

Vergaderjaar 2007–2008

31 476

Patiënten- en cliëntenrechten

Nr. 1

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 mei 2008

Wij willen de invloed van cliënten in de zorg verder versterken¹. Daarmee willen we bereiken dat de cliënt goede zorg krijgt, die past bij zijn of haar behoefte, en dat de cliënt zijn of haar weg kan vinden in de vele mogelijkheden die de zorg biedt.

Goede zorg begint met een goede relatie tussen de cliënt en zijn zorgverlener. In die relatie willen wij nu investeren. Wij bieden u hiermee, mede namens de minister van Justitie, het programma «Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie» aan. Dit programma met beleidsvoorstellen geeft aan wat de cliënt mag verwachten in de relatie met zijn zorgverlener en hoe hij daarbij ondersteund wordt.

De positie van cliënten in de zorg is aan het veranderen. Cliënten willen goede zorg, en, met name als ze langdurend of intensieve zorg nodig hebben, aandacht voor hun kwaliteit van leven. In toenemende mate zien we dat cliënten zorg krijgen die goed aansluit op hun behoefte. Wensen van cliënten zijn een sterke prikkel om de zorg te verbeteren. De invloed van cliënten is dan ook een onmisbare impuls voor de kwaliteit en innovatie van de zorg.

De wens om te investeren in de positie van de cliënt wordt breed gedeeld. Cliëntenorganisaties zetten zich in voor «een paradigmashift» in de zorg. Er moet een omslag komen in de regie, sturing en financiering van de zorg. Zorgaanbieders, verzekeraars en beleidsmakers moeten echt durven denken en beslissen vanuit het perspectief van de cliënt. Van de cliënt mag uiteraard medewerking aan de zorg worden verwacht. Vanuit Uw Kamer is bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg aangedrongen op een vervolgstap om de cliënt in de nieuw ontstane verhoudingen stevig te positioneren. Publicaties van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ), en van deskundigen op het terrein van het gezondheidsrecht geven een beeld van bestaande lacunes en bevatten

¹ Kamerstukken II 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 138 & Kamerstukken II 2006–2007, 28 439, nr. 98.

aanbevelingen om de rechtspositie van de cliënt te versterken en hem te ondersteunen bij het vinden van zijn weg in de zorg. Het bijgevoegde programma gaat dieper in op de verbeteringen die nodig zijn.

De basis voor goede zorg is de vertrouwensband tussen de cliënt en zijn zorgverlener. Daar begint goede zorgverlening. Een goed contact met ruimte om vragen te stellen, wensen te uiten en zo nodig ook een kritisch geluid te laten horen, en een zorgverlener die daar met aandacht op reageert, maakt dat de cliënt ervaart dat hij gerespecteerd wordt en dat hij zijn eigen afwegingen mag maken. Wederzijds vertrouwen is ook de basis voor de zorgverlener om alle relevante vragen te kunnen stellen aan de cliënt en met hem de mogelijkheden voor de zorgverlening door te nemen. De zorgverlener kan op basis van dit goede contact vanuit zijn kennis en kunde goede zorg verlenen, rekening houdend met de behoefte van de cliënt. De cliënt en de zorgverlener dragen gezamenlijk bij aan de vertrouwensrelatie, en daarmee aan goede zorg. De overheid heeft daarbij tot taak te zorgen voor waarborgen voor de kwaliteit van de zorg. Zorg moet veilig zijn, er moet inzicht zijn in de kwaliteit van de geleverde zorg en er moet zorgvuldig worden omgegaan met de cliënt aan wie de zorg wordt verleend. In het licht van de nieuwe marktordering is het van belang dat er meer informatie beschikbaar komt over de inhoud en de prijs van de zorg en dat cliënten op basis daarvan meer invloed kunnen uitoefenen.

De cliënt mag er op rekenen dat de zorg veilig is, dat zijn basisrechten goed geregeld zijn en dat die rechten door de zorgverlener gerespecteerd worden. Wij willen dat de cliënt dit overal in de zorg ervaart. Het maakt daarbij niet uit of het om mondige cliënten gaat, of om kwetsbare mensen die niet of onvoldoende in staat zijn om de regie over het eigen leven te voeren. Het gaat er om dat ieder individu gerespecteerd wordt en waardig wordt behandeld. Om dit te realiseren is vooral nodig dat de zorgaanbieder denkt vanuit het perspectief van de cliënt en dat de cliënt, of zijn persoonlijke vertegenwoordiger, weet wat hij mag verwachten.

In de afgelopen maanden hebben we met organisaties van cliënten, aanbieders en verzekeraars gesproken over de mogelijkheden om de invloed van cliënten te vergroten¹. Bij de gesprekken met deze partijen is gebleken dat er een sterke gezamenlijke ambitie en overeenstemming bestaat om de positie van de cliënt in de zorg op in totaal zeven thema's te versterken. Het gaat om de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg, het kunnen kiezen en kunnen vergelijken van zorg, de kwaliteit en veiligheid van zorg, een sterke rechtspositie binnen de zorgrelatie, een goede afstemming tussen zorgverleners, een laagdrempelige en effectieve klacht- en geschilprocedure en medezeggenschap en goed bestuur bij zorgaanbieders. De conclusie was: er gebeurt al veel maar het kan en moet ook écht beter. De ambitie ligt vast in een dertigtal² conclusies die wij met de organisaties van cliënten en zorgverzekeraars onderschrijven en die volgens de brancheorganisaties in de zorg een goed werkdocument vormen voor de gezamenlijke activiteiten in de komende tijd.

¹ NPCF, CG-Raad, Platform VG, landelijk platform GGZ, CSO, Consumentenbond, LSR, LOC/LPR, BOZ, KNMG, NFU, NVZ, ACTIZ, VGN, V&VN, GGZ NL, LHV, en ZN. Diverse andere organisaties hebben via gesprekken en brieven bijgedragen aan de standpuntbepaling.

² Conclusies bijeenkomst cliëntenrechten 18 februari 2008, bijeenkomst met bovengenoemde partijen. Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

³ «Zorg voor ouderen», Tweede Kamer 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 146.

Om het cliëntenperspectief in de langdurende zorg te versterken willen we dat de ervaringsdeskundigheid van chronisch zieken benut wordt, de keuzevrijheid in woonvormen groter wordt, dat de privacy bij het wonen gerespecteerd wordt, dat er goed wordt samengewerkt in de keten en dat er meer inzicht komt in de kwaliteit³. Voor cliënten die kortdurende zorg nodig hebben ligt het accent op het garanderen van de veiligheid van de zorg en de bereikbaarheid van acute zorg, het kunnen vergelijken van prestaties van zorgverleners en zorgketens, het goed geïnformeerd worden over de mogelijke keuzes in de behandeling, en op het bevorderen van samenwerking en afstemming tussen zorgverleners die tegelij-

kertijd of na elkaar zorg verlenen aan een cliënt. Voor cliënten in de langdurende zorg zijn deze aspecten ook van belang, maar zal de voorgenomen wetgeving daarnaast de kwaliteit van de bejegening erbij betrekken. De cliëntenrechten worden uitgebreid zodat ze ook gelden bij alle functies van de AWBZ (verpleging, verzorging en begeleiding). De ervaringen van cliënten met zorgaanbieders moeten openbaar worden gemaakt, evenals de prestaties van die aanbieders op het gebied van de kwaliteit van de zorg. Cliënten hebben recht op informatie over bijvoorbeeld de ervaren bejegening, het aantal medicijn- of valincidenten en de mogelijkheden voor deelname aan activiteiten. Als de cliënt ervaart dat de zorgverlening anders of beter kan, dan moet hij, juist ook als hij langdurend zorg krijgt, daarover een signaal kunnen en durven afgeven. Als een klacht niet wordt opgelost moeten cliënten daarmee gemakkelijk bij een onpartijdige commissie terecht kunnen. Tot slot moet de cliëntenraad een serieuze gesprekspartner van het bestuur van de instelling kunnen zijn. Daarbij is het essentieel om zelfstandig over een eigen, toereikend budget te kunnen beschikken.

Wij beseffen dat de echte verbeteringen in de dagelijkse praktijk moeten worden gerealiseerd. Daarom is de betrokkenheid van alle partijen ook zo essentieel. De beleidsvoorstellen in het bijgevoegde programma geven weer wat de cliënt in de zorg mag verwachten in de zorgrelatie en hoe we hem toerusten om daar zelf invloed op uit te oefenen. De concrete acties worden weergegeven aan de hand van «zeven rechten voor de cliënt», die samen het recht op goede zorg vormen. De voorstellen richten zich op het ondersteunen van initiatieven in de praktijk, het versterken van de organisaties die cliënten vertegenwoordigen en het voorbereiden van wetgeving om de noodzakelijke veranderingen in de rechtpositie van cliënten te realiseren. Juist de samenhang van de gelijktijdige inzet van deze instrumenten zal maximaal bijdragen aan het daadwerkelijk versterken van de positie van de cliënt in de zorg. De trajecten rond veiligheid, kwaliteit en bereikbaarheid willen wij doorzetten, en waar nodig tegelijkertijd omzetten in rechten van cliënten. De hervorming in het zorgstelsel komt zo zichtbaar ten goede aan de cliënt.

Het investeren in de directe zorgrelatie is een belangrijk deel van het verhaal. Het is een logische vervolgstap op de toegenomen invloed van verzekerden ten opzichte van zorgverzekeraars. We blijven alert of de relatie tussen de verzekerde en de verzekeraar nog verder verbeterd kan worden¹. We evalueren momenteel de Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg² waarbij we kijken of de wetgeving werkt zoals het bedoeld is. Voor zeggenschap en regie door de cliënt is het bovendien belangrijk dat cliënten niet afhankelijk zijn van zorgaanbieders. In de sector van de AWBZ spelen vraagstukken als objectieve indicatiestelling, cliëntvolgende bekostiging en de mogelijkheid om voor een persoonsgebonden budget te kiezen. De gewenste invloed van cliënten op de verzekerde langdurige zorg raakt aan de discussie over de toekomst van de AWBZ. Wij willen u ons standpunt daarover voor de zomer toesturen. Ook bij het ontwikkelen van de visie op de AWBZ zal het cliëntenperspectief leidend zijn. Het kabinet wil, veel sterker dan nu in de AWBZ het geval is, verankeren dat de cliënt in grotere mate zelf kan bepalen hoe zijn zorgverlening vorm krijgt. De regie moet derhalve bijdragen aan de kwaliteit van de zorg en de voor de AWBZ beschikbare middelen moeten ook echt aan de zorg ten goede komen. Daarbij moet voorkomen worden dat een goede zorgrelatie verandert in een louter zakelijke, contractuele verhouding tussen cliënt en zorgverlener. Voor wie de behoefte heeft om, binnen deze voorwaarden, zijn eigen zorg zelf met behulp van een budget te regisseren, moet dat bereikbaar zijn. De invoering van zorgzwaartepakketten is een belangrijke stap in de richting van cliëntvolgende bekostiging. Bij de standpuntbepaling over de toekomst van de langdurende zorg zal

¹ Prof. mr. G. R. J. de Groot, Beter verzekerd? Onderzoek naar aanknopingspunten voor een Zorgconsumentenwet met het oog op de verhouding consument-verzekeraar, november 2006.

² We noemen hier de evaluaties van de Zvw/Wtz, evaluatie van de WMG en het functioneren van de NZa, en de evaluatie van het PGB experiment in de Zvw.

de status van het persoonsgebonden budget zeker meegenomen worden. We hebben toegezegd dat we komen met een «glasheldere AWBZ-polis» die duidelijk omschrijft wat concreet onder geloofwaardige en onbetwistbare AWBZ-zorg wordt verstaan. Met dit programma versterken we de rechtspositie van de cliënt ten opzichte van zijn zorgverlener.

Hierna volgt een overzicht van onze beleidsvoornemens uit het bijgevoegde programma. Voor de analyse van bestaande knelpunten en voor de nadere toelichting op de inhoud van de zeven rechten verwijzen wij u naar het bijgevoegde programma. We werken deze voornemens uit met de organisaties van cliënten, zorgaanbieders en verzekeraars. Wij realiseren ons dat zorgverleners in de praktijk regelmatig met de spanningen tussen de rechten onderling te maken hebben. Bij de vormgeving van de wetgeving zullen wij bezien hoe de formulering van de rechten er uit ziet en hoe de rechten zich ten opzichte van elkaar verhouden. Bij de vormgeving wordt ook rekening gehouden met de proportionaliteit en praktische haalbaarheid. Om partijen in het veld de ruimte te geven is het van belang dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgverleners bij het versterken van de invloed van cliënten in de zorg niet worden belast door vermijdbare regeldruk en administratieve lasten. Bij de vormgeving van de wetgeving streven we per saldo naar een vermindering van de regeldruk en administratieve lasten voor zorgaanbieders en zorgverleners. Behalve de rechten van cliënten zal ook de medewerking die redelijkerwijs van cliënten gevraagd mag worden een plaats hebben in de regelgeving.

Zeven rechten voor de cliënt in de zorg

1 Het recht op beschikbare en bereikbare zorg

Voor alle vormen van zorg (cure, care en preventieve zorg) geldt dat wij stimuleren dat het aanbod voldoende, gevarieerd en voldoende gespreid is. Voor alle vormen van zorg geldt dat de kwaliteit van de zorg goed moet zijn. Als minimumnormen voor kwaliteit en veiligheid ertoe leiden dat bepaalde vormen van zorg meer geconcentreerd beschikbaar zullen zijn en daarmee een spanning ontstaat met de bereikbaarheid van de zorg, dan gaat kwaliteit vóór bereikbaarheid. Het bijgevoegde programma gaat in op het recht op toegang tot zorg en besteedt achtereenvolgens aandacht aan het recht op bereikbare en beschikbare preventieve zorg, acute zorg en overige zorg. In onze brief over bereikbaarheid en kwaliteit gaan wij uitgebreider in op dit onderwerp en de keuzes die daaruit voortvloeien. Het bijgevoegde programma bevat met betrekking tot beschikbaarheid en bereikbaarheid twee voorstellen die relevant zijn voor de positie van de cliënt. Vanwege het belang van de toegang tot de acute zorg krijgen ziekenhuizen met een spoedeisende hulp die noodzakelijk zijn voor de bereikbaarheid in een bepaald gebied een bedrag om die toegang tot acute zorg te garanderen. Daarnaast willen we bereiken dat cliënten kunnen vertrouwen op de continuïteit van zorgverlening. Met het invoeren van de prestatiebekostiging krijgen instellingen meer ruimte om hun zorg cliëntgericht te organiseren. Tegelijkertijd worden de verantwoordelijkheden van zorginstellingen meer voelbaar, hun financiële risico's nemen toe. Dit doen we om de kwaliteit en het innovatieve vermogen van de zorgsector te verbeteren. Die impuls mag echter niet ten koste gaan van de beschikbaarheid van zorg. Concreet betekent dit dat wij de NZa zullen vragen een monitoringsysteem op te zetten om de financiële positie van zorgaanbieders te volgen en daarover tijdig te rapporteren, als daar aanleiding toe is. In de wetgeving zal ik de bevoegdheden vastleggen om maatregelen te treffen die noodzakelijk zijn om de continuïteit van zorg te blijven garanderen.

2 Het recht op keuze en op keuze-informatie

Goede informatie over de kwaliteit van de zorg heeft topprioriteit. Informatie is essentieel voor alle betrokkenen: cliënten, verzekeraars, zorgverleners, bestuurders en toezichthouders. Voor de cliënt moet duidelijk zijn wat er te kiezen is in het zorgaanbod, zowel bij de curatieve als bij de langdurende zorg. Zorgaanbieders moeten betrouwbare en toegankelijke informatie over kwaliteit van het aanbod en over ervaringen van hun cliënten openbaar gaan maken. In bijna alle sectoren bruist het op dit punt van de activiteiten. Het Bureau Zorgbrede Transparantie van de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) werkt met alle betrokkenen (waaronder cliënten) met prioriteit aan het ontwikkelen van indicatoren. De sector langdurige zorg loopt in dit verband voorop door steeds meer inhoud te geven aan het publiceren van indicatoren. Per 2011 moeten er ook voor 80 aandoeeningen in de curatieve sector specifieke indicatoren voor kwaliteit beschikbaar zijn. Het Centrum Klantervaringen Zorg (een stichting bestuurd door organisaties van cliënten, aanbieders en verzekeraars, financieel gesteund door het ministerie) bewaakt de betrouwbaarheid van metingen van ervaringen van cliënten. Om te benadrukken dat de cliënt recht heeft op informatie over klantervaringen en prestaties krijgt de cliënt in de zorg een rechtstreeks afdwingbaar recht op keuze-informatie. Dat betekent dat de cliënt zelf kan verlangen, en zo nodig kan afdwingen, dat gegevens over de prestaties en over ervaringen van cliënten beschikbaar komen van zorgaanbieders. In de wetgeving wordt verduidelijkt dat het recht op informatie ook de informatie over de behandeling van specifieke aandoeeningen en wachttijden bevat. De cliënt krijgt, door de introductie van een wettelijke verplichting, de zekerheid dat de informatie door de zorgaanbieder moet worden aangeleverd en dat die informatie begrijpelijk, betrouwbaar en vergelijkbaar is. Hiermee kan de cliënt aan de hand van de factoren die hij zelf belangrijk vindt, bepalen welke zorgaanbieder hij kiest. Ook de IGZ kan hiervan bij het toezicht op en handhaving van de kwaliteit en veiligheid van de zorg gebruik maken. Bij het invullen van het recht op informatie zal waar mogelijk worden aangesloten bij informatie die reeds voorhanden is, om te voorkomen dat onnodige administratieve lasten en regeldruk ontstaan.

Er is reeds veel kennis- en informatie beschikbaar bij patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties (PGO-organisaties). Wij zijn in overleg met de NPCF, de CG-raad, de Consumentenbond en Zorgbelangorganisaties en organisaties van zorgaanbieders over hoe de informatie over patiëntenrechten, over het zorg- en zorgverzekeringsaanbod en behandelrichtlijnen voor cliënten beter ontsloten kan worden. Daarnaast kunnen deze organisaties een belangrijke bijdrage leveren aan de ontwikkeling van informatie waar behoefte aan is. Zoals vastgelegd in de Wet marktordening gezondheidszorg heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), in verband met de informatieachterstand van de cliënt en het machtsverschil tussen partijen in de zorg, een belangrijke rol bij de bescherming en bevordering van de positie van de cliënt. In lijn met de voorstellen in deze brief en het bijgevoegde programma voert de NZa een consumentenprogramma uit om problemen weg te nemen die consumenten onderkennen bij het kiezen van een zorgverzekeraar of een zorgaanbieder.

3 Het recht op kwaliteit en veiligheid

De cliënt moet er op kunnen vertrouwen dat zorgverleners kwaliteit en veiligheid als eerste prioriteit beschouwen. Uit onderzoeken blijkt dat er vaak sprake is van (zeer aanzienlijke) kwaliteitsverschillen. Zoals blijkt uit het vorige recht is het noodzakelijk om de kwaliteit transparant te maken en cliënten een rechtstreeks afdwingbaar recht op informatie over kwaliteit en op veilige zorg te geven. De cliënt heeft er recht op om te weten welke kwaliteit hij van de zorgverlener mag verlangen. In dat kader worden in nauwe samenwerking tussen veldpartijen, VWS en IGZ, kwali-

teitsindicatoren ontwikkeld die een beeld geven van de geleverde kwaliteit. Vanzelfsprekend moeten deze indicatoren – die, gezien de voortdurende ontwikkelingen en vernieuwingen in het zorgverleningsproces dynamisch van aard zijn – worden onderhouden. Om de veiligheid van preventieve, curatieve en langdurende zorg te bevorderen moet systematisch worden nagegaan of vaststellen van minimumnormen voor de veiligheid van de zorg nodig is. Daartoe kan het noodzakelijk zijn dat op een aantal terreinen richtlijnen worden ontwikkeld. Welke terreinen dat precies zijn laten wij onderzoeken. Wij willen dat het proces van richtlijnontwikkeling op deze terreinen wordt aangejaagd en ondersteund en tegelijkertijd bewerkstelligen dat deze richtlijnen bijdragen aan het vergroten van de doelmatigheid van de gezondheidszorg. Vervolgens dient bewaakt te worden dat deze richtlijnen actueel blijven en dat ook inzichtelijk wordt gemaakt in hoeverre richtlijnen en veiligheidsnormen worden nageleefd. Naast de ontwikkeling van richtlijnen, is een zo optimaal mogelijke toepassing van die richtlijnen een belangrijk aandachtspunt. Dat maakt immers dat de kans zo groot mogelijk is dat cliënten volgens de laatste inzichten worden behandeld. Wij streven er naar dat de richtlijnen zoveel mogelijk gerealiseerd worden door de partijen in het veld. Daarmee wordt regeldruk voorkomen. De informatie over zowel de indicatoren, de bestaande richtlijnen als de mate waarin die richtlijnen worden nageleefd moet beschikbaar zijn voor cliënten, aanbieders, verzekeraars en toezichthouders. We denken er nog over na hoe de uitvoering van deze functies in samenhang organisatorisch vorm te geven. De IGZ zal uiteindelijk toezien op de naleving van de normen. Als deze normen niet tot stand komen, of in het veld onvoldoende aanvaard worden of naar de mening van IGZ niet adequaat zijn, kan de minister regels stellen. Op basis van die regels van de minister kan de IGZ via handhavingsplannen naleving afdwingen. De minister kan eveneens regels stellen over de inhoud, meetmethode en aanlevering van kwaliteitsindicatoren.

Cliëntenorganisaties kunnen aanspraak maken op financiële middelen voor PGO-organisaties om bij te kunnen dragen aan de ontwikkeling van indicatoren, zorgstandaarden en richtlijnen op het gebied van welzijn en zorg. Ze kunnen daarmee bijdragen aan kwaliteitsverbeteringen bij zorgaanbieders en invloed uitoefenen op zorginkoop door verzekeraars.

4 Het recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy
De rechtspositie van de cliënt wordt versterkt en uitgebreid, zodat de juridische voorwaarden voor een goede samenwerking tussen zorgverlener en cliënt helder zijn. De in het Burgerlijk Wetboek vastgelegde patiëntenrechten (recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy) die gelden bij de geneeskundige behandeling, gaan ook gelden in het werkgebied van de verpleging, verzorging en begeleiding. De urgentie van deze uitbreiding wordt breed gedragen. Het recht op informatie wordt uitgebreid met het recht op informatie over de rechtspositie en over de mogelijkheden in de behandeling, verzorging, verpleging en begeleiding, en het verloop daarvan. Het recht op informatie gaat ook expliciet het recht omvatten op informatie over fouten die merkbare gevolgen (kunnen) hebben voor de cliënt. Open met cliënten praten over fouten is belangrijk en noodzakelijk, evenals het uitspreken van excuses of een spijtbetuiging. Door dit expliciet te regelen kunnen polisvoorwaarden van aansprakelijkheidsverzekeraars daar geen beperkingen aan opleggen. Als cliënten langdurig van zorg gebruik maken is het essentieel dat de afspraken over de behandeling, verzorging, verpleging en begeleiding tussen cliënt en zorgaanbieder in een zorgplan worden vastgelegd. Het voorgaande zal, vooruitlopend op wettelijke verankering, nader worden uitgewerkt in een algemene maatregel van bestuur, die u zo spoedig mogelijk wordt toegezonden.

Voor het recht op informatie over feiten die zich tijdens de behandeling, verpleging, verzorging of begeleiding hebben voorgedaan is relevant is dat met de wetgeving ten behoeve van het elektronisch patiëntendossier (EPD) de cliënt recht krijgt op een EPD. Het EPD draagt bij aan goede dossiervorming en maakt het eenvoudiger voor de cliënt om het recht op inzage van het dossier uit te oefenen. De cliënt kan zelf, zonder tussenkomst van de arts, zijn dossier raadplegen en zien wie zijn gegevens elektronisch heeft geraadpleegd. Tot slot krijgt een zorgverlener die in bepaalde omstandigheden geen zorg wil verlenen de wettelijke plicht om door te verwijzen naar een andere zorgverlener.

De cliëntenrechten gaan gelden in iedere zorgrelatie. De cliënt kan van iedere zorgverlener die hij in het zorgproces tegenkomt verlangen dat zijn rechten gerespecteerd worden. Daarbij hoeft de cliënt zich niet bezig te houden met de vraag of er wel een overeenkomst tussen hem en de desbetreffende zorgverlener tot stand is gekomen. Wanneer dat nodig is kan de cliënt de naleving van zijn rechten, op grond van de wet, bij de burgerlijke rechter afdwingen. Hiermee krijgen de cliëntenrechten een breder toepassingsbereik dan nu het geval is. Dat de cliëntenrechten voortvloeien uit de wet neemt niet weg dat er een wederkerige overeenkomst tussen cliënt en zorgverlener tot stand kan komen. Voor de nakoming van de overeenkomst kan de cliënt geschillencommissie of de rechter om een oordeel vragen. In het geval van wanprestatie kan de cliënt om schadevergoeding vragen. Dit geldt ook in geval van onrechtmatigheid.

De cliëntenrechten gelden op het moment dat er feitelijk zorg wordt verleend. Deze keuze sluit aan bij de positie van wilsonbekwame cliënten. Zij mogen er vanuit gaan dat hun cliëntenrechten moeten worden gerespecteerd, onafhankelijk van de vraag of zij in juridische zin in staat zijn om een overeenkomst te sluiten. De bestaande wettelijke regelingen voor deze kwetsbare groepen cliënten blijven in stand. De bestaande bijzondere wetgeving biedt specifieke bepalingen die gelden bovenop de algemene bepalingen over cliëntenrechten. Met cliëntenorganisaties en zorgaanbieders hebben we afgesproken te onderzoeken of we de positie van wilsonbekwamen en hun vertegenwoordigers met de algemene bepalingen verder kunnen versterken.

Naast de mogelijkheden om de handhaving van cliëntenrechten bij de burgerlijke rechter af te dwingen, krijgt de cliënt de mogelijkheid om zich te wenden tot een laagdrempelige en onpartijdige commissie, die uitspraak kan doen over de toepassing van de cliëntenrechten. Het resultaat is dat de cliënt zijn rechten beter kan afdwingen en daardoor zijn rechtspositie sterker wordt. Van belang voor een sterke rechtspositie is bovendien dat we, naast de civielrechtelijke afdwingbaarheid, ook voorzien in publiek toezicht door de IGZ. Structurele schendingen van cliëntenrechten door zorgaanbieders zullen door de IGZ betrokken worden bij de afweging bij welke aanbieder er gericht onderzoek wordt gedaan.

Cliëntenrechten moeten goed geregeld zijn, maar vooral ook in de praktijk worden toegepast. Dit is bij uitstek een onderwerp voor dialoog tussen aanbieders en cliëntenorganisaties. Het verbeteren van de bekendheid van cliënten en zorgverleners met hun rechten en plichten wordt in samenwerking met de partijen uit het veld opgepakt. Daarnaast zijn wij heel blij met het initiatief van organisaties van aanbieders en cliënten om al voor enkele deelsectoren in de tweede helft van 2008, bij voorkeur in SER-verband, afspraken te maken over de eisen waaraan de geleverde zorg moet voldoen. Dit gebeurt in de vorm van tweezijdige algemene voorwaarden die een nadere invulling geven aan bestaande en aan in deze brief aangekondigde wettelijke normen. Als dit goed op gang komt,

kan dit de kern zijn van het garanderen van een goede positie voor cliënten. Algemene voorwaarden zijn immers door partijen zelf afgesproken en maken het mogelijk om heel concreet uit te werken wat partijen van elkaar mogen verwachten in de dagelijkse praktijk van de zorg. Het gaat om wederzijdse verantwoordelijkheden. Om goede zorg te kunnen verlenen mag ook de zorgverlener verwachten dat een cliënt de geldende omgangsvormen in acht neemt en zich dus niet agressief gedraagt, geen onredelijke eisen stelt en op tijd op afspraken verschijnt. Doordat deze voorwaarden worden overeengekomen tussen de organisaties van cliënten en zorgaanbieders, zullen evenwichtige voorwaarden ontstaan. Zowel de commissie die klachten of geschillen beoordeelt als de rechter zullen hun oordeel mede baseren op wat partijen onderling hebben afgesproken.

5 Het recht op afstemming tussen zorgverleners

Zorg wordt steeds complexer en vereist samenwerking tussen veel betrokken partijen en organisaties. De verantwoordelijkheid voor een goede afstemming willen wij met nadruk leggen bij de betrokken zorgverleners¹. De cliënt krijgt een recht op afstemming tussen zorgverleners. Zorgaanbieders die tegelijk of na elkaar zorg verlenen aan de cliënt moeten overleggen en afstemmen over de behandeling, de juiste informatie tijdig overdragen en nazorg verlenen. Dit geldt in de preventieve, curatieve en in de langdurende zorg. De cliënt mag nooit van het kastje naar de muur worden gestuurd als het om een goede afstemming gaat. Om dit te borgen willen wij dit als recht voor de cliënt in wetgeving verankeren.

Zorgaanbieders kunnen ervoor kiezen om met de cliënt afspraken te maken over wie de regie heeft. Als die afspraken ontbreken, moet de cliënt erop kunnen rekenen dat iedere zorgverlener de plicht heeft om af te stemmen. De cliënt kan iedere betrokken zorgverlener aanspreken op een goede afstemming en op het organiseren van goede nazorg en hem zo nodig aansprakelijk stellen wanneer het gebrek aan afstemming leidt tot schade voor de cliënt. Bij de gewenste duidelijke rechten en verantwoordelijkheden in de keten hoort ook dat de cliënt de juiste partij aansprakelijk kan stellen als er in een keten of in een samenwerkingsverband iets misgaat in de zorgverlening. De cliënt mag geen nadeel hebben van de betrokkenheid van meerdere zorgverleners. We onderzoeken hoe we de mogelijkheden om succesvol een schakel in de keten aansprakelijk te stellen kunnen vergroten. Wat ons betreft zal de centrale aansprakelijkheid die geregeld is voor ziekenhuizen ook gaan gelden voor aanbieders van AWBZ- en eerstelijnszorg.

6 Het recht op een effectieve, laagdrempelige klacht- en geschillenbehandeling

Wanneer er onvrede of een klacht ontstaat is het van het grootste belang dat de cliënt snel en laagdrempelig wordt geholpen. Daarmee kan veel ergernis worden voorkomen. Zorgaanbieders moeten zorgen voor een eenvoudige klachtenregeling. Die bevat minimaal een klachtenfunctionaris. De cliënt kan er op rekenen dat hij bij een functionaris van een zorgaanbieder terecht kan, die knelpunten in een vroeg stadium kan helpen oplossen en kwaliteitsverbetering kan bevorderen. Over het profiel van een dergelijke klachtenfunctionaris zijn in het veld al afspraken gemaakt die een uitstekende basis bieden. Er wordt nader onderzoek gedaan naar de behoefte aan een cliëntvertrouwenspersoon in deelsectoren en of er voor die sectoren extra waarborgen in de wetgeving moeten worden opgenomen. Wij streven er naar de bestaande wetgeving te vereenvoudigen, zonder daarbij de minimale waarborgen voor een goede klachtafhandeling uit het oog te verliezen.

¹ Een goed voorbeeld van zelfregulering om tot goede afstemming te komen is de richtlijn medicatieoverdracht die recent sectorbreed is vastgesteld. Deze richtlijn geeft aan binnen welk tijdsbestek medicatiegegevens aan een opvolgende zorgverlener moeten worden aangeleverd.

Als de klacht niet door de zorgaanbieder wordt opgelost krijgen cliënten, naast de mogelijkheid om handhaving van hun rechten bij de burgerlijke rechter af te dwingen, de mogelijkheid om bij een onpartijdige en externe commissie hun recht te halen. Voor de cliënt wordt hiermee gerealiseerd dat hij altijd op een laagdrempelige, eenvoudige, snelle en goedkope wijze zijn recht kan halen. De commissie kan een financiële compensatie tot € 25 000 toekennen. De commissie zal ook een signalerende en dus ondersteunende rol hebben voor het toezicht door de IGZ en de NZa. De weg naar de civiele rechter om het niet naleven, het onrechtmatig handelen of de aansprakelijkheid te laten beoordelen blijft bestaan. Ook de weg naar de tuchtrechter blijft open, voor die gevallen waarin de cliënt het professioneel handelen van de hulpverlener wil laten beoordelen door een rechter.

Om te zorgen dat alle cliënten in de zorg kunnen rekenen op een effectieve klachtafhandeling en geschilbeslechting is eveneens wetgeving nodig. Bij de nadere vormgeving in de praktijk sluiten we aan bij bestaande initiatieven van het veld. We noemen hier het beroepsprofiel voor klachtfunctionarissen, tweezijdige algemene voorwaarden en het uitbreiden van geschilbeslechting naar andere sectoren. De inrichting van de externe, onpartijdige commissie(s) wordt in nauw overleg met veldpartijen bepaald. Alle partijen vinden het van belang dat de commissie(s) voor een cliënt met een klacht fysiek dichtbij moet(en) zijn, dat er door organisatorische maatregelen meer eenheid komt in de uitspraken van de commissie(s) en dat de commissie(s) deskundigheid opbouwen. We bezien hoe het organiseren van één toegangslot van de commissie(s) ervoor kan zorgen dat de cliënt bij het goede adres terecht komt. Door intake of triage bij de commissie voor klachten en geschillen kan worden bereikt dat de cliënt een goed beeld heeft van de voor hem beschikbare opties, zodat de procedure die hij kiest goed aansluit bij wat hij wil bereiken. Dat kan betekenen dat de cliënt direct kiest voor een rechtsgang bij de civiele rechter of zich tot de tuchtrechter wendt.

7 Het recht op medezeggenschap en goed bestuur

Een cliëntenraad moet, meer dan nu al het geval is, kunnen functioneren als een serieuze gesprekspartner voor het bestuur van een instelling. De inspraak van cliënten op besluiten van een zorgaanbieder moet goed en op het juiste niveau binnen de organisatie zijn geregeld. We borgen in de wetgeving dat cliënten of hun persoonlijke vertegenwoordigers via de lokale cliëntenraad invloed kunnen uitoefenen op besluiten die de persoonlijke levenssfeer en de kwaliteit van leven raken. Met de betrokken organisaties van cliënten en zorgaanbieders hebben we afgesproken dat we bezien of bij deze onderwerpen het verzwaaarde adviesrecht¹ beter kan worden vervangen door een instemmingsrecht. Ook bekijken we hoe het begrip «lokaal» of «decentraal» het beste omschreven kan worden, mede met het oog op scheiden van wonen en zorg. Daarnaast is een centrale cliëntenraad verplicht. Hier ligt het adviesrecht ten aanzien van strategische besluiten. Voor fusiebesluiten willen we effectieve invloed door de cliëntenraad borgen door middel van een verzwaaard adviesrecht of eventueel een instemmingsrecht. Gezien de aard van de bevoegdheden van de centrale cliëntenraad en de bijbehorende vereiste deskundigheid willen wij de mogelijkheid bieden dat het cliëntenperspectief mede vertegenwoordigd wordt door professionals van een belangenbehartiger, zoals bijvoorbeeld een landelijke organisatie die de belangen van cliënten behartigt.

¹ Verzwaaard adviesrecht betekent dat een zorgaanbieder niet van het advies mag afwijken, tenzij de commissie van vertrouwenslieden heeft geoordeeld dat de aanbieder zijn besluit in redelijkheid kan nemen.

Om een serieuze gesprekspartner te kunnen zijn voor het bestuur is het nodig dat cliëntenraden regie krijgen over hun eigen budget. Cliëntenraden kunnen op basis van een, door henzelf opgestelde en door het bestuur gefiatteerde, begroting en werkplan zelfstandig beschikken over

een toereikend budget. In de toelichting bij de wetgeving wordt verduidelijkt dat daarbij, indien de cliëntenraad dat wenst, in ieder geval middelen beschikbaar moeten worden gesteld voor een vergoeding voor de voorzitter, vergaderfaciliteiten, reiskosten externe vergaderingen, scholing, ondersteuning, inhuur expertise of van een lidmaatschap van een cliëntenorganisatie. Met de jaarlijkse begroting en het bijbehorende werkplan kan flexibel worden ingespeeld op de activiteiten die de cliëntenraad voor de komende periode voorziet. In de memorie van toelichting bij de wetgeving zal worden beschreven voor welke type activiteiten voldoende budget moet zijn. De commissie van vertrouwenslieden kan meningsverschillen over het budget inhoudelijk toetsen.

Het programma «Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie»

Wij hebben in deze brief de beoogde resultaten beschreven die dit programma per 2011 zal opleveren. Wij stellen een combinatie van instrumenten voor. Wij sluiten daarbij aan bij de initiatieven van partijen in het veld die zich inspannen om de kwaliteit en klantervaringen zichtbaar te maken, om algemene voorwaarden op te stellen en om een zorgbrede geschillencommissie te introduceren. Daarnaast versterken we de organisaties die voor cliënten opkomen en verankeren we de verbeterde rechtspositie voor cliënten in wetgeving.

Voor het verankeren van de elementen die cruciaal zijn voor het leveren van veilige zorg aan de cliënt, voor transparantie van de kwaliteit van de zorg en voor het uitbreiden van bestaande cliëntenrechten, is wetgeving noodzakelijk. De beleidsvoornemens om de positie van de cliënt te versterken leiden er toe dat een aantal wetten niet in ongewijzigde vorm kan blijven bestaan. Het gaat om de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, de Wet toelating zorginstellingen en delen van het Burgerlijk Wetboek (Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst). We willen bereiken dat de competitie op prijs in de curatieve sector wordt aangevuld met inzicht in kwaliteit en dat de samenhang in de zorg wordt vergroot, met name omdat goede zorg aan chronisch zieken steeds meer nodig is. De overheid moet de instrumenten hebben om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te bewaken en te handhaven. De wetgeving wordt het sluitstuk waarin alle thema's en daaraan verbonden rechten voor de cliënt in onderlinge samenhang worden gezien. Bij de vormgeving van de wetgeving zal deze onderlinge samenhang het belangrijkste toetspunt vormen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. Bussemaker

I Investeren in de zorgrelatie: een nieuw perspectief

Goede zorg krijgt vorm in de relatie tussen cliënt en zorgverlener. In die relatie willen wij deze kabinetsperiode investeren. We spreken in dit programma van «cliënt» en voor de toekomst over «cliëntenrechten». Met het begrip «cliënt» bedoelen we iedereen die een beroep doet op de curatieve zorg, de care of preventieve zorg.

Het versterken van de positie van de cliënt in de zorgrelatie is een logisch vervolg op de veranderingen in de stelsels van zorg en maatschappelijke ondersteuning. Het cliëntenperspectief betekent voor mensen die langdurend zorg nodig hebben dat we de keuzevrijheid in woonvormen vergroten, dat de privacy bij het wonen gerespecteerd wordt, dat er goed wordt samengewerkt in de keten en dat er meer inzicht komt in de kwaliteit¹. De vernieuwing van het zorgstelsel is ingezet om de verzekerde in een sterkere positie te brengen ten opzichte van de verzekeraar en hem meer keuzemogelijkheden te geven. De mogelijkheden van de verzekeraar om de kwaliteit van zorg te beïnvloeden en om bij hun polissen en de zorginkoop beter in te spelen op specifieke behoeften van zijn verzekerden, zijn toegenomen. Met de invoering van de Wet op de maatschappelijke ondersteuning is een aantal zorgvormen dichter bij de woonomgeving van mensen gebracht. Hoe belangrijk ook de rol van de verzekeraar is, het zijn allereerst de cliënt en de zorgverlener die samen de feitelijke zorgrelatie vormgeven. Het investeren in deze relatie tussen cliënt en zorgverlener vormt een essentieel onderdeel van een goede positionering van de drie partijen uit de welbekende zorgdriehoek: cliënt/verzekerde – aanbieder – verzekeraar.

De noodzaak om de positie van cliënten te versterken wordt verwoord door de cliëntenorganisaties, die zich inzetten voor «een paradigmashift» in de zorg. Er moet een omslag komen in de regie, sturing en financiering van de zorg. Zorgaanbieders, verzekeraars en beleidsmakers moeten echt durven denken en beslissen vanuit het perspectief van de cliënt. Meer en meer is het ook van belang dat cliënten en zorgverleners samen werken aan de gezondheid van de cliënt².

De NPCF heeft bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel aangedrongen op een basiswet die de rechten van cliënten vanuit hun perspectief garandeert³. De introductie van de Zorgverzekeringswet, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO) heeft vragen opgeroepen over de nieuwe verantwoordelijkheden. Er is behoefte aan duidelijkheid over de juridische positie van de burger in deze nieuwe constellatie. De NPCF heeft een voorstel gedaan voor de basis van wetgeving waarmee de aanspraken met betrekking tot geleverde kwaliteit, de inkoop van zorgverzekeraars, ketenzorg en innovaties goed geborgd zouden worden. De NPCF noemt het recht op toegang en informatie, het recht op veiligheid en kwaliteit, het recht op een goede zorgrelatie en hoogwaardige dienstverlening en het recht op een goede regeling bij fouten en geschillen.

De cliëntenorganisaties die cliënten in de langdurende zorg vertegenwoordigen (CG-raad, de CSO, Platform VG, het landelijk platform GGZ, ANBO, Per Saldo e.a.) zetten zich in voor regie door de cliënt en voor kwaliteit van leven. Mensen die langdurig zorg nodig hebben willen zeggenschap en regie over hun eigen leven behouden. Er moet een verschuiving in het denken komen van collectief gecontracteerd en gestuurd aanbod naar ruimte voor maatwerk en vraagsturing. De gewenste versterking van de

¹ «Zorg voor ouderen», Tweede Kamer 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 146.

² Van patiënt tot partner, L. Berenschot en L. van der Geest, Nyfer, 2005.

³ NPCF-brochure, De Zorgconsumentenwet: wat er in moet staan, maart 2007.

positie van de cliënt moet zich wat deze organisaties betreft, behalve in de zorginhoudelijke verhouding, ook voordoen in de financiële relatie. Vraagsturing betekent dat de cliënt, die dat wil, in alle opzichten kan sturen, dus ook in de financiële relatie met de zorgaanbieder.

De Consumentenbond richt zich op een oplossing van belangrijke knelpunten in de patiëntenwetgeving. De Consumentenbond noemt de invulling van het begrip verantwoorde zorg, klachtafhandeling en geschillenbehandeling, tweezijdige algemene voorwaarden als basis, recht op informatie, toegespitste informatie over de behandelingen, risico's en alternatieven, het aanspreken en aansprakelijk kunnen stellen van (groepen van) zorgverleners in de keten, keuze-informatie en veilige zorg. De Consumentenbond dringt aan op de totstandkoming van een evenwichtig en samenhangend beleid voor de invulling van de rechten van de zorgconsument op afzienbare termijn. De Consumentenbond pleit voor wetgeving waarmee de tekortkomingen op de bovengenoemde onderwerpen worden opgelost en de verbinding tussen bestaande wet- en regelgeving wordt gelegd. Met de totstandkoming van tweezijdige algemene voorwaarden in de zorg en onafhankelijke geschillencommissies kan de positie van de cliënt in de praktijk het gewenste materiële effect krijgen.

Het vergroten van de invloed van cliënten op de zorgverlening vereist ook dat zorgaanbieders de ruimte krijgen om zorg op de wensen van cliënten af te stemmen. We realiseren ons dat er veel veranderingen op de sector afkomen en dat de maatschappij steeds hogere eisen aan zorgaanbieders stelt. De actieve en positieve participatie rond het ontwikkelen van indicatoren op het gebied van transparantie en patiëntveiligheid maakt dat wij er vertrouwen in hebben dat het veld de nieuwe dynamiek aankan. Met onze voornemens sluiten we graag aan bij initiatieven die in het veld al worden ontplooid. De bekostiging door middel van zorgzwaartepakketten en DBC's, de invoering van integrale tarieven in combinatie met vrijheid bij investeringsbeslissingen, en de introductie van meer vrije prijsvorming geeft zorgaanbieders meer ruimte om de zorg innovatief te organiseren. Zij kunnen zich met kennis, kunde en cliëntgerichtheid onderscheiden op het gebied van kwaliteit. De toenemende ruimte creëert geen vrijblijvendheid. Zij gaat gepaard met een verplichting tot het meten en publiceren van de resultaten op het gebied van kwaliteit, veiligheid en klantervaringen. In combinatie met het jaardocument maatschappelijke verantwoording over de prestaties van zorgaanbieders en de verplichtingen die op grond van de WMG gelden is de verantwoording dan afdoende geregeld.

Ook de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft onderzoek gedaan naar de versterking van de rechtspositie van de cliënt in de zorg. De Raad signaleert lacunes in het recht op vergelijkende keuze-informatie. De Raad vindt de patiëntenrechten ontoegankelijk en vindt dat de cliënt kennis moet kunnen nemen van de normen voor verantwoorde zorg.

Ook de klachtmogelijkheden zijn naar de mening van de Raad niet goed bekend bij cliënten. De Raad verwacht van het enkel bijeenbrengen van versnipperde patiëntenrechten op één plaats geen meerwaarde voor de rechtspositie van de cliënt of de toegankelijkheid van de patiëntenrechten. De Raad beveelt de oprichting van een kenniscentrum aan om de toegankelijkheid en effectiviteit van patiëntenrechten in de praktijk te vergroten¹.

In de Staat van de Gezondheidszorg 2006 heeft de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) een aantal knelpunten gesignaleerd bij de toepassing van de patiëntenrechten. De IGZ wijst op problemen bij ketenzorg, op het belang van de betrokkenheid van cliënten bij het opstellen en

¹ Advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet? 2006.

evalueren van hun zorgplan en pleit voor laagdrempelige en onafhankelijke bemiddeling en ondersteuning van cliënten bij klachten.

II Investeren in de zorgrelatie: een onmisbare impuls voor kwaliteit en innovatie

De invloed van de cliënt wordt versterkt...

Wij willen bereiken dat de cliënt zich in de zorg centraal staat en dat ook zo ervaart. We zullen de cliënt helpen om beter zijn weg te vinden in de mogelijkheden die in de zorg geboden worden. Een centrale positie innemen in de zorg begint bij het zelf kunnen kiezen welke zorg het beste bij je past. Cliënten moeten zo nodig kunnen terugvallen op heldere juridische voorwaarden voor een goede zorgrelatie. Hun rechten moeten beter aansluiten op de moderne, complexe zorg en, naast behandeling, ook van toepassing zijn bij alle overige functies op grond van de AWBZ. Cliënten moeten invloed kunnen uitoefenen met suggesties en reacties op verleende zorg, en zo bijdragen aan een betere kwaliteit en innovatie van de zorg in Nederland. Dat kan in de vorm van een signaal of bedankbrief, maar ook in meer structurele vorm van inspraak bij zorginstellingen en bij zorgverzekeraars en door participatie in vertegenwoordigende organisaties.

Het zelf kiezen van de zorg die het beste bij je past en het invloed uitoefenen op zorg is niet voor iedereen weggelegd. Een grote groep mensen in de zorg is niet in de positie om zijn belangen helemaal zelfstandig af te wegen. Hier hebben vertegenwoordigers een belangrijke rol. Ook voor de groep cliënten die niet zelfstandig een afweging kunnen maken willen wij, via hun vertegenwoordigers, bereiken dat er zorg geleverd wordt die goed op de behoefte van de cliënt aansluit. De rechten van cliënten die geen zelfstandige afweging kunnen maken, kunnen in dat geval door hun wettelijke/persoonlijke vertegenwoordiger worden ingeroepen.

...waarbij de kracht van het collectief wordt ingezet, ...

Wij willen bereiken dat cliënten over de hele linie een serieuze gesprekspartner zijn voor het verder verbeteren van de zorg. De acties uit dit programma zijn er op gericht dat cliënten betrokken zijn bij het zichtbaar maken van de kwaliteit, bij het formuleren van indicatoren om de veiligheid van de zorg te meten en bij het stimuleren van innovatie. De macht van het getal en de verzamelde kennis bij vertegenwoordigende organisaties is van grote waarde voor het effectief invloed uitoefenen door cliënten. De stem van cliënten kan door de PGO-organisaties nog beter worden gebundeld richting aanbieders, verzekeraars en overheden en andere maatschappelijke organisaties. Ook de zorgverzekeraar kan, als zorginkoper, een belangrijke bondgenoot van de cliënt zijn bij het realiseren van zijn wensen ten aanzien van zorg. Hierbij zijn de cliëntenrechten voor de verzekeraar het uitgangspunt. De verzekeraar kan worden ingeschakeld om snelle toegang tot geïndiceerde zorg te krijgen en te helpen bij het kiezen van een passende zorgaanbieder.

...waarbij zorgaanbieders cliëntgericht zorg verlenen...

Zorg is cliëntgericht wanneer de organisatie van de zorg op de wensen van de gebruikers is afgestemd en cliënten een grote stem hebben in de wijze waarop de zorg wordt verleend. De kennis en ervaring van mensen die op zorg zijn aangewezen, is essentieel voor zorgaanbieders. De cultuur in de zorg moet er overal één zijn waar signalen en klachten benut worden voor verdere verbetering van de zorg. Het centraal stellen van de cliënt is niet alleen goed voor de kwaliteit van zorg, maar ook een prettige manier van werken voor alle werkers in de zorg. Hun inzet komt optimaal tot zijn recht wanneer zij aandacht kunnen hebben voor hun cliënt en op diens wensen in kunnen gaan..

...en de overheid de kwaliteit en veiligheid van de zorg bewaakt

De overheid is en blijft de systeemverantwoordelijke in de zorg, en waarborgt met wetgeving de toegankelijkheid, kwaliteit en veiligheid van de zorg. Deze rol van de overheid vereist adequaat toezicht door de toezichthouders in het veld (IGZ en NZa) die beschikken over een effectief instrumentarium, in aanvulling op professioneel bestuur en toezicht van zorgaanbieders. Met een stevige toezichthouder die toezicht houdt op de veiligheid van de zorg op basis van een minimumniveau voor de kwaliteit, is de cirkel rond. Als de veiligheid van de zorg gegarandeerd is en de kwaliteitsverschillen inzichtelijk zijn, kan de cliënt zijn keuze maken. Het systeem van de gezondheidszorg, en dus ook het toezicht, gaat uit van vertrouwen in veldpartijen en is gericht op het stimuleren van veldpartijen om eigen verantwoordelijkheid te nemen. Dat betekent dat de IGZ en de NZa niet op de stoel van zorgaanbieders gaat zitten maar wel stevig optreden tegen partijen die hun rol niet waar maken, zeker op die terreinen waar de veiligheid van zorg in gevaar dreigt te komen en de kwaliteitsverschillen voor de cliënt onvoldoende inzichtelijk zijn.

III Investeren in de relatie tussen cliënt en zorgverlener: een combinatie van instrumenten

Om de gewenste ontwikkeling naar meer invloed van de cliënt op de zorg te bevorderen, stellen wij een combinatie van instrumenten voor.

Om de cliëntenrechten hanteerbaar te maken sluiten wij aan bij de inspanningen die al door veldpartijen worden geleverd. Wij zien dat de partijen in de zorg met elkaar initiatieven ontplooien om de zorg meer cliëntgericht te maken. Met dit programma willen wij die initiatieven ondersteunen. Wij noemen het project Zorgbrede transparantie, dat bijdraagt aan een grotere transparantie van de prestaties van zorgaanbieders, het Centrum Klantervaringen Zorg dat de betrouwbaarheid van gemeten klantervaringen bewaakt, het financieel ondersteunen van de totstandkoming van tweezijdige algemene voorwaarden in de zorg en het steunen van het initiatief van veldpartijen om de werking van geschillencommissies uit te breiden naar andere sectoren.

Met een structurele financiële impuls van ruim tien miljoen euro per jaar willen wij de patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties (PGO-organisaties) versterken¹. De PGO-organisaties voorzien in een brede maatschappelijke behoefte en dragen bij aan het welbevinden van mensen die door omstandigheden kwetsbaar zijn. Het doel van de nieuwe subsidiesystematiek is dat PGO-organisaties hun goede werk kunnen voortzetten én zich tegelijkertijd kunnen ontwikkelen tot nog sterkere vertegenwoordigers van patiënten, gehandicapten en ouderen. Sterke PGO-organisaties kunnen cliënten ondersteunen bij het maken van keuzes ten aanzien van zorg en ondersteuning en bij het voeren van de regie op het eigen leven (maatschappelijke participatie), en kunnen cliënten helpen een volwaardige gesprekspartner te worden van hun behandelaars.

Wetgeving is nodig om de rechtspositie van cliënten uit te breiden op het gebied van keuze-informatie, kwaliteit en veiligheid, de toepassing van cliëntenrechten in de langdurende zorg, het recht op afstemming en de uitbreiding van de aansprakelijkheid en voor het regelen van een laagdrempelige klacht- en geschilprocedure en goede medezeggenschap. Wetgeving moet eveneens als stimulans functioneren voor het tot stand komen van normen voor patiëntveiligheid, kwaliteitsindicatoren, meten en publiceren van klantervaringen en algemene voorwaarden. We zullen met de betrokken organisaties in het veld in gesprek blijven om ons ervan te verzekeren dat de vorm van de ontwerpwetgeving aan de in dit programma gestelde inhoudelijke eisen voldoet. Bij de keuze voor de

¹ Kamerstukken II, 2006–2007, 29 214, nr. 24 en 2007–2008, 29 214, nr. 30.

vorm van de wetgeving zullen wij de gewenste samenhang, de overzichtelijkheid van het resultaat en de consequenties voor een spoedige inwerkingtreding als toetspunt hanteren. Ook de inhoud van de normen in de wetgeving zullen wij, na overleg met organisaties van cliënten, zorgaanbieders en verzekeraars, bepalen. We zullen aandacht besteden aan het terugdringen van de regeldruk en administratieve lasten voor zorgverleners, zodat zij zich kunnen richten op het verlenen van zorg aan de cliënt en niet worden belast met vermijdbare regels en lasten. Bij de totstandkoming van de voorgenomen wetgeving raadplegen wij bovendien een commissie van externe deskundigen¹. Wij willen de voorgenomen wetgeving, na de advisering door de Raad van State, in het voorjaar van 2009 bij uw Kamer indienen. We streven er naar om de wetgeving uiterlijk per 1 januari 2011 in werking te laten treden.

IV Investeren in de zorgrelatie: wat cliënten mogen verwachten in de zorgrelatie

Ons doel is dat cliënten centraal staan bij de zorgverlening, dat ze ervaren dat dit zo is en dat hun rechten tot leven komen in de praktijk. De analyse van bestaande knelpunten en de gesprekken met organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben geleid tot de keuze van zeven thema's die relevant zijn bij het positioneren van de cliënt in de zorg. We drukken die thema's uit in zeven rechten voor de cliënt in de zorg.

Zeven rechten voor de cliënt in de zorg:

1. het recht op beschikbare en bereikbare zorg
2. het recht op keuze en het recht op keuze-informatie
3. het recht op kwaliteit en veiligheid
4. het recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy
5. het recht op afstemming tussen zorgverleners
6. het recht op een effectieve en laagdrempelige klacht- en geschillenbehandeling
7. het recht op medezeggenschap en goed bestuur

We beschrijven hierna hoe de zeven rechten als zeven thema's van goede zorg worden opgepakt en uitgewerkt en hoe wetgeving de gewenste omslag naar meer regie en invloed door de cliënt kan ondersteunen. De schema's aan het slot van iedere paragraaf geven per recht weer welke bestaande normen worden gehandhaafd, welke nieuwe normen worden toegevoegd en welke normen zullen vervallen.

1 Het eerste thema: het recht op beschikbare en bereikbare zorg

Recht op toegang tot zorg

Het recht op toegang tot zorg, het recht op tijdige zorg en de financiële toegankelijkheid tot zorg worden gewaarborgd door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), door een brede basisverzekering (verankerd in de Zorgverzekeringswet) en door het aanbieden van diverse bevolkingsonderzoeken, vaccinaties en jeugdgezondheidszorg (van 0 tot 19 jaar) via onder andere de Wet collectieve preventie. In de Zorgverzekeringswet en AWBZ is het recht op verzekerde zorg geregeld, door middel van een zorgplicht van de zorgverzekeraar. Met de keuze voor de soort verzekering heeft de verzekerde zelf in de hand in hoeverre hij een afdwingbaar recht heeft op zorg. Een naturaverzekering geeft verzekerden het recht op de verzekerde zorg, die door de verzekeraar (in natura) moet worden geleverd. Een restitutiepolis geeft recht op vergoeding van de kosten van de verzekerde zorg, met daarbij een bemiddelingsplicht van de zorgverzekeraar. Een PGB stelt PGB-houders in staat om zelf de verzekerde zorg te kiezen en te betalen. Het effectueren van het recht op zorg is

¹ De begeleidingscommissie bestaat uit: prof. mr. J. H. Hubben (voorzitter), prof. mr. A. C. Hendriks, mw. M. G. H. C. Oomen en mw. prof. dr. M. J. Trappenburg.

onlosmakelijk verbonden aan de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de zorg. Ook deze belangen zijn een onderdeel van de verantwoordelijkheid van de overheid voor het systeem van gezondheidszorg en volksgezondheid. Bij de evaluatie van de Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg wordt onder andere bekeken of de beoogde werking geleid heeft tot de gewenste invloed van de verzekerde. Het standpunt van het kabinet bij het SER-advies over de AWBZ zal ingaan op het recht op objectieve indicatiestelling, het recht op zorg op grond van de indicatie, de mogelijkheid om te kiezen tussen zorg in natura en een PGB en het recht om, binnen grenzen van doelmatigheid, te bepalen of de zorg thuis of intramuraal wordt geleverd. De bekostiging van de AWBZ-zorg zal op een cliëntvolgende manier worden ingericht.

Recht op beschikbaarheid en bereikbaarheid van preventieve zorg

Vanuit de verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid bevordert de overheid met specifieke interventies die gericht zijn op afzonderlijke doelgroepen de gezondheid van de burgers en de volksgezondheid (het preventiebeleid). Bij zorggerelateerde interventies als bevolkingsonderzoeken (screeningen op borstkanker, baarmoederhalskanker en prenatale screening), de jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 19 jarigen, het rijksvaccinatieprogramma en de infectieziektebestrijding (waaronder de griep-prik en geslachtsziektebestrijding), hebben burgers die tot de doelgroep behoren er recht op dat dit aanbod voldoet aan de kwaliteitseisen en eisen van beschikbaarheid, zoals die ook voor de reguliere zorg gelden. Het toezicht op de kwaliteit zal in de wetgeving over kwalitatief goede zorg aan cliënten geregeld zijn. De overheid regelt de toegang tot openbare gezondheidszorg, bevolkingsonderzoek, rijksvaccinatieprogramma en preventie door GGD-en in specifieke, bestaande, wetgeving.

Recht op beschikbare en bereikbare acute zorg

De genoemde zorgplicht biedt naar onze mening over het algemeen voldoende garantie voor cliënten dat de zorg die zij nodig hebben binnen redelijke termijnen en binnen redelijke afstanden beschikbaar is. Op één onderdeel zijn wij echter van mening dat de beschikbaarheid en bereikbaarheid aanvullend en expliciet door de overheid geborgd moet worden. Het gaat hier om de acute zorg. Bij de acute zorg gaat het veelal om levensbedreigende situaties of situaties waarin patiënten bij te late actie onherstelbare schade oplopen. Wij vinden dat de spoedeisende hulp in ziekenhuizen 7 dagen per week en 24 uur per dag binnen 45 minuten beschikbaar moet zijn¹. De overheid staat daarvoor garant. Met het verdwijnen van de Wet toelating zorginstellingen (zie hoofdstuk V van dit programma) wordt deze norm uit de beleidsregels van de WTZi overgenomen als element van het recht op verantwoorde zorg van de cliënt. Om de toegang tot de acute zorg binnen de wettelijke norm te kunnen garanderen, krijgen ziekenhuizen met spoedeisende hulp die noodzakelijk zijn voor de bereikbaarheid in een bepaald gebied een bedrag om de acute zorgfunctie 7 dagen per week en 24 uur per dag te vervullen. De IGZ is, en blijft ook in de nieuwe situatie, belast met het toezicht op de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg. De mogelijkheid om specifieke eisen te stellen aan de bereikbaarheid van individuele instellingen door middel van het verbinden van een voorschrift aan een toelating wordt vervangen door een aanwijzingsbevoegdheid van de toezichthouder, zoals de Kwaliteitswet die ook kent. De mogelijkheid van bestuursdwang/last onder dwangsom blijft bestaan. De sturingsmogelijkheden zullen daarmee niet verminderen. De IGZ kan de zorgaanbieder een aanwijzing geven als de bereikbaarheid van acute zorg in gevaar komt en indien nodig een bevel voor zeven dagen. De minister kan eventueel het bevel verlengen.

¹ Rekening houdend met de huidige situatie waarin dit in 99% van de gevallen mogelijk is.

De brief over bereikbaarheid en kwaliteit van zorg, die u voor de zomer ontvangt, bevat onze visie op bereikbaarheid van zorg in relatie tot kwali-

teit. Naast de bereikbaarheidsnorm voor spoedeisende hulp borgt de overheid de bereikbaarheid van de acute zorg via het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), waaraan alle aanbieders van acute zorg verplicht deelnemen. Uit de brief over de bereikbaarheid en kwaliteit zal blijken dat de acute ziekenhuiszorg goed bereikbaar is. De bereikbaarheid van de huisartsenzorg behoeft op een aantal aspecten nog verbetering. Onder andere zullen er duidelijkere normen moeten worden geformuleerd ten aanzien van de bereikbaarheid van huisartsenzorg en verloskundige zorg. De brief zal hier nader op ingaan. In de brief gaan we tevens in op de spanning tussen kwaliteit en bereikbaarheid die in enkele dunbevolkte gebieden kan ontstaan doordat ziekenhuizen niet meer aan de minimale vereisten voor de spoedeisende hulp (acht poortspecialismen die 7 dagen per week en 24 uur per dag beschikbaar dienen te zijn) kunnen voldoen. Zoals ook in het begrotingsdebat aangekondigd, kiezen wij in geval van spanning tussen kwaliteit en bereikbaarheid voor kwaliteit.

Beschikbaarheid van overige zorg Naast bereikbaarheid (van acute zorg) is beschikbaarheid van zorg van belang. Voor alle vormen van zorg geldt dat wij stimuleren dat het aanbod voldoende, gevarieerd en voldoende gespreid is. Dat doen we bijvoorbeeld door middel van bekostiging (bekostiging van kleinschalige woonvormen, bekostiging op basis van DBC's en zorgzwaartepakketten) en het mogelijk maken van verblijfsdiensten thuis. Over kleinschalige zorg ontvangt uw Kamer na de zomer een brief. Ook zijn er ontwikkelingen in het veld die ertoe leiden dat zorg dichter bij de cliënt wordt aangeboden, zoals verschuivingen van de tweede naar de eerste lijn. Daarnaast bieden zorgdiensten via telefoon of internet een kans om geografische beperkingen bij de toegang tot zorg op te heffen en de toegankelijkheid van de zorg te vergroten. Bij één vorm van zorg zijn wij van mening dat een expliciete borging door de overheid van de beschikbaarheid noodzakelijk is. Voor crisisopvang willen wij garanderen dat die voldoende beschikbaar is.

Voor alle vormen van zorg geldt dat de kwaliteit goed moet zijn. In veel gevallen blijkt dat de kwaliteit van de zorg toeneemt als complexe zorg-handelingen vaker wordt uitgevoerd. Door dit inzicht neemt ook de discussie toe over de vraag in welke gevallen het gewenst is om een minimumnorm te stellen voor de frequentie waarmee handelingen moeten worden verricht. Als minimumnormen voor kwaliteit ertoe zouden leiden dat bepaalde vormen van zorg meer geconcentreerd beschikbaar zijn, en daarmee een spanning ontstaat met de bereikbaarheid van die zorg dan gaat kwaliteit voor bereikbaarheid. In onze brief over bereikbaarheid en kwaliteit zullen wij ingaan op dit onderwerp en de keuzes die daaruit voortvloeien.

Vanuit de vrees dat de bereikbaarheid van zorg en daarmee de keuzevrijheid voor cliënten door fusies in het geding komt, hebben we tijdens het interpellatiedebat van 10 april jongstleden aangekondigd te bezien of het fusietoezicht in de zorg aanscherping behoeft, gezien de transitiefase waarin de zorgsector zich momenteel bevindt. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) toetst voorgenomen fusies. Wij onderzoeken in overleg met de minister van Economische Zaken welke mogelijkheden er zijn om, bijvoorbeeld via een beleidsregel, de NMa bij haar concentratietoezicht in de zorg in alle gevallen waarin fuserende partijen op de relevante markt gezamenlijk een marktaandeel van 35% of meer hebben, vanzelfsprekend met in achtneming van adviezen van de NZa en IGZ, stringent te laten toetsen. Daarbij zal ook nader worden bepaald hoe de NMa structureel de zienswijzen van cliëntenraden en van andere belanghebbenden in haar besluiten zal betrekken. De NMa dient bij de beoordeling van een dergelijke fusie rekening te houden met voor de zorg specifieke elementen, zoals het belang van de reisbereidheid van cliënten, de

rol van verzekeraars en zorgkantoren bij de inkoop van zorg, de nog op gang komende competitie tussen zorgaanbieders, de nog beperkte mate van sturing door verzekeraars, als ook de nog gebrekkige transparantie van de geleverde kwaliteit en in haar fusiebesluiten te motiveren hoe de voor de zorg specifieke elementen van invloed zijn geweest op haar oordeel. Daarnaast zullen we de IGZ vragen structureel extra toezicht te houden op de kwaliteit van zorg in organisaties die als gevolg van een fusie in een reorganisatie verkeren. Aanvullend op deze maatregelen willen we structurele, meer algemene maatregelen nemen die niet alleen gelden bij fusies. Zoals hierboven al gemeld zullen we meer normen laten opstellen ten aanzien van bereikbaarheid. Ook zal inspraak van cliënten door cliëntenraden worden versterkt. Versterking van de inspraak van cliënten op lokaal niveau draagt bij aan minder bestuurlijke vervreemding en behoud van de menselijke maat. Versterking van de inspraak van cliënten op centraal niveau draagt bij aan meer invloed van cliënten bij strategische besluiten.

De overheid bewaakt de continuïteit van zorg

We willen bereiken dat cliënten kunnen vertrouwen op de continuïteit van zorgverlening. De primaire verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij bestuurders, toezichthouders, verzekeraars en financiers. Integrale prestatiebekostiging geeft zorgaanbieders meer ruimte voor eigen keuzes en beslissingen. Hun verantwoordelijkheden worden meer voelbaar, de financiële risico's nemen toe. Dit doen we om de kwaliteit en het innovatieve vermogen van de zorgsector te verbeteren. Die impuls mag echter niet ten koste gaan van de beschikbaarheid van zorg voor de cliënt. In de brief over de invoering van de integrale tarieven hebben we dan ook aangegeven preventief te willen kunnen ingrijpen indien het vertrouwen in de continuïteit van de zorg in gevaar komt door ernstige financiële problemen bij individuele zorgaanbieders. Eveneens hebben we aangegeven dat de wettelijke bevoegdheid daartoe ruim genoeg moet zijn om in te grijpen indien de continuïteit van zorg in gevaar is. Het doel daarvan is het bewaken van de toegang tot de zorg voor cliënten. Het gaat niet om de instandhouding van afzonderlijke instellingen, dat past immers niet bij de beoogde vraagsturing in de zorg. Het gaat ons om problemen waarbij de verwachting is dat zonder ingrijpen van buitenaf de continuïteit van zorg voor cliënten in gevaar komt. Dat kan gelden voor de curatieve en voor de langdurende zorg. Wij vragen de NZa om een monitoringsysteem op te zetten om de financiële positie van zorgaanbieders te volgen en daarover tijdig te rapporteren als daar aanleiding toe is. In de wetgeving zal ik de bevoegdheden vastleggen om maatregelen te treffen die noodzakelijk zijn om de continuïteit van zorg te blijven garanderen. Daarbij kunnen de bewindspersonen van VWS gebruik maken van de adviezen en signalen van de IGZ. De IGZ informeert de minister over de prestaties van de zorgaanbieder op het gebied van de kwaliteit van de zorg. De NZa kan bij de monitoring en signalering gebruik maken van de expertise van het College sanering zorginstellingen, dat bij de NZa wordt ondergebracht. De bewindspersonen beslissen over het inzetten van het instrumentarium.

Recht op bereikbare en beschikbare zorg:			
Wat neemt de nieuwe wetgeving over of blijft in bestaande wetten:	Wat voegt de nieuwe wetgeving toe?	Stimulerende activiteiten:	Wat vervalt?
Toegang tot preventie in specifieke wetten.			
Recht op verzekerde zorg ogv Zvw en AWBZ.			
Bereikbaarheid acute zorg via ketenoverleg, handhaving door IGZ.	Norm voor bereikbaarheid van acute zorg en norm voor beschikbaarheid crisisopvang geldt rechtstreeks op grond van de wet, in plaats van op grond van beleidsregels WTZ.	Ziekenhuizen met een spoedeisende hulp krijgen een bedrag om de beschikbaarheid van spoedeisende hulp te garanderen.	Eis om toegelaten te worden voor zorgverlening vervalt.
Beleidsregel van NZa ogv WMG 'Instellingen in financiële problemen'.	Minister van VWS krijgt instrumentarium om preventief in te grijpen.		

2 Tweede thema: het recht op keuze en het recht op keuze-informatie

Recht om te kiezen

Eén van de meest wezenlijke rechten van de cliënt is het recht op vrije keuze voor een zorgverlener. Juist ook als zorg krijgen het «ergens thuis zijn» wordt, is het van belang dat de nieuwe woonomgeving, indien gewenst, aansluit bij je religie, achtergrond of andere specifieke wensen. In beginsel is de cliënt vrij om zich door een zorgaanbieder te laten onderzoeken, te behandelen, te verplegen of te verzorgen en om die zorg te beëindigen op het door hem gewenste moment. Dat past ook bij het uitgangspunt dat de vertrouwensband essentieel is voor goede zorgverlening. Als het vertrouwen er niet (meer) is, dan moet de cliënt bij een andere zorgverlener terecht kunnen. Ook bij dit recht is er een relatie met de verzekeringswetgeving. Voor de toepassing van het keuzerecht, of bijvoorbeeld een eventuele «second opinion», is mede van belang of de cliënt geïndiceerd is en of de zorg vergoed wordt. De mogelijkheden om de zorg ook vergoed te krijgen, worden, binnen de kaders van de wettelijke aanspraken, ingevuld door de zorgverzekering waarvoor de verzekerde heeft gekozen. De AWBZ en de Zorgverzekeringswet bevatten voldoende waarborgen dat mensen de keuze hebben uit verschillende zorgaanbieders. Dit wil niet zeggen dat de keuzevrijheid onbeperkt is. Afstanden, aanbod van zorg, budgetten en de noodzaak van acute zorg stellen bijvoorbeeld grenzen aan de keuzevrijheid.

Informatie: bevorderen inzicht in kwaliteit en ervaringen van cliënten

De cliënt die wil kiezen, heeft informatie nodig. Inzicht geven in prestaties en ervaringen van cliënten moet daarom deel uitmaken van de cultuur van iedere zorgaanbieder. Er moet betrouwbare en vergelijkbare informatie zijn over de kwaliteit van de geleverde zorg en over ervaringen van cliënten met een zorgaanbieder. Die informatie moet bovendien gemakkelijk te vinden zijn. Voor een verzekeraar is deze informatie van cruciaal belang bij zijn onderhandelingen met de zorgaanbieders. Ook de IGZ als bewaker van de kwaliteit en veiligheid heeft betrouwbare en vergelijkbare gegevens nodig in de uitoefening van zijn toezichtfunctie. Om de overzichtelijkheid en vindbaarheid van de informatie te bevorderen en om de administratieve lasten voor zorgaanbieders zo beperkt mogelijk te houden wordt voor het openbaar maken van deze informatie aangesloten bij het Jaardocument Zorg. Wij hebben een projectbureau bij IGZ ingericht om ervoor te zorgen dat in alle sectoren kwaliteitsindicatoren worden ontwikkeld en toegepast¹. Inmiddels zijn de eerste sets indicatoren voor zowel de care als de cure gereed. De verwachting is dat in 2011 de kwaliteit van

¹ Met dit projectbureau is gestalte gegeven aan de toezegging in de Nota «Met zorg kiezen» (Kamerstukken II, 2000–2001, 27 807, nr. 2) dat per sector afspraken gemaakt worden over de kwaliteit en prestaties van zorgaanbieders en verzekeraars.

zorg gemeten wordt met goed werkende indicatoren die regelmatig worden geactualiseerd. Daarnaast hebben wij het Centrum Klantervaringen Zorg tot stand helpen komen. Dit centrum bewaakt de betrouwbaarheid van metingen van ervaringen van cliënten met de CQ-index. Door het keurmerk kunnen cliënten vertrouwen op de betrouwbaarheid van ervaringen, die onder meer op KiesBeter.nl gepubliceerd worden. Ook hier zijn inmiddels de eerste resultaten zichtbaar.

Vanuit uw Kamer is aangedrongen op betere mogelijkheden voor burgers om op de hoogte te komen van de namen van zorgverleners die zijn doorgehaald in het BIG-register¹. Wij ondersteunen dat voorstel. Aan zorgverleners opgelegde bevoegdheidsbeperkende maatregelen (schorsing, gedeeltelijk ontzegging en volledige doorhaling) worden geopenbaard via publicatie in de Staatscourant en bijgehouden in het BIG-register. Op ons verzoek heeft het College bescherming persoonsgegevens ingestemd met het openbaar maken van de namen van zorgverleners aan wie bevoegdheidsbeperkende maatregelen zijn opgelegd, via een actuele digitale weergave op de site van het BIG-register en KiesBeter.nl. De namen van zorgverleners aan wie een maatregel uit de categorie waarschuwingen (waarschuwing, berisping en/of een boete) is opgelegd, zijn niet openbaar. De reden voor het niet openbaar maken is dat de zorgverlener met een waarschuwing door het tuchtcollege nog steeds bekwaam is bevonden. De IGZ is wel van de maatregel op de hoogte. Vanwege het feit dat de bekwaamheid overeind blijft en de bevoegdheden van de zorgverlener niet zijn beperkt, achten wij een wetswijziging om ook waarschuwingen niet geanonimiseerd openbaar te kunnen maken, niet proportioneel. Wel willen we alle tuchtrechtelijke uitspraken anoniem op internet gaan publiceren.

Informatie: regie, coördinatie en vindbaarheid

Wij delen de conclusie van de RVZ dat burgers gemakkelijk toegang moeten hebben tot informatie over zorg. Uit onderzoek naar de bestuurlijke vormgeving en de mogelijke scenario's voor de invulling van een informatie- en adviesfunctie (Boer en Croon, 2008) blijkt dat er geen behoefte en draagvlak bestaat voor één centraal fysiek informatie- en adviescentrum. Wel constateert het onderzoek lacunes in de informatievoorziening over het aanbod van zorg, de bijbehorende kwaliteit en ervaringen van cliënten, en een lacune in informatie over rechten van cliënten en de mogelijkheden om die rechten in de praktijk tot leven te laten komen. Wij zullen zorgen voor regie en coördinatie om de informatie waar de cliënt recht op heeft actief te ontsluiten. We willen dat de cliënt toegang heeft tot voor hem begrijpelijke informatie over behandelrichtlijnen, protocollen en zorgstandaarden. Daarnaast moet het voor de cliënt duidelijker zijn wat hij van klachtenprocedures, de geschillencommissie en de tuchtrechter kan verwachten, door beter in beeld te brengen wat voor zaken er behandeld kunnen worden en tot welke uitspraken verschillende soorten klachten leiden. We zijn in overleg met patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties over hoe aangesloten kan worden bij bestaande initiatieven als KiesBeter.nl, de juridische steunpunten van bijvoorbeeld de CG-raad, Consument en de Zorg van de NPCF, en de informatie- en klachtopvang van de regionale Zorgbelangorganisaties. Daarnaast overleggen wij met deze partijen om de vindbaarheid van deze informatie te verbeteren en de ondersteuningsmogelijkheden te versterken. Relevant is ook dat door de regie op de transparantie door het genoemde projectbureau bij de IGZ de prestaties van instellingen publiek worden. Hierdoor krijgen cliënten en partijen die cliënten adviseren, zoals cliëntenorganisaties en vergelijkingsites op internet, toegang tot een betrouwbare informatiebron over de kwaliteit van zorg, waar zij hun vergelijkingen op kunnen baseren.

¹ Kamerstukken II, 2007–2008, 765, beantwoording van vragen van het lid Agema (PVV) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ingezonden 7 november 2007).

Acties door de Nederlandse Zorgautoriteit

Zoals vastgelegd in de Wet marktordening gezondheidszorg, heeft de NZa, in verband met de informatieachterstand van de cliënt en het machtsverschil tussen partijen in de zorg, een belangrijke rol bij de bescherming en bevordering van de positie van de cliënt. In het verlengde van de inhoud van dit programma wijzen wij op het door de NZa vastgestelde visiedocument «(In) het belang van de consument» dat als bijlage bij dit programma is gevoegd¹. In dat kader heeft de NZa door middel van een consultatiedocument de samenleving geraadpleegd over de knelpunten waar cliënten in zorg tegenaan lopen. Vervolgens heeft de NZa een consumentenprogramma dat concrete acties bevat waarmee de NZa de geïnventariseerde knelpunten voor de consument weg wil nemen. Op hoofdlijnen zijn die acties gericht op het verbeteren van de transparantie van de markt, vergroting van de keuzevrijheid en advisering over het verbeteren van de rechtspositie van de cliënt. Wij delen de analyse van de NZa. De in het visiedocument aangekondigde acties sluiten naar onze mening goed aan op ons eigen beleid zoals beschreven in dit programma. Verder heeft de NZa haar stakeholders geconsulteerd over het zogeheten toetsingskader transparantie in de zorg, waarin de NZa onder meer beschrijft hoe zij met toepassing van de WMG wil bevorderen dat consumenten voldoende relevante, betrouwbare, inzichtelijke en vergelijkbare informatie hebben om keuzes te maken in het zorgaanbod. Binnenkort wordt het visiedocument gepubliceerd, waarin de reacties van betrokken stakeholders zijn verwerkt. Daarin wordt ook aandacht besteed aan de wijze waarop IGZ en NZa hierbij samenwerken.

Informatie: de cliënt heeft er recht op

Inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg en inzicht in ervaringen van cliënten is van belang voor iedereen die zorg nodig heeft. Daarom zullen we het recht op keuze-informatie als een individueel afdwingbaar recht van de cliënt in wetgeving verankeren. Dat betekent dat de cliënt zelf kan verlangen, en zo nodig afdwingen, dat gegevens beschikbaar komen van de zorgaanbieders. Dit recht van de cliënt vormt het spiegelbeeld van de plicht die de Wet marktordening gezondheidszorg aan zorgaanbieders oplegt om transparant te zijn over in ieder geval de prijs en de kwaliteit van de aangeboden prestaties en diensten. De RVZ constateerde dat de cliënt nog onvoldoende recht heeft op (vergelijkbare) informatie over de kwaliteit en resultaten van zorg bij specifieke aandoeningen². In de wetgeving zullen we verduidelijken dat het recht op informatie ook de informatie over de behandeling van specifieke aandoeningen, over klantervaringen en over wachttijden bevat.

Recht op keuze en recht op keuze-informatie:			
Wat neemt de nieuwe wetgeving over of blijft in bestaande wetten:	Wat voegt de nieuwe wetgeving toe:	Stimulerende activiteiten:	Wat vervalt:
Het contracteerbeleid van verzekeraars op grond van de Zvw en AWBZ biedt voldoende ruimte om een zorgaanbieder te kiezen. Plicht voor zorgaanbieders om informatie te verstrekken aan de NZa geregeld in WMG.	Wordt ook recht van de cliënt op keuze-informatie en is individueel afdwingbaar. Zorgaanbieders worden verplicht vergelijkbare informatie over specifieke aandoeningen, klantervaringen en wachttijden te publiceren. NZa ziet toe op openbaarheid van de keuze-informatie. IGZ ziet toe op de relevantie en betrouwbaarheid van de keuze-informatie over kwaliteit.	Zorgen voor gemakkelijk vindbare keuze-informatie over zorgaanbieders en zorgverzekeringen. Centrum Klantervaring zorg om betrouwbaarheid metingen CQ-index te bewaken.	

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

² Advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet? 2006.

3 Het derde thema: het recht op kwaliteit en veiligheid

Het recht op kwaliteit en veiligheid van zorgverlening wordt als individueel afdwingbaar recht geregeld. Dit recht komt overeen met de huidige omschrijving van het begrip verantwoorde zorg in de Kwaliteitswet zorginstellingen¹, het begrip waarnaar in de Wet BIG wordt verwezen. Het wordt nu vanuit de invalshoek van de cliënt geformuleerd. Van verantwoorde zorg is sprake als de zorgverlening van goede kwaliteit is, en aansluit op de behoeften en rechten van de cliënt. De zorg moet voldoen aan eigentijdse inzichten over wat goede behandeling, verpleging, verzorging en begeleiding inhoudt. Zorg moet veilig zijn en klantgericht, op tijd, effectief en met voldoende keuzemogelijkheden worden aangeboden. De cliënt moet erop kunnen vertrouwen dat de zorg er voor hem is en dat de kwaliteit ervan systematisch (veiligheidsmanagement) is geborgd. Dat wil zeggen dat de zorgverleners, de bestuurders en de raden van toezicht in de zorg het systematisch bewaken en bevorderen van de kwaliteit en veiligheid als eerste prioriteit moeten beschouwen. Bestaande jurisprudentie over de betekenis van de norm voor verantwoorde zorg blijft hiermee overeind.

In aanvulling op de rol van de IGZ bij de totstandkoming van kwaliteits- en veiligheidsindicatoren, is een slagvaardig toezicht op de kwaliteit en veiligheid vereist. De programma's veilige zorg voor de ziekenhuizen, de langdurige zorg en de GGZ² beschrijven de inzet van die sectoren om in de komende jaren de veiligheid van de zorg te verbeteren. De IGZ ziet erop toe dat de plannen ook echt worden nakomen. In het belang van de patiëntveiligheid willen we zorgen dat richtlijnontwikkeling actueel is en blijft, daarbij de doelmatigheid van de zorgverlening betrokken wordt, en dat de vormgeving het mogelijk maakt dat de IGZ daaruit voor het toezicht op de kwaliteit minimumnormen kan ontwikkelen. De IGZ baseert zich daarvoor bij voorkeur op door veldpartijen vastgestelde kwaliteitskaders. Voorbeelden daarvan zijn de eisen aan het veiligheidsmanagement-systeem die het Nederlands Normalisatie Instituut samen met de sector heeft opgesteld³. Een ander voorbeeld is het minimum aantal slokdarmoperaties dat jaarlijks verricht moet worden om de deskundigheid te garanderen. We laten onderzoeken op welke veiligheidsaspecten er onvoldoende richtlijnen bestaan om tot minimum veiligheidsnormen te komen. Om te beginnen gaat de aandacht uit naar de medisch-specialistische zorg. Voor de zogenaamde «witte vlekken» zullen door de sector richtlijnen moeten worden ontwikkeld, die door de IGZ gebruikt kunnen worden op hun geschiktheid voor normstelling. Het proces van richtlijnontwikkeling moet worden aangejaagd en ondersteund. Vervolgens dient bewaakt te worden dat deze richtlijnen actueel blijven en dat ook inzichtelijk wordt gemaakt in hoeverre richtlijnen en veiligheidsnormen worden nageleefd. Naast de ontwikkeling van richtlijnen, is een zo optimaal mogelijke toepassing van die richtlijnen een belangrijk aandachtspunt. Dat maakt immers dat de kans zo groot mogelijk is dat cliënten volgens de laatste inzichten worden behandeld.

Als de richtlijnen in het veld niet tot stand komen, of in het veld onvoldoende aanvaard worden of naar de mening van IGZ niet adequaat zijn, kan de minister (of, afhankelijk van de portefeuillevindeling, de staatssecretaris) regels stellen bij ministeriële regeling, om de norm voor verantwoorde zorg op onderdelen tijdelijk vast te stellen. De IGZ ziet toe op de naleving van de normen en geeft door middel van handavingsplannen aan hoe aan zij aan haar toezichttaak uitvoering geeft. De IGZ moet duidelijk maken wat de norm is en die handhaven. Om de mogelijkheden om actief en proportioneel op te kunnen treden te verruimen hebben we voorgesteld de mogelijkheden van de Inspectie om te handhaven uit te breiden met bestuurlijke boetes of een dwangsom⁴.

¹ Onder zorg wordt in de Kwaliteitswet ook verstaan: collectieve preventie, openbare geestelijke gezondheidszorg en huishoudelijke verzorging.

² TK 2006–2007, 28 439, nrs. 18 en 19.

³ NTA 8009–2007 «Veiligheidsmanagement-systeem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen».

⁴ Wetsvoorstel uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving, TK 2006–2007, 31 122.

Recht op kwaliteit en veiligheid:			
Wat neemt de nieuwe wetgeving over of blijft in bestaande wetten:	Wat voegt de nieuwe wetgeving toe:	Stimulerende activiteiten:	Wat vervalt:
Plicht van zorgaanbieder om verantwoorde zorg te leveren ogv Kwaliteitswet zorginstellingen en Wet BIG. De IGZ handhaaft de norm voor verantwoorde zorg uit de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG.	Wordt recht van de cliënt op kwaliteit en veiligheid. Het recht op kwaliteit en veiligheid wordt individueel afdwingbaar. Door het tijdelijk vastleggen van veiligheidsnormen in een ministeriële regeling wordt de slagvaardigheid van het toezicht groter.	Regie door IGZ op totstandkoming en toepassing van indicatoren om kwaliteit te meten. Ondersteuning van de inbreng van het patiëntperspectief bij kwaliteitsverbetering door meerjarig subsidieprogramma PCO-organisaties. Ondersteunen van richtlijnontwikkeling en implementatie en het tempo van ontwikkeling en implementatie bewaken.	Mogelijkheid van AMVB onder Kwaliteitswet.

4 Vierde thema: recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy

Verbetering van de rechtspositie: van «patiëntenrechten» naar «cliëntenrechten»

De publicaties en rapporten over bestaande patiëntenrechten in Nederland laten zien dat deze rechten in Nederland goed geregeld zijn en dat Nederland op dat gebied de internationale vergelijking goed kan doorstaan¹. Op grond van de bestaande bepalingen in het Burgerlijk Wetboek² geldt op dit moment tussen partijen die een behandelingsovereenkomst gesloten hebben, het volgende:

- goed hulpverlenerschap;
- informatieverstrekking door de hulpverlener;
- het vereiste dat vooraf toestemming wordt verkregen voor behandeling en voor wetenschappelijk onderzoek;
- de eis dat een deugdelijk dossier wordt bijgehouden;
- het recht om vernietiging van het dossier/relevante bescheiden te vragen;
- recht op inzage in en afschrift van het dossier;
- plicht tot geheimhouding door de zorgaanbieder;
- recht op privacy.

Deze rechten en de jurisprudentie die hierover ontwikkeld is, willen we zeker behouden. Dat betekent echter niet dat de rechtspositie niet nog beter kan worden geregeld. In de inleiding noemden we al de aanbevelingen van de NPCF, de RVZ en de IGZ over de rechtspositie van cliënten in de zorg. Bij de voorbereiding van deze voorstellen konden wij bovendien steunen op diverse juridische publicaties over dit onderwerp³.

Het recht om geïnformeerd toe te stemmen, het «informed consent»

Voor goede zorg is het van belang dat cliënten zelf meedenken en meebeslissen over hun behandeling of zorg. Daarvoor is goede wederzijdse informatieoverdracht essentieel. Vanwege het recht op zelfbeschikking heeft de cliënt recht op informatie over zijn gezondheidstoestand, de vooruitzichten, de aard en de mogelijkheden voor de behandeling en de zorg, de te verwachten risico's en andere methoden van behandeling en zorg. De cliënt mag van een zorgverlener verwachten dat hij duidelijk, en als hij dat wil schriftelijk, wordt ingelicht. Nieuw is dat de informatieverplichting ook zal gaan gelden voor de verpleging, verzorging en begeleiding, en dat dit recht, net als de andere bestaande patiëntenrechten, rechtstreeks afdwingbaar wordt. Vanwege het belang van het maken en vastleggen van afspraken over langdurende behandeling, verzorging, verpleging en begeleiding gaan wij in wetgeving vastleggen dat de cliënt

¹ «Staat van de Gezondheidszorg» IGZ 2006, achtergrondstudie door Nys en Stultiëns (De rechten van de patiënt; verslag van een onderzoek naar de rechten van de patiënt in België, Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Luxemburg, Spanje en het Verenigd Koninkrijk. Nys H., Stultiëns L., Leuven 2006).

² BW, boek 7, afdeling 5, de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling.

³ Legemaate J., Patiëntenrechten in wetgeving en rechtspraak, mei 2006 (in opdracht IGZ); Dute J. C. J., Naar een Zorgconsumentenwet? Een beknopte literatuurstudie, Erasmus MC/EUR/Universiteit Maastricht, juli 2006 (in opdracht van ZonMw), Hartlief T., De staat van het privaatrechtelijk gezondheidsrecht, in Gezondheidsrecht: betekenis en positie, een preadvies voor de vereniging van gezondheidsrecht 2007, Sijmons, J. G., De stimulerende middelen van de wetgever. Ontwikkelingen in het gezondheidsrecht, 2007.

er recht op heeft dat het zorgplan of behandelplan met hem of zijn vertegenwoordiger is afgestemd. Dit plan is een schriftelijke weergave van de (doelen van de) dagelijkse zorgverlening of behandeling en geeft de cliënt meer zeggenschap en duidelijkheid over wat hij kan verwachten van de zorg. We willen regelen dat de zorgaanbieder bij ingrijpende medische verrichtingen zich ervan moet vergewissen dat de cliënt de verstrekte informatie ook heeft begrepen. Deze norm heeft zich in de jurisprudentie ontwikkeld en verdient wettelijke verankering. Ook willen we het recht op informatie over de rechtspositie opnemen. De zorgaanbieder moet de cliënt ongevraagd informeren over zijn mogelijkheden bij een klacht of een geschil met de zorgaanbieder en over de wijze waarop de medezeggenschap geregeld is. Het recht op informatie gaat ook expliciet het recht op informatie over fouten die merkbare gevolgen (kunnen) hebben voor de cliënt omvatten. Open met cliënten praten over fouten is belangrijk en noodzakelijk, evenals het uitspreken van excuses of een spijtbetuiging. Door dit expliciet te regelen kunnen polisvoorwaarden van aansprakelijkheidsverzekeraars daar geen beperkingen aan opleggen¹. De plicht van de zorgverlener om de cliënt te informeren over fouten vloeit voort uit zijn professionele verantwoordelijkheid en uit de bestaande informatieplicht (artikel 7:448 BW). De aansprakelijkheidsverzekeraar wordt door het informeren van de cliënt over de feiten niet getroffen in zijn gerechtvaardigd belang om zijn eigen (financiële) schade te beperken².

Voor de gewenste kwaliteit en veiligheid van de zorg is het daarnaast van belang dat zorgverleners incidenten en «bijna fouten» in een veilige omgeving intern kunnen melden, om ze te analyseren en daarvan te kunnen leren. Dit komt de kwaliteit van de zorg ten goede en dus ook de cliënt, maar het vraagt ook om een zekere mate van bescherming van betrokkenen. Die bescherming vindt zijn grens in de rechten van de cliënt, zoals zijn recht op een goed dossier en op informatie over gemaakte fouten. Wij willen die grens duidelijk afbakenen, zodat de voorwaarden duidelijk zijn waaraan veilig melden in ieder geval moet voldoen om geen afbreuk te doen aan de rechten van de cliënt. Het Beleidsdocument «Veilig melden» dat in opdracht van de KNMG is opgesteld is daarbij de leidraad³.

Het recht op goede dossiervorming

Cliënten hebben er recht op dat er een goed dossier wordt bijgehouden en hebben in beginsel recht op inzage en afschrift van alle bescheiden. Ook kan de cliënt vragen om vernietiging van het dossier. Deze rechten worden onderdeel van het recht op goede zorgverlening. Uit de bestaande praktijk blijkt dat het voor cliënt niet altijd eenvoudig is om een dossier in te zien. Mocht de cliënt van mening verschillen over de uitvoering van zijn recht op goede dossiervorming of de inzage van zijn dossier, dan kan de cliënt het meningsverschil voorleggen aan de externe en onpartijdige commissie om zijn recht te halen. De IGZ kan optreden indien een zorgaanbieder structureel zijn dossiers niet op orde heeft. Om de mogelijkheden van de IGZ daartoe te verruimen is in het voorstel Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving⁴ opgenomen dat de IGZ zonder voorafgaande toestemming van betrokken patiënten medische dossiers kan controleren op bijvoorbeeld volledigheid in het kader van haar toezichthoudende taak.

Bij de vormgeving van de te ontwerpen wetgeving houden we rekening met de wetgeving ten behoeve van het elektronisch patiëntendossier (EPD). Het EPD zal een bijdrage leveren aan het recht op informatie en de rechten van de cliënt ten aanzien van de vorming van en inzage in zijn dossier. In het wetsvoorstel dat het EPD regelt, wordt geregeld dat de cliënt inzage krijgt in wie zijn gegevens elektronisch heeft geraadpleegd. De cliënt kan daarmee nagaan welke zorgaanbieder zijn gegevens heeft gezien. Daarnaast kan de cliënt in de toekomst zelf zijn elektronische

¹ Leenen, H. J. J., Handboek gezondheidsrecht, deel I, vijfde druk, pagina 196 e.v.

² Zie ook artikel 7:953 BW.

³ Beleidsdocument Veilig Melden, 1 februari 2007, onderschreven door V&VN, KNMG, Orde van Medisch Specialisten, NPCF, NVZ en NFU.

⁴ TK 2006–2007, 31 122, nrs. 1–5.

dossier raadplegen, zonder tussenkomst van de arts. Hiermee wordt het uitoefenen van het al bestaande recht op inzage vereenvoudigd. Hierbij zal aandacht zijn voor de gebruikte taal in het dossier, zodat de informatie toegankelijk is voor de cliënt. De cliënt krijgt een recht op een EPD, en heeft de keuze of hij wel of niet of in enige mate wil deelnemen. De zorgaanbieder is verplicht een EPD bij te houden, tenzij de cliënt bezwaar heeft gemaakt en niet wil deelnemen aan het EPD. Als een cliënt niet wil deelnemen aan het EPD, kan hij bezwaar maken en worden zijn gegevens niet uitgewisseld. Wanneer de cliënt deelneemt aan het EPD kunnen andere zorgaanbieders die een behandelrelatie hebben met de cliënt gegevens raadplegen.

Het recht op privacy

Het recht op privacy betekent in de eerste plaats dat het behandelen, verplegen of verzorgen buiten de waarneming van anderen moet plaatsvinden (fysieke privacy). Iedere cliënt in de zorg heeft recht op een respectvolle bejegening. Voor mensen die wonen in een zorginstelling is privacy een belangrijk kwaliteitselement van het wonen. Het recht op privacy omvat verder de verplichting van de zorgaanbieder tot geheimhouding. De zorgaanbieder mag, in beginsel, geen inlichtingen verstrekken over de gezondheidstoestand van de cliënt. Het recht op privacy is en blijft als recht van de cliënt en als onderdeel van goede zorgverlening opgenomen in de wetgeving. Ook in het berichtenverkeer tussen zorgaanbieder en verzekeraar moet zorgvuldig met de privacy van de cliënt omgegaan worden.

Voorlichting over cliëntenrechten

Rechten drukken uit wat cliënten mogen verwachten in een zorgrelatie, zodat de juridische voorwaarden voor een goede relatie tussen cliënt en zorgverlener helder zijn. Het verankeren van rechten is echter niet voldoende. Wat we willen bereiken is dat de cliëntenrechten tot leven komen in de zorgrelatie tussen cliënt en zorgverlener, en dat cliënten dit ook zo ervaren. Het is een kwestie van cultuur in de zorg. Goede voorlichting kan bijdragen aan de gewenste cultuur. Samen met de veldpartijen willen we de informatie over de toepassing van cliëntenrechten, zoals bijvoorbeeld jurisprudentie, beter toegankelijk maken voor cliënten en beroepsbeoefenaren.

Tweezijdige algemene voorwaarden

De praktische toepassing van cliëntenrechten verdient een plek in tweezijdige algemene voorwaarden. Een nadere invulling van bijvoorbeeld het recht op informatie of de dossierplicht helpt om te verduidelijken wat partijen daarover van elkaar kunnen verwachten. Bij het beoordelen van klachten en geschillen door een externe commissie bieden tweezijdige voorwaarden naar hun aard houvast over wat er geleverd had moeten worden. Algemene tweezijdige voorwaarden komen tot stand in overleg tussen organisaties van cliënten en organisaties van zorgaanbieders. Het uitwerken van cliëntenrechten in de praktijk is bij uitstek een zaak van partijen in de zorg. Bestaande initiatieven om te komen tot algemene voorwaarden in de zorg geven ons het vertrouwen dat partijen het overleg hierover in alle sectoren van de zorg snel ter hand zullen nemen. Om te bevorderen dat voor de cliënt duidelijk is hoe zijn rechten in de praktijk ingevuld worden, ondersteunen wij de inzet van de Consumentenbond en de NPCF om aan de ontwikkeling van algemene voorwaarden in alle sectoren van de zorg een impuls te geven financieel.

Wij geven in overweging om het kader van de Sociaal Economische Raad te gebruiken voor het noodzakelijke overleg. Hierdoor wordt de ervaring uit andere sectoren benut en worden waarborgen geboden ten aanzien van de kwaliteit van de afspraken. Wij gaan er van uit dat de partijen bij de relevante onderwerpen de verzekeraars bij de totstandkoming van de

voorwaarden betrekken. Omgekeerd kunnen verzekeraars bij hun afspraken met zorgaanbieders bevorderen dat deze meewerken aan de uitwerking van de cliëntenrechten in tweezijdige voorwaarden. We overwegen om de totstandkoming van tweezijdige algemene voorwaarden een basis te geven in de te ontwerpen wetgeving. Daarvoor onderzoeken we onder meer of effectieve sancties ten aanzien van de naleving van een wettelijke plicht denkbaar zijn.

Goed patiëntschap

Tegenover de rechten die de cliënt in een zorgrelatie heeft, heeft hij ook zijn verantwoordelijkheden. Zo ligt nu, voor de geneeskundige behandeling, wettelijk vast dat de cliënt de hulpverlener naar beste weten de inlichtingen en de medewerking moet geven die deze redelijkerwijs voor het uitvoeren van de zorgverlening behoeft. De RVZ organiseert dit jaar een maatschappelijk debat over de vraag wat voor verantwoordelijkheden een cliënt heeft en op welke manier de cliënt hierop mag worden aangesproken, zonder de kwetsbaarheid van cliënten en de toegankelijkheid van zorg uit het oog te verliezen. Het signalement «goed patiëntschap» geeft samen met het advies «vertrouwen in de arts» een aanzet voor deze discussie. De Raad onderscheidt omgangsvormen, zakelijke verplichtingen en verantwoordelijkheden die gelden in de behandelrelatie. Met name op het laatste terrein zijn de mogelijkheden om de cliënt aan te spreken volgens de Raad beperkt. De oplossing moet volgens de Raad niet gezocht worden in juridische maatregelen, maar in het beter benutten van de huidige mogelijkheden, het aanspreken van cliënten op gedrag en maatschappelijke acceptatie van het stellen van grenzen door zorgaanbieders en zorgverleners. In de afrondende publicatie zal de Raad ingaan op de concrete invulling van de verantwoordelijkheden van de cliënt, rekening houdend met diens mogelijkheden en beperkingen. De bevindingen kunnen een rol spelen bij het tot stand komen van tweezijdige algemene voorwaarden.

Recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy:			
Wat neemt de nieuwe wetgeving over of blijft in bestaande wetten:	Wat voegt de nieuwe wetgeving toe:	Stimulerende activiteiten:	Wat vervalt:
Patiëntenrechten gelden bij behandeling en onderzoek. Je kunt vragen om schriftelijke vastlegging; het behandelplan.	Recht om geïnformeerd toe te stemmen, goede dossiervorming en privacy worden uitgebreid naar de verpleging en verzorging. Het recht op een zorgplan bij langdurende zorg krijgt een wettelijke basis. Het recht op informatie wordt uitgebreid met het recht op informatie over rechtpositie, gemaakte fouten en check of informatie begrijpelijk is. Dit worden rechten van de cliënt die in iedere zorgrelatie gelden, ook als er geen overeenkomst is. De naleving wordt gehandhaafd door IGZ.	Voorlichting over cliëntenrechten. Zorgen voor gemakkelijk vindbare informatie over rechtpositie. Bevorderen van algemene tweezijdige voorwaarden tussen organisaties van aanbieders en cliënten.	

5 Vijfde thema: recht op afstemming tussen zorgverleners

Moderne zorg is bijna altijd zorg in een keten. Een cliënt voor wie de huisarts een recept uitschrijft, een chronisch zieke, een gehandicapte of oudere die niet zelfstandig kan wonen, iemand die een planbare operatie moet ondergaan, allemaal hebben zij te maken met meerdere hulpverleners en vaak met meerdere organisaties. Ons beleid richt zich op het versterken van de positie van en het geven van meer invloed aan degenen die op zorg zijn aangewezen. Deze doelstelling geldt evenzeer voor de care als voor de cure en de preventieve zorg. Daarnaast is het evenzeer belangrijk dat de cliënt, met name de chronisch zieke, versterkt wordt in zijn positie van co-producent van gezondheid. Chronisch zieken zijn

ervaringsdeskundigen¹. We willen er voor zorgen dat binnen de moderne, complexe, vormen van zorgverlening de zorgverleners goed met de cliënt en met elkaar afstemmen om samen de beste zorg te leveren aan hun cliënten. Daarvoor willen we duidelijke rechten en verantwoordelijkheden in situaties dat meerdere zorgverleners en organisaties samen zorg aan een cliënt verlenen of de zorg aan elkaar moeten overdragen.

Zorgverleners die tegelijkertijd of na elkaar zorg verlenen aan een cliënt dienen die zorg en de informatie over de cliënt zo goed mogelijk met de cliënt en met elkaar af te stemmen. En dan bedoelen wij juist ook die situaties waar geen sprake is van een op afspraken gebaseerde en goed georganiseerde zorgketen. Hoewel de eis tot afstemming al behoort tot de plicht om verantwoorde zorg te leveren willen wij met deze aanvulling onderstrepen dat de cliënt van ieder van zijn zorgverleners kan vragen om de noodzakelijke afstemming ter hand te nemen.

De cliënt krijgt een recht op afstemming tussen zorgverleners. Zorgaanbieders die tegelijk of na elkaar zorg verlenen aan de cliënt moeten overleggen en afstemmen over de behandeling, de juiste informatie tijdig overdragen en nazorg verlenen. De cliënt mag nooit van het kastje naar de muur worden gestuurd als het erom gaat wie verantwoordelijk is voor een goede afstemming. Zorgverleners kunnen ervoor kiezen om met de cliënt afspraken te maken over wie de regie heeft. Als er geen afspraken zijn gemaakt over wie de regie heeft moet de cliënt erop kunnen rekenen dat iedere zorgverlener de plicht heeft om af te stemmen. De cliënt kan iedere betrokken zorgverlener aanspreken op een goede afstemming en op het organiseren van goede nazorg en bijvoorbeeld op het actief zoeken van een oplossing bij tegenstrijdige adviezen.

Wanneer de cliënt wordt doorverwezen naar een andere zorgverlener, blijft degene die de zorg overdraagt verantwoordelijk voor de zorg aan de cliënt totdat de cliënt door de nieuwe zorgverlener in zorg is genomen. Van degene die de zorg voor de cliënt overneemt, wordt verwacht dat hij zich tijdig in het dossier verdiept. De doorverwijzer zorgt voor een goede overdracht van de gegevens, voor terugkoppeling naar de huisarts, en voor een goede afronding van de relatie met de cliënt. Deze voornemens sluiten aan op initiatieven van zorgverleners zelf, die zich ook inzetten voor een goede afstemming en overdracht. Een goed voorbeeld daarvan is de onlangs door het veld vastgestelde richtlijn over medicatieoverdracht, waarmee is aangegeven binnen welk tijdsbestek medicatiegegevens aan een opvolgende zorgverlener beschikbaar moeten worden gesteld. VWS zal de implementatie hiervan deels faciliteren.

Bij de gewenste duidelijke rechten en verantwoordelijkheden in de keten hoort ook dat de cliënt weet wie aansprakelijk kan worden gesteld als er in een keten of in een samenwerkingsverband iets misgaat in de zorgverlening. Om te voorzien in een centraal adres waar de cliënt zijn schade kan verhalen zal de centrale aansprakelijkheid die geregeld is voor ziekenhuizen, wat ons betreft ook gaan gelden voor de extramurale zorg en voor instellingen die verpleging, verzorging of begeleiding leveren. Verder onderzoeken we hoe we de mogelijkheden om succesvol een schakel in de keten aansprakelijk te stellen kunnen vergroten.

¹ Van patiënt tot partner, L. Berenschot en L. van der Geest, Nyfer, 2005.

Recht op afstemming tussen zorgverleners:

Wat neemt de nieuwe wetgeving over of blijft in bestaande wetten:	Wat voegt de nieuwe wetgeving toe:	Stimulerende activiteiten:	Wat vervalt:
Zorgaanbieders zijn verplicht om verantwoorde zorg te leveren. Daar is een goede afstemming met andere zorgverleners onder begrepen.	De cliënt krijgt het recht dat iedere zorgverlener afstemt met andere zorgverleners en nazorg regelt. De centrale aansprakelijkheid gaat, behalve in de ziekenhuiszorg, ook gelden voor AWBZ-zorg en eerstelijnszorg. Na onderzoek: zo mogelijk verdere veruiming van aansprakelijkheid bij ketenzorg De overdracht van een cliënt aan een andere zorgverlener wordt beter geregeld. Het recht op afstemming is individueel afdwingbaar en wordt gehandhaafd door IGZ.	Sneller Beter en Zorg voor Beter dragen bij aan een verbetering van de organisatie van het zorgaanbod.	

6 Zesde thema: recht op een effectieve en laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling

De klachtafhandeling

De cultuur in de zorg moet er één zijn waar signalen en klachten benut worden voor verdere verbetering van de zorgverlening. Als er iets mis gaat in de zorg moet de cliënt laagdrempelig en veilig zijn onvrede kunnen uiten. Een cliënt met een klacht wil doorgaans dat de zorgaanbieder de juistheid van de klacht erkent, excuses aanbiedt en voorkomt dat het nog eens gebeurt. Cliënten moeten een procedure kunnen volgen die aansluit bij wat zij willen bereiken met hun klacht. In de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) is een met procedurele waarborgen omkleed klachtrecht geregeld. Onderzoek naar de tevredenheid over het klachtrecht laat zien dat gebruikers hoge drempels ervaren, weinig waarborgen zien voor de onafhankelijkheid, en dat klagers niet tevreden zijn met de uitkomsten¹. Noodgedwongen wordt uitgeweken naar de tuchtrechter, waar vanuit het perspectief van de cliënt te vaak geen bevredigende oplossing volgt². Gezien de bestaande ontevredenheid van cliënten over de huidige klachtafhandeling, zijn wij van mening dat er op dit punt echt een verandering nodig is. Direct handelen bij signalen en klachten en goede nazorg verlenen als er iets misgaat kan escalatie van een klacht voorkomen en de kwaliteit van de zorg verbeteren.

De klachtopvang binnen een instelling

Over de klachtafhandeling en geschilbehandeling hebben we ook gesproken met het Landelijk Steunpunt cliëntenRaden (LSR), de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC), Zorgbelang-Nederland, het expertisecentrum klachtenmanagement zorg (SOKG) en met vertegenwoordigers van klachtenfunctionarissen en klachtencommissies. Zij hechten aan het van overheidswege voorschrijven van een klachtvoorziening met goede waarborgen. Daarbij wijzen ze op de meerwaarde van een laagdrempelige functionaris die knelpunten in een vroeg stadium kan helpen oplossen en noodzakelijke verbeteringen direct kan koppelen aan het kwaliteitsbeleid van de zorgaanbieder.

Bij onvrede of een klacht moet de cliënt snel en laagdrempelig worden geholpen. Daarmee kan veel ergernis worden voorkomen. Cliënten hebben recht op een adequate voorziening voor klachtopvang- en bemid-

¹ WKCZ klachtbehandeling in ziekenhuizen: verwachtingen en ervaringen van cliënten (NIVEL in opdracht van ZonMW, juni 2004, reeks evaluatie regelgeving: deel 16).

² Brief van LOC-LPR en CG-raad van 28 februari 2008 aan de vaste commissie voor Justitie, ter voorbereiding van het algemeen overleg over tuchtrecht op 5 maart 2008.

deling binnen de instelling. In de wetgeving zullen we vastleggen dat de klachtopvang binnen de instelling tenminste voorziet in een functionaris die de cliënt helpt om knelpunten in een vroeg stadium op te lossen. We denken hierbij aan de rol die cliëntvertrouwenspersonen en klachtfunctionarissen al in de bestaande praktijk vervullen. Zorgaanbieders moeten in samenspraak met cliënten de wijze van klachtopvang vastleggen in een klachtenregeling, de regeling moet aansluiten op de doelgroep. De cliëntenraad moet met de klachtenregeling instemmen. We bespreken momenteel met veldpartijen over het profiel waaraan een klachtenfunctionaris/vertrouwenspersoon moet voldoen. Zorgaanbieders zonder cliëntenraad¹ dienen een voor de doelgroep representatieve organisatie van cliënten (bijvoorbeeld een regionale zorgbelangorganisatie) te betrekken bij de klachtenregeling. We zullen verder bezien hoe de betrokkenheid van cliënten bij klachtenregelingen gestalte kan krijgen bij individuele beroepsbeoefenaren. Organisaties voor cliënten, zoals LSR en LOC/LPR, kunnen cliëntenraden ondersteunen in het overleg met de instelling over een op de doelgroep gerichte klachtopvang. Tot slot moeten cliënten gemakkelijk toegang hebben tot de informatie over de klachtenregeling en over de personen bij wie ze terecht kunnen.

Voor zorgaanbieder betekent dit voorstel een vereenvoudiging ten opzichte van de bestaande procedurele eis om een klachtencommissie in te stellen. Die vereenvoudiging is echter niet vrijblijvend. De ervaringen van cliënten worden openbaar. De ervaringen van cliënten, onder meer over de afhandeling van klachten, worden onderdeel van de beschikbare keuze-informatie voor nieuwe cliënten.

De externe klacht- en geschillenbeslechting

De mogelijkheid voor zorgaanbieders om de klachtopvang in eerste aanleg beter te integreren in de bedrijfsvoering wordt gecombineerd met een krachtige externe en onpartijdige behandeling van klachten en geschillen die niet naar tevredenheid zijn opgelost. In de wetgeving wordt geregeld dat cliënten toegang hebben tot een externe en onpartijdige commissie. Via de externe klachten- en geschillencommissie kunnen klagers op een laagdrempelige, eenvoudige, snelle en goedkope wijze hun recht te halen. De klager kan naar de externe commissie indien hij er met de zorgaanbieder niet uitkomt, als de klacht van dien aard is dat de klager zich liever niet meer tot de zorgaanbieder wendt of als hij financiële compensatie wil. Het is onze bedoeling te regelen dat de externe commissie in de vorm van een bindend advies een financiële compensatie tot maximaal € 25 000,- moet kunnen opleggen. Naast deze financiële genoegdoening is deze procedure juist geschikt voor klachten over bijvoorbeeld onheuse bejegening, schending van de privacy of het niet willen meewerken aan een second opinion. De mogelijkheid voor cliënten om de civiele rechter een oordeel te vragen over de aansprakelijkheid, de wanprestatie of de onrechtmatigheid blijft open. De uitgebreide klachtenprocedure wordt als extra mogelijkheid toegevoegd. De laagdrempelige klachtprocedure zal naar zijn aard vaak beter aansluiten bij het motief van de klager om op een eenvoudige manier genoegdoening te krijgen.

Er is reeds een geschillencommissie voor de ziekenhuizen, per 1 juni van dit jaar de geschillencommissie zorginstellingen genaamd. Het toepassingsgebied van de geschillenregeling wordt per 1 juni uitgebreid, waarmee alle instellingen die verpleging, verzorging en begeleiding bieden zich bij de commissie kunnen aansluiten. De geschillencommissie zorginstellingen is aangesloten bij de Stichting Geschillencommissies voor Consumentenzaken (SGC). Deze aansluiting biedt een waarborg voor goede procedures. Dit betekent dat ook de cliënten in de langdurende zorg en cliënten in de geestelijke gezondheidszorg toegang krijgen tot een externe en onpartijdige commissie.

¹ Zie de paragraaf over het zevende thema: medezeggenschap en goed bestuur.

De inrichting van de externe, onafhankelijke commissie(s) wordt in nauw overleg met veldpartijen bepaald. Als het gaat om de beoordeling van klachten, kan de commissie deze gegrond of ongegrond verklaren. We onderzoeken in hoeverre een externe commissie ook in die gevallen waarin geen sprake is van financiële aspecten een bindende uitspraak kan doen. De hoofdregel is dat uitspraken van de commissie openbaar zijn. De commissie zal uitspraken met een gegrondverklaring verzenden aan de IGZ. Deze informatie kan aanleiding zijn voor nader onderzoek door de IGZ. De commissie(s) moeten in ieder geval voor een cliënt met een klacht fysiek dichtbij zijn. Tegelijkertijd is het van belang dat er meer eenheid komt in de uitspraken van de commissie(s) en dat de commissie(s) deskundigheid kunnen opbouwen. Cliënten moeten via een intake of triage een goed idee krijgen van de mogelijke procedures, zodat zij afhankelijk van hun motief de juiste procedure(s) kunnen kiezen. Indien sprake is van een schade boven de € 25 000 of het motief van de klager gericht is op een maatregel ten aanzien van de beroepsuitoefening dient de cliënt naar de civiele rechter of tuchtrechter doorverwezen te worden. We bezien hoe het organiseren van de frontoffice van de commissie(s) hieraan kan bijdragen.

Tot slot willen we met een betere bewegwijzering naar de beschikbare procedures eraan bijdragen dat klagers gebruik kunnen maken van de procedure die het beste aansluit bij het motief achter hun klacht, waardoor de kans op tevredenheid over de uitkomst toeneemt. Met name de gang naar het tuchtrecht wordt door cliënten als weinig bevredigend ervaren. Het merendeel van de tuchtzaken die door cliënten zelf worden aangespannen, wordt niet-ontvankelijk verklaard. Daarnaast wordt de zwaarte van een straf door klagers en aangeklaagden verschillend beleefd. Maatregelen zoals een berisping of waarschuwing hebben een groot effect in de beroepsgroep, maar worden door de klagers vaak niet als een stevige straf ervaren («men houdt elkaar de hand boven het hoofd»). Niet-ontvankelijk verklaarde klachten en ontevredenheid over oplegde maatregelen zijn teleurstellend voor de klager en beïnvloeden het vertrouwen in het tuchtrecht negatief. Wij willen stimuleren dat het tuchtrecht wordt ingezet voor zaken waar het voor is bedoeld: rechtspraak ter bevordering van de professionaliteit en kwaliteit van de beroepsuitoefening¹. Wij verwachten dat het geheel van de interne en externe klacht- en geschillenbehandeling, samen met de publicaties over de ervaringen van cliënten, leidt tot een grotere tevredenheid over de afhandeling van klachten en daarnaast tot betere zorg.

No fault compensatiesysteem

Wij hebben u toegezegd te komen met een standpunt over de invoering van een no fault compensatiesysteem². In 2002 heeft ZonMw in opdracht van de minister van VWS een onderzoek uitgevoerd naar de invoering van een no fault compensatiesysteem. Het onderzoek schetst de uitgangspunten voor de verschillende systemen van compensatie van geleden schade in de zorg. Wanneer (medisch) handelen financiële schade tot gevolg heeft, kan vergoeding ervan gevraagd worden op grond van het aansprakelijkheidsrecht, zoals vastgelegd in het Burgerlijk Wetboek. In het Nederlandse recht geldt het uitgangspunt dat iedereen zijn eigen schade draagt, tenzij die schade verwijtbaar door een ander is veroorzaakt. Bij een gerechtelijke procedure wordt vastgesteld of er sprake is van een toerekenbare tekortkoming van de hulpverlener en zal de schade moeten worden bewezen. In een no fault compensatiesysteem ontvangt de cliënt een schadeloosstelling onafhankelijk van de verwijtbaarheid van de zorgverlener. Een aantal Europese landen heeft een no fault compensatiesysteem, met daarbij een grote diversiteit tussen de verschillende systemen.

¹ Over de wijze waarop wij het wettelijke tuchtrecht in de gezondheidszorg willen vormgeven informeren wij u bij separate brief.

² Antwoorden op kamervragen van het lid van de Tweede Kamer Van Gerven (SP) van 19 oktober 2007, DMC-K-U-2799628.

Alles afwegende is de invoering van een no fault compensatiesysteem naar onze mening geen adequate oplossing voor de knelpunten die cliënten ervaren. Het belangrijkste knelpunt voor slachtoffers om schade te claimen is dat procedures als hoogdrempelig worden ervaren, veel tijd in beslag kunnen nemen en kostbaar kunnen zijn. Om die bezwaren weg te nemen willen wij het voor de cliënt eenvoudiger maken om schadevergoeding te krijgen door procedures te vereenvoudigen, de centrale aansprakelijkheid uit te breiden, cliënten goed te ondersteunen bij het kiezen van de juiste procedure en met zorgaanbieders en verzekeraars te bespreken hoe schadeclaims snel en adequaat kunnen worden afgehandeld. Onze doelstelling is te bereiken dat cliënten die schade lijden door verwijtbaar medisch handelen vaker, sneller en goedkoper een passende financiële genoegdoening daarvoor krijgen. Er is geen goed argument om de eis dat schade het gevolg moet zijn van verwijtbaar gedrag om in aanmerking te komen voor vergoeding, enkel voor de gezondheidszorg moet worden losgelaten. Wij verwachten dat door onze voorstellen inzake de behandeling van klachten en geschillen en de voorgenomen verruiming van de centrale aansprakelijkheid, samen met de tweezijdige voorwaarden en betere informatie over mogelijke procedures, ervoor zullen zorgen dat slachtoffers van medische fouten sneller en eenvoudiger hun schade vergoed zullen krijgen. Relevant is dat slachtoffers straks voor schades tot € 25 000,= terecht kunnen bij de externe klacht- en geschillencommissie. Daarnaast heeft de minister van Justitie een wetsvoorstel in voorbereiding dat in de buitengerechtelijke onderhandelingsfase van een geschil de mogelijkheid voor partijen opent om deelgeschillen voor te leggen aan de rechter. Een uitspraak van de rechter over het deelgeschil kan een schikking bij letselen overlidensschade bespoedigen. Verder verwelkomen wij de inspanningen van letselschadeverzekeraars om te komen tot een gedragscode «afwikkeling letselschade», waarin zij de verzekeraars een goede omgang met slachtoffers van letselschade voorschrijven. Met deze code zal worden bereikt dat slachtoffers gemakkelijker hun schade vergoed krijgen. Wij zullen de aansprakelijkheidsverzekeraars daarbij ook het voorstel van de KNMG onder de aandacht brengen om de zorginstellingen onder randvoorwaarden toe te staan om tot hogere limieten dan tot nu het geval is, zelf te beslissen over schadeclaims. Deze voornemens kunnen naar ons oordeel tot de gewenste versnelling en vereenvoudiging van de procesgang leiden.

Recht op een effectieve en laagdrempelige klacht- en geschillenprocedure:

Wat neemt de nieuwe wetgeving over of blijft in bestaande wetten:	Wat voegt de nieuwe wetgeving toe:	Stimulerende activiteiten:	Wat vervalt:
Cliënten kunnen terecht bij de civiele rechter voor nakoming van de overeenkomst of bij schade na een onrechtmatige daad. Bij medische fouten kunnen cliënten ook terecht bij het strafrecht en het tuchtrecht.	Betere integratie tussen interne klachtafhandeling en bedrijfsvoering. De wet bevat een norm voor goede klachtafhandeling, met ten minste een vrijgesteld persoon die ondersteunt en bemiddelt. Zorgaanbieders hebben bij de inrichting van de klachtprocedure de instemming nodig van de cliëntenraad of als die er niet hoeft te zijn, van een cliëntenorganisatie. Zorgaanbieders hebben bij de inrichting van de klachtregeling de instemming nodig van de cliëntenraad of als die er niet hoeft te zijn, van een cliëntenorganisatie. De cliënt krijgt, ook in de care, toegang tot een externe en onpartijdige klachten en geschillenbehandeling. De commissie kan bindende uitspraken doen tot maximaal € 25.000.	Algemene tweezijdige voorwaarden bieden houvast bij de interne en externe beoordeling van klachten en geschillen. Ervaringen van cliënten m.b.t. afhandeling van klachten worden openbaar, transparant en toegankelijk. Zorgen voor gemakkelijk vindbare informatie over de mogelijkheden voor cliënten om hun rechten af te dwingen. Initiatieven van het veld gericht op een zorgbrede geschillencommissie. Eén toegangsloket, fysiek dichtbij eenheid in uitspraken.	De verplichting om per instelling een onafhankelijke klachtencommissie te hebben vervalt.

7 Zevende thema: het recht op medezeggenschap en goed bestuur

Invloed van cliënten op de organisatie van de zorg draagt er aan bij dat zorg op de wensen van cliënten is afgestemd. De betrokkenheid van cliënten bij de besluitvorming door een zorgaanbieder is essentieel voor goede zorgverlening¹. Onderzoek naar kwaliteit vanuit het perspectief van cliënten door de Stichting Cliënt & Kwaliteit laat zien dat de instellingen waarover cliënten meer dan gemiddeld tevreden zijn instellingen zijn waar de cliëntenraad goed voor de belangen van die cliënten opkomt².

Er ligt een wetsvoorstel tot wijziging van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen³ ter behandeling in uw Kamer. Tijdens de schriftelijke behandeling zijn er door uw Kamer kritische vragen gesteld bij het wetsvoorstel in zijn huidige vorm, met name over het afstemmen van de inspraak op de soort zorg en over de financiële zelfstandigheid van de cliëntenraad. Ook vroegen verschillende fracties zich af of het wetsvoorstel de positie van de cliënt wel voldoende versterkt. We willen met de bezwaren rekening houden en de vormgeving van de medezeggenschap betrekken bij de wetgeving die wordt voorbereid om de positie van de cliënt in de zorg te versterken. In het overleg dat wij over onze voorstellen⁴ voerden, hebben cliëntenvertegenwoordigende organisaties⁵ aangegeven dat de medezeggenschapsregeling aanpassing behoeft. Zij willen meer bevoegdheden en zelfstandige financiering voor de cliëntenraad.

Bevoegdheden bij het uitoefenen van medezeggenschap

Bevoegdheden van cliëntenraden bij het uitoefenen van medezeggenschap moeten wettelijk goed zijn geregeld. We baseren ons voor ons voorstel op de huidige regeling in de WMCZ, de evaluatie van de WMCZ en de eerder voorgestelde aanpassingen en op de voorstellen die cliëntenorganisaties hebben aangedragen⁶. De bevoegdheden die cliëntenraden moeten kunnen uitoefenen, zijn in twee categorieën in te delen:

¹ Het gaat niet om invloed van het personeel, daarvoor geldt de Wet op de ondernemingsraden.

² Stichting Cliënt & Kwaliteit, Alles naar wens?, 2005. Onderzoek onder verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Uit onderzoek in ziekenhuizen en revalidatie-instellingen blijkt dat 96% van de Raden van Bestuur vindt dat de adviezen van de cliëntenraad daadwerkelijk iets opleveren. Bron: LSR, Een onderzoek naar de praktijk van de WMCZ in ziekenhuizen en revalidatie-instellingen, maart 2007.

³ Kamerstukken II, 30 946.

⁴ Expertbijeenkomsten over de voorbereiding van de voorstellen om de positie van de cliënt in de zorg te versterken met vertegenwoordigers uit het veld op 4 oktober 2007 in Maarsse en 18 februari 2008.

⁵ Zoals het Landelijk Steunpunt cliëntenraden (LSR) en de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC/LPR), Platform VG, Landelijk platform Ggz, ANBO, CSO, PerSaldo, L.F.B.

⁶ Bijlage bij brief RaadSaam (landelijke federatie cliëntenparticipatie) aan leden van de vaste commissie voor VWS, Herziening WMCZ, 19 maart 2007.

- A) Bevoegdheden ten aanzien van algemene besluiten die rechtstreeks ingrijpen op de *persoonlijke levenssfeer*, die de regie van de cliënt over de kwaliteit van zijn eigen leven raken. Naar hun aard zijn deze bevoegdheden voorbehouden aan de cliënten van een instelling of hun persoonlijke vertegenwoordigers. Het gaat hier om onderwerpen als keuzes over voedingsaangelegenheden en het algemeen beleid op het gebied van de veiligheid, de gezondheid, de hygiëne, de geestelijke verzorging of de maatschappelijke bijstand, recreatiemogelijkheden en ontspanningsactiviteiten voor cliënten. Ook de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de te verlenen zorg en het algemeen beleid inzake de toelating van cliënten en de beëindiging van de zorgverlening aan cliënten zijn belangrijke onderwerpen.
- B) Bevoegdheden die aansluiten bij besluiten van *financiële, beleidsmatige of strategische aard (op concernniveau)* van de zorgaanbieder, die mede bepalend zijn voor de invulling van de zorg op het lagere niveau. Voorbeelden zijn de begroting en de jaarrekening, besluiten inzake de opheffing van de instelling, een verhuizing, ingrijpende verbouwing of vervangende nieuwbouw, besluiten over fusies of het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking met een andere instelling. Gezien de aard van deze bevoegdheden en de bijbehorende vereiste deskundigheid willen wij de mogelijkheid bieden dat het cliëntenperspectief mede vertegenwoordigd wordt door professionals van een belangenbehartiger, zoals bijvoorbeeld een landelijke organisatie die de belangen van cliënten behartigt. Deze optie kan bijdragen aan een adequate samenstelling van de centrale cliëntenraad.

Voor besluiten die gericht zijn op fusie willen we effectieve invloed van de cliëntenraad borgen door middel van een verzaamd adviesrecht¹. Overige besluiten van strategische aard lenen zich in de regel meer voor een adviesrecht. Ten aanzien van besluiten die de persoonlijke levenssfeer raken (onder A) hebben we met de betrokken organisaties van cliënten en zorgaanbieders afgesproken dat we bezien of we het verzaamd adviesrecht van de cliëntenraad beter kunnen veranderen in een instemmingsbevoegdheid. Een vetorecht voor cliëntenraden is niet aan de orde. Bestuurders moeten kunnen blijven besturen. Conflicten kunnen worden voorgelegd aan de landelijke commissie voor vertrouwenslieden². Wij zullen tevens onderzoeken of de lijst van onderwerpen die nu onder het adviesrecht en het verzaamd adviesrecht vallen, geactualiseerd moet worden.

Decentrale cliëntenraad

Voor cliënten die in een zorginstelling verblijven of zorg ontvangen in een activiteitencentrum, geldt dat beslissingen van het bestuur van grote invloed kunnen zijn op de kwaliteit van het leven en de sfeer binnen de instelling. Voor deze cliënten is overstappen naar een andere zorgaanbieder wanneer veranderingen hen minder bevallen in het algemeen geen reële optie. Inspraak, vooraf invloed uitoefenen, bij onderwerpen die raken aan de kwaliteit van het leven en de persoonlijke levenssfeer in de instelling is dus van groot belang. Om te garanderen dat de cliënten die van de zorg gebruik maken voldoende invloed kunnen uitoefenen op besluiten die de persoonlijke levenssfeer raken, stellen we medezeggenschap op het decentrale niveau verplicht. De decentrale cliëntenraad krijgt de bevoegdheden onder A.

Centrale cliëntenraad

We schrijven verder voor dat voor de intramurale curatieve zorg en AWBZ-zorg een centrale cliëntenraad wordt ingesteld op het niveau waarop ook het bestuur en interne toezicht is georganiseerd. Deze

¹ De WMCZ kent een adviesrecht en een verzaamd adviesrecht, afhankelijk van het type besluit waarover de cliëntenraad advies wordt gevraagd. Het verzaamde adviesrecht betekent dat de zorgaanbieder niet van het advies mag afwijken, tenzij de commissie van vertrouwenslieden heeft geoordeeld dat de zorgaanbieder in redelijkheid zijn besluit kan nemen.

² Deze commissie vertrouwenslieden spreekt zich op basis van de bestaande Wet medezeggenschap cliënten zorgsector uit over geschillen tussen besturen en cliëntenraden.

centrale cliëntenraad krijgt de bevoegdheden onder B. Met uitzondering van enkelvoudige organisaties, waar geen afstand is tussen bestuur en de levering van zorg, zal er aldus sprake zijn van inspraak op twee niveaus; het decentrale en het centrale niveau. Doordat de bevoegdheden ten aanzien van besluiten van financiële, beleidsmatige of strategische aard op concernniveau (categorie B) ook door belangenbehartigers van cliënten kunnen worden uitgeoefend, nemen de mogelijkheden voor zorgaanbieders om de inspraak effectief te organiseren toe¹.

Extramurale AWBZ-zorg en eerstelijnszorg

Ook bij extramurale AWBZ-zorg blijft de verplichting gelden dat de zorgaanbieder de medezeggenschap door cliënten effectief organiseert. Tegelijk willen we recht doen aan de verschillen tussen zorg met verblijf en zorg zonder verblijf. De band tussen cliënten en instelling waar niet wordt verbleven is immers veelal van andere aard. Bij zorg zonder verblijf kan de cliënt zijn invloed beter laten gelden door zich goed te oriënteren en te kiezen in het beschikbare zorgaanbod. Openbare informatie over kwaliteit en klantervaringen dragen daaraan bij. Doordat de afhankelijkheid minder groot is, kan het gemakkelijker zijn om een klacht kenbaar te maken en om via het afdwingen van je rechten invloed uit te oefenen. Bij zorg zonder verblijf is de behoefte van cliënten om betrokken te zijn bij de zorgaanbieder niet altijd gelijk aan die van cliënten die in een instelling verblijven. Om deze redenen is een cliëntenraad niet verplicht in de eerstelijnszorg. Bij eerstelijnszorg moet, net als in de overige zorg sprake zijn van een goede klachtopvang en aansluiting bij een externe commissie. Vanwege het karakter van de langdurende zorg wordt bij de extramurale AWBZ-zorg volstaan met het voorschrift dat er ten minste een cliëntenraad op het centrale niveau ingesteld moeten zijn. Deze centrale cliëntenraad krijgt de bevoegdheden onder A en B.

Zelfstandig beschikken over adequaat budget

Financiële zelfstandigheid is een essentiële voorwaarde voor effectieve inspraak. De cliëntenraad moet zelfstandig, op basis van een ingediende begroting en werkplan, kunnen beschikken over een eigen budget. In alle gevallen moet het bestuur voldoende budget beschikbaar stellen. Het bestuur mag geen voorwaarden stellen aan het verkrijgen van het budget. Het is ons uit onderzoek gebleken dat het voorschrijven van één gemiddeld normbedrag voor alle cliëntenraden voorbij zou gaan aan de bestaande variëteit van grote en kleine cliëntenraden en de rechtvaardiging van de gemoeide kosten². Om de betrokkenheid van cliëntenraden te benadrukken, wordt in wetgeving vastgelegd dat het bestuur van de zorgaanbieder het budget vaststelt op grond van een door cliëntenraden jaarlijks in te dienen begroting en werkplan voor medezeggenschap. Indien een lokale cliëntenraad dat wenst, mag de centrale cliëntenraad namens de lokale cliëntenraad een begroting indienen. In de toelichting bij de wetgeving zullen we verduidelijken dat, indien de cliëntenraad dat wenst, in ieder geval middelen beschikbaar moeten worden gesteld voor een vergoeding voor de voorzitter, vergaderfaciliteiten, reiskosten externe vergaderingen, scholing, ondersteuning, inhuur expertise of van een lidmaatschap van een cliëntenorganisatie. Cliëntenraden kunnen bij het indienen van de begroting en het werkplan rekening houden met bijzondere omstandigheden die voorzienbaar tot meer inspanning van de cliëntenraad of van cliënten leiden, zoals een voornemen tot fusie. Mocht in de loop van het jaar blijken dat er onvoorziene kosten moeten worden gemaakt dan kan de cliëntenraad een verzoek tot bijstelling van de begroting indienen. Het bestuursbesluit om het budget toe te kennen, valt onder het onafhankelijke interne toezicht van de instelling. Indien een vertegenwoordiging van cliënten of de cliëntenraad meent dat het toegekende budget te beperkt is, heeft de vertegenwoordiging van cliënten of de cliëntenraad toegang tot de landelijke commissie van vertrouwenslieden.

¹ Dr. W. G. M. van der Kraan, prof. dr. P. Meurs, Effectieve medezeggenschap, een verkennend onderzoek naar de effectieve medezeggenschap van cliënten in algemene ziekenhuizen, IBMG en EMCR, 2008. De brancheorganisatie van zorgaanbieders heeft verzocht om alternatieve medezeggenschapsvormen voor de cure te overwegen.

² KPMG Bureau voor Economische Argumentatie, Kosten cliëntenraden, 2003.

Ook bij een conflict tussen cliëntenraden en bestuur over de inrichting van de medezeggenschap kunnen cliëntenraden de landelijke commissie van vertrouwenslieden vragen om de medezeggenschapsregeling te beoordelen. In overleg met het veld wordt bezien of deze commissie meer bevoegdheden moet krijgen dan nu het geval is.

De organisatie van goed bestuur en intern toezicht

De zorgaanbieder presteert voor zijn cliënten en hun verzekeraars. De cliënt mag er op vertrouwen dat de zorgverleners, de bestuurders en de raden van toezicht in de zorg het bewaken en bevorderen van de kwaliteit en veiligheid als eerste prioriteit beschouwen en daar ook op aangesproken wensen te worden. Daarvoor moeten om te beginnen de verantwoordelijkheden binnen de zorgaanbieder goed geregeld zijn. Individuele zorgverleners zullen de informatie bekijken en niet onder willen doen voor de prestaties van hun collega's. Besturen willen de kwaliteit van de door hen geleverde zorg verder verbeteren, en gebruiken daarvoor vergelijkende informatie over prestaties. Raden van toezicht hebben bij hun controlerende taak met deze informatie materiaal in handen om hun controlerende taak van het bestuur van de instelling vorm te geven. Cliënten en verzekeraars kunnen gezamenlijk met meer kracht eisen stellen aan de prestaties van zorgaanbieders. Cliënten kunnen de vergelijkende informatie over de kwaliteit van de zorg en informatie over de ervaringen van cliënten gebruiken bij hun keuze voor een zorgaanbieder. Verzekeraars kunnen aan de hand van kwaliteitsinformatie en klantervaringen met de zorgaanbieder afspraken maken over verbeteringen. Zo nodig kunnen zij selectief contracteren.

Onafhankelijkheid van de Raad van Toezicht

De eis dat instellingen een toezichthoudend orgaan hebben, blijft gehandhaafd. De leden van het interne toezicht dienen onafhankelijk te zijn, dat wil zeggen dat zij zonder last of ruggespraak kunnen functioneren. Onafhankelijkheid vereist uitsluiting van (de schijn van) belangenverstrengeling. Om die reden vinden wij de gebonden voordracht voor leden van het toezichthoudend orgaan door belangengroepen, zoals dat geregeld is in artikel 7 van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, niet langer passend. De sector zelf heeft in de Zorgbrede Governancecode vastgelegd dat het niet gewenst is dat benoeming van toezichthouders geschiedt op voordracht van derden. De Governancecode schrijft openbare werving van leden van de Raad van Toezicht voor. De zorgaanbieder kan er voor kiezen om cliënten mee te laten praten over het type bestuurder of toezichthouder dat nodig is (profielschets). Wij delen deze lijn.

Behoud van vermogen voor de zorg

Uit het oogpunt van betaalbare zorg voor cliënten is het van belang om dat wat met premiemiddelen voor de zorg is opgebouwd, ook voor de zorg behouden blijft. Ook hier hebben het bestuur en het interne toezicht van de zorgaanbieder een verantwoordelijkheid. Op grond van de WTZi moeten instellingen de waarde van onroerende zaken die, onder een regime van gegarandeerde vergoeding van rente en aflossing, is opgebouwd, blijvend voor de zorg bestemmen. Zolang gebouwen en grond voor zorg gebruikt worden, wordt aan deze eis voldaan. Zorginstellingen die er zelf voor kiezen om gebouwen of grond niet langer voor zorg te gebruiken en bijvoorbeeld verkopen, moeten de waarde die door verkoop wordt verkregen, bestemmen voor zorg. Wij vinden het van belang dat het ex ante toezicht op vastgoedtransacties robuust wordt neergezet, zonder daarbij de verantwoordelijkheden van het bestuur van de instelling af te zwakken. In de brief van 15 oktober jl. over «Toezicht op behoud vermogen voor zorg¹» is dat nader toegelicht. Het ex ante toezicht op vastgoedtransacties wordt op dit moment door het College sanering zorginstellingen (CSZ) uitgevoerd. Wij hebben het voornemen om per

¹ Kamerstukken II, 2007–2008, 27 659, nr. 92.

1 januari 2009 het bouwregime in de care en de geestelijke gezondheidszorg af te schaffen. Dit betekent dat de WTZi vergaand moet worden aangepast. De vraag is dan aan de orde of de elementen uit de WTZi die overblijven na de afschaffing van het bouwregime, nog een aparte wet rechtvaardigen, of dat deze elementen beter in andere wetgeving kunnen worden ondergebracht (zie hoofdstuk V van dit programma). De wetgeving die de WTZi vervangt, zal een meer definitieve positionering van het gewenste toezicht op het behoud van vermogen voor de zorg bevatten. De sturingsmogelijkheden zullen daarmee niet verminderen. Omdat de NZa bij haar reguliere werkzaamheden de vermogenspositie van zorginstellingen al beziet en beoordeelt, zullen wij deze taak bij de NZa beleggen.

Het recht op medezeggenschap en goed bestuur:			
Wat neemt de nieuwe wetgeving over of blijft in bestaande wetten:	Wat voegt de nieuwe wetgeving toe:	Stimulerende activiteiten:	Wat vervalt:
Een zorgaanbieder moet inspraak regelen. Hieronder valt het regelen van invloed op de onderwerpen die de kwaliteit van leven raken.	Medezeggenschap op lokaal niveau bij zorg met verblijf in cure en care. Persoonlijke zeggenschap over kwaliteit van leven. Medezeggenschap op centraal niveau bij tweedelijnszorg en AWBZ-zorg. Belangenbehartigers mogen ingezet worden bij inspraak op concerniveau. De cliëntenraad beschikt op basis van ingediende begroting en werkplan zelfstandig over budget. Bij niet naleven normen en bij conflicten tussen cliëntenraad en bestuur rechtsgang naar de commissie vertrouwenslieden. Iedere cliënt kan het recht op medezeggenschap afdwingen. De IGZ handhaaft de naleving van deze norm.	Zorgen voor gemakkelijk vindbare informatie over de mogelijkheden voor cliënten om hun rechten af te dwingen. Voorlichting voor en ondersteuning van cliëntenraden.	Inspraak op instellingsniveau.
De WTZi regelt eisen voor goed bestuur en onafhankelijk intern toezicht. Overheidstoezicht door IGZ.		Governancecode van het veld, governancekamer bij scheidsgerecht.	De eis om toegelaten te worden voor zorgverlening vervalt. Geen toets voorafgaand aan zorgverlening op de statuten. De gebonden voordracht door de cliëntenraad voor een lid van het toezichthoudend orgaan vervalt.
Op grond van WTZi moeten onroerende zaken verkocht worden tegen marktwaarde en moet opbrengst voor de zorg behouden blijven.	Deze norm krijgt rechtstreekse werking. Toezicht door NZa.		De eis om toegelaten te worden voor zorgverlening vervalt.

V Contouren van de voorgenomen wetgeving

De voorstellen die in de vorige paragrafen beschreven zijn leveren een stevige agenda op voor de voorgenomen wetgeving. Kort gezegd willen we met wetgeving:

- het recht op verantwoorde zorg stevig verankeren vanuit het perspectief van de cliënt,
- de veiligheid van de zorg waarborgen,
- de werking van de cliëntenrechten verbreden naar de verpleging, verzorging en begeleiding,
- het recht op afstemming bij ketenzorg in cure en care, en de aansprakelijkheid voor goede afstemming en nazorg regelen,
- de cliënt recht geven op betrouwbare en vergelijkbare informatie over kwaliteit en over ervaringen van andere cliënten,
- de rechten en plichten van de cliënt en de zorgaanbieder goed op elkaar laten aansluiten,
- meer ruimte en vertrouwen geven aan zorgaanbieders om op de zorgvraag in te spelen,

- zorgaanbieders prikkelen om klachten intern, snel en adequaat op te lossen,
- de cliënt het recht geven op een laagdrempelige en onpartijdige behandeling van niet opgeloste klachten,
- medezeggenschap en de financiering daarvan goed regelen.

De beleidsvoornemens die in dit programma worden geschetst leiden er toe dat de volgende wetten niet in ongewijzigde vorm kunnen blijven bestaan: de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, de Wet toelating zorginstellingen en delen van het Burgerlijk Wetboek (Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst). In overleg met veldpartijen wordt gewerkt aan wetgeving die het sluitstuk vormt van de in dit programma geformuleerde ambities. Dit moet leiden tot een vorm van wetgeving waarmee de cliënt en de overheid goede zorg en informatie daarover af kunnen dwingen. Bij de keuze voor de vorm van de wetgeving zullen wij de gewenste samenhang, de overzichtelijkheid van het resultaat en de consequenties voor een spoedige inwerkingtreding als belangrijke toetspunten hanteren. Hierna beschrijven we de contouren van de wetgeving zoals die ons voor ogen staan en zoals wij die met de genoemde organisaties uit het veld hebben besproken.

Versterking van de rechtspositie: uitbreiding en verbreding van rechten

Met de voorgenomen wetgeving zullen de cliëntenrechten worden uitgebreid en wordt de werking ervan verbreed. Nieuw is ook dat we een bruikbaar alternatief voor de gang naar de civiele rechter bieden om individuele rechten te verwezenlijken. De rechten zullen rechtstreeks afdwingbaar zijn bij een onpartijdige en externe commissie die klachten en geschillen behandelt én bij de civiele rechter. Met behulp van de klachtfunctionaris, tweezijdige algemene voorwaarden en de toegang tot de klachten- en geschillencommissie wordt het gemakkelijker om klachten met een beperkte financiële schade en ook klachten zonder financiële schade te behandelen. De positie, de bijbehorende bevoegdheden en de financiële zelfstandigheid van de cliëntenraad wordt stevig verankerd.

De cliëntenrechten gelden op het moment dat er feitelijk zorg wordt verleend. Wij willen dat de cliënt zich niet bezig hoeft te houden met de vraag of er een overeenkomst tussen hem en de betreffende zorgverlener tot stand is gekomen. Deze keuze sluit aan bij de positie van wilsonbekwame cliënten. Zij mogen er vanuit gaan dat hun cliëntenrechten moeten worden gerespecteerd, onafhankelijk van de vraag of zij in juridische zin in staat zijn om een overeenkomst te sluiten. De bestaande wettelijke regelingen voor deze kwetsbare groepen cliënten blijven in stand.

De bestaande bijzondere wetgeving biedt specifieke bepalingen die gelden bovenop de algemene bepalingen over cliëntenrechten. Met cliëntenorganisaties en zorgaanbieders hebben we afgesproken te onderzoeken of de positie van wilsonbekwamen en hun vertegenwoordigers met de algemene bepalingen verder kan worden versterkt.

Versterking van de rechtspositie: rechtstreeks werkende normen voor goede zorg

Ons staat een systeem voor ogen dat er in de kern als volgt uitziet:

- De cliënt krijgt zeven rechten. De rechten die zich daar voor lenen zijn door de individuele cliënt rechtstreeks op grond van de wet afdwingbaar bij een individuele zorgaanbieder, via een externe commissie en via de civiele rechter.
- Rechten en plichten worden nader worden uitgewerkt in tweezijdige algemene voorwaarden. Naleving van algemene voorwaarden is afdwingbaar bij een externe commissie.
- Het «recht op kwaliteit en veiligheid» wordt bovendien nader uitge-

- werkt in standaarden, protocollen of richtlijnen. Wanneer deze uitwerkingen niet tot stand komen of niet worden nageleefd, kan de minister aanvullende normen stellen.
- Zorgaanbieders zijn geregistreerd en leggen verantwoording af over prestaties en bedrijfsvoering.
 - De IGZ ziet toe op structurele naleving van de normen in de wet en handhaaft.

De WTZi moet vergaand worden aangepast in verband met het afschaffen van het bouwregime in de care en de geestelijke gezondheidszorg. Inmiddels heeft het kabinet met de brief «Met zorg ondernemen»¹ de gewenste eindsituatie voor zorgaanbieders in het stelsel geschetst. Het voorstel dat wij doen betekent dat, naast de bouwvergunning, ook de toelating en beleidsregels WTZi vervallen. De normen uit het Uitvoeringsbesluit en de beleidsregels WTZi, zoals de eisen met betrekking tot de bestuursstructuur en de bedrijfsvoering, het verbod om bepaalde gevallen winst uit te keren, de mogelijkheid om regels te stellen aan de bereikbaarheid van speciale vormen van zorg, de verplichting om bij bouw een leefwensenonderzoek te doen onder individuele cliënten en behoud van waarde van onroerende zaken voor de zorg, zijn voldoende stabiel om ze in wetgeving of in lagere regelgeving over te nemen. De WTZi heeft hiermee zijn functie om de transitie naar vraagsturing te begeleiden vervuld. In de plaats van de toelating komt een basisregistratie van elementaire gegevens. De basisregistratie zal gegevens bevatten over wie waar welke zorg verleent, zodat cliënten en toezichthouders weten waar welke zorg beschikbaar is. Vanzelfsprekend zal bij de inrichting en de vulling van die registratie zoveel als mogelijk worden aangesloten bij en afgetapt van al bestaande registraties zoals het Handelsregister van de Kamer van Koophandel en het BIG-register zoals dat wordt bijgehouden door het agentschap van VWS terzake, het CIBG. De mogelijkheid om specifieke eisen te stellen aan individuele instellingen door middel van het verbinden van een voorschrift aan een toelating wordt vervangen door een aanwijzigingsbevoegdheid van de toezichthouder, zoals nu ook is geformuleerd in artikel 7 van de Kwaliteitswet. De mogelijkheid van bestuursdwang/last onder dwangsom blijft bestaan. De bestaande sturingsmogelijkheden zullen daarmee niet verminderen. De mogelijkheid van intrekken van de toelating wordt vervangen door de bestaande mogelijkheid voor de toezichthouder om een instelling of afdeling tijdelijk te sluiten op grond van de Kwaliteitswet, uit te breiden. Indien nodig beslissen de bewindspersonen van VWS over verlenging van de sluiting. Een definitief besluit over het moment van afschaffen van de toelating zal ook afhangen van het tempo waarin en de wijze waarop integrale tarieven in de care worden ingevoerd. Bij het bepalen van het moment waarop de toelatingen vervallen wordt rekening gehouden met de consequenties voor de bekostigingssystematiek.

Regeldruk: administratieve lasten voor zorgaanbieders

Zoals hierna wordt aangegeven zijn het bestuur en het toezichthoudend orgaan van een zorgaanbieder integraal verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg. Als zij transparant zijn over de prestaties die zij leveren en de cliënten voldoende invloed geven via inspraak en via een klachtenregeling, kunnen zij ook meer vrijheden krijgen om zorg te leveren: het systeem van toelatingen en bouwvergunningen kan dan verdwijnen. Dit betekent een verschuiving in de administratieve lasten voor zorgaanbieders van het verstrekken van informatie vooraf naar het leveren van inzicht in prestaties achteraf. Met de nieuwe wetgeving streven we naar een verlichting van de administratieve lasten voor zorgaanbieders. Bij de uitwerking van de wetgeving wordt een kosten/batenanalyse gedaan en worden de gevolgen voor de zorginstellingen getoetst.

¹ Kamerstukken II, 2006–2007, 27 659 en 29 248, nr. 84, brief van 9 juli 2007.

Een grote verlichting van de administratieve lasten zal toe te schrijven zijn aan het laten vervallen van de toelating en de bouwvergunningen op grond van de WTZi. Instellingen zullen niet langer vooraf worden getoetst op het voldoen aan de algemene eisen. Dit bespaart instellingen een administratieve handeling als zij toetreden tot de markt, een nieuwe zorgfunctie willen gaan verlenen of willen bouwen. De basisregistratie die hiervoor in de plaats komt zal zo veel mogelijk aansluiten bij en afgetapt worden van al bestaande registraties.

Een andere lastenverlichting heeft betrekking op de jaarverslagen. In de Kwaliteitswet zorginstellingen is de verplichting opgenomen jaarlijks een kwaliteitsjaarverslag ter openbare inzage te leggen. In de Wet klachtrecht cliënten zorgsector is de verplichting opgenomen elk jaar een openbaar verslag op te stellen over de klachtafhandeling. In de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen staat de plicht jaarlijks een schriftelijk verslag te maken van de wijze waarop deze wet is toegepast. Deze verplichtingen zullen in de nieuwe wetgeving worden vereenvoudigd.

Hier tegenover staat dat de reeds bestaande verplichting op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg om informatie over de kwaliteit van prestaties en diensten openbaar te maken, wordt ingevuld. In de nieuwe wetgeving zal worden geëxpliciteerd dat het recht van de cliënt op informatie ook de informatie over de behandeling van specifieke aandoeningen, klantervaringen en wachttijden omvat. Dit is noodzakelijk om cliënten daadwerkelijk inzicht te geven in de kwaliteit van prestaties en voor een scherp toezicht door de IGZ en de NZa. Bij het invullen van dit recht zal worden aangesloten bij wat de meeste zorgaanbieders met het oog op hun bedrijfsvoering en het leveren van goede zorg veelal toch al doen: transparant zijn over zijn prestaties, bestuur en bedrijfsvoering. Er is alleen sprake van een extra last voor die aanbieders die deze informatie nu nog niet leveren.

Regeldruk: inhoudelijke nalevingskosten voor zorgaanbieders

Het recht op informatie, toestemming en dossiervorming zal ook gaan gelden in de care. Uiteraard worden cliënten in de meeste gevallen al geïnformeerd, is er sprake van toestemming als cliënten die kunnen geven en worden er in de care dossiers bijgehouden. Zorgplannen spelen in dit kader een belangrijke rol. Om te zorgen dat cliënten informatie, toestemming en een dossier kunnen afdwingen, leggen we het recht van de cliënt dat het zorgplan met hem wordt afgestemd wettelijk vast, net als in de cure. De noodzaak en urgentie van de verbreding van deze reikwijdte van de rechten voor cliënten wordt gesteund door de zorgaanbieders. Ten opzichte van de algemene maatregel van bestuur die op dit moment wordt opgesteld voor het zorgplan is geen sprake van wijziging van de nalevingskosten.

Op het punt van medezeggenschap zal het wetsvoorstel de zorgaanbieder verplicht stellen per nader te omschrijven locatie en voor het gehele concern een cliëntenraad te hebben. Op dit moment is een centrale cliëntenraad nog niet verplicht, veel zorgconcerns hebben al wel een cliëntenraad. Ook wordt beter gewaarborgd dat cliëntenraden voldoende financiële middelen hebben. Hier staat tegenover dat onder de huidige Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen alle zorginstellingen een cliëntenraad moeten hebben. Onder de nieuwe wetgeving zal deze plicht voor instellingen die eerstelijnszorg leveren, vervallen.

De nieuwe regelgeving rondom klachten zal niet langer een klachtencommissie op instellingsniveau verplicht stellen. Wel moet de interne klachtopvang goed geregeld zijn en moeten instellingen zich aansluiten bij een externe onafhankelijke commissie, die klachten beoordeelt en/of

financiële schadevergoedingen kan toekennen. Hoe dit per saldo uitpakt, is afhankelijk van de vormgeving en inbedding van de externe commissies. Hierover zijn we nog in overleg met veldpartijen.

Versterking rechtspositie: publiek toezicht op alle zeven thema's van het recht op goede zorg. Met het pakket aan maatregelen in dit programma wordt het toezicht op goede zorg verstevigd. De wettelijke normen hebben de kwaliteit van zorg als doel; het voorstel bevat het recht op goede zorg in al zijn facetten.

Goed intern toezicht en horizontale verantwoording

Het bestuur en het interne toezicht van een zorginstelling zijn integraal verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg. Cliënten worden betrokken bij de besluitvorming en klachten en geschillen kunnen laagdrempelig en effectief worden behandeld. Prestaties worden inzichtelijker en cliënten en verzekeraars kunnen op basis van die informatie beter keuzes maken. Zorginstellingen zijn transparant en leggen maatschappelijke verantwoording af in de vorm van het jaardocument. Voor het recht op medezeggenschap geldt dat de zorgaanbieder verslag legt van de wijze waarop in de medezeggenschap is voorzien en dat cliënten zelf op de organisatie van de medezeggenschap toezien door middel van het Landelijke commissie van vertrouwenslieden. Hiermee worden extra toezichtlasten voor zorgaanbieders voorkomen. Ook in de huidige wetgeving heeft de IGZ geen taak bij medezeggenschap.

Slagvaardig toezicht door de overheid

Goed toezicht door de overheid op de naleving van de normen voor goede zorg is het sluitstuk op de werking van dit interne toezicht. De IGZ ziet toe op de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening. Voor de bestaande normen die worden overgenomen in de nieuwe wetgeving is de IGZ dan ook al de toezichthouder. Eerder in dit programma noemden we de IGZ al als verantwoordelijke voor het bepalen van de kwaliteitsindicatoren die openbaar moeten zijn en het bepalen van de wijze waarop validatie van de gegevens wordt geregeld. Dit is essentieel voor het verkrijgen van inzicht in de kwaliteit van zorg. Voor slagvaardig toezicht op de veiligheid van de zorg vinden we het nodig om de norm voor verantwoorde zorg tijdelijk bij ministeriële regeling op onderdelen nader te kunnen invullen. Nieuw is dat de IGZ het naleven van de cliëntenrechten door zorginstellingen handhaaft.

De IGZ beziet of het interne toezicht en de horizontale verantwoording de gewenste effecten hebben op de kwaliteit van de zorg. De IGZ bepaalt aan de hand van de informatie over de prestaties, en aan de hand van signalen die via het IGZ-loket binnenkomen welke zorgaanbieders of individuele beroepsbeoefenaren zij nader inspecteert. In de nieuwe situatie kan de IGZ daarbij ook gebruik maken van signalen uit de praktijk van geschillencommissies. Indien de IGZ bij de nadere inspectie concludeert dat een zorgaanbieder of beroepsbeoefenaar de normen met betrekking tot verantwoorde zorg structureel schendt, kan zij ingrijpen en haar instrumentarium inzetten. De IGZ kan met haar instrumentarium ook afdwingen dat zorgaanbieders, als daartoe aanleiding is, passende maatregelen treffen richting individuele werkers in de zorg die niet naar behoren functioneren.

De NZa kijkt naar de openbaarheid van de informatie over de prestaties van zorgaanbieders en verzekeraars om vanuit het algemeen consumentenbelang op de werking van de zorg- en de zorgverzekeringsmarkt te kunnen toezien, en zo nodig te kunnen interveniëren. De NZa heeft daarvoor op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg de nodige bevoegdheden. Wij stellen voor om het toezicht op het verbod op het

voeren van een winstoogmerk en het bewaken van het behoud van vermogen voor de zorg (nu beide geregeld in de WTZi) bij de NZa te beleggen. Voor het markttoezicht dat de NZa uitoefent is het beoordelen van de vermogenspositie van de zorginstelling al een belangrijk aspect. Het toezicht op de naleving van het winstverbod en op de naleving van de eis dat opgebouwd vermogen voor de zorg bestemd blijft, kan eenvoudig worden toegevoegd aan de bestaande toezichttaak van de NZa. Dit past bij de visie van de minister van VWS op toezicht¹, waarin we nieuwe toezichttaken zo veel mogelijk bij een bestaande toezichthouder beleggen.

De IGZ en de NZa functioneren nu en straks naast elkaar als toezichthouders in de zorg. De IGZ ziet toe op de kwaliteit van de zorg, de NZa kijkt naar het openbaar maken van de prestaties van zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. Anders gezegd; de IGZ ziet toe op de transparantie van de kwaliteit en de NZa ziet toe op de kwaliteit van de transparantie. De eigen taken van beide toezichthouders garanderen op de hier voorgestelde wijze ruimte voor onafhankelijk en deskundig toezicht. De geprotocolleerde samenwerking tussen NZa en IGZ garandeert de zorgaanbieders dat de benodigde informatie maar één keer wordt opgevraagd en dat de bevoegdheden ten aanzien van het afdwingen van transparantie in samenhang worden ingezet.

¹ Kamerstukken II, 2005–2006, 29 689, nr. 68.