteert wat de meerwaarde van een cliëntenraad is als andere vormen van cliëntenparticipatie (zoals consumentenpanels en cliëntenraadpleging) in deze sectoren beter hanteerbaar blijken te zijn. Het rapport roept bij ons de vraag op waarom het algemeen maatschappelijk werk in de bovengenoemde aanbeveling buiten beschouwing blijft. Uit het evaluatierapport valt namelijk op te maken dat de implementatie bij zowel het gecoördineerd ouderenwerk als het algemeen maatschappelijk werk nauwelijks van de grond komt en aldus aandacht behoeft. Dit overwegende zal door ons departement nader overleg met de betrokken partijen worden geïnitieerd.

Indien voor zowel het gecoördineerd ouderenwerk als mogelijk ook voor het algemeen maatschappelijk werk kan worden vastgesteld dat met andere vormen van cliëntenparticipatie de medezeggenschap van cliënten

is gewaarborgd, zal in het implementatieplan een voorstel tot wetswijziging van de WMCZ op dit punt worden opgenomen.

De tweede aanbeveling betreft *«De maatschappelijke gezondheidszorg is volop in beweging, hetgeen zich ook vertaalt in processen van transformatie van de instellingen onder meer via fusies en transmuralisering. In dit kader verdient het aanbeveling om in de wettekst de term «instelling» te vervangen door de term «organisatorische eenheid» en de bevoegdheden van een cliëntenraad ex WMCZ hieraan te koppelen»*. Kennelijk is er onduidelijkheid omtrent de definiëring van «instelling». In artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de WMCZ is deze definitie gegeven. Naast ingevolge de ZFW of AWBZ toegelaten instellingen, gaat het volgens de definitie reeds om een «in de maatschappij als zelfstandige eenheid optredend organisatorisch verband». Dit deel van de definitie strookt dus met de aanbeveling; op de ingevolge de ZFW of AWBZ toegelaten instellingen komen wij hieronder terug. Op de *zorgaanbieder* rust de wettelijke plicht om voor elke door hem in stand gehouden instelling een cliëntenraad in te stellen.

Omtrent het instellen van cliëntenraden is de landelijke geschillencommissie enkele malen ingeschakeld en ook is een verzoek tot het instellen van cliëntenraden aan de kantonrechter voorgelegd. Uit deze uitspraken blijkt dat de intentie van de wetgever duidelijk is: namelijk cliënten op een zo'n laag mogelijk niveau binnen de organisatie medezeggenschap geven. Gelet op de hedendaagse opvattingen om wonen en zorg zoveel mogelijk in kleine eenheden te doen laten plaatsvinden, zou het naar het oordeel van de kantonrechter tot een onwerkbaar situatie leiden indien voor iedere locatie een cliëntenraad moet worden geformeerd.

In casu ging het om een fusie waarbij de locaties territoriaal werden gebundeld in enkele organisatorische eenheden. De kantonrechter vond dat een organisatorische eenheid van 44 verzorgingsplaatsen een redelijke omvang moet worden geacht voor de vorming van één cliëntenraad (TvG 1998/49 d.d. 28 april 1998). Gezien de huidige ontwikkelingen van nieuwe woonzorgarrangementen, zal in het overleg met de veldpartijen aandacht voor dit punt worden gevraagd. Ook in het voorlichtingsmateriaal zal deze praktische vertaling aandacht krijgen.

Om de medezeggenschap bij instellingen die onder Zfw of AWBZ vallen eveneens op een zo laag mogelijk niveau binnen de organisatie te laten plaatsvinden, verdient het instellingsbegrip volgens de aanbeveling wel wetswijziging. Het instellingsbegrip zal worden aangepast en afgestemd met de definitie zoals opgenomen in de Kwaliteitswet zorginstellingen en het wetsvoorstel inzake de exploitatie van zorginstellingen. De aanpassing zal erin resulteren dat een cliëntenraad verplicht is voor elke in de maatschappij als zelfstandig optredend organisatorisch verband dat onderdeel uitmaakt van de instelling die is toegelaten op grond van de Zfw of de Awbz.

Of naast het tot stand brengen van cliëntenraden voor de onderscheiden instellingen wordt overgegaan tot de instelling van een centrale cliëntenraad voor alle instellingen die onder dezelfde zorgaanbieder ressorteren, is aan vrije beoordeling van de zorgaanbieder en de betrokken cliëntenraden overgelaten (MvT, 23 041, nr. 3). De wet staat dit niet in de weg, wel dient met de cliëntenraden overeenstemming te worden bereikt over de afbakening van de taken en de bevoegdheden van de centrale cliëntenraad en de afzonderlijke cliëntenraden.

De vierde aanbeveling luidt *«Om de naleving van de WMCZ te bevorderen kan toezicht vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg via het kwaliteitsjaarverslag als extra instrument worden toegevoegd. Instel-*

lingen zouden verplicht kunnen worden om in het kwaliteitsjaarverslag melding te maken van de aanwezigheid (of pogingen tot oprichting) van een cliëntenraad en hoe de bestuurders van de instelling de adviezen van de cliëntenraad verwerkt hebben». Momenteel staat in de meeste jaarverslagen van zorginstellingen een passage opgenomen over de cliëntenraad. Dit is in lijn met art. 8 WMCZ dat de zorgaanbieder jaarlijks een schriftelijk verslag dient op te stellen over de wijze waarop ten aanzien van de instelling deze wet is toegepast. Een wetswijziging achten wij dan ook niet aangewezen.

Het verdient onzes inziens onderzoek om op termijn te overwegen of medezeggenschap niet als onderdeel van het kwaliteitsbeleid van een instelling dient te worden beschouwd. In dit kader kan dan ook de aanbeveling van het rapport worden meegenomen om het kwaliteitsverslag als extra (toezichts)instrument toe te voegen. Momenteel zijn in kwaliteitsverslagen nog bij hoge uitzondering passages over cliëntenraden waar te nemen. De Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) heeft op basis van de WMCZ geen taken ten behoeve van toezicht op de naleving van de WMCZ. De aanbeveling zouden we graag meenemen in een breder voorstel om de verantwoordingsinformatie over de Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen en WMCZ te integreren. Deze lijn is conform onze reactie op de rapportage «informatievoorziening klachtrecht en medezeggenschap cliënten zorgsector» d.d. 28 april 2000. Opgemerkt dient wel te worden dat de reikwijdte van genoemde wetten nu niet overeenkomen. De maatschappelijke zorg valt bijvoorbeeld buiten de Kwaliteitswet zorginstellingen en private medische behandelcentra vallen buiten de WMCZ. Behalve deze werkingssfeer zijn ook de hieraan verbonden toezichtstaken punten van overweging. Naast deze voorbehouden, verdient het niettemin onze aandacht en aanbeveling – mede in het licht van een nieuw verzekeringsstelsel – om de mogelijkheden voor integratie van de wetgeving in dit kader te bezien en optimaal af te stemmen op de hedendaagse ontwikkelingen in de maatschappelijke zorg en gezondheidszorg.

De laatste aanbeveling betreft het volgende «*De ervaring is dat bij een conflict ad hoc in het leven roepen van een Commissie van Vertrouwenslieden een extra drempel opwerpt voor zowel cliëntenraden als directies. Het verdient daarom – ook vanuit het oogpunt van doelmatigheid- aanbeveling om per sector een landelijke Commissie van vertrouwenslieden in het leven te roepen. Deze commissies hebben expliciet een opdracht tot mediation: juridificering tegengaan door te stimuleren dat de partijen op instellingsniveau met elkaar in gesprek blijven gaan.* Het doet ons genoegen om te melden dat in de laatste sector waar geen landelijke Commissie van Vertrouwenslieden is, namelijk de gehandicaptenzorg, door de VGN zelf is voorgesteld om een landelijke commissie van vertrouwenslieden in het leven te roepen.

Aanvulling n.a.v. Commissie Meurs

In oktober 1999 is het rapport van de Commissie Health Care Governance (ook wel genaamd Commissie Meurs) verschenen. Deze commissie, tot stand gekomen via particulier initiatief, doet in haar rapport aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording van zorgorganisaties in de Nederlandse gezondheidszorg. In het rapport wordt onder andere stilgestaan bij medezeggenschap van cliënten.

Dit is voor ons aanleiding om op deze plaats nader op de uitspraken van de commissie Meurs in te gaan. Bij het opstellen van haar aanbevelingen is de commissie uitgegaan van de op dit moment meest voorkomende rechtsfiguur bij zorginstellingen: de stichting als rechtspersoon, met het

raad van toezichtmodel als bestuursvorm. In deze rechtsfiguur vormt de directie de raad van bestuur. Als gevolg van schaalvergroting en de professionalisering van organisaties is het klassieke besturingsmodel van een stichting met directie en een bestuur op dit moment geen gemeengoed meer.

Vele zogenaamde «stakeholders», onder meer de cliënten/patiënten, medewerkers, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties, de werkgevers in de regio, rijks- en lokale overheden, hebben direct belang bij het goed functioneren van zorgorganisaties. De commissie vindt dat health care governance de middelen aan moet reiken om verantwoording aan en beïnvloeding door deze belanghebbenden mogelijk te maken. Hierbij gaat het niet om controle en toezicht, maar om openheid, inzichtelijkheid en het afleggen van verantwoording. Volgens de commissie houdt goed bestuur in dat er op een juiste manier vorm wordt gegeven aan de medezeggenschap van belanghebbenden. Zij constateert dat met de WMCZ de formele invloed van cliënten op het bestuur en beleid van instellingen gewaarborgd is. Wel wordt opgemerkt dat medezeggenschap meer is dan het formeel voldoen aan de inspraakvereisten van deze wet. Medezeggenschap van gebruikers vindt de commissie een volwaardig aspect van het instellingsbeleid en daarmee een succesfactor voor het functioneren van de organisatie. Medezeggenschap wordt hierbij eerder opgevat in de betekenis van participatie dan in de betekenis van inspraak; medezeggenschap dus niet alleen vanuit het oogpunt van legitimiteit of draagvlak, maar ook vanuit het perspectief van kwaliteit. Deze redenering spreekt ons zeer aan. Wij zijn het dan ook van harte met de commissie Meurs eens dat zorginstellingen ook andere vormen van participatie van gebruikers moeten organiseren dan alleen formele inspraak om de kwaliteit van de dienstverlening te vergroten.

In het kader van de WMCZ hebben cliëntenraden het recht om invloed te kunnen uitoefenen op de samenstelling van het bestuur. De bedoelde regeling houdt in dat tenminste één bestuurslid wordt benoemd op bindende voordracht van de cliëntenraad of cliëntenraden, tenzij deze van de mogelijkheid een voordracht te doen geen gebruik heeft of hebben gemaakt (artikel 7, eerste lid). Zoals al in het bovenstaande beschreven is in de huidige constellatie het bestuur van veel zorgorganisaties omgevormd tot een raad van toezicht. De WMCZ heeft daar in het tweede lid van artikel 7 al rekening mee gehouden: in voorkomende gevallen oefent de cliëntenraad de zojuist beschreven invloed uit op de samenstelling van het orgaan dat is belast met het toezicht op het bestuur.

De commissie Meurs vindt dat de leden van een raad van toezicht zichzelf door coöptatie moeten samenstellen. De raad is in hun ogen geen representant van externe of interne belanghebbenden. Als voordeel van coöptatie ziet de commissie een onafhankelijke weging van alle belangen en een onafhankelijke beoordeling van de raad van bestuur. De commissie vindt dat van alle leden van de raad van toezicht verwacht mag worden dat zij de belangen van onder anderen de cliënten in het oog hebben. Een nadeel is de intrinsieke gesloten- en beslotenheid van coöptatie: wie houdt toezicht op de toezichthouders? De commissie wil dit nadeel opheffen door openheid, inzichtelijkheid en verantwoording, de zogenaamde gecontroleerde coöptatie. Dit kan gerealiseerd worden door interne belanghebbenden, onder andere de cliëntenraad, op verschillende manieren te betrekken bij de benoemingsprocedure, de profielschets en de selectie van leden van de raad van toezicht. De commissie beveelt dan ook aan het voordrachtrecht te schrappen en een adviesrecht voor alle benoemingen van leden van de raad van toezicht in te voeren.

Wij vinden de redenering van de commissie Meurs op dit vlak begrijpelijk en zijn het met de commissie eens dat alle leden van de raad van toezicht de belangen van onder andere cliënten in het oog moeten hebben. Wij vinden echter ook dat het beeld dat de commissie schetst rondom gecontroleerde coöptatie voor veel zorginstellingen nog een ideaal typische situatie is, die in de toekomst, maar zeker nog niet op dit moment gerealiseerd is. Wij willen daarom het bindende voordrachtsrecht van de cliëntenraad voor het toezichthoudend orgaan in de WMCZ handhaven.

Resumerend

Uit het onderzoek blijkt dat de WMCZ haar doel tot bevorderen van medezeggenschapsverhoudingen grotendeels heeft bereikt. Het positief evaluatierapport stemt tot het nemen van verdere stappen om de medezeggenschap in de praktijk zijn uitwerking te geven. Door de ontwikkelingen in de maatschappelijke zorg en gezondheidszorg zal de wet op een aantal punten worden bijgesteld, zoals de definitie van instelling. Op een aantal aanbevelingen zal nadere actie worden ondernomen. In het implementatieplan, zoals aangekondigd in de nota patiëntenconsumentenbeleid, zal u de uitwerking hiervan terugvinden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. M. Vliegthart