

Bijlage I – Schriftelijke reactie op vragen

Bij het opstellen van de schriftelijke reactie op de vragen is de volgorde van de sprekers tijdens de eerste termijn van het plenaire debat d.d. 18 juni 2013 aangehouden.

1) SP (lid Leijten)

De EK heeft geoordeeld dat zij niet verder gaan met het wetgevingsproces met de fusietoets- en de zorginstuutwet totdat zij weten wat er met de Wkkgz gebeurt, omdat dit toch de basiswet zou zijn. Krijgen wij nu toch een basiswet cliëntenrechtzorg met allerlei verschillende "huiskamers", met allerlei verschillende zaken? Of gaan wij gewoon alle wetten apart noemen?

Daar kan ik heel kort en duidelijk over zijn. Het streven naar een grote alomvattende wet voor alle aspecten van de zorg heb ik uitdrukkelijk losgelaten. De wetten over het Zorginstituut en de wet over de fusietoets zijn als aparte wetten behandeld; die wetten zijn dus volledig losgekoppeld van dit wetsvoorstel. Datzelfde geldt voor andere wetsvoorstellen, zoals dat over de elektronische verwerking van gegevens, de aankomende wijziging van de WGBO en het aankomende aparte wetsvoorstel met nieuwe regels over medezeggenschap en goed bestuur. Van onduidelijkheid in de wetgeving is dus geen sprake. Ook de Eerste Kamer heeft onlangs besloten toch met de behandeling van de wetsvoorstellen over het Zorginstituut en de wet over de fusietoets te beginnen.

Hoe moet ik de vierde Nota van Wijziging begrijpen? Gaan we de verplichting van een verklaring omtrent het gedrag (VOG) nu uiteindelijk regelen bij het wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg en geldt zij alleen maar voor de AWBZ? Of geldt de verplichting van een VOG voor iedereen die in de zorgsector werkzaam is?

In de Beginselenwet AWBZ zorg is een VOG verplicht gesteld voor huidige medewerkers in de AWBZ-zorg. Zij werken met de meest kwetsbare groep cliënten, daarom is er voor hen een extra waarborg, bovenop de VOG-verplichting uit de Wkkgz, die geldt voor nieuwe medewerkers en bij huidige werknemers als er vermoedens bestaan bij zorgaanbieder of IGZ.

Om alle eisen ten aanzien van de VOG overzichtelijk in één wet te plaatsen komen deze allen terecht in de Wkkgz. Met de vierde nota van wijziging wordt dit geregeld. De VOG-bepalingen uit de Beginselenwet AWBZ zorg vervallen en komen terecht in de Wkkgz.

Is deze regeling voor de VOG dezelfde als de regeling die we hebben vastgesteld voor de VOG in de kinderopvang? Als ze niet eenduidig zijn, of niet eenduidig kunnen zijn, wat zijn de redenen dan om af te wijken?

Nee, in de kinderopvang, jeugdzorg en op grond van het wetsvoorstel beginselenwet AWBZ-zorg moeten ook zittende werknemers een VOG overleggen. In deze sectoren gaat het om de meest kwetsbare cliënten; dat is de reden om voor deze sectoren deze extra eis te stellen. Ik kies er niet voor om ook voor de curatieve zorg een VOG voor zittende medewerkers te verplichten. Door verloop van medewerkers in de curatieve zorg zullen na verloop van een aantal jaren vrijwel alle medewerkers in de zorg beschikken over een VOG. Naar schatting zou met een VOG-verplichting voor zittende medewerkers in de curatieve zorg een eenmalige administratieve last van € 12 miljoen gemoeid zijn. Bovendien zal het bureau Justis, dat VOGs afgeeft de komende periode al veel werk hebben aan alle VOGs die moeten worden afgegeven.

Iedereen die een VOG nodig heeft kan deze bij zijn of haar gemeente aanvragen. De gemeente stuurt de aanvraag door naar bureau Justis, onderdeel van het ministerie van V&J, dat de VOGs afgeeft.

Wat doen we met mensen die in een ver verleden bestraft zijn omdat ze misbruik hebben gemaakt van hun overmacht over een ander, financieel, lichamelijk of geestelijk? Wat doen we met mensen die zijn gestraft en hun straf al jaren geleden hebben uitgezeten? Worden deze mensen nog steeds geraakt voor de gevolgen van een VOG? En wat gebeurt er met zorginstellingen die zich niet

houden aan de verplichting een VOG te overleggen? Het moet helder zijn welke sanctie instellingen krijgen die mensen in dienst nemen zonder VOG.

Op grond van de Wkkgz moeten werknemers in bezit zijn van een VOG, behoudens de zittende werknemers in de curatieve zorg. Mensen met een dergelijk verleden krijgen geen VOG; voor ernstige misdrijven zoals zedenmisdrijven wordt door bureau Justis, dat de VOG's afgeeft, een langere tijd terug gekeken dan voor minder ernstige misdrijven. Bijvoorbeeld indien er op de justitiële documentatie zedenzaken staan, dan geldt een onbeperkte terugkijktermijn.

In de Wkkgz worden ook de meldplichten voor zorgaanbieders bij IGZ uitgebreid. De meldplicht voor seksueel misbruik wordt uitgebreid naar geweld in de zorgrelatie. Er komt een meldplicht voor zorgaanbieders bij ontslag van een zorgverlener wegens disfunctioneren.

En wat gebeurt er met zorginstellingen die zich niet houden aan de verplichting een VOG te overleggen? Het moet helder zijn welke sanctie instellingen krijgen die mensen in dienst nemen zonder VOG.

De IGZ houdt op grond van dit wetsvoorstel toezicht op het voldoen aan de VOG verplichting door aanbieders. De IGZ kan zo nodig een aanwijzing geven en bestuursdwang toepassen als een aanbieder zich niet aan een aanwijzing houdt.

Wordt de casuïstiek die in het EO programma 'De Vijfde Dag' is belicht inzake een veroordeelde zedendelinquent in de toekomst, met dit wetsvoorstel, onmogelijk? Of is het mogelijk dat iemand die in afwachting is van hoger beroep of cassatieberoep, nog niet als 'bestraft' in de administratie zit? Is dit een maas in de wet en, zo ja, hoe kan die gedicht worden?

Ook in een zaak waarin de veroordeling nog niet onherroepelijk is, kan een VOG geweigerd worden. Op grond van de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens (artikel 35) kan de enkele verdenking van een strafbaar feit al voldoende grond opleveren voor weigering van een VOG. Uitgangspunt is zonder meer dat als iemand met een veroordeling wegens een zedendelict een VOG aanvraagt voor een baan in de zorg, deze geweigerd wordt, ook als de veroordeling nog niet onherroepelijk is.

Wat vindt de minister van de situatie dat familieleden een bezoekenregeling krijgen opgelegd omdat ze kritisch waren op een zorgverlener en dat de zorginstelling zegt: we doen dit om het personeel te beschermen? Of dat medische fouten wel erkend worden, maar dat aan die erkenning geen enkel gevolg wordt gegeven zoals excuus of compensatie?

Deze voorbeelden onderschrijven het belang van dit wetsvoorstel. Het opleggen van een bezoekenregeling kan voorkomen vanuit overwegingen waaraan veiligheid en zorg voor cliënten en medewerkers ten grondslag liggen. Met de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg verbetert de positie van de betrokken familieleden:

- Mensen kunnen terecht bij een klachtenfunctionaris of vertrouwenspersoon, die helpt bij het zoeken van een oplossing voor onvrede en klachten én die het gesprek tussen klager en aanbieder ondersteunt. Dit kan voorkomen dat de verhouding tussen de familie en de zorginstelling verstoord raakt. Ook het Zorgloket kan een mediationtraject inzetten.
- Als ultimatum remedium kunnen mensen, als ze er met de zorgaanbieder niet uit komen, terecht bij de geschilleninstantie, die een bindende uitspraak doet. De uitspraak van de geschilleninstantie kan zijn dat de bezoekenregeling moet worden aangepast of ingetrokken.

Je zou als burger toch eerder willen weten dat een instelling onder verscherpt toezicht is gesteld?

Ik ben dit met mevrouw Leijten eens. Het is van groot belang dat cliënten voor hun keuze kunnen beschikken over kwaliteitsinformatie; ook als er sprake is van verscherpt toezicht. Dat wordt door de IGZ dan ook op de website van de IGZ gepubliceerd.

Met een in voorbereiding zijnde wijziging van de Gezondheidswet wordt het openbaar maken van dergelijke toezichtinformatie van een nog betere wettelijke basis voorzien. Dit wetsvoorstel regelt voorts dat zorgaanbieders ook zelf verplicht zijn cliënten die informatie te verstrekken die nodig is om weloverwogen te kunnen kiezen.

Hoe staat het met het onderzoek zoals toegezegd door voormalig staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten inzake de inventarisatie van het gebruik van antipsychotica zoals haldol in de ouderenzorg?

Dit onderzoek wordt door een aantal wetenschappers uitgevoerd, waarbij de IGZ in de klankbordgroep zit. Na de eerste analysefase, die vorig jaar is afgerond, wordt op dit moment een interventiemethode getest in een aantal zorginstellingen. Deze methode moet zorgen voor het terugdringen van het gebruik van psychofarmaca als Haldol. Wanneer de resultaten van het onderzoek bekend zijn, zal de staatssecretaris van VWS u daarover informeren.

Herkent de minister de problematiek van bestuurders die niet meer op de hoogte zijn van wat er gebeurt in hun zorginstelling. Zo ja, wat gaat zij hieraan doen?

Het bestuur van de zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. Dit is in dit wetsvoorstel helder en eenduidig vastgelegd. In mijn brief over goed bestuur, die ik u na de zomer toezend, kom ik hier nader op terug.

Door de deformalisering van de klachtenprocedure, wordt het de verantwoordelijkheid van het bestuur om klachten af te handelen. Dit is niet meer 'weggeorganiseerd' bij een aparte commissie. Ik verwacht dat de voorgestelde wijzigingen ertoe leiden dat het bestuur vaker direct in gesprek gaat met de klachtenfunctionaris om te horen welke onvrede er leeft onder cliënten.

We doen niets aan het opleggen van bezoeksregelingen, terwijl mensen recht hebben op een gezins- en familieleven. Daar moet je toch met elkaar uit kunnen komen. De regering kiest eigenlijk de zijde van de instellingen.

Wanneer de IGZ constateert dat sprake is van onveilige zorg grijpt zij direct in door bijvoorbeeld het geven van een bevel.

In minder urgente situaties kiest de IGZ er voor om verbetermaatregelen te eisen. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de tekortkomingen zich voordoen op gebied van ondersteuning in de ontwikkeling van cliënten. Dit kan een gehele instelling aangaan, maar ook onderdelen van een instelling. De IGZ spreekt een raad van bestuur aan op dergelijke tekortkomingen. Wanneer blijkt dat er te weinig verbetering zit in de situatie, grijpt de IGZ in en kan dan verscherpt toezicht instellen voor een hele instelling of mij adviseren een aanwijzing te geven. Het is per situatie en afhankelijk van de tekortkoming om te bepalen of een maatregel betrekking heeft op een onderdeel van een zorginstelling of op de gehele zorginstelling.

Is de minister bereid om te bekijken of zij kan helpen bij de oplossing van de situatie bij een zorginstelling in Amsterdam, waarin ouders van gehandicapte kinderen niet meer bij hun kinderen mogen?

De staatssecretaris bekend met de door u genoemde situatie. De IGZ heeft naar aanleiding van klachten van de ouders meerdere malen onaangekondigde inspectiebezoeken (en aangekondigde inspectiebezoeken met onaangekondigde elementen) bij de instelling afgelegd. De punten die in de klachten zijn opgenomen, zijn door de IGZ niet aangetroffen. De staatssecretaris ziet voor zichzelf dan ook geen rol in deze situatie weggelegd. Uiteraard blijft de IGZ de situatie in de instelling wel monitoren.

In een brochure van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2008) staat dat men een juridische procedure kan starten tegen de ouders. Hoe vaak is dit inmiddels gebeurd? En ik wil afspreken dat wij in het kader van een klachten- en geschillenregeling dit niet meer toestaan.

Navraag bij de IGZ leert mij dat er geen juridische procedures bekend zijn die naar aanleiding van een brochure van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland zijn gestart.

Deze wet is een lakmoesproef. Wil de minister die dichte deuren van de bestuurskamers echt openbreken?

Ik vind transparantie en een open cultuur erg belangrijk. Dat zijn elementen waar dit wetsvoorstel van is doordrongen. In dit wetsvoorstel zijn bepalingen opgenomen die zorgaanbieders verplichten om keuze-informatie aan te leveren en om van een incident melding te maken in cliëntendossiers. Ook leg ik vast dat uitspraken van een geschilleninstantie openbaar zijn. Daar waar bestuurderskamers nog dichte duren hebben, wil ik ze inderdaad openbreken, want dichte duren passen niet meer bij deze tijd.

Ik stel voor dat ook de mensen die werken in een zorginstelling zich kunnen wenden tot de klachtenfunctionaris en een beroep kunnen doen op de klachtenregeling.

Deze wet is niet van toepassing op de arbeidsrelatie tussen bestuur en personeel van de instelling. Personeel kan haar zorgen uitten bij het Zorgloket. Daarna kunnen er twee paden bewandeld worden. Wanneer het Zorgloket vermoedt dat de kwaliteit van zorg in het geding is, geeft ze de zorg van het personeelslid direct door aan de IGZ, die bij signalen van personeelsleden doorgaans zelf een onderzoek instelt. Het andere pad is dat het Zorgloket het personeelslid begeleidt en verwijst naar de werkwijze conform de klokkenluidersregeling van de instelling.

Een onafhankelijke geschilleninstantie is een goed idee, maar wie zegt wat 'onafhankelijk' is? Wat is de handigste manier om dit vast te leggen als wij uiteindelijk willen controleren hoe onafhankelijk die commissie is en dat wij in laatste instantie ook willen kunnen optreden, als wij denken dat dit niet het geval is.

De onafhankelijkheid wordt geborgd doordat zij wordt ingesteld door zorgorganisaties van aanbieders en cliënten gezamenlijk. Deze partijen leggen dit vast in een schriftelijke regeling. Daarnaast zijn alle uitspraken van geschilleninstanties openbaar en dus controleerbaar. Dit alles zorgt voor onafhankelijkheid.

Ik hoop rond de zomer met een voorstel te komen dat voorziet in een "no-fault"-fonds. De ervaringen in het buitenland met een dergelijk stelsel zijn namelijk positief.

Met de geschillencommissie uit dit wetsvoorstel wordt het al mogelijk om – met een voor de cliënt laagdrempelige regeling – een schadevergoeding tot €25.000 te verkrijgen. Ik wacht het initiatief van de SP uiteraard af.

2) PvdA (lid Kuzu)

Leidt de definitie van 'goede zorg' niet tot een aanzienlijke kans dat hierover discussies tussen cliënt en zorgverlener ontstaan? Wat is immers 'doelmatig' en 'doeltreffend'?

De professionele standaarden zullen een uitwerking moeten geven aan wat daarbij onder doelmatig en doeltreffend moet worden verstaan. Het Kwaliteitsinstituut zal de totstandkoming van deze standaarden aanjagen en daarbij ook de totstandkoming van meetinstrumenten aanjagen, waarmee de zorgaanbieders zich richting het Kwaliteitsinstituut moeten verantwoorden. Het Kwaliteitsinstituut publiceert vervolgens op grond daarvan vergelijkende informatie tussen zorgaanbieders. Het Kwaliteitsinstituut zal ook lekenversies van professionele standaarden publiceren.

De PvdA vindt dat de driehoeksverhouding tussen patiënt, zorginstelling en zorgverzekeraar niet tot uitdrukking is gekomen in het wetsvoorstel. Spreker pleit voor duidelijkheid over de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars.

De verzekeraar is niet degene tot wie de Wkkgz zich richt. De Wkkgz ziet op de relatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder. De rol van verzekeraars is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Verzekeraars dienen kritisch te zijn ten aanzien van de zorg die zij inkopen. Verzekeraars moeten die zorg inkopen, die voldoet aan de eisen die de Wkkgz straks stelt. Zij dienen vervolgens over deze ingekochte zorg transparant te zijn, zowel naar hun verzekerden als ook naar potentieel toekomstige verzekerden. Deze informatie kunnen (potentieel toekomstige) verzekerden betrekken bij hun keuze voor een zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol om het

stelsel te laten werken en hun verzekerden die zorg te bieden die goed is en afgestemd is op hun wensen. De driehoek is dus qua wetgeving goed op elkaar afgestemd.

3) SGP (lid Van der Staaij)

Wat is de reikwijdte van de wet voor nu – en zeker ook zo belangrijk – voor na 2015? In de toelichting op artikel 1, tweede lid, staat dat de zorg die geboden wordt in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) vooralsnog onder dit wetsvoorstel valt. Lopen zorgaanbieders en cliënten daarmee het risico dat zij mogelijk per 2015 met andere bepalingen te maken krijgen?

De reikwijdte van het voorstel Wet Kwaliteit klachten en geschillen zorg is nu ZVW- en AWBZ-zorg en handelingen op grond van de wet BIG en alternatieve behandelingen. Zowel instellingen als solistisch werkzame zorgverleners vallen onder dit wetsvoorstel. Wmo-onderdelen die voorheen onder de Kwaliteitswet of de Wet klachtrecht cliënten zorgsector vielen blijven - in afwachting van het wetsvoorstel voor de nieuwe Wmo - onder het voorstel Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg vallen. Ik wil niet vooruitlopen op het voorstel voor een nieuwe Wmo. Ik stel voor dat in het kader van dat wetsvoorstel verder wordt gesproken over de reikwijdte van bepalingen uit de Wet Kwaliteit klachten en geschillen zorg.

Hoe wordt omgegaan met klachten en geschillen als gemeenten heel andere eisen stellen aan de kwaliteit van de zorg en er niet direct professionele standaarden voorhanden zijn (artikel 2)?

Op dit moment werkt de staatssecretaris hard aan het wetsvoorstel voor de nieuwe Wmo. De exacte vormgeving daarvan staat nog niet vast. Daar kan ik nog niet op vooruitlopen. Het is evenwel niet uitgesloten dat zorgstandaarden en het Zorginstituut, zoals ook door uw Kamer is gevraagd, ook voor bepaalde vormen van maatwerk in de nieuwe Wmo een rol zullen gaan spelen. De aanbieder die vormen van zorg levert die onder dit wetsvoorstel Wkkgz vallen (en waarvoor zorgstandaarden zijn of worden ontwikkeld), en die ook maatwerkvoorzieningen onder de Wmo levert, zal op de verschillende gebieden moeten voldoen aan de ter zake geldende kwaliteitseisen. Ik zie daar niet snel een probleem ontstaan, omdat het voor de hand ligt dat voor gelijke of vergelijkbare activiteiten gelijke kwaliteitseisen zullen gelden. Zorgaanbieders die in verschillende deelsectoren opereren, zullen eraan gewend zijn aan de eventueel uiteenlopende eisen te voldoen. Daar komt bij dat de professionele standaarden geldt dat gemotiveerd afwijken kan en soms zelfs moet; dus ook daar is sprake van maatwerk.

Is de minister voornemens om van de mogelijkheid gebruik te maken, en zo ja, waarom wordt dit niet gewoon in de wet geregeld (toelichting op artikel 1, derde lid, niet-proportionele toepassing van de wet voor bepaalde vormen van zorg)?

In de toelichting op het oorspronkelijke wetsvoorstel (toen artikel 1, vijfde lid) is aangegeven waarom voor deze aanpak is gekozen. Die reden is in hoge mate van wetgevingstechnische aard. Het gaat er inderdaad om dat maar een gedeelte van de genoemde zorgsoorten moet worden uitgezonderd.

De wet moet wel gelden voor aanbieders die directe contacten met cliënten hebben en niet voor bedrijven (die wel onder de term aanbieder van zorg vallen), die geen directe contacten hebben. De precieze afbakening daarvan maakt het nodig te verwijzen naar de manier waarop in lagere regelgeving de aanspraken op deze zorgsoorten zijn omschreven. Het is niet gebruikelijk in de formele wet bepalingen uit de lagere regelgeving aan te halen. Dat zou wel nodig zijn om op wetsniveau de uitzondering vast te leggen. Daarom is gekozen voor de bepaling dat bij AMvB delen van deze zorg kunnen worden uitgezonderd.

Wat is de reikwijdte van de heel algemeen geformuleerde bepaling in artikel 4, eerste lid. Hoe ver gaat de verantwoordelijkheid voor een zorgaanbieder? Hoe moet ik het inwinnen van informatie praktisch voor mij zien?

De vergewisplicht expliciteert wat een zorgaanbieder zou moeten doen om zijn verantwoordelijkheid voor goede zorgverlening waar te maken. Daar hoort bij dat hij zorgvuldig bekijkt wie hij in dienst neemt en of er redenen zijn om te veronderstellen dat iemand daar niet of minder geschikt voor is. De wettelijke verplichting vraagt geen onmogelijke dingen van de aanbieder. Hij moet dat doen wat te doen gebruikelijk is: vragen waar iemand heeft gewerkt, diploma's en referenties vragen, misschien eens googlen om te zien wat er over iemand bekend is. De wet voegt daaraan toe de verplichting om van de sollicitant te vragen om een VOG te overleggen. De wet verlangt niet van de aanbieder om zich toegang te verschaffen tot informatie die onder de privacybescherming valt. Maar hij kan wel aan de sollicitant vragen of die het goed vindt dat hij navraag doet of bepaalde gegevens overlegt. Als de sollicitant dat niet goedvindt of doet, kan de zorgaanbieder afwegen of hij daar wellicht consequenties aan verbindt.

Waarom wordt niet volstaan met artikel 4, vierde lid, waarin staat dat een zorgaanbieder een VOG moet aanvragen als redelijkerwijs vermoed kan worden dat een zorgverlener niet aan de eisen voor het afdragen van zo'n verklaring voldoet? Wat verstaat de minister in het kader van dat artikel onder een "redelijk" vermoeden? Hoe wordt daarbij willekeur vermeden? Wanneer heeft een zorgaanbieder voldaan aan de verplichting om maatregelen te nemen die noodzakelijk zijn ter bescherming van zijn cliënten, zoals het vijfde lid eist?

Dit wetsvoorstel regelt niet dat zittende medewerkers in de curatieve zorg een VOG moeten overleggen. Voor de AWBZ-sector geldt dat wel. Daarmee is naar schatting een eenmalige administratieve last van € 12 miljoen gemoed. De overige administratieve kosten voor VOG voor nieuwe medewerkers en VOG bij vermoedens bedragen naar schatting € 2 miljoen per jaar. Ik ben van mening dat de regeling in dit wetsvoorstel afdoende en proportioneel is. Er kan mijns inziens niet worden volstaan met een VOG bij een vermoeden omdat bij nieuw aan te nemen personeel de zorgaanbieder dat nog niet kan inschatten.

Bij een redelijk vermoeden gaat het erom dat de zorgaanbieder of de IGZ vermoedt dat er redenen zijn om aan te nemen dat een medewerker mogelijk een gevaar vormt voor de cliënt of diens eigendommen. Hier zullen de zorgaanbieder en de IGZ zorgvuldig mee om moeten gaan. Indien een sollicitant op verzoek geen VOG kan of wenst te overleggen zal de aanbieder moeten besluiten de sollicitant niet aan te nemen. Indien een zittende werknemer op verzoek geen VOG kan of wenst te overleggen zal de aanbieder het gesprek met deze werknemer moeten aangaan en op grond daarvan passende maatregelen moeten nemen, waaronder mogelijk ontslag of een functie zonder direct contact met cliënten aanbieden.

Was het niet juist een van de redenen om het Kwaliteitsinstituut op te richten dat het in veel gevallen nog onduidelijk is wat kwaliteit van zorg is en hoe deze eenduidig te meten is? Hoe moeten zorgaanbieders met deze wettelijke verplichting omgaan als er nog geen professionele standaard is ontwikkeld voor hun vorm van zorg?

Op grond van dit wetsvoorstel moet de zorgaanbieder al het mogelijke doen om de cliënt goede zorg te leveren. Als er nog geen standaarden zijn kan de zorgaanbieder zich baseren op "good practises" of op de terugkoppeling die de zorgaanbieder ontvangt van zijn cliënten. Het Kwaliteitsinstituut zal "best practises" in de langdurige zorg bekend maken en onderzoek (laten) doen naar wat een best practise een best practise maakt zodat ook voor de langdurige zorg 'standaarden' ontstaan.

Kan de minister toelichten hoe zij de samenhang van dit wetsvoorstel ziet met de aangekondigde hervorming van het klachtrecht bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de introductie van een Zorgloket, die de minister aankondigt in een brief van 15 februari jl.?

In de kabinetsreactie op de onderzoeksrapporten over de IGZ heb ik aangegeven dat de IGZ niet aan zet is om burgers met klachten te begeleiden. De IGZ is verantwoordelijk voor streng toezien en handhaven. Het Zorgloket begeleidt burgers met klachten in de zorg en wijst hen de weg. Daarnaast wordt het Zorgloket de plek waar zorgaanbieders hun verplichte meldingen van onder meer calamiteiten moeten doen.

Hoewel het doel van dit wetsvoorstel aansluit bij de oprichting van het Zorgloket, is het Zorgloket niet expliciet in dit wetsvoorstel opgenomen, omdat er voor de taken van het Zorgloket geen wettelijke basis nodig is. Burgers kunnen bij het Zorgloket aankloppen wanneer ze een klacht over de zorg hebben, maar ze zullen nooit verplicht worden dit te doen. Zorgaanbieders zijn al wettelijk verplicht om calamiteiten, geweld in de zorgrelatie en ontslag van een zorgverlener wegens disfunctioneren te melden bij 'met toezicht belaste ambtenaren'. Aangezien er bij het Zorgloket ook 'met toezicht belaste ambtenaren' zullen gaan werken, is hiervoor geen wettelijke aanpassing nodig.

Moet elke zorgaanbieder voor zichzelf in gesprek met cliëntenorganisaties of wordt dit per branche aangepakt? Wanneer is een organisatie van cliënten representatief? Wat gebeurt er als er voor een bepaalde vorm van zorg geen representatieve cliëntenorganisatie is (artikel 13)?

De aanbieders die een instelling zijn kunnen met hun cliëntenraad overleggen. Bij het vormgeven van de klachtenregeling moet de zorginstelling op grond van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen de instemming van de cliëntenraad hebben. De verplichting om een klachtenregeling voor te leggen aan een representatief te achten organisatie van cliënten (artikel 13, derde en vierde lid) geldt dus alleen voor aanbieders die geen instelling zijn en dus geen cliëntenraad hoeven te hebben.

Welke organisatie van cliënten representatief te achten is, zal afhangen van de vraag of de organisatie het merendeel of een groot deel van de cliënten in de desbetreffende branche vertegenwoordigt. Het staat de zorgaanbieders vrij op het niveau van hun eigen brancheorganisatie te bepalen welke cliëntenorganisatie zij als representatief zien of om op het niveau van de eigen brancheorganisatie een modelregeling uit te werken en die te bespreken met cliëntenorganisaties. Indien er geen representatieve organisatie is, kan en hoeft er uiteraard ook geen voorlegging plaats te vinden. Dan nog kan de zorgaanbieder uiteraard mensen uit zijn eigen cliëntengroep in de gelegenheid stellen hun oordeel te geven.

Is er zicht op de omvang van die financiële belasting voor dergelijke organisaties (artikel 15)?

Kleine en middelgrote instellingen kunnen de financiële belasting beperken door samen met andere instellingen één klachtenfunctionaris op grond van artikel 15 van deze wet aan te stellen. De financiële belasting is afhankelijk van het aantal instellingen dat op deze wijze samenwerkt en van de salariering van de desbetreffende functionaris. De wet staat hieraan dus niet in de weg. Ik vind dit een onderdeel van goede zorgverlening en daarmee een verantwoordelijkheid voor de instelling.

Waarom heeft de regering er voor gekozen dat de zorgaanbieder zelf mag bepalen hoe ruim de kring van nabestaanden strekt die van de regeling gebruik kunnen maken? Ligt een wettelijke afbakening niet meer voor de hand, juist om onnodige onduidelijkheid te voorkomen?

Voor een antwoord op deze vraag verwijs ik u naar mijn reactie op amendement nummer 33, die u vindt in bijlage II.

Hoe voorkomt het kabinet dat vanaf 2015 veel klachten worden ingediend en dat de kosten van een klachtenfunctionaris voor zorgaanbieders uit de hand lopen, terwijl de klachten eigenlijk niet zo veel te maken hebben met de wijze waarop de zorginstelling functioneerde, maar meer met de transitie naar een ander systeem van rechten en voorzieningen?

Het is de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om hun zorgverlening en de communicatie daarover van een goed niveau te hebben. In zo'n geval is de kans klein dat er veel klachten worden ingediend en dat de kosten van een klachtfunctionaris voor zorgaanbieders uit de hand lopen.

Waarom moet de zorgaanbieder ook betalen als hij in het gelijk wordt gesteld? Is dat niet een te zware last voor kleine en middelgrote zorgaanbieders?

De wet schrijft niet voor dat zorginstellingen de kosten van een niet-gegronde klacht betalen. De huidige praktijk is dat instellingen een bijdrage betalen om aangesloten te zijn bij de geschilleninstantie. Doordat de organisaties van zorgaanbieders de geschilleninstantie mede vormgeven, kunnen zij dit ook zo regelen bij de toekomstige geschilleninstantie.

Waarom heeft de minister gekozen voor de mogelijkheid van het bij AMvB verhogen van de bevoegdheidsgrens tot €25.000? Zou formeel-juridische afhandeling in dat geval niet meer voor de hand liggen?

Ik vind dat de geschilleninstantie ook echt een alternatief voor cliënten moet zijn in vergelijking tot de route naar de civiele rechter. Ik sluit daarbij aan bij de maximum schadevergoeding die een kantonrechter bevoegd is toe te kennen, namelijk € 25.000, -. De algemene beleidslijn is dat boven dit bedrag er meer waarborgen moeten gelden en hiervoor de gang naar de civiele rechter open staat.

Waarom krijgt de geschilleninstantie ook de mogelijkheid om een bindend oordeel te geven over klachten zonder financiële schadevergoeding? Kan de minister reageren op de kritiek dat dit de eindverantwoordelijkheid van de zorgaanbieder ondermijnt?

Veel mensen met een klacht willen geen schadevergoeding, maar een oplossing en willen dat andere mensen niet hetzelfde overkomt. Als de zorgaanbieder zijn verantwoordelijkheid niet neemt, en niet goed reageert op een klacht, staat de klager nu met lege handen. Het moet consequenties hebben als de zorgaanbieder zijn verantwoordelijkheid niet neemt. Om die reden moeten mensen ook voor andere zaken dan een schadevergoeding terecht kunnen bij de geschilleninstantie, bijvoorbeeld als zij het niet eens zijn met de bezoeksregeling die de instelling heeft opgelegd of als zij het dossier in willen zien.

4) CDA (lid Bruins-Slot)

Graag een reactie van de minister op het recente onderzoek van NPCF waarin patiënten/cliënten aangeven dat zij vaak geen klacht indienen omdat zij dat te veel werk vinden en zij niet verwachten dat de zorgaanbieder er onafhankelijk naar kijkt.

Ik ben het met mevrouw Bruins Slot eens dat het onderzoek van de NPCF stevige conclusies bevat. Uit het onderzoek blijkt onder andere dat veel mensen een drempel ervaren om actie te ondernemen als ze een klacht hebben. Bijna een kwart van de deelnemers aan het onderzoek gaf daarbij aan niet te weten waar ze met hun klacht terecht konden. Ik vind net als de NPCF dat hieraan iets moet gebeuren. Het onderzoek van de NPCF onderschrijft het belang van dit wetsvoorstel.

Een zorgaanbieder kan een klacht nu te makkelijk naast zich neerleggen. Het moet consequenties hebben voor een zorgaanbieder als hij een klacht slecht afhandelt. Daarbij wordt het veel transparanter voor mensen wat zij met een klacht kunnen bereiken. De klachtenfunctionaris kan de klager helpen bij het gesprek met de instelling en het vinden van een oplossing. Daarnaast kan de klager straks terecht bij het Zorgloket dat hem kan begeleiden en de weg kan wijzen.

Hoe beziet de minister de situatie dat op dit moment er nog grote delen van de zorg zijn waar geen professionele standaarden gelden?

Het kwaliteitsinstituut zal met name ook in de langdurige zorg de totstandkoming van professionele standaarden aanjagen. Tot die tijd moeten zorgaanbieders op grond van dit wetsvoorstel al het mogelijke doen om de cliënten goede zorg te verlenen. Zij kunnen zich bij gebrek aan professionele standaarden baseren op onder meer 'good practises' en terugkoppeling die zijn ontvangen van hun cliënten.

Wat is de reikwijdte van de wet? Als de plannen van het kabinet doorgaan en de langdurige zorg voor een groot deel bij de WMO wordt ondergebracht, komt die wet dat te vallen onder deze wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg?

De reikwijdte van het voorstel Wet Kwaliteit klachten en geschillen zorg is nu ZVW- en AWBZ-zorg en handelingen op grond van de wet BIG en alternatieve behandelingen. Zowel instellingen als solistisch werkzame zorgverleners vallen onder dit wetsvoorstel. Wmo-onderdelen die voorheen onder de Kwaliteitswet of de Wet klachtrecht cliënten zorgsector vielen blijven - in afwachting van het wetsvoorstel voor de nieuwe Wmo - onder het voorstel Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg vallen. Ik wil niet vooruitlopen op het voorstel voor een nieuwe Wmo. Ik stel voor dat in het kader van dat wetsvoorstel verder wordt gesproken over de reikwijdte van bepalingen uit de Wet Kwaliteit klachten en geschillen zorg.

Waarom is in de definitie van het begrip 'calamiteit' (artikel 1) niet gekozen voor een formulering dat de kwaliteit vermoedelijk in het geding is?

De meldplicht van artikel 11 geldt bij calamiteiten, dat wil zeggen een voorval dat betrekking heeft op de kwaliteit en tot de dood of een ernstig gevolg heeft geleid. Het staat zorgaanbieders vrij ook andere kwesties die zij van belang achten bij de IGZ te melden; als een zorgaanbieder vermoedt dat er sprake is van ernstige gevolgen voor de cliënt moet de zorgaanbieder dit melden bij de IGZ. De IGZ heeft op basis van artikel 25 tot taak meldingen te onderzoeken 'om vast te stellen of sprake is van een situatie die voor de veiligheid een ernstige bedreiging kan betekenen'. Als de IGZ vaststelt dat daarvan sprake is, moet de IGZ passende maatregelen nemen.

Niet-beoogde of onverwachte gebeurtenissen die geen calamiteit in de zin van deze wet tot gevolg hebben, moeten een plaats krijgen in het systeem van veilig incident melden van de zorgaanbieder, zodat deze van gemaakte fouten kan leren. De IGZ ziet toe of aanbieders werken met een systeem van veilig incidenten melden.

Welke mogelijkheden ziet de minister voor de Inspectie om geaggregeerde meldingen in het Jaarverslag openbaar te maken en tevens aan het eind van het jaar aan te geven welke vervolgactie zij heeft gedaan?

Het Zorgloket wordt straks hét loket waar zowel verplichte calamiteitenmeldingen van zorgaanbieders binnenkomen als klachten en signalen van burgers. Het Zorgloket zal jaarlijks een klachtbeeld samenstellen zodat voor iedereen is na te gaan welk type klachten er over de zorg gemeld worden bij het Zorgloket en hoe de afhandeling van deze klachten verloopt. Dit draagt bij aan het vergroten van de transparantie in de zorg.

Daarnaast laat ik (zoals ik in het debat over de kabinetsreactie op de IGZ-onderzoeksrapporten heb toegezegd) onderzoeken in welke vorm de meldingen, klachten en signalen die bij de inspectie worden gedaan, openbaar gemaakt kunnen worden. Op het moment dat de uitkomsten van dit onderzoek bekend zijn, zal ik deze uiteraard met u delen. Ik verwacht de uitkomsten van het onderzoek dit najaar.

Wil de minister nog een keer goed aangeven wat dit wetsvoorstel toevoegt aan de huidige jurisprudentie, waarin omkering van de bewijslast in bepaalde gevallen ook mag? Wat is nu de meerwaarde van dit wetsvoorstel?

Het huidige artikel 10 moet zo gelezen worden dat ook aard, toedracht, en tijdstip van het incident gemeld moet worden aan de cliënt en vastgelegd moet worden in het dossier. Voor mijn reactie op amendement nummer 30 verwijs ik u naar bijlage II.

In alle gevallen waarin de rechter vaststelt dat het dossier niet volledig is geldt op grond van de rechtspraak dat de bewijslast wordt omgekeerd. Deze wet zorgt ervoor dat eerder door de rechter invulling kan worden gegeven aan de omkering van de bewijslast.

Wat vindt de minister van de verhouding tussen enerzijds wat zij stelt in het nader verslag, en anderzijds het feit dat dit (mening van wilsonbekwamen bij klachten over de zorg) niet expliciet in de wet is geborgd?

Er is wel een wettelijke regeling voor wilsonbekwamen. De regeling hoe een zorgverlener om moet gaan met wilsonbekwamen staat in de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo, onderdeel van het Burgerlijk Wetboek).

Voorbeeld van de minister aan de rand van het hockeyveld: kan op basis van dit wetsvoorstel een klacht worden ingediend tegen de individuele arts die de eerste hulp heeft verleend op het hockeyveld aan het meisje dat echt heel vervelend gewond is geraakt? Hoe verhoudt zich dat tot de definitie dat het moet gaan om een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleend?

Een arts die in dergelijke omstandigheden zorg verleent valt onder alle eisen van dit wetsvoorstel, dus ook de eisen voor een laagdrempelige klachtenregeling.

Ik zie dat als niet meer dan normaal; de arts verleent immers beroepsmatig zorg; ook als hij als toevallige voorbijganger zorg verleent. Voor de cliënt moet dan rechtsbescherming gelden.

Wat vindt de minister van de ontwikkeling van cliëntenparticipatie bij kortdurende zorg in relatie tot artikel 13, tweede lid?

Artikel 13, tweede lid, van dit wetsvoorstel heeft zowel betrekking op aanbieders die langdurig verblijf regelen als aanbieders die kort verblijf aanbieden. Ook voor een ziekenhuis is het essentieel dat de klachtenregeling wordt vastgesteld in overeenstemming met een cliëntenraad of een representatief te achten organisatie van cliënten.

Wordt de klacht automatisch doorgeleid naar de juiste zorgverlener als de cliënt de verkeerde persoon aanspreekt? In het bestuursrecht is dit gebruikelijk, maar in een ziekenhuis of zorginstelling waar sprake is van ketenzorg ook?

Voor de cliënt mag het niet uitmaken bij wie hij zijn klacht indient. Zorgaanbieders zijn verplicht met elkaar af te stemmen, zodat ook de klachtenbehandeling bij ketenzorg voor de cliënt klantvriendelijk is. Ik heb ervoor gekozen in dit wetsvoorstel niet gedetailleerd voor te schrijven hoe de afstemming tussen zorgaanbieders eruit moet komen te zien. Veldpartijen kunnen dat, veel beter dan ik dat zou kunnen, zelf in onderling overleg afspreken, waarbij dan gelijk rekening gehouden kan worden met lokale omstandigheden. Wel wordt de noodzakelijke afstemming tussen zorgaanbieders expliciet onderdeel van de eisen van goede zorg en daarmee een verplichting voor iedere zorgaanbieder. Daarmee is naleving ook afdwingbaar, in uiterste instantie ook bij een geschilleninstantie of de rechter. In haar toezicht ziet de IGZ erop toe of dergelijke afspraken in de zorgketen worden gemaakt en nagekomen.

Bij wie moet de patiënt een klacht neerleggen als zowel een ziekenhuis als een fabrikant in het spel zijn (voorbeeld metaal-op-metaal-heupen)?

Bij het inbrengen van een medisch hulpmiddel bij een patiënt zijn meerdere partijen betrokken; aan de ene kant de leverancier van het medische hulpmiddel en aan de andere kant de zorgaanbieder. Op het moment dat een patiënt niet tevreden is, kan de patiënt of de zorgverlener of de leverancier, of beide, aanspreken voor een rechter. Ik betreur het dat de juridische weg in de praktijk complex blijkt voor de patiënt. Met de Wkkgz maak ik het voor patiënten makkelijker om hun recht te halen, doordat alle zorgaanbieders zich bij een geschilleninstantie moeten aansluiten die bindende uitspraken doet en een schadevergoeding kan toekennen. Met het oprichten van het Zorgloket wil ik mensen met een klacht over de zorg helpen hun weg te vinden.

Ik heb nog twee korte vragen. Tot wanneer mag je een klacht indienen? Loopt die termijn tot sint-juttemis, of loopt hij na vijftien jaar af? Is er dus sprake van een bepaalde verjaringstermijn?

In de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg is geen termijn opgenomen. Zo'n termijn kan worden opgenomen in de klachtenregeling van de instelling en het reglement van de geschilleninstantie. De partijen zouden daarbij kunnen aansluiten bij de verjaringstermijn in medische aansprakelijkheidszaken voor de civiele rechtbank. Die is 5 jaar. Deze termijn gaat pas in op het moment dat de klager een vermoeden kan hebben van een gemaakte fout. Als iemand er na 12 jaar achter komt dat er een fout is gemaakt, kan hij dus nog tot 17 jaar na dat de fout gemaakt is een procedure aanspannen.

De vraag is dus bij welke juridische entiteit je je klacht moet indienen.

De klager hoeft zich niet druk te maken over de vraag wie de juridische entiteit is waar hij zijn klacht moet indienen. De instelling moet een klachtenregeling hebben en moet die op geschikte wijze onder de aandacht brengen bij de cliënt. Het lijkt mij logisch dat in die klachtenregeling in ieder geval staat hoe en op welk adres een klacht ingediend moet worden. Daarnaast moeten mensen bij een makkelijk te benaderen klachtenfunctionaris terecht kunnen, die helpt bij het indienen van de klacht. Tot slot kan de klager straks terecht bij het Zorgloket dat hem kan begeleiden en de weg kan wijzen.

Zou de minister niet samen met het veld een modelklachtenregeling moeten ontwerpen, zodat er een standaard klachtenregeling is waar iedereen naar kan verwijzen?

Voor een antwoord op deze vraag verwijs ik u naar mijn reactie op amendement nummer 29, die u vindt in bijlage II.

Termijn in de wet opnemen waarbinnen klachten afgehandeld moeten zijn, maar staat het er nu niet te strak?

Ik vind het van belang dat mensen snel duidelijkheid hebben over hun klacht. Dit vraagt een andere organisatie van de afhandeling van klachten dan nu het geval is. Bij complexe zaken is het van belang dat de aanbieder met de klager in gesprek gaat. Als deze dan toelicht dat hij meer tijd nodig heeft – en waarom – zal dit in veel gevallen niet tot een probleem hoeven leiden. Ik zie dus geen reden voor een tweede verlengingstermijn van vier weken.

Mijn eerste vraag is waarom gekozen is voor de grens van €25.000. Mijn tweede vraag is wanneer de minister het een natuurlijk moment vindt om van €10.000 naar €25.000 te gaan. Waarom kan dat eigenlijk niet direct?

We sluiten met de grens van € 25.000 aan bij de competentiegrens van de kantonrechter. Daarboven zijn de waarborgen van de rechtbank van belang. Ik sta sympathiek tegenover de wens om al snel over te gaan tot de grens van € 25.000.

Of de regeling in het wetsvoorstel voldoende voldoet aan de voorstellen in het burgerinitiatief van mevrouw Smit. In het wetsvoorstel staat het woord "informatie". Staat er bewust "informatie" en niet "schriftelijke informatie"?

Ik heb uw Kamer op 27 mei jl. mijn reactie toegezonden op dit burgerinitiatief. Artikel 10 van dit wetsvoorstel in samenhang met de bepalingen over informatie, toestemming, privacy en dossiervorming uit de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo, onderdeel van het Burgerlijk Wetboek) voldoen naar mijn mening afdoende aan de wens uit dit burgerinitiatief. Zoals ook aangekondigd in mijn brief van 27 mei jl.: waar het de medische hulpmiddelen betreft, meer specifiek de implantaten, wil ik, in navolging op dit burgerinitiatief, een schriftelijke informatievoorziening verplicht stellen.

Is het werkbaar voor de inspectie dat zij alle meldingen krijgt? Hoe krijgt zij de controle hierop? Is het misschien een idee om te bekijken of er een aanvullend criterium moet zijn, zodat de inspectie de meldingen krijgt op het moment dat professioneel disfunctioneren in het geding is?

Hoeveel meldingen van ontslag wegens disfunctioneren de inspectie zal ontvangen kan ik nu nog niet voorspellen. Ik hou daarover een vinger aan de pols, samen met de IGZ. Of er naar aanleiding van het aantal en aard van de meldingen vervolgens aanleiding zal zijn om een aanvullend criterium te formuleren zal ik te zijner tijd bezien. Op dit moment wil ik de reikwijdte van de te melden gevallen van ontslag wegens disfunctioneren niet inperken, omdat ik dan wellicht niet mijn doel bereik, namelijk voorkomen dat disfunctionerende zorgverleners zomaar elders weer aan de slag gaan.

In het wetsvoorstel staat dat er een register voor zorgaanbieders komt op grond van art. 12. Hoe verhoudt de wens van de minister om bij inwerkingtreding van het wetsvoorstel dat register

gewoon klaar te hebben zich met het feit dat wij ook met zijn allen geconcludeerd hebben dat wij eigenlijk geen inzicht hebben in de vraag wie er zorg verlenen op dit moment?

In artikel 12 van dit wetsvoorstel heb ik een landelijk register voor zorgaanbieders opgenomen. Vóórdat dit wetsvoorstel is aanvaard, kan ik het landelijk register dus nog niet formaliseren. Maar, vooruitlopend op de aanvaarding en inwerkingtreding van dit wetsvoorstel heb ik met de Kamers van Koophandel (KvK), het College voor zorgverzekeringen (CVZ), de Nza, de IGZ, de Brancheorganisaties Zorg en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) wel afgesproken om al in 2013 de kwaliteit van de registraties van zorgaanbieders in het Handelsregister aanzienlijk verbeterd te hebben en om daadwerkelijk deze registratie te gebruiken als basisregistratie.

5) VVD (lid Van Veen)

Hoe gaat het kabinet deze passage uit het regeerakkoord uitvoeren (de passage over het opnemen van kwaliteitsinformatie in facturen)?

Ik ben het eens met de opmerking van de heer Van Veen dat het moeilijk is voor cliënten om te kiezen als ze geen gegevens hebben over kwaliteit en kwaliteitsverschillen. Het Regeerakkoord heeft daarom het doel opgenomen om te komen tot publiek toegankelijke informatie over de kwaliteit van zorg. De passage stelt dat het gros van die informatie bestaat, maar nog ontsloten moet worden.

Het Kabinet ziet daarvoor een grote rol voor het Kwaliteitsinstituut. Het wetsvoorstel dat begin dit jaar door uw Kamer is aangenomen legt aanbieders de plicht op om gegevens over geleverde kwaliteit openbaar te maken. Er wordt naar gestreefd om de indicatoren op basis waarvan die gegevens gemaakt worden zoveel als mogelijk aan te laten sluiten bij de bestaande registraties, zodat de lasten voor aanbieders zo laag mogelijk blijven. Het Kwaliteitsinstituut zal de geleverde data bewerken tot keuze-informatie voor cliënten, zodat zij weten of een aanbieder kwalitatief goede zorg levert en hun keuze mede daarop kunnen baseren. Verzekeraars kunnen de data koppelen aan de declaraties van de zorgaanbieders. Aan de hand van die gegevens kunnen zij bij de inkoop van zorg zowel het gesprek over de prijs als over de kwaliteit van zorg voeren.

Op deze wijze zorgt het kabinet dus voor publiek toegankelijke informatie over kwaliteit. Daarmee verdwijnt de noodzaak om een extra verplichting op te leggen aan zorgaanbieders om aan de declaratie ook (privacygevoelige) informatie op te nemen over de kwaliteit van zorg die aan een individuele patiënt geleverd is. Overigens worden bij onderzoek naar de kwaliteit van een aanbieder steeds vaker indicatoren gebruikt die worden gebaseerd op de ervaringen van de cliënt zelf (CQ-index, patiënt reported outcome measures (prom's)). Het gaat immers om de vraag of de zorg het resultaat heeft behaald dat voor en door de individuele cliënt als doel gesteld was. De enige die dat weet is de cliënt zelf, het koppelen van die informatie aan de declaratie voegt dus voor de patiënt niets toe. Overigens gaan we natuurlijk wel gewoon verder met de eerder aan uw Kamer toegezegde aanpak om facturen in voor cliënten begrijpelijke taal op te stellen.

Kan de minister de regie nemen en de Kamer een plan van aanpak voorleggen, zodat dit (een uitwisselbare betaalstructuur) binnen een termijn van twee à drie jaar geregeld is, zo eenvoudig mogelijk en uiteindelijk controleerbaar voor de Kamer?

Zoals ik afgelopen maandag bij het notaoverleg over patiëntveiligheid heb toegezegd, start ik een pilot om data over geleverde en gedeclareerde zorg van ziekenhuizen (uit het zogeheten DBC-Informatiesysteem van Dutch Hospital Data) te koppelen aan het IGZ Risico Signaleringsysteem (IRIS) van de IGZ. Met deze pilot beoog ik tevens in beeld te krijgen of het toegevoegde waarde heeft en of het mogelijk is om andere data op een gecontroleerde wijze te delen. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de Vektis-data. Ik verwacht komend najaar deze pilot af te ronden.

In de begripsbepaling staat niet duidelijk omschreven wat het verschil is tussen een incident en een calamiteit. De term "calamiteit" is wel omschreven, maar de term "incident" niet, terwijl in het

vervolg het incident wel een heel belangrijke status krijgt. Waarom komt het woord "incident" niet voor in de begripsbepaling?

In de nota naar aanleiding van het nader verslag (32 402, nr. 9) staat op p. 36 toegelicht wat onder incidenten moet worden verstaan: "elke afwijking van de beoogde of verwachte gang van zaken; dit omvat dus, naast kleine en ernstige fouten, ook andere gevallen waarin zich zaken hebben voorgedaan die niet verwacht werden, ook als dat voor de cliënt nog geen merkbare gevolgen heeft gehad."

Kan de minister het onderscheid duidelijk maken tussen art. 4, derde lid, en art. 4, vijfde lid in relatie tot de aanwezigheid van een geldig VOG?

Artikel 4, derde lid 3, ziet op solistisch werkende zorgverleners. Omdat zij niet een VOG kunnen overleggen aan hun werkgever is de verplichting opgenomen dat zij moeten beschikken over een VOG die niet ouder is dan drie jaar. Die kunnen ze dan overleggen aan een cliënt die daarom vraagt of aan de IGZ. De IGZ ziet hierop toe en kan de solistisch werkende zorgverlener een aanwijzing geven indien deze niet over een VOG beschikt. Daarmee is voor solistisch werkende zorgverleners ook een regeling getroffen dat het niet hebben van een VOG consequenties heeft, vergelijkbaar met het niet hebben van een VOG bij medewerkers in dienst van een zorgaanbieder. Een zorgverlener is - in een situatie waarin artikel 4, vijfde lid, van toepassing is - niet in overtreding als hij direct na het vernemen van het feit dat een zittende werknemer op zijn verzoek geen VOG kan of wenst te overleggen de noodzakelijke maatregelen neemt.

Wil de minister hierop een toelichting geven, op de ontwikkeling van een incident (niet openbaar) naar een calamiteit en de betekenis voor de transparantie?

Ik hecht sterk aan invoering van de systematiek van veilig incident melden, omdat hiermee de cultuur van geslotenheid over incidenten wordt doorbroken en zorgaanbieders kunnen leren van gemaakte fouten.

Indien alle incidenten gelijk openbaar zouden worden gemaakt verwacht ik dat in de praktijk melden van incidenten om daarvan te leren niet goed van de grond zal komen. Uiteraard moeten calamiteiten wel gemeld worden bij de IGZ. Dit zijn immers ernstige incidenten. Op grond van de wet die het Kwaliteitsinstituut regelt moet de zorgaanbieder over bepaalde indicatoren rapporteren aan het Kwaliteitsinstituut. Hierbij kan het gaan over het aantal heroperaties of heropnames.

Dit nog niet eens zozeer uit het perspectief van de cliënt, maar specifiek voor zorgverleners die via twitter en de iPad consulten geven. In hoeverre zijn deze zorgverleners gebonden aan de Wkkgz zoals wij die vanavond behandelen?

De behandelingsovereenkomst is geregeld in de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo, onderdeel van het Burgerlijk Wetboek). De Wgbo is ook van toepassing op ehealth zorgverleners. De verplichting uit de Wkkgz om incidenten aan te tekenen in het cliëntendossier geldt ook voor ehealth zorgverleners.

Biedt deze wet voldoende handvatten om deze zorgverleners te identificeren? Wordt hiervoor een aparte geschillencommissie aangesteld?

Ook alternatieve genezers moeten zich op grond van de bepaling over 'andere zorg' houden aan alle bepalingen uit de Wkkgz. Deze hulpverleners kunnen zich aansluiten bij een bestaande geschilleninstantie of er zelf een oprichten samen met cliëntenorganisaties.

Waar ligt hier de balans tussen eigen verantwoordelijkheid en de rol van een geschillencommissie?

Uiteraard is het de eigen verantwoordelijkheid van cliënten om al dan niet te kiezen voor een alternatieve geneeswijze. Ik vind het echter niet meer dan normaal dat ook aanbieders van alternatieve geneeswijzen zich moeten houden aan alle eisen uit de Wkkgz. Daarom is dat nu ook geregeld.

Ik stel voor om het bedrag dat een onafhankelijke geschillencommissie kan toewijzen nu direct te regelen

Ik sta sympathiek tegenover de wens om al snel over te gaan tot de grens van € 25.000.

Is de minister het ermee eens dat de IGZ nu al een mandaat moet krijgen om direct in te grijpen tegen individuele zorgverleners die een gevaar zijn voor de veiligheid van de zorg of dat dreigen te worden?

Ik sta daar sympathiek tegenover. Hier kom ik binnenkort op terug in mijn brief over tuchtrecht.

6) D66 (lid Dijkstra)

Na de derde nota van wijziging en het opknippen van de wet is het voor mij onduidelijk wat de reikwijdte van het wetsvoorstel is. Ik sluit mij aan bij eerdere vragen die daarover gesteld zijn, onder meer door de heer Van der Staaij.

De reikwijdte van het voorstel Wet Kwaliteit klachten en geschillen zorg is nu ZVW- en AWBZ-zorg en handelingen op grond van de wet BIG en alternatieve behandelingen. Zowel instellingen als solistisch werkzame zorgverleners vallen onder dit wetsvoorstel. Wmo-onderdelen die voorheen onder de Kwaliteitswet of de Wet klachtrecht cliënten zorgsector vielen blijven - in afwachting van het wetsvoorstel voor de nieuwe Wmo - onder het voorstel Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg vallen. Ik wil niet vooruitlopen op het voorstel voor een nieuwe Wmo. Ik stel voor dat in het kader van dat wetsvoorstel verder wordt gesproken over de reikwijdte van bepalingen uit de Wet Kwaliteit klachten en geschillen zorg.

Vraag over de klachtenregeling: Het is mij niet helder hoe dat dan precies zit. Ik hoor dus graag van de minister hoe dit zit en of zij dit, als het inderdaad een foutje is, wil herstellen.

Ook ex-cliënten en -patiënten kunnen een klacht indienen en hebben toegang tot de geschilleninstantie. Uit de behandel- of zorgrelatie vloeit voort dat de zorgverlener ook na afronding van de hulpvraag de cliënt met raad en daad terzijde staat.

Daarom vraag ik de minister of zij wil onderzoeken of het mogelijk is, deze oplossingen met behoud van privacy openbaar te maken.

Zoals ik in het debat over de kabinetsreactie op de IGZ-rapporten heb toegezegd, laat ik momenteel onderzoeken in welke vorm de meldingen, klachten en signalen die bij de inspectie worden gedaan, openbaar gemaakt kunnen worden. Daarbij zal ook worden gekeken naar de voor- en nadelen van het direct openbaar maken van meldingen, klachten en signalen op de website van de zorgaanbieder zelf. Op basis van het advies dat ik hierover in het najaar hoop te ontvangen, zal ik beslissen over deze vorm(en) van openbaarmaking en uw Kamer hierover per brief informeren. In deze brief zal ik ook ingaan op de mogelijkheid om oplossingen voortkomend uit de interne klachtenprocedures openbaar te maken.

Ik mis in het wetsvoorstel eigenlijk aandacht voor goede nazorg. We denken daarom aan een evaluatiebepaling waarbij – zeg – drie maanden na de einduitspraak de zorgaanbieder checkt of de klacht ook daadwerkelijk is verholpen. Kan er een pilot gestart worden waarin zorgaanbieders standaard een evaluatiemoment invoeren na afhandeling van de klacht?

Ja, ik ben bereid een dergelijke evaluatie te doen. Voor invulling daarvan wil ik gebruik maken van het klachtvolgsysteem van het in te richten Zorgloket. Dat systeem houdt in dat het Zorgloket de behandeling van de klachten actief gaat monitoren en zorgaanbieders erop gaat aanspreken als een klacht te lang bij een zorgaanbieder blijft liggen en niet wordt afgehandeld.

Mijn fractie vraagt zich af of het verstandig is klachten en schadeclaims bij de onafhankelijke geschilleninstantie te vermengen. Ik hoor graag van de minister hoe zij denkt te voorkomen dat het zo gaat en of zij dit wil meenemen in de evaluatie van deze wet.

Het onderscheid tussen klachten en claims vind ik onnatuurlijk. Claims zijn klachten met een financiële component. In de praktijk blijkt ook vaak dat een slecht afgehandelde klacht leidt tot een claim. Bij de invoering van de huidige geschillencommissie in Den Haag in 1992 was men ook bang voor het ontstaan van een claimcultuur. Deze angst is ongegrond gebleken.

De D66-fractie wil dit goed op elkaar afstemmen. Ik maak me namelijk wel een beetje zorgen over het overzicht voor de cliënt. Zou het niet beter zijn als een klacht slechts bij één instantie onder behandeling is? Ik vraag de minister of zij hiervoor een samenloopregeling kan maken.

Een cliënt moet er vanuit kunnen gaan dat welk loket dan ook zorgt voor een goede begeleiding en een goed advies. De instantie bij wie de klacht wordt gedeponeerd, is verantwoordelijk voor de afwikkeling van de klacht. Het Zorgloket kan daar zeker bij helpen.

In hoeverre is hiervoor straks toestemming nodig van de sollicitant? Moet de sollicitant niet in ieder geval hiervan op de hoogte worden gebracht?

Op grond van de bestaande wetgeving is geen toestemming nodig. Wel behoort het tot de behoorlijkheidsnormen om een sollicitant ervan in kennis te stellen dat vorige werkgevers worden geraadpleegd.

In hoeverre is, als het gaat om de positie van de cliënt en de patiënt, de borging van de kwaliteit door de zorgaanbieders voldoende wettelijk verankerd in de Wkkgz?

Deze wet bevordert dat zorgaanbieders de zorg meer in overleg met de cliënten gaan leveren. Zorgaanbieders zijn verplicht goede zorg te leveren. De zorgaanbieder moet daarbij zorgen voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Deze wet creëert ten opzichte van de Kwaliteitswet extra waarborgen voor goede zorg zoals

- werken volgens professionele standaarden
- de eindverantwoordelijkheid van het bestuur voor kwaliteit en veiligheid van zorg
- een wettelijke basis om veilig intern incidenten te melden
- de meldplicht voor geweld in de zorgrelatie en ontslag van zorgverleners wegens disfunctioneren
- toezicht IGZ op deze extra waarborgen
- toezicht IGZ op excessen bij aanbieders van alternatieve geneeswijzen.

Daarnaast is er ook nog onder andere de wet BIG die waarborgen voor kwaliteit van zorg in zich heeft.

Mijn allerlaatste vraag is: wat gaat de minister eraan doen om deze cultuurverandering in te zetten?

Als minister kan ik niet direct een cultuurverandering teweeg brengen. Met deze wet, en andere wetten (zoals die over het Kwaliteitsinstituut i.o.), schep ik wel enkele voorwaarden, zoals het verplichten van zorgaanbieders om keuze-informatie aan te leveren, het openbaar maken van uitspraken van geschilleninstanties en het melding maken van incidenten in cliëntendossiers.

7) PVV (lid Klever)

Het is de hoogste tijd dat incidenten direct met de patiënt worden besproken en verplicht worden vastgelegd in het dossier. Kan de minister nadere uitleg geven op de handhaving, het toezicht en de controle hierop?

De IGZ houdt toezicht op deze verplichting voor de aanbieder. Indien nodig kan de IGZ haar toezichtsinstrumentarium inzetten als de aanbieder zijn verplichtingen niet nakomt.

Hoe wordt de patiënt duidelijk gemaakt waar hij terecht kan? Wat is in dit verband de rol van het Zorgloket en de IGZ met betrekking tot de geschilleninstantie?

Het Zorgloket begeleidt burgers met een klacht over de zorg en helpt hen de juiste weg te vinden om antwoord op de klacht te krijgen. Als een patiënt dus niet weet waar hij met zijn klacht terecht kan, geeft het Zorgloket hem hierover duidelijkheid. De IGZ heeft hierin geen rol. Een geschillencommissie is één van de mogelijke organisaties waarnaar het Zorgloket een burger kan verwijzen. Omdat ik het belangrijk vind dat klachten niet onnodig juridificeren, zal het Zorgloket alleen verwijzen naar een geschillencommissie als een burger er met zijn zorgaanbieder echt niet uitkomt en mediation ook geen soelaas biedt.

Ik begrijp dat er voor de patiënten zelf geen kosten verbonden zijn aan de behandeling door de geschillencommissie. Kan de minister dat bevestigen? Patiënten kunnen zich natuurlijk laten vertegenwoordigen door een belangenbehartiger, maar hoe zit het met de kosten die ze daarvoor maken? Als de geschillencommissie hen klacht toewijst, kunnen deze kosten dan worden gedeclareerd?

Bij de huidige geschillencommissie ziekenhuizen moet de cliënt € 50 betalen bij het indienen van een geschil. Als het geschil in het voordeel van de cliënt wordt beslecht, dan moet de aanbieder deze € 50 aan de cliënt vergoeden. Indien de cliënt bij het indienen van het geschil heeft aangegeven de kosten van een belangenbehartiger vergoed te willen krijgen, dan kan de geschillencommissie besluiten dat de zorgaanbieder ook deze kosten aan de cliënt moet vergoeden. De partijen die een geschillencommissie oprichten kunnen regels maken ten aanzien van de kosten voor de cliënt bij indienen van een geschil en de vergoeding van kosten na uitspraak van de geschillencommissie.