No.W13.17.0086/III 's-Gravenhage, 14 juni 2017

**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**.**

Bij Kabinetsmissive van 28 maart 2017, no.2017000545, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mede namens de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie, bij de Afdeling advisering van de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het voorstel van wet houdende nieuwe bepalingen met betrekking tot de medezeggenschap van cliënten in zorginstellingen, met memorie van toelichting.

Het wetsvoorstel beoogt verbeteringen aan te brengen in het stelsel van medezeggenschap in zorginstellingen, zoals dat is neergelegd in de huidige Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz). Het wetsvoorstel beoogt de positie van cliëntenraden te verstevigen ten opzichte van zorginstellingen, en tegelijkertijd tegemoet te komen aan de wens van instellingsbesturen en cliëntenorganisaties tot grotere ruimte voor maatwerk.

De Afdeling advisering van de Raad van State heeft opmerkingen over het voorstel die van dien aard zijn dat zij adviseert het voorstel niet aan de Tweede Kamer te zenden dan nadat daarmee rekening is gehouden. De Afdeling merkt op dat niet valt in te zien dat de gekozen benadering om de formele bevoegdheden van cliëntenraden uit te breiden en aan te scherpen werkelijk zal bijdragen aan het bereiken van effectieve medezeggenschap in zorginstellingen als niet eerst bestaande knelpunten in de uitoefening van medezeggenschap worden weggenomen en een feitelijke cultuurverandering binnen instellingen tot stand is gebracht. Zonder dat zal het voorstel een effectieve medezeggenschap en samenwerking tussen het bestuur en de cliëntenraad eerder in de weg staan dan bevorderen. Daarnaast merkt de Afdeling op dat de wijze waarop het voorstel voor alle vormen van zorg en categorieën van instellingen vrijwel uniforme medezeggenschapsrechten formuleert, miskent dat effectieve medezeggenschap gebaat is bij variëteit en differentiatie. Relevante verschillen tussen instellingen, vormen van zorg en zorgrelaties, dienen dan ook beter tot uitdrukking te worden gebracht in de vormgeving van medezeggenschapsregels.

1. Inleiding

Het wetsvoorstel beoogt de positie van cliëntenraden te verstevigen ten opzichte van zorginstellingen door onder meer:  
- het aantal onderwerpen waarover in de medezeggenschapsregeling regels moeten worden gesteld uit te breiden;

- het verzwaard adviesrecht te vervangen door een instemmingsrecht met een zwaarder toetsingscriterium indien de instelling ondanks het ontbreken van instemming een besluit wil nemen;

- instellingen te verplichten om cliëntenraden de noodzakelijke voorzieningen en financiële middelen ter beschikking te stellen;

- het regelen van toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ);

- het verplichten van het openbaar maken van vacatures voor de cliëntenraad;

- cliëntenraden een enquêterecht te geven; en

- de voorwaarde om tijdig advies of instemming te vragen aan te scherpen.

Naast de versterking van de positie van cliëntenraden door voornoemde regels en bevoegdheden wordt de reikwijdte van de medezeggenschapsregels aangepast. Het voorstel regelt dat de verplichting tot het instellen van een cliëntenraad in beginsel geldt voor alle instellingen die zorg verlenen en die vallen onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Deze wet hanteert een ruime definitie van zowel het begrip “zorg” als het begrip “instelling”. De reikwijdte van de verplichting om een cliëntenraad in te stellen is dan ook ruimer dan in de huidige Wmcz die zich bijvoorbeeld niet tot privaat gefinancierde aanbieders uitstrekt.[[1]](#footnote-1)

Bij het verstevigen van de positie van cliëntenraden is volgens de toelichting maatwerk van belang omdat er niet één ‘best practice’ is voor het vormgeven van medezeggenschap in zorginstellingen.[[2]](#footnote-2) Volgens de toelichting wordt voorzien in meer ruimte voor maatwerk door gelaagdheid in medezeggenschap aan te brengen. In het voorstel is dit uitgewerkt door:

- de instelling van een cliëntenraad niet langer voor elke instelling te verplichten, maar alleen voor de instelling die in de regel door meer dan tien personen zorg doet verlenen;

- voor grotere instellingen waarin cliënten langdurig verblijven de verplichting op te nemen om verschillende cliëntenraden in te stellen;

- de mogelijkheid op te nemen dat kleine instellingen vrijwillig een cliëntenraad instellen;

- inspraakrechten toe te kennen aan cliënten in instellingen waarin cliënten in de regel langer dan een half jaar verblijven;

- specifieke verplichtingen op te nemen voor instellingen waarin cliënten langer dan een half jaar verblijven.[[3]](#footnote-3)

2. Nut en noodzaak uitbreiding formele bevoegdheden cliëntenraden

De positie van cliëntenraden wordt versterkt omdat de invloed van cliëntenraden op sommige onderdelen te beperkt geacht wordt en omdat adequate medezeggenschap soms belemmerd wordt door het gebrek aan financiële middelen en specifieke deskundigheid.[[4]](#footnote-4) Onderkend wordt daarbij dat het versterken van de positie van cliëntenraden nog niet betekent dat de medezeggenschap in zorginstellingen ook werkelijk effectief is. De toelichting zet uiteen - aan de hand van een rapport van het Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) - dat het opnemen van een wettelijke verplichting tot het hebben van een vertegenwoordigend orgaan van cliënten wel een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde vormt voor effectieve medezeggenschap.[[5]](#footnote-5) De toelichting benoemt tevens het belang van een cultuurverandering binnen zorgorganisaties zodat ruimte ontstaat voor inbreng en kritische tegenspraak van onder meer de cliënt en wijst op een aantal initiatieven in de praktijk om tot die cultuurverbetering te komen. Het versterken van de wettelijke positie door de uitbreiding en aanscherping van (formele) bevoegdheden van cliëntenraden vormt derhalve geen doel op zich, maar dient om effectieve (materiële) medezeggenschap in zorginstellingen te bewerkstelligen.

In het licht hiervan wijst de Afdeling erop dat er ondanks bestaande bevoegdheden van cliëntenraden momenteel niet overal sprake is van effectieve medezeggenschap in zorginstellingen die reeds verplicht zijn formele medezeggenschap te regelen door cliëntenraden in te stellen. In de praktijk komt in een aantal sectoren de uitvoering van de huidige Wmcz niet of minder goed van de grond. Volgens de toelichting is in 30% van de instellingen waar een cliëntenraad zou moeten worden ingesteld, deze (nog) niet ingesteld.[[6]](#footnote-6) Een individuele en vaak kortdurende relatie tussen cliënt en zorgverlener, de soms langjarige ervaring met andere vormen van medezeggenschap, gebrek aan belangstelling van cliënten en het feit dat een sector niet raakt aan de directe levenssfeer van cliënten zijn factoren die hierop van invloed zijn.[[7]](#footnote-7)

Ook indien zorginstellingen wel cliëntenraden hebben ingesteld, worden deze in de praktijk nogal eens belemmerd in hun functioneren. Uit onderzoek blijkt dat het functioneren van cliëntenraden, meer dan van het bestaan van formele bevoegdheden, afhankelijk is van de cultuur in de instelling.[[8]](#footnote-8) Cliëntenraden zien hun formele bevoegdheden vooral als ‘stok achter de deur’ en maken mede vanwege de cultuur in de instelling vaak weinig gebruik van hun bevoegdheden.[[9]](#footnote-9) Overleg van de cliëntenraad met het bestuur is vaak vrij formeel.[[10]](#footnote-10) Het gebruik maken van formele bevoegdheden vergroot het gevaar van juridisering en stelt tevens hoge eisen aan de professionaliteit van cliëntenraadsleden. Daardoor zijn deze leden vaak lastig te vinden onder cliënten en is de representativiteit van cliëntenraden vaak beperkt.[[11]](#footnote-11) Mede uit onvrede over de formele medezeggenschap zijn informele vormen van medezeggenschap ontstaan waarbij cliënten op andere manieren dan via de cliëntenraad invloed uitoefenen op het beleid in zorginstellingen.[[12]](#footnote-12) Cliënten worden dan betrokken via bijvoorbeeld enquêtes, evaluaties van geleverde zorg en cliëntenpanels.   
  
Hoewel in de toelichting wordt onderkend dat het wettelijk versterken van de positie van cliëntenraden niet automatisch leidt tot effectieve medezeggenschap[[13]](#footnote-13) legt het voorstel zelf eenzijdig de nadruk op het uitbreiden en aanscherpen van wettelijke bevoegdheden van cliëntenraden. Nu in de praktijk is gebleken dat effectieve medezeggenschap met de huidige bevoegdheden op veel plaatsen moeizaam van de grond komt en functioneert, valt niet in te zien dat uitbreiding van die bevoegdheden het passende antwoord is om, daar waar de medezeggenschap gebrekkig functioneert, deze effectief te maken.

Het al dan niet bestaan van formele bevoegdheden als zodanig is immers niet doorslaggevend voor de vraag of effectieve medezeggenschap ontstaat. Dit knelt temeer nu in het voorstel de reikwijdte van de medezeggenschapsregels wordt vergroot (zie onder punt 3).

Bij het voorgaande speelt een rol dat de invloed van cliëntenraden in de praktijk vaak beperkt is en dat in veel instellingen een cultuurverandering noodzakelijk is, wil medezeggenschap effectief kunnen functioneren. De toelichting vermeldt een aantal initiatieven vanuit de zorgbrede governance code die zijn of worden ondernomen om aan die cultuurverandering bij te dragen.[[14]](#footnote-14) Deze min of meer formele maatregelen als zodanig brengen nog geen cultuurverandering tot stand. Daar is meer voor nodig. De toelichting besteedt hieraan nauwelijks aandacht terwijl in het tot stand brengen van een cultuurverandering een wezenlijker bijdrage ligt opgesloten dan in de aanscherping en uitbreiding van wettelijke bevoegdheden.

De Afdeling merkt bovendien op dat het voorstel het risico meebrengt dat een effectieve medezeggenschap en samenwerking tussen het bestuur en de cliëntenraad, alsmede de beoogde cultuurveranderingen, frustreert, zelfs in instellingen waarin de medezeggenschap thans naar tevredenheid functioneert.

Zij wijst in dit verband op het volgende. De uitbreiding en aanscherping van bevoegdheden zoals het toekennen van het enquêterecht en het vervangen van het verzwaard adviesrecht door een instemmingsrecht met een zwaarder toetsingscriterium leiden ertoe dat hogere professionele eisen aan cliëntenraden worden gesteld. De zoektocht naar geschikte cliënten om te participeren in deze raden zal daardoor lastiger worden en het knelpunt van representativiteit zal zich wellicht nog sterker doen gevoelen. Eveneens vergroot de versterking van de formele positie van de cliëntenraad het risico dat in het overleg tussen bestuurders en cliëntenraden partijen sneller tegenover elkaar komen te staan. Daar waar cliëntenraden wel gebruik (gaan) maken van hun formele rechten kunnen bevoegdheden als het enquêterecht en de instemmingsrechten met een verzwaard toetsingscriterium er immers gemakkelijk voor zorgen dat het overleg en de samenwerking tussen het bestuur van een instelling en een cliëntenraad formaliseert en juridiseert.

In het licht van het vorenstaande komt de Afdeling tot de conclusie dat niet duidelijk is in hoeverre de gekozen benadering om de formele bevoegdheden van cliëntenraden uit te breiden en aan te scherpen werkelijk zal bijdragen aan het bereiken van effectieve medezeggenschap in zorginstellingen. Daarenboven wijst zij op het risico dat het voorstel een effectieve medezeggenschap en samenwerking tussen het bestuur en de cliëntenraad, alsmede de beoogde cultuurveranderingen, frustreert.

De Afdeling adviseert in het licht hiervan vooralsnog in te zetten op het wegnemen van bestaande knelpunten in het functioneren van cliëntenraden. Zij adviseert af te zien van de uitbreiding en aanscherping van bevoegdheden van cliëntenraden zolang de cultuur binnen instellingen op teveel plekken nog in de weg staat aan een effectieve uitoefening daarvan.

3. Reikwijdte en differentiatie medezeggenschapsregels

Met het voorstel wordt de reikwijdte van de medezeggenschapsregels aangepast. Door de aansluiting bij de Wkkgz, krijgen deze regels een ruimere reikwijdte en gaan zij over de volle breedte van de zorg gelden. In de toelichting wordt ingegaan op het eerdere wetsvoorstel voor de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz),[[15]](#footnote-15) waarin de reikwijdte was beperkt tot zorgaanbieders die zorg boden als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en tot zorgaanbieders die buiten het terrein van de care zorg met verblijf boden. Een en ander ongeacht de wijze van bekostiging, privaat of publiek.[[16]](#footnote-16) In het huidige voorstel is de koppeling aan verblijf weer losgelaten en wordt zorg met verblijf onder de reikwijdte van de medezeggenschap gebracht, omdat veel partijen hebben gesteld dat ook bij bijvoorbeeld gezondheidscentra behoefte bestaat aan medezeggenschap.[[17]](#footnote-17)

De Afdeling begrijpt de wens om effectieve inspraak en medezeggenschap van cliënten over de gehele breedte van de zorg van de grond te krijgen. In instellingen dient naast aandacht en ruimte voor de wensen en behoeften van de individuele cliënt in de individuele behandelrelatie ook plaats te zijn voor collectieve medezeggenschap. De Afdeling maakt daarbij evenwel opmerkingen over de noodzaak van een gedifferentieerde invulling van medezeggenschap en, mede gelet op de decentralisatie van zorgtaken, op de wijze waarop het voorstel de reikwijdte van de medezeggenschapsregels bepaalt.

a. *Differentiatie medezeggenschapsregels naar aard zorgrelatie*

Onderzoek naar medezeggenschap in de zorgpraktijk wijst erop dat vanwege de grote verschillen in relaties tussen cliënt en zorginstelling de collectieve medezeggenschap gebaat is bij ruimte voor een gevarieerde invulling. Afhankelijk van de vorm van verleende zorg en de categorie instelling kunnen in de praktijk vormen van zowel formele en informele medezeggenschap een belangrijke rol spelen.[[18]](#footnote-18) Dat impliceert dat bij het vormgeven van medezeggenschap nagedacht moet worden over de vraag op welke wijze collectieve medezeggenschap (formeel en informeel) toegevoegde waarde heeft voor een bepaalde categorie van zorg of type instelling. Tal van factoren spelen daarbij een rol: is sprake van eerste- of tweedelijnszorg, een kort of langer behandeltraject, intra- of extramurale zorg, curatieve zorg of langdurige zorg, grote of kleinere zorginstelling, het bestaan van korte of lange lijnen tussen behandelaar en cliënt etc. Zo blijken bijvoorbeeld cliënten in de langdurige zorg met name geïnteresseerd in de invloed op de directe leefomgeving en kwaliteit van leven, terwijl in de curatieve zorg vooral de kwaliteit van zorg van belang geacht wordt.[[19]](#footnote-19) Uit de analyse in het rapport van iBMG komt naar voren dat het van belang is dat ‘wetgeving niet teveel dichttimmert en inzet op vormvereisten.’[[20]](#footnote-20) Verdere formalisering moet – mede gelet op de variëteit van medezeggenschap in zorginstellingen - dan ook worden vermeden, omdat daardoor het cliëntenperspectief juist naar de achtergrond zou verdwijnen.[[21]](#footnote-21)

De toelichting onderkent dat er niet één ‘best practice’ is voor het vormgeven van medezeggenschap in zorginstellingen[[22]](#footnote-22) en dat een verschil in relaties tussen instelling en cliënt gevolgen moet hebben voor de (formele) medezeggenschap.[[23]](#footnote-23) Toch kiest het voorstel er niet voor om concrete vormen van zorg of categorieën van instellingen aan te wijzen waarvoor de regels inzake medezeggenschap minder geschikt zijn en derhalve niet of niet in volle omvang gelden. Daarbij leidt het voorstel er tevens toe dat, zoals hiervoor reeds aan de orde is gesteld, de medezeggenschapsregels door de aansluiting bij de Wkkgz een ruimere reikwijdte krijgen en over de volle breedte van de zorg gaan gelden. De enige afbakening van de reikwijdte is dat de medezeggenschapsregels niet verplicht van kracht zijn voor instellingen waar minder dan elf personen zorg verlenen. Ook wordt maar beperkt differentiatie aangebracht in de wijze waarop medezeggenschap geregeld wordt voor verschillende vormen van zorg of categorieën van instellingen. Slechts de duur van het verblijf in een instelling wordt door het voorstel erkend als een factor die van belang is voor het formuleren van specifieke medezeggenschapsrechten.[[24]](#footnote-24) Hiermee wordt de formele medezeggenschap over de volle breedte van de zorg versterkt ongeacht de aard van de zorgrelatie, de vorm van verleende zorg en de categorie zorginstelling. Dat brengt onder meer met zich dat iedere cliëntenraad, ook die van een kleinere instelling, beschikt over ingrijpende bevoegdheden als een enquêterecht en instemmingsrechten met een strikt toetsingscriterium. Gegeven de hiervoor genoemde verschillen tussen instellingen, vormen van zorg en variaties in de relatie tussen zorginstelling en cliënt, is de gekozen benadering om formele bevoegdheden van cliëntenraden uit te breiden en aan te scherpen zonder daarbij voldoende rekening te houden met die verschillen, te grofmazig.

In het licht van het vorenstaande adviseert de Afdeling de gemaakte keuze om de voorgestelde medezeggenschapsregels vrijwel ongedifferentieerd van toepassing te verklaren op alle vormen van zorg en categorieën van instellingen nader te overwegen. Zij adviseert om de voor de vormgeving van (effectieve) medezeggenschap relevante verschillen tussen instellingen, vormen van zorg en zorgrelaties, beter tot uitdrukking te brengen in het voorstel.

b. *Reikwijdte voorstel*

Uit de artikelsgewijze toelichting blijkt dat het niet de bedoeling is, dat het voorstel zich ook uitstrekt tot aanbieders van zorg op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015). Deze keuze is op zichzelf begrijpelijk nu de Wmo 2015 een eigen stelsel van medezeggenschap kent.[[25]](#footnote-25)

Door bij de afbakening van de reikwijdte van het voorliggende voorstel aansluiting te zoeken bij de Wkkgz wordt dit echter niet bereikt, nu de regels van het voorstel onder omstandigheden ook van toepassing zullen zijn op zorgaanbieders in de Wmo 2015.[[26]](#footnote-26)

Voorts wijst de Afdeling erop, dat zorgverleners die niet alleen zorg verlenen in het kader van de Wmo 2015, maar ook bijvoorbeeld in het kader van de Jeugdwet, zowel met de medezeggenschapsregels in het kader van de Wmo 2015 als met de regels op grond van het voorstel te maken krijgen. Om bovengenoemde redenen is de afbakening niet geschikt om te bewerkstelligen dat een zorgverlener slechts met één stelsel van medezeggenschap te maken krijgt.

Onverminderd hetgeen hiervoor onder a is opgemerkt over de noodzaak van differentiatie van medezeggenschapsrechten, is de Afdeling van oordeel dat een nauwkeurige afbakening in het voorstel is vereist. Daarin voorziet het voorstel niet. Zij adviseert het voorstel op dit punt aan te passen.

4. Handhaving

In de huidige Wmcz is het aan de betrokken partijen, zorginstellingen en cliënten, om ervoor te zorgen dat een cliëntenraad wordt ingesteld en dat deze overeenkomstig de bepalingen van de Wmcz functioneert. In voorkomend geval kan een cliënt via de kantonrechter instelling van een cliëntenraad afdwingen. Uit de toelichting blijkt dat dit in de praktijk zelden gebeurt, omdat de drempel voor het starten van een dergelijke procedure voor menig cliënt te hoog is.[[27]](#footnote-27) Daarom wordt voorgesteld de gang naar de kantonrechter te vervangen door publiek toezicht door de IGZ, die sneller en daadkrachtiger kan optreden. De toelichting vermeldt dat indien de IGZ constateert dat bij een instelling in strijd met de wet geen cliëntenraad actief is, zij hierover met de instelling het gesprek kan aangaan en in het uiterste geval handhavend kan ingrijpen door middel van een last onder bestuursdwang of dwangsom.

De Afdeling begrijpt de voorgestelde benadering, maar wijst erop dat het niet instellen van een cliëntenraad niet alleen het gevolg kan zijn van onvoldoende inspanning van de zorginstelling, maar kan ook het gevolg zijn van het feit dat er onvoldoende interesse of behoefte aan participatie door cliënten. Met dit aspect zou bij de handhaving door de IGZ naar het oordeel van de Afdeling rekening gehouden moeten worden. Handhavend optreden door de IGZ ligt niet voor de hand indien door de zorginstelling voldoende inspanningen zijn gepleegd om een cliëntenraad in te stellen.

De Afdeling adviseert in de toelichting nader in te gaan op het vorenstaande en de rol van de IGZ in dezen te verduidelijken.

5. De Afdeling verwijst naar de bij dit advies behorende redactionele bijlage.

De Afdeling advisering van de Raad van State geeft U in overweging het voorstel van wet niet te zenden aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal dan nadat met het vorenstaande rekening zal zijn gehouden.  
  
  
De vice-president van de Raad van State,

Redactionele bijlage bij het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State betreffende no.W13.17.0086/III

* Voorgesteld artikel 12, vierde lid, aldus formuleren: Artikel 8, vierde en vijfde lid zijn toepassing op een schriftelijk verzoek tot ontbinding van de cliëntenraad.
* In voorgesteld artikel 4.2.4 van de Jeugdwet het laatste lid vernummeren tot derde lid.

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. Toelichting, algemeen deel, paragraaf 4. [↑](#footnote-ref-2)
3. Toelichting, algemeen deel, paragraaf 6.1. [↑](#footnote-ref-3)
4. Toelichting, algemeen deel, paragraaf 6. [↑](#footnote-ref-4)
5. Toelichting, algemeen deel, paragraaf 4. [↑](#footnote-ref-5)
6. Toelichting, algemeen deel, paragraaf 6.5. [↑](#footnote-ref-6)
7. Kamerstukken II 2006/07, 30 946, nr. 4. Zie ook onder meer Verwey-Jonker instituut, Medezeggenschap op maat, 16 april 2015, paragraaf 4.2. [↑](#footnote-ref-7)
8. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus University Rotterdam, Gevarieerde medezeggenschap in zorginstellingen en bij zorgverzekeraars, een pleidooi voor het koesteren van veelzijdigheid, mei 2016, blz. 17. [↑](#footnote-ref-8)
9. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus University Rotterdam, Gevarieerde medezeggenschap in zorginstellingen en bij zorgverzekeraars, een pleidooi voor het koesteren van veelzijdigheid, mei 2016, blz. 17. [↑](#footnote-ref-9)
10. Verwey Jonker Instituut, Medezeggenschap op maat. Onderzoek naar de wijze waarop vorm en inhoud wordt gegeven aan medezeggenschap van cliënten in de zorg, april 2015, blz. 42. [↑](#footnote-ref-10)
11. Verwey Jonker Instituut, Medezeggenschap op maat. Onderzoek naar de wijze waarop vorm en inhoud wordt gegeven aan medezeggenschap van cliënten in de zorg, april 2015, blz. 42; Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus University Rotterdam, Gevarieerde medezeggenschap in zorginstellingen en bij zorgverzekeraars, een pleidooi voor het koesteren van veelzijdigheid, mei 2016, blz. 16-17. [↑](#footnote-ref-11)
12. Verwey-Jonker instituut, Medezeggenschap op maat, 16 april 2015, blz. 43. [↑](#footnote-ref-12)
13. Toelichting, paragraaf 3. [↑](#footnote-ref-13)
14. Toelichting, paragraaf 3. [↑](#footnote-ref-14)
15. Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 2. [↑](#footnote-ref-15)
16. Toelichting, algemeen deel, paragraaf 5. [↑](#footnote-ref-16)
17. Toelichting, algemeen deel, paragraaf 5. [↑](#footnote-ref-17)
18. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus University Rotterdam, Gevarieerde medezeggenschap in zorginstellingen en bij zorgverzekeraars, een pleidooi voor het koesteren van veelzijdigheid, mei 2016,, blz. 26; Verwey-Jonker instituut, Medezeggenschap op maat, 16 april 2015, blz. 40-43. [↑](#footnote-ref-18)
19. Verwey-Jonker instituut, Medezeggenschap op maat, 16 april 2015, blz. 73. [↑](#footnote-ref-19)
20. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus University Rotterdam, Gevarieerde medezeggenschap in zorginstellingen en bij zorgverzekeraars, een pleidooi voor het koesteren van veelzijdigheid, mei 2016, blz. 31. [↑](#footnote-ref-20)
21. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus University Rotterdam, Gevarieerde medezeggenschap in zorginstellingen en bij zorgverzekeraars, een pleidooi voor het koesteren van veelzijdigheid, mei 2016 blz. 31. [↑](#footnote-ref-21)
22. Toelichting, algemeen deel, paragraaf 4. [↑](#footnote-ref-22)
23. Voor bepaalde vormen van zorg of categorieën van instellingen worden medezeggenschapsregels minder relevant geacht, zoals bij zorgverlening door apothekers (vanwege het korte contactmoment tussen apotheek en cliënt), toelichting, artikelsgewijs, artikel 1, tweede lid. [↑](#footnote-ref-23)
24. Het voorstel kent enkele specifieke (extra) rechten toe aan cliëntenraden van instellingen waar cliënten langer verblijven. Zie voorgesteld artikel 2, voorgesteld artikel 3, onderdeel d en e, voorgesteld artikel 7, onderdeel h en i en voorgesteld artikel 8, onderdeel f, g en h. [↑](#footnote-ref-24)
25. Zie artikel 2.1.3, tweede lid, onder e, Wmo 2015. [↑](#footnote-ref-25)
26. Zie het recente advies van de Afdeling advisering van de Raad van State van 2 mei 2017 betreffende het voorstel van wet houdende regels in verband met de uitbreiding van het toezicht op nieuwe zorgaanbieders (Wet toetreding zorgaanbieders), W13.17.0038/III (nog niet openbaar). Daarbij heeft de Afdeling er op gewezen dat na de decentralisatie van zorgtaken, waarbij delen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zijn overgeheveld naar de Wmo 2015, niet zozeer de aard van de verrichtingen bepalend voor de vraag welke wet- Wet langdurige zorg (Wlz) of Wmo 2015-, van toepassing is, als wel de indicatiestelling voor de Wlz. Daardoor is de Wkkgz onder omstandigheden ook van toepassing op zorgverleners die zorg verlenen in het kader van de Wmo 2015. [↑](#footnote-ref-26)
27. Toelichting, paragraaf 6.5. [↑](#footnote-ref-27)