



**‘Low trust’ in de gezondheidszorg<sup>1</sup>**  
Prof. mr. J. Legemaate<sup>2</sup>

We zijn niet gewend om binnen het gezondheidsrecht veel aandacht te besteden aan het gedachtegoed van de Amerikaanse politicoloog en filosoof Francis Fukuyama. In Nederland heeft hij enigszins de schijn tegen, vanwege zijn betrokkenheid bij de Amerikaanse neoconservatieve beweging. Toch doen zich binnen de gezondheidszorg ontwikkelingen voor die associaties oproepen met het werk van Fukuyama. In zijn boek *Trust: the social virtues and the creation of prosperity* maakt Fukuyama een onderscheid tussen ‘low trust societies’ en ‘high trust societies’.<sup>3</sup> Aan dit onderscheid legt Fukuyama de gedachte ten grondslag dat de combinatie van vertrouwen en gedrag dat is gebaseerd op gezamenlijke normen de beste kansen biedt op een hoog niveau van welvaart en welzijn binnen een samenleving. ‘Low trust’ samenlevingen hebben veel meer moeite om een hoog welvaarts- en welzijnsniveau te bereiken en vallen vaker terug op formele instrumenten om beleidsdoelen te realiseren, waaronder niet zelden gedetailleerde wet- en regelgeving. Dit gedachtegoed van Fukuyama heeft geleid tot tal van ranglijstjes van ‘low trust’ en ‘high trust’ samenlevingen. In publicaties daarover wordt Nederland getypeerd als een typische ‘high trust’ samenleving en bijvoorbeeld België als een schoolvoorbeeld van een ‘low trust society’. Er voltrekken zich binnen de Nederlandse gezondheidszorg ontwikkelingen die grote gevolgen zullen hebben voor het gezondheidsrecht in het algemeen en voor de hulpverlener-patiënt relatie in het bijzonder en die eerder lijken te wijzen op ‘low trust’ dan op ‘high trust’ in het vermogen van de zorgsector om zelf kernproblemen aan te pakken en op te lossen. Twee belangrijke dossiers binnen het gezondheidsrecht, de rechten van de patiënt en de kwaliteit en veiligheid van de zorg, staan op dit moment in het teken van naderende wet- en regelgeving die duidelijke kenmerken lijkt te hebben van overregulering en die fundamentele vragen oproept over het instrumentarium dat het beste kan worden ingezet om binnen de gezondheidszorg belangrijke beleidsdoelen, waaronder een goede rechtspositie van de patiënt en een toegankelijke en kwalitatief goede zorg, naderbij te brengen. Genoemd kunnen worden de conceptversie van de Wet cliëntenrechten zorg<sup>4</sup> en de aanbevelingen die worden gedaan in rapport over ‘Governance en kwaliteit van zorg’ van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.<sup>5</sup> In het vervolg van deze rede ga ik nader in op de recente ontwikkelingen met betrekking tot de regulering van de rechten van de patiënt en de kwaliteit van zorg.

### *De rechten van de patiënt*

De openingszin van de oratie die collega Sijmons in 2007 uitsprak, luidde: “Gezondheidszorg is er voor de patiënt”.<sup>6</sup> Mede om die reden nemen de rechten van de patiënt van oudsher binnen het gezondheidsrecht een centrale positie in. Er hebben zich op dat gebied in de afgelopen 40 jaar belangrijke rechtsontwikkelingen voorgedaan. Nadat in de jaren zeventig en tachtig door Leenen en anderen de uitgangspunten en grondslagen van het gezondheidsrecht werden geïdentificeerd en ontwikkeld, is in literatuur, rechtspraak en wetgeving nadere invulling en uitwerking gegeven aan een groot aantal patiëntenrechten, alsmede aan daarmee onlosmakelijk verbonden onderwerpen, waaronder de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg. In de jaren negentig heeft dat geleid tot een omvangrijke en belangwekkende wetgevingscatalogus. Terugkijkend op die periode kan worden geconstateerd dat zich een intensieve en waardevolle kruisbestuiving heeft voorgedaan tussen praktijk, beleid en wetenschap. Binnen

<sup>1</sup> Bewerking van de tekst van de voorzittersrede uitgesproken tijdens de jaarvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht op 17 april 2009.

<sup>2</sup> Johan Legemaate is hoogleraar gezondheidsrecht aan de VU en voorzitter van de Vereniging voor Gezondheidsrecht.

<sup>3</sup> F. Fukuyama, *Trust: the social virtues and the creation of prosperity*. New York: Free Press 1995.

<sup>4</sup> Consultatieversie d.d. 12 maart 2009. Zie voor de tekst <http://knmg.artsennet.nl/artikel/Reageer-op-het-wetsvoorstel-clientenrechten-zorg.htm>.

<sup>5</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Governance en kwaliteit van zorg*. Den Haag: RVZ 2009.

<sup>6</sup> J.G. Sijmons, *De stimulerende middelen van de wetgever*. Den Haag: Sdu Uitgevers 2008.

de context van de toenmalige Centrale (en later: Nationale) Raad voor de Volksgezondheid bleken alle betrokken partijen (waaronder zorgaanbieders en patiëntenorganisaties) in staat een gezamenlijke visie te ontwikkelen op de rechten van de patiënt. Wat in die periode door de betrokken organisaties gezamenlijk is bereikt, heeft in belangrijke mate bijdragen aan de inhoud en het welslagen van wetten die in de loop van de jaren negentig van kracht zijn geworden, waaronder de Wgbo. Er was sprake van een duidelijke relatie tussen de rechtsontwikkeling binnen het gezondheidsrecht, de wensen en de spankracht van de veldpartijen en het beleid van overheid en wetgever. Dit leidde tot een sterke wettelijke rechtspositie van de patiënt en tot een doordachte inzet van het instrument wetgeving. Door middel van wetsevaluatie is nadien voortdurend gemonitord of de doelstellingen van de wetgeving ook werkelijk werden bereikt, en zo niet, waaraan dat te wijten was. Wetgeving werd daarbij gezien als een belangrijk instrument, maar zeker niet als het middel bij uitstek om de met betrekking tot de rechtspositie van de patiënt van belang geachte beleidsdoelen te bereiken. Het is de vraag wat we zijn opgeschoten met de latere afschaffing van adviesinstanties als de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Die afschaffing heeft weliswaar het primaat van de politiek versterkt, maar heeft ook afbreuk gedaan aan de mogelijkheden om binnen de sector belangrijke beleidswijzigingen te gronden op consensus en draagvlak, waardoor de implementatie van nieuw beleid kan worden versneld en vergemakkelijkt.

Anno 2009 kunnen met betrekking tot de geldende wetgeving tal van kritische vragen worden gesteld. Het afgelopen decennium hebben zich binnen de gezondheidszorg veranderingen en accentverschuivingen voorgedaan die vragen om aanpassing en aanvulling van de geldende wetgeving. Ook uit de wetsevaluaties die de afgelopen jaren zijn uitgevoerd komen belangrijke verbeterpunten naar voren. Knelpunten in de huidige gezondheidszorg, waaronder het vraagstuk van de verantwoordelijkheidsverdeling en de aansprakelijkheden in dat kader, vragen een nieuwe aanpak. Daarbij kan aanpassing van wetgeving zeer behulpzaam zijn. Tegen deze achtergrond is het begrijpelijk en terecht dat de overheid, daartoe in sterke mate aangezet door patiënten- en cliëntenorganisaties, voorstellen ontwikkelt om de wetgeving op het gebied van de rechten van de patiënt en de kwaliteit van zorg te actualiseren. Zoals inmiddels bekend streeft de overheid ernaar om een aantal bestaande wettelijke regelingen te vervangen door een nieuwe, integrale Wet cliëntenrechten zorg. In mei 2008 heeft de minister van VWS in een brief aan de Tweede Kamer de contouren van deze wet geschetst.<sup>7</sup> Tijdens de najaarsvergadering 2008 van deze vereniging is uitvoerig en overwegend kritisch over deze contouren gesproken. In zijn inleiding tijdens deze najaarsvergadering plaatste Gevers tal van vraagtekens bij zowel de uitgangspunten van het nieuwe overheidsbeleid, de onderbouwing ervan als bij een aantal van de voorgestelde wetsaanpassingen.<sup>8</sup> Op 12 maart van dit jaar heeft het ministerie van VWS een conceptversie van de Wet cliëntenrechten zorg toegezonden aan de veldpartijen, ten behoeve van de consultatie van hun achterban.<sup>9</sup> Kennisneming van de nu voorliggende concepttekst van wet en memorie van toelichting stemt om een aantal redenen tot somberheid. Conceptversies van wetsvoorstellen zijn per definitie halffabricaten waaraan nog het nodige moet gebeuren. Gezien in het licht van de kwaliteitseisen voor wetgeving is de kwaliteit van de nu bekende versie van de Wet cliëntenrechten zorg naar mijn mening echter zorgwekkend. Centrale vragen met betrekking tot dit wetsvoorstel zijn: om welk probleem gaat het eigenlijk en is de nu voorgestelde wetgeving het beste middel om dit probleem te tackelen? Aan deze vragen wordt in de toelichting bij het conceptwetsvoorstel erg weinig aandacht besteed.

De huidige Wgbo kent een duale doelstelling: het verduidelijken en versterken van de rechtspositie van de patiënt maar ook het respecteren van de eigen verantwoordelijkheid van de hulpverlener. Dit is een belangrijke balans. De nieuwe wet laat deze dualiteit los en focust nogal eenzijdig op de positie van de patiënt. Veel wezenlijker is nog dat het wetsvoorstel maar in zeer beperkte mate is ingebed in de rechtsontwikkelingen van de

<sup>7</sup> Kamerstukken II, 2007/08, 31 467, nr. 1.

<sup>8</sup> J.K.M. Gevers, 'Wetgeving inzake de positie van de cliënt in de zorg: op koers of op drift?', *TvGR* 2009, p. 70-78.

<sup>9</sup> Zie noot 4.

afgelopen jaren, dat ingrijpende veranderingen ten opzichte van het huidige recht niet of nauwelijks worden onderbouwd, dat vrijwel geen enkele relatie wordt gelegd met de uitkomsten van de wetsevaluaties, en dat onduidelijk is hoe de wetgeving zal worden ingebed in een breder kader van aanpalende instrumenten en interventies om de rechtspositie van de patiënt te verbeteren. Er is de afgelopen jaren, mede door toedoen van gezondheidsrechtelijk onderzoek, veel kennis opgebouwd over de mogelijkheden en onmogelijkheden van juridische interventies in de gezondheidszorg. Ook weten we veel meer over de mate waarin bepaalde rechten reële betekenis hebben voor de rechtspositie van patiënten, over belangen en doelen die patiënten nastreven en over de mate van juridisering die zij in dat kader wenselijk en aanvaardbaar achten. Zowel in het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg zelf als in de daarbij gevoegde memorie van toelichting wordt maar in zeer beperkte mate bij de genoemde inzichten aangesloten. Er worden in de memorie van toelichting tal van aannames en veronderstellingen genoemd die niet of nauwelijks worden onderbouwd. De toelichting bij het wetsvoorstel herhaalt in diverse toonaarden de mantra van de mondige patiënt, zonder zich af te vragen in welke mate die mondigheid werkelijk bestaat en met wel erg weinig aandacht voor de vraag hoe de grote groepen patiënten die door allerlei redenen niet de vaardigheid hebben om zich mondig te gedragen zich in het nieuwe systeem van hun rechten kunnen verzekeren. Uit de toelichting bij het wetsvoorstel rijst het beeld op dat de totstandbrenging van deze wet een doel op zich is. In de toelichting wordt nauwelijks ingegaan op de mogelijke effectiviteit en de werkbaarheid van de voorgestelde wettelijke maatregelen, terwijl daarover op grond van de kennis die de afgelopen jaren is ontwikkeld veel te zeggen valt, en bepaald niet altijd in het voordeel van de keuzen die de wetgever nu wil gaan maken. Dit is niet de plaats om uitvoerig en gedetailleerd in te gaan op de inhoud van het conceptwetsvoorstel, maar het is niet moeilijk om een aantal onderdelen te noemen die eerder een bedreiging zijn voor de rechtspositie van de patiënt dan een verbetering daarvan.<sup>10</sup> Zonder de pretentie van volledigheid noem ik de onduidelijke verhouding tussen de verantwoordelijkheden van zorginstellingen en die van individuele beroepsbeoefenaren, een nogal rigide regeling van de samenwerking tussen hulpverleners, waaronder de hoofdelijke aansprakelijkheid van zorgverleners die participeren in een zorgketen, het vormgeven als individueel afdwingbare rechten van onderwerpen die zich daar niet of moeilijk voor lenen (de patiënt krijgt bijvoorbeeld een individueel afdwingbaar recht op medezeggenschap door een cliëntenraad), het toekennen van een inzage-recht aan nabestaanden dat veel verder gaat dan aanvaard is in de rechtspraak, het toelaten van de mogelijkheid dat de klachtenbehandeling binnen instellingen weer de taak wordt van de directiesecretaris en het schrappen van art. 7:462 BW, de bepaling over de civielrechtelijke centrale aansprakelijkheid, zonder dat daarvoor een afdoende alternatief in de nieuwe wet is opgenomen. Het bedreigende karakter van deze voorbeelden voor de rechten van de patiënt kan nog eens versterkt worden door bepalingen in de nieuwe wet die ontmoedigend kunnen werken op de bereidheid van zorgverleners om zich voor de patiënt in te zetten, zeker als daarbij samenwerking met anderen nodig is. Op tal van plaatsen tracht de nieuwe wet alle denkbare gaatjes te dichten. Een illustratief voorbeeld is de bepaling die de beoogde onafhankelijke geschillencommissie het recht geeft om kwaliteitsregisters van zorgaanbieders in te zien, indien het vermoeden bestaat dat informatie daaruit ten onrechte niet is opgenomen in het patiëntendossier (art. 32 lid 3 onder d). Dat is een duidelijk voorbeeld van gecodificeerde 'low trust'.<sup>11</sup> Het is zeer de vraag of de belangen van patiënten in de gezondheidszorg werkelijk worden gediend met wetgeving in de vorm zoals die nu wordt voorbereid. De nogal passieve opstelling van de patiëntenorganisaties in dit traject wekt verbazing. Zij zouden als eersten bezorgd moeten zijn over de vraag of de weg die de overheid nu bewandelt de belangen van de personen die zij vertegenwoordigen werkelijk ten goede komt. De voorgenomen wet is bedoeld als een paradijs voor patiëntenrechten, maar zou uiteindelijk wel eens vooral 'a lawyer's paradise' kunnen

<sup>10</sup> Zie ook Gevers (noot 8), alsmede M.M. Ten Hoopen, 'Wet cliënt en kwaliteit van zorg: een heilzame operatie?', *NJB* 2008, p. 1990-1994.

<sup>11</sup> Overleg tussen het Ministerie van VWS en de veldpartijen op 23 april 2009 leidt er mogelijk toe dat het voorgestelde art. 32 lid 3 onder d komt te vervallen. Zie *Medisch Contact* 2009, p. 868.

blijken te zijn. Het is cruciaal dat de nu bekende versie van het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg wordt omgebogen in de richting van een veel evenwichtiger en effectiever wetsvoorstel, dat terecht de belangen van patiënten in de gezondheidszorg prioriteert, maar zich ook rekenschap geeft van de professionele verantwoordelijkheid en de spankracht van zorgverleners en zorginstellingen alsmede van het algemeen belang. Een wetsvoorstel dat inhoudelijk is gebaseerd op wetenschappelijke en empirische inzichten over wat er door middel van wetgeving in de praktijk van de gezondheidszorg wel en niet kan worden gerealiseerd en dat is gericht op het stimuleren van 'high trust', en niet op het codificeren van 'low trust'.

### *Kwaliteit van zorg*

De kwaliteit van zorg is een deelthema binnen het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg, maar ook een onderwerp dat de afgelopen jaren in toenemende mate een eigen dynamiek heeft gekregen, zeker op het terrein van de ziekenhuiszorg. Ten gevolge van een aantal in de media breed uitgemeten incidenten is een uitvoerige discussie ontstaan over de kwaliteit en veiligheid van zorg die in ziekenhuizen wordt verleend, en over de verantwoordelijkheden van de partijen die in dat kader een rol spelen. Daarbij gaat het om de verantwoordelijkheden van de medisch specialisten, de raad van bestuur, de raad van toezicht en van de externe toezichthouders, alsmede om de relaties en de afstemming tussen deze actoren. Namen als Radboud, Twenteborg, Medisch Spectrum Twente, Emmen, Meppel, Boxmeer en de IJsselmeerziekenhuizen zijn inmiddels binnen en buiten de gezondheidszorg synoniem geworden voor gereede twijfel over de kwaliteit van de verleende zorg. Een veelomvattende en bijzonder intrigerende analyse van deze problematiek is te vinden in het rapport dat de Onderzoeksraad voor Veiligheid in april 2008 publiceerde over de zogenaamde Radboudcasus.<sup>12</sup> In dit rapport wordt vanuit een veiligheidskundig perspectief belicht op welke punten de belangrijkste partijen, de medisch specialisten, het ziekenhuismanagement en de Inspectie voor de Gezondheidszorg steken hebben laten vallen. Het meest in het oog springt de gebrekkige wijze waarop het ziekenhuismanagement in de periode waarover het rapport handelt, invulling heeft gegeven aan de bepalingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Dit punt speelt echter veel breder. De Kwaliteitswet zorginstellingen werd van kracht in 1996 en legde heel bewust de eindverantwoordelijkheid voor de integrale kwaliteit van zorg bij het bestuur van de zorginstelling. Op dat moment hadden de besturen van de onder de wet vallende zorginstellingen en hun brancheorganisaties zich de vraag moeten stellen: welke instrumenten zijn er nodig om aan de nieuwe wettelijke eindverantwoordelijkheid invulling te geven en hoe kunnen deze instrumenten binnen onze instelling worden geïmplementeerd? Toen al, in 1996, zou deze algemene vraag aanleiding hebben moeten geven tot het stellen van tal van deelvragen binnen verschillende sectoren van de zorg. Eén zo'n deelvraag binnen de ziekenhuiszorg is: kan de raad van bestuur invulling geven aan de nieuwe wettelijke eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit zonder te beschikken over de uitkomsten van de kwaliteitsvisitaties van de maatschappen? Het antwoord op deze vraag luidt naar mijn mening al dertien jaar: "Nee, dat kan niet". Deze vragen zijn toentertijd niet of nauwelijks gesteld. De Kwaliteitswet zorginstellingen is door veel instellingen voor kennisgeving aangenomen. Men heeft zich niet, of niet voldoende, rekenschap gegeven van de onvermijdelijke implicaties van deze wet. De evaluatie van de Kwaliteitswet uit 2001 bevestigt dat. Een van de hoofdconclusies van deze evaluatie luidde dat zorginstellingen veel te vrijblijvend zijn omgegaan met de bepalingen van de Kwaliteitswet.<sup>13</sup> In de jaren daarna is dat niet wezenlijk veranderd. Het Radboudrapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid uit 2008 maakt pijnlijk duidelijk waar dat toe kan leiden. De Onderzoeksraad trekt terecht de conclusie dat de Kwaliteitswet een veel verdergaande verantwoordelijkheid legt op de besturen van zorginstellingen dan de afgelopen jaren door deze besturen en hun interne toezichthouders is gevoeld. Onder die omstandigheden is het natuurlijk niet verwonderlijk dat de medisch specialisten de

<sup>12</sup> Onderzoeksraad voor Veiligheid, Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St Radboud. Den Haag, Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2008. Daarover eerder in dit tijdschrift: Ph. S. Kahn, 'Verantwoordelijk voor de black box van kwaliteit', *TvGR* 2008, p. 424-431.

<sup>13</sup> A.F. Casparie e.a. Evaluatie kwaliteitswet zorginstellingen. Den Haag: ZonMw 2001.

afgelopen jaren een kwaliteitsbeleid hebben ontwikkeld dat vooral gericht is op de eigen groep en dat niet of maar zeer beperkt is verbonden met de kwaliteitssystemen en -verantwoordelijkheden van het ziekenhuis. En het verbaast dan evenmin dat de conclusies en aanbevelingen van kwaliteitsvisitaties anno 2009 nog steeds niet in alle gevallen automatisch op het bord van de raad van bestuur van het ziekenhuis belanden. Het komt erop neer dat de medisch specialisten en de raden van bestuur van de ziekenhuizen zichzelf en elkaar hebben toegestaan om onvoldoende verantwoordelijkheid te nemen voor de kwaliteit van zorg en om die verantwoordelijkheden onvoldoende op elkaar af te stemmen. Beide partijen hebben op dit punt onvoldoende gepresteerd, zowel in algemene zin als binnen de ziekenhuizen zelf. De al genoemde incidenten laten dat ook zien. We treffen disfunctionerende specialisten /maatschappen aan, maar ook incompetenten raden van bestuur of, erger nog, combinaties van beide. Het Radboudrapport uit 2008 van de Onderzoeksraad voor Veiligheid brengt dit probleem scherp in beeld en constateert dan ook terecht dat al lang bestaande wettelijke verantwoordelijkheden niet zijn begrepen of zijn genegeerd. In maart van dit jaar verscheen een rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg over deze problematiek.<sup>14</sup> Ook dit rapport constateert dat er tussen ziekenhuismanagement en medisch specialisten een inadequate verdeling van verantwoordelijkheden bestaat, die aanzienlijke risico's met zich meebrengt voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Naar de mening van de Raad is de oorzaak hiervan gelegen in de machtspositie van medisch specialisten, die in veel gevallen het ziekenhuisbestuur in een wurggreep zouden houden. Uit het voorafgaande moge duidelijk zijn dat deze analyse naar mijn mening onjuist of op zijn minst onvolledig is. De ziekenhuisbesturen en de medisch specialisten staan niet tot elkaar in relatie als slachtoffer en dader, maar zijn waar het gaat om tekortschietende kwaliteit en veiligheid zonneklaar 'partners in crime'. Dat vraagt om maatregelen en interventies die beide partijen aanspreken op hun verantwoordelijkheden. Op dat punt schieten de analyses en de aanbevelingen van de Raad voor de Volksgezondheid tekort. Het voorstel om van de Orde van Medisch Specialisten een publiekrechtelijke beroepsorganisatie (PBO) met verordenende bevoegdheid te maken is daarvan een duidelijk voorbeeld. Niet alleen is de gezondheidszorg te heterogeen en te complex om door middel van een PBO winst te kunnen boeken, het aanwijzen van de Orde als PBO zou bovendien de verantwoordelijkheden van de andere betrokken partijen miskennen. Het aanwijzen van de Orde als PBO zou geen recht doen aan de positie van de brancheorganisaties van ziekenhuizen, zoals door de NVZ in een reactie op het recente rapport terecht naar voren is gebracht. De Raad signaleert een nijpend probleem, maar komt op basis van onvolledige analyses tot oplossingen die een 'low trust' klimaat dat binnen de gezondheidszorg reeds aan het ontluiken is verder zal versterken. Dat geldt ook voor de aanbeveling van de RVZ dat de overheid in de wetgeving concrete normen dient op te nemen voor het gebruik van de professionele standaard.

Er zullen zowel in de feitelijke als in de juridische verhoudingen tussen medisch specialisten en ziekenhuisbesturen verdergaande veranderingen moeten optreden. Overleg daarover tussen de NVZ en de Orde van Medisch Specialisten is gaande. Naar verwachting wordt gekoerst op nieuwe aanpassingen van de modeltoelatingsovereenkomst (MTO). De constructie van de toelatingsovereenkomst is onlosmakelijk verbonden met de positie van de medisch specialist als zelfstandig ondernemer. Maar het is niet aanvaardbaar dat met betrekking tot de collectieve aspecten van de verantwoordelijkheidsverdeling inzake de kwaliteit en veiligheid van de zorg het instrument van de individuele toelatingsovereenkomst zo'n grote rol speelt als de afgelopen jaren het geval was. Het is fraai noch effectief dat het beschikbaar stellen van de conclusies en aanbevelingen van kwaliteitsvisitaties, een kwaliteitsinstrument van de wetenschappelijke verenigingen, op basis van de MTO (art. 2.7) is geregeld in bepalingen van individuele toelatingsovereenkomsten. De toelatingsovereenkomst is niet de juiste plaats voor het regelen van verplichtingen en verantwoordelijkheden met een duidelijke collectieve dimensie. Dat zou ervoor pleiten kwaliteitsvraagstukken veel uitvoeriger te regelen in het voor alle specialisten van het ziekenhuis geldende Document Medische Staf, maar die optie

---

<sup>14</sup> Zie noot 5.

laat nog steeds toe dat tussen ziekenhuizen verschillen bestaan met betrekking tot onderwerpen en aangelegenheden die landelijk gezien, mede in het belang van patiënten, eenduidig geregeld dienen te zijn. Dat vergt heldere afspraken of convenanten op het niveau van de betreffende brancheorganisaties en de vertegenwoordigende organisaties van medisch specialisten. Aldus kan een soort van “Kwaliteits-CAO” ontstaan, een op de relatie ziekenhuis-specialisten gerichte kadertekst. Tegen de achtergrond van een dergelijke collectieve regeling kunnen dan op individueel niveau toelatings- of arbeidsovereenkomsten worden gesloten. In de wetgeving kan een dergelijke “Kwaliteits-CAO” worden gefaciliteerd en gestimuleerd, bijvoorbeeld op de wijze waarop in art. 9 Wet medische keuringen een verbinding is gelegd tussen wetgeving en de afspraken die over deelgebieden kunnen worden gemaakt door representatieve organisaties. Hoopgevend is dat de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten zich in toenemende mate bewust zijn van het belang van integratie van de medisch-specialistische en de ziekenhuisverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg. Binnen de Vereniging voor Heelkunde en de vereniging van KNO-artsen is al besloten dat de vereniging zelf de conclusies en aanbevelingen van een door de vereniging uitgevoerde kwaliteitsvisiteatie toezendt aan de raad van bestuur van het ziekenhuis van de gevisiteerde maatschap. Daarmee is naar ik hoop een trend gezet.

Natuurlijk gaat het om veel meer zaken dan alleen de kwaliteitsvisiteatie. Ik heb in het voorafgaande die visiteatie enkele malen ter illustratie genoemd, maar het moge duidelijk zijn dat de gezamenlijke verantwoordelijkheid van medisch specialisten en ziekenhuisbestuur voor de integrale kwaliteit van zorg veel meer aspecten omvat. Dat brengt ons weer terug bij het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg. Het onlangs bekend geworden conceptvoorstel neemt de inhoud van de Kwaliteitswet zorginstellingen grotendeels over en voegt nieuwe bepalingen toe die direct van belang zijn voor de kwaliteit van zorg. Ik denk met name aan de wetsartikelen die van toepassing zijn in het geval van samenwerking tussen hulpverleners, zij het dat ook voor deze bepalingen geldt dat zij in de nu bekende versie van het conceptwetsvoorstel rigide en onnodig formaliserend zijn opgesteld. De wet zal ook bepalingen bevatten over governance in de zorg. Die bepalingen zijn in het in maart 2009 bekend geworden versie van het conceptvoorstel nog niet opgenomen, omdat de minister over de te kiezen beleidslijn eerst wil communiceren met de Tweede Kamer. Ook in dit geval kunnen verschillende wegen worden bewandeld. Al een aantal maanden geleden liet de minister van VWS de Tweede Kamer weten in de Wet cliëntenrechten zorg ook de inhoud van de relatie tussen de raad van bestuur en de raad van toezicht te willen regelen.<sup>15</sup> Dat kan nog verder bijdragen aan een klimaat van ‘low trust’. Ik was eerder kritisch over onderdelen van het recente rapport van de RVZ, maar het pleidooi van die Raad om zeer terughoudend te zijn met het wettelijke regelen van de verhouding tussen de raad van bestuur en de interne toezichthouder verdient steun. De RVZ onderbouwt dat pleidooi met goede argumenten. Te bezien valt hoe de minister van VWS in zijn komende brief aan de Kamer met deze materie zal omgaan. De ervaringen met de Kwaliteitswet hebben ons geleerd dat een op zich heldere wettelijke regeling zonder effecten blijft als de verantwoordelijke partijen de bepalingen van de wet miskennen of negeren. Het zou niet de eerste keer zijn dat dit de wetgever brengt tot de reflex om de wetgeving aan te scherpen en te detailleren. Het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg vertoont die neiging al. Lessen uit het verleden leren ons echter dat gedetailleerde wetgeving slechts zelden de oplossing brengt. Ik herinner in dat verband aan de periode dat de rechten van de patiënt en de kwaliteit van zorg door de wetgever waren geregeld in uitvoerige en gedetailleerde erkenningseisen op grond van de AWBZ en de toenmalige Ziekenfondswet. Die benadering bleek niet te werken, om redenen die vandaag de dag nog steeds relevant zijn.

Het vertrouwen van overheid en samenleving dat de zorgsector zelf verantwoordelijkheid neemt voor problemen rond de kwaliteit van zorg is duidelijk afgenomen. De sector heeft de uit bestaande wetgeving voortvloeiende verplichtingen te licht opgevat.<sup>16</sup> Zelfregulering

<sup>15</sup> Kamerstukken II, 2008-2009, 31700 XVI, nr. 130, p. 3.

<sup>16</sup> Zie daarover Casparie e.a. (noot 12), maar ook het in juni 2009 verschenen rapport ‘Implementatie kwaliteitswet zorginstellingen’ van de Algemene Rekenkamer.

is te lang gepaard gegaan met vrijblijvendheid. In zoverre valt wel te verklaren waarom de overheid, maar ook adviesinstanties als de RVZ, redenerend vanuit het publieke belang, harde woorden gebruiken en pleiten voor rigoreuze maatregelen. Naar mijn mening is er echter geen werkelijk alternatief voor het verbeterings- en vernieuwingspotentieel dat binnen de zorgsector zelf aanwezig is. Tegenover de incidenten in de eerder genoemde ziekenhuizen staan talrijke voorbeelden van belangwekkende innovaties vanuit de zorg zelf, juist ook op het gebied van kwaliteit en veiligheid. De overheid zou er, ook als wetgever, goed aan doen zich daar met stimulerende middelen op te richten. Daarvan valt veel meer te verwachten dan van rigide wetgevingsarrangementen en andere verticale interventies. Eerder ligt het voor de hand dat de overheid de positie en de mogelijkheden van het externe toezicht versterkt. Want dat spreekt naar mijn mening voor zich: als zelfregulering leidt tot vrijblijvendheid, is hard en repressief extern toezicht gerechtvaardigd.<sup>17</sup> Dat roept de zorgsector dan over zichzelf af.

#### *Ter afsluiting*

Het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg zoals dat nu in voorbereiding is, is kennelijk gebaseerd op een groot vertrouwen in de mogelijkheden van wetgeving. De ervaringen en de rechtsontwikkeling binnen het gezondheidsrecht geven echter alle aanleiding om de effectiviteit van dergelijke wetgeving met gepast wantrouwen te bezien. De insteek die de Wet cliëntenrechten zorg kiest met betrekking tot zowel de rechtspositie van de patiënt als de regulering van de kwaliteit van zorg schept aanzienlijke risico's op een toename van formele en bureaucratische verhoudingen in de zorg en van top-down arrangementen. Ik hoop zeer dat de wetgever voor deze invalshoek meer oog krijgt en zich, zoals dat hoort, concentreert op kaderstelling en systeemverantwoordelijkheid. Het is wel duidelijk dat zorgaanbieders (instellingen en beroepsbeoefenaren) met name waar het gaat om de kwaliteit van zorg de op hen rustende wettelijke verantwoordelijkheden lang niet altijd hebben opgepakt en waargemaakt. Intensivering van wetgeving biedt echter geen oplossing voor dat probleem. Partijen in de gezondheidszorg zullen op een meer intrinsieke wijze op hun verantwoordelijkheden moeten worden aangesproken. Wetgeving en andere vormen van regulering kunnen daarbij een ondersteunende functie vervullen, maar zullen altijd moeten worden ingebed in een veel breder scala van beleidsmaatregelen. Aannames en veronderstellingen zijn daarbij niet altijd te vermijden, maar dienen niet de boventoon te voeren. Als het vermogen van partijen in de gezondheidszorg om verantwoorde prestaties te leveren in de samenleving ter discussie komt te staan, dient te worden bezien op welke manieren deze partijen het geschonden vertrouwen kunnen herwinnen en hoe zij daarbij kunnen worden ondersteund.<sup>18</sup> In termen van Fukuyama is Nederland door de bank genomen een 'high trust' samenleving. Dat moet vooral zo blijven, juist ook in de gezondheidszorg.

---

<sup>17</sup> In gelijke zin de RVZ (maart 2009) en de Algemene Rekenkamer (juni 2009).

<sup>18</sup> Zie ook B. Berden, M. Canoy en W. van de Donk, 'Ga uit van vertrouwen in medisch specialisten', *Het Financieele Dagblad* 14 april 2009, p. 6.