

5. Is de WMCZ (in alle zorgsectoren) noodzakelijk?

‘Als het externe recht teveel eist, kan de koppeling met het interne recht en de interne processen breken.’

(Teubner 1992, p. 84.)

5.1 Inleiding

In hoofdstuk 3 – en dan met name in paragraaf 3.2 tot en met 3.5 – werd duidelijk dat de noodzaak van de WMCZ om verschillende redenen omstreden is. Ten aanzien van de residentiële zorginstellingen kan men zich bijvoorbeeld afvragen of de cliënten daar wel behoefte hebben aan een wettelijke regeling als de WMCZ. Er was in de praktijk op medezeggenschapsgebied immers al het een en ander door middel van zelfregulering tot stand gekomen. Ten aanzien van de zorginstellingen die geen traditie kenden van medezeggenschap via een cliëntenraad – veelal de zorginstellingen waar cliënten niet of slechts korte tijd verblijven – kan men zich zelfs afvragen of hun cliënten überhaupt wel behoefte hebben aan deze vorm van inspraak. Bovendien kan men zich afvragen of het bij laatstgenoemde zorginstellingen wel mogelijk is een representatieve cliëntenraad in te stellen, die daadwerkelijk in staat is de zienswijze van de cliënten naar voren te brengen en hun belangen te behartigen. Mocht dit inderdaad mogelijk zijn, dan kan men zich tot slot afvragen of het cliëntenraadsmodel wel een doelmatig en efficiënt middel is om de doelen van de wetgever te bereiken. Kortom, de WMCZ staat mogelijk op gespannen voet met het dereguleringsdenken en de kwaliteitseisen voor de regelgeving, waarbij in dit verband met name dient te worden gedacht aan de vereisten van doeltreffendheid en doelmatigheid, rechtmatigheid, uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid en subsidiariteit en evenredigheid.¹

¹ Zie: paragraaf 4.2 en subparagraaf 4.3.2.

Alvorens hieromtrent een oordeel te geven, wordt in dit hoofdstuk eerst een overzicht gegeven van de wijze waarop tot 2005 uitvoering is gegeven aan de WMCZ (zie: paragraaf 5.2).² Bekeken wordt daarin welke veranderingen de WMCZ in de verschillende zorgsectoren heeft teweeggebracht en welke knelpunten zich voordeden. Deze paragraaf dient als opstapje naar de meer fundamentele vraag waarom en in welke gevallen er wettelijke medezeggenschapsrechten worden toegekend. Het antwoord op deze vraag zal worden afgezet tegen de doelen die aan de WMCZ ten grondslag liggen. (Zie: paragraaf 5.3.) Voor het geval mocht blijken dat medezeggenschap inderdaad een geschikt middel zou kunnen zijn om de doelen van de WMCZ mee te bereiken, wordt in de daarop volgende paragraaf bekeken in hoeverre deze doelen niet reeds in voldoende mate door middel van andere (patiënten- en kwaliteits-)wetten worden bereikt (zie: paragraaf 5.4). Voor zover mocht blijken dat er in alle zorgsectoren nog steeds behoefte bestaat aan wettelijk gewaarborgde cliëntenparticipatie, zal vervolgens in paragraaf 5.5 worden ingegaan op de vraag of er – afhankelijk van de soort zorginstelling – geen effectievere en efficiëntere vormen van cliëntenparticipatie denkbaar zijn, dan het cliëntenraadsmodel dat de WMCZ voorschrijft. In een afsluitende conclusie zal tot slot antwoord worden gegeven op de vraag of, en zo ja in hoeverre, de WMCZ inderdaad in strijd is met het dereguleringsdenken en de kwaliteitseisen voor de regelgeving.

5.2 De WMCZ in de praktijk

De WMCZ is enkele jaren na haar inwerkingtreding in opdracht van ZonOnderzoek Nederland door het Verweij Jonker-Instituut geëvalueerd. De resultaten van dit onderzoek zullen in deze paragraaf worden samengevat, samen met onder meer de resultaten van andere, door delen van het zorgveld zelf uitgevoerde evaluaties.³ Daarbij zal onderscheid worden gemaakt tussen zorginstellingen die voor de inwerkingtreding van de WMCZ al een traditie van medezeggenschap via cliëntenraden kenden, en zorginstellingen waar de WMCZ deze vorm van medezeggenschap heeft geïntroduceerd. In laatstgenoemde zorgsectoren vormt de WMCZ immers ‘modificerend recht’⁴ en daar hangt een groot deel van de kritiek uit paragraaf 3.2 tot en met 3.5 mee samen. De knelpunten die spelen bij het geven van uitvoering aan van de WMCZ, zullen dan ook per zorgsector in kaart worden gebracht. Vervolgens zal in deze paragraaf ook aandacht worden besteed aan de conclusies en aanbevelingen van de evaluatiecommissie en aan hetgeen de wetgever van plan is naar aanleiding daarvan te ondernemen.

² Dit overzicht is onder meer gebaseerd op het inmiddels naar aanleiding van de WMCZ verschenen evaluatierapport (zie: Evaluatierapport WMCZ 2000).

³ Daarnaast is ook informatie geput uit artikelen over de WMCZ die zijn verschenen in zorgmagazines en uit bijdragen over de werking van de WMCZ in de verschillende zorgsectoren aan het losbladige handboek ‘Cliënt en medezeggenschap in de gezondheidszorg’ (zie: Boezaard e.a. (red.) 2004).

⁴ Zie: subparagraaf 2.6.2. Zie voor de betekenis van het begrip ‘modificerend recht’: subparagraaf 4.3.1.

5.2.1 Zorginstellingen die al een traditie van medezeggenschap via cliëntenraden kenden

Ten tijde van de invoering van de WMCZ kenden in de sector *geestelijke gezondheidszorg* (GGz), de psychiatrische ziekenhuizen (APZ-en) en de regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW's) al een lange traditie van medezeggenschap door cliënten. Bij de psychiatrische ziekenhuizen dateert de eerste zaalraad uit 1952 en werden in 1970 de eerste patiëntenraden ingesteld.⁵ Deze kwamen voort uit inspraakvormen van cliënten die betrekking hadden op het dagelijks leven in het psychiatrisch ziekenhuis, zoals voedings- en recreatiecommissies. Na 1980 sloot de Stichting Landelijke Patiënten- en bewonersRaden in de GGz (LPR), als landelijke koepelorganisatie van de cliëntenraden, convenanten met de Nationale ZiekenhuisRaad/Sectie GGz (NZR) en de Nederlandse Vereniging voor Beschermd Woonvormen (NVBW), als zijnde koepelorganisaties van de zorgaanbieders. Dat leverde een belangrijke bijdrage aan de ontwikkeling van cliëntenraden bij deze zorginstellingen.⁶ Jaren voor de invoering van de WMCZ was daardoor in het merendeel van de RIBW's en in vrijwel alle psychiatrische ziekenhuizen reeds een patiënten- of bewonersraad ingesteld.

In de sector *verpleging & verzorging* werden de eerste bewonerscommissies reeds eind jaren '50 ingesteld.⁷ Bij de verzorgingshuizen kreeg deze praktijk in 1985 een wettelijke basis, toen bij de wijziging van de Wet op de Bejaardenoorden (WBO) werd bepaald dat provincies in hun verordeningen het democratisch functioneren van de verzorgingstehuizen dienden te bevorderen.⁸ Begin jaren '90 bleek bij vrijwel alle verzorgingshuizen een bewonerscommissie te zijn ingesteld. Voor aanleunwoningen waren er zelfs aparte bewonerscommissies ingesteld. Ook bij de verpleeghuizen was voor de invoering van de WMCZ al vrijwel overal een bewoners- of familieraad aanwezig.⁹ Deze hadden geen wettelijke basis, maar waren vrijwillig ingesteld.

Ook in de *lichamelijk gehandicaptenzorg* kwamen reeds lang voor de invoering van de WMCZ bewonersraden voor. In deze zorgsector bevinden zich

⁵ Van Gelder e.a. 2000, p. 5 en 6.

⁶ De LPR sloot met de Nationale ZiekenhuisRaad/Sectie GGZ (NZR) in 1985 een intentieverklaring af, waarin werd afgesproken dat gestreefd moest worden naar goed functionerende patiënten- en bewonersraden, met daarbij een regeling van de patiëntenraden als leidraad. Een vergelijkbare intentieverklaring sloot de LPR in 1986 met de Nederlandse Vereniging voor Beschermd Woonvormen (NVBW).

⁷ Van Gelder 2000, p. 33.

⁸ Deze provinciale verordeningen verplichtten de zorgaanbieder tot het instellen van een bewonerscommissie en kenden daaraan medezeggenschapsbevoegdheden toe (waaronder advies- en instemmingsbevoegdheden, de bevoegdheid tot het benoemen van bestuurders, een recht op informatie, facilitaire ondersteuning en een eigen budget). Ook werden er provinciale klachten- en geschillencommissies opgericht die moesten bemiddelen bij geschillen tussen de zorgaanbieders en bewonerscommissies. (Zie hierover o.a.: Van Dijk 1995, p. 1-18.)

⁹ Bij psychochieriatrische verpleeghuizen kwamen uitsluitend familieraden voor en bij somatische verpleeghuizen vooral bewonersraden, hoewel daar ook wel gecombineerde raden en familieraden voorkwamen (zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 34).

uitsluitend mensen met zeer ernstige functiebeperkingen.¹⁰ De cliënten in deze sector streven ernaar om hun sterke afhankelijkheid van anderen zoveel mogelijk te beperken en zoveel mogelijk zelf te doen. De behoefte aan medezeggenschap is onder deze cliënten dan ook groot en dus is het niet verbazingwekkend dat bij het merendeel van de instellingen (zo'n 80% van de woon- en dagcentra) al enigerlei vorm van cliënteninspraak bestond.¹¹ Deze organen hadden echter nauwelijks bevoegdheden.

Binnen de *verstandelijk gehandicaptenzorg* kende men sinds halverwege de jaren '70 vooral een traditie van ouderparticipatie.¹² Bij de meeste instellingen waren ten tijde van de invoering van de WMCZ ouder- of familieraden ingesteld. Hoewel deze raden over het algemeen geen formele bevoegdheden hadden, hadden zij (als overlegorgaan) wel degelijk invloed. Zij werden ondersteund door de Federatie van Ouderverenigingen (FvO).

In de *welzijnssector* – die onder meer bestaat uit de gesubsidieerde kinderopvang, maatschappelijke opvang (o.a. daklozenopvang), het algemeen maatschappelijk werk en het gecoördineerd ouderenwerk – kwam cliëntenparticipatie tot slot vooral voor in de kinderopvang. Zo was ten tijde van de invoering van de WMCZ bij ongeveer 84% van de kinderdagverblijven een oudercommissie aanwezig.¹³ De participatie had echter in lang niet alle gevallen betrekking op de organisatie en het door de instelling gevoerde beleid. Sommige oudercommissies beperkten zich slechts tot het organiseren van festiviteiten en het ondersteunen van de staf bij de praktische uitvoering van het werk in het kinderdagcentrum. De invloed van de oudercommissies was bovendien afhankelijk van de bereidheid van de staf om de ouders daadwerkelijk te laten meedelen en meepraten over het beleid en de organisatie van de instelling.

De invoering van de WMCZ leidde ertoe dat bij instellingen waar nog geen cliëntenraad aanwezig was, er alsnog één werd ingesteld. Het instellingspercentage is bij deze zorginstellingen daardoor gemiddeld zo rond de 95% komen te liggen.¹⁴ Daar waar al een bewonerscommissie of familieraad aanwezig was, werd deze in de meeste gevallen omgezet in een cliëntenraad. In sommige gevallen leidde dit tot een wijziging in de samenstelling.

In de GGz-sector bestonden de cliëntenraden bij de APZ- en RIBW-instellingen bijvoorbeeld van oudsher uitsluitend uit cliënten en ex-clieënten. De invoering van de WMCZ zette in combinatie met een groot aantal fusies en reorganisaties binnen de sector echter een ontwikkeling in gang waarbij ook vertegenwoordigers en familieleden in de cliëntenraad plaatsnamen.¹⁵ Ook in de

¹⁰ De overige mensen met een lichamelijke handicap kunnen zich voor hulp wenden tot de reguliere algemene voorzieningen, zoals de thuiszorg en de ouderenzorg (zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 83).

¹¹ Van Gelder e.a. 2000, p. 84

¹² De zorgaanbieders hadden ingezien dat de participatie van ouders de kwaliteit van hun werk ten goed kon komen (zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 59).

¹³ De ontwikkeling van medezeggenschap in de kinderopvang kreeg in 1995 een extra stimulans door de oprichting van de landelijke Belangenvereniging voor Ouders in de Kinderopvang (BOinK). (Zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 138 en 139.)

¹⁴ Van Gelder e.a. 2000, p. 8, 35, 62, 85 en 139.

¹⁵ Honig 2000, p. 19.

sector verpleging & verzorging werden bewonerscommissies bij hun omzetting in cliëntenraden verbreed. De bewonerscommissies in verzorgingshuizen zijn namelijk uitgebreid met bewoners van aanleunwoningen en overige gebruikers van de voorzieningen van het verzorgingshuis.¹⁶ In sommige raden nemen daarnaast ook familieleden en ondersteuners (vrijwilligers of werknemers uit de instelling) plaats. Zij nemen vooral deel aan de raad vanwege de steeds hoger wordende leeftijd van de cliënten¹⁷ en de complexere materie waarover zij zich, door de komst van de WMCZ, moeten buigen. Ondanks het risico van betutting van de bewoners door deze nieuwe leden en de mogelijke belangentegengestellingen met de andere gebruikers van de zorg (de bewoners van aanleunwoningen en de overige gebruikers), vond de Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenoorden (LOBB) de bredere samenstelling een verbetering.¹⁸ Daardoor was volgens de LOBB namelijk effectievere en meer daadkrachtige medezeggenschap mogelijk.¹⁹ In de verstandelijk gehandicaptenzorg deed zich tot slot een tegengestelde ontwikkeling voor. De WMCZ vormde daar juist aanleiding om te gaan experimenteren met medezeggenschap door de cliënten zelf.²⁰ Sommige instellingen kozen daarbij voor een cliëntenraad die uitsluitend uit cliënten bestaat, terwijl andere kozen voor een mengvorm (een cliëntenraad bestaande uit zowel ouders als cliënten). Bij eerstgenoemde cliëntenraad kan men zich echter afvragen of deze wel voldoet aan het vereiste dat hij in staat moet zijn op te komen voor het gemeenschappelijk cliëntenbelang (artikel 2 lid 3 sub *b* WMCZ). Het cliëntenraadswerk vereist namelijk een zeker vermogen tot abstraheren, hetgeen deze cliënten niet of nauwelijks hebben.²¹ Zij leunen dan ook sterk op hun ondersteuner/coach die de abstracte onderwerpen voor hen vertaalt naar een zeer concreet niveau. Ouderverenigingen die door de komst van de

¹⁶ Van Gelder e.a. 2000, p. 35. Bij de zetelverdeling tussen de verschillende cliëntengroepen wordt doorgaans zowel rekening gehouden met het aantal cliënten, als de mate waarin zij gebruik maken van de diensten van het verzorgingshuis (zie: Bomhof 1996, p. 15). Op deze wijze dient te worden voorkomen dat de meer kwetsbare groep in huis, wordt overvleugeld door de energiekere en mondigere bewoners van de aanleunwoningen (zie: Doppen 2003, p. 7).

¹⁷ Vanwege de vergrijzing is er sprake van een tendens in de ouderenzorg, waarbij verzorgings- en verpleeghuizen vooral zeer oude en/of behoeftige ouderen opnemen. De overige bejaarden verblijven onder meer in aanleunwoningen of maken gebruik van de thuiszorg (het motto 'de ouderen naar de zorg' is veranderd in 'de zorg naar de ouderen'). De hogere gemiddelde leeftijd van opname heeft in de tehuizen geleid tot een cliëntenpopulatie die hoog bejaard is en daardoor een grotere complexiteit van problemen kent. De gemiddelde verblijfsduur is voorts korter geworden, waardoor het verloop binnen de cliëntenraad groter is geworden. (Zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 31-33 en Van Dijk 1995, p. 13-15.)

¹⁸ De LOBB is in 2000 gefuseerd met de Nederlandse Vereniging voor Belangenbehartiging van Verpleeghuisbewoners (NVBV) en opgegaan in de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC).

¹⁹ De Kluister 1996, p. 7. Zie ook: Bomhof 1996, p. 15.

²⁰ In de jaren '90 was men in deze zorgsector tot het inzicht gekomen dat veel verstandelijk gehandicapten – al dan niet met steun van anderen – richting kunnen geven aan hun eigen leven, wanneer zij daartoe in staat worden gesteld. Dit emancipatiestreven vond steun in het algemene overheidsbeleid ter bevordering van participatie van alle burgers in de samenleving. Doordat de WMCZ ruimte laat voor de deelname van verstandelijk gehandicapten in de cliëntenraad, past de wet goed binnen deze ontwikkeling. Een voorwaarde daarvoor is echter wel dat hun de tijd wordt gegund om alles rustig in hun eigen tempo door te nemen. Dit laatste blijkt zich echter niet te verdragen met de tijdgeest en dynamiek binnen deze zorgsector, die in het teken staat van fusies en reorganisaties. (Zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 60-63.)

²¹ Hegeman en Zwart zijn hier heel sceptisch over (zie: Hegeman & Zwart 1996, p. 18 en 19).

‘cliëntenraad nieuwe stijl’ formeel buiten spel zijn komen te staan, wijzen in dit verband op het aan de sterke afhankelijkheid van de ondersteuner inherente gevaar van bewuste of onbewuste manipulatie.²² Hoewel de instelling van een onafhankelijke ondersteuner dit gevaar mogelijk gedeeltelijk zou kunnen ondervangen, laten veel zorgaanbieders deze functie vanwege de kosten toch liever vervullen door een eigen werknemer.²³ Een gemengde samenstelling brengt daarentegen weer het risico met zich dat de cliënten door de ouders (van wie de belangen niet altijd identiek zijn aan die van de cliënten) raken ‘ondergesneeuwd’.²⁴ Bovendien hebben de cliënten een andere vorm van vergaderen in een lager tempo. Een oplossing wordt daarom wel gezocht in het opdelen van de cliëntenraad in een oudercommissie en een cliëntencommissie.

Omdat de periode waarin de WMCZ in werking trad, in het teken stond van fusies en grootschalige reorganisaties in vrijwel alle zorgsectoren, is bij de directies van zorgaanbieders voorts een sterke behoefte ontstaan aan het voeren van overleg met een centrale cliëntenraad.²⁵ Bij het instellen daarvan gaan zij daarom in veel gevallen betrekkelijk soepel om met het vereiste dat de lokale cliëntenraden daarmee moeten instemmen. Vaak wordt slechts medegedeeld dat er een nieuwe medezeggenschapsstructuur is ingevoerd. In sommige gevallen verdwijnen de lokale cliëntenraden daarbij zelfs, of worden zij omgedoopt tot ‘locatiecommissies’.²⁶ Dit is uiteraard geheel in strijd met de bedoeling van de WMCZ de medezeggenschap van cliënten op een zo laag mogelijk niveau te doen plaatsvinden.²⁷ In gevallen waarbij men overgaat tot de invoering van ‘ge-

²² Andere kanttekeningen die bij deze samenstelling van de cliëntenraad kunnen worden geplaatst, zijn het feit dat alleen cliënten met een relatief hoog niveau voor deelname aan de cliëntenraad in aanmerking komen (waardoor de overige cliënten niet goed worden vertegenwoordigd) en het feit dat de keuze voor een bepaalde samenstelling in de praktijk niet afhankelijk is van de ernst van de handicap van de cliënten, maar van de cultuur en de gebruiken binnen de instelling (na een fusie gaat de samenstelling van de cliëntenraad daardoor soms weer helemaal om, hetgeen voor de cliënten erg verwarrend is). (Zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 65-67 en 78.)

²³ De evaluatiecommissie vindt de bijdrage van de WMCZ aan het bewustwordingsproces ten aanzien van de mogelijkheden van verstandelijk gehandicapten op zich positief. De WMCZ past volgens de commissie wat dat betreft goed binnen de emancipatietrend van verstandelijk gehandicapten. Het feit dat instellingen de ouderparticipatie inperken ten gunste van cliëntenparticipatie noemt de commissie echter een ongewenst neveneffect. Beide vormen van participatie zijn volgens de commissie namelijk gewenst en dienen aanvullend te zijn. (Zie: Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 42 en 43.)

²⁴ Hoewel ouders natuurlijk voor hun kinderen opkomen, blijft het dus van belang dat cliënten zelf ook hun mening laten horen. Dit argument kan ook worden ingebracht tegen cliëntenraden die uitsluitend bestaan uit ouders. Door het moeizame contact dat zij met de cliënten onderhouden, is het voor laatstgenoemde cliëntenraden namelijk in het algemeen moeilijk om het oordeel van de cliënten te representeren. (Zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 64, 65 en 66.)

²⁵ De fusiegolf ging door vrijwel alle zorgsectoren en leidde tot megaorganisaties, waarbij zorgaanbieders tientallen instellingen in stand houden. Vaak zijn dit ook nog eens meerdere soorten instellingen. Veel organisaties streven namelijk naar ketenvorming, met daarin bijvoorbeeld de schakels: verzorgingshuis, verpleeghuis, thuiszorg en welzijnsorganisatie. Aldus streeft men naar een integratie van wonen, welzijn en zorg, waarbij de behoeften van de cliënt centraal staan. (Zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 26, 32, 33 en 61.)

²⁶ Zorgaanbieders profiteren daarbij van de onduidelijkheid die speelt rondom het begrip ‘instelling’ (zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 26, 27, 78, 94 en 95).

²⁷ VWS blijft bij het uitgangspunt dat de cliëntenraden dienen te worden ingesteld aan de basis, bij een lokale organisatie. Men erkent weliswaar dat de fusiegolf de zaak ingewikkelder gemaakt heeft binnen de zorgsector, maar meent dat dit via richtlijnen vanuit de koepelorganisaties is op te lossen. Zijn

trapte medezeggenschap' blijkt het voorts bijzonder veel moeite te kosten de raden op alle niveaus te 'bemensen'.²⁸ Het vele werk en de veelal complexe materie waar de cliëntenraad zich in een grote fusieorganisatie mee bezig moet houden, wordt door de meeste cliënten namelijk als weinig aantrekkelijk ervaren.

Het werk van de cliëntenraden blijkt door de komst van de WMCZ overigens in zijn algemeenheid omvangrijker en ingewikkelder te zijn geworden.²⁹ Naast zaken die betrekking hebben op de directe levenssfeer, moeten de cliëntenraden zich nu ook veel meer met beleidszaken gaan bezighouden.³⁰ Zij worden daarbij overladen met informatie en adviesaanvragen. De informatieverstrekking geschiedt daarbij een beetje naar willekeur, doordat veel zorgaanbieders nog niet zo goed weten wat precies onder het recht op informatie valt.³¹ Door de gehanteerde beleidstaal is de informatie voor de cliënten bovendien vaak onbegrijpelijk.³² Hetzelfde geldt ten aanzien van de adviesaanvragen. Deze worden vaak te laat ingediend en soms ook helemaal niet.³³ Ook worden zij niet in alle gevallen gemotiveerd en ontbreekt vaak een overzicht van de gevolgen van een voorgenomen besluit voor de cliënten.³⁴ Door de grote vloed aan adviesaanvragen zijn de meeste cliëntenraden er nog niet toe gekomen gebruik te maken van het recht van initiatief.³⁵ Daar waar cliëntenraden wel gebruik maken van dit recht, gaat het vooral om zaken die het cliëntenbelang direct raken, zoals een vakantieregeling, de aanstelling van een vertrouwenspersoon, het voedingsgeld of een verbouwing.³⁶ Door het ingewikkelder worden van het cliëntenraadswork is de behoefte aan scholing en ondersteuning toegenomen. De gezondheidstoestand van de cliënten laat het volgen van cursussen echter niet altijd toe.³⁷ Daarbij komt nog dat de geboden financiële en personele ondersteuning afhankelijk is van de willekeur van de zorgaanbieder. Deze verschilt daarvoor sterk per zorginstelling.³⁸

er per locatie niet meer dan 5 of 10 cliënten aanwezig, dan kan men zich bij VWS echter voorstellen dat er een gemeenschappelijke cliëntenraad wordt ingesteld in plaats van lokale raden. (Zie: LPR-rapport 2000, p. 3 en 4.)

²⁸ Getrapte medezeggenschap doet nu eenmaal een groter beroep op de inzet van cliënten. Volgens Honig gaat dit vooral ten koste van de medezeggenschap op het middenniveau (divisie-/clusterniveau). (Zie: Honig 2000, p. 7.)

²⁹ Van Gelder e.a. 2000, p. 37 en 38.

³⁰ Familieleden blijken daar in veel gevallen beter toe in staat te zijn dan de cliënten.

³¹ Cliëntenraden worden ofwel met informatie overspoeld, of ontvangen nauwelijks informatie (zie: LSR-rapport 2001, p. 5).

³² Honig 2000, p. 8 en LSR-rapport 2001, p. 6 en 7.

³³ Van Gelder e.a. 2000, p. 24 en 70 en Honig 2000, p. 15.

³⁴ De zorgaanbieders zouden meer hun best moeten doen om de adviesaanvragen te vertalen naar het dagelijks leven van de cliënten (zie: Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 46 en LSR-rapport 2001, p. 9).

³⁵ Van Gelder e.a. 2000, p. 46 en 68.

³⁶ Van Gelder e.a. 2000, p. 24 en Honig 2000, p. 14.

³⁷ Van Gelder e.a. 2000, p. 37 en 38.

³⁸ Het verschil in de toegekende eigen budgetten zou 'in de tonnen lopen'. Zo had in 2000 de ene instelling f 450.000,- over voor het cliëntenraadswork, terwijl een organisatie van vergelijkbare grootte met niet meer dan f 12.000,- over de brug kwam (zie: Langelaan 2000/8, p. 28). Wat betreft de inhoudelijke ondersteuning beschikken sommige cliëntenraden voorts over een onafhankelijke professionele ondersteuner, terwijl andere cliëntenraadsleden het – vanwege het kostenaspect – met een medewerker van binnen de instelling of met een vrijwilliger moeten doen. Verder zijn er ook cliëntenraden die

Ten aanzien van de wijze waarop cliëntenraden gebruik maken van hun bevoegdheden, valt op dat zij in het algemeen niet geneigd zijn het conflict te zoeken met de zorgaanbieder, of daarin tot het uiterste te gaan. Zij zoeken liever naar compromissen.³⁹ Er wordt dan ook zelden een beroep gedaan op de landelijke commissies van vertrouwenslieden en een beroep op de kantonrechter komt al bijna helemaal niet voor.⁴⁰ Dit wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door de sterke afhankelijkheidssituatie waarin de cliënten van deze zorginstellingen verkeren en het feit dat naar de geschillencommissie stappen wordt ervaren als ‘not done’.⁴¹ Vaak is men daarbij ook bang voor sfeerbederf en het bederf van de constructieve samenwerking.⁴² In gevallen waarin cliëntenraden wel een beroep op een landelijke geschillencommissie deden, bleek dat sommige zorgaanbieders de uitspraak van die geschillencommissie gewoon naast zich neer legden.⁴³ De cliëntenraden stapten daarop niet naar de rechter.⁴⁴ Er zijn echter ook voorbeelden bekend van cliëntenraden die naar de vertrouwenscommissie stapten of dreigden te stappen en die sindsdien serieuzer worden genomen door de directie.⁴⁵

Een ander belangrijk gevolg dat de WMCZ tot slot bij deze zorginstellingen heeft gehad, is dat veel van de reeds bestaande bovenwettelijke bevoegdheden zijn komen te vervallen.⁴⁶ De overgangsregeling uit artikel 13 lid 2 WMCZ heeft dit klaarblijkelijk niet kunnen voorkomen.⁴⁷ In de sector voor lichamelijk gehandicapten wijkt men zelfs naar beneden af van de WMCZ.⁴⁸ Desondanks zeggen veel door de evaluatiecommissie geïnterviewde ‘sleutelfiguren’ uit de verschillende zorgsectoren, dat de WMCZ de stem en de positie van de cliëntenraad heeft versterkt.⁴⁹ Daar waar de cliëntenraden voor de invoering van de WMCZ nog geen wettelijke basis hadden, hebben zij nu een formele, wettelijke status. Daardoor zou er bij de adviesaanvragen steeds vaker serieus rekening worden gehouden met het oordeel van de cliëntenraad.

het zonder secretariële ondersteuning moeten stellen, hetgeen als een groot probleem wordt ervaren. (Zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 42, 43, 73 en 74 en LSR-rapport 2001, p. 12.)

³⁹ Van Gelder e.a. 2000, p. 24, 45, 46, 69, 70, 92 en 93 en Honig 2000, p. 14 en 15.

⁴⁰ Van Gelder e.a. 2000, p. 25, 76 en 93 en Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 35.

⁴¹ In de GGz-sector bijvoorbeeld, behoort het niet tot de omgangsvormen geschillen voor te leggen aan derden. Het wordt mensen niet in dank afgenomen als ze het wel doen. (Zie: Honig 2000, p. 22.)

⁴² In de sector voor verstandelijk gehandicapten bijvoorbeeld, is deze vrees algemeen aanwezig en reëel. Er zijn enkele voorbeelden van grondig sfeerbederf ten gevolge van het opeisen van rechten door de cliëntenraad (zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 75).

⁴³ Van Gelder e.a. 2000, p. 48 en Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 35.

⁴⁴ De procedure bij de geschillencommissie vergde op zich al veel van deze cliëntenraden. De cliëntenraadsleden klaagden over het extra werk en de inspanning die de gang naar de geschillencommissie voor hen met zich bracht: ze kwamen nauwelijks meer aan hun eigenlijke werk toe. Bovendien was al dat geruzie slecht voor hun gezondheid. (Zie: LPR-rapport 2000, p. 5.)

⁴⁵ Vervolgonderzoek 2004, p. 27.

⁴⁶ Van Gelder e.a. 2000, p. 45 en Honig 2000, p. 14.

⁴⁷ Nieuw ingestelde cliëntenraden waren vermoedelijk niet goed op de hoogte van deze overgangsregeling en al evenmin van de oude bevoegdheden van de voormalige bewonerscommissies en familierraden.

⁴⁸ In deze sector zijn veel adviesbevoegdheden die de WMCZ toekent, bij reglement verminderd (zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 92).

⁴⁹ Van Gelder e.a. 2000, p. 46.

5.2.2 Zorginstellingen waar de WMCZ de cliëntenraad voor het eerst heeft geïntroduceerd

Zorginstellingen met een vlottend cliëntenbestand en instellingen die ambulante zorg verlenen (extramurale instellingen) hadden ten tijde van de invoering van de WMCZ nog vrijwel geen ervaring met het fenomeen cliëntenraad.⁵⁰ Hoewel zij deze vorm van cliëntenparticipatie over het algemeen niet optimaal vinden, lijken de meeste zorgaanbieders toch hun best te doen op enigerlei wijze uitvoering te geven aan de verplichtingen die de WMCZ oplegt. In veel zorgsectoren blijkt dit echter geen eenvoudige opgave te zijn.

Een van de zorgsectoren waar bijvoorbeeld al sinds de presentatie van het wetsvoorstel veel weerstand bestaat tegen de WMCZ, is de *ziekenhuissector*.⁵¹ De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) stelde zich van het begin af aan op het standpunt dat de medezeggenschapstructuur die de WMCZ oplegt, ten onrechte geen rekening houdt met het feit dat er op verschillende niveaus binnen de ziekenhuizen reeds contacten met patiëntenorganisaties bestonden.⁵² Deze patiëntenorganisaties zijn de afgelopen decennia flink gegroeid en in aantal toegenomen, en hebben daarbij hun eigen deskundigheid ontwikkeld.⁵³ Dat heeft hen tot een interessante gesprekspartner voor ziekenhuisinstellingen gemaakt, die – door de toegenomen mondigheid van burgers en vanwege het overheidsbeleid dat is gericht op het stimuleren van meer vraaggerichte zorg – in beginsel bereid zijn om in hun zorgaanbod rekening te houden met de opvattingen, behoeften en verwachtingen van de cliënten.⁵⁴ De NVZ meende dat de structuur waartoe de WMCZ verplicht, niet zou leiden tot medezeggenschap van de patiënten. Het ziekenhuis is immers geen residentiële instelling, waardoor een duidelijke relatie tussen patiënt en instelling ontbreekt.⁵⁵ Daardoor zou men bij de samenstelling van een cliëntenraad volgens de NVZ zowel stuiten op het pro-

⁵⁰ Hier en daar was er bij wijze van experiment wel een cliëntenraad ingesteld, maar dit had niet geleid tot een grootschalige invoering van deze vorm van cliëntenparticipatie. (In de ziekenhuissector bijvoorbeeld werden experimenten met een patiëntenadviesraad (PAR) gehouden in de St. Maartenskliniek te Nijmegen en het Ignatius Ziekenhuis te Breda, die in 1993 respectievelijk 1996 waren gestart onder leiding van het Nederlands Ziekenhuisinstituut (NZi). Zie hierover: Dubbelboer 1995, p. 1-13 en Van Bennekom 2001, p. 1-23. Ook bij enkele riagg-instellingen was voorts geëxperimenteerd met het cliëntenraadsmodel. Zie voor het experiment bij Riagg-instelling Zuid-Kennemerland: Van Beemen-Schrikker 1995, p. 1-21.)

⁵¹ Van Gelder e.a. 2000, p. 102.

⁵² Begin jaren '90 onderhielden bijna alle ziekenhuizen contacten met patiëntenorganisaties. Over algemene beleidsmatige ontwikkelingen voerden zij overleg met een RPCP en op afdelingsniveau met een bepaalde categoriale patiëntenvereniging (zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 100 en 102).

⁵³ Eind vorige eeuw waren in totaal ruim 1,4 miljoen Nederlanders lid van een organisatie die op de een of andere wijze opkomt voor de belangen van cliënten/consumenten. De overheid heeft deze ontwikkeling onder meer gesteund door de financiering van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) en door het stimuleren van de totstandkoming van Regionale Patiënten/Consumenten Platforms (RPCP's). (Zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 99 en 100.)

⁵⁴ Van Gelder e.a. 2000, p. 99.

⁵⁵ Veel ziekenhuizen weten niet eens precies wie er allemaal onder het begrip 'cliënt' vallen. Zijn dat alleen de opgenomen patiënten? Of ook de duizenden mensen die dagelijks op de poli komen? Of alle inwoners uit het werkgebied van het ziekenhuis?

bleem van representativiteit als op dat van de deskundigheid. Bovendien is de legitimiteit van de cliëntenraad daardoor omstreden.⁵⁶ Kort gezegd vond de NVZ dat het wettelijk kader van de WMCZ onvoldoende basis biedt voor patiëntenparticipatie. De koepelorganisatie wilde alle mogelijkheden met betrekking tot de cliëntenparticipatie openhouden en de ziekenhuizen de ruimte geven aan te sluiten bij de eigen aard van het ziekenhuis.⁵⁷ Zij moesten het proces op hun eigen manier op gang kunnen brengen. De WMCZ zou volgens de NVZ daarom meer het karakter moeten krijgen van een kaderwet, zoals de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi). Een vertegenwoordiger van de ziekenhuizen – die fungeerde als contactpersoon (‘sleutelfiguur’) van de evaluatiecommissie – bevestigde dat het feit dat de WMCZ ertoe dwingt om op één bepaalde manier met medezeggenschap om te gaan, niet past binnen de traditie van de ziekenhuissector, waarbij de vorm die de medezeggenschap krijgt afhankelijk is van de wijze waarop een ziekenhuis zich wil profileren.⁵⁸ Die behoefte aan profilering is niet nieuw, maar was er altijd al. De WMCZ zou daaraan ten onrechte geen aandacht besteden.

Om de ziekenhuizen desondanks toch op weg te helpen, kwamen de NVZ en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) in 1997 met de ‘Handreiking Medezeggenschap van patiënten binnen een ziekenhuis’.⁵⁹ De NPCF erkende daarbij dat de WMCZ complicaties oplevert bij ziekenhuizen, doordat het geen residentiële instellingen zijn. Daarom hadden de NVZ en de NPCF afspraken gemaakt over de wijze waarop in ziekenhuizen toch vorm zou kunnen worden gegeven aan medezeggenschap. Het werd een compromis tussen de weigerachtige houding van de meeste ziekenhuisdirecties (die een aanpassing van de WMCZ voorstaan) en de wens van de NPCF de instelling van een cliëntenraad op de agenda van de ziekenhuizen te krijgen. De handreiking biedt namelijk ruimte voor een beperkte of geleidelijke uitvoering van de WMCZ.⁶⁰ Met de afspraken beoogde de NPCF te bereiken dat de cliëntenraden tot stand zouden komen in overleg met, en op voordracht van de Regionale Patiënten- en Consumenten Platforms (RPCP’s).⁶¹ Voorkomen diende namelijk te worden dat ziekenhuizen willekeurig een paar burgers bij elkaar zouden plaatsen in een pro forma ingestelde cliëntenraad, omdat niemand daar belang bij had.

In de praktijk blijken de ziekenhuizen echter desondanks te worstelen met de eisen van representativiteit en deskundigheid van de cliëntenraad.⁶² Zij heb-

⁵⁶ Dam 1997, p. 4.

⁵⁷ Cliëntenparticipatie kan immers in vele vormen worden gegoten, variërend van patiëntenraadpleging, panels tot besprekingen met patiëntenvertegenwoordigers en themabijeenkomsten.

⁵⁸ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 54.

⁵⁹ Van Gelder e.a. 2000, p. 103.

⁶⁰ Zie: Gezamenlijke intentieverklaring NP/CF-NVZ, Utrecht, 13 januari 1997 en Dam 1997, p. 5.

⁶¹ Ten aanzien van het tot stand brengen van een cliëntenraad werd eerder al door de NPCF geadviseerd dat de RPCP het initiatief zou nemen leden voor te dragen uit categoriale patiëntenorganisaties, gebruikersverenigingen op het terrein van de maatschappelijke dienstverlening en gehandicaptenzorg, cliëntenorganisaties op het terrein van de GGZ, algemene patiënten-/consumentenorganisaties en ouderenorganisaties (zie: ‘NPCF-standpunt met betrekking tot uitgangspunten voor cliëntenraden in algemene ziekenhuizen’, Utrecht, 25 september 1995).

⁶² Van Gelder e.a. 2000, p. 106.

ben in verreweg de meeste gevallen te maken met korte opnames en vragen zich daarom af hoe deze cliënten iets kunnen zeggen over de zorg. De meeste ziekenhuizen wenden zich dan ook tot patiëntenorganisaties. Vooral de grote patiëntenorganisaties blijken te hebben meegewerkt aan de werving van potentiële kandidaten voor de cliëntenraden van ziekenhuizen.⁶³ De overige (afdelingen van) patiëntenorganisaties gaven aan nog geen interesse te hebben, omdat men stelt er voor het algemene cliëntenbelang te zijn, of omdat men liever investeert in activiteiten gericht op de eigen doelgroep (zoals lotgenotencontact).⁶⁴ Ook spelen praktische bezwaren een rol. Zo zouden geen of onvoldoende deskundige mensen beschikbaar zijn.⁶⁵ Vanwege de complexiteit van hun organisaties en de moeilijke onderwerpen die op directieniveau aan de orde komen, stellen ziekenhuizen namelijk vrij hoge eisen aan de (bestuurlijke) deskundigheid van cliëntenraadsleden.⁶⁶ Zo moeten zij abstract kunnen denken en over de grenzen van hun eigen aandoening heen kunnen kijken.⁶⁷ Een mogelijke oplossing voor deze bezwaren is volgens de NPCF gelegen in het aanbieden van een ‘programma deskundigheidsbevordering’ en het werven van niet-kaderleden van patiëntenorganisaties, door middel van affiches, folders of de (kabel-)krant.⁶⁸ Zorgaanbieders die erin zijn geslaagd een cliëntenraad in te stellen, zijn over het algemeen van mening dat er op zich goede mensen voor te vinden zijn, mits men zich niet al teveel richt op de representativiteit van de raad.⁶⁹

Kort samengevat kan dus worden gesteld dat de ziekenhuizen worstelen met het realiseren van een werkbare vorm voor de cliëntenraad.⁷⁰ Het blijft schipperen tussen de eisen van deskundigheid en representativiteit.⁷¹ Wil de cliëntenraad goed kunnen functioneren, dan zullen zowel ervaringsdeskundigheid als bestuurlijke deskundigheid in de cliëntenraad vertegenwoordigd moeten zijn.⁷² Ook zal er een goede communicatie met de achterban moeten bestaan. Door middel van folders en periodieken proberen cliëntenraden dit contact met

⁶³ Van Gelder e.a. 2000, p. 106 en Vos de Wael 1998, p. 16 en 17.

⁶⁴ Volgens de contactpersonen van evaluatiecommissie nam de belangstelling echter toe (zie: Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 56).

⁶⁵ Er wordt namelijk al een groot beroep gedaan op het beschikbare kader van patiëntenorganisaties in verband met klachtencommissies, ontwikkeling regiovisie, cliëntenraden in de thuiszorg enzovoort (zie: Vos de Wael 1998, p. 5).

⁶⁶ Van Gelder e.a. 2000, p. 109.

⁶⁷ Van Gelder e.a. 2000, p. 106.

⁶⁸ De noodzaak van scholing, informatie en advies en algemene ondersteuning staat in de ziekenhuissector buiten kijf. Iedereen is ervan overtuigd dat cliëntenraden zonder adequate ondersteuning stuurloos dreigen te raken en geen volwaardige gesprekspartners kunnen vormen voor de ziekenhuisdirecties. Een speciaal ontwikkelingsprogramma voor cliëntenraden bij ziekenhuizen zou kunnen leiden tot het uitgroeien van deze cliëntenraden tot onafhankelijke en deskundige adviesorganen. In het kader van het project ‘Ondersteuning Cliëntenraden Ziekenhuizen’ is daartoe op 1 oktober 2002 een landelijk expertisecentrum opgericht, dat onder meer voor een toegesneden scholingsaanbod dient te zorgen. Probleem is echter het grote verloop onder de cliëntenraadsleden. Daardoor is in feite een ‘education permanente’ nodig. (Zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 106; Vos de Wael 1998, p. 9 en 22; Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 55 en Vraag in Beeld, nr. 2002/8.)

⁶⁹ Van Gelder e.a. 2000, p. 107.

⁷⁰ Van Gelder e.a. 2000, p. 110.

⁷¹ Vos de Wael 1998, p. 8.

⁷² Van Gelder e.a. 2000, p. 110.

de achterban te onderhouden.⁷³ Daarnaast zullen de cliëntenraden ook inzicht moeten zien te verwerven in de ervaringen die patiënten opdoen binnen het ziekenhuis.⁷⁴ Doordat de cliëntenpopulatie van ziekenhuizen zeer vlottend is, valt dit echter niet mee.

Ondanks al deze knelpunten blijkt de meerderheid van de ziekenhuizen toch een cliëntenraad te hebben ingesteld. In 2000 lag het instellingspercentage op 63%.⁷⁵ Een vertegenwoordiger van de NVZ, die fungeerde als contactpersoon van de evaluatiecommissie, lichtte dit percentage als volgt toe.⁷⁶ Ongeveer 60% van de ziekenhuisinstellingen vindt de verplichtingen die de WMCZ oplegt volgens hem niet optimaal, maar probeert er aan te voldoen 'om van het hele gezeur af te zijn'. Ongeveer 30% zou een andere vorm van patiëntenparticipatie hebben gerealiseerd, anders dan op bestuursniveau, en bij ongeveer 10% van instellingen zou de directie op bestuurlijk niveau overleg voeren met een RPCP. De meerderheid van de ingestelde cliëntenraden beschikt voorts slechts over een beperkt takenpakket, waarbij de adviesbevoegdheden naar beneden toe zijn bijgesteld.⁷⁷ Het verzwaaard adviesrecht wordt bijvoorbeeld in de meeste gevallen omgezet in een gewoon adviesrecht of samen met andere adviesrechten omgezet in een recht op informatie.⁷⁸ Aan het recht van bindende voordracht wordt in de meeste gevallen evenmin uitvoering gegeven.⁷⁹ Ziekenhuizen zeggen daarmee te willen voorkomen dat hun cliëntenraad overbelast raakt en zouden hem de gelegenheid willen bieden om langzaam in zijn rol te groeien. Tegelijkertijd worden op deze wijze echter de hete hangijzers omzeild.⁸⁰ Het is bovendien de vraag in hoeverre de cliëntenraad op deze wijze nog iets voor de cliënten kan betekenen. De cliëntenraad praat wel mee, maar het is de vraag of de directie daar naar luistert en er iets mee doet.⁸¹ Ook voor de cliëntenraden zelf is het niet altijd duidelijk welke rol hun advies nu precies heeft gespeeld.⁸² De RPCP's – die de onderhandelingen voeren met de ziekenhuisdirecties over de instelling van een cliëntenraad – stemmen desondanks met deze 'groeimodellen' in.⁸³ De

⁷³ In sommige ziekenhuizen worden voorts voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd, waarbij de cliëntenraad zijn werkzaamheden presenteert (zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 111).

⁷⁴ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 56.

⁷⁵ Van Gelder e.a. 2000, p. 105.

⁷⁶ Van Gelder e.a. 2000, p. 105.

⁷⁷ Van Gelder e.a. 2000, p. 111 en 112.

⁷⁸ Van Gelder e.a. 2000, p. 114.

⁷⁹ Van Gelder e.a. 2000, p. 116.

⁸⁰ Vos de Wael 1998, p. 8.

⁸¹ 'Goed functionerende cliëntenraden' stellen zich proactief en thematisch op, waarbij zij zich vooral richten op het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis en niet op zaken als het controleren van de jaarrekening (zij willen geen tweede 'raad van toezicht' worden). Hun adviezen worden door directies over het algemeen wel gewaardeerd. (Zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 113 en 114.)

⁸² Van Gelder e.a. 2000, p. 114.

⁸³ De meeste ziekenhuisdirecties hadden er eigenlijk niet zoveel zin in. De vraag waar RPCP's dan mee te maken krijgen, is hoever te gaan als een ziekenhuis per se niet wil, en wat de gevolgen daarvan zijn voor de onderlinge verhoudingen. Een contactpersoon van de RPCP in Friesland kan zich bovendien goed voorstellen dat ziekenhuizen die al veel contacten hebben met patiëntenplatforms, niet op een cliëntenraad zitten te wachten. Volgens hem dient daarom te worden bekeken op welke wijze het beste invulling kan worden gegeven aan medezeggenschap, en is het voor hem nog maar de vraag was of dit per se volgens de letter van de wet moet. (Zie: Dam 1997, p. 5 en 7.)

instelling van een cliëntenraad heeft er in sommige gevallen toe geleid dat de contacten die de ziekenhuizen onderhielden met RPCP's en categoriale patiëntenorganisaties, minder prioriteit kregen of zelfs verdwenen.⁸⁴

Ten aanzien van de ziekenhuissector dient tot slot nog melding te worden gemaakt van het feit dat de academische ziekenhuizen wel op een heel creatieve manier uitvoering hebben gegeven aan de WMCZ. In 1998 hebben zij namelijk gezamenlijk de 'Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ)' opgericht. De keuze voor een gemeenschappelijke cliëntenraad werd ingegeven door overwegingen van efficiency.⁸⁵ De meeste patiënten van de academische ziekenhuizen (60%) hebben een zeldzame chronische aandoening en komen voor (zeer) complexe zorg.⁸⁶ Veel van deze cliënten zijn weliswaar georganiseerd in patiëntenverenigingen, maar het kader (ledenaantal) van deze verenigingen is, vanwege de zeldzaamheid van de aandoeningen, in de meeste gevallen vrij klein. Voor deze patiëntenverenigingen is het dus een stuk eenvoudiger kandidaten te leveren voor één cliëntenraad, dan voor acht (het is niet zeker of dat laatste ook gelukt zou zijn). Bovendien zou dat ook niet efficiënt zijn geweest, omdat het zeer specialistische zorgaanbod van de academische ziekenhuizen een bovenregionale functie vervult en de medezeggenschapsonderwerpen die daarop betrekking hebben (de zorginhoudelijke onderwerpen), daardoor voor alle ziekenhuizen min of meer gelijk zijn. De CRAZ treedt echter niet alleen op wanneer het onderwerpen van gemeenschappelijk belang betreft, maar ook wanneer het gaat om locatiegebonden aangelegenheden (bijvoorbeeld wanneer sprake is van een lokale reorganisatie of verbouwing). De CRAZ functioneert dan dus als locatieraad.⁸⁷ Hoewel de CRAZ op het eerste gezicht een vrij log orgaan lijkt – deze cliëntenraad bestaat uit zo'n 50 leden, afkomstig uit een evenredig aantal verschillende patiëntenverenigingen – blijkt dit in de praktijk mee te vallen. Als een adviesaanvraag spoed heeft, stelt de secretaris snel een ad hoc-commissie samen uit personen die ter zake kundig zijn en die, als de adviesaanvraag specifiek betrekking heeft op een bepaald ziekenhuis, in het bijzonder bij het betreffende ziekenhuis betrokken zijn. Deze ad hoc-commissie brengt dan een voorlopig advies uit, dat op een later tijdstip (tijdens één van de vier jaarlijkse overlegvergaderingen van de CRAZ) met terugwerkende kracht wordt geaccordeerd. In de meeste gevallen worden de adviesaanvragen echter gewoon door de CRAZ zelf behandeld.⁸⁸ Die adviesaanvraag wordt dan vooraf bestudeerd en vervol-

⁸⁴ Dit gebeurde soms tegen de wil van deze patiëntenorganisaties in. RPCP's bijvoorbeeld, willen in het algemeen hun eigen reguliere overleg met ziekenhuizen behouden (zie: Evaluatie WMCZ 2000, p. 55 en Vos de Wael 1998, p. 12).

⁸⁵ Zie: Evaluatierapport *crAZ* 2000, p. 9 en 10.

⁸⁶ In die zin wijkt het cliëntenbestand van de academische ziekenhuizen dus af van het cliëntenbestand van de algemene ziekenhuizen.

⁸⁷ Lokale CRAZ-projectleiders attenderen de lokale besturen van de academische ziekenhuizen op zaken die onder het adviesrecht van de CRAZ vallen. De bestuursleden moeten namelijk nog wennen aan de WMCZ en vergeten vaak dat die op bepaalde besluiten van toepassing is. Er zijn ook lokale 'aandachtspersonen' van de CRAZ actief. Zij proberen de CRAZ onder de aandacht van de patiënten te brengen. (Zie: Evaluatierapport *crAZ* 2003, p. 22.)

⁸⁸ De CRAZ vergadert 4 keer per jaar, waarvan 3 keer per jaar bij het UMC te Utrecht (waar de CRAZ gevestigd is) en 1 keer per jaar bij één van de andere academische ziekenhuizen elders in het land.

gens tijdens de eerstvolgende CRAZ-vergadering behandeld, in aanwezigheid van leden van de besturen van de acht academische ziekenhuizen/UMC's. Zij kunnen de bestuursleden dus ter plekke om een toelichting vragen en commentaar leveren. Het advies wordt na afloop van de vergadering schriftelijk uitgebracht.⁸⁹ De academische ziekenhuizen zijn over het algemeen tevreden over het functioneren van de CRAZ en waarderen diens deskundige inbreng.⁹⁰ Zij menen in de CRAZ een representatieve en deskundige gesprekspartner te hebben gevonden.⁹¹

In de *lichamelijk gehandicaptenzorg* heeft de invoering van de WMCZ er ten aanzien van de revalidatiecentra voorts toe geleid, dat bij vrijwel iedere instelling een cliëntenraad is ingesteld.⁹² Dat is opmerkelijk omdat er voor de invoering van de WMCZ geen enkele vorm van cliënteninspraak of -zeggenschap bij deze instellingen bestond. Bovendien hebben zij – net als de ziekenhuizen – te maken hebben met een vlottende cliëntenpopulatie.⁹³ Om die reden zoeken deze instellingen hun identiteit dan ook niet zo zeer in hun eigen zorgsector, maar in de aansluiting bij ziekenhuisvoorzieningen.⁹⁴ Het wekt dan ook geen verbazing dat de cliëntenraden bij deze instellingen in de meeste gevallen niet zijn samengesteld uit cliënten zelf, maar uit ex-revalidanten en cliëntenvertegenwoordigers uit de sfeer van de cliëntenorganisaties (meestal de RPCP's). Hoewel het voor de representativiteit van dit soort cliëntenraden van groot belang is dat zij zich goed op de hoogte stellen van hetgeen onder hun achterban leeft, blijkt dit bij de revalidatiecentra niet mee te vallen. De cliënten zijn daar namelijk hoofdzakelijk bezig met hun eigen herstel en zouden zich volledig richten op het zo spoedig mogelijk weer verlaten van de instelling.⁹⁵ Na het revalidatieproces zouden de meeste cliënten ook niet meer met het reilen en zeilen van het revalidatiecentrum geconfronteerd willen worden. De cliëntenraad van een revalidatiecentrum heeft in zijn algemeenheid dus minder binding met zijn

⁸⁹ Evenmin als de meeste cliëntenraden van de algemene ziekenhuizen, beschikt de CRAZ over een verzaamd adviesrecht of recht van bindende voordracht (zie: Vos de Wael 1998, p. 18 en 19).

⁹⁰ Er bestaat onder de CRAZ-leden geen behoefte aan cursussen of deskundige ondersteuning. Ze beschikken over een schat aan ervaringsdeskundigheid en zijn in die zin al deskundig genoeg.

⁹¹ In het kader van de CRAZ is een open communicatief en constructief dialoog gestart tussen de academische ziekenhuizen en vertegenwoordigers van bijna 50 categoriale patiëntenverenigingen (zie: Evaluatierapport *crAZ* 2000, p. 25).

⁹² Van Gelder e.a. 2000, p. 85.

⁹³ De cliëntenpopulatie is over het algemeen echter wel wat minder vlottend dan die van ziekenhuizen. Daarbij maakt het bovendien verschil uit of het gaat om klinische of poliklinische zorg. Bij de klinische zorg verblijven cliënten gemiddeld zo'n 11 (kinderen) tot 13 (volwassenen) weken in het revalidatiecentrum, terwijl de poliklinische zorg gemiddeld 6 (volwassenen) tot 13 maanden (kinderen) in beslag neemt.

⁹⁴ Dit blijkt onder meer uit het feit dat zij geen lid zijn van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), maar een eigen vereniging hebben: de Vereniging van Revalidatiecentra in Nederland (VRIN). (Zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 84 en 85.)

⁹⁵ Sommige directies en hulpverleners vinden het volgens de evaluatiecommissie ook geen goed idee dat de aandacht van het revalidatieproces wordt afgeleid en zouden de contacten tussen cliëntenraad en achterban daarom ontmoedigen (zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 87).

achterban, dan bijvoorbeeld de cliëntenraden in de overige delen van de sector voor lichamelijk gehandicapten.⁹⁶

In de extramurale (ambulante) zorg, lopen de cliënten evenmin warm voor deelname aan de cliëntenraad. Dit zou voor een deel te maken hebben met het type cliënt en zijn relatie tot de zorginstelling. In de *geestelijke gezondheidszorg* (GGz) worden riagg-clieënten bijvoorbeeld wel aangeduid als ‘kortstondige gebruikers die een product komen afnemen’.⁹⁷ Niet het type cliënt dat snel zitting zal nemen in een raad.⁹⁸ Ook in de verslavingszorg komen de cliëntenraden, vanwege het bijzondere karakter van de cliëntenpopulatie, heel moeizaam van de grond.⁹⁹ Soms was er wel een cliëntenraad, maar dan liepen de cliënten weer weg. In de *thuiszorg* wijst men eveneens op het feit dat de band die cliënten daar met de instelling hebben, anders is dan in een verzorgings- of verpleegtehuis. Terwijl het doel van de cliëntenraad is op te komen voor het collectieve belang van de cliënten, draait het in de thuiszorg namelijk meer om de individuele relatie tussen zorgverlener en cliënt.¹⁰⁰ En voor hun individuele belangen kunnen ze al opkomen via het klachtrecht.¹⁰¹ Bij de *gezondheidscentra* staan de cliënten tot slot ook niet te trappelen deel te nemen aan de cliëntenraad. Van de 69% van de zorgaanbieders die een poging heeft gedaan een cliëntenraad in te stellen, is slechts 27% daarin geslaagd.¹⁰² De oorzaak daarvan ligt wederom in de aard van de cliëntenpopulatie. In de meer landelijke gebieden – waar de cliëntengroep homogener is en minder vlottend van karakter – wil het nog wel eens lukken om een cliëntenraad in te stellen, maar in de grotere steden – waar de cliëntenpopulatie sterk wisselt – is de onderlinge betrokkenheid van de cliënten en de betrokkenheid bij de gezondheidscentra veel kleiner.

Desondanks is men er bij de meeste riagg-instellingen (81%) en de meerderheid van de thuiszorginstellingen (61%) toch in geslaagd een cliëntenraad samen te stellen.¹⁰³ Bij de thuiszorginstellingen is dit met name bevorderd door

⁹⁶ Ook het Landelijke Steunpunt cliëntenRaden (LSR) constateerde dat de cliëntenraden bij deze instellingen problemen hebben wat betreft hun representativiteit en het contact met de achterban. Volgens het LSR hebben zij voorts ook problemen met hun continuïteit. Er wordt nog gezocht naar een manier waarop de cliëntenraden daar op een effectieve wijze mee om kunnen gaan. (Zie: LSR-rapport 2001, p. 20.)

⁹⁷ Gibbels 1995, p. 22. Inmiddels zijn de meeste riagg-instellingen gefuseerd met andere GGz-instellingen, waardoor een aantal grote GGz-organisaties zijn ontstaan. De voormalige riagg-zorg wordt bij die organisaties grofweg ingedeeld in kortdurende en langdurende ambulante zorg (waarbij kortdurende zorg uit gemiddeld zo’n 15 tot 20 gesprekken bestaat en langdurende zorg van onbepaalde duur is).

⁹⁸ Mensen blijken inderdaad niet in de rij te staan om in de cliëntenraad te gaan. Het is in de riagg-sector heel moeilijk om nieuwe leden te krijgen. Mensen zijn al lang blij als de behandeling achter de rug is; ze schamen zich er vaak nog voor. En als je al mensen vindt, wil dat niet zeggen dat ze ook blijven. Veel cliëntenraadsleden vinden het werk te moeilijk, het wordt hen teveel en ze stoppen ermee (in casu had de betreffende cliëntenraad nog maar 4 leden, terwijl ze met 14 waren begonnen). (Zie: Van Lonkhuyzen & Stulp 2000, p. 2.)

⁹⁹ Van Gelder e.a. 2000, p. 22.

¹⁰⁰ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 50.

¹⁰¹ De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) verplicht zorgaanbieders om een klachtenreglement op te stellen en een klachtencommissie in te stellen, dan wel zich bij een gemeenschappelijke klachtencommissie aan te sluiten (zie: subparagraaf 5.4.1).

¹⁰² Van Gelder e.a. 2000, p. 127.

¹⁰³ Van Gelder e.a. 2000, p. 8 en 125.

de koepelorganisatie van zorgaanbieders in de thuiszorg, die de aanwezigheid van een cliëntenraad als één van de vereisten voor certificering heeft opgenomen (de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT)). Bij de riagg-instellingen ging het evenmin van harte. Zo verzuchtte een riagg-directeur ten tijde van de invoering van de WMCZ: 'We doen het allemaal wel en we komen er ook wel uit, maar het is een hele opgave'.¹⁰⁴ Een andere riagg-directeur zei niet tegen medezeggenschap en inspraak van cliënten te zijn, maar noemde de vorm waarin de WMCZ dit giet 'miserabel'. Hoewel de voorkeur van deze directeuren uitging naar een cliëntenraad bestaande uit eigen cliënten boven mensen uit de patiëntenbeweging (vanwege hun binding met de instelling), betwijfelden zij of zij wel geschikte kandidaten zouden kunnen vinden. De belastbaarheid van dit type cliënt is namelijk niet zo groot.¹⁰⁵ Door de fusiegolf binnen de GGz is het cliëntenraadswerk er bovendien niet bepaald eenvoudiger op geworden: de fusieorganisaties zijn groot en ingewikkeld en de besluitvorming is nog abstracter geworden. Het verloop is onder deze cliëntenraadsleden dan ook groot, waardoor het werk neerkomt op enkele enthousiastelingen.¹⁰⁶ Zorgaanbieders kiezen bij de samenstelling van de cliëntenraad daarom ook wel voor ex-clieñten en niet-ervaringsdeskundigen (familieleden of andere personen die via een advertentie in de krant zijn geworven), maar met dit laatste zijn de (ex-)cliënten binnen de cliëntenraad over het algemeen niet blij.¹⁰⁷ In sommige gevallen leidt dit tot samenwerkingsproblemen binnen de raad.¹⁰⁸

In de *thuiszorg* blijkt het eveneens lastig te zijn een representatieve cliëntenraad in te stellen. Hoe groter de thuiszorginstelling, hoe gevarieerder is doorgaans zijn cliëntenbestand. Zo leveren de wat grotere thuiszorginstellingen onder meer zorg aan ouderen en gehandicapten, kraamzorg, gezinszorg (consultatiebureau), kortdurende thuiszorg voor mensen die net terug zijn uit het ziekenhuis en verhuren zij tevens allerlei hulpmiddelen (krukken, rolstoelen et cetera). Als er al cliënten enthousiast te maken zijn voor deelname aan de cliëntenraad, dan zijn dit in verreweg de meeste gevallen de cliënten die langdurig gebruik maken van de zorg (ouderen en gehandicapten). Met name de wat oudere cliënten hebben echter – evenals de cliënten van riagg-instellingen – moeite met het veelal abstracte niveau van de besluitvorming in deze eveneens door fusies omvangrijke geworden organisaties.¹⁰⁹ Daarbij praten deze cliënten vaak ook nog eens sterk vanuit hun eigen persoonlijke situatie en hebben zij moeite daaruit zaken te abstraheren die voor de cliënten van gemeenschappelijk belang zijn.

¹⁰⁴ Gibbels 1995, p. 22.

¹⁰⁵ Van Gelder e.a. 2000, p. 24.

¹⁰⁶ Een goede ondersteuning van deze cliëntenraden is dus essentieel (zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 24).

¹⁰⁷ De belangen van familieleden zijn namelijk niet altijd gelijk aan de belangen van de cliënten. Bovendien vinden deze cliëntenraadsleden het een pluspunt wanneer leden van de cliëntenraad de ervaring van het cliënt-zijn hebben. Zij zouden daardoor ook sneller worden aangesproken door medecliënten. (Zie: Langelaan 2000/3, p. 32 en Van Gelder e.a. 2000, p. 19.)

¹⁰⁸ Van Gelder e.a. 2000, p. 15 en 16.

¹⁰⁹ Thuiszorginstellingen zijn in de jaren '90 ontstaan uit een samengaan van organisaties van kruiswerk, gezinszorg en kraamzorg. Vervolgens kwam er een nieuwe fusiegolf waarbij sommige thuiszorginstellingen fuseerden met verzorgings- en verpleeghuizen. (Zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 123, 128 en 133.)

Om deze redenen kiezen sommige zorgaanbieders ook wel voor een cliëntenraad die (gedeeltelijk) bestaat uit niet-clënten (bijvoorbeeld ‘mantelzorgers’ of personen die anderszins bij de thuiszorg betrokken zijn). De cliëntenraad beschikt daardoor wellicht over meer bestuurlijke deskundigheid, maar de representativiteit ervan neemt af.

Een groot probleem dat voorts speelt bij cliëntenraden in de ambulante zorg, is de ‘onzichtbaarheid’ van de achterban. De cliënten zitten niet samen bij elkaar in een gebouw, waardoor de informele contacten in de wandelgangen en bij de koffiesoos ontbreken. Riagg-clënten bijvoorbeeld komen alleen snel even langs voor hun periodieke sessie, waarna zij het gebouw schichtig en zo spoedig mogelijk weer verlaten, terwijl thuiszorgclënten niet eens in direct contact staan met de instelling (het contact verloopt vrijwel uitsluitend via de hulpverlener van de thuiszorg).¹¹⁰ Daardoor is in de meeste gevallen sprake van eenrichtingsverkeer, waarbij de cliëntenraden de achterban via infobulletins en dergelijke op de hoogte proberen te stellen, maar daarop weinig tot geen feedback krijgen.¹¹¹ Het ontbreekt cliëntenraden in dit soort gevallen daardoor aan een klankbord en aan ‘voeding’ vanuit de achterban, waardoor zij uitsluitend vanuit hun eigen ervaring kunnen praten.¹¹²

Om die reden hadden de contactpersonen (‘sleutelfiguren’) van de evaluatiecommissie uit de thuiszorg in het algemeen een weinig positief beeld van het functioneren van ‘hun cliëntenraden’.¹¹³ Er zijn weliswaar raden ingevoerd in de thuiszorg, maar dat wil nog niet zeggen dat zij ook daadwerkelijk invloed hebben.¹¹⁴ De vraag dringt zich dan ook aan de zorgaanbieder in de thuiszorg op, waar hij zijn energie in moet steken om het doel van medezeggenschap te bereiken. Moet hij zich richten op de eigen cliëntenraad, of op het aanhalen van banden met de RPCP’s¹¹⁵ en/of cliëntenraadpleging¹¹⁶? De zorgaanbieders wijzen erop dat er nu wel erg veel invloed van cliëntzijde is: RPCP’s, categoriale organisaties, patiëntenraadpleging én cliëntenraden.¹¹⁷ Volgens een cliëntenvertegenwoordiger (één van de contactpersonen van de evaluatiecommissie) is het bereiken van aansprekende resultaten door de cliëntenraad echter mede afhankelijk van een actieve opstelling van de directie.¹¹⁸ Deze zou de cliëntenraad als een nuttig instrument voor het kwaliteitsbeleid van de instelling kunnen inzetten.

¹¹⁰ Deze achterban is dus zelfs voor de zorginstelling grotendeels ‘onzichtbaar’ (zie: Van Halen 2003, p. 5 en Van Lonkhuyzen & Stulp 2000, p. 5).

¹¹¹ Hoewel de cliëntenraden meestal zowel telefonisch als via de e-mail bereikbaar zijn, krijgen vrijwel geen (zinvolle) feedback (mensen die bellen willen doorgaans gewoon even hun verhaal kwijt, maar het betreft dan veelal individuele klachten of problemen). (Zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 129.)

¹¹² Er wordt wel gebruik gemaakt van enquêtes, maar dat kan ook weer niet te vaak, want het kost geld en is een hoop gedoe. Bovendien is daarvoor de medewerking van de zorgaanbieder vereist, aangezien hij degene is die over de adressen van de cliënten beschikt. (Zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 129.)

¹¹³ Van Gelder e.a. 2000, p. 128.

¹¹⁴ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 49.

¹¹⁵ De contacten met de RPCP’s bestonden reeds voor de invoering van de WMCZ.

¹¹⁶ In opdracht van de LVT vindt er periodiek een landelijk benchmark-onderzoek plaats, waarbij zowel de werknemers als de cliënten van de thuiszorginstellingen worden geënquêteerd. Los daarvan houden thuiszorginstellingen ook zelf enquêtes onder hun cliënten.

¹¹⁷ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 51.

¹¹⁸ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 49.

De aanwezige zorgaanbieders en cliëntenvertegenwoordigers zijn het er over eens dat er in dat kader mogelijk een zinvolle rol voor de cliëntenraad is weggelegd bij de evaluatie van de zorgverlening. De cliëntenraad kan bijvoorbeeld een bijdrage leveren aan de op te stellen enquêtevragen en erop toezien dat er iets wordt gedaan met de uitkomsten van de enquêtes en de resultaten van de benchmark-onderzoeken (de rol van 'luis in de pels van de directie'). Als meerwaarde van de cliëntenraad bij riagg-instellingen wordt voorts wel genoemd dat de cliëntenraad – ook al praten de cliëntenraadsleden voornamelijk vanuit hun eigen ervaringsdeskundigheid – voor een eigen invalshoek zorgt en het bestuur daardoor mogelijk op eventuele 'blinde vlekken' kan wijzen.¹¹⁹

Tot slot dient in het kader van deze subparagraaf apart melding te worden gemaakt van de wijze waarop uitvoering wordt gegeven aan de WMCZ in de *welzijnssector*. Deze sector is namelijk zeer divers. Naast de kinderopvang bestaat zij uit de maatschappelijke opvang (die onder meer bestaat uit de opvang van dak- en thuislozen), het algemeen maatschappelijk werk en het gecoördineerd ouderenwerk.¹²⁰ Hoewel meer dan de helft van deze instellingen aangeeft te hebben geprobeerd een cliëntenraad in te stellen, is dat in de deelsectoren *algemeen maatschappelijk werk*¹²¹ en *gecoördineerd ouderenwerk* nauwelijks gelukt.¹²² Als verklaring daarvoor worden genoemd: (1) het ontbreken van een langdurige relatie met de cliënten (2) het draait in deze deelsectoren meer om dienstverlening dan om hulpverlening (3) andere vormen van cliëntenparticipatie (consumentenpanels/ gebruikersraadpleging) zijn meer geijkte en toegepaste middelen en (4) de WMCZ zou niet aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt en de taken van de cliëntenraad zouden niet aansluiten bij de praktijk.¹²³ Gedeeltelijk gaat dit ook op voor de instellingen in de *maatschappelijke opvang (MO)*. Cliënten die gebruik maken van crisisopvang bijvoorbeeld, hebben maar een kortdurende relatie met de instelling. Hetzelfde geldt ten aanzien van cliënten die alleen gebruik maken van diensten als budgetbegeleiding of het verstrekken van een postadres. Het blijkt dan ook lastig om deze cliënten te interesseren voor deelname aan een cliëntenraad.¹²⁴ Er zijn echter ook cliënten die wel een langdurige relatie hebben met deze instellingen. Daarbij dient met name te worden gedacht aan cliënten die gebruik maken van dag- en/of nachtopvang (dak- en thuislozen). De centra voor dag- en nachtopvang vormen dan ook de kern van de 44% van de instellingen in deze deelsector waarbij in 1998 een cliëntenraad bleek te zijn ingesteld.¹²⁵ Slechts 20% van de cliëntenraden zou

¹¹⁹ Gibbels 1995, p. 23.

¹²⁰ Van Gelder e.a. 2000, p. 137.

¹²¹ Er zijn nauwelijks gegevens over het bestaan en functioneren van cliëntenraden in deze deelsector (zie: Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 58).

¹²² Van Gelder e.a. 2000, p. 137.

¹²³ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 58 en 59.

¹²⁴ De meeste van deze instellingen hebben wel initiatieven ondernomen om een cliëntenraad in te stellen, maar hebben het daarbij gelaten. In die gevallen dat het wel is gelukt om een cliëntenraad in te stellen, bestaat deze doorgaans uit ex-clieñten of familieleden. (Zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 140 en Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 58.)

¹²⁵ Bij deze instellingen bestond voor de invoering van de WMCZ vaak al een bewonersvergadering of bewonerscommissie, zij het zonder formele bevoegdheden (zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 140).

volgens de evaluatiecommissie echter ‘goed’ (conform de WMCZ) functioneren.¹²⁶ De oorzaak daarvan zou mogelijk zijn gelegen in het verschil in instellingscultuur – waarbinnen formele medezeggenschap niet altijd zou passen – en het gebrek aan ondersteuning.¹²⁷ Aan de andere kant lijken bevoegdheden als het recht van bindende voordracht bij deze cliëntenraden netjes te worden nageleefd¹²⁸ en zijn er zelfs bovenwettelijke bevoegdheden toegekend.¹²⁹ Al met al is men daarmee in deze deelsector volgens de evaluatiecommissie toch op de goede weg.¹³⁰

5.2.3 De conclusies en aanbevelingen van de evaluatiecommissie

De WMCZ is – overeenkomstig de toezegging van oud-minister Borst aan de Tweede en Eerste Kamer – reeds spoedig na zijn inwerkingtreding geëvalueerd. Het evaluatierapport dat in 2000 verscheen, kan dus worden gezien als een ‘invoeringsrapportage’.¹³¹ Hoewel een dergelijke evaluatie op zich goed past binnen het huidige wetgevingskwaliteitsbeleid, zijn er risico’s aan verbonden waarvan men zich, bij de beoordeling van het wetgevingsproces en het daarop volgende evaluatierapport, bewust dient te zijn.¹³² Winter wijst in dit verband op het gevaar, dat een evaluatie kan worden toegezegd om bezwaren tegen een wet weg te nemen en een weifelend parlement over de streep te trekken.¹³³ Dit kan ten koste gaan van een zorgvuldige voorbereiding door het parlement, doordat lastige vragen naar de toekomst worden verschoven. Na het verschijnen van het evaluatierapport kan de eerder gevoerde maatschappelijke en politieke discussie bovendien weer oplaaien. Wanneer men nu kijkt naar het totstandkomingsproces van de WMCZ, dan blijkt dat minister Borst inderdaad verwees naar de komende evaluatie op momenten dat het haar niet lukte de Tweede of Eerste Kamer te overtuigen.¹³⁴ Ook kwam het voor dat Kamerleden er vanwege de komende eva-

¹²⁶ Van Gelder e.a. 2000, p. 143.

¹²⁷ Er zou te weinig ondersteuning zijn voor de cliëntenraden in de maatschappelijke opvang. Alleen de goed functionerende cliëntenraden zouden volgens de Landelijke Vereniging voor dak- en thuislozen over voldoende informatie en materiële middelen beschikken. Inmiddels verzorgt de Federatie Opvang via Reliëf cursussen en scholing ten behoeve van de leden van deze cliëntenraden. Dit wordt door de instellingen betaald. Voorts is er een Landelijk Steunpunt Medezeggenschap MO opgericht. (Zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 141.)

¹²⁸ Veel instellingen in de maatschappelijke opvang hebben de statuten aangepast om de voordracht van een bestuurslid door de cliëntenraad mogelijk te maken (zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 146).

¹²⁹ Het komt volgens de Landelijke Vereniging voor dak- en thuislozen voor, dat cliëntenraden bovenwettelijke bevoegdheden krijgen en dat er langs deze weg ook dingen worden bereikt (zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 144).

¹³⁰ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 60.

¹³¹ Hendriks 2000, p. 87.

¹³² Naarmate de onzekerheid bij de wetgever over de vraag of en hoe een nieuwe regeling in de praktijk zal functioneren groter is, is het meer gewenst om een vorm van systematische evaluatie bij die regeling toe te passen (zie: Zicht op wetgeving 1991, p. 39).

¹³³ Winter 1996, p. 327-331.

¹³⁴ Zij deed dit bijvoorbeeld naar aanleiding van de kritiek op haar stelling dat de uitvoering van WMCZ tot weinig extra kosten zou leiden en naar aanleiding van de vraag of er geen vorm van bestuurlijk toezicht op de naleving van de WMCZ gewenst is (zie: paragraaf 3.5 respectievelijk subparagraaf 3.13.1).

luatie vanaf zagen een motie in te dienen.¹³⁵ Na al deze verwijzingen naar de komende evaluatie was men wellicht de verwachting gaan koesteren, dat het evaluatierapport de nodige antwoorden en oplossingen zou bieden voor de nog resterende vragen en onduidelijkheden. Dit blijkt echter tegen te vallen. De evaluatie van de WMCZ – die in opdracht van ZorgOnderzoek Nederland (ZON)¹³⁶ door het Verweij-Jonker Instituut is uitgevoerd – bleef door het krappe budget en de grote tijdsdruk, beperkt van opzet¹³⁷ en mondde (slechts) uit in een zestal aanbevelingen.¹³⁸ Deze aanbevelingen zijn zowel gebaseerd op een theoretisch, als op een empirisch onderzoek.¹³⁹

In het eerste deel van het evaluatierapport – de juridisch-technische analyse van de WMCZ – zijn de totstandkoming van de WMCZ en de aard van de wetgeving onder de loep genomen.¹⁴⁰ De evaluatiecommissie zei de WMCZ daarbij te hebben getoetst aan de kabinetsnota's als 'Recht in beweging', 'Voortvarend wetgeven' en 'Zicht op wetgeving'.¹⁴¹ Er is echter nergens expliciet aan de kwaliteitseisen voor de regelgeving getoetst. Na een beschrijving van de wetgevingsprocedure die leidde tot de WMCZ, concludeerde de evaluatiecommissie dat deze – gezien het feit dat de wetgeving raakt aan veranderende waarden – weliswaar lang, maar niet uitzonderlijk lang was.¹⁴² Het in 1993 ingediende wetsvoorstel, had volgens de commissie bovendien een gemiddelde doorlooptijd. De evaluatiecommissie ging daarbij echter voorbij aan het feit de voorgeschiedenis van de WMCZ teruggaat tot in 1977, zodat het werkelijke wetgevingstraject een duur van bijna 20 jaar heeft. Ten aanzien van de aard van de wetgeving beperkte de commissie zich tot de vaststelling, dat de keuze voor wettelijk geconditioneerde zelfregulering overeenstemt met de huidige wetgevingsvisie. De commissie wees daarbij op het feit dat de nota 'Zicht op wetge-

¹³⁵ Tweede-Kamerlid Middel bijvoorbeeld, zag af van het indienen van een motie ter zake van de afstemming van de WMCZ op de WOR, omdat hij toch liever de evaluatie afwachtte (zie: subparagraaf 3.8.3).

¹³⁶ ZorgOnderzoek Nederland (ZON) is een bij wet ingesteld zelfstandig bestuursorgaan dat namens de minister van VWS opdrachten tot evaluatie van gezondheidsrechtelijke wetten uitbesteedt aan verschillende externe opdrachtnemers. De opdrachtnemers dienen daarbij het 'Programma evaluatie regelgeving' in acht te nemen, dat in opdracht van ZON speciaal daartoe is ontworpen. (Zie: Hendriks 2000, p. 88.)

¹³⁷ Tijdens haar oratie in 2002 constateert Kastelein dat vrijwel alle recente evaluaties van gezondheidsrechtelijke wetten gebukt gingen onder budgettaire beperkingen (zij het de ene evaluatie meer dan de andere). Dit heeft geleid tot een beperkte opzet van de evaluaties, hetgeen volgens haar ten koste is gegaan van de betrouwbaarheid. De uitkomst van de huidige evaluaties dient volgens haar dan ook met een slag om de arm te worden bekeken. (Zie: Kastelein 2002, p. 24-28.)

¹³⁸ Dit laatste wordt deels veroorzaakt door het karakter van de invoeringsrapportage: deze wordt doorgevoerd op een tijdstip waarop de praktijk zich nog niet helemaal heeft uitgekristalliseerd (namelijk vlak na de inwerkingtreding van de wet). Daarom zou terughoudendheid moeten worden betracht bij het trekken van (vergaande) conclusies en het doen van aanbevelingen. (Zie: Hendriks 2000, p. 91 en 98.)

¹³⁹ Wetsevaluaties hebben vrijwel standaard een gemengd karakter, waarbij zowel de kwaliteit van de wettekst en wetsopbouw wordt onderzocht (de wetstechnische evaluatie) als de praktische toepassingsmogelijkheden en de knelpunten die zich in de praktijk aandienen (de uitvoerings- of beleids-evaluatie). (Zie: Hendriks 2000, p. 97.)

¹⁴⁰ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 11.

¹⁴¹ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 13.

¹⁴² De abortuswetgeving had er volgens de evaluatiecommissie bijvoorbeeld ook lang over gedaan (zie: Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 17).

ving' stelt dat de overheid meer ruimte moet laten voor zelfregulering, maar stelde zich vervolgens niet de vraag of wel de juiste zaken aan zelfregulering zijn overgelaten.¹⁴³ Met andere woorden, of aan het principe van wettelijk geconditioneerde zelfregulering wel goed is vormgegeven. Verder bevat dit deel een beschrijving van de inhoud van de WMCZ en van een aantal vraagpunten zoals die aan de orde kwamen tijdens de parlementaire discussie, alsmede van de spaarzame jurisprudentie die inmiddels naar aanleiding van de WMCZ is verschenen. Het blijft echter hoofdzakelijk bij een beschrijving. De evaluatiecommissie trok in dit deel vrijwel geen conclusies, laat staan dat zij ter zake aanbevelingen deed. Het eerste deel van het evaluatierapport is daarmee zowel qua omvang (het bestaat slechts uit 21 pagina's) als inhoud weinig spectaculair.

Het tweede deel van het rapport betreft, zoals gezegd, de wijze waarop de WMCZ bij de verschillende zorginstellingen wordt uitgevoerd. Gekozen is daarbij voor een sectorgewijze inventarisatie, zodat rekening kon worden gehouden met de verschillende medezeggenschapstradities zoals die zich in de loop der jaren in de verschillende zorgsectoren hadden ontwikkeld.¹⁴⁴ De gegevens zijn voornamelijk verzameld aan de hand van secundaire literatuur (waaronder evaluaties die zijn verricht door koepelorganisaties van cliëntenraden) en interviews met 'sleutelfiguren'.¹⁴⁵ De resultaten van dit onderzoek zijn vrij omvangrijk en zijn daarom opgenomen in de 'Achtergrondstudies per sector bij het evaluatierapport'.¹⁴⁶ Deel II van het evaluatierapport bestaat uit een samenvatting van deze gegevens met daarbij een aantal conclusies per sector aangaande de doelbereiking van de WMCZ.

In het derde en laatste deel trok de commissie een aantal conclusies aangaande de doelbereiking van de WMCZ. Ten aanzien van die sectoren waar voor de invoering van de WMCZ al een traditie van medezeggenschap bestond, zou de WMCZ de positie van de cliëntenraad als gesprekspartner van de zorgaanbieder hebben geformaliseerd, hebben versterkt en meer vorm hebben gegeven.¹⁴⁷ De invoering van de WMCZ was bovendien een stimulans voor die

¹⁴³ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 16.

¹⁴⁴ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 7.

¹⁴⁵ Per zorgsector is er zowel een interview gehouden met een vertegenwoordiger van de koepelorganisatie van zorgaanbieders, als met een vertegenwoordiger van de koepel van cliëntenraden. Daarnaast zijn er per zorgsector 4 interviews gehouden met sleutelfiguren afkomstig uit zowel de kring van zorgaanbieders als de kring van cliëntenraden. Vervolgens werd er in iedere zorgsector een 'contra-expertise' uitgeoefend door een commissie van 8 sleutelfiguren: zij gaven hun oordeel over de inmiddels door de evaluatiecommissie verzamelde gegevens en haar interpretatie daarvan. Tot slot vond er een gezamenlijke 'expert-meeting' plaats met vertegenwoordigers uit alle zorgsectoren: zij gaven hun oordeel over de conceptevaluatie. De evaluatiecommissie zegt deze onderzoekswijze – die wel wordt aangeduid als de 'delphi-methode' – te hebben gehanteerd om een zo duidelijk en eenvoudig mogelijk antwoord te verkrijgen op de onderzoeksvragen en ervoor te zorgen dat de aanbevelingen kunnen rekenen op een zo breed mogelijk draagvlak. (Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 7 en 8.) Hendriks wijst er echter op, dat deze onderzoeksmethode – waar vanwege de grote tijdsdruk wel voor wordt gekozen – leidt tot subjectieve resultaten. Het verbinden van conclusies aan deze resultaten, draagt daarom volgens Hendriks enige risico's in zich, waarvan de lezer zich bewust dient te zijn. (Zie: Hendriks 2000, p. p. 97.)

¹⁴⁶ Zie: Van Gelder e.a. 2000. Een deel van deze resultaten kwam in de vorige twee subparafen reeds aan de orde.

¹⁴⁷ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 61 en 46.

instellingen die nog geen cliëntenraad hadden, er ook een in te stellen. In sommige gevallen heeft de WMCZ voorts geleid tot een andere samenstelling van de cliëntenraad. Zo werd in de verstandelijk gehandicaptensector medezeggenschap door de cliënten zelf geïntroduceerd. In die sectoren waar geen traditie van medezeggenschap bestond – ziekenhuizen, thuiszorg en welzijn, maar ook bij riagg's en revalidatiecentra – fungeerde de WMCZ volgens de evaluatiecommissie 'als breekijzer' om veranderingen te bewerkstelligen.¹⁴⁸ De effecten van de WMCZ zijn in deze sectoren volgens de evaluatiecommissie afhankelijk van de houding van de actoren tegenover de medezeggenschap. In de ziekenhuissector was volgens de evaluatiecommissie bijvoorbeeld nog een cultuuromslag nodig.¹⁴⁹ Ondanks dat de evaluatiecommissie zich ervan bewust was dat het hoge instellingspercentage in de thuiszorg vooral te danken is aan het feit dat de LVT de instelling van een cliëntenraad verplicht stelt voor certificering, meende de commissie dat in deze sector wel reeds sprake is van (het begin van) een cultuuromslag. Het feit dat er in de deelsectoren algemeen maatschappelijk werk en gecoördineerd ouderenwerk van de sector welzijn nauwelijks cliëntenraden van de grond zijn gekomen, weet de commissie tot slot aan het feit dat deze instellingen buiten de gezondheidszorg vallen. Wat dat betreft vond de commissie het opvallend dat het bij de helft van de instellingen in de deelsector maatschappelijke opvang wel was gelukt een cliëntenraad in te stellen.

Dat de WMCZ bestaande medezeggenschapsverhoudingen heeft geformaliseerd en de instelling van cliëntenraden in de overige zorginstellingen heeft gestimuleerd, wilde overigens volgens de evaluatiecommissie nog niet zeggen dat het doel van daadwerkelijke medezeggenschap van cliënten via cliëntenraden in de praktijk ook wordt bereikt.¹⁵⁰ Om daar meer over te kunnen zeggen, diende eerst een *vervolgonderzoek* plaats te vinden naar het dagelijks functioneren van de cliëntenraden in de instellingen.¹⁵¹ Desondanks sprak de evaluatiecommissie reeds van een cultuuromslag op het gebied van medezeggenschap in de zorg.

¹⁴⁸ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 61.

¹⁴⁹ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 62.

¹⁵⁰ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 62.

¹⁵¹ Dit vervolgonderzoek heeft inmiddels plaatsgevonden en is in juli 2004 afgerond. Het werd in opdracht van het ministerie van VWS verricht door onderzoeksbureau Research voor Beleid te Leiden. In dat kader zijn een paar cliëntenraden uit de verschillende zorgsectoren geïnterviewd. Hoewel hun aantal te klein was om harde conclusies aan de onderzoeksresultaten te kunnen verbinden, zou er een eerste inzicht mee worden gegeven in het dagelijks functioneren van de cliëntenraden. De betreffende onderzoeksresultaten laten volgens het onderzoeksbureau een 'weinig rooskleurig beeld' zien. De cliëntenraden zouden zich – in de meeste sectoren – nog bepaald geen vanzelfsprekende positie hebben verworven binnen de instelling. De directies zouden hen in veel gevallen niet uit zichzelf bij het beleid betrekken en het zou de cliëntenraden vaak niet duidelijk zijn wat precies de invloed van hun adviezen op het beleid is geweest (er wordt maar weinig 'teruggekoppeld' door de directies). De cliëntenraden zouden daardoor veel tijd en energie kwijt zijn aan de randvoorwaarden voor hun functioneren, als het wijzen van directie en management op hetgeen onder hun adviesbevoegdheid valt, het achterhalen van de benodigde informatie en het werven van nieuwe leden voor de cliëntenraad. Met name in de extramurale instellingen, in ziekenhuizen en in instellingen voor maatschappelijke opvang zou het (vanwege de verminderde betrokkenheid van cliënten) lastig zijn om leden te werven. Omdat veel van deze cliëntenraden bovendien weinig tot geen contact met de achterban hebben, zouden zij op het punt van representativiteit laag scoren. (Zie: Vervolgonderzoek WMCZ 2004.)

Wel heeft de evaluatiecommissie een aantal knelpunten vastgesteld, waartoe de WMCZ aanleiding geeft. De vormgeving van de WMCZ als minimumwet bijvoorbeeld, heeft – in tegenstelling tot de verwachtingen van de wetgever – in de praktijk niet of nauwelijks tot gevolg gehad dat aan de cliëntenraad bovenwettelijke bevoegdheden werden toegekend.¹⁵² Ten gevolge van fusies en schaalvergroting van instellingen verschuift de medezeggenschap voorts steeds meer van het niveau van de directe belevingswereld van de cliënten naar een meer beleidsmatig en abstract niveau.¹⁵³ Dit wordt mede in de hand gewerkt door de (beleidsmatige) bevoegdheden die de WMCZ aan de cliëntenraad toekent. Volgens de evaluatiecommissie konden de cliëntenraden, door het stellen van prioriteiten en door meer gebruik te maken van het recht van initiatief, de medezeggenschap meer in hun directe belevingssfeer trekken. Cliëntenraden maken voorts in het algemeen slechts in beperkte mate gebruik van de hen toegekende adviesbevoegdheden en hebben vaak maar weinig zicht op hetgeen door de zorgaanbieder met de door hen uitgebrachte adviezen wordt gedaan.¹⁵⁴ Er bestaan op dit punt echter grote verschillen tussen de verschillende sectoren. In de sectoren met een medezeggenschapstraditie spelen cliëntenraden bijvoorbeeld een belangrijke rol bij de vaststelling en evaluatie van het kwaliteitsbeleid. In de overige sectoren (bijvoorbeeld de thuiszorgsector en de ziekenhuissector) is deze invloed nog beperkt. Verder valt het in de meeste sectoren niet mee om een representatieve cliëntenraad in te stellen.¹⁵⁵ Dit wordt bemoeilijkt door het grote verloop onder de cliëntenraadsleden ten gevolge van ziekte, overlijden, andere activiteiten of onvoldoende ondersteuning.

De WMCZ heeft volgens de evaluatiecommissie voorts nog tot enkele ongewenste neveneffecten geleid. Zo raakten de cliëntenraden in een aantal instellingen met de komst van de WMCZ reeds bestaande bovenwettelijke bevoegdheden kwijt.¹⁵⁶ Daarnaast heeft de invoering van het cliëntenraadsmodel ertoe geleid dat reeds bestaande overige vormen van cliëntenparticipatie binnen de instellingen (via patiëntenverenigingen en RPCP's) verminderden of zelfs verdwenen.¹⁵⁷ Verder is de waarde van ouderparticipatie – met name in de verstandelijk gehandicaptensector – door de invoering van de WMCZ wat naar de achtergrond geschoven.¹⁵⁸ De omgekeerde situatie deed zich ook voor. Waar de cliëntenraden aanvankelijk alleen bestonden uit (ex-)cliënten, nemen nu opeens ook familieleden deel aan de cliëntenraad (dit doet zich onder meer voor in de

¹⁵² Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 63.

¹⁵³ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 63.

¹⁵⁴ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 64.

¹⁵⁵ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 64.

¹⁵⁶ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 63. In verzorgingshuizen bijvoorbeeld, werd het aantal leden dat op voordracht van de cliëntenraad moet worden benoemd, teruggebracht tot één persoon en werden instemmingsrechten verdrongen door het verzaamd adviesrecht (zie: Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 46).

¹⁵⁷ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 64. Dit deed zich – soms tegen de wil van de betreffende RPCP's in – onder meer voor in de ziekenhuissector en in de thuiszorg (zie: Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 51 en 55).

¹⁵⁸ Volgens de evaluatiecommissie was voor partijen kennelijk nog onvoldoende duidelijk dat er geen sprake hoeft te zijn van of-of, maar dat verschillende participatievormen elkaar juist kunnen aanvullen (zie: Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 64).

GGZ-sector). In sommige gevallen dreigt de cliënteninbreng daardoor ‘ondergesneeuwd’ te raken.

De verwachting dat de uitvoering van de WMCZ geen noemenswaardige kosten met zich zou brengen, werd volgens de evaluatiecommissie in de praktijk gelogenstraft.¹⁵⁹ Met name in die sectoren waar de cliëntenraden voor het eerst zijn geïntroduceerd, heeft men behoefte aan een landelijke infrastructuur die zorgt voor deskundigheidsbevordering, ondersteuning en informatieuitwisseling. In andere sectoren brengt medezeggenschap van cliënten extra kosten met zich, vanwege de meer afhankelijke positie waarin de cliënten verkeren (denk bijvoorbeeld aan de verstandelijk gehandicaptensector, waar de cliëntenraden een ‘coach’ nodig hebben).

Desondanks was de evaluatiecommissie positief.¹⁶⁰ Bij het geven van een algemeen oordeel over de doelbereiking noemde zij de WMCZ zelfs: ‘een roos die nog meer kleur moet krijgen’.¹⁶¹ Zij meende dat de WMCZ een cultuuromslag had bewerkstelligd.¹⁶² Deze cultuuromslag zette volgens de commissie door, maar kostte tijd. Om de werking van de WMCZ in de praktijk te verbeteren deed de evaluatiecommissie tenslotte de volgende aanbevelingen¹⁶³:

1. Het gecoördineerd ouderenwerk moet uit het toepassingsgebied van de WMCZ worden gehaald, omdat de dienstverlening in deze sector voorop staat en de zorgaspecten niet of nauwelijks een rol spelen.
2. De term ‘instelling’ zou moeten worden vervangen door de term ‘organisatorische eenheid’, omdat dit beter zou aansluiten bij de processen van transformatie van instellingen door fusies en transmuralisering.
3. Partijen in de zorg moeten er nogmaals op worden gewezen dat zij de medezeggenschap zelf zo kunnen inrichten dat de bevoegdheden van de (centrale) cliëntenraad worden gerelateerd aan het niveau waarop medezeggenschap wordt uitgeoefend.
4. De Inspectie voor de Gezondheidszorg zou via het kwaliteitsverslag (dat de instellingen op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen ieder jaar moeten opstellen) toezicht kunnen uitoefenen op de naleving van de WMCZ. De zorgaanbieder zou daarin dan melding moeten maken van het feit of er al dan niet een cliëntenraad is ingesteld, en zo niet, welke (ver-

¹⁵⁹ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 63.

¹⁶⁰ Volgens Huls en Stoter is deze positieve trant kenmerkend voor dit soort evaluaties, waarbij de onderzoekers vanuit het perspectief van de wetgever (‘topdown’) kijken of diens doelstellingen zijn gerealiseerd. Men zal in dit type wetsevaluatie (zij spreken in dit verband van de ‘topdown-evaluatie’) volgens hen zelden lezen dat de wetgever zich totaal heeft vergist en het advies krijgt zijn afschuwelijke wet weer in te trekken. De meeste rapporten hebben volgens hen daarentegen een opgewekte kritische toon: de wetgever is op de goede weg, maar het kan op onderdelen beter. (Zie: Huls & Stoter 2003, p. 172 en 173.)

¹⁶¹ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 62. Zojiust werd al melding gemaakt van het feit dat men in het vervolgonderzoek uit 2004 juist oordeelde dat de positie van de cliëntenraden in de praktijk nog verre van rooskleurig is (zie: Vervolgonderzoek 2004, p. 27).

¹⁶² Tegelijkertijd is de commissie zich ervan bewust dat ook andere ontwikkelingen hebben bijgedragen aan de doelbereiking van de WMCZ, namelijk de toegenomen mondigheid van de cliënten, aanpalende wetgeving en de omslag die instellingen moeten maken van aanbod- naar vraaggestuurd opereren (zie: Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 62).

¹⁶³ Evaluatierapport WMCZ 2000, p. 65 en 66.

geefse) inspanningen daartoe zijn verricht. Indien er wel een cliëntenraad is ingesteld, zou de zorgaanbieder tevens een overzicht dienen te geven van de uitgebrachte adviezen en het hetgeen hij daarmee gedaan heeft.

5. Er dient per sector een landelijke commissie van vertrouwenslieden te worden ingesteld. Het instellen van een ad hoc-commissie blijkt in de praktijk namelijk een extra drempel op te werpen.
6. Zorgaanbieders en cliëntenorganisaties moeten meer moeite doen om allochtonen bij de cliëntenraad te betrekken.¹⁶⁴

5.2.4 Het standpunt van de minister

Toenmalig minister en staatssecretaris van VWS, Borst en Vliegenthart, vonden de conclusies van de evaluatiecommissie positief en zagen daarin een bevestiging dat de WMCZ in grote lijnen aan zijn doel beantwoordt.¹⁶⁵ Toch waren zij nog niet zo erg tevreden over de wijze waarop in sommige zorgsectoren uitvoering wordt gegeven aan de WMCZ. Het feit dat aan de meeste cliëntenraden in de ziekenhuissector minder bevoegdheden toekomen dan de WMCZ hen toekent, vonden zij bijvoorbeeld onacceptabel.¹⁶⁶ Tijdens het kamerdebat over het evaluatierapport zei Vliegenthart zich ervan bewust te zijn dat het geven van uitvoering aan de WMCZ in zorgsectoren waar geen traditie van medezeggenschap bestaat, zoals in de ziekenhuissector en de thuiszorg, moeizamer gaat.¹⁶⁷ Dat had volgens haar te maken met het feit dat de cliëntencontacten daar kortdurend zijn en dat mensen er niet zoveel behoefte aan hebben zich met medezeggenschap bezig te houden. Om die reden zijn in een aantal ziekenhuizen alternatieve vormen van cliëntenparticipatie ingesteld, zodat de zorgaanbieder zich toch kan informeren over wat er onder de cliënten leeft.¹⁶⁸ Volgens Vliegenthart ontloeg hen dat echter niet van hun wettelijke verplichtingen. Zij zou dat samen met de minister nog eens duidelijk bij de ziekenhuizen onder de aandacht brengen. Borst en Vliegenthart gingen opvallend genoeg echter wel akkoord met de aanbeveling van de evaluatiecommissie het gecoördineerd ouderenwerk en algemeen maatschappelijk werk uit het toepassingsgebied te halen.¹⁶⁹ Vliegenthart noemde dit zelfs een begrijpelijke aanbeveling van de commissie, omdat andere vormen van cliëntenparticipatie en kwaliteitstoetsing beter leken aan te sluiten bij deze sectoren.¹⁷⁰ Het is opmerkelijk dat de bewindslieden deze conclusie niet tevens ten aanzien van bijvoorbeeld de zojuist genoemde ziekenhuissector hebben getrokken. Mogelijk nog opmerkelijker is het feit dat de staatssecretaris zich

¹⁶⁴ De deelname van allochtonen aan de cliëntenraden is volgens de evaluatiecommissie namelijk vrijwel nihil (zie: Evaluatierapport 2000, p. 65).

¹⁶⁵ *Kamerstukken II* 2001-02, 28 000 XVI, nr. 78, p. 3.

¹⁶⁶ Dat gold ook ten aanzien van de cliëntenraad bij de academische ziekenhuizen (de CRAZ). De bewindslieden vonden tevens dat er bij ieder academisch ziekenhuis een aparte cliëntenraad zou moeten worden ingesteld, conform de WMCZ.

¹⁶⁷ *Kamerstukken II* 2001-2002, 27 807, nr. 14, p. 33.

¹⁶⁸ *Kamerstukken II* 2001-2002, 27 807, nr. 14, p. 35.

¹⁶⁹ *Kamerstukken II* 2001-02, 28 000 XVI, nr. 78, p. 5.

¹⁷⁰ *Kamerstukken II* 2001-2002, 27 807, nr. 14, p. 33.

– bij het bespreken van de vraag hoe de WMCZ zich verhoudt tot de Kwaliteitswet Zorginstellingen – vervolgens afvroeg waarom de WMCZ eigenlijk alleen van toepassing is op collectief gefinancierde zorginstellingen en bijvoorbeeld niet op particuliere verpleeghuizen (de Kwaliteitswet maakt dit onderscheid namelijk niet en is gewoon op alle zorginstellingen van toepassing).¹⁷¹ Daarom moest volgens de staatssecretaris worden onderzocht of de WMCZ ook van toepassing kan worden verklaard op instellingen die particulier worden gefinancierd.¹⁷² Deze wending is zeer verrassend omdat de collectieve financiering van meet af aan één van de uitgangspunten is geweest bij het toekennen van medezeggenschapsrechten.¹⁷³ Niet duidelijk is, welke nieuwe inzichten deze koerswijziging inzake het toepassingsgebied precies rechtvaardigen.

Borst en Vliegenthart zeiden voorts teleurgesteld te zijn over het feit dat er vrijwel geen bovenwettelijke bevoegdheden aan de cliëntenraden zijn toegekend, maar er daarentegen zelfs bovenwettelijke bevoegdheden zijn teruggedraaid.¹⁷⁴ Zij constateerden dat – geheel in strijd met de wetgevingsfilosofie die aan de WMCZ ten grondslag ligt – het minimum de norm is geworden. Zij weigerden echter daarin te berusten en zouden de partijen in het veld nogmaals op artikel 6 lid 1 WMCZ wijzen, dat de mogelijkheid biedt om bovenwettelijke bevoegdheden toe te kennen. In een later opgesteld implementatieplan zeggen de huidige bewindslieden – minister Hoogervorst en staatssecretaris Ross – dat zij zelf eigenlijk toch niet zo goed voor ogen hebben wie nu precies wat moet regelen.¹⁷⁵ Zij zullen daarom in overleg treden met branchorganisaties en organisaties van cliëntenraden om hen te vragen welke rol zij in dit zelfreguleringsproces zouden kunnen vervullen (hen zal worden gevraagd wat zij zelf kunnen regelen en waarvoor zij de wetgever niet, dan wel hooguit als stok achter de deur, nodig hebben).¹⁷⁶

Ten aanzien van het feit dat de uitvoering van de WMCZ meer kosten met zich brengt dan was voorzien, merkten Borst en Vliegenthart op dat de oorzaak daarvan kennelijk niet eenduidig is vast te stellen (die zou verschillen per zorgsector).¹⁷⁷ Zij maakten in ieder geval onderscheid tussen de financiering van de cliëntenraden en de financiering van de landelijke, sectorale koepelorganisaties en andere ondersteuningsorganisaties die een taak in het medezeggenschapsgebeuren vervullen. De kosten die de cliëntenraad maakt (en die hij voor de vervulling van zijn taak redelijkerwijs moet maken), komen, naar analogie van artikel 22 lid 1 WOR, voor rekening van de zorgaanbieder. Voor deze kosten zouden volgens Vliegenthart geen extra gelden ter beschikking worden gesteld, aangezien instellingen van een zekere omvang deze kosten gemakkelijk

¹⁷¹ *Kamerstukken II* 2001-2002, 27 807, nr. 14, p. 33.

¹⁷² *Kamerstukken II* 2002-2003, 27 807, nr. 20, p. 4.

¹⁷³ Zie: hoofdstuk 2.

¹⁷⁴ *Kamerstukken II* 2001-02, 28 000 XVI, nr. 78, p. 3.

¹⁷⁵ Implementatieplan 2003, p. 4.

¹⁷⁶ Arcaris en het LOC hebben inmiddels modelreglementen opgesteld, met daarin enkele bovenwettelijke bevoegdheden (zie: Van Gelder e.a. 2000, p. 46).

¹⁷⁷ *Kamerstukken II* 2001-02, 28 000 XVI, nr. 78, p. 4.

konden dragen.¹⁷⁸ Borst en Vliegenthart zagen voorts ook uitdrukkelijk af van normering van dit bedrag.¹⁷⁹ De koepelorganisaties, die deels werden gefinancierd via de Stichting Patiëntenfonds (thans: Stichting Fonds PGO¹⁸⁰), konden volgens de bewindslieden via deze stichting eventueel wel een extra vergoeding krijgen voor de kosten die zij maken bij de ondersteuning van de cliëntenraden.¹⁸¹ Gezien de begroting van VWS uit 2004, waarin is aangekondigd dat er 10% zal worden bezuinigd op het budget van de Stichting Fonds PGO, is het thans echter nog maar de vraag of deze stichting vanuit zijn huidige budget nog wel extra geld voor scholing en ondersteuning ter beschikking kan stellen.¹⁸²

Verder overwogen Borst en Vliegenthart de aanbeveling van de evaluatiecommissie over te nemen, om in het kader van de naleving van de WMCZ een taak toe te bedelen aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).¹⁸³ Dit zou volgens hen bijvoorbeeld kunnen door de Kwaliteitswet Zorginstellingen beter af te stemmen op de WMCZ, in die zin dat de Kwaliteitswet ertoe zou verplichten dat zorgaanbieders in het kwaliteitsjaarverslag melding maken van de wijze waarop zij uitvoering hebben gegeven aan hun verplichtingen uit de WMCZ. In het kader van de verbetering van de naleving van de WMCZ, was het volgens de bewindslieden voorts niet meer nodig de instelling van landelijke sectorale commissies van vertrouwenslieden verplicht te stellen.¹⁸⁴ Binnen afzienbare tijd zouden er namelijk in alle zorgsectoren landelijke vertrouwenscommissies zijn ingesteld.¹⁸⁵ Afgezien van een wijziging van de definitie van

¹⁷⁸ De staatssecretaris noemde in dit verband de kosten die zijn verbonden aan vergaderfaciliteiten, een kopieerapparaat, koffie en postzegels (zie: *Kamerstukken II* 2001-2002, 27 807, nr. 14, p. 34).

¹⁷⁹ De wet verplicht de zorgaanbieder volgens de staatssecretaris immers reeds om de materiële ondersteuning te bieden voor het kunnen doen functioneren van de cliëntenraad. Daarmee was hij volgens de staatssecretaris wettelijk verplicht om 'te doen wat nodig is'. De precieze invulling van deze verplichting kon volgens haar echter per sector verschillen en daarom leek het haar het beste wanneer koepelorganisaties van zorgaanbieders en cliënten per sector afspraken zouden maken omtrent hetgeen dient te worden verstaan onder een 'redelijke ondersteuning'. Verfinde regelgeving en beleidsregels dienden volgens de staatssecretaris op dit terrein namelijk vermeden te worden. (Zie: *Kamerstukken II* 2001-2002, 27 807, nr. 14, p. 34.)

¹⁸⁰ Zie: paragraaf 3.5.

¹⁸¹ Eerst moest echter de uitslag van het onderzoek worden afgewacht, dat het Patiëntenfonds was gestart naar de (financiële) handel en wandel van de koepelorganisaties: bekeken zou worden of ze niet efficiënter konden samenwerken. Dit onderzoek zou in 2002 worden afgerond. (Zie: *Kamerstukken II* 2001-02, 28 000 XVI, nr. 78, p. 4.)

¹⁸² *Kamerstukken II* 2003-04, 29 200 XVI, nr. 2, p. 358.

¹⁸³ *Kamerstukken II* 2001-02, 28 000 XVI, nr. 78, p. 7 en *Kamerstukken II* 2001-2002, 27 807, nr. 14, p. 34.

¹⁸⁴ *Kamerstukken II* 2001-02, 28 000 XVI, nr. 78, p. 7.

¹⁸⁵ Volgens de huidige bewindslieden – minister Hoogervorst en staatssecretaris Ross – zijn er op het gebied van de naleving nog meer verbeteringen mogelijk en wenselijk. Individuele cliënten doen namelijk vrijwel geen beroep op de kantonrechter als de zorgaanbieder geen cliëntenraad heeft ingesteld. Daarom is het volgens deze bewindslieden zaak dat de organisaties van cliëntenraden hun verantwoordelijkheid nemen als behartiger van de belangen van cliënten. De kosten van het voeren van een juridische procedure en het risico om bij verlies in de proceskosten te worden veroordeeld, vormen voor hen momenteel echter een belangrijk beletsel om deze rol te vervullen. Het is voor hen namelijk niet vooraf zeker dat zij er ook in zullen slagen aan te tonen, dat de zorgaanbieder niet aan zijn inspanningsverplichting heeft voldaan. In overleg met de Stichting Fonds PGO – waarop momenteel zwaar wordt bezuinigd – gaan bewindslieden daarom onderzoeken of er een regeling gecreëerd kan worden, die het procesrisico dekt dat deze organisaties lopen. Verder moet volgens hen worden onderzocht in hoeverre cliëntenraden behoefte hebben aan ondersteuning bij procedures voor de lande-

het begrip ‘instelling’ overwogen de oud-bewindslieden daarom verder geen wetswijzingen meer.¹⁸⁶

In de Tweede Kamer vonden de meeste fracties de conclusie van de bewindslieden dat het doel van de WMCZ, zijnde het bevorderen van medezeggenschap, reeds grotendeels was bereikt, over het algemeen toch wel wat al te optimistisch.¹⁸⁷ Zij betwijfelden bovendien of de wijzigingen en actiepunten die de bewindslieden in hun standpuntbepaling voorstonden, wel voldoende zouden zijn om de medezeggenschap daadwerkelijk tot zijn recht te laten komen. Kamerlid Buijs (CDA) zag wat dat betreft meer heil in de gezamenlijke aanbevelingen van de koepelorganisaties LOC, LPR en LSR.¹⁸⁸ De meeste fracties pleitten voor een betere (onafhankelijke) financiële ondersteuning van de cliëntenraden.¹⁸⁹ Indien nodig moest de overheid daarvoor meer geld ter beschikking stellen.¹⁹⁰ Verder waren vrijwel alle fracties voorstander van een wijziging van het verzaamd adviesrecht in een instemmingsrecht, waardoor de cliëntenraad een meer gelijkwaardige positie zou krijgen ten opzichte van de ondernemingsraad.¹⁹¹ En zij waren tenslotte unaniem van mening dat het niet mogelijk moest zijn dat de zorgaanbieder de cliëntenraad zomaar – buiten de rechter (of een andere toetsende instantie) om – zou kunnen ontbinden en pleitten daarom voor opname van een ontslagbeschermingsregeling in de WMCZ.¹⁹²

Vliegenthart was echter tegen het omzetten van het verzaamd adviesrecht in een instemmingsrecht, omdat dit een inperking zou betekenen van de

lijke geschillencommissies. Mogelijk kunnen de koepels van cliëntenraden daarin voorzien of dient de mogelijkheid tot het gebruik van juridische bijstand anderszins te worden verbeterd. Ook de kosten van andere procedures dienen volgens de huidige bewindslieden tot slot te worden vergoed. (Zie: Implementatieplan WMCZ 2003, p. 6 en 7.)

¹⁸⁶ De definitie van het begrip ‘instelling’ wordt in die zin aangepast, dat niet langer wordt uitgegaan van de formele definitie (‘ingevolge de Zfw of AWBZ toegelaten instellingen’), maar uitsluitend nog van de materiële definitie (‘elk in maatschappij als zelfstandige eenheid optredend organisatorisch verband’). Dit sloot volgens Borst en Vliegenthart namelijk beter aan bij de intentie van de WMCZ, dat de cliëntenraad op een zo laag mogelijk niveau binnen de zorgorganisatie wordt ingesteld. In het feit dat dit uitgangspunt in sommige gevallen – vanwege het huidige streven om wonen en zorg zoveel mogelijk in kleine eenheden te doen plaatsvinden – leidt tot een onwerkbaar situatie, zagen de bewindslieden echter geen aanleiding over te gaan tot wetswijziging, in die zin dat er een mogelijkheid zou worden gecreëerd een gemeenschappelijke cliëntenraad in te stellen. Evenmin zagen zij aanleiding de instelling van een centrale cliëntenraad wettelijk te regelen. Wel overwogen zij om in overleg met de partijen in het veld aandacht voor dit punt te vragen, en wilden zij ervoor zorgen dat deze materie een praktische vertaalslag zou krijgen in het voorlichtingsmateriaal. (Zie: *Kamerstukken II* 2001-02, 28 000 XVI, nr. 78, p. 6.)

¹⁸⁷ *Kamerstukken II* 2001-2002, 27 807, nr. 14, p. 14 en 15.

¹⁸⁸ Deze koepelorganisaties van cliëntenraden in de verpleging, verzorging en geestelijke gezondheidszorg gaven in een gezamenlijke brief aan de minister van VWS volgens Buijs een prima inventarisatie van knelpunten, oplossingsrichtingen en voorstellen tot wetswijziging (zie: brief LSR-LOC-LPR inzake knelpunten WMCZ, 2002).

¹⁸⁹ *Kamerstukken II* 2001-2002, 27 807, nr. 14, p. 6, 10, 14 en 18.

¹⁹⁰ Kamerlid Weekers (VVD) was echter geen voorstander van het voorschrijven van exacte bedragen vanuit Den Haag. Dat zou volgens hem te verstarrend werken (het is moeilijk om op deze wijze lokaal maatwerk te leveren) en dat werd bovendien ook niet gedaan bij ondernemingsraden. Hij zag op dit terrein daarom meer in zelfregulering in de vorm van enkele vuistregels die werden opgenomen in een convenant. (Zie: *Kamerstukken II* 2001-2002, 27 807, nr. 14, p. 10 en 11.)

¹⁹¹ *Kamerstukken II* 2001-2002, 27 807, nr. 14, p. 6, 15, 18 en 19.

¹⁹² *Kamerstukken II* 2001-2002, 27 807, nr. 14, p. 6 en 10.

bestuursverantwoordelijkheid.¹⁹³ De staatssecretaris stelde daarom in plaats daarvan voor, het verzwaard adviesrecht uit te breiden tot nog enkele andere onderwerpen die de sfeer van de cliënten raken, zoals opheffingen, fusies, verhuizingen, ingrijpende verbouwing en vervangende nieuwbouw en de benoeming van een cliëntenvertrouwenspersoon. Over de zaak ‘De Drie Vennen’ zei de staatssecretaris dat de zorgaanbieder de cliëntenraad niet rechtstreeks had ontbonden, maar naar de rechter was gestapt.¹⁹⁴ Dit is echter onjuist, zo bleek in hoofdstuk 3.¹⁹⁵ Voorts zei de staatssecretaris dat een zorgaanbieder nooit zelfstandig een cliëntenraad kan opheffen of mensen daaruit kan ontslaan.¹⁹⁶ Deze gang van zaken werd in de zaak ‘De Drie Vennen’ echter wel degelijk door zowel het Hof als de Hoge Raad gehonoreerd. Hoe dit ook zij, als het aan de bewindslieden lag, bleef de WMCZ ook op dit punt ongewijzigd.

5.2.5 Conclusie

De WMCZ heeft over het algemeen positieve gevolgen gehad voor de *zorgsectoren die al een traditie van medezeggenschap via cliëntenraden kenden*. Zo heeft de wet ertoe geleid dat inmiddels bij vrijwel elke zorginstelling een cliëntenraad is ingesteld. Voorts hebben deze cliëntenraden ten opzichte van de zorgaanbieder een duidelijkere en sterkere – juridisch afdwingbare – positie gekregen. Dat wil niet zeggen dat de uitvoering van de WMCZ in deze zorgsectoren helemaal vlekkeloos verloopt. Zo durven de leden van deze cliëntenraden – vanwege hun duurzame afhankelijkheidsrelatie tot de instelling – lang niet altijd tegen de zorgaanbieder in te gaan. De komst van de WMCZ heeft er in combinatie met allerlei fusies binnen deze zorgsectoren, bovendien toe geleid dat de materie waarover de cliëntenraad zich moet buigen in het algemeen ingewikkelder en abstracter is geworden. De behoefte aan scholing en ondersteuning is daardoor toegenomen. De mate waarin in die behoefte wordt voorzien, hangt in de praktijk echter sterk af van de willekeur van de zorgaanbieder.

De zojuist genoemde problemen doen zich gedeeltelijk ook voor binnen de *zorgsectoren waar de cliëntenraden voor het eerst zijn geïntroduceerd*. Daar kampt men echter tevens met geheel andere problemen. Het gaat dan om problemen die voortvloeien uit het feit dat de cliënten van de meeste instellingen in deze zorgsectoren in veel mindere mate bij ‘hun’ zorginstelling betrokken zijn. Deze verminderde betrokkenheid wordt veroorzaakt door het feit dat de cliënten maar (zeer) kort contact hebben met de zorginstelling of doordat de besluiten die vanuit de zorginstelling worden genomen, de persoonlijke sfeer van de cliënten maar heel weinig beïnvloeden. Het is daardoor over het algemeen lastig deze cliënten enthousiast te krijgen voor deelname aan een cliëntenraad. Er zijn binnen deze zorgsectoren weliswaar aardig wat cliëntenraden ingesteld, maar deze

¹⁹³ *Kamerstukken II 2001-2002*, 27 807, nr. 14, p. 34.

¹⁹⁴ *Kamerstukken II 2001-2002*, 27 807, nr. 14, p. 34.

¹⁹⁵ Zie: paragraaf 3.7.

¹⁹⁶ *Kamerstukken II 2001-2002*, 27 807, nr. 14, p. 35.

bestaan in de meeste gevallen niet (uitsluitend) uit cliënten, maar (tevens) uit ex-clieñten en overige personen die ‘iets’ hebben met het cliëntenbelang.¹⁹⁷ Deze instellingen doen daarvoor een zwaar beroep op het ledenkader van de patiëntenorganisaties en werven voorts mensen via advertenties in de plaatselijke krant. Omdat bij de meeste van deze cliëntenraden de achterban vluchtig of vrijwel onzichtbaar is (doordat de cliënten de instelling niet of slechts af en toe kort bezoeken), is het voor hen voorts lastig zich op de hoogte te stellen van hetgeen onder hun achterban leeft. De representativiteit van deze cliëntenraden is daarmee dus in veel gevallen een probleem. Dat wil niet zeggen dat deze raden geen zinvolle inbreng kunnen hebben. De (ex-)cliënten onder de cliëntenraadsleden kunnen bijvoorbeeld ook vanuit hun eigen ervaring en zienswijze spreken. Niet alle cliënten beschikken echter over voldoende ervaringsdeskundigheid om zich een oordeel te kunnen vormen over de kwaliteit van de zorg (denk bijvoorbeeld aan de situatie dat men heel kort cliënt is geweest van een ziekenhuis). Daar komt nog bij dat sommige cliëntenraadsleden het (door bijvoorbeeld hoge ouderdom) moeilijk vinden om uit hun eigen beleavingswereld zaken te abstraheren die van algemeen cliëntenbelang zijn. Of de cliëntenraden in deze zorgsectoren een zinvolle rol kunnen vervullen, is dus sterk afhankelijk van de mate waarin de zorgaanbieders erin slagen goede kandidaten voor deze raden te werven. De meeste van deze kandidaten hebben bovendien veel behoefte aan cursussen en aan deskundige en administratieve ondersteuning. Om te voorkomen dat zij in een isolement raken, moeten zij voor informatie en advies voorts een beroep kunnen doen op een landelijk ondersteuningsnetwerk.

De uitvoering van de WMCZ gaat dus juist in de zorgsectoren waar nog geen traditie van cliëntenraden bestond, gepaard met uitvoeringsproblemen en veel extra kosten. Gezien de hoge werkdruk binnen veel zorginstellingen, hun krappe zorgbudgetten en de recente bezuinigingen op het budget van de Stichting Fonds PGO dringt zich aan veel zorgaanbieders in deze zorgsectoren dan ook de vraag op, of de baten van de cliëntenraad wel opwegen tegen de lasten. Met name in de ziekenhuissector zijn de meeste zorgaanbieders van mening dat er effectievere en efficiëntere manieren bestaan om zich van de mening van hun cliënten op de hoogte te stellen. Borst en Vliegenthart vonden desondanks dat ook deze zorgaanbieders de WMCZ moeten naleven. Opmerkelijk is echter dat de bewindslieden vanwege het feit dat er efficiëntere vormen van cliëntenparticipatie zijn, wel geneigd waren een uitzondering te maken voor de instellingen in het algemeen maatschappelijk werk en het gecoördineerd ouderenwerk. Mogelijk nog meer opmerkelijk is het feit dat zij – zonder dit goed te motiveren – zelfs opeens overwogen het toepassingsgebied van de WMCZ verder uit te breiden tot particulier gefinancierde zorginstellingen. Geconcludeerd kan worden dat door de bewindslieden van VWS – óók door de huidige minister Hoogerworst en staatssecretaris Ross, die de standpunten van Borst en Vliegenthart ter zake onderschrijven – ten aanzien van het toepassingsgebied van de WMCZ een onduidelijke en ogenschijnlijk inconsequente koers wordt gevaren, waarin vooralsnog geen lijn is te ontdekken. De hoogste tijd dus voor een principiële bezin-

¹⁹⁷ Het instellingspercentage ligt gemiddeld (over al deze zorginstellingen genomen) zo rond 50 procent.

ning op de keuzes die aan het huidige toepassingsgebied van de WMCZ ten grondslag liggen.

5.3 Waarom medezeggenschap?

De keuze voor het toepassingsgebied van de WMCZ hangt nauw samen met de doelstellingen die aan de WMCZ ten grondslag liggen. Om zich een oordeel te kunnen vormen over de juistheid van dit toepassingsgebied, is het dus nodig eerst te kijken of deze doelstellingen wel zorgvuldig – conform de kwaliteitsvereisten van doeltreffendheid en doelmatigheid – tot stand zijn gekomen. Vervolgens zal worden bekeken in hoeverre deze doelstellingen overeenkomen met het doel waarvoor medezeggenschapsrechten in zijn algemeenheid door de wetgever worden toegekend. De paragraaf zal ten slotte worden afgesloten met de vraag hoe de doelstellingen van de WMCZ zich verhouden tot het begrip ‘openbare orde’ uit artikel 8 Gw.

5.3.1 De doelen die de wetgever met de WMCZ wil bereiken

De keuze voor het toekennen van medezeggenschapsrechten aan cliënten van zorginstellingen werd aanvankelijk – bij de WDFI en de WDFZ – hoofdzakelijk gebaseerd op het democratiseringsdenken. De financiering van de zorginstellingen vanuit de collectieve middelen in de jaren ’60 en ’70, had geleid tot grote, professionele en bureaucratische organisaties, waarvan de cliënten vervreemd waren geraakt.¹⁹⁸ Om dit proces van vervreemding tegen te gaan, moesten de cliënten volgens de wetgever invloed krijgen op beleid- en besluitvorming die hun leefsfeer in sterke mate bepaalden.¹⁹⁹ Omdat de invloed van de beleid- en besluitvorming op de persoonlijke leefsfeer van de cliënten, vooral in verzorgings- en verpleeghuizen waar cliënten duurzaam verblijven erg groot is, beperkte de WDFZ zich – onder invloed van de gedachte dat de wetgever alleen daar moet optreden waar dit strikt noodzakelijk is – uitsluitend tot deze instellingen.²⁰⁰

Hoewel dit eerste doel – de emancipatie van de cliënt en de versterking van diens rechtspositie – op zich gehandhaafd bleef, kwam de nadruk bij de totstandkoming van de WMCZ vooral te liggen op een tweede doel, namelijk het beter doen aansluiten van het zorgaanbod op de zorgvraag.²⁰¹ Het zorgaanbod sloot volgens toenmalig minister d’Ancona onvoldoende aan op de zorgvraag, hetgeen volgens haar werd veroorzaakt door het feit dat de zorginstellingen

¹⁹⁸ Zie: paragraaf 2.2.

¹⁹⁹ Zie: paragraaf 2.3. De grond van dit streven naar democratisering als ‘anti-vervreemding’ lag volgens de Commissie-Van der Burg in ‘het respect voor de menselijke waardigheid en de gedachte dat mensen nimmer gereduceerd mogen worden tot objecten van zorg en leiding, doch dat zij een stem moeten hebben in de omstandigheden waaronder zij leven en werken’ (zie: subparagraaf 2.3.1 en 4.4.3).

²⁰⁰ Zie: subparagraaf 2.5.1.

²⁰¹ Zie: subparagraaf 2.6.1.

worden gefinancierd vanuit de collectieve middelen en het feit dat cliënten van deze instellingen afhankelijk zijn en niet of slechts in beperkte mate ‘met de voeten kunnen stemmen’. In het kader van deze nieuwe doelformulering werd het toepassingsgebied vervolgens uitgebreid tot alle collectief gefinancierde zorginstellingen. De kritiek die kwam op de noodzaak van de WMCZ²⁰², op de uitbreiding van het toepassingsgebied²⁰³ en op het feit dat onvoldoende rekening werd gehouden met eventuele kosten en neveneffecten van de wet²⁰⁴, deed echter vermoeden dat deze doel-middel-formulering – het toekennen van medezeggenschapsrechten aan een cliëntenraad om ervoor te zorgen dat de positie van de cliënt wordt versterkt en het zorgaanbod beter aansluit op de zorgvraag – op gespannen voet staat met de kwaliteitsvereisten van doeltreffendheid en doelmatigheid.

Zo bleek in subparagraaf 4.3.2 dat men zich in het kader van deze kwaliteitsvereisten kan afvragen of het laatstgenoemde doel – het beter doen aansluiten van het zorgaanbod op de zorgvraag – wel concreet genoeg is omschreven en of deze doelomschrijving wel voortvloeit uit een wezenlijk probleem, waar naar onderzoek is verricht. Deze vraag kwam ook aan de orde tijdens het parlementaire debat. Minister Borst – die minister d’Ancona inmiddels had opgevolgd – antwoordde toen dat zij niet in staat was met naam en toenaam voorbeelden te geven van zorginstellingen waar een en ander wel, en zorginstellingen waar een en ander niet goed functioneerde.²⁰⁵ Bij VWS had men volgens haar echter wel een zekere indruk van de gang van zaken binnen het zorgveld, welke was gebaseerd ‘op alle mogelijke ervaringen’. Dit alles duidt er dus op dat er geen concreet onderzoek aan deze doelstelling ten grondslag ligt.

Voorgaande vraag kan men – met name in het kader van de uitbreiding van het toepassingsgebied van de WMCZ – ook stellen ten aanzien van de eerste (oorspronkelijke) doelstelling. In hoeverre bestaat er onder de cliënten van de instellingen in al deze verschillende zorgsectoren namelijk daadwerkelijk behoefte aan deze vorm – namelijk de vorm van medezeggenschap via een cliëntenraad – van versterking van hun rechtspositie? Anders geformuleerd: in hoeverre hebben de besluiten van de betreffende instelling een dusdanige invloed op de persoonlijke leef sfeer van de cliënten, dat de aanwezigheid van deze behoefte mag worden verondersteld? Minister d’Ancona betoogde weliswaar dat deze behoefte bij de cliënten van alle zorginstellingen aanwezig was, maar verwees daarbij slechts naar de commentaren van koepelorganisaties van residentiële zorginstellingen en niet naar die van extramurale instellingen en ziekenhuizen.²⁰⁶ Tijdens een debat hierover in de Tweede Kamer zei minister Borst zelfs dat zij zich kon voorstellen dat men – gezien het verschil in betrokkenheid van de cliënten bij de instellingen in de verschillende zorgsectoren – ten aanzien van

²⁰² Zie: paragraaf 3.2.

²⁰³ Zie: paragraaf 3.4.

²⁰⁴ Zie: paragraaf 3.5.

²⁰⁵ Zie: paragraaf 3.2.

²⁰⁶ Zie: paragraaf 3.2. Dat de cliënten van de residentiële instellingen behoefte hebben aan medezeggenschap kon reeds worden afgeleid uit het feit dat deze instellingen al een vrij lange traditie van medezeggenschap kenden.

sommige zorginstellingen op grond van goede argumenten zou kunnen zeggen dat er van de instelling van de cliëntenraad misschien niet veel terecht zou komen en dat er onder de cliënten misschien ook geen behoefte aan zou zijn.²⁰⁷ Daarom liet zij uitdrukkelijk in de wet opnemen, dat de verplichting om een cliëntenraad in te stellen slechts een inspanningsverplichting is. Gesteld kan dus worden dat – wat betreft de niet-residentiële instellingen – ook aan deze doelstelling geen concreet onderzoek per zorgsector ten grondslag heeft gelegen.

Andere vragen die men zich in het kader van de kwaliteitsvereisten van doeltreffendheid en doelmatigheid kan stellen is of de kosten waartoe de WMCZ kan leiden, vooraf wel goed in kaart zijn gebracht en of wel in voldoende mate rekening is gehouden met mogelijke neveneffecten van de wet.²⁰⁸ Ten aanzien van de kosten bleek dat de ministers d’Ancona en Borst er zonder nader onderzoek vanuit waren gegaan, dat deze gering zouden zijn.²⁰⁹ Uit de eerste evaluatieonderzoeken blijkt echter reeds dat deze vooronderstelling onjuist was. Omdat men daar nog een heel ondersteuningsnetwerk moest opzetten, gaat de uitvoering van de WMCZ met name in de zorgsectoren waar nog geen traditie van cliëntenraden bestond, gepaard met veel extra kosten.²¹⁰ In een tijd dat er bezuinigd moet worden, leidt dit van de kant van de zorginstellingen en patiëntenorganisaties dus juist tot een roep om extra geld. Het was – mede in het kader van een goede kosten-baten-analyse – beter geweest indien de bewindslieden vooraf rekening hadden gehouden met dit soort extra kosten.

Wat de neveneffecten van de WMCZ betreft, is door de bewindslieden voorts slechts rekening gehouden met de mogelijkheid dat bovenwettelijke bevoegdheden van reeds bestaande cliëntenraden door de komst van de WMCZ verloren zouden gaan.²¹¹ Om dit tegen te gaan werd destijds artikel 13 lid 2 in de WMCZ opgenomen.²¹² In de vorige paragraaf bleek echter dat er door de komst van de WMCZ desondanks bovenwettelijke bevoegdheden zijn verdwenen.²¹³ Mogelijke oorzaken daarvan zijn wellicht gelegen in onvoldoende voorlichting en in het feit dat de invoering van de WMCZ in aardig wat gevallen gepaard ging met de instelling van een nieuwe cliëntenraad met een andere samenstelling (waarbij de nieuwe leden niet op de hoogte werden gesteld van de oude, bovenwettelijke bevoegdheden). Met dit neveneffect is door de bewindslieden destijds in ieder geval onvoldoende rekening gehouden. Ook is onvoldoende rekening gehouden met het feit dat de invoering van de WMCZ ten koste kon gaan van andere, zinvolle vormen van cliënten- en ouderparticipatie.²¹⁴

²⁰⁷ Zie: subparagraaf 3.4.2.

²⁰⁸ Zie: subparagraaf 4.3.2.

²⁰⁹ Zie: paragraaf 3.5.

²¹⁰ Zie: subparagraaf 5.2.2 en 5.2.3.

²¹¹ Zie: paragraaf 3.5.

²¹² Zie: subparagraaf 2.6.1.

²¹³ Zie: subparagraaf 5.2.1 en 5.2.3.

²¹⁴ Zo kwamen de contacten die sommige zorginstellingen met het RPCP onderhielden, soms tegen de wil van het RPCP in, door de komst van de WMCZ op een laag pitje te staan, of verdwenen zij geheel. In de verstandelijk gehandicapten verdween met de komst van de WMCZ voorts bij veel instellingen de ouderparticipatie. (Zie: subparagraaf 5.2.1 tot en met 5.2.3.)

Mocht men het er over eens zijn dat de doelstellingen van de WMCZ inderdaad gebaseerd zijn op concrete problemen die noodzaken tot een wettelijk optreden, dan kan men zich – gezien de uitvoeringskosten die de WMCZ met zich brengt en de moeite die het zorgaanbieders in sommige zorgsectoren kost een representatieve cliëntenraad in te stellen²¹⁵ – in het kader van de kwaliteitsvereisten van doeltreffendheid en doelmatigheid tot slot nog afvragen of de voorgeschreven cliëntenraad wel het geëigende middel is om de doelen van de WMCZ te bereiken.²¹⁶ Om deze vraag te kunnen beantwoorden, zal in de volgende subparagraaf een nader onderzoek worden verricht naar de doelen c.q. rechtsgronden voor het toekennen van medezeggenschapsrechten. Duidelijk is in ieder geval dat de bewindslieden vooraf geen sectorgewijs onderzoek hebben verricht naar de mogelijkheden tot het instellen van een representatieve cliëntenraad. Door de verplichting tot het instellen van een cliëntenraad uitdrukkelijk te benoemen als inspanningsverplichting, hebben zij het vinden van een oplossing voor mogelijke uitvoeringsproblemen daarentegen aan de zorgaanbieders willen overlaten.²¹⁷ Er kleven echter twee grote nadelen aan deze constructie. Ten eerste het nadeel dat de zorgaanbieder die te maken heeft met structurele uitvoeringsproblemen, zich om de twee jaar steeds opnieuw geconfronteerd ziet met de (bureaucratische) verplichting te proberen een representatieve cliëntenraad in te stellen (terwijl van te voren duidelijk is dat dit niet zal lukken). En ten tweede het risico dat sommige zorgaanbieders ‘een loopje zullen gaan nemen’ met de verplichting een cliëntenraad in te stellen, door te doen alsof ze ‘ermee bezig zijn’.

Kortom, voorlopig kan dus al worden geconstateerd dat de kwaliteitseisen van doeltreffendheid en doelmatigheid bij de voorbereiding van de WMCZ op verscheidene punten zijn geschonden.

5.3.2 Het doel van medezeggenschap in zijn algemeenheid

In subparagraaf 4.4.3 werd vastgesteld dat wettelijk optreden gerechtvaardigd kan zijn om de doelen van de WMCZ te bereiken en dat wettelijk geconditioneerde zelfregulering een geschikte wetgevingsvorm kan zijn voor het toekennen van medezeggenschapsrechten aan cliënten van zorginstellingen. Daarbij was echter uitgegaan van het feit dat deze doelstellingen op zorgvuldige wijze tot stand zijn gekomen en dat medezeggenschap van cliënten via een cliëntenraad het juiste middel is om deze doelen te bereiken. In de vorige subparagraaf bleek de eerste vooronderstelling onjuist te zijn en paragraaf 5.2 geeft reden om voorlopig ook aan de juistheid van de tweede vooronderstelling te twijfelen. Daarom zal in deze subparagraaf worden bekeken in welke gevallen de wetgever in zijn algemeenheid overgaat tot het toekennen van medezeggenschapsrechten. Alvo-

²¹⁵ Met name instellingen voor kortdurende zorg en instellingen waar cliënten weinig frequent contact mee hebben, kampen met dit probleem (zie: subparagraaf 5.2.2 en 5.2.3).

²¹⁶ Zie: subparagraaf 4.3.2.

²¹⁷ Zie: subparagraaf 3.4.1.

rens daartoe over te gaan, dient echter antwoord te worden gegeven op de vraag wat medezeggenschap nu precies inhoudt.

Medezeggenschap is vooral procedurerecht. Er vindt controle van macht plaats via procedures.²¹⁸ In de literatuur wordt dit juridische fenomeen wel omschreven als *meeweten* (het recht op informatie), *meepraten* (het recht op overleg en het recht van advies en initiatief) en *meebeslissen* (het adviesrecht met beroepsmogelijkheid en het instemmingsrecht).²¹⁹ Volgens de memorie van toelichting bij de WOR uit 1971 betekent medezeggenschap: '(...) het recht hebben in iets mee te mogen spreken.'²²⁰ Het woord zei volgens de wetgever echter niets over de mate waarin de zeggenschap tussen de betrokken partijen is verdeeld. Dat kon variëren.²²¹ Overes grijpt voor de betekenis van het begrip 'medezeggenschap' naar de Van Dale en komt met de volgende definitie: 'Het recht om over iets mee te mogen spreken, met de gedachte aan invloed op de beslissing of besluitvorming.'²²² Het 'recht om mee te spreken' impliceert volgens Overes in ieder geval het 'recht om mee te weten.' Om over aangelegenheden te kunnen meespreken is informatie daarover immers noodzakelijk. Hoewel het recht op informatie volgens Overes op zich nog geen medezeggenschap is, staat het dus wel aan de basis daarvan. Van medezeggenschap kan volgens haar pas worden gesproken wanneer aan een medezeggenschapsorgaan naast het recht op informatie ook adviesrechten worden toegekend. De medezeggenschap wordt volgens Overes voorts sterker, naarmate een adviserende stem het karakter aanneemt van een medebeslissende stem, alsmede naarmate het recht om mee te spreken sterker is gesanctioneerd.

Het toekennen van medezeggenschapsrechten maakt als zodanig slechts een onderdeel uit van democratiseringsproces als geheel. Daarbij dient te worden opgemerkt dat 'democratisering' geen term is met een duidelijke inhoud, maar veel meer een leuze, een strijdkreet die ziet op het verminderen van autoritair en eenzijdig optreden en het ombuigen van verticale relaties van afhankelijkheid en ondergeschiktheid tot horizontale relaties van overleg en participatie.²²³ Toch zijn daarbinnen enkele vaste hoofdelementen te onderkennen, namelijk: (1) het formuleren en vastleggen van de materiële rechtspositie van de cliënt (2) het creëren van de mogelijkheid om te kunnen participeren in het beleid en/of het bestuur van de instelling, en (3) het vastleggen van een klachtrechtelijke procedure.²²⁴ Participatie (hoofdelement 2) kan daarbij op meerdere wij-

²¹⁸ Van der Heijden 1992, p. 18.

²¹⁹ Zie onder meer: Rood 1979, p. 4; Van der Heijden 1992, p. 1 en Slagter 1996, p. 25.

²²⁰ *Kamerstukken II* 1969-70, 10 335, nr. 3, p. 9.

²²¹ Zo kon de mate van medezeggenschap volgens de wetgever uit 1971 gering zijn (wanneer één der betrokken partijen alleen maar wordt gehoord of alleen zijn mening mag geven), maar ook wat groter (wanneer men een formele adviserende bevoegdheid heeft), en nog groter (wanneer men een medebeslissende stem heeft: een stem waar het nemen van het besluit vanaf hangt). In wezen lagen volgens de wetgever in één begrip dus drie mogelijkheden bij elkaar. (Zie: *Kamerstukken II* 1969-70, 10 335, nr. 3, p. 9.)

²²² Overes 1995, p. 103.

²²³ Cie.-Van der Burg 1977, p. 16.

²²⁴ HRWB-rapport 1986, p. 15. Democratisering kon volgens de Harmonisatieraad pas goed functioneren, indien deze drie elementen gelijkelijk tot ontwikkeling zouden worden gebracht (zie: HRWB-rapport 1986, p. 20).

zen gestalte krijgen.²²⁵ Bijvoorbeeld via invloed op het bestuur of op het door de instelling gevoerde beleid, rechtstreeks of getrappt via overlegorganen (zoals de cliëntenraad). Openheid en openbaarheid vormen voor elk van deze participatievormen een onmisbare voorwaarde.²²⁶ Medezeggenschap via een medezeggenschaporgaan is dus kort samengevat een vorm van participatie, en maakt in die zin onderdeel uit van het meer omvattende democratiseringsproces. Maar in welke gevallen ligt deze participatievorm nu voor de hand? Deze vraag hangt samen met de vraag naar de doelen en rechtsgronden van medezeggenschap.

Kijkend naar de WOR uit 1950, blijkt dat het doel van de ondernemingsraden aanvankelijk was gelegen in het bevorderen van een goede verstandhouding en samenwerking binnen de onderneming en het naar vermogen bijdragen aan een zo goed mogelijk functioneren daarvan.²²⁷ De bevoegdheden van de ondernemingsraad bleven in dat kader beperkt tot een 'meeweten' en 'meepraten'.²²⁸ Nadat de SER in 1968 constateerde dat deze wet toch wel wat eenzijdig de gedachten van een bedrijfsgemeenschap en harmonie van belangen als uitgangspunt koos, werd de WOR in 1971 en 1979 gewijzigd met het doel de medezeggenschap van de werknemers te vergroten.²²⁹ Het 'meeweten' en 'meepraten' werd daarbij uitgebreid met een 'meebeslissen'.²³⁰

Omdat de ondernemingsraden in 1971 reeds een erkend instituut waren, zag de wetgever geen reden uitgebreid op de rechtsgrond van medezeggenschap in te gaan.²³¹ In herinnering werd geroepen dat de ondernemingsraad was voortgesprongen uit de gedachte dat de onderneming een arbeidsgemeenschap is, die niet uitsluitend voor het profijt van de ondernemer bestaat, maar die (afgezien van haar algemene maatschappelijke functie) het welzijn van allen die daarbij betrokken zijn, dient te bevorderen. Allen die bij de onderneming betrokken zijn, hadden er daarom recht op de gang van zaken in de onderneming op enigerlei wijze mede te bepalen.²³² Daarnaast won volgens de wetgever steeds meer het inzicht veld dat de omstandigheid dat iemand zijn werkkraacht ten dienste van een onderneming heeft gesteld, niet tot gevolg behoeft te hebben dat hij binnen de onderneming onmondig moet zijn. Het gaat dus om de mondigheid en het is dit aspect, de ontplooiing van de werknemer als mens, de democratisering van de arbeidsverhouding, dat sinds die tijd in het middelpunt van de belangstel-

²²⁵ Cie.-Van der Burg 1977, p. 18 en HRWB-rapport 1986, p. 17. Het begrip 'participatie' is ruimer dan het begrip 'medezeggenschap'. In mijn proefschrift reken ik daartoe tevens alle mogelijke vormen van inspraak, zoals panels, enquêtes en ideeënbussen (zie hierover: Jansen 1995, p. 6 en 12).

²²⁶ Cie.-Van der Burg 1977, p. 18 en HRWB-rapport 1986, p. 18.

²²⁷ Alles stond daarbij in het teken van de wederopbouw van Nederland na de Tweede Wereldoorlog (zie: *Kamerstukken II* 1947-48, 884, nr. 3, p. 3 en 4 en Rood 1979, p. 5).

²²⁸ De ondernemingsraad had een recht op informatie, een recht op overleg (omdat de bestuurder destijds deel uitmaakte van de ondernemingsraad vond dit overleg binnen de ondernemingsraad plaats) en een recht van advies (zonder beroepsmogelijkheid).

²²⁹ SER 1968, p. 6 en Rood 1979, p. 5.

²³⁰ Zo werd in 1971 het instemmingsrecht ingevoerd en werd de adviesbevoegdheid van de OR in 1979 uitgebreid en versterkt met een beroepsprocedure.

²³¹ *Kamerstukken II* 1969-70, 10 335, nr. 3, p. 9.

²³² Van der Heijden spreekt in dit verband van de materiële en geestelijke betrokkenheid van werknemers bij de gevolgen van het gevoerde beleid (zie: Van der Heijden 1992, p. 3).

ling heeft gestaan.²³³ Omdat medezeggenschap volgens de wetgever alleen daar een probleem vormde, waar sprake is van ondergeschiktheid, diende de ondergeschiktheid van de werknemer beperkt te blijven tot hetgeen vanuit functioneel oogpunt strikt noodzakelijk is.²³⁴

Van der Heijden wijst in dit verband op het feit dat de onderneming onderdeel uitmaakt van de maatschappij en daarvan niet kan worden geïsoleerd.²³⁵ Wanneer in de maatschappij controle over machtsuitoefening normaal wordt gevonden – en in een democratisch staatsbestel is zulke controle essentieel – dan heeft een dergelijke gedachte volgens hem ook uitstraling naar de werkplek. Rood verwijst voor de rechtsgrond voor het toekennen van medezeggenschapsrechten voorts naar het zogenoemde ‘groenboek’ van de Commissie van de Europese Gemeenschappen uit 1975.²³⁶ Men spreekt daarin van de democratische eis dat degenen die in belangrijke mate zullen worden geraakt door besluiten van sociale en politieke instellingen, bij de totstandkoming van deze besluiten moeten worden betrokken.²³⁷ Dat ‘in belangrijke mate raken’ wordt vervolgens voor werknemers nader gespecificeerd: hun belangen bij het functioneren van de onderneming kunnen volgens de commissie even groot en soms groter zijn dan die van aandeelhouders.

In de memorie van toelichting bij de WOR uit 1998 werd in het kader van de voordelen van medezeggenschap wederom gesproken van de mogelijkheid tot ontwikkeling en ontplooiing voor de werknemers.²³⁸ Medezeggenschap werd daarin voorts omschreven als een middel tot motivatie van werknemers, dat zorgt voor een bundeling en kanalisering van de inbreng van de werknemers (het arbeidspotentieel), een betere afweging van de belangen van werknemers en werkgever, alsmede voor een beter draagvlak voor en betere kwaliteit van de besluitvorming. Overes noemt ter aanvulling van dit rijtje van voordelen ook nog het ‘deskundigheidsbelang’, waarbij zij wees op het feit dat de ondernemer zijn voordeel kan doen met de deskundige inzichten van zijn beroepskrachten.²³⁹

Wat betreft de gronden voor het toekennen van medezeggenschapsrechten aan cliënten, kan allereerst worden verwezen naar de conclusies en aanbevelingen van de Commissie-Van der Burg.²⁴⁰ Als grond voor het betrekken van cliënten bij de besluitvorming van door de overheid gefinancierde non-profitorganisaties noemde deze commissie, zoals eerder reeds gezegd, het respect voor de menselijke waardigheid en de menselijke persoon, waaruit voortvloeit

²³³ Dit stemt overeen met de visie van Loonstra, die het recht op medezeggenschap stoelt op de aan het recht in zijn algemeenheid ten grondslag liggende rechtsidee ‘vrijheid’. Het recht dient zijns inziens bij te dragen aan een zo adequaat mogelijke realisering van ‘vrijheid’ in de zin van zelfverwerkelijking, zelfontplooiing en zelfbepaling. (Zie: Loonstra 1990, p. 15.)

²³⁴ Zie ook: Van Wijmen 1979, p. 20.

²³⁵ Van der Heijden 1992, p. 3.

²³⁶ Rood 1979, p. 6.

²³⁷ Groenboek 1975, p. 9.

²³⁸ *Kamerstukken II* 1995-96, 24 615, nr. 3, p. 2.

²³⁹ Overes 1995, p. 107.

²⁴⁰ Zie: subparagraaf 2.3.1.

dat mensen niet mogen worden gereduceerd tot objecten van zorg en leiding.²⁴¹ Cliënten moesten daarom invloed kunnen uitoefenen op beleid- en besluitvorming die hun leef sfeer in sterke mate bepalen en dienden zich tevens zoveel mogelijk met de betreffende instelling te kunnen identificeren (anti-vervreemding). In haar adviesrapport noemde de commissie een paar democratiseringsmaatregelen, maar schreef om redenen van effectiviteit en efficiency geen specifieke maatregelen voor. De commissie wilde namelijk ruimte laten om bij de keuze voor een bepaalde vorm van democratisering, rekening te houden met de bijzondere aard en doelstelling van de betreffende specifieke instellingen. Zo diende rekening te worden gehouden met de uitvoerbaarheid van de democratiseringsmaatregelen, alsmede met de mate van afhankelijkheid van de cliënten.²⁴² De commissie was namelijk van mening dat, naarmate de cliënten meer van een instelling afhankelijk zijn, de noodzaak tot grotere betrokkenheid van cliënten toeneemt. Zwaardere participatievormen – zoals medezeggenschap via een medezeggenschapsorgaan – liggen dan dus meer in de rede. Ook al viel de feitelijke toestand van afhankelijkheid niet te wijzigen, de commissie vond het hoe dan ook van belang dat de afhankelijkheidsrelaties van de cliënten bij hen niet zouden leiden tot gevoelens van onmacht en teleurstelling en ook dat deze niet zouden leiden tot een daling van het respect onder het personeel jegens degenen die in afhankelijkheid verkeren.

Lag de grondslag van de toekenning van medezeggenschapsrechten aan cliënten volgens de Commissie-Van der Burg dus met name in de afhankelijkheidsrelatie van de cliënt tot de instelling en diens menselijke waardigheid, in het basis- en middelbaar onderwijs zijn de medezeggenschapsrechten van de cliënten (de leerlingen die tot de school zijn toegelaten en hun ouders of wettelijk vertegenwoordigers) volgens Overes vooral gebaseerd op nog een andere rechtsgrond.²⁴³ De hiervoor beschreven situatie van afhankelijkheid doet zich volgens Overes in het onderwijs namelijk niet zo sterk voor. De grondslag voor de toekenning van medezeggenschapsrechten is volgens Overes daarom veel meer gelegen in het feit dat de school een verlengstuk is van de opvoeding door de ouders. Ouders hebben ten opzichte van hun kinderen de taak deze te verzorgen en op te voeden en zijn voor hen verantwoordelijk. Daarom hebben zij volgens Overes een groot belang bij de wijze waarop het onderwijs op de school wordt verzorgd. Dit opvoedkundige belang van de ouders ligt blijkens de memorie van toelichting ook ten grondslag aan de medezeggenschapsregeling in de nieuwe Wet kinderopvang.²⁴⁴ Deze wet beoogt naar aanleiding van het MDW-rapport ‘kinderopvang’ uit 1998, meer marktwerking in deze zorgsector te intro-

²⁴¹ Zie: subparagraaf 2.3.1 en 4.4.3. Deze rechtsgrond doet sterk denken aan de rechtsgrond die eerder werd genoemd, toen het ging over het toekennen van medezeggenschapsrechten aan werknemers, namelijk de mondigheid en de ontplooiing van de (in dat geval) werknemer als mens. Ook doet deze rechtsgrond denken aan het door Loonstra genoemde rechtsidee ‘vrijheid’, alsmede aan het, aan de patiëntenrechten ten grondslag liggende, recht op zelfbeschikking.

²⁴² Cie.-Van der Burg 1977, p. 52-55.

²⁴³ Overes 1995, p. 108 en 109.

²⁴⁴ Zie: wet van 9 juli 2004, Stb 2004, 455; *Kamerstukken II* 2001-02, 28 447, nr. 3, p. 29.

duceren.²⁴⁵ Daardoor zullen de ouders niet langer in een afhankelijke positie verkeren, maar krijgen zij keuzevrijheid. Desondanks bevat de Wet kinderopvang een medezeggenschapsregeling die op alle instellingen voor kinderopvang van toepassing is.²⁴⁶ De staatssecretaris van VWS, van Financiën en van SZW vonden een beperkte, maar gestructureerde vorm van medezeggenschap, vanwege de verantwoordelijkheid van ouders voor de opvoeding van hun kinderen, namelijk noodzakelijk.²⁴⁷

Kort samengevat ligt de grondslag voor medezeggenschap in zijn algemeenheid dus voornamelijk in de situatie van afhankelijkheid en ondergeschiktheid waarin mensen kunnen verkeren. Deze situatie mag niet ten koste gaan van de menselijke persoon en diens waardigheid. Hij moet (tot op zekere hoogte en voor zover mogelijk) in staat worden gesteld vorm te geven aan zijn leef- en werksituatie.²⁴⁸ Het wordt daarom als een democratische eis gezien dat degenen die in belangrijke mate in hun werk- of leefsfeer worden geraakt door besluiten van een onderneming of instelling, bij de totstandkoming van deze besluiten worden betrokken.²⁴⁹ Daarnaast moeten ouders (en andere wettelijk vertegenwoordigers) in staat worden gesteld in voldoende mate invloed te kunnen uitoefenen op de opvoeding van hun kind. Het is gezien de gronden voor het toekennen van medezeggenschapsrechten, niet verwonderlijk dat dit over het algemeen juist gebeurt in situaties waarin personen voor langere tijd bij een onderneming of instelling betrokken zijn. Juist in die gevallen kan de invloed op de werk- of leefsfeer, dan wel de opvoeding groot zijn.

Zo worden er bij de samenstelling van de OR al sinds 1950 diensttijdeisen verbonden aan het actief en passief kiesrecht van de werknemer.²⁵⁰ Reden

²⁴⁵ Het wetsvoorstel beoogt een omslag van aanbod- naar vraagfinanciering te bewerkstelligen, zodat er een rechtstreekse verhouding ontstaat tussen de klant (ouders/verzorgers) en de instelling voor kinderopvang. Zijn de ouders niet tevreden over de geboden kinderopvang dan kunnen zij met een andere instelling een overeenkomst sluiten. (Zie: *Kamerstukken II* 2001-02, 28 447, nr. 3, p. 29.)

²⁴⁶ Anders dus dan de WMCZ, die tot voor kort alleen van toepassing was op de door de overheid gesubsidieerde kinderopvangcentra.

²⁴⁷ De keuze voor een specifieke wettelijke regeling is volgens de bewindslieden geënt op het gegeven dat het in de kinderopvang gaat om een kwetsbare doelgroep en dat kwalitatief goede opvang van groot belang is voor de ontwikkeling van jonge kinderen. De verantwoordelijkheid voor de opvoeding die ouders jegens hun kinderen hebben en die voor een gedeelte van de dag wordt overgenomen door het kindercentrum, brengt volgens hen daarom mee, dat ouders in een vroeg stadium hun standpunt ten aanzien van bepaalde onderwerpen moeten kunnen kenbaar maken. (Zie: *Kamerstukken II* 2001-02, 28 447, nr. 3, p. 29 en 30.)

²⁴⁸ Deze grondslag werd eerder in deze subparagraaf aangeduid met termen als: 'mondigheid', 'vrijheid', 'zelfontplooiing' en 'zelfbeschikking'.

²⁴⁹ Medezeggenschap dient – zoals eerder in deze subparagraaf bleek – daarnaast nog andere doelen, zoals het belang van de onderneming dan wel instelling als geheel en verbetering van de kwaliteit van de besluitvorming, maar de rechtsgrond voor het toekennen van 'meebeslissende bevoegdheden' lijkt toch vooral in deze democratiseringseis te zijn gelegen.

²⁵⁰ Aan het actief kiesrecht wordt thans de eis van zes maanden diensttijd verbonden en aan het passief kiesrecht de eis van een jaar diensttijd (artikel 6 lid 2 resp. 3 WOR). Aan uitzendkrachten komt het (actief en passief) kiesrecht voorts pas na 24 maanden toe (artikel 1 lid 3 sub a WOR). In het Wetsvoorstel Medezeggenschap Werknemers (WMW), dat de WOR op termijn zal moeten gaan vervangen, wordt zowel aan het actief als passiefkiesrecht slechts de eis van zes maanden diensttijd gesteld (artikel 4:3 lid 2 en 3). Uitzendkrachten worden in de WMW voorts na zes maanden al gelijk gesteld met in de onderneming werkzame personen (artikel 1:4 lid 1 sub a WMW). Vanaf dat moment begint voor hen de termijn voor het verkrijgen van de beide kiesrechten te lopen (zie: *Kamerstukken II*

voor het stellen van deze eisen vloeit bovendien voort uit de noodzaak dat betrokkenen enig inzicht hebben in het functioneren van de onderneming.²⁵¹ De OR moet zich immers voldoende gezag kunnen verwerven. Van Wijmen stelde in 1975 reeds vast, dat de mogelijkheid om op een zinvolle wijze vorm te geven aan de medezeggenschap van patiënten van ziekenhuizen, onder meer strandt op de tijdelijkheid van hun verblijf (althans van de meerderheid van hen) in het ziekenhuis.²⁵² Wanneer men kijkt naar een land als Duitsland – waar het medezeggenschapsrecht net als in Nederland in de vorige eeuw flink tot ontwikkeling is gekomen – dan wekt het dan ook geen verbazing dat de Duitse wetgever, bij het toekennen van medezeggenschapsrechten aan cliënten van zorginstellingen, juist de ernst en duurzaamheid van de afhankelijkheid als uitgangspunt heeft genomen. Als gevolg daarvan kent het Duitse recht geen algemene regeling voor de medezeggenschap van cliënten, zoals in Nederland, maar slechts een medezeggenschapsregeling die van toepassing is op cliënten die gedurende langere tijd verblijven in verzorgings- en verpleegtehuizen en in tehuizen voor meerderjarige cliënten.²⁵³

De WMCZ – zo bleek zojuist nog in de vorige subparagraaf – beoogt echter niet alleen de mondigheid van de cliënt te bevorderen en diens rechtspositie te versterken (en zo tegemoet te komen aan de democratiseringseis), de wet dient tevens het ontbreken van het vrije marktmechanisme in de zorg (enigszins) te compenseren. Om die laatstgenoemde reden is de WMCZ van toepassing verklaard op álle door de overheid gefinancierde zorginstellingen, dus ook op die zorginstellingen die het leven van hun cliënten slechts kort of in zeer beperkte mate beïnvloeden. De vraag is nu in hoeverre het verbeteren van de dienstverlening een reguliere grondslag is voor het toekennen van medezeggenschapsrechten.

Zojuist bleek dat het goed functioneren van de onderneming aanvankelijk de enige grond was voor het toekennen van medezeggenschapsrechten aan werknemers. Deze rechten gingen echter niet verder dan een recht om mee te weten en mee te spreken, zo bleek eveneens. In 1971 kwam de grondslag van het democratiseringsdenken en de emancipatie van de werknemer erbij, waar-

2004-05, 29 818, nr. 3, p. 27). Een deel van de SER was niet tevreden over deze verkorting. Dit deel benadrukte dat bij het toekennen van medezeggenschapsrechten aan uitzendkrachten, de *duurzame band* met de inlenende onderneming het doorslaggevende criterium behoort te zijn. Na zes maanden was van zo'n duurzame band volgens dit deel nog geen sprake. (Zie: SER-rapport 2003, p. 117.)

²⁵¹ *Kamerstukken II* 1947-48, 884, nr. 3, p. 6. Zie ook: Van der Heijden 2004, p. 90.

²⁵² Wilde men een patiëntenraad instellen in een algemeen ziekenhuis, dan moest men volgens Van Wijmen een beroep moeten doen op reeds ontslagen patiënten. Hij vroeg zich echter af of het niet veel meer van belang is om de nadruk te leggen op de versterking van de mondigheid van de actuele patiënt. Dat nam volgens hem niet weg dat de ervaringen waarover oud-patiënten beschikken, niet van nut zouden kunnen zijn. Deze konden de ziekenhuizen volgens hem echter ook via exit-interviews of op andere wijzen verkrijgen. (Zie: Van Wijmen 1975, p. 211, 214 en 294.)

²⁵³ Deze medezeggenschapsregeling is opgenomen in de 'Heimmitwirkungsverordnung', welke is gebaseerd op het 'Heimgesetz': een wet die van toepassing is op de verzorgings- en verpleegtehuizen in Duitsland. Eén van de doelen van deze wet is het bevorderen en garanderen van de zelfstandigheid, zelfbeschikking en eigen verantwoordelijkheid van de bewoners (zie: Heimgesetz, § 2). Omdat de aangelegenheden binnen tehuizen de persoonlijke levenssfeer van de bewoners in belangrijke mate beïnvloeden, heeft de bondsraad de toekenning van medezeggenschapsrechten aan deze cliënten op zijn plaats geacht (zie: Graat 1998, p. 395-400.)

door de aanvankelijke grondslag wat meer naar de achtergrond verdween.²⁵⁴ Sindsdien zijn de bevoegdheden van de ondernemingsraad uitgebreid met een recht tot meebeslissen. Hoewel de grond voor het toekennen van medezeggenschapsrechten aan leerlingen en ouders eveneens primair dient te worden gezocht in het democratiseringsdenken (en het opvoedingsbelang van de ouders), speelt ook daar op de achtergrond het belang van het goed functioneren van de organisatie (in dat geval de school) een belangrijke rol.²⁵⁵ De kwaliteit van de dienstverlening vormde tot slot in de sfeer van de sociale zekerheid aanvankelijk zelfs de primaire grondslag voor cliëntenparticipatie.²⁵⁶ Met de komst van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen (Wet SUWI) in 2002 is daaraan weliswaar de grondslag van de democratisering toegevoegd, maar de kwaliteit van de dienstverlening lijkt nog steeds het belangrijkste doel te zijn.²⁵⁷ De bevoegdheden van de cliënten zijn namelijk desondanks beperkt gebleven tot een ‘meeweten’ en een ‘meepraten’.²⁵⁸ Daarbij komt nog dat de instelling van cliëntenraden alleen bij de drie uitvoeringsorganen (CWI, UWV en SVB) op centraal niveau verplicht is. Op decentraal niveau moet slechts worden gezorgd voor ‘een adequate vorm van cliëntenparticipatie’ (artikel 11 SUWI).

Wat opvalt is dus dat het goed functioneren van de onderneming of instelling c.q. de kwaliteit van de dienstverlening in de meeste gevallen weliswaar mede ten grondslag ligt aan het toekennen van medezeggenschapsrechten, maar dat de belangrijkste grondslag in de meeste gevallen toch wordt gevormd door de democratiseringseis. In die gevallen dat het goed functioneren van de organisatie c.q. de kwaliteit van de dienstverlening de enige of primaire grondslag vormt, blijkt dat zijn weerslag te vinden in de omvang van de medezeggenschapsbevoegdheden, die dan beperkt blijven tot een ‘meeweten’ en ‘meespreken’. Het feit dat het toepassingsgebied van de WMCZ juist op deze grond is uitgebreid tot instellingen waar cliënten maar zeer kort of weinig frequent gebruik van maken en aan de cliënten aldaar dezelfde medezeggenschapsrechten – inclusief de beperkte mogelijkheid tot medebeslissen die het verzwaard adviesrecht biedt – toekent, als aan cliënten die duurzaam en in sterke mate van een zorginstelling afhankelijk zijn, is in die zin dus enigszins verrassend te noemen.

²⁵⁴ De grondslag bleef echter wel gehandhaafd: de taak van de huidige ondernemingsraad bestaat weliswaar primair uit de behartiging van de belangen van de werknemers, maar daarnaast dient deze nog steeds ook het belang van de onderneming als geheel in het oog te houden (zie: artikel 2 lid 1 WOR).

²⁵⁵ Overes 1995, p. 106.

²⁵⁶ Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv), ‘Cliëntenparticipatie 2001’, Mededeling 00.081, d.d. 24 juli 2000.

²⁵⁷ *Kamerstukken II* 2000-01, 27 588, nr. 3, p. 8.

²⁵⁸ De cliëntenraden in de sociale zekerheid hebben een recht op overleg en een recht van advies, maar kunnen niet afdwingen dat er ook iets met de adviezen wordt gedaan: de uitvoeringsinstellingen kunnen er – zij het gemotiveerd – gewoon van afwijken (artikel 10 SUWI). Naar aanleiding hiervan constateerde Van Wolde in 2002 dat het democratiseringsdenken en het denken over de emancipatie van de cliënt in de sociale zekerheid ten spijt, de cliënt nog steeds niet kan worden gezien als een volwaardige gesprekspartner van de uitvoeringsinstellingen, hetgeen zij betreurt (zie: Van Wolde 2002, p. 268-270). Vreemd genoeg doet zij in haar proefschrift over cliëntenparticipatie in de sociale zekerheid echter geen voorstellen ter versterking van de adviesbevoegdheid van deze cliëntenraden (zie: Van Wolde 2003, p. 298-303).

5.3.3 Hoe verhoudt het doel van medezeggenschap zich tot artikel 8 Gw?

In het kader van de doelen van de WMCZ kan men zich tot slot afvragen of deze een beperking van het grondrecht van vrijheid van vereniging uit artikel 8 Gw rechtvaardigen.²⁵⁹ Met andere woorden: voldoet de WMCZ aan het rechtmatigheidsvereiste?²⁶⁰ In paragraaf 3.3 bleek dat dit tijdens het parlementaire debat dat aan de WMCZ vooraf ging, in twijfel werd getrokken. Minister Borst beëindigde deze discussie met de stelling dat de beperkingsgrond bij dit grondrecht – het grondrecht kan bij wet worden beperkt ‘in het belang van de openbare orde’ – ruim moet worden opgevat, in ieder geval ruimer dan alleen ‘het bewaren van rust en orde’. Wat er precies onder verstaan diende te worden kon zij niet aan-geven, maar de doelen die de bewindslieden met de WMCZ beoogden te berei-ken, zouden er in ieder geval onder vallen. De vraag is nu of deze stelling juist is.

In subparagraaf 4.3.2 werd vastgesteld dat deze hele discussie veroor-zaakt is door de onduidelijkheid van de betreffende ‘hogere regel’ en dan met name van de term ‘openbare orde’. Burkens stelde in zijn dissertatie over de beperking van grondrechten in 1971 reeds vast dat het begrip ‘openbare orde’ uit artikel 8 Gw nogal onbestemd is.²⁶¹ Het begrip leent zich volgens Burkens door zijn vaagheid voor vrijwel iedere interpretatie, waardoor het als doelcriterium slechts een schijn van zekerheid biedt. De interpretatie die door de wetgever aan het begrip werd gegeven, had volgens Burkens dan ook een bijzonder ruime strekking. Zo zou de clausulering ongeveer alle beperkingsmogelijkheden deken, die bij het recht vrijheid van vereniging en vergadering in artikel 11 lid 2 EVRM worden opgesomd, te weten beperkingen die in een democratische sa-menleving nodig zijn in het belang van ’s lands veiligheid, de openbare veilig-heid, het voorkomen van wanordelijkheden en van strafbare feiten, voor de be-scherming van de gezondheid of de goede zeden of de bescherming van de rechte-n en vrijheden van anderen.²⁶²

Het eerste doel van de WMCZ – de democratisering van door de over-heid gefinancierde zorginstellingen – werd door de Commissie-Van der Burg

²⁵⁹ Het grondrecht vrijheid van vereniging dient ruim te worden opgevat. Het omvat meer dan de be-scherming van het juridische verschijnsel ‘vereniging’ dat is geregeld in boek 2 van het BW. Het be-treft iedere organisatievorm voor zover het gaat om een samenwerkingsverband met enige duur-zaamheid bestaande uit meerdere personen die als eenheid deelnemen aan het rechtsverkeer en daar-bij gericht zijn op een bepaald doel. (Zie: Akkermans 1992, p. 201.)

²⁶⁰ Deze vraag kwam aan de orde in subparagraaf 4.3.2.

²⁶¹ Burkens 1971, p. 87. Het begrip ‘openbare orde’ heeft volgens Akkermans, Bax en Verhey een der-mate ruime betekenis, dat hieraan weinig houvast kan worden ontleend. Discussies over wat hier wel en niet onder valt, zijn volgens hen dan ook onvermijdelijk. (Zie: Akkermans e.a. 1999, p. 74 en 76.)

²⁶² Burkens 1971, p. 69. Tijdens de parlementaire discussie die voorafging aan de grondwetswijziging in 1983 gaf de regering een wat specifiekere opsomming. Genoemd werden ‘handelingen die inbreuk maken op de algemeen aanvaarde grondvesten van ons rechtsstelsel’, waaronder onder meer ‘een on-gerechtigd aantasting van de vrijheid van anderen of van de menselijke waardigheid’. De ‘be-scherming van de gezondheid’ werd niet expliciet genoemd, maar dat kan wellicht worden verklaard door het feit dat het hier om een niet-limitatieve opsomming gaat. (Zie: *Kamerstukken II* 1984-85, 17 476, nr. 5, p. 3 en verder hierover: Akkermans e.a. 1999, p. 76.)

destijds omschreven als een beginsel van hetzelfde kaliber als een grondrecht.²⁶³ Een beginsel dus, dat op gelijk niveau staat met het sinds 1983 grondwettelijk gewaarborgde recht van werknemers op medezeggenschap (artikel 19 lid 2 Gw). Dit doel van de WMCZ lijkt daarmee te kunnen worden geschaard onder de ‘bescherming van rechten en vrijheden van anderen’ en daarmee tevens onder het begrip ‘openbare orde’. Voor zover deze stelling betwistbaar is, dient voorts nog te worden gewezen op de door de grondwetgever bij de grondwetswijziging in 1983 erkende mogelijkheid dat – zij het met grote terughoudendheid – rechts-overtuigingen zodanig evalueren dat bepaalde belemmeringen in de uitoefening van een grondrecht, zonder tot een beperkingsclausule te kunnen worden herleid, algemeen aanvaard worden.²⁶⁴ Dit lijkt met het democratiseringsbeginsel zeker het geval te zijn. Dat wil echter niet zeggen dat de gekozen vorm van democratisering – medezeggenschap via een vertegenwoordigend orgaan – ook aansluit bij de aard van de verschillende zorginstellingen. In de vorige subparagraaf bleek dat het toekennen van medezeggenschapsrechten met name voor de hand ligt wanneer personen verkeren in een situatie van langdurige afhankelijkheid en ondergeschiktheid.

Het tweede doel van de WMCZ – verbetering van de kwaliteit van de zorg door het beter doen aansluiten van het zorgaanbod op de zorgvraag – vloeit voort uit de verantwoordelijkheid van de overheid voor de kwaliteit van de zorg ex artikel 22 Gw. Mogelijk kan deze doelstelling worden ondergebracht onder ‘de bescherming van de gezondheid’. In ieder geval geldt ook hier de kanttekening dat het toekennen van medezeggenschapsrechten nodig moet zijn om dit doel te bereiken.²⁶⁵

Geconcludeerd kan worden dat de WMCZ in beginsel niet in strijd is met artikel 8 Gw, en in principe dus in overeenstemming is met het vereiste van rechtmatigheid. De doelen die de wetgever met WMCZ beoogt verwezenlijken, lijken immers onder de beperkingsgrond van dit artikel te vallen. Alles staat of valt echter met de vaststelling of medezeggenschap van cliënten via een vertegenwoordigend orgaan, noodzakelijk is om deze doelen te bereiken. Beperking van grondrechten dient immers beperkt te blijven tot uitzonderlijke gevallen waarin dit strikt noodzakelijk is.²⁶⁶

²⁶³ Zie: subparagraaf 2.3.1.

²⁶⁴ *Bijl. Handelingen II* 1975-76, 13 872, nr. 3, p. 20-22. Zie verder: Akkermans e.a. 1999, p. 147.

²⁶⁵ Een beperking van een klassiek grondrecht kan nodig zijn ter verwezenlijking van een sociaal grondrecht. Er dient volgens de grondwetgever dan wel aan bepaalde eisen te worden voldaan, namelijk: (1) de grondwet dient de beperking van het grondrecht, waartoe de overwogen maatregel leidt, toe te staan (2) het belang van de maatregel moet opwegen tegen het belang dat het te beperken grondrecht onverkort blijft gelden (3) het beoogde doel kan niet via andere weg, zonder beperking van het grondrecht worden bereikt. Indien aan deze voorwaarden is voldaan en de noodzaak van de te treffen maatregel blijft bestaan, moet tenslotte nog worden nagegaan of niet door middel van uitzonderingen op de maatregel, de beperkingen op het grondrecht zoveel mogelijk kunnen worden verkleind. (Zie: Akkermans e.a. 1999, p. 144.)

²⁶⁶ Beperkingclausules bij grondrechten dienen volgens Akkermans, Bax en Verhey de mogelijkheden tot beperking dusdanig te begrenzen, dat iemands grondrechten niet beperkt kunnen worden als dat niet strikt noodzakelijk is. Ook de beperking van artikel 8 Gw dient volgens hen slechts in uitzonderlijke gevallen mogelijk te zijn. Reden waarom volgens hen ook weer niet zo maar alles onder het ‘openbare orde-begrip’ kan worden geschaard. (Zie: Akkermans e.a. 1999, p. 76 en 140.)

5.3.4 Conclusie

Geconstateerd werd in deze paragraaf, dat de kwaliteitseisen van doeltreffendheid en doelmatigheid bij de voorbereiding van de WMCZ op verscheidene punten zijn geschonden (zie: subparagraaf 5.3.1). Zo is geen onderzoek per zorgsector verricht naar de noodzaak van toekenning van medezeggenschapsrechten aan cliënten en evenmin naar de mogelijkheid om een representatieve cliëntenraad in te stellen die in staat is de gemeenschappelijke belangen van de cliënten te behartigen. Evenmin is onderzoek verricht naar de uitvoeringskosten waartoe de WMCZ zou leiden, waardoor deze te optimistisch zijn ingeschat en vooraf geen goede kosten-baten-afweging heeft kunnen plaatsvinden. Met mogelijke neven-effecten werd wel rekening gehouden – maar zo bleek in de vorige paragraaf – in onvoldoende mate. Ten aanzien van de vraag in hoeverre het toekennen van medezeggenschapsrechten aan cliënten van zorginstellingen een geschikt middel is om de doelen van de WMCZ te bereiken, werd voorts reeds duidelijk dat dit middel – voor zover ook medebeslissende bevoegdheden worden toegekend – in zijn algemeenheid niet in alle gevallen voor de hand ligt (zie: subparagraaf 5.3.2). Tot slot bleek dat de doelen die de wetgever met de WMCZ beoogt te bereiken, inderdaad onder de beperkingsgrond van artikel 8 Gw lijken te vallen. Wil de WMCZ echter niet in strijd komen met het rechtmatigheidsvereiste, dan blijft van belang dat de toekenning van medezeggenschapsrechten een geschikt en noodzakelijk middel is om de doelen van de WMCZ te bereiken.

5.4 De WMCZ in relatie tot de overige patiënten- en kwaliteitswetgeving in de zorg en de beoogde stelselherziening zorgverzekeringen

In de vorige paragraaf bleek dat het toekennen van medezeggenschapsrechten aan cliënten niet alleen op grond van het dereguleringsdenken en de vereisten van doeltreffendheid en doelmatigheid, maar tevens op grond van het rechtmatigheidsvereiste noodzakelijk moet zijn. In diezelfde paragraaf bleek ook dat die noodzaak door de toenmalige bewindslieden vrij gemakkelijk werd aangenomen. Voldoende reden dus om eens te onderzoeken in hoeverre het toekennen van medezeggenschapsrechten aan cliënten nu echt noodzakelijk is om de doelen van de WMCZ te bereiken. Daarbij zal eerst worden gekeken of het eerste doel van de WMCZ – democratisering van zorginstellingen en versterking van de rechtspositie van de cliënt – niet reeds in voldoende mate door overige, reeds totstandgekomen patiëntenwetgeving wordt bereikt. Daarna zal worden bekeken in hoeverre het tweede doel van de WMCZ – het beter doen aansluiten van het zorgaanbod op de zorgvraag – niet reeds wordt bereikt door de overige kwaliteitswetgeving in de zorg, het in dat kader gevoerde kwaliteitsbeleid en de beoogde stelselherziening zorgverzekeringen.

5.4.1 De noodzaak van de WMCZ in relatie tot overige patiëntenwetgeving

Kwam de patiënt in het begin van de jaren '70 nog nauwelijks voor in het recht²⁶⁷ en sprak de Commissie-Dekker in de jaren '80 – ondanks haar streven naar een krachtige deregulering in de zorg – zich daarom nog met nadruk uit vóór het totstandkomen van patiëntenwetgeving²⁶⁸, inmiddels is er al heel wat aan patiëntenwetgeving tot stand gekomen. De aanwezigheid van de noodzaak van de WMCZ werd dan ook niet door iedereen voetstoots aangenomen. In paragraaf 3.2 bleek bijvoorbeeld dat Akveld en Van Middelkoop van mening waren dat de positie van de cliënt in de zorg – door de hausse aan patiëntenwetgeving in de jaren '90 – reeds in voldoende mate was versterkt. Dit leidt tot de vraag welke patiëntenwetten er dan zoal tot stand zijn gekomen en op welke wijze de rechtspositie van de cliënt daardoor is versterkt.

De materiële rechtspositie van de cliënt blijkt met name te zijn versterkt door de inwerkingtreding van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) in 1995. Deze algemene patiëntenwet is van toepassing op overeenkomsten tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst, inclusief de bijbehorende verpleging en verzorging, en regelt zaken als: het aangaan en beëindigen van de behandelovereenkomst, goed hulpverlenerschap, 'informed consent'²⁶⁹, de omgang met persoonsgegevens, de plicht van de hulpverlener een dossier van de cliënt bij te houden, bewaartermijnen, het recht op inzage in het eigen dossier, de verstrekking van medische gegevens ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek, de positie van minderjarigen, medische aansprakelijkheid et cetera (zie: artikel 7:446 e.v. BW).²⁷⁰ Daarnaast regelt de Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) – die sinds 1994 de Krankzinnigenwet uit 1884 vervangt – de rechtspositie van de cliënt die onvrijwillig wordt opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of instelling voor verstandelijk gehandicapten of psychogeriatrische patiënten²⁷¹, creëert de Wet op het Mentorschap van Meerderjarigen (WMM) sinds 1994 een voorziening voor immateriële belangenbehartiging van wilsonbekwamen²⁷², bevat de Wet op de orgaandonatie (WOD) sinds zijn inwerkingtreding in 1998 bepalingen die de orgaandonor dienen te beschermen²⁷³, beschermt de Wet op

²⁶⁷ Rang 1973, p. 33.

²⁶⁸ Zie: subparagraaf 4.2.3.

²⁶⁹ Alvorens de cliënt formeel instemt met zijn behandeling, dient de hulpverlener hem op de hoogte te stellen van de verwachte gevolgen en van eventuele risico's en mogelijke alternatieven (artikelen 7:448 en 450 BW).

²⁷⁰ Leenen 2000, p. 174 e.v.

²⁷¹ De wet stelt onder meer voorwaarden aan deze gedwongen opname, alsmede aan de mogelijkheid van dwangbehandeling (zie: Leenen 2000, p. 287 e.v.).

²⁷² Deze voorziening werd gecreëerd naast de reeds bestaande mogelijkheden van curatele en onder bewindstelling. De wet regelt de behartiging van niet-vermogensrechtelijke zaken voor onbekwame meerderjarigen door een daartoe aangewezen 'mentor'. In vergelijking tot de curatele betreft het een licht regime: de mentor is slechts bevoegd met betrekking tot die zaken die de meerderjarige niet zelf kan behartigen, tot de overige zaken blijft de meerderjarige zelf bevoegd. (Zie hierover verder: Leenen 2000, p. 208-217.)

²⁷³ De orgaandonor is geen patiënt, waardoor de WGBO niet van toepassing is.

de Medische Keuringen (WMK) sinds datzelfde jaar de positie van de keurling²⁷⁴ en creëert de Wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) sinds 1999 een risicoaansprakelijkheid van de medische instelling voor het geval het er iets mis mocht gaan met de deelnemer aan het experiment.²⁷⁵

De formele rechtspositie van de cliënt is met name versterkt door de inwerkingtreding van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) in 1995. Deze wet beoogt cliënten in de zorgsector een laagdrempelige klachtmogelijkheid te bieden, die mogelijk leidt tot genoegdoening bij de klager. Verder kunnen onder andere als doel van dit klachtrecht worden genoemd, handhaving van het recht, vermindering van de machtsongelijkheid en indien mogelijk herstel van de hulpverleningsrelatie. De wet heeft betrekking op zorginstellingen en individuele beroepsbeoefenaren die worden gefinancierd op grond van de AWBZ en de Ziekenfondswet (Zfw) en is niet van toepassing op particulier werkende beroepsbeoefenaren en privé-klinieken (artikel 1 WKCZ).²⁷⁶ Naast de WKCZ wordt de formele rechtspositie van de cliënt voorts verstevigd door de aparte klachtenregeling in de Bopz²⁷⁷ en het tuchtrecht in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) die in de periode 1995-1997 gefaseerd in werking trad.²⁷⁸

Kastelein constateert in haar oratie uit 2002 dat de positie van de cliënt door al deze wetgeving is versterkt.²⁷⁹ Zij waarschuwt tegelijkertijd echter voor formalisering en bureaucratisering. Deze overheersen volgens haar nog niet, maar dreigen wel. Na een jarenlange roep om meer wetgeving wordt het volgens haar nu tijd pas op de plaats te maken en te kijken of we misschien met minder regels toekunnen, mede om overregulering tegen te gaan. Deze constatering stemt overeen met de eerder genoemde kritiek van Akveld en Van Middelkoop, dat niet valt vol te houden dat er nog steeds sprake was van een luide roep vanuit de samenleving tot de wetgever om meer regelgeving in zake de rechtspositie van de patiënt, omdat diens rechtspositie sinds 1973 al aanzienlijk is versterkt en de machtsongelijkheid tussen hulpvrager en hulpverlener daardoor reeds in be-

²⁷⁴ De wet beperkt het recht om iemand een medische keuring te doen ondergaan en geeft de keurling het recht op een herkeuring en het recht om onder omstandigheden een keuring te weigeren (artikelen 3, 11 en 12 WMK).

²⁷⁵ Het betreft hier geen limitatieve opsomming maar slechts een greep uit de regelgeving die in de jaren '90 tot stand is gekomen en sindsdien bijdraagt aan de versterking van de materiële rechtspositie van de individuele cliënt.

²⁷⁶ Hier wordt wel kritiek op geuit. Kastelein vindt het bijvoorbeeld vreemd dat de overheid zich niet verantwoordelijk acht voor de regeling van het individueel klachtrecht in andere dan de gesubsidieerde en premiegefinancierde sectoren. Dit uitgangspunt spoort volgens haar niet met andere patiëntenwetgeving, zoals de WGBO. Ook de KZi en de Wet BIG kennen een ruimere werkingssfeer. De argumentatie dat de overheid alleen verantwoordelijk is voor de (indirect) door haar gefinancierde hulpverlening, overtuigt Kastelein niet. (Zie: Kastelein 1993, p. 413.)

²⁷⁷ Deze regeling geldt voor cliënten die gedwongen zijn opgenomen en is daarom met meer waarborgen omkleed (zie: artikel 41 Bopz).

²⁷⁸ Daarbij dient te worden opgemerkt dat bij de Wet BIG niet zozeer de versterking van de rechtspositie van de cliënt, maar veel meer de bescherming van de kwaliteit en de goede naam van de beroepsgroep voorop staat.

²⁷⁹ Kastelein 2002, p. 27.

langrijke mate is gecompenseerd.²⁸⁰ Rechtvaardigt dit echter de conclusie dat een medezeggenschapswet als de WMCZ dus niet noodzakelijk is?

Deze vraag dient ontkennend te worden beantwoord. Zo hebben cliënten in de intramurale langdurige zorg wel degelijk behoefte aan medezeggenschapsrechten. Dat bleek al uit de lange traditie van medezeggenschap door cliënten in deze zorgsectoren en werd nogmaals bevestigd door de eerste evaluatiegegevens. De WMCZ heeft de positie van de cliëntenraden bij deze instellingen verduidelijkt en versterkt.²⁸¹ Dat inspraak juist voor cliënten in zo'n afhankelijke positie van groot belang is, bleek bovendien onlangs nog uit een onderzoek dat de Stichting Cliënt & Kwaliteit in verzorgings- en verpleeghuizen heeft verricht. De instellingen waar cliënten tevreden zijn over de mate van invloed die zij kunnen uitoefenen op de wijze waarop de zorg wordt verleend en op besluiten die hun woon- en leefsituatie bepalen, bleek bepalend te zijn voor hun kwaliteitsoordeel over deze zorginstellingen als geheel.²⁸² In subparagraaf 5.3.2 bleek dat de behoefte aan medezeggenschap in deze zorgsectoren tevens dogmatisch kan worden verklaard. Door hun sterke en langdurige afhankelijkheid van de instelling, is immers juist bij deze cliënten hun vrijheid en menselijke waardigheid in het geding.

Maar hoe zit het dan met die zorginstellingen die voor de invoering van de WMCZ geen traditie van medezeggenschap door cliënten kenden, en waar – blijkens de eerste evaluatiegegevens – onder de cliënten ook niet zo'n grote behoefte bestaat aan medezeggenschap, omdat ze maar kort met de instelling in aanraking komen of omdat de relatie met de zorginstelling niet of slechts in zeer beperkte mate bepalend is voor hun leefsfeer? Gezien hun veelal beperkte betrokkenheid tot de zorginstelling en het door de individualistische zorgrelatie veelal ontbrekende contact met medecliënten, lijken veel van deze cliënten vooral te zijn gebaat bij de formele en materiële versterking van hun individuele rechtspositie. In het kader van de democratisering van zorginstellingen, dienen echter ook deze cliënten de mogelijkheid te krijgen te participeren in het beleid en/of het bestuur van de instelling, zo bleek in de vorige paragraaf. Participatie vormt immers samen met de versterking van de materiële en formele rechtspositie, de drie kernelementen van het democratiseringsproces die – wil de democratisering goed functioneren – gelijkelijk tot ontwikkeling dienen te worden gebracht.²⁸³ Dat ook deze cliënten betrokken dienen te worden bij de besluitvorming van hun zorginstelling vloeit bovendien voort uit een aanbeveling van de Raad van Europa uit 2000 inzake 'de ontwikkeling van structuren voor de participatie van burgers en patiënten in het besluitvormingsproces aangaande de gezondheidszorg'.²⁸⁴ De Raad ziet het recht van burgers en patiënten te participe-

²⁸⁰ Zie: paragraaf 3.2.

²⁸¹ Zie: subparagraaf 5.2.1.

²⁸² Stichting Cliënt & Kwaliteit 2003, p. 2.

²⁸³ Aldus de Harmonisatieraad (zie: subparagraaf 5.3.2).

²⁸⁴ Deze aanbeveling vormt een uitwerking van hetgeen de World Health Organisation (WHO) eerder al vastlegde in de 'Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe' uit 1994, namelijk: 'Patients have a collective right to some form of representation at each level of the health care system in

ren in het besluitvormingsproces in zake de zorg als een fundamenteel en integraal onderdeel van iedere samenleving.²⁸⁵

Met dit alles is echter nog niet gezegd dat aan laatstgenoemde cliënten ook medezeggenschapsrechten in de zin van een recht om ‘mee te weten’, ‘mee te praten’ en ‘mee te beslissen’ dienen toe te komen. Participatie kan immers op meerdere wijze gestalte krijgen, zo bleek in subparagraaf 5.3.2. Daarbij kan rekening worden gehouden met de aard van de instelling. De Raad van Europa erkent eveneens dat burgers en patiënten op veel verschillende wijzen kunnen participeren in de zorg, variërend van de mogelijkheid om invloed uit te oefenen op het wetgevingsproces en het bestuur van het gezondheidsstelsel als geheel, tot de mogelijkheid om hun bijzondere belangen te bevorderen via patiënten- en cliëntenorganisaties, de vertegenwoordiging in besturen van uitvoerende organen en de directe invloed op het zorgaanbod via de vrijheid van keuze.²⁸⁶

5.4.2 De WMCZ in verhouding tot de overige kwaliteitswetgeving in de zorg, het in dat kader gevoerde kwaliteitsbeleid en de beoogde stelselherziening zorgverzekeringen

In subparagraaf 4.4.3 werd vastgesteld dat de overheid op grond van artikel 22 Gw verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorg. Deze verantwoordelijkheid, zo bleek, kan met zich brengen dat de overheid wettelijk moet optreden om de kwaliteit van de zorg te waarborgen. Minister d’Ancona meende dat de noodzaak daartoe ten tijde van de totstandkoming van de WMCZ aanwezig was.²⁸⁷ Zij noemde het verhogen van de kwaliteit van de zorg immers als één van de doelen van de WMCZ. De vraag is alleen in hoeverre dit doel niet reeds wordt bereikt door de – met name in de jaren ’90 tot stand gekomen – overige kwaliteitswetgeving, de in dat kader door zorginstellingen gevoerde kwaliteitsbeleid, dan wel door de beoogde stelselherziening zorgverzekeringen.

Bij het beantwoorden van deze vraag moet allereerst worden gewezen op het feit dat ‘de kwaliteit van de zorg’ een kameleontisch begrip is, dat op verschillende wijzen kan worden uitgelegd.²⁸⁸ Wordt het in ruime zin opgevat, dan betreft het de kwaliteit van de gezondheidszorg in zijn geheel, welke wordt bepaald door zaken als de beschikbaarheid, geografische bereikbaarheid, financiële toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorgverlening. Wordt het in enge zin opgevat dan betreft het vooral de kwaliteit van de zorg, zoals die door de zorgaanbieder aan de cliënt wordt verleend. Deze zorg dient volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi) ‘verantwoord’ te zijn, waarmee wordt bedoeld dat de aangeboden zorg van een goed niveau moet zijn en in ieder geval doel-

matters pertaining to the planning and evaluation of services, including the range, quality and functioning of the care provided.’

²⁸⁵ Deze participatie dient volgens de Raad betrekking te hebben op alle aspecten van het zorgstelsel op nationaal, regionaal en lokaal niveau (zie: Aanbeveling Raad van Europa 2000, p. 9 en 10).

²⁸⁶ Aanbeveling Raad van Europa 2000, p. 9.

²⁸⁷ Zie: subparagraaf 2.6.1.

²⁸⁸ Van Wijmen 1998, p. 93.

treffend, doelmatig en patiëntgericht dient te worden verleend en te zijn afgestemd op de reële behoefte van de patiënt (artikel 2 KZi).

De Kwaliteitswet wordt, samen met de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG), de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) en de WMCZ, gerekend tot de kwaliteitswetgeving in de zorg.²⁸⁹ Deze wetten zijn tot stand gekomen in de periode 1993-1996. De Wet BIG en de Kwaliteitswet richten zich daarbij tot de zorgaanbieders (individuele beroepsbeoefenaren respectievelijk zorginstellingen) en verplichten hen ‘verantwoorde zorg’ te leveren.²⁹⁰ De WGBO, de WKCZ en de WMCZ beogen de kwaliteit van de zorg te verbeteren door de (individuele respectievelijk collectieve) rechtspositie van de cliënten te versterken. Tegen deze achtergrond vroeg Van der Vlies (SGP) zich tijdens de parlementaire behandeling van de WMCZ af, of deze wet nog wel nodig was om de kwaliteit van de zorg te stimuleren en te waarborgen.²⁹¹ De Kwaliteitswet zou de verantwoordelijkheid van de zorginstellingen voor de kwaliteit van de zorginstellingen immers aan een norm binden, terwijl de WKCZ een zorgvuldige behandeling zou waarborgen van klachten van cliënten over eventuele misers in de zorgverlening. Minister d’Ancona zag – ook naast de destijds nog in voorbereiding zijnde Kwaliteitswet Zorginstellingen en WKCZ – echter toch een zinvolle rol voor de WMCZ weggelegd, namelijk waarborgen dat bij de beleidsvorming rekening wordt gehouden met de belangen en zienswijze van cliënten.²⁹² De WKCZ schiet wat dat betreft inderdaad tekort. Het klachtrecht is namelijk bedoeld als een vorm van individuele rechtsbescherming en kan de beleidsvorming slechts indirect en achteraf beïnvloeden, namelijk door middel van de aan de klacht inherente signaalfunctie.²⁹³

Wat de Kwaliteitswet betreft, is opvallend dat tijdens de totstandkoming van deze wet door minister d’Ancona werd vastgesteld, dat de kwaliteit van de zorg in ons land in zijn algemeenheid van hoog niveau is.²⁹⁴ Desondanks achtte zij de Kwaliteitswet nodig en wel om twee redenen. Enerzijds het scheppen van een wettelijk kader voor de eigen initiatieven van de zorgaanbieders op het gebied van kwaliteit, en anderzijds het bewerkstelligen dat het kwaliteitsbeleid een

²⁸⁹ Ook andere wetten, zoals bijvoorbeeld de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, de Wet op de medische hulpmiddelen en de BOPZ, bevatten echter wettelijke normen die betrekking hebben op de kwaliteit van de zorg.

²⁹⁰ De Wet BIG beoogt de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bewaken en te bevorderen door middel van een systeem van registratie en titelbescherming. Artsen, tandartsen, apothekers, klinisch psychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen, hebben, mits zij aan een aantal wettelijke vereisten voldoen, het recht om een publiekrechtelijk beschermde beroepstitel te voeren. Deze beroepenregeling wordt aangevuld met een regeling van ‘voorbehouden handelingen’ (handelingen die blijven voorbehouden aan bepaalde categorieën van beroepsbeoefenaren). Het geheel wordt gecompleteerd met een regeling van tuchtrechtspraak (voor alle bij de wet geregelde beroepen geldt het tuchtrecht). (Zie: Leenen 1996, p. 56 e.v.)

²⁹¹ Zie: paragraaf 3.2.

²⁹² Zie: paragraaf 3.2.

²⁹³ Uit de evaluatie van de WKCZ uit 1999 blijkt bovendien dat de signaalfunctie van klachten tot dan toe nog niet zo goed binnen het kwaliteitsbeleid van zorginstelling werd opgepikt. Daarbij moest volgens de minister echter niet uit het oog worden verloren dat veel klachten betrekking hebben op incidenten in plaats van op structurele zaken. (Zie: *Kamerstukken II* 1999-00, 26 800 XVI, nr. 73, p. 5.)

²⁹⁴ *Kamerstukken II* 1993-94, 23 633, nr. 3, p. 2.

systematisch en structureel karakter krijgt, waardoor de zorg op verantwoord niveau blijft.²⁹⁵ Uitgangspunt van de Kwaliteitswet is dat zorginstellingen primair zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg, alsmede voor de bewaking en bevordering daarvan.²⁹⁶ De wet stelt daaraan slechts randvoorwaarden (net als bij de WMCZ is bij de KZi gekozen voor wettelijk geconditioneerde zelfregulering).²⁹⁷ Zoals al gezegd verplicht de wet (zowel collectief als particulier gefinancierde) zorginstellingen tot het leveren van ‘verantwoorde zorg’, wat onder meer inhoudt dat de zorg patiëntgericht en op de reële behoefte van de patiënt afgestemd moet zijn (artikel 2 KZi).²⁹⁸ Daartoe moeten de zorginstellingen een bewust kwaliteitsbeleid voeren. De wet noemt enkele elementen die in dat kwaliteitsbeleid dienen te worden betrokken, waaronder de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties (artikel 3 KZi).²⁹⁹ Voorts verplicht de wet tot het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van de zorg (artikel 4 KZi). De zorginstellingen dienen daartoe een kwaliteitssysteem te creëren.³⁰⁰ Tot slot dienen de zorginstellingen over het gevoerde kwaliteitsbeleid jaarlijks een kwaliteitsverslag op te stellen en op te sturen naar het ministerie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het RPCP (artikel 5 KZi). Het ministerie en de IGZ zijn namelijk belast met het toezicht op de naleving van de wet (artikel 7 KZi).³⁰¹

Uit de evaluatie van de KZi is onlangs gebleken dat de implementatie daarvan nogal vrijblijvend plaatsvindt.³⁰² Zorgaanbieders besteden op zich wel veel aandacht aan procedurele aspecten en het ontwikkelen van instrumenten,

²⁹⁵ *Kamerstukken II* 1993-94, 23 633, nr. 3, p. 4.

²⁹⁶ De wetgever sloot zich daarbij aan bij eerdere afspraken die door de veldpartijen in de zorg (zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten- en cliëntenorganisaties) waren gemaakt in het kader van de Leidschendamconferenties in 1989 en 1990. In de nota Kwaliteit van zorg (1991) nam de overheid dit tripartiete model over: zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten en consumenten zijn de eerstverantwoordelijken voor de zorg. De overheid vervult daarbij de rol van een kaderstellende en randvoorwaarden scheppende partij. (Zie: *Kamerstukken II* 2001-02, 28 439, nr. 1, p. 1.)

²⁹⁷ De KZi verving gedetailleerde wettelijke kwaliteitseisen zoals die destijds onder meer werden gesteld in het kader van de erkenning krachtens de Ziekenfondswet (Zfw) en de AWBZ en die voorkwamen in rijksbijdrageregelingen en in subsidieregelingen van het Rijk en de Ziekenfondsraad. De wetgever had namelijk ingezien dat gedetailleerde wettelijke eisen al gauw een keurslijf vormden, dat de zorginstelling onvoldoende ruimte bood om in concrete gevallen de meeste geschikte oplossing te kiezen en om rekening te houden met nieuwe ontwikkelingen in de zorgverlening en met nieuwe inzichten omtrent hoe de zorg in kwalitatief opzicht het best kan worden verleend. (Zie: *Kamerstukken II* 1993-94, 23 633, nr. 3, p. 3-5.)

²⁹⁸ De wetgever vond dat de kwaliteit van de zorgverlening gewaarborgd diende te blijven, ongeacht de wijze van financiering. Dit heeft tot gevolg dat ook privé-klinieken onder het toepassingsgebied van de wet vallen. (Zie: *Kamerstukken II* 1993-94, 23 633, nr. 3, p. 4.)

²⁹⁹ De zorginstelling hoeft niet zelf overleg te voeren met een patiëntenorganisatie. Voldoende is dat de resultaten van nationaal of regionaal overleg bij het kwaliteitsbeleid worden betrokken. (Zie: Sluijters 1999 (T&C Gezondheidsrecht), art. 3 KZi, aant. 2.)

³⁰⁰ Dat interne kwaliteitssysteem dient te regelen op welke wijze gegevens met betrekking tot de kwaliteit van de zorg worden verzameld en getoetst en wanneer en op welke wijze dit leidt tot veranderingen en verbeteringen. De kwaliteitsbewaking is bedoeld als cyclisch en dynamisch proces.

³⁰¹ In feite is daarmee sprake van ‘toezicht op toezicht’: er wordt toezicht uitgeoefend op de mate waarin de zorginstellingen zelf toezicht houden op de kwaliteit van de door hen geleverde zorg (zie: *Kamerstukken II* 1993-94, 23 633, nr. 3, p. 13).

³⁰² Zie voor de conclusies: Evaluatierapport KZi 2001, p. 6-12.

maar hebben nog maar weinig aandacht voor de resultaten van het kwaliteitsbeleid (er wordt nog niet veel ‘teruggekoppeld’).³⁰³ Daarnaast krijgt het patiëntenperspectief onvoldoende ruimte binnen het kwaliteitsbeleid: het komt slechts in beperkte mate voor dat patiënten- en cliëntenorganisaties van het begin af aan bij het kwaliteitsbeleid worden betrokken.³⁰⁴ Het begrip ‘verantwoorde zorg’ kan daardoor niet goed worden geoperationaliseerd. Minister Borst pleitte er daarom voor dat vertegenwoordigers van cliënten op zowel landelijk, regionaal als instellingsniveau, meer zouden worden betrokken bij de ontwikkeling van protocollen, richtlijnen en kwaliteitsnormen en dat patiënten- en cliëntenorganisaties meer voor hun toetsende rol inzake de kwaliteit van de zorg zouden worden toegerust.³⁰⁵

De conclusie kan dus worden getrokken dat kwaliteitswetgeving als de WKCZ en de KZi, de invloed van de cliënten op het door de instelling ten aanzien van de zorg gevoerde beleid onvoldoende waarborgt. Maar is een wettelijke waarborging van deze invloed wel nodig, gezien de beoogde herziening van ons zorgstelsel? Eén van de redenen voor invoering van de WMCZ was immers het ontbreken van het vrije marktmechanisme in de zorg, waardoor het zorgaanbod onvoldoende aansluit op de zorgvraag.³⁰⁶ De WMCZ richt zich daarom met name op het kwaliteitsaspect van de patiëntgerichtheid en de afstemming van de zorg op de reële behoefte van de patiënt/cliënt. Tijdens de parlementaire behandeling kwam echter de vraag aan de orde of de op handen zijnde wijziging van ons zorgverzekeringsstelsel en de daarbij te introduceren elementen van marktwerking, niet reeds voldoende prikkels voor zorgaanbieders zouden opleveren

³⁰³ Dit bleek eerder ook al uit de nota ‘Zorg van betekenis’. Deze nota geeft een overzicht van het kwaliteitsbeleid, zoals dat in de jaren ’90 door zorgaanbieders, zorgvragers en zorgverzekeraars is gevoerd (zie: *Zorg van betekenis* 2000).

³⁰⁴ De integratie van het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid verloopt volgens de evaluatie moeizaam. In een aantal sectoren blijkt de inbreng van het patiëntenperspectief bij de systematische toetsing van kwaliteit goed op gang te komen. Het gaat om de sectoren verpleging en verzorging, de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg en de thuiszorg (vooral de ‘care-sectoren’ dus). De toetsende rol van aan patiënten- en consumentenorganisaties gelieerde instituten als de stichting Cliënt & Kwaliteit (die enquêteonderzoeken verricht in de thuiszorg, verpleging en verzorging) en de stichting Perspectief (die onderzoek verricht in de gehandicaptenzorg) is voor de instellingen echter nog te vrijblijvend van karakter. Dit zou volgens de toenmalige minister Borst op ruimere schaal en professioneler moeten worden aangepakt. De ‘cure-sector’ loopt voorts ver achter bij al deze ontwikkelingen. Het aangekondigde initiatief van de NPCF om vanuit patiëntenperspectief een overzicht te geven van ‘best practices’ kon daarom juist ook in de ‘cure-sector’ op de steun van de minister rekenen. (Zie: *Kamerstukken II* 2001-02, 28 439, nr. 1, p. 6.)

³⁰⁵ *Kamerstukken II* 2001-02, 28 439, nr. 1, p. 3. In de nota ‘Met zorg kiezen’ werd door de toenmalige minister Borst aangegeven hoe de versterking van de positie van de patiënten en cliënten op individueel en collectief niveau zou kunnen worden bereikt. Zij noemde daarin 5 toerustingsniveaus, namelijk: (1) versterking van de rechtspositie van de zorggebruiker (2) verbetering van de informatievoorziening over onder andere het zorgaanbod op zich en over de kwaliteit van de dienstverlening van zorginstellingen en van die van zorgverzekeraars (3) waarborging van de mogelijkheid van onafhankelijk, betrouwbaar en laagdrempelig advies en begeleiding (4) versterking van de inkoopmacht van de cliënt, door onder andere de PGB-regeling te verbeteren (5) versterking van de onderhandelingsmacht van cliënten op collectief niveau, door hun koepelorganisaties financieel te ondersteunen. (Zie: *Met zorg kiezen* 2001.)

³⁰⁶ Zie: subparagraaf 2.5.1.

om een voldoende afgestemd zorgpakket aan de cliënten aan te bieden.³⁰⁷ Minister Borst erkende dat de op handen zijnde stelselwijziging tot een versterking van de marktwerking zou moeten leiden, maar daarmee kon volgens haar niet worden volstaan.³⁰⁸ Het bleef bij ieder stelsel geïndiceerd de belangen van cliënten binnen de instellingen formeel te waarborgen. Waarom dit geïndiceerd is, werd niet verder door haar toegelicht. Reden om dieper in te gaan op de vraag wat de stelselherziening – in grote lijnen – inhoudt en welke gevolgen deze naar verwachting zal hebben voor de kwaliteit van het zorgaanbod.

De Nederlandse gezondheidszorg wordt gekenmerkt door een stelsel van particulier initiatief en verzekeringen. Desondanks houdt de overheid sinds de economische terugval in de jaren '70 de touwtjes strak in handen. Met het oog op doelmatigheid en kostenbeheersing zorgen de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) sinds 1979 voor een stringente aanbodregulering.³⁰⁹ Via een systeem van vergunningen zorgt de WZV voor de planning en regulering van de omvang en spreiding van de intramurale zorginstellingen – zodat de zorg voor iedereen beschikbaar en geografisch bereikbaar is – en zorgt de WTG ervoor dat aan de verschillende vormen van zorgverlening een vast prijskaartje wordt verbonden. Tegelijkertijd zorgen de Ziekenfondswet (Zfw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) er aan de vraagkant voor, dat de zorg ook in financieel opzicht voor alle burgers toegankelijk is. Deze twee verzekeringswetten regelen de vormen van zorg ('de verstrekkingen') waarop de verzekerden aanspraak kunnen maken en bepalen de hoogte van de premie. Tevens kennen zij een 'toelatingsstelsel'. De sociale ziektekostenverzekeraars contracteren alleen met instellingen die als zodanig op grond van de Zfw respectievelijk de AWBZ door de minister zijn toegelaten.³¹⁰ Ten aanzien van deze instellingen geldt zelfs een contracteerplicht.³¹¹

In de jaren '80 bleek al dat dit systeem niet geheel aan de verwachtingen van de wetgever voldeed. Zo stelde de Commissie-Dekker in 1987 vast, dat de grote hoeveelheid inhoudelijke en procedureregels tot een enorme bureaucratie hadden geleid en – mede door het ontbreken van marktmechanismen en door de scheiding van financiering en planning – alles behalve doelmatig bleken te werken.³¹² Met dit adviesrapport deed het 'marktdenken' zijn intrede in de zorg.

³⁰⁷ Het betrof een vraag van Tweede-Kamerlid Rouvoet (zie: paragraaf 3.2). De Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) kwam in een eerder advies ook al met dit argument (zie: subparagraaf 3.4.2).

³⁰⁸ Zie: paragraaf 3.2.

³⁰⁹ Boot & Knapen 2001, p. 247-264.

³¹⁰ Daarbij wordt onder meer gekeken of is voldaan aan de eisen uit de WVZ. Vroeger werden er in dit kader ook kwaliteitseisen aan de zorginstellingen gesteld, maar deze zijn met de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi) komen te vervallen.

³¹¹ Deze contracteerplicht gold aanvankelijk ook ten aanzien van de vrije beroepsbeoefenaren, maar deze is in 1991 opgeheven.

³¹² De verzekerde had volgens de commissie als cliënt maar weinig keuzevrijheid en er bestond maar weinig op de individuele zorgvraag afgestemde zorg. Intussen groeide de druk op het stelsel door toenemende beheerskosten, premieverhogingen en de neergang van de welvaart. Om de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te waarborgen moest men volgens de commissie doelmatiger te werk gaan. Dit zou alleen mogelijk zijn door meer ruimte te bieden aan de eigen verantwoordelijkheid van

Verschillende achtereenvolgende kabinetten hebben vervolgens getracht uitwerking te geven aan dit denken, door te proberen elementen van marktwerking te introduceren in de zorg.³¹³ De grootscheepse Stelselwijziging Ziektekostenverzekering (het ‘plan-Simons’) uit 1990 – waar tijdens de parlementaire behandeling van de WMCZ naar werd verwezen – strandde vanwege haar rigoureuze karakter echter in een stevig politiek en maatschappelijk debat.³¹⁴ In essentie kwam dit plan erop neer dat zorgverzekeraars met elkaar zouden gaan concurreren bij het werven van nieuwe verzekerden, die een vrije keuze van zorgverzekeraar zouden krijgen. De zorgverzekeraars zouden zich daarbij dan van elkaar proberen te onderscheiden wat betreft de hoogte van de premie en de (kwaliteit van de) zorgaanbieders die zij zouden weten te contracteren. De contracteerplicht van de zorgverzekeraars jegens de zorgaanbieders zou namelijk komen te vervallen. Met het opheffen van deze contracteerplicht zou eveneens concurrentie ontstaan tussen de zorgaanbieders. De toenmalige staatssecretaris Simons hoopte dat zorgaanbieders daardoor doelmatiger en meer patiëntgericht zouden gaan werken. Mochten de cliënten desondanks niet tevreden zijn over de geleverde zorg, dan zouden zij naar een andere verzekeraar kunnen stappen (de cliënten zouden dus kunnen ‘stemmen met de voeten’). Het ‘paarse alternatief’ dat volgde, was in tegenstelling tot het ‘plan-Simons’ geen alomvattend samenghangend beleid, maar meer pragmatisch en fragmentarisch van opzet. Er was sprake van een knelpunten- en prioriteitenaanpak.³¹⁵ Daarbij werden in het kader van het MDW-project, verschillende deelprojecten gestart.³¹⁶ Was het doel

vragers en aanbieders van zorg en door tegelijkertijd prikkels te hanteren die de marktgerichtheid dienden te versterken. (Zie: subparagraaf 4.2.3.)

³¹³ De zorg zal nooit volledig aan marktwerking kunnen worden overgelaten, omdat dit ten koste zou gaan van aan de zorg ten grondslag liggende principes als rechtvaardigheid en solidariteit, alsmede van de toegankelijkheid en het kwaliteitsniveau van de zorg. Het sturingsprincipe van marktwerking gaat volgens de economische theorie namelijk uit van een markt van onafhankelijke, rationeel handelende subjecten, die hun voorkeuren, bij een volkomen kennis van marktomstandigheden, perfect tot uitdrukking kunnen brengen. De markt van de gezondheidszorg wijkt daar echter op belangrijke punten vanaf. Zo weet de consument doorgaans niet van tevoren of, en zo ja wanneer hij ziek zal worden en welke zorg hij dan nodig zal hebben. Vanwege deze onzekerheid gaat men in de gezondheidszorg over tot verzekeren. Wanneer aan dit verzekeren onvoldoende eigen risico of eigen bijdragen worden verbonden, dan heeft dit als neveneffect dat consumenten een onvolledige kosten-baten-afweging maken en ‘irrationeel’ consumentengedrag gaan vertonen, hetgeen in een vrije markt de prijs zal opdrijven. Dit irrationele consumentengedrag wordt in de zorg mede veroorzaakt door de grote waarde die aan de gezondheid wordt gehecht, een gebrek aan kennis omtrent het zorgaanbod en het feit dat het ziek-zijn een uitvoerige marktorientatie niet bepaald bevordert. Door het bestaan van effectieve machtsposities in de zorg is bovendien geen sprake van volkomen concurrentie: degene die een machtspositie bezit, kan de keuzen beperken of de prijs ten eigen voordele manipuleren. Kortom, in een vrije zorgmarkt dreigen de financieel minder draagkrachtigen buiten de boot te vallen. De wetgever streeft daarom naar een vorm van gereguleerde marktwerking. (Zie: Boot & Knapen 2001, p. 266 en 267.)

³¹⁴ In zijn oratie wijst Schut op het feit dat er voor transitieprocessen van plan naar markt geen economische handboeken bestaan. Het invoeren van de randvoorwaarden voor een verantwoorde vorm van marktwerking dient desondanks in de juiste volgorde te gebeuren. Een verkeerde volgorde kan namelijk tot maatschappelijk ongewenste gevolgen leiden. De hele operatie kent daardoor een groot politiek afbreukrisico. (Zie: Schut 2003, p. 28.)

³¹⁵ Boot & Knapen 2001, p. 330.

³¹⁶ In subparagraaf 4.3.1 werd reeds melding van gemaakt van deze projecten. Genoemd werden de projecten ‘Wet toegang ziektekostenverzekeringen’, ‘het Ziekenhuiswezen’, ‘Concurrentie en prijs-

van deze maatregelen aanvankelijk vooral gelegen in de kostenbeheersing van de zorg, mede gedreven door de hoogconjunctuur van die tijd koos 'Paars II' vooral voor meer vraagsturing en het wegwerken van wachtlijsten.³¹⁷ In dat kader streefde Paars II naar een modernisering van de AWBZ, de WTG en de WVZ.³¹⁸ Het kabinet-Balkenende I nam deze plannen onverkort over en ook het huidige kabinet-Balkenende II wil dit beleid van Paars II afmaken.³¹⁹ Tegelijkertijd zet Balkenende II de herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen door. Met de verwachte inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006, zal er naast de AWBZ één verplichte (privaatrechtelijke) verzekering bestaan voor iedereen, verzorgd door private verzekeraars die met elkaar zullen gaan concurreren op punten als de hoogte van de premie en de gecontracteerde zorgaanbieders.³²⁰ Het is de bedoeling dat deze maatregelen de positie

vorming in de gezondheidszorg', 'Kinderopvang', 'Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)' en 'Geneesmiddelen'.

³¹⁷ Meer vraagsturing (sturing door de vraag) probeerde men onder meer te realiseren door het creëren van meer keuzevrijheid (o.a. door het opheffen van toetredingsbelemmeringen) en door de introductie van het persoonsgebonden budget (PGB) in de AWBZ. Met dit persoonsgebonden budget kan de cliënt zelf de benodigde zorg 'inkopen'. Hij heeft dan dus de volledige regie over het zorgaanbod. (Zie: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1998, p. 29.) Tegen het einde van de kabinetsperiode van Paars II werd in de nota 'Vraag aan bod' echter geconstateerd dat de genomen maatregelen onvoldoende waren om het zorgstelsel doelmatig te doen functioneren en het zorgaanbod beter op de vraag te doen aansluiten. Een omslag van een centraal aanbodgestuurd zorgsysteem, naar een decentraal vraaggericht zorgstelsel zou daarom in de nabije toekomst noodzakelijk zijn. (Zie: Vraag aan bod 2001.)

³¹⁸ De flexibilisering van de AWBZ stond in het teken van het project 'Zorg op Maat'. Dit project heeft onder meer geleid tot een versoepeling van de zorgaanspraken, waardoor zorgaanbieders hun cliënten niet langer een totaalpakket hoeven aan te bieden, maar zij de zorg thans ook in onderdelen kunnen leveren. De cliënt kan daardoor zelf een pakket uitzoeken dat past bij zijn of haar zorgvraag. Tegelijkertijd is het persoonsgebonden budget (PGB) ingevoerd. In combinatie met een wijziging van de WVZ diende de wijziging van de AWBZ voorts de toetreding van zorgaanbieders tot de zorgmarkt te vereenvoudigen en hen meer vrijheid te bieden om hun aanbod uit te breiden en eventueel andere dan de binnen hun eigen zorgsector vallende zorg aan de cliënt aan te bieden. Tot slot diende ook de WTG geflexibiliseerd te worden: daar waar dat mogelijk was zouden de prijzen van zorgvoorzieningen vrij moeten worden gelaten. Deze dienden tot stand te komen in het onderhandelingsproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, waarbij het zorgaanbieders – onder voorwaarden – zou moeten worden toegestaan winst te maken.

³¹⁹ Zo zal naar de WZV naar verwachting in 2005 worden vervangen door de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en zal naar verwachting in datzelfde jaar de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg (WHOZ) in werking treden. Met deze laatste wet wil het kabinet meer contractsvrijheid creëren tussen individuele zorgverzekeraar en zorgaanbieder en wordt de contracteerplicht ten aanzien van bepaalde vormen van zorg opgeheven (zie: *Kamerstukken II* 2002-03, 28 994, nr. 3).

³²⁰ Men borduurt dus verder op het oorspronkelijke plan-Simons. Met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet verdwijnt het verschil tussen het ziekenfonds en de particuliere verzekeringen. Alle verzekeraars zullen verplicht zijn om in ieder geval een bepaald minimumpakket van noodzakelijke zorg aan te bieden (een standaardpakket dat vergelijkbaar is met het huidige ziekenfondspakket), ten aanzien waarvan een verbod geldt op premiedifferentiatie naar gezondheid en leeftijd. Voor dit standaardpakket zal een acceptatieplicht gelden voor verzekeraars, ten einde solidariteit en toegankelijkheid te garanderen. Tegelijkertijd zullen alle Nederlanders verplicht zijn om zo'n basispakket af te nemen. Daarnaast zullen zij, naar eigen keus, een verzekering voor aanvullende zorg kunnen afsluiten. Verzekerden die niet treden zijn over het zorgaanbod waarop zij aanspraak kunnen maken, kunnen – zij het één keer per jaar – van verzekeraar wisselen. Dat stelt hen dus in de gelegenheid om met 'de voeten te stemmen'. (Zie: *Kamerstukken II* 2003-04, 29 763, nr. 3 en Schut 2003, p. 22-24.) In aanvulling op deze 'marktprikkel' wil het huidige kabinet voorts dat verzekeraars structurele metingen van verzekerden tevredenheid invoeren (zie: *Kamerstukken II* 2003-04, 27 807, nr. 21). Het kabinet wijkt daarmee enigszins af van het advies van de RVZ om de verzekerden en cliënten via hun

van de cliënten en patiënten zullen versterken, maar het is thans nog de vraag of zij er echt op vooruit zullen gaan. De huidige stelselherziening staat namelijk sterk in het teken van kostenbeheersing en gaat gepaard met maatregelen als ‘verdere pakketbeperkingen’, de verhoging van de eigen bijdragen en een eigen risico in het ziekenfonds/standaardpakket. Het risico bestaat bovendien dat de stelselwijzing vooral zal leiden tot een scherpe prijsconcurrentie tussen zorgaanbieders en scherpe premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars, die de aandacht voor kwaliteitsaspecten juist zal verzwakken.³²¹ Daarnaast bestaat het gevaar dat zorgverzekeraars de zorg voor verzekerden waar zij niets aan verdienen (de chronisch zieken) bewust ongunstig zullen inkopen, om zo te bewerkstelligen dat die verzekerden overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

Kortom, het is onzeker of het nieuwe zorgstelsel zal leiden tot een verhoging van de kwaliteit van de zorg en een beter op de zorgvraag aansluitend zorgaanbod. Veel zal in de praktijk afhangen van de omvang van de daadwerkelijke keuzemogelijkheden die de cliënt heeft en de mate waarin hij zich daarover kan (laten) informeren.³²² De huidige informatiemogelijkheden en de bereidheid onder de verzekerden om op basis daarvan een weloverwogen keuze te maken, laten vooralsnog echter te wensen over.³²³ Bovendien is er daarnaast momenteel nog altijd sprake van aanbodschaarste en wachtlijsten.³²⁴ In de langdurige zorgverlening (de ‘AWBZ-zorg’) is zelfs sprake van ‘zorgverschraling’. Het is in de langdurige zorgverlening, en zeker bij de opname in een intramurale voorzie-

cliëntenorganisaties ook formeel bij de zorginkoop door verzekeraars te betrekken (zie: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2003, p. 48. Zie ook: De Lint 2003, p. 240 en 241). Zie over een soortgelijk idee voorts: Den Exter, Buijsen & Hermans 2004.

³²¹ De Groot 2004, p. 199.

³²² In zijn oratie wijst Schut op de noodzaak van de totstandkoming van een goede informatievoorziening over de prijs-prestatieverhouding van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De basis van de effectiviteit van de beoogde concurrentie is namelijk gelegen in het feit dat verzekerden een kritisch en weloverwogen keuze kunnen maken voor een zorgverzekeraar. Zonder dreiging dat ontevreden verzekerden zullen wegllopen, gaan zorgverzekeraars zich immers niet inspannen om de zorg zo goed en doelmatig mogelijk voor hen te regelen. (Zie: Schut 2003, p. 22-24.)

³²³ Schut wijst in dit verband op het feit dat, hoewel de ziekenfondsverzekerden al sinds 1997 jaarlijks van ziekenfonds mogen wisselen, zij nauwelijks gevoelig blijken te zijn voor de soms aanzienlijke verschillen in nominale premie. Veel verzekerden blijven gewoontegetrouw verzekerd bij het ziekenfonds waar zij altijd al verzekerd waren. Van het huidige keuzegedrag gaat vooralsnog dus geen disciplinerende werking uit op het gedrag van zorgverzekeraars. Schut wijst daarom op het belang dat verzekerden niet alleen worden geïnformeerd over de premie, maar vooral over het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars. Het ontwikkelen van onafhankelijke, betrouwbare en begrijpelijke consumenteninformatie vormt volgens hem een belangrijke publieke taak. Tegelijkertijd is het van cruciaal belang dat zorgverzekeraars meer inzicht verwerven in de prijs en kwaliteit van het zorgaanbod. Onder meer in de ziekenhuissector is men daarom bezig met het ontwikkelen van een gestandaardiseerd systeem van productclassificatie en prestatieindicatoren. (Zie: Schut 2003, p. 22-24.) Ook Rutten en Brouwer wijzen op het feit dat de verzekerden maar weinig ‘mobiel’ zijn op de verzekeringsmarkt. Slechts weinigen willen zich de moeite getroosten de te behalen voordelen (als gevolg van verschillen in nominale premies) te verzilveren. Dit terwijl een actieve betrokkenheid van verzekerden voor een systeem van gereguleerde concurrentie van cruciaal belang is. Vraagsturing is volgens hen namelijk alleen mogelijk, wanneer verzekerden waarde hechten aan het goed dat verhandeld wordt. Het zou volgens hen dus kunnen dat het nieuwe zorgstelsel ‘rondom de zwakste schakel’ wordt gebouwd. Zij hopen dat het aanbrengen van de nodige verbeteringen op het gebied van de informatievoorziening, bij de verzekerden tot een grotere betrokkenheid zal leiden. (Zie: Rutten & Brouwer 2003, p. 15, 18-20 en 33.)

³²⁴ *Kamerstukken II* 2003-04, 27 807, nr. 21, p. 1.

ning, bovendien veel moeilijker en ingrijpender van hulpverlener of zorginstelling te veranderen dan in de kortdurende zorgverlening.³²⁵ Daarom is volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) juist in de langdurige intramurale zorg behoefte aan een sterk accent op wettelijk gereguleerde patiënteninbreng binnen de instellingen.³²⁶ Maar zo lang er in de overige zorgsectoren nog in onvoldoende mate sprake is van marktwerking, zal ook bij die zorginstellingen behoefte blijven bestaan aan een wettelijk gewaarborgde vorm van invloed van cliënten op de beleidsvorming.³²⁷ Tot slot dient te worden opgemerkt dat de overheid de inkoop van zorg niet op alle deelmarkten aan de zorgverzekeraars zal kunnen overlaten.³²⁸ Voor bepaalde zorgvoorzieningen is gereguleerde concurrentie tussen risicodragende zorgverzekeraars namelijk ongewenst, omdat zorgvragers niet in staat zijn een weloverwogen keuze voor een zorgverzekeraar te maken, hetgeen kan leiden tot een verschraling van de kwaliteit van de zorg (bijvoorbeeld in de verslavingszorg of in de langdurige geestelijke gezondheidszorg). Ook kan het vanwege inherente marktonvolkomenheden of uit het oogpunt van het waarborgen van minimale beschikbaarheids- of kwaliteitseisen op bepaalde deelmarkten noodzakelijk zijn om de prijs, capaciteit en/of kwaliteit expliciet te blijven reguleren. Het spreekt voor zich dat een wettelijk gewaarborgde vorm van invloed van cliënten op de beleidsvorming ook bij dit soort zorginstellingen nodig zal zijn.

5.4.3 Conclusie

De twee voorgaande subparagrafen leiden tot de conclusie dat beide doelen van de WMCZ – zowel de democratisering van zorginstellingen en versterking van de rechtspositie van de cliënt, als het beter doen aansluiten van het zorgaanbod op de zorgvraag – nog steeds noodzaken tot een wettelijke waarborging van de invloed van cliënten op de beleidsvorming van collectief gefinancierde zorginstellingen. Dat wil echter niet zeggen dat het vertegenwoordigen van cliënten via een cliëntenraad, waaraan medezeggenschapsrechten (inclusief medebeslissende bevoegdheden) worden toegekend, ook ten aanzien van alle zorginstellingen de aangewezen manier is om deze invloed vorm te geven. Deze participatievorm ligt – blijkens subparagraaf 5.3.2 en subparagraaf 5.4.1 – met name voor de hand bij zorginstellingen waarvan cliënten voor langere tijd afhankelijk zijn en waarvan het beleid van ingrijpende invloed is op hun leefstijl. Voorts kan hieruit niet worden afgeleid dat de WMCZ ook van toepassing zou moeten zijn op

³²⁵ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1998, p. 38.

³²⁶ Dat de mate van inspraak van cliënten in het zorgproces bij dit soort instellingen direct van invloed is op de kwaliteit van de zorg, bleek ook al uit het eerder reeds genoemde recente onderzoek dat de stichting Cliënt & Kwaliteit verrichtte in verplegings- en verzorgingstehuizen (zie: subparagraaf 5.4.1).

³²⁷ Ook de RVZ vond het tevens in de kortdurende zorg van belang, dat de overheid zou stimuleren dat patiënten bij de beleidsvoering in zorginstellingen worden betrokken (zie: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1998, p. 38).

³²⁸ Schut 2003, p. 27.

particulier gefinancierde zorginstellingen.³²⁹ De cliënten kunnen bij deze instellingen immers ‘met de voeten stemmen’, waardoor in de kortdurende zorg nauwelijks meer gesproken kan worden van afhankelijkheid. Deze op winst gerichte zorginstellingen zullen bovendien uit zichzelf al geneigd zijn om zich te richten op de behoeften van de cliënten. Het opwerpen van overbodige bureaucratische verplichtingen zou ten aanzien van deze zorginstellingen slechts toetredingsdrempels opwerpen.³³⁰ Vanuit het democratiseringsdoel geredeneerd, valt daarom hooguit iets te zeggen voor het van toepassing verklaren van de WMCZ op particulier gefinancierde verzorgings- of verpleegtehuizen.³³¹

5.5 Andere (meer voor de hand liggende) vormen van cliëntenparticipatie?

Toen de Commissie-Van der Burg in 1977 haar aanbevelingen deed ter zake van democratisering van door de overheid gesubsidieerde instellingen, zei zij zich daarbij bewust te zijn van het feit dat men – om redenen van effectiviteit en efficiency – bij het opleggen van democratiseringsmaatregelen rekening zou moeten houden met de bijzondere aard en doelstelling van de instellingen.³³² De juiste keuze van democratiseringsinstrumenten zou daarom van geval tot geval kunnen verschillen. Desondanks koos de wetgever met de WMCZ voor een vrij uniform democratiseringsmodel, namelijk dat van de cliëntenraad. In paragraaf 3.4 werd een overzicht gegeven van de kritiek die daarop kwam. Men vroeg zich af of toepassing van het ‘radenmodel’ in ziekenhuizen en extramurale instellingen, gezien de aard van deze instellingen en van hun cliëntenbestand, wel mogelijk zou zijn en of er onder de cliënten wel behoefte aan zou bestaan. Uit voorlopige evaluatiegegevens – zoals die aan de orde kwamen in paragraaf 5.2 – lijkt te kunnen worden afgeleid dat deze kritiek ten aanzien van een belangrijk deel van deze instellingen gegrond is. Hoewel goed functionerende cliëntenraden bij sommige van deze instellingen wel voorkomen, lukt het de meeste instellingen niet een representatieve cliëntenraad in te stellen, die daadwerkelijk in staat is de zienswijze en belangen van de achterban te vertolken en te behartigen. De ver-

³²⁹ In de gezondheidszorg gaat het daarbij om instellingen die niet worden gefinancierd op grond van de AWBZ of Zfw.

³³⁰ Het feit dat de KZi wel van toepassing is op particulier gefinancierde zorginstellingen, is op zich geen argument om het toepassingsgebied van de WMCZ dus ook maar uit te breiden. De KZi beoogt namelijk niet alleen te waarborgen dat de aangeboden zorg patiëntgericht is en tegemoet komt aan zijn reële zorgvraag, maar ook dat de zorg inhoudelijk gezien – volgens professionele standaarden – van verantwoord niveau is. Daarnaast beoogt de KZi calamiteiten binnen te zorginstellingen te voorkomen. Deze wet beoogt dus tevens de gezondheid en veiligheid van de patiënt te beschermen.

³³¹ De particuliere intramurale ouderenzorg beslaat momenteel zo’n 20% van de particulier gefinancierde zorginstellingen. Bij die instellingen is nog steeds sprake van afhankelijkheid van de cliënt. Deze afhankelijkheid vloeit voort uit het feit dat de cliënt daar duurzaam verblijft en niet zo gemakkelijk van thuis zal wisselen, terwijl de beleidsvorming binnen de het tehuis een ingrijpende invloed heeft op zijn leefstijl. In die zin kan de vergelijking worden getrokken met de afhankelijkheidssituatie van de werknemer ten opzichte van zijn werkgever. (Zie voor een overzicht van de verschillende vormen van particulier gefinancierde zorg in ons land: Jeurissen 2002, p. 10, 11, 21, 30 en 31.)

³³² Zie: subparagraaf 2.3.1.

minderde betrokkenheid van de cliënten van deze instellingen leidt ertoe dat er geen geschikte kandidaten gevonden kunnen worden, of, als die al gevonden kunnen worden, zij weinig tot geen contact hebben met de achterban.³³³ De cliëntenraadsleden vallen in het laatste geval terug op hun eigen ervaringsdeskundigheid, maar deze is bij de cliënten in de kortdurende zorg slechts in beperkte mate aanwezig. Tegelijkertijd moeten de zorginstellingen relatief gezien veel geld investeren in de ondersteuning van deze cliëntenraden. Geconcludeerd kan daarom worden dat de cliëntenraad zoals de WMCZ deze voorschrijft, ten aanzien van een deel van de zorginstellingen waarop de WMCZ van toepassing is, geen doeltreffend en doelmatig middel is om de doelen van de WMCZ mee te bereiken. Zorginstellingen die – door de toenemende marktwerking in de zorg – echt vraaggericht willen werken, kunnen in zo’n geval zelfs hinder ondervinden van de cliëntenraad. De (niet-representatieve) cliëntenraad staat dan in feite de daadwerkelijke zeggenschap van de cliënten in de weg, zo stelt Breij als voorzitter van de Raad van Bestuur van de Mondriaan Zorggroep in Zuid-Limburg in het ggz-maandblad *Psy*.³³⁴ Wanneer de zorgaanbieder het nut van zijn cliëntenraad niet inziet, bestaat bovendien het gevaar dat deze slechts voor de vorm wordt ingesteld en niet echt serieus wordt genomen. Bij de cliëntenraadsleden kan dit tot veel frustraties leiden.³³⁵

De vraag die zich dus opdringt, is of er voor deze zorginstellingen geen efficiëntere participatievormen denkbaar zijn. Bestuursvoorzitter Breij stelt dat de Mondriaan Zorggroep instrumenten heeft ontwikkeld om de daadwerkelijke zorgvraag boven tafel te krijgen. Deze duidt hij aan met de term ‘zorgmonitor’. De resultaten van hun marktanalyse zouden richtinggevend zijn bij het zorgbe-

³³³ Met name in de kortdurende zorg is die belangstelling nauwelijks aanwezig. Dit kan worden verklaard aan de hand van het onderscheid dat Van Wijmen maakt tussen patiënten die passanten zijn en diegenen die levenslang hebben. Het verschil tussen beide categorieën is volgens hem groot. Het eerste type patiënt maakt kort en heftig kennis met de gezondheidszorg. Als er sprake is van een ernstige ziekte of aandoening is de stemming er vaak één van onbestemdheid, bezorgdheid en angst. De patiënt heeft de neiging zich willoos aan de hulpverlener over te geven, zich te onderwerpen aan diagnostiek en behandeling, in de hoop dat deze stuurloze episode zo kort mogelijk duurt en niet meer terugkomt. Daartegenover staat het tweede type: de chronisch zieke patiënt. Ziekte of gebrek zijn in zijn leven permanent aanwezig. Zijn afhankelijkheid ligt dan ook niet zozeer in het verschil in deskundigheid – hij weet vaak net zo goed of beter dan de hulpverlener wat hem mankeert, wat de beste aanpak is en wat het perspectief – maar in de onontkoombaarheid dat hij zich door het systeem moet laten helpen. In deze categorie komen volgens Van Wijmen zelfverzekerde en zelfs opstandige patiënten voor. (Zie: Van Wijmen 1996, p. 8 en 9. Zie ten aanzien van de verschillen tussen ‘de vraag naar herstel’ en ‘de vraag naar ondersteuning’ tevens: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1998, p. 57-62.) Het wekt dan ook geen verbazing dat juist onder de laatst omschreven categorie patiënten behoefte bestaat aan medezeggenschap en dat zij daar, gezien hun mate van ervaringsdeskundigheid, ook goed toe in staat moeten worden geacht. Daarbij dient de kanttekening worden geplaatst dat de introductie van het persoonsgebonden budget (PGB) – dat cliënten van extramurale zorginstellingen de mogelijkheid biedt om de benodigde zorg zelf in te kopen – de behoefte aan medezeggenschap eveneens zal doen afnemen, aangezien de cliënt daardoor reeds de volledige regie krijgt over de zorg. Omdat het PGB een hoop geregeld met zich meebrengt en de nodige managementkwaliteiten vereist, kiezen de meeste cliënten (met name de ouderen) tot nu toe echter nog voor zorg in natura.

³³⁴ Breij 2003, p. 22.

³³⁵ Dit blijkt bijvoorbeeld uit de reactie van Braam (voormalig voorzitter cliëntenraad Haagse Riagg’s) op het artikel van Breij (zie: Braam 2003, p. 21).

leid.³³⁶ De GGz-instellingen doen voorts, evenals bijvoorbeeld de thuiszorginstellingen, aan ‘benchmarking’. In het kader van deze, door de branchevereniging georganiseerde, periodieke kwaliteitsmetingen vinden onder meer enquêtes onder de cliënten plaats.³³⁷ Verder vinden er in de GGz verschillende ‘vraaggestuurde projecten’ plaats en voeren de instellingen overleg met categoriale patiëntenorganisaties, die specifiek de belangen van cliënten in de GGz behartigen. Ook veel thuiszorginstellingen, gezondheidscentra en revalidatieinstellingen voeren naast het overleg met de cliëntenraad, periodiek overleg met het RPCP en/of categoriale patiënten- en cliëntenverenigingen en houden zelfstandig en/of landelijke tevredenheidsonderzoeken onder hun cliënten. Sommige van deze instellingen zouden zich bij voorkeur op de laatste twee vormen van cliëntenparticipatie willen concentreren, omdat deze efficiënter zouden zijn en beter zouden aansluiten bij de aard van hun cliëntenbestand.³³⁸ Soms geldt dit slechts ten aanzien van een deel van het cliëntenbestand. Bij instellingen voor maatschappelijke opvang bijvoorbeeld, lijkt dit op te gaan voor de cliënten van de crisis- en vluchtelingenopvang. Er zijn ook zorgaanbieders die de voorkeur geven aan het contact met hun eigen cliënten boven het overleg met het RPCP, maar dan – vanwege het gebrekkige of afwezige contact met de achterban en de beperkte belastbaarheid van de cliëntenraadsleden (vanwege hun hoge ouderdom) – liever in de vorm van een ‘cliëntenpanel’ dan in dat van een medezeggenschapsorgaan. Op deze wijze kan de zorgaanbieder zonder al teveel administratieve rompslomp profiteren van de ervaringsdeskundigheid van zijn cliënten.

Ten aanzien van ziekenhuisinstellingen werd ten tijde van de totstandkoming van de WMCZ reeds door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) gewezen op het feit dat ziekenhuizen al contacten onderhielden met categoriale patiëntenverenigingen (op afdelingsniveau) en met RPCP’s (op directieniveau), hetgeen naar tevredenheid van wederzijdse partijen verliep en beter zou passen bij de bijzondere aard van de ziekenhuisinstelling.³³⁹ Uit de voorlopige evaluatiegegevens blijkt dat de invoering van de WMCZ in veel gevallen ten koste is gegaan van dit overleg met patiëntenorganisaties.³⁴⁰ Daarvoor in de plaats kwam in de meeste gevallen een cliëntenraad waarvan de representativiteit omstreden is en de invloed gering. In de meeste gevallen werden diens bevoegdheden namelijk door de directie beperkt tot een ‘meeweten’ en een ‘meepraten’ (een dergelijke cliëntenraad wordt ook wel aangeduid met de term ‘patiëntenadviesraad’). Hoewel in dit kader wordt gesproken van een ‘doorgroei-model’ rijst het vermoeden dat de bevoegdheden bewust zijn ‘gekortwiekt’ om te voorkomen dat deze cliëntenraad de directie teveel voor de voeten zou gaan

³³⁶ Deze stelling werd overigens in twijfel getrokken door de voorzitter van de gezamenlijke cliëntenraad van de Mondriaan Zorggroep, die in één van de volgende nummers van *Psy* reageerde op het artikel van Breij (zie: Van Aart 2003, p. 20).

³³⁷ De resultaten van deze metingen onder de cliënten worden per GGz-instelling weergegeven in de ‘GGz-thermometer’.

³³⁸ Zie: subparagraaf 5.2.2.

³³⁹ De NRV sprak in dit verband van een ‘genuanceerde overlegsituatie’ (zie: subparagraaf 3.4.1).

³⁴⁰ Zie: subparagraaf 5.2.2.

lopen.³⁴¹ Dat wil niet zeggen dat deze ziekenhuizen niet geïnteresseerd zijn in de kwaliteitsbeleving van hun patiënten. Zij maken daarvoor echter liever gebruik van andere middelen, zoals overleg met patiëntenorganisaties, de klachtencommissie, een klachten-/ideeënbus op de poli (voor minder zwaarwegende klachten en verbeterpunten), gestructureerde exit-interviews/ enquêtes, het periodiek bevragen van een ad hoc samengesteld panel van ex-patiënten en andere vormen van cliëntenparticipatie.³⁴²

Heesmans en Sterk zullen niet verbaasd zijn over deze gang van zaken bij ziekenhuizen. Deze auteurs wezen er enkele jaren geleden reeds op dat het patiëntenbelang bij algemene ziekenhuizen niet is gediend met het starre model van de cliëntenraad.³⁴³ Er waren andere vormen van participatie die qua representativiteit de voorkeur verdienden. Zij stelden voor de bestuurlijke en de inhoudelijke aspecten van elkaar te scheiden. Het primaat van de patiëntenparticipatie zou op inhoudelijke zaken moeten komen te liggen, waarbij zij rekening hielden met het feit dat de bestuurlijke zaken veelal buiten het interessegebied van de individuele patiënt liggen. Deze patiëntenparticipatie zou op decentraal (cluster/divisie-)niveau moeten plaatsvinden, omdat het cluster-/divisiemanagement de voor patiënten merkbare besluiten neemt. Hun besluiten hebben namelijk direct betrekking op de zorginhoudelijke gang van zaken binnen de cluster of divisie. De betrokkenheid van de patiënten is op dat concrete niveau ook het grootst. Bovendien krijgt het management dan direct 'feedback' en gaat dit niet helemaal via de directie, hetgeen een omslachtige weg is. De participatie zou volgens Heesmans en Sterk kunnen worden vormgegeven door het betrekken van contactpersonen van categoriale patiëntenverenigingen bij de besluitvorming van de cluster of divisie. Daarnaast zouden patiënten ook zelf voor inbreng kunnen zorgen bij concrete activiteiten als voorlichtingsbijeenkomsten. Soms zou een patiënt ook zelf kunnen deelnemen aan een commissie voor patiënten-voorlichting of zouden patiënten een bijdrage kunnen leveren aan een klinische les of aan een themabijeenkomst op de afdeling.³⁴⁴ Op directieniveau konden de belangen van de patiënten volgens Heesmans en Sterk voorts het beste worden behartigd door het RPCP. Deze organisatie is het best in staat zich bezig te hou-

³⁴¹ Geformuleerd in de terminologie van Teubner wordt de prikkel van de wetgever (de WMCZ) door de ziekenhuizen dus 'vertaald' op een wijze die past binnen hun de autopoiëtische subsystemen (zie voor de theorie van Teubner: subparagraaf 4.4.2).

³⁴² Bij het Oogziekenhuis te Rotterdam bijvoorbeeld, zijn permanent een aantal specifieke categoriale patiëntenverenigingen in het gebouw aanwezig als aanspreekpunt voor de patiënten (het betreft verenigingen van mensen met een chronische oogaandoening, zoals de glaucoomvereniging, de gravesvereniging en de diabetesvereniging). Zij stellen de patiënten op hun gemak en geven voorlichting. Het bestuur van het Oogziekenhuis krijgt via deze verenigingen op informele wijze 'feedback' op de geleverde zorg.

³⁴³ Heesmans & Sterk 1996, p. 7 e.v.

³⁴⁴ Ziekenhuismanagers Schraven en Musch noemen in dit verband nog het betrekken van cliënten bij de opleidings- en nascholingscursus, bij de ontwikkeling van eisen waaraan een verbouwingsproject moet voldoen en bij de ontwikkeling van protocollen, diensten en producten. Ook deze auteurs zijn er voorstander van de cliëntenparticipatie op decentraal niveau zoveel mogelijk aan zelfregulering over te laten. Het gevaar bestaat dan volgens hen wellicht dat de invloed van de cliënten versnipperd raakt, maar men kan dan wel profiteren van de 'quality of scale'. Tegelijkertijd kan op het niveau van de directie het principe van de 'power of scale' gelden, door het RPCP de rol 'counterpart' van de directie te laten vervullen. (Zie: Schraven & Musch 1997, p. 2 e.v.)

den met bestuurlijke zaken als de reorganisatie van clusters, wijzigingen in het zorgaanbod, samenwerkingsovereenkomsten met andere ziekenhuizen of ontwikkelingen op het gebied van transmurale zorg. Het RPCP zou in die zin de rol van 'cliëntenraad' kunnen vervullen, aldus Heesmans en Sterk.³⁴⁵ Het voorstel doet denken aan de overlegsituatie zoals die in ziekenhuizen bestond voor de inwerkingtreding van de WMCZ.³⁴⁶ De huidige WMCZ biedt echter geen ruimte voor een dergelijke creatieve toepassing van de wet. Dat blijkt onder meer uit het feit dat de door de academische ziekenhuizen gezamenlijk ingestelde cliëntenraad (de 'CRAZ') door de minister werd afgekeurd als zijnde 'geen cliëntenraad in de zin van de WMCZ'.³⁴⁷ Dit ondanks het feit dat de academische ziekenhuizen gemotiveerd stelden dat de CRAZ voor hen het meest doeltreffende en doelmatige middel is om de doelen van de WMCZ mee te bereiken.³⁴⁸

Geconcludeerd kan worden dat de WMCZ ten aanzien van een aanzienlijk deel van het toepassingsgebied niet alleen in strijd is met de kwaliteitsvereisten van doeltreffendheid en doelmatigheid (en daarmee ook met het rechtmatigheidsvereiste³⁴⁹) en de vereisten van uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid, maar ook met het subsidiariteitsvereiste. De wet biedt namelijk onvoldoende ruimte aan het veld om door middel van zelfregulering tot effectievere en efficiëntere vormen van cliëntenparticipatie te komen.³⁵⁰ Door 'top-down' één uniform model van cliëntenparticipatie aan het veld op te leggen, is de wetgever voorbij gegaan aan de diversiteit van het zorgveld en doet hij te kort aan de eigen verantwoordelijkheid van het zorgveld en de daarin aanwezige deskundigheid en creativiteit. De wet werkt bovendien verstorend op hetgeen in sommige zorginstellingen reeds aan, naar tevredenheid werkende overlegstructuren tot stand was

³⁴⁵ Wanneer men het uitgangspunt hanteert dat alle inwoners binnen het werkgebied van een ziekenhuis onder het begrip 'cliënt' vallen, ligt een rol voor de RPCP des te meer voor de hand. In wezen is er dan namelijk niet slechts sprake meer van 'patiënt participation' maar van 'civil participation'. Het RPCP vertegenwoordigt dan de belangen van alle burgers uit de regio – als zijnde de potentiële cliënten van het ziekenhuis en betalers van belasting en ziektekostenpremies – en kan dit onder meer doen door het voeren van overleg met ziekenhuisdirecties en het mobiliseren van de publieke opinie via de media. In Engeland kent men een vergelijkbare vorm van 'civil participation' in de figuur van de 'community health councils (CHC's)'. Deze krachtens de National Health Service Act uit 1977 opgerichte raden, behartigen de belangen van de bevolking binnen hun 'health district' (§ 111). Zij dienen de zorginstellingen binnen hun district daartoe te controleren en te adviseren (§ 112).

³⁴⁶ Dit versterkt het vermoeden dat de oorspronkelijke overlegstructuur inderdaad beter aansloot bij de bijzondere aard van de algemene ziekenhuizen, dan het huidige cliëntenraadsmodel.

³⁴⁷ Zie: subparagraaf 5.2.4.

³⁴⁸ Zie: subparagraaf 5.2.2.

³⁴⁹ Zie: subparagraaf 5.3.3.

³⁵⁰ De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) trok onlangs dezelfde conclusie ten aanzien van de WMCZ. In een recent rapport zei de WRR dat de vorm van inspraak en medezeggenschap in deze wet te nadrukkelijk wordt geregeld. Inspraak en medezeggenschap zouden daardoor volgens de raad een doel op zichzelf zijn geworden, waarbij de kans op ritualisering groot is. De WRR pleitte daarom voor loslating van de vorm en voor het verplichten tot daadwerkelijke dialoog met en invloed door cliënten en andere belanghebbenden. Daarbij zou ruimte moeten worden gelaten om op lokale situaties toegesneden praktijken te ontwikkelen en daartoe met verschillende vormen van inspraak en beïnvloeding te experimenteren. (Zie: WRR-rapport 2004, p. 240.)

gekomen. De WMCZ kan in die zin worden bestempeld als ‘autocratisch recht’.³⁵¹

De vraag is alleen waar dan precies het evenwicht dient te liggen tussen wettelijke regeling en zelfregulering. Een wettelijke regeling blijft namelijk noodzakelijk, aangezien het volledig overlaten van cliëntenparticipatie aan zelfregulering – gezien de beperkte marktwerking tot nu toe – wel eens teveel in een sfeer van vrijblijvendheid zou kunnen blijven steken. Een optie zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat zorginstellingen die er vanwege de aard van hun instelling en cliëntenpopulatie niet in slagen een representatieve cliëntenraad in te stellen, in aanmerking komen voor een vrijstelling van de artikelen 2 tot en met 7 in de WMCZ bij amvb, onder de voorwaarde dat zij een andere, meer passende vorm van cliëntenparticipatie hebben ingevoerd.³⁵² Echter de overheid haalt zich daarmee dan wel veel extra geregeld op de hals – hetgeen op gespannen voet staat met het vereiste van uitvoerbaarheid – en zal naar verwachting bovendien niet goed in staat zijn in ieder individueel geval te beoordelen wat precies de meest optimale vorm van cliëntenparticipatie is.

Een betere optie lijkt het daarom te bepalen, dat de zojuist genoemde artikelen met betrekking tot de cliëntenraad van driekwart-dwingend recht zijn, in die zin dat de zorgaanbieder bij schriftelijke overeenkomst met het regionale patiënten- en cliënten platform (RPCP) ten aanzien van zijn zorginstelling(-en) van deze bepalingen kan afwijken.³⁵³ Omdat het gaat om de belangen van cliënten dient de bevoegde onderhandelingspartner van de zorgaanbieder in dit geval – anders dan in het arbeidsrecht – niet een vakbond, maar een cliëntenorganisatie te zijn. De keuze voor het RPCP ligt daarbij om meerdere redenen voor de hand. Allereerst omdat het een algemene cliënten- en patiëntenorganisatie is. In vrijwel alle gevallen zal het RPCP daarom wel enigszins representatief zijn voor de cliënten van de betreffende zorginstelling. Voor het geval het RPCP echter van mening mocht zijn dat een andere cliënten- of patiëntenorganisatie (of andere cliënten- en/of patiëntenorganisaties tezamen) representatiever is (zijn) voor de betrokken cliënten, dient het RPCP één of meer andere cliënten- en/of patiëntenorganisaties als de bevoegde onderhandelingspartner(s) van de betreffende zorgaanbieder te kunnen aanwijzen.³⁵⁴ Een tweede reden om voor de RPCP's te

³⁵¹ Zie voor de term ‘autocratisch recht’, subparagraaf 4.4.2 (zie in dit verband tevens Hirsch Ballin over de ‘intrinsieke redelijkheid van het recht’ in subparagraaf 4.3.1). Zie voor het gevaar van een deze ‘top-down-benadering’ van wettelijk geconditioneerde zelfregulering voorts eveneens subparagraaf 4.4.2.

³⁵² Een dergelijk voorstel deed de NRV ten tijde van de totstandkoming van de WMCZ (zie: subparagraaf 3.4.1).

³⁵³ Zie voor de techniek van het driekwart-dwingend recht: subparagraaf 4.4.1. Het verankeren van de positie van cliëntenorganisaties in kwaliteitswetgeving, sluit aan bij de aanbeveling van De Lint (zie: De Lint 2003, p. 239). De Lint wees erop dat deze organisaties zowel landelijk als regionaal de belangen van de cliënten behartigen, en als zodanig een belangrijke rol vervullen bij het waarborgen en verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening. Zij vond het daarom opmerkelijk dat hun positie niet wettelijk is verankerd in wetten als de KZi, de WGBO, de WKCZ en de WMCZ.

³⁵⁴ Door het RPCP de bevoegdheid toe te kennen te beoordelen in hoeverre andere cliënten- en/of patiëntenorganisaties representatiever zijn en dus meer in aanmerking komen de onderhandelingspartner van de zorgaanbieder te zijn, wordt voorkomen dat de zorgaanbieder misbruik van deze regeling maakt, door met een willekeurige cliënten- of patiëntenorganisatie om de tafel te gaan zitten, vanwe-

kiezen, is gelegen in het feit dat het regionaal opererende organisaties zijn, die dicht bij de zorginstellingen staan en zich daardoor gemakkelijk van de specifieke knelpunten ter plaatse op de hoogte kunnen stellen. Verwacht mag worden dat het RPCP slechts tot afwijking van de WMCZ zal overgaan, indien duidelijk is dat het cliëntenraadsmodel niet goed bij de betreffende zorginstelling past. In dat kader is van belang dat ter zake kennis wordt genomen van de visie van de eventueel reeds bij deze instelling ingestelde cliëntenraad.³⁵⁵ Het feit dat de zorgaanbieder bij de onderhandelingen de vragende partij is, bevordert in elk geval de totstandkoming van een evenwichtig participatieregeling, die waarborgen bevat dat daadwerkelijk iets wordt gedaan met de resultaten van bijvoorbeeld enquêtes en andere peilingen onder de cliënten. Via hun koepelorganisaties kunnen zowel de zorginstellingen als de patiënten- en cliëntenorganisaties elkaar voorts op de hoogte stellen van hun ervaringen en 'best practices' op het gebied van de cliëntenparticipatie.

Kortom, door aan de WMCZ de bepaling toe te voegen dat deze – wat betreft de artikelen 2 tot en met 7 – van driekwart-dwingend recht is, krijgt de WMCZ een flexibel karakter. Daardoor wordt het mogelijk dat er voor elke zorginstelling binnen het toepassingsgebied een passende vorm van cliëntenparticipatie tot stand komt.³⁵⁶ Op die wijze wordt recht gedaan aan de eigen verantwoordelijkheid van de partijen in het veld, wordt ten volle geprofiteerd van hun expertise en ervaringen op dit gebied en wordt hen de ruimte gelaten om de overeengekomen participatievorm indien nodig – wanneer de praktijk daartoe aanleiding geeft – tussentijds aan te passen.

5.6 Conclusie

Aan het eind van dit hoofdstuk kan worden vastgesteld dat de WMCZ in de huidige vorm ten aanzien van een deel van zijn toepassingsgebied daadwerkelijk in een behoefte voorziet. Zo heeft de wet ervoor gezorgd dat cliëntenraden in de sectoren die al een traditie van medezeggenschap kenden, een duidelijkere en juridisch afdwingbare (dus sterkere) positie hebben gekregen. Zorginstellingen binnen deze sectoren die nog geen cliëntenraad hadden, zijn bovendien ten gevolge van de invoering van de WMCZ ook overgegaan tot het instellen van een cliëntenraad. Het betreft hier met name residentiële zorginstellingen waar cliënten duurzaam verblijven. (Zie: subparagraaf 5.2.1.)

ge het feit dat deze voor hem een makkelijke onderhandelingspartner vormt. Tegelijkertijd wordt voorkomen dat er allerlei geschillen ontstaan rondom de vraag welke organisatie(s) voor de betrokken cliënten het meest representatief is (zijn).

³⁵⁵ Gezien het belang van de cliëntenraad bij de hele gang van zaken, is het verdedigbaar dat deze een verzwaard adviesrecht (of instemmingsrecht) toekomt ter zake van het voorgenomen besluit van de zorgaanbieder om in overeenstemming met het RPCP van de artikelen 2 tot en met 7 WMCZ af te wijken.

³⁵⁶ In die zin kan het driekwart-dwingend recht, dat destijds door Jacobs werd omschreven als 'een grote vondst voor het arbeidsrecht' (zie: subparagraaf 4.4.1), tevens een aanwinst zijn voor het gezondheidsrecht.

In de sectoren die nog geen traditie van medezeggenschap kenden voorziet de WMCZ bij sommige zorginstellingen eveneens in een behoefte (met name de instellingen waarvan cliënten voor langere tijd afhankelijk zijn en waarbij de zorg hun leefsfeer in belangrijke mate bepaalt). Er zijn binnen deze sectoren echter ook zorginstellingen – met name in de kortdurende zorg, maar ook in de langdurende ambulante zorg – waar onder de cliënten nauwelijks behoefte bestaat aan medezeggenschap en/of waar het zeer lastig tot onmogelijk is een representatieve cliëntenraad in te stellen. (Zie: subparagraaf 5.2.2.) Het cliëntenraadsmodel is voor deze zorginstellingen dus geen doeltreffend en (gezien de aan de cliëntenraad verbonden kosten) doelmatig middel om de doelen van de WMCZ – versterking van de rechtspositie van de cliënt op collectief niveau en verbetering van de kwaliteit van de zorg – te bereiken. In die zin is de WMCZ in strijd met de kwaliteitsvereisten van doeltreffendheid en doelmatigheid en uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid. Omdat het middel waartoe de WMCZ verplicht – de cliëntenraad – niet doeltreffend en doelmatig is, is de WMCZ bovendien in strijd met het rechtmatigheidsvereiste. Deze beperking van artikel 8 Gw is immers niet ten aanzien van alle zorginstellingen noodzakelijk te achten. (Zie: subparagraaf 5.3.3.)

De oorzaak van deze tekortkomingen is gelegen in de voorbereiding van de WMCZ, waarbij onvoldoende onderzoek is verricht naar de behoefte aan medezeggenschap onder de cliënten, naar de mogelijkheden bij de verschillende zorginstellingen een representatieve cliëntenraad in te stellen en naar de kosten en neveneffecten van de wet. Hierdoor heeft geen goede doel-middel-afweging kunnen plaats vinden, hetgeen eveneens in strijd is met de vereisten van doeltreffendheid en doelmatigheid. (Zie: subparagraaf 5.3.1.)

Dat het cliëntenraadsmodel ten aanzien van een deel van het toepassingsgebied van de WMCZ geen geschikt middel is om de doelen van de WMCZ mee te bereiken, wil nog niet zeggen dat bij deze zorginstellingen geen behoefte bestaat aan cliëntenparticipatie. In tegendeel. (Zie: paragraaf 5.4.) De doelen van de WMCZ kunnen bij deze instellingen door andere, meer bij de specifieke aard van de zorginstelling en diens cliëntenbestand passende vormen van cliëntenparticipatie, echter op doeltreffender en efficiëntere wijze worden bereikt. Het feit dat de WMCZ niet de mogelijkheid biedt ten gunste van deze participatievormen van het cliëntenradenmodel af te wijken, is in strijd worden met het subsidiariteitsvereiste. Dit knelpunt kan worden opgelost door in de WMCZ de regeling met betrekking tot de cliëntenraad van driekwart-dwingend recht te maken. (Zie: paragraaf 5.5.)