

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)

G

VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT¹

Vastgesteld 18 februari 2014

Het voorbereidend onderzoek van dit wetsvoorstel geeft de commissie aanleiding tot het maken van de volgende opmerkingen en het stellen van de volgende vragen.

Inleiding

De leden van de **VVD**-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het wetsvoorstel. Genoemde leden hebben een aantal vragen met betrekking tot de proportionaliteit, uitvoerbaarheid en inpasbaarheid in Europese regelgeving van het wetsvoorstel.

De leden van de fractie van de **PvdA** hebben met belangstelling kennisgenomen van het voorstel Wet kwaliteit, klachten, geschillen zorg (Wkkgz). Zij onderschrijven het belang van een sterke positie van de cliënt als hij een klacht heeft over de ontvangen zorg en steunen maatregelen om de kwaliteit van zorg verder te verbeteren. Desalniettemin hebben zij een aantal vragen over het wetsvoorstel.

De leden van de **CDA**-fractie hebben met enige zorg kennisgenomen van het wetsvoorstel. Zij juichen toe dat de regering de kwaliteit van zorg centraal wil stellen en zorg wil dragen voor goede, veilige, tijdig beschikbare, toegankelijke en betaalbare zorg voor alle cliënten. Zij onderschrijven ook het streven naar meer samenhang en doelmatigheid en zien voordelen in het organiseren van de zorg vanuit het perspectief van de cliënt. Deze leden juichen toe dat de regering wetgeving voorbereidt die dat wil bevorderen. Uiteraard hechten de leden van deze fractie

¹ Samenstelling:

Holdijk (SGP), Dupuis (VVD) (*vice-voorzitter*), Linthorst (PvdA), Slagter-Roukema (SP) (*voorzitter*), Thissen (GL), Nagel (50PLUS), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Quik-Schuijt (SP), Reuten (SP), De Vries-Leggedoor (CDA), Flierman (CDA), Barth (PvdA), Martens (CDA), vac. (CDA), Scholten (D66), Backer (D66), Ganzevoort (GL), De Lange (OSF), Ter Horst (PvdA), Beuving (PvdA), Frijters-Klijnen (PVV), Van Dijk (PVV), De Grave (VVD), Bröcker (VVD), Beckers (VVD), Van Beek (PVV), Bruijn (VVD), Koning (PvdA)

ook aan goede borging van de rechten van cliënten, een goede klachten-procedure en een goed systeem om geschillen op te lossen. Desalniettemin hebben zij nog enige vragen alvorens zij kunnen oordelen omtrent dit wetsvoorstel.

De leden van de **PVV**-fractie hebben na kennisneming van het voorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg nog een enkele vraag.

De leden van de **SP**-fractie zijn voor versterking van de positie van de cliënten in de zorgsector en delen de mening van de regering dat de zorgaanbieder verplicht is zorg van goede kwaliteit en van goed niveau aan te bieden. Voorliggend wetsvoorstel is de voortzetting van het in juli 2010 ingediende wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz). Dit wetsvoorstel is gaandeweg de parlementaire behandeling in onderdelen uiteen gevallen. De Eerste Kamer heeft reeds het wetsvoorstel Kwaliteitsinstituut en de zogenaamde Fusietoets behandeld. Het voorliggende wetsvoorstel bevat regels ter bevordering van de kwaliteit van de zorg en de behandeling van klachten en geschillen in de zorg en vervangt de Wet klachtrecht cliënten zorgsector en de Kwaliteitswet zorginstellingen. De fractie van de SP in de Tweede Kamer heeft tegen het wetsvoorstel gestemd omdat zij van mening is dat het voorstel een verslechtering betekent ten opzichte van de huidige situatie. De leden van de fractie van de SP in de Eerste Kamer leggen de regering na kennisneming van het voorstel nog graag onderstaande vragen voor.

De leden van de fractie van **D66** hebben met belangstelling, maar ook met enige aarzeling, kennisgenomen van het wetsvoorstel. Afgezien van het formuleren van op zich belangrijke kwaliteitseisen in de zorg, voorziet het wetsvoorstel ook in een wijziging in de klachtenregeling. Op de zorgaanbieder komt de algemene wettelijke plicht te rusten een schriftelijke regeling te maken voor een effectieve en laagdrempelige opvang van klachten door een onafhankelijk opererende klachtbehandelaar. Daarnaast komt er een externe geschillencommissie. In het wetsvoorstel wordt de laagdrempeligheid van de klacht- en geschillenafhandeling als doel genoemd. In de naar aanleiding van dit wetsvoorstel verschenen literatuur wordt de vraag opgeworpen of dat doel met dit wetsvoorstel inderdaad wordt bereikt.² De leden van deze fractie hebben dan ook een aantal vragen.

De leden van de fractie van de **ChristenUnie** hebben na lezing van het voorstel Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg nog enige vragen, die zij de regering graag voorleggen.

Noodzaak wetsvoorstel

De leden van de **VVD**-fractie hebben grote twijfels over de noodzaak van deze wet. Is een en ander in het veld niet al goed geregeld? Wat zijn de aanwijzingen dat deze wetswijziging noodzakelijk is? Kan de regering aangeven in hoeveel zorginstellingen een zodanig slechte klachtenregeling bestaat, dat deze wet noodzakelijk geacht moet worden? De Wet kwaliteit, klachten, geschillen zorg (Wkkgz) verplicht zorgaanbieders bijvoorbeeld om van een incident aantekening te maken in het dossier, maar moeten zorgaanbieders dit niet nu al doen op grond van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)? Maakt ook de GOMA (Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling

² Mr. W.R. Kastelein, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 34(2010) 8: blz. 588–649;
Prof. mr. J. Legemaate, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht (2013) 5: blz. 549–456;
Prof. mr. J. Dute en mr. L.H.J.M. van de Laar, Ned. Juristenblad (2014) 2: blz. 106–107.

Medische Aansprakelijkheid), waarmee veldpartijen zelf inzetten op meer openheid en een betere afwikkeling van claims, deze wet niet overbodig?

De leden van de VVD-fractie zouden de regering voorts willen vragen wat de consequenties van de Wkkgz zijn voor ziekenhuizen waar reeds een volgens betrokken patiënten en aanbieders goed functionerende klachtenregeling bestaat. Ook ontvangen zij graag een overzicht van de te verwachten financiële consequenties van de wet voor de zorgaanbieders en van de dekking daarvan. Genoemde leden denken daarbij onder meer aan 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 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.

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. Is de regering van mening dat de geschilleninstantie zoals in het wetsvoorstel opgenomen, ook zou kunnen functioneren in combinatie met de huidige wettelijke interne klachtenregeling? In een AMvB zal geregeld worden dat er een set van criteria komt waaraan de interne klachtenprocedure moet voldoen. Ware het niet eenvoudiger geweest de huidige (wettelijke) regeling rond interne klachtenbehandeling te behouden? Is de regering bereid de tekst van deze AMvB aan de Eerste Kamer voor te leggen?

De Afdeling advisering van de Raad van State formuleert in haar advies fundamentele twijfels bij de aanleiding en noodzaak van het wetsvoorstel en twijfelt of het wettelijk kader nog wel toereikend is tegen achtergrond van recente wetswijzigingen (Zvw, Wtzi, Wmg). De reactie van regering beschrijft wel de goede bedoelingen van het wetsvoorstel, maar weerlegt de kritiek van de Raad niet inhoudelijk. 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 juridisch immers al een heel behoorlijke klachtenregeling. Kan de regering inhoudelijk 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? Kan de regering toelichten waar precies de noodzaak van een wijziging van de huidige klachten- en geschillenprocedures ligt? Dit graag mede in het licht van de opmerking van de Raad van State die, evenals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), vindt dat de patiëntenrechten – dus ook het klachtrecht – in Nederland juridisch reeds goed geborgd zijn en zien niet hoe de knelpunten die er thans zijn, kunnen worden opgelost met meer wetgeving.

Kan de regering aangeven waar deze wet overige wetgeving, respectievelijk wetgeving in voorbereiding raakt? Sluit deze wetgeving één op één aan bij definities en procedures in gerelateerde andere (bestaande dan wel in voorbereiding zijnde) wet- en regelgeving en waar blijkt dit? 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. Worden in bedoelde wetgeving dezelfde definities gehanteerd als in onderhavige wet?

De leden van de fractie van **D66** vragen hoe de klachtenregeling onder de huidige wetgeving geregeld is en vernemen graag waarom de klachtregeling volgens voorliggend wetsvoorstel een verbetering zou zijn. Waarom voldoen de huidige klachtregeling en het tuchtrecht niet? 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.

In de memorie van toelichting wordt tevens opgemerkt dat de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg een effectieve uitstraling heeft op de klacht-opvang en bemiddeling.³ Dit zou er op duiden dat de klacht-opvang 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 leden van de D66-fractie willen ook graag weten of voorafgaand aan het indienen van dit wetsvoorstel het effect van zelfregulering op dit gebied is gemeten. Medische aansprakelijkheids-assuradeuren werken bijvoorbeeld sinds enige tijd met de Gedragscode openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA). Met die code is voorzien in zelfregulering. Kan de regering de leden van deze fractie informeren over het effect en de resultaten van deze code? Welke resultaten zijn er geboekt ten aanzien van bijvoorbeeld de snelheid bij de afwikkeling van claims en ten aanzien van klanttevredenheid?

Goede zorg

In de begripsbepalingen van het wetsvoorstel is de term «professionele standaard» 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 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 WBGO, alsmede tot de andere richtlijnen en standaarden in de zorg.

Het wetsvoorstel maakt het mogelijk om normen voor goede zorg flexibel in te vullen. Kan de regering 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»?⁴ Kan de regering

³ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 54

⁴ Kamerstukken I 2013/14, 32 402, F, p. 22

uitsluiten dat dit complicaties kan geven bij het beoordelen van klachten met betrekking tot de rechten een cliënt? Zo ja, op grond waarvan?

In artikel 2, lid 2 wordt nader 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. Concluderen de leden van de CDA-fractie terecht 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? Heeft de regering 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.

Artikel 2, lid 2 vermeldt als een van de criteria 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 suïcide, gedwongen opname en dwang en drang gezien worden als een reële of een irreële behoefte van cliënten? Is daarnaast de wens/behoefte van een cliënt die volledige genezing nastreeft een reële behoefte, ook al zijn er op dat moment voor een bepaalde ziekte onvoldoende mogelijkheden en inzichten om dit op korte of lange termijn te bewerkstelligen?

Heeft de regering ook overwogen om nadere kwaliteitscriteria te benoemen, afgestemd op andere wetgeving die aan kwaliteit refereert? Zo nee, kan de regering toelichten waarom niet? Is regering bereid deze eventueel alsnog toe te voegen om het begrip «goede zorg» te concretiseren en te verhelderen?

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.

Over de definitie en de relatie tot de professionele standaarden is ook gesproken in het debat in de Eerste Kamer over het kwaliteitsinstituut. Kan de regering 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, alsmede hoe de kwaliteit van zorg is gedefinieerd in onderhavig wetsvoorstel? Hoe wordt kwaliteit van zorg gedefinieerd vanuit het perspectief van de rechten van de cliënt?

Artikel 24 gaat over toezicht en handhaving. In het tweede lid wordt tevens gesproken over toezicht op het gebruik van standaarden door zorgaanbieders en zorgverleners. Kan de regering nog eens beschrijven hoe dit zich verhoudt tot de taken van de IGZ, het Zorgloket, de Regieraad en het Kwaliteitsinstituut?

Lezen de leden van de CDA-fractie het goed dat met de opsplitsing van de wet het wisselen van het perspectief is gebeven? Dat wil zeggen 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.

De gekozen terminologie (relatie cliënt – zorgaanbieder) benadrukt het marktgerichte aspect van die relatie, aldus de Raad van State. 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 deze leden hoe de regering denkt over het belang van vertrouwen op dit punt. Tevens vragen zij hoe de regering aankijkt tegen gevallen waarin een cliënt of cliëntenraad een andere visie heeft op kwaliteit van zorg dan de professionele zorgverlener. Deze vraag hebben de leden van deze fractie eveneens ten aanzien van gevallen waarin de visie van de cliënt afwijkt van die van de professionele zorgstandaarden en in 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.

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)?

De zorgverzekeraars hebben een rol met betrekking tot beschikbaarheid en kwaliteit van zorg. Kan de regering aangeven hoe 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?

Met de wet krijgt de cliënt niet alleen het recht op goede zorg, 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. Moeten de leden dit zó lezen dat een individuele cliënt een bepaalde door hem als noodzakelijk geachte organisatie van de kwaliteit kan afdwingen? Zo ja, kan de regering dan aangeven hoe deze bevoegdheid zich verhoudt tot de taken van de inspectie? De leden vragen de regering aan te geven of ook een differentiatie van rechten is overwogen? Indien dat het niet het geval is ontvangen de leden graag een toelichting waarom niet.

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

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?

Artikel 6.34 van het bij de Tweede Kamer aanhangige wetsvoorstel WMO 2015⁵ wijzigt artikel 1, lid 2 van de WKKGZ, waardoor deze wet niet langer op de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) van toepassing is, terwijl dit in het nu voorliggende wetsvoorstel (op grond van artikel 1, lid 2 b) wel het geval is. Is het uitgangspunt juist dat de WKKGZ alleen van toepassing zal zijn op zorg zoals bedoeld in de AWBZ en de Zvw? Graag krijgen de leden van de SP-fractie hierop een nadere toelichting.

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?

Gegevens zorgverlening en informatieverstrekking

De leden van de **VVD**-fractie zijn bezorgd over het veilig melden van gebeurtenissen waarvan geleerd kan worden. Dit is voor genoemde leden een zwaarwegend punt. Veel aanbieders van zorg hebben laten weten de voorgestelde procedure te onveilig te vinden; omdat niet zeker is dat er niet toch justitiële maatregelen zullen volgen, zal het melden van ongeregelheden mogelijk achterwege blijven. Lukt uitvoering van het wetsvoorstel niet een onwenselijk snelle betrokkenheid van het Openbaar Ministerie uit? Hoe ziet de regering dit? Zou het niet een beter voorstel zijn om een systeem van veilig melden in te voeren zoals in de luchtvaart? Ook daar gaat het tenslotte om mensenlevens, dus een heel groot verschil tussen beide sectoren is er niet.

Volgens artikel 9, lid 1 is in sommige situaties de toestemming van de betrokkene voor de verwerking van persoonsgegevens niet vereist. De leden van de VVD-fractie wijzen er op dat patiëntgegevens op vele manieren worden verwerkt, waarbij soms koppeling plaatsvindt van diverse bestanden. 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 Grondwet, artikel 10 en met de WGBO, dat deze wet het anders wil regelen?

Artikel 7 bepaalt in lid 2a 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, lid 7 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.

Artikel 9 betreft de verwerking van persoonsgegevens zonder toestemming van betrokkenen in geval van intern gemelde incidenten ten behoeve van het 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 complicatie-registraties, kwaliteitsvisitaties en audits ook zonder toestemming van de betrokkenen mogen worden verwerkt.

⁵ Kamerstukken II 2013/14, 33 841

Gegevens uit het veilig-melden-systeem kunnen worden gebruikt in een strafrechtelijke procedure als het bewijs niet op andere wijze kan worden verkregen. De meldingsbereidheid zou hierdoor onder druk kunnen komen te staan. De Brancheorganisaties Zorg (BOZ)⁶ stelt voor dat alleen bij grove nalatigheid en na toetsing door de rechter-commissaris het OM de gegevens uit de meldingsadministratie mag gebruiken en dan ook nog uitsluitend als sturingsinformatie (conform de wet luchtvaart). De leden van de PvdA-fractie vernemen gaarne de reactie van de regering hierop.

Artikel 9 bepaalt dat (persoons- en gezondheids-)gegevens zonder toestemming van de betrokkene mogen worden opgenomen in een register voor zover dat noodzakelijk is ten behoeve van systematische bewaking, verbetering en beheersing van de kwaliteit. De leden van de **CDA**-fractie vragen of dit ook geldt voor complicatieregistraties, kwaliteitsvisitaties en audits.

Het wetsvoorstel (artikel 10) bepaalt dat de aard en toedracht van incidenten niet alleen direct aan cliënten, maar ook onverwijld aan diens vertegenwoordiger of nabestaande moet worden medegedeeld. Tevens wordt de openbaarheid van een en ander geregeld. Kan de regering aangeven wat het wetsvoorstel ter zake bepaalt met betrekking tot al dan niet verplichte vermelding op een website? 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.⁷

Kan de regering voorts reageren op de kritiek respectievelijk oproep vanuit het veld over het veilig melden (reikwijdte en norm). De strafrechtelijke uitzondering op veilig melden wordt te ruim geacht en daardoor mogelijk anderszins contraproductief.

Er zijn door de Tweede Kamerfractie van de PVV twee amendementen op dit voorstel ingediend, waarvan er een (amendement nr. 25) is aangenomen en een is verworpen (amendement nr. 26). Dit laatste amendement – over het recht op inzage in, dan wel afschrift van het medisch dossier voor nabestaanden – werd ontraden⁸ omdat het zal worden meegenomen bij de aanpassingen van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst. De leden van de **PVV**-fractie van de Eerste Kamer vernemen graag hoe het hiermee staat.

Het wetsvoorstel regelt in artikel 9 het veilig melden in relatie tot de informatieplicht. 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?

Kan het systeem van veilig melden uit de Wet Luchtvaart op overeenkomstige wijze geregeld worden in voorliggend wetsvoorstel? Toelichting: onder voorwaarden kunnen meldingsgegevens als strafrechtelijke bewijs gebruikt worden. Er is dan geen sprake meer van veilig melden. Is de regering het met deze leden eens? Op grond van de Wet Luchtvaart krijgt het OM alleen meldingsgegevens als daaruit grove opzet of nalatigheid

⁶ Brief van 20 september 2013, ter inzage gelegd onder griffienummer 148851.25

⁷ Kamerstukken II 2013/14, 32 402 nr. 66 en bijlage

⁸ Brief 21 juni 2013, Kamerstukken II 2012/13, 32 402, nr. 39.

blijkt; het OM mag deze gegevens alleen als sturingsinformatie en niet als direct bewijs gebruiken.

Volgens artikel 10, lid 1 en 2 moet de zorgaanbieder de cliënt informatie verschaffen over de tarieven en de kwaliteit van de aangeboden zorg en over de ervaringen van cliënten met die zorg, zodat de cliënt in staat is een weloverwogen keuze tussen de verschillende zorgaanbieders te maken. De zorgaanbieder is daartoe ook verplicht op grond van artikel 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Op verplichtingen voortvloeiend uit het voorliggende wetsvoorstel ziet de IGZ toe. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is belast met het toezicht op grond van de Wmg. Deze dubbele normstelling is overbodig en zal naar verwachting leiden tot uitvoeringproblemen, aldus Acitz, die dit probleem signaleerde. Graag krijgen de leden van de SP-fractie een reactie hierop.

Volgens GGZ Nederland⁹ is in de wettekst onduidelijk wat onder de term «incident» (met of zonder merkbaar gevolg voor de patiënt) wordt verstaan en daarmee het verschil met «calamiteit en geweld in de zorgrelatie». Het onderscheid is wel belangrijk, aangezien aan een incident dan wel een calamiteit verschillende acties van de zorgaanbieder zijn verbonden. De leden van de SP-fractie verzoeken de regering dit punt te verduidelijken.

De leden van de fractie van **D66** hebben enkele vragen naar aanleiding van de begrippen in een aantal artikelen. Artikel 8 voorziet in een meldcode ten aanzien van huiselijk geweld en kindermishandeling. Definities daarvan zijn terug te vinden in artikel 1. Artikel 9, lid 2 voorziet in een interne schriftelijke procedure over het omgaan met signalen van incidenten. Anders dan ten aanzien van huiselijk geweld en kindermishandeling ontbreekt een definitie van incident in artikel 1. Dat is wel van belang om vast te kunnen stellen wanneer de zorgaanbieder een informatieplicht heeft. Kan de regering deze alsnog geven? Wie bepaalt wat een incident is?

Artikel 10 gaat over het recht van de patiënt op keuze-informatie en diens recht op informatie over de aard en toedracht van incidenten. Dit zijn uiteenlopende onderwerpen. Lid 1 en lid 2 zijn te herleiden als rechten van de cliënt. Het incidentenartikel in lid 3 heeft in deze reeks een eigenaardige plaats en verdient eerder een plaats in artikel 9, dat bepaalt de zorgaanbieder een regeling betreffende de melding van incidenten moet maken. De vraag is waarom de regering desondanks heeft gekozen voor deze samenstelling van artikel 10. Waarom zijn de leden 1 en 2 niet opgenomen in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), waarin de rechten van de cliënt voor het merendeel zijn gecodificeerd?

Artikel 11 vermeldt de verplichte melding aan de IGZ van een calamiteit. Hier geldt in wezen hetzelfde als ten aanzien van het incident in artikel 9. Kan de regering de definitie van calamiteit geven? Wie bepaalt wat een calamiteit is?

Artikel 14, lid 1 vermeldt het begrip gedraging. Dit is van belang omdat daarmee de klachtprocedure een aanvang neemt. Echter, een definitie van het begrip gedraging ontbreekt. Kan de regering daarvan alsnog een definitie geven? Moet een gedraging anders worden gekwalificeerd dan een incident?

⁹ Brief van 10 januari 2014, ter inzage gelegd onder griffienummer 148851.34.

Het wetsvoorstel beoogt de zorggebruiker recht te geven op bepaalde informatie met betrekking tot de zorg. Welke verplichtingen tot het verstrekken van informatie bestaan er thans (al dan niet op grond van een verzoek van de cliënt) voor zorgaanbieders? De leden van de fractie van de **ChristenUnie** krijgen hiervan graag een overzicht.

Verklaring omtrent 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?

Klachten- en geschillenbehandeling

De leden van de **VVD**-fractie vragen of uitvoering van het wetsvoorstel niet leidt tot een ongewenste vermenging van verschillende soorten klachten. Ook de brancheorganisaties en de Raad van State wijzen hierop. Hierbij geldt dat een uitspraak van de geschillencommissie over zaken met een materiële kant een vooruitgang inhoudt. Maar dit geldt niet voor klachten die te maken hebben met het handelen of nalaten van handelingen van zorgverleners. Zoals de veldorganisaties opmerken, lijkt de impact hiervan niet te overzien. Hoe ziet de regering dit? En wat is de verhouding van deze «jurisprudentie» tot die van rechters?

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. Wordt hiermee bedoeld een door klager geaccordeerde schriftelijke weergave van zijn klacht en niet een klachtenrapportage zoals klachtenfunctionarissen in zorgorganisaties momenteel voor eigen registratie gebruiken? Is de regering niet bevreesd dat dit mogelijk drempelverhogend in plaats van drempelverlagend werkt voor de cliënt? Nu wordt een groot deel van de klachten telefonisch of aan het loket van de klachtenfunctionaris gemeld en vaak ook meteen door deze persoon aangekaart. Kost het bieden van ondersteuning bij het op schrift zetten van de klacht niet extra energie en capaciteit van de zorgaanbieder en zo ja, hoe wordt hierin voorzien?

Artikel 17 geeft aan dat over de klacht binnen zes weken na indiening (verlenging naar tien weken mogelijk indien cliënt daarvan op de hoogte wordt gesteld) schriftelijk en met redenen omkleed een oordeel over de klacht dient te worden gegeven met daarbij welke beslissingen de zorgaanbieder naar aanleiding van de klacht heeft genomen en binnen welke termijn maatregelen waartoe is besloten zullen zijn gerealiseerd. De leden van de **VVD**-fractie vragen hoe de term «oordeel» moet worden opgevat. Niet elke klacht leent zich voor het geven van een oordeel in de zin van een schriftelijke uitspraak over de gegrondheid van de klacht. De leden van deze fractie denken daarbij aan klachten over gedrag die vaak op een bevredigende wijze kunnen worden afgedaan door een gesprek tussen zorgverlener en cliënt, zonder dat een formeel oordeel over de

klacht wordt gegeven. Ook worden klachten soms uitsluitend ingediend om de zorgaanbieder een signaal te geven en niet zozeer uit behoefte van de cliënt aan duiding van de eigen situatie. Doel van de klacht is dan zorgen dat herhaling van het gebeurde voor andere cliënten wordt voorkomen. Hoe ziet de regering dit?

De leden van de VVD-fractie vragen zich voorts af of er niet voor moet worden gewaakt dat zorgaanbieders de mogelijkheid wordt ontnomen om klachten meer in bemiddelende sfeer af te wikkelen. Zal, indien klachten uitsluitend kunnen worden afgedaan middels een formeel oordeel over de gegrondheid van de klacht, het onderhavige wetsvoorstel niet tot een verschraving van de mogelijkheden tot het afwikkelen van klachten en onnodige formalisering van het traject leiden? Ook de brancheorganisaties in de zorg, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en het Verbond van Zorgverzekeraars wijzen hierop. Door welke personen c.q. functionarissen binnen de zorgorganisatie mag het oordeel worden gegeven? Kan de klachtenfunctionaris een (drie)dubbelrol hebben als degene die behulpzaam is bij het formuleren van de klacht, bemiddelaar en degene die een (formele) uitspraak doet over de klacht?

Hoewel zorgorganisaties uiteraard voortvarendheid nastreven bij de afwikkeling van klachten, geven zowel klachtenfunctionarissen als leden van klachtencommissies aan, dat de termijn van zes weken en zelfs de verlenging naar tien weken (zeker voor grote zorgorganisaties) in de praktijk veel te kort is om tot een afgewogen schriftelijk oordeel te komen over een klacht. Hoe ziet de regering dit? Zal hierdoor niet de zorgvuldigheid van het onderzoek worden ondermijnd? Vooral in complexere zaken met een medisch inhoudelijk karakter, zoals vermeend langdurig of niet-recent medisch onjuist handelen – het merendeel van bijvoorbeeld aan de Associatie Nederlandse Tandartsen klachtencommissie voorgelegde klachten¹⁰ – is zes weken te kort voor goed onderzoek. Door tijdgebrek gedwongen zal de zorgaanbieder tot een onvoldoende afgewogen oordeel (kunnen) komen. Dit klemt te meer nu bij een eventuele behandeling van de klacht door de geschillencommissie bedoeld oordeel van de zorgaanbieder een rol zal spelen. Wordt de doelstelling om tot een effectieve regeling van klachten en geschillen te komen hiermee wel bereikt?

Met ongewijzigde invoering van de Wkkgz komt de verplichting tot aansluiting bij een instantie, die zowel klachten als schadeclaims tot € 25.000 kan afhandelen en beslist bij wege van bindend advies, in een ander perspectief te staan. Het is niet uit te sluiten dat dit gevolgen heeft voor de bestaande klachtencommissies van de verschillende beroepsorganisaties. Dat is volgens de leden van de VVD-fractie een verlies, omdat bij die commissies kennis en ervaring gebundeld zijn over en met de behandeling van klachten. Zeker als de termijn waarbinnen op een klacht beslist moet worden zo kort wordt als in de Wkkgz wordt voorgesteld. Het is dan ook van groot belang dat de deskundigheid van de klachtencommissies behouden blijft. Daarvoor zou de wet een aanknopingspunt dienen te bieden. Onduidelijk is bovendien hoe dit zich verhoudt tot de ideeën ter zake herziening van het tuchtrecht en de voorgestelde rol voor klachtencommissies hierbij. Bovenal echter baart het genoemde leden zorg dat een belangrijke mogelijkheid van signalering en sturing vanuit de beroepsorganisaties zal wegvallen. Klachten vormen immers niet alleen een indicatie van mogelijke tekortkomingen in de zorgverlening, maar zijn tevens belangrijke signalen om samen (kwaliteits-)verbeteringen te

¹⁰ Brief van 12 december 2013, ter inzage gelegd onder griffienummer 154168

realiseren. Wordt hier niet voorbij gegaan aan de uitgangspunten van een adequate klachtenbehandeling, door het persoonlijke en menselijke element eruit te halen? Bij evaluatie van de wet BIG kwam naar voren dat de tuchtrechter te vaak lichte bejegeningkwesaties krijgt voorgelegd. Zou deze klachtenafhandeling niet met nadruk juist kleinschalig en laagdrempelig moeten plaatsvinden binnen de instellingen? De leden van de VVD-fractie vragen zich af of de wet hiervoor niet een aanwijzing zou moeten creëren in plaats van dat het wetsvoorstel, zoals nu, geen basis meer biedt voor een klachtencommissie. Hoe ziet de regering dit? En hoe verhoudt dit zich 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, in hoofdstuk 10 (32 399) en het wetsvoorstel Zorg en Dwang voor de verstandelijke gehandicaptenzorg (31 996)? En wordt niet ook in de Jeugdwet voorzien in de instelling van een verplichte klachtencommissie voor de aanbieders van jeugdzorg? Graag een reactie hierop van de regering.

In veel reacties op het wetsvoorstel is de zorg geuit dat zes weken onvoldoende is om een gewogen oordeel te geven over een klacht. De leden van de **PvdA**-fractie verzoeken de regering aan te geven waarop zij de keuze voor deze termijn baseert, terwijl in andere sectoren een langere termijn (bijvoorbeeld 3 maanden in het onderwijs) wordt gehanteerd. Is de regering niet beducht dat veel klachten bij de geschillencommissie terecht zullen komen omdat de termijn waarbinnen een oordeel moet worden gegeven in het kader van de interne klachtenprocedure (te) kort is?

Binnen zes weken moet de zorgaanbieder een oordeel geven over de ingediende klacht. De leden van deze fractie vernemen graag wat zij zich moeten voorstellen bij een oordeel. Is dat een dichotoom oordeel: gegrond of ongegrond? Of kan een oordeel ook zijn dat de zorgaanbieder meent dat een gesprek tussen zorgverlener en cliënt de lucht kan klaren?

De leden van de PvdA-fractie verzoeken de regering in te gaan op de vraag van de Associatie Nederlandse Tandartsen hoe de geschilleninstantie zich verhoudt tot het tuchtrecht.¹¹

Artikel 22, lid 3 bepaalt dat de geschilleninstantie de uitspraken over de aan haar voorgelegde geschillen openbaar maakt in zodanige vorm dat deze niet tot personen herleidbaar zijn, behoudens voor zover het de zorgaanbieder betreft. De leden van de PvdA-fractie vernemen graag van de regering hoe de tekst van artikel 22, lid 3 gelezen moet worden als de zorgaanbieder een solistisch werkende zorgverlener betreft. Wordt in dat geval de privacy van de zorgaanbieder gerespecteerd of niet?

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.

In veel reacties op het wetsvoorstel wordt betwist of het verstandig is de afhandeling van een klacht en van een claim door één instantie te laten verrichten. Er zouden verschillende deskundigheden vereist zijn. De leden van de PvdA-fractie achten dit aannemelijk en vragen de regering of het wetsvoorstel aan de geschilleninstantie de vrijheid laat aparte procedurele regelingen (en verschillend te bemensen commissies) te laten gelden voor

¹¹ Brief van 12 december 2013, ter inzage gelegd onder griffienummer 154168

de afhandeling van de klacht en van de claim. Ook vragen zij of een gecombineerde afhandeling van klacht en claim niet tot een toename van het aantal claims zal leiden. Zij vragen de regering om haar visie hierop.

Momenteel bestaat er een Geschillencommissie ziekenhuizen en een Geschillencommissie verpleging, verzorging en thuiszorg. Mogen de leden van de PvdA-fractie aannemen dat als het wetsvoorstel wordt aanvaard en er één geschilleninstantie zorg komt en de eerder genoemde geschillencommissies in de nieuwe instantie opgaan?

De Brancheorganisaties Zorg (BoZ) wees de leden van de Eerste Kamer erop dat waar in het onderhavige wetsvoorstel geen verplichting tot instelling van een klachtencommissie voorkomt dat in parallelle wetgeving wel het geval is. Kan de regering hier nader op ingaan?

Door de nadruk te leggen op afdwingbare rechten wordt onterecht de indruk gewekt dat de cliënt op dit moment deze rechten ontbeert, zo merkt de Raad van State op ten aanzien van het ongesplitste wetsvoorstel. De regering bevestigt dat cliënten thans ook afdwingbare rechten hebben. De leden van de **CDA**-fractie vernemen graag welke procedures van het klachtrecht gelijk blijven en welke worden aangepast en wat de noodzaak van de aanpassingen is. Zij merken daarbij op dat het centraal stellen en verbeteren van klachtrechten van cliënten niet louter met «lege» juridische termen mogelijk is. Ook hierop ontvangen zij graag een reactie van de regering.

Het onderhavige wetsvoorstel voorziet niet meer in een verplichte klachtencommissie. De wetsvoorstellen Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (32 399) en Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (31 996) schrijft het instellen van een klachtencommissie verplicht voor. Ziet de regering mogelijkheden om congruentie in de zorgwetgeving in dezen te realiseren? Zo nee, waarom niet?

Kan de regering aangeven wat de ratio is van het verdwijnen van de verplichte klachtencommissies? Is dit niet nadelig voor de cliënten? Deelt de regering de visie van de leden van de CDA-fractie dat in veel situaties de klachtencommissie haar (meer)waarde heeft bewezen? Heeft de regering overwogen om als antwoord op de knelpunten met betrekking tot het functioneren van klachtencommissies te streven naar waarborgen ter verbetering van het functioneren, in plaats van afschaffing? Te denken valt bijvoorbeeld aan een betere garantie van de onafhankelijkheid en deskundigheid, en het stellen van nadere eisen aan de samenstelling van de commissies en de procedure. Waarom is hier niet voor gekozen? Is de regering bereid dit alsnog te overwegen?

Voor de klachtencommissies onder het huidige klachtrecht (Wkcz) bestaat de verplichting om melding te doen aan de IGZ van een situatie die kan duiden op een structurele tekortkoming in de zorg. In het huidige voorstel ontbreekt deze «veiligheidsklep» bij de geschilleninstantie. Bovendien staat deze verder van de zorgaanbieder af. Nog belangrijker is dat het gros van de zaken deze geschilleninstantie ook niet zal bereiken, omdat zij door de zorgaanbieder zelf – op verschillende wijzen en volgens verschillende regelingen – worden afgedaan. Het toezicht van de IGZ op de kwaliteit van zorg wordt hierdoor bemoeilijkt. Deelt de regering deze visie? Zo ja, hoe denkt de regering dit probleem te ondervangen? Zo nee, op grond waarvan denkt de regering dat die problemen toch bij de IGZ terecht zullen komen? De leden van de CDA-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.

Het wordt van belang geacht dat een cliënt directe toegang heeft tot een onafhankelijke klachtenbehandeling. In het wetsvoorstel wordt aangegeven dat een klacht pas aan de (landelijke) geschilleninstantie kan worden voorgelegd indien is voldaan aan bepaalde voorwaarden (artikel 21). Kan de regering uiteenzetten waarom zij denkt dat deze voorwaarden geen belemmering vormen voor de toegang tot de klachtenbehandeling en waarom een landelijke geschilleninstantie laagdrempeliger is dan de huidige klachtencommissies?

In artikel 21.3 staat voorts beschreven dat een vereniging of stichting met volledige rechtsbevoegdheid een geschil kan voorleggen aan de geschilleninstantie, mits een belang in het geding is dat de stichting of vereniging volgens haar statuten behartigt. Concluderen de leden van deze fractie terecht dat dit ook een (nieuwe) stichting of vereniging kan zijn die zich louter richt op de afhandeling van klachten en op zich geen andere relatie heeft met het incident waarop de klacht betrekking heeft? Concluderen zij terecht dat de wetgeving het mogelijk maakt voor bijvoorbeeld de Hartstichting om te klagen over de inrichting/ werkzaamheden van de afdeling cardiologie in een ziekenhuis, de Nierstichting over de afdeling nefrologie etc.? Zo nee, op grond waarvan denkt de regering dat de wet dit niet mogelijk maakt? Zo ja, acht de regering dit een wenselijke ontwikkeling en kan zij aangeven waarom dit gegeven volgens haar geen ongewenste juridisering oplevert?

Artikel 15.1 beschrijft de rol van de klachtenfunctionaris (gratis bij staan van patiënten bij indienen van de klacht). De leden van de CDA-fractie begrijpen hieruit dat deze functionaris vooral gezien kan worden als patiëntondersteuner. Is de regering het met hen eens dat deze functionaris daarmee niet meer (vanzelfsprekend) ingezet kan worden voor bemiddeling? Zo ja, op grond waarvan acht de regering dit een wenselijke ontwikkeling? Is dit in het belang van de cliënt? Zo nee, op grond waarvan denkt de regering dat deze functionaris nog steeds een neutrale partij kan zijn bij bemiddeling?

Kan de regering aangeven op welke wijze de onafhankelijkheid van de klachtenfunctionaris wordt geborgd? Wat worden de criteria die de onafhankelijkheid bepalen, respectievelijk waarop de onafhankelijkheid wordt getoetst?

Uit de eerstelijnszorg klinkt de kritiek dat er in dit wetsvoorstel – in tegenstelling tot de huidige Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg – onvoldoende rekening wordt gehouden met de verschillen tussen eerste- en tweedelijnszorg, bijvoorbeeld daar waar het gaat om de verplichte aanstelling van een klachtenfunctionaris en de termijnen. Ook wordt het onjuist geacht dat de zorgaanbieder zelf moet oordelen over de klacht. Gaarne ontvangen de leden van deze fractie een reactie van de regering op dit punt.

De leden van de CDA-fractie vernemen graag hoe (de uitspraak van) de geschilleninstantie zich verhoudt tot het tuchtrecht respectievelijk het medisch tuchtcollege.

Met het wetsvoorstel komt de afhandeling van klachten en schadeclaims bij één instantie te liggen: de geschillencommissie. Iedere zorgaanbieder is verplicht om zich aan te sluiten bij een onafhankelijke geschilleninstantie. Indien een patiënt zich na bespreking van zijn klacht met de zorgaanbieder niet kan vinden in het oordeel van de zorgaanbieder, dan

kan de patiënt zijn klacht voorleggen aan deze onafhankelijke (landelijke) geschillencommissie. Deze geschilleninstantie is ook bevoegd een schadevergoeding toe te kennen. Is het juist dat het daarbij in eerste instantie gaat om een bedrag tot € 10.000, met de mogelijkheid dit bedrag bij AMvB te verhogen tot € 25.000? Kan de regering bevestigen of dit het maximum bedrag is?

Klachten en schadeclaims zijn verschillende zaken en vragen om een verschillende afhandeling en expertise. Met deze wet worden beide bij een en dezelfde instantie ondergebracht, de geschillencommissie. Door de vermenging van beide in het voorliggende wetsvoorstel worden de oorspronkelijke doelstellingen van het klachtrecht bedreigd (het wegnemen van onvrede, mede gericht op herstellen van de behandelrelatie en het afgeven van signalen voor verbetering van de zorg), met als risico een verslechtering voor patiënten én zorgaanbieders vanwege onnodige en onwenselijke formalisering van de afhandeling van klachten, alsmede risico op verharding van standpunten over en weer. Kan de regering hier nader op ingaan?

De voorgestelde wetgeving kan verder gaande juridisering tot gevolg hebben, zo vrezen deze leden. Kan de regering beargumenteren waarom deze vrees onterecht zou zijn? Gaat het instellen van een meldpunt ten behoeve van de rechten van de burger (klant, cliënt of consument) niet veelal gepaard met een toename van klachten of aanspraak op die rechten, inclusief eventuele claims? Kan de regering voorbeelden noemen waarbij dit niet het geval is?

Uit het veld is kritiek te horen op de termijn van zes weken waarbinnen klachten behandeld moeten worden. In de meeste gevallen is dit veel te kort. De verwachting is dat dit ten koste gaat van de zorgvuldigheid van het onderzoek, terwijl die juist nodig is voor een goede bemiddeling en klachtbehandeling. Vanuit het veld is verzocht de termijn van zes weken te vervangen door een termijn van vier maanden, zodat de instandhouding van een klachtencommissie een reële optie blijft. De leden van de CDA-fractie verzoeken de regering te reageren op deze kritiek.

In het wetsvoorstel zijn het klachtrecht dat ziet op enerzijds gedragingen en anderzijds geschillen over de naleving van de wet in één interne en externe procedure gecombineerd, terwijl de voorgestelde procedureregels vooral betrekking hebben op klachten over gedragingen. De Afdeling advisering van de Raad van State pleit voor afzonderlijke procedures. Is het correct dat dit advies van de Afdeling niet is opgevolgd? Zo ja, kan de regering dan aangeven waarom niet?

Ten aanzien van de geschilleninstanties die ingesteld zullen worden door de betreffende (representatieve) cliëntenorganisaties (artikel 19.2) en die bindend advies geven (artikel 20) vernemen de leden van de CDA-fractie graag hoe dit gefinancierd gaat worden. Wie gaat de kosten voor de geschillencommissie dragen? Is hierin een rol voor de verzekeraars weggelegd?

In artikel 1 worden allerlei personen en instanties genoemd en gedefinieerd, behalve de begrippen cliëntenraad en/of representatief te achten organisatie van cliënten. Kan de regering toelichten waarom de definitie daarvan ontbreekt en is zij bereid alsnog een definitie daarvan op te nemen? Zo ja, welke definitie stelt zij daarvoor voor?

De leden van de **SP**-fractie merken op dat bij de behandeling van een klacht vaak het herstel van het vertrouwen in de behandelrelatie centraal staat, zodat partijen weer met elkaar verder kunnen. Artikel 17 verplicht de

zorgaanbieder om zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen zes weken nadat een klager schriftelijk (artikel 14) een klacht heeft ingediend te komen met een schriftelijke reactie waarin gemotiveerd wordt aangegeven tot welk oordeel het onderzoek naar de klacht heeft geleid en welk beslissingen en maatregelen zijn genomen. Als zorgvuldig onderzoek naar de klacht dat vergt kan die termijn met ten hoogste vier weken worden verlengd (artikel 17 lid 2). Door te eisen dat de zorgaanbieder binnen zes (dan wel tien) weken moet reageren op de klacht met een oordeel en met de maatregelen die hij van plan is naar aanleiding van de klacht te treffen, wordt de zorgaanbieder (te) weinig tijd geboden. Vanuit de praktijk is aangegeven dat deze termijn met name in complexe zaken een zorgvuldig onderzoek naar een klacht in de weg kan staan, zeker indien binnen de termijn van maximaal tien weken ook nog bemiddeling zou moeten plaatsvinden. De kans is groot dat dit leidt tot meer ontevreden patiënten, die alsnog hun heil bij de geschillencommissie zoeken. De leden van de SP-fractie betwijfelen of dit een gewenste ontwikkeling is en vrezen dat de kwaliteit van de behandeling en afhandeling van klachten onder druk van deze tijdslimiet gaat lijden. Zij krijgen graag een reactie van de regering op het bovenstaande.

Ook vernemen zij graag wanneer er volgens de wet sprake is van schriftelijke indiening van de klacht (artikel 14)? Laat de wet ruimte om de termijn van maximaal zes plus vier weken in te laten gaan ná de bemiddelingsfase bij de klachtenfunctionaris? Laat de wet de zorgaanbieder de ruimte om, als zorgvuldig onderzoek en afhandeling van een klacht dit vereist, binnen de gestelde termijn te komen met een voorlopige reactie, met vermelding van de termijn waarop het eindoordeel zal volgen?

Hoe verhoudt deze termijn bij schadeclaims zich 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 leden van de SP-fractie merken op dat de Wkkgz geen onderscheid maakt tussen klachten en schadeclaims. Een klacht vraagt echter om een andere aanpak dan schadeafwikkeling. Wat zijn de argumenten van de regering om het toch zo in te richten? Veel veldpartijen pleiten voor gescheiden behandeling van klacht en claim.

Kan de regering duidelijkheid geven over de onafhankelijke geschilleninstantie, die niet alleen zal functioneren als beroepsinstantie maar waaraan ook rechtstreeks klachten kunnen worden voorgelegd. De leden van de SP-fractie nemen aan dat dit bij AMvB geregeld zal worden. Hoe ziet de samenstelling er uit en uit hoeveel leden en welke deskundigheden zal een dergelijke instantie bestaan? Hoeveel geschillencommissies zullen er nodig zijn? Verwacht de regering dat deze instanties alle vergelijkbare klachten op dezelfde manier zullen beoordelen en eventueel ook een gelijke schadevergoeding zullen toekennen?

Kunnen zowel de klager als de aangeklaagde in beroep gaan tegen de hoogte van het bedrag? Op welke manier en bij welke instantie kan men dat doen? Kan de procesgang worden voortgezet bij de civiele rechter indien men niet tevreden is?

De regeling verplicht de zorgaanbieder zich aan te sluiten bij een door de Minister erkende geschilleninstantie (artikel 18). Er komt een ministeriële regeling met erkenningseisen. Laat dit voor zorgaanbieders en patiëntenorganisaties ruimte te kiezen voor bijvoorbeeld een geschilleninstantie per branche en/of een regionale geschilleninstantie?

Biedt de wet ruimte voor een geschillenregeling, waarbij een geschilleninstantie werkt met gescheiden procedures voor (immateriële) klachten en schadeclaims.

Wat is de relatie tussen de geschilleninstantie en het op te richten Zorgloket? Dit loket, inmiddels omgedoopt tot Landelijk Meldpunt Zorg, wordt niet genoemd in de Wkkgz en komt daarmee, naar het oordeel van de leden van deze fractie, hiervan los te staan. Toch heeft het loket (ook) alles te maken met klachten en geschillen. Wordt hier niet opnieuw het wiel uitgevonden (met de bijbehorende kosten)? In dit verband kan ook nog worden gewezen op Zorgbelang, dat al gedurende vele jaren op dit terrein opereert.

In de voorganger van de Wkkgz, de Wet cliëntenrechtenzorg (Wcz), was er (op grond van artikel 1, lid 7) voor UWV en arbodiensten die zich bezighouden met claimbeoordeling in verband met onder meer verzuim en re-integratie van werknemers een uitzondering getroffen voor de toepasselijkheid van de verplichting om te beschikken over een klachtenregeling, een jaarverslag en de regels die gelden voor medezeggenschap en bestuur. Is deze uitzondering nog steeds van toepassing? Het voorliggende wetsvoorstel is er niet duidelijk over. De uitzonderingsbepaling wordt wel in de toelichting genoemd, maar is niet in het wetsvoorstel zelf opgenomen.

Wat is de relatie tussen de gang naar de geschillencommissie, de gang naar de tuchtrechter en een klacht bij de IGZ? Is er sprake van volgorde-lijkheid of kunnen deze trajecten naast elkaar lopen? Kunnen uitspraken in het ene traject gebruikt worden in het andere traject? Verwacht de regering dat er een verschuiving gaat optreden ten aanzien van het indienen en behandelen van een klacht?

Het klachtrecht is van oudsher een belangrijk instrument om te leren van fouten en vervult een signaalfunctie bij de verbetering van de kwaliteit van zorg. Het wetsvoorstel voorziet niet in een onafhankelijke beoordeling van klachten dichtbij de patiënt. Zorgaanbieders worden vrij gelaten in de keuze voor een klachtencommissie, waardoor de door klachtencommissies gegenereerde kwaliteitsinformatie mogelijk vervalt. Hoe kan de kwaliteitsfunctie van het klachtrecht voor zorgaanbieders worden geborgd?

Wat betekent de regeling van klachten- en geschillen voor kleinschalige zorgaanbieders, zoals huisartsenpraktijken? Deze kleinschalige zorgaanbieders zijn onder de huidige regeling verplicht aangesloten bij een klachtencommissie. Onder de Wkkgz komt hier bovenop de verplichtingen om een klachtenfunctionaris aan te wijzen (artikel 15) en om aansluiting te zoeken bij een onafhankelijke geschilleninstantie. De vraag is of het haalbaar is voor kleinschalige zorgaanbieders om een klachtenfunctionaris aan te stellen. Biedt de wet ruimte voor het aanstellen van klachtenfunctionarissen op bijvoorbeeld regionaal of landelijk niveau?

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». ¹² 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? Daarmee verband houdt de vraag welke rol de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) speelt in dit krachtenveld en hoe de IGZ als klachtinstituut functioneert?

In het wetsvoorstel wordt aansluiting van elke zorgaanbieder bij een externe geschillencommissie verplicht gesteld. Deze geschillencommissie krijgt de bevoegdheid om de klachtenafhandeling te perfectioneren indien dit bij de interne klachtafhandeling niet tot een bevredigend resultaat heeft geleid. De geschilleninstantie is ook bevoegd te oordelen over schadeclaims tot een maximum van € 25.000. In de aangehaalde literatuur wordt de figuur van de nieuwe externe geschillencommissie om verschillende redenen bekritiseerd. Op de eerste plaats dient zich de vraag aan of een externe geschillencommissie, los van de extra bevoegdheid om over schadeclaims te oordelen, een belangrijke verbetering zal laten zien. In veel sectoren van de zorgaanbieders zijn al geschillencommissies actief. De leden van de fractie van D66 vragen de regering te reageren op de vraag of hun functioneren is onderzocht en zo ja, wat het resultaat is van dit onderzoek.

Ook worden in de literatuur vraagtekens geplaatst bij de in het wetsvoorstel in absolute zin vastgelegde termijn van maximaal 10 weken voor de klachtbehandeling en maximaal zes maanden voor de geschillencommissie. Diverse auteurs achten deze termijnen rijkelijk kort. Kan de regering de keuze voor deze termijnen nog eens onderbouwen? De vraag is ook wat er gebeurt als deze termijnen worden overschreden.

De klachtprocedure moet voorzien in een herstel van vertrouwen en is vaak niet gericht op juridische genoegdoening. Met de toegevoegde bevoegdheid om ook schadeclaims te kunnen afwickelen, komt het medisch aansprakelijkheidsrecht aan de orde. Wordt daarmee niet het risico in de hand gewerkt dat klachtbehandeling veel sneller dan beoogd terecht komt in de civielrechtelijke afhandeling van claims en daardoor van juridisering van de klacht?

De geschillencommissie krijgt de bevoegdheid om te oordelen over schadeclaims tot € 25.000. De kantonrechter opererend binnen het systeem van de overheidsrechtspraak heeft deze bevoegdheid reeds. Deze sector behandelt deze zaken evenzeer laagdrempelig en ook zonder verplichte rechtsbijstand. Om de laagdrempeligheid nog te accentueren vindt binnen deze sector momenteel een pilot plaats met betrekking tot de e-kantonrechter. Waarom meent de regering desondanks dat naast deze rechtspraakmogelijkheid de externe geschillencommissie een plaats moet krijgen? Verwacht de regering dat de drempel bij de externe geschillencommissie lager is en kan zij hiervoor redenen geven?

Volgens het wetsvoorstel dienen zorgaanbieders zich verplicht aan te sluiten bij een externe geschillencommissie. De leden van de fractie van D66 vernemen graag waarom de regering deze aansluiting als verplichting wil opleggen. Op grond waarvan is de regering bevreesd dat zorgaanbieders zich hieraan zouden willen onttrekken? Welke sancties staan de zorgaanbieders te wachten indien zij deze verplichting niet uitvoeren?

Het wetsvoorstel zegt niets over de wijze van financiering van de geschillencommissie. De leden van de D66-fractie willen daarom graag

¹² Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 57

weten hoe aan deze financiering vorm wordt gegeven. Wordt hiervoor een overheidsbijdrage vrijgemaakt en zo ja, tot welk bedrag, of worden bijdragen verwacht van de verschillende koepels? Hoeveel fte zal naar verwachting ter zake worden ingevuld?

Het wetsvoorstel zegt ook niets over de samenstelling noch over de procesrechtelijke bevoegdheden van de geschillencommissie. Artikel 19, lid 3 verwijst wel naar een nog vast te stellen regeling. Kan de regering vast schetsen hoe deze regeling eruit zal komen te zien en hoe daarin zal worden voorzien in onderwerpen als onafhankelijkheid, hoor en wederhoor, kostenveroordelingen en dergelijke?

De leden van de fractie van D66 hebben tevens een opmerking over de klachtenregeling, zoals omschreven in het eerste en tweede lid van artikel 13. Daarin valt op 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, lid 2. Kan de regering hier een verduidelijking geven?

Volgens artikel 18, lid 2 dient een geschillencommissie erkend te zijn door de Minister. Volgens artikel 18, lid 3 stelt de Minister bij ministeriële regeling de regels vast voor de erkenning. Kan de regering over de inhoud van deze regeling alvast opheldering geven? Aan welke kwalificaties dient een geschillencommissie te voldoen?

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?

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

Alternatieve zorgaanbieders

De leden van de **CDA**-fractie vragen de regering de positie van de alternatieve zorgaanbieders toe te lichten. In hoeverre zal de wet ook van toepassing zijn op alternatieve zorgaanbieders? Klopt het verder 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? Hoe oordeelt de regering in dat geval 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. Zijn er ook criteria om uit het register geschrapt te worden, zo ja welke?

In artikel 1 worden begrippen gedefinieerd, zo ook de begrippen «alternatieve zorgaanbieder» en «andere zorg». Sommige aanbieders van zorg verlenen zowel reguliere als alternatieve zorg. Kan de regering aangeven welke bepalingen in welke situatie van toepassing zijn? Kan de regering nader 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 2.3)?

De positie van de alternatieve genezers blijft een bijzondere in deze wet. De Minister heeft in de Tweede Kamer betoogt 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-geregistreerde 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. Kan de regering hierop reageren? Hoe groot schat de regering overigens het aantal alternatieve genezers? Hoe denkt zij deze diverse groep te bewegen zich aan te sluiten? Hoe verplichtend kan zij dat doen? En gaat de IGZ erop toezien?

Rechtmatigheid

De leden van de **VVD**-fractie vragen hoe de wettelijke plicht tot geschilbeslechting door een geschillencommissie zich verhoudt tot artikel 6 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM). Artikel 6 van het EVRM waarborgt het recht van een ieder op toegang tot een onafhankelijke rechterlijke instantie indien het, onder meer, gaat om de vaststelling van burgerlijke rechten en verplichtingen. Volgens vaste rechtspraak van het Hof in Straatsburg hoeven die burgerlijke rechten en verplichtingen niet zelf onderwerp van geschil te zijn, maar is het voldoende als zij bestaan in achterliggende verhoudingen en door een beslissing worden geraakt. Het bekende voorbeeld is de uitspraak van het hof over een tuchtrechtelijke beslissing waardoor een arts niet langer zijn vak kon beoefenen. Ofschoon in de tuchtprocedure niet rechtstreeks burgerlijke rechten en verplichtingen aan de orde waren, was voldoende dat door de uitspraak in die procedure de arts geraakt werd in zijn mogelijkheden afspraken met patiënten te maken. Om die reden oordeelde het hof dat ook de tuchtrechtelijke procedure onder de werking van artikel 6, van het EVRM viel.

Van het recht op toegang tot de rechter kan alleen in vrijwilligheid afstand worden gedaan. Dat is bij voorbeeld het geval als partijen er voor kiezen een geschil door een arbiter te laten beslechten. Naar Nederlands recht vereist de keuze voor een arbiter dan ook een overeenkomst waarin de wil van partijen af te zien van de rechter is vastgelegd.

Anders dan onder de thans geldende wetgeving waarin onderworpenheid aan een geschillencommissie een keuze is (en dus in overeenstemming met artikel 6, van het EVRM) schrijft het ontwerp van de Wkkgz dwingend voor dat een zorgaanbieder bij een geschillencommissie aangesloten dient te zijn en heeft die zorgaanbieder dus niet meer de vrijheid voor de rechter in de zin van artikel 6 van het EVRM te kiezen. Het wetsvoorstel bepaalt thans dat de geschillencommissie uitspraak doet bij wege van bindend advies. Die uitspraak is noch voor wat betreft de feiten noch voor wat betreft de toepassing van het recht onderworpen aan een volledige beoordeling door de burgerlijk rechter. Is dit volgens de regering in overeenstemming met het door artikel 6 van het EVRM gewaarborgde recht, dat niet toelaat dat iemand zonder instemming wordt afgehouden van de rechter die bij wet is ingesteld? Een geschillencommissie is naar

de mening van de leden van de VVD-fractie niet zo'n rechter, omdat het wetsvoorstel bepaalt dat de commissie wordt ingesteld door representatieve organisaties van cliënten en zorgaanbieders. Kan de regering hierop ingaan? Zou het niet beter zijn om van onderworpenheid aan een geschillencommissie een keuzemogelijkheid te maken?

De aansluiting bij een geschilleninstantie is voor zorgaanbieders verplicht. De geschilleninstantie doet een voor beide partijen bindende uitspraak. Beroep op de rechter is alleen mogelijk in geval van kennelijk onzorgvuldige behandeling. De rechter kan de beslissing in dat geval ongedaan maken. Er is derhalve sprake van een gedwongen vorm van geschillenbeslechting. Volgens Dute en Van de Laar¹³ wordt niet voldaan aan de eisen die artikel 6 van het EVRM stelt. De geschilleninstantie zou bij wet moeten worden ingesteld en niet, zoals in dit wetsvoorstel (bij amendement) is geregeld, slechts erkend hoeven te worden door de Minister. Voorts dient de behandeling van de zaak openbaar te zijn, dient hoor- en wederhoor plaats te vinden, toegang van de partijen tot de processtukken en adequate motivering van de uitspraak geregeld te zijn. De KNMG e.a.¹⁴ wijzen in hun reactie eveneens op vermeende strijdigheid van het wetsvoorstel met artikel 6 van het EVRM en artikel 1 Eerste protocol bij het EVRM. De leden van de **PvdA**-fractie verzoeken de regering aan te geven hoe zij zich er van vergewist heeft dat het wetsvoorstel niet strijdig is met de genoemde artikelen van het EVRM en met de jurisprudentie deze artikelen betreffende.

Uit de kring van juristen klinkt de kritiek dat het wetsvoorstel in strijd is met artikel 6 EVRM en artikel 1 Eerste Protocol bij het EVRM. Daarin is bepaald dat bij de vaststelling van burgerlijke rechten en plichten de oordelende instantie onafhankelijk en onpartijdig dient te zijn en bij wet moet zijn ingesteld, alsmede dat de behandeling en uitspraak openbaar is. De wet voorziet echter slechts in een geschilleninstantie die is ingesteld door organisaties van cliënten en zorgaanbieders en is erkend door de regering. De wet bepaalt voorts dat openbaarmaking alleen geldt voor de uitspraak. Ook in strijd met EVRM zou zijn het ontbreken van andere uit artikel 6 van dat verdrag voortvloeiende eisen zoals hoor en wederhoor, toegang van partijen tot alle processtukken en adequate motivering. De leden van de fractie van het **CDA** vernemen graag de reactie van regering hierop. Op grond waarvan gaat de regering ervan uit dat onderhavig wetsvoorstel de toets door Straatsburg zal doorstaan? Ook vernemen zij graag waarom de regering van mening is dat de mogelijkheid van bindend advies van de geschilleninstantie nooit in strijd kan zijn met de Grondwet, met name artikel 112.1.

De leden van de **SP**-fractie vragen of de regering kennis heeft genomen van het standpunt van de juristen Dute en Van de Laar (in het Nederlands Juristenblad van 17 januari 2014) dat de voorgenomen wet de toetsing in Straatsburg niet zal kunnen doorstaan. In het artikel stellen de auteurs dat de regeling van verplichte geschilbeslechting via een geschilleninstantie in de vorm zoals voorgesteld strijdig is met artikel 6 EVRM. Nu de Wkkgz voorschrijft dat de geschilleninstantie beslist bij wege van bindend advies, is in feite sprake van een gedwongen vorm van geschilbeslechting. In dat geval dient te zijn voldaan aan de eisen van artikel 6 EVRM, waarin is bepaald dat bij de vaststelling van burgerlijke rechten en plichten de oordelende instantie onafhankelijk en onpartijdig dient te zijn en bij wet moet worden ingesteld. Een geschilleninstantie, ingesteld (zoals tot nu toe

¹³ Komende klachtwet gezondheidszorg: Ondoordacht én onrechtmatig (Ned. Juristenblad, 2014, 2).

¹⁴ Brief van 27 september 2013 met reactie KNMG, Verbond van Verzekeraars, NFU en NVZ; ter inzage gelegd onder griffienummer 148851.26

de bedoeling lijkt) door organisaties van cliënten en zorgaanbieders en erkent door de Minister, voldoet niet aan deze eisen. Graag krijgen de leden van de SP-fractie hierop een reactie.

Het wetsvoorstel bepaalt dat de geschillencommissie bij geschillen een bindend advies uitbrengt. De Brancheorganisaties Zorg (BoZ)¹⁵ wijst op het verschil met een vergelijkbare regeling (artikel 114) in de Zorgverzekeringswet, waarbij het oordeel van de onafhankelijke instantie in principe niet bindend is, omdat dit in strijd zou zijn met artikel 17 van de Grondwet, dat bepaalt dat niemand tegen zijn wil kan worden afgehouden van de rechter die de wet hem toekent, en artikel 112, eerste lid van de Grondwet, dat bepaalt dat de berechting van geschillen over burgerlijke rechten en over schuldverordeningen is opgedragen aan de rechterlijke macht. De BoZ gaat ervan uit dat deze redenering ook opgaat voor zorgaanbieders. Dit betekent dat een besluit van de geschillencommissie geen bindend advies kan zijn. Het is alleen bindend als de zorgaanbieder van tevoren heeft aangegeven zich eraan gebonden te voelen. Een bepaling die hem verplicht dit bij voorbaat te doen is strijdig met de Grondwet. Graag krijgen de leden van de SP-fractie commentaar op het standpunt van de BoZ.

De leden van de fractie van **D66** krijgen graag een reactie van de regering op het onderstaande. Artikel 20 geeft de geschillencommissie de bevoegdheid uitspraak te doen bij wege van een bindend advies. Wat de bindend adviesregeling betreft, wordt in de memorie van toelichting verwezen naar de regeling daarover in boek 7:904 BW betreffende de vaststellingsovereenkomst. Volgens dit artikel kunnen partijen bij overeenkomst vastleggen dat zij hun geschil bij wege van bindend advies laten beslechten. De memorie van toelichting vermeldt dat die vaststellingsovereenkomst is gesloten, zodra de cliënt besluit een geschil aan de geschillencommissie voor te leggen.¹⁶ Het is de vraag of dit juist is. Doorgaans komt een overeenkomst tot stand volgens de bepalingen van boek 6 BW door aanbod en aanvaarding (artikel 6:217 BW). De vraag is daarom of de hier verdedigde opvatting kan worden beschouwd als een juist gebruik van de civielrechtelijke voorwaarden waaronder een overeenkomst tot stand komt. En als niet kan worden gesproken van de totstandkoming van een vaststellingsovereenkomst, is het de vraag of deze regeling een rechterlijke toetsing kan doorstaan.

Opsplitsing oorspronkelijke voorstel

De leden van de **CDA**-fractie hebben nog enkele vragen naar aanleiding van het opsplitsen van de wet. Zij vernemen graag of er in voorliggend wetsvoorstel, na opsplitsing, nog een rol voor de cliëntraden is met betrekking tot de klachten- en geschillenbehandeling. Of is het zo dat de medezeggenschap van cliënten, ook ten aanzien van de inrichting van de zorg, geheel buiten dit wetsvoorstel staat?

Naar aanleiding van een opmerking van de Raad van State over de kwaliteit van zorg, merkt de regering op: «Voor zover het hier gaat om het recht op een organisatie van de zorgverlening, zodanig dat die redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg, kunnen wij melden dat wij dit recht voor de cliënt hebben omgezet in een plicht voor de zorgaanbieder.» Is dit nog van toepassing op het voorliggende wetsvoorstel of heeft het alleen betrekking op de uit dit voorstel geschrapte onderdelen?

¹⁵ Toelichting bij brief aan de Tweede Kamer over het voorstel Wkkgz van 11 juni 2013 (p. 10 en 11)

¹⁶ Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 56

De Raad van State adviseerde om voor alle rechten van de cliënt vast te stellen of de daaruit voortvloeiende verplichtingen zowel op de individuele zorgverlener als op het bedrijfsmatige verband van zorgverleners of de rechtspersoon dienen te rusten. Kan de regering aangeven of en in hoeverre dit advies nog relevant is voor voorliggend wetsvoorstel? Zo ja, begrijpen de leden van de CDA-fractie het dan goed dat de regering dit advies niet heeft overgenomen en dat alle verplichtingen rusten op de zorgaanbieder en dat deze een en ander goed moet regelen met de zorgverleners, die daarnaast op grond van andere wettelijke bepalingen, respectievelijk overeenkomsten, nog andere verplichtingen kunnen hebben? In dat geval ontvangen de leden van deze fractie gaarne een inhoudelijke motivering waarom de regering het advies van de Raad van State niet heeft overgenomen en waarom de regering van mening is dat daaruit geen complicaties kunnen voortkomen.

Met betrekking tot de «plichten van de cliënt» merken de leden van de CDA-fractie op dat een goed gezondheidsproces om inzet van twee kanten vraagt. Zij achten dit mede van belang met het oog op een eventuele financiële tegemoetkoming. In de memorie van toelichting wordt genoemd dat van een cliënt verwacht mag worden dat hij over relevante gegevens mededeling doet. Dit is de enige «harde» plicht van een cliënt. Kan de regering uiteenzetten waarom zij andere verplichtingen niet nodig acht? De leden van de CDA-fractie wijzen op het begrip goed werknemerschap uit het BW. Het gaat niet alleen om algemene omgangsvormen en het verlenen van medewerking, beide van belang voor een zorgaanbieder om aan zijn plichten te kunnen voldoen, maar te denken valt ook aan het nakomen van afspraken, het verstrekken van noodzakelijke informatie over behandelingen elders, het volgen van adviezen van de (huis)arts over bijvoorbeeld medicijngebruik, therapietrouw etc.

Naar aanleiding van het advies van de Raad van State over de bewaartermijn van medische dossiers, merkt de regering op de bewaartermijn ten algemene te verlengen tot twintig jaar na afronding van de behandeling. Daarbij is toegevoegd de formulering uit de WGBO dat na de geregelde bewaartermijn bewaring plaatsvindt zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed zorgaanbieder voortvloeit. Concluderen de leden van deze fractie terecht dat dit een open einde van de bewaartermijn impliceert? Sluit de regering uit dat dit conflict kan opleveren met internationale regelgeving op dit punt en zo ja op grond waarvan?

De leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport zien de antwoorden van de regering met belangstelling tegemoet en ontvangen deze graag uiterlijk 19 maart 2014.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Slagter-Roukema

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
De Boer